

Sygn. akt I ACa 384/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 maja 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSA Edyta Jefimko

Sędziowie: SA Beata Kozłowska

SO (del.) Dagmara Olczak-Dąbrowska (spr.)

Protokolant: Karolina Długosz-Żółtowska

po rozpoznaniu w dniu 25 maja 2017 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa B. P. (1)

przeciwko A. K.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 4 listopada 2015 r., sygn. akt XXIV C 555/13

1. zmienia zaskarżony wyrok:

- w punkcie pierwszym częściowo w ten sposób, że zasądza od A. K. na rzecz B. P. (1) kwotę 7.000 (siedem tysięcy) złotych wraz z odsetkami ustawowymi za okres od dnia 15 października 2013 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. a od dnia 1 stycznia 2016 r. z ustawowymi odsetkami za opóźnienie do dnia zapłaty;

- w punkcie drugim w ten sposób, że nie obciąża powoda kosztami procesu;

2. oddala apelację w pozostałej części;

3. nie obciąża powoda kosztami postępowania apelacyjnego.

Beata Kozłowska Edyta Jefimko Dagmara Olczak – Dąbrowska

Sygn. akt I ACa 384/16

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 29 maja 2013 roku B. P. (1), wniósł o:

1. zasądzenie od A. K. na jego rzecz kwoty 909,60 zł, na podstawie art. 444 § 1 k.c., tytułem odszkodowania i kwoty 100 000 zł tytułem zadośćuczynienia za szkodę powstałą wskutek błędu lekarskiego, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia otrzymania przez pozwaną wezwania do zapłaty do dnia zapłaty;
2. ustalenie odpowiedzialności A. K. za ewentualną szkodę, jaka może powstać w przyszłości na skutek jej błędu medycznego.

Wyrokiem z 4 listopada 2015 roku Sąd Okręgowy w Warszawie oddalił powództwo i ustalił, że kosztami procesu należy obciążyć w całości powoda, pozostawiając ich szczegółowe wyliczenie referendarzowi sądowemu. Rozstrzygnięcie to zostało oparte na następujących ustaleniach faktycznych i ich ocenie prawnej.

15 czerwca 2010 roku około godziny 10.00 rano B. P. (1) zgłosił się do przychodni w N., gdzie został przyjęty przez lekarza pediatrę A. K.. Opisał występujące u niego od około dwóch tygodni dolegliwości, tj. biegunkę, wymioty, bóle brzucha. Po przeprowadzeniu wywiadu i zbadaniu brzucha pacjenta, poprzez jego osłuchiwanie, sprawdzenie napięcia powłok brzusznych, A. K. w dokumentacji medycznej zapisała: „Od dwóch tygodni rozstrój żołądka ((...)). Od dwóch dni ból brzucha. Wy ø. Język obłożony, szorstki. Osłuchowo bez zmian. Brzuch miękki. H (-), L (-). Tkliwość w prawym dole biodrowym. Intensywne przelewania, kurczenia.” Rozpoznała u B. P. (2) niestrawność (K30 - dyspepsja), zaleciła stosowanie diety oraz przepisała następujące leki: (...), N. V., F. (leki przeciwbiegunkowe). Nie skierowała go na inne badania, czy też do leczenia szpitalnego. Po wizycie B. P. (1) wrócił do domu, gdzie zażył przepisane mu wcześniej leki. Pomimo tego odczuwał on w dalszym ciągu silny ból brzucha oraz wymiotował. Z uwagi na fakt, że ból ten zaczął się nasilać jego siostra zadzwoniła do rodziców, którzy przyjechali do domu. Podjęli oni próby wezwania karetki pogotowia, jednakże dyspozytorka odmówiła im udzielenia pomocy. W związku z tym zawieźli syna do (...) Szpitala (...) w W., gdzie czekali około godziny na przyjęcie dziecka. B. P. (1) został zarejestrowany w tym szpitalu o godzinie 18.46. Lekarz (specjalista chorób dzieci, pulmonolog) po przeprowadzeniu badania w dokumentacji medycznej wpisał: „Ból brzucha, biegunka, wymioty. Bardzo silne bóle brzucha. Obrona mięśniowa. Brzuch twardy deskowaty. Do konsultacji chirurgicznej.” Po zbadaniu B. P. (1) lekarz specjalista chirurgii dziecięcej w dokumentacji medycznej wpisał: „Brzuch napięty, obrona mięśniowa (+), objawy otrzewnowe w dole brzucha. Przyjęto.” Lekarz ten rozpoznał u pacjenta ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. O godzinie 19.35 B. P. (1) został przyjęty na oddział chirurgiczny z rozpoznaniem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego oraz zapalenia otrzewnej i zakwalifikowany do zabiegu appendektomii (chirurgicznego usunięcia wyrostka robaczkowego). W godzinach pomiędzy 24.00-0.45 przeprowadzono u powoda zabieg appendektomii. W wyniku przeprowadzonej laparotomii (operacyjnego otwarcia jamy brzusznej) ujawniono wyrostek ropowiczno-zgorzelinowy, pogrubiony, z kamieniem kałowym, 200 ml treści ropnej w okolicy kątnicy i miednicy małej .

Do 25 czerwca 2010 roku B. P. (1) był hospitalizowany w (...) Szpitalu (...) w W.. Został wypisany do domu w stanie dobrym z zaleceniem diety lekkostrawnej i unikania wysiłku fizycznego przez dwa miesiące. 6 lipca 2010 roku o godzinie 23.03 zgłosił się do szpitala przy ul. (...) w W. z powodu bólu w prawym podbrzuszu oraz nudności. Pacjent został skierowany do Kliniki (...), gdzie przebywał od 7 do 9 lipca 2010 roku, kiedy to został wypisany do domu z zaleceniem stosowania diety lekkostrawnej i kontrolą lekarską w razie dolegliwości brzusznych. O ile w wyniku przeprowadzonego 6 lipca 2010 roku badania ultrasonograficznego nad pęcherzem moczowym stwierdzono około 50 ml hypoechogenicznego płynu wśród zrostów, to w trakcie kolejnych badań ultrasonograficznych w dniach 7 i 9 lipca 2010 zrostów tych nie ujawniono.

B. P. (1) był następnie hospitalizowany w okresach: 17-21 lutego 2011 roku, 9-17 stycznia 2012 roku, 6-8 lutego 2012 roku z powodu przewlekłych biegunek i bólów brzucha. Wyniki przeprowadzanych badań były prawidłowe, nie stwierdzono choroby zrostowej. Wykluczono schorzenia przełyku, żołądka, dwunastnicy, jelita grubego, chorobę trzewną oraz nietolerancję laktozy, a także zakażenie helicobacter pylori.

W czerwcu 2010 roku B. P. (1) miał 16 lat i uczęszczał do trzeciej klasy gimnazjum. Był on towarzyskim dzieckiem, aktywnie spędzał czas, spotykał się ze znajomymi. Od około 2,5 roku dwa razy w tygodniu uczęszczał na zajęcia bokserskie. Swoją przyszłość wiązał z pracą w służbach mundurowych. W roku szkolnym 2010/2011 uczęszczał do

klasy pierwszej (...) Liceum Ogólnokształcącego z Oddziałami Integracyjnymi im. H. M. w W., otrzymując promocję do klasy drugiej. Decyzją z dnia 22 września 2011 r. został jednak skreślony z listy uczniów tego liceum w związku z naruszeniem nietykalności cielesnej innego ucznia. W związku z tym w roku szkolnym 2011/2012 uczęszczał do klasy drugiej (...) Liceum Ogólnokształcącego z Oddziałami Integracyjnymi im.(...) w W., jednakże nie uzyskał promocji do klasy trzeciej.

Po zabiegu appendektomii powód cierpi na przewlekłe biegunki i napadowe bóle brzucha. Codziennie zażywa leki przeciwbiegunkowe. Z uwagi na powyższe dolegliwości zaprzestał uczęszczania na zajęcia bokserskie, jedynie w domu ćwiczy na worku treningowym. Z powodu dokuczliwych biegunek wyalienował się, ograniczył kontakty towarzyskie, które utrzymuje tylko z dwoma najbliższymi kolegami. Nie jest pod stałą opieką lekarza, ani nie stosuje żadnej specjalnej diety. Większość czasu spędza w domu. Przewlekłe biegunki dezorganizują jego codzienne życie, ponieważ musi być przygotowany na nagłą potrzebę skorzystania z toalety. Swoje wyjścia z domu planuje tak, aby mógł mieć szybką możliwość skorzystania z toalety. Problem, z którym się boryka jest dla niego wstydlivy i stresujący. W związku z dolegliwościami na które cierpi, nie będzie mógł zrealizować planów życiowych związanych z pracą w służbach mundurowych. W 2013 roku B. P. (1) przystąpił do egzaminu maturalnego. W roku akademickim 2013/2014 studiował na kierunku bezpieczeństwo wewnętrzne na uczelni (...), zaś w roku akademickim 2014/2015 studiował zaocznie na kierunku stosunki międzynarodowe na Uczelni Ł.. W 2014 roku rozpoznano u niego zespół jelita drażliwego. 17 września 2012 roku skorzystał z konsultacji psychologicznej w związku z problemami emocjonalnymi wynikającymi z przewlekłych biegunek.

Na podstawie opinii biegłych lekarzy chirurga i gastroenterologa Sąd Okręgowy ustalił, że nie zachodzi związek przyczynowy pomiędzy nieprawidłową diagnozą postawioną przez pozwaną A. K. w procesie leczenia powoda a jego obecnymi dolegliwościami w postaci napadowych bólów brzucha i przewlekłych biegunek.

Orzeczeniem Okręgowego Sądu Lekarskiego w W. z 26 maja 2011 roku A. K. została uznana za winną spowodowania opóźnienia wdrożenia leczenia chirurgicznego u B. P. (1), co doprowadziło do powstania zagrożenia dla jego zdrowia i za to została ukarana naganą.

W piśmie z 8 października 2012 roku B. P. (1) wezwał A. K. do zapłaty na jego rzecz kwoty 1.617,80 zł tytułem odszkodowania za szkodę majątkową powstałą wskutek błędu lekarskiego oraz kwoty 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia za szkodę niemajątkową na osobie powstałą wskutek tego błędu.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy uznał, że podstawę prawną odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanej stanowi art. 415 k.c. Przyjął, że A. K. uchybiła zasadom sztuki lekarskiej i nie zachowała należytej staranności w zakresie diagnostyki i leczenia powoda. Podzielił wnioski sformułowane w opiniach biegłych lekarzy: chirurga i gastroenterologa, że dolegliwości, jakie odczuwał powód, jak również czas ich trwania przemawiały za tym, aby zastosować pogłębioną diagnostykę i skierować pacjenta na leczenie szpitalne. Zachowanie pozwanej było bezprawne i zawinione w rozumieniu art. 415 k.c. Pomiędzy tym zachowaniem a krzywdą powoda nie zachodzi jednak normalny związek przyczynowy stanowiący jedną z przesłanek odpowiedzialności deliktowej (art. 361 § 1 k.c.). Aprobując wnioski wynikające z opinii wskazanych biegłych, Sąd Okręgowy uznał, że występujące u powoda dolegliwości w postaci napadowego bólu brzucha i przewlekłych biegunek pozostają bez związku z zachowaniem pozwanej, która nie zdiagnozowała u niego zapalenia wyrostka robaczkowego, ani z samym zabiegiem jego usunięcia. W 2014 roku rozpoznano u powoda zespół jelita drażliwego, który jest przyczyną biegunek i napadowych bólów brzucha. Schorzenie powyższe nie jest w jakikolwiek sposób związane z przebyciem przez powoda ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, leczeniem operacyjnym, ani późnym zdiagnozowaniem zapalenia wyrostka robaczkowego, na co zgodnie wskazali obaj biegli sędziwi. Przyczyn zespołu jelita drażliwego szukać należy natomiast w zaburzeniach psychogennych. Sąd Okręgowy odrzucił też możliwość powstania tych dolegliwości na skutek zrostów otrzewnowych. Wskazał, że powód nie zdołał udowodnić, że zrosty te rzeczywiście u niego występują. O ile w badaniu ultrasonograficznym wykonanym u niego 6 lipca 2010 roku rozpoznano obecność zrostów otrzewnowych, to w kolejnych badaniach wykonanych 7 oraz 9 lipca 2010 roku zrostów tych nie ujawniono. Pomimo, że 18 listopada 2013 roku lekarz specjalista gastroenterolog zdiagnozował u powoda chorobę zrostową, to diagnozy tej nie można

uznać za wiarygodną, bowiem nie została potwierdzona uprzednio wykonanymi badaniami (przykładowo USG). Z opinii opinii biegłego lekarza chirurga wynika, że przyczyny powstawania zrostów to: sama choroba zapalna narządu jamy brzusznej (przykładowo ostre zapalenie wyrostka robaczkowego), powikłanie choroby zapalnej narządu jamy brzusznej (przykładowo ropne zapalenie otrzewnej), zabieg operacyjny otwarcia jamy brzusznej i wykonywanie czynności w obrębie jamy otrzewnej (przykładowo związane z usunięciem narządu) wykonywane czy w technice laparotomii, czy laparoskopii. Istnienie zrostów otrzewnowych może wynikać również z naturalnego przebiegu choroby i jej leczenia. Tak więc jeżeli nawet pozwana zachowałaby się w sposób prawidłowy i rozpoznała u powoda zapalenie wyrostka robaczkowego albo skierowała go na leczenie szpitalne w celu pogłębienia diagnostyki i w dalszej perspektywie powód operowany byłby za pomocą techniki laparoskopowej, to i tak nie można wykluczyć, że zrosty otrzewnowe by powstały. W konsekwencji Sąd Okręgowy przyjął, że nie zachodzi adekwatny związek przyczynowy pomiędzy wdrożeniem u powoda z opóźnieniem leczenia operacyjnego a powstaniem zrostów otrzewnowych, podkreślając jednocześnie, że w ogóle nie wykazano ich istnienia u powoda. Z tych przyczyn powództwo zostało oddalone.

W apelacji od tego wyroku powód zarzucił naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej oceny dowodów z naruszeniem zasad logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego, w rezultacie której Sąd Okręgowy przyjął, że pomiędzy działaniem pozwanej o obecnie odczuwanymi przez powoda dolegliwościami nie zachodzi normalny związek przyczynowy. W odniesieniu do prawa materialnego skarżący zarzucił naruszenie art. 361 § 1 k.c. polegające na jego błędnej wykładni sprowadzającej się do przyjęcia, że związek przyczynowo- skutkowy w sprawach dotyczących błędów w sztuce lekarskiej musi być ustalony w sposób absolutnie pewny, a nie z wysokim prawdopodobieństwem, co wynika z utrwalonego orzecznictwa Sądu Najwyższego. Zarzut naruszenia art. 445 § 1 k.c. poprzez jego niezastosowanie skarżący uzasadnił wadliwą oceną prawną ustaleń faktycznych, z których wynika, że nieprawidłowości w procesie diagnostyki powoda, których dopuściła się pozwana doprowadziły u niego do rozstroju zdrowia, w szczególności poprzez zwiększenie jego dolegliwości bólowych w okresie bezpośrednio poprzedzającym zabieg operacyjny, a więc do powstania krzywdy. Naruszenie art. 444 § 1 k.c. polegające na jego niezastosowaniu, w ocenie apelującego, sprowadziło się do pominięcia wykazanych przez niego kosztów leczenia pozostających w związku przyczynowym z błędem medycznym pozwanej. W konkluzji skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie od pozwanej na jego rzecz kwoty 909,60 zł tytułem odszkodowania z odsetkami ustawowymi od dnia 8 października 2012 roku do dnia zapłaty oraz kwoty 70 tys. zł tytułem zadośćuczynienia z odsetkami ustawowymi od dnia 15 czerwca 2010 roku do dnia zapłaty ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu w Warszawie do ponownego rozpoznania.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja okazała się w części uzasadniona.

W pierwszej kolejności wymaga rozważenia zarzut naruszenia przepisów procesowych, bowiem zarzuty w odniesieniu do prawa materialnego mogą być właściwie ocenione i rozważone tylko na tle prawidłowo ustalonego stanu faktycznego.

Zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. okazał się nietrafny. Jego skuteczne postawienie wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, to bowiem jedynie może być przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów (tak też Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 572/99, Lex 53136). Temu ciężarowi skarżący nie sprostał, ponieważ w ogóle nie sprecyzował w czym wyraża się dowolność oceny dowodów przeprowadzonej przez Sąd Okręgowy. Podjął natomiast polemikę z ustaleniami poczynionymi przez ten Sąd w oparciu o opinie biegłych lekarzy chirurga i gastroenterologa, formułując wnioski na podstawie wyrwanych z kontekstu fragmentów tych opinii z pominięciem ich zasadniczych wniosków. Tytułem przykładu można podać przeprowadzone w apelacji wnioskowanie oparte na ocenie wskaźnika stanu zapalnego u powoda, tj. (...). Odwołując się do ustnych wyjaśnień biegłego gastroenterologa L. W., że skoro o godzinie 19.00 w dniu operacji (...) było u powoda nieznacznie podwyższone, to prawdopodobnie nie było ono podwyższone o godzinie 10.00 rano, kiedy był badany i diagnozowany przez pozwaną, skarżący wywodzi,

że w godzinach porannych zapalenie wyrostka nie rozprzestrzeniło się jeszcze poza jego błonę śluzową. Tym samym, kiedy powód był badany przez pozwaną możliwe było podjęcie szybkich działań i uniknięcie ropnego zapalenia otrzewnej. Uszło jednak uwagi skarżącego, że biegli wykluczyli związek przyczynowy pomiędzy chorobą zrostową a zbyt późnym wdrożeniem leczenia operacyjnego, co wprawdzie mogło przyczynić się do szybszego rozwoju zmian zapalnych w ścianie wyrostka robaczkowego, lecz nie miało wpływu na rozwój choroby zrostowej. Biegły lekarz chirurg wyjaśnił, że dotychczas wykonane u powoda badania: kilkakrotna obserwacja szpitalna, obserwacja ambulatoryjna, badania endoskopowe i badania obrazowe nie potwierdzają jednoznacznie istnienia zrostów w jamie otrzewnej. Podkreślił, że istnienie zrostów może wynikać z naturalnego przebiegu choroby i jej leczenia. Wbrew twierdzeniom skarżącego, biegły nie uznał, że przeprowadzenie operacji metodą laparoskopową niesie za sobą mniejsze ryzyko powikłań, ponieważ obie metody: klasyczna jak i laparoskopowa mogą być przyczyną powikłań. Niezasadny jest zarzut zbagatelizowania przez Sąd Okręgowy wyniku badania obrazowego jamy brzusznej powoda z 6 lipca 2010 roku, którego opis wskazuje na występowanie zrostów. Sąd pierwszej instancji odniósł się do tego dowodu w motywach zaskarżonego wyroku i w sposób przekonujący wyjaśnił, z jakich przyczyn odmówił mu wiarygodności. Nie sposób zgodzić się z twierdzeniem skarżącego, że Sąd ten nie dokonał szczegółowej weryfikacji treści opinii biegłego gastroenterologa L. W. choćby przez zestawienie treści opinii pierwotnej z opinią uzupełniającą. Konkluzje zawarte w obu opiniach są spójne i nie dają podstaw do zakwestionowania kwalifikacji biegłego, jego doświadczenia zawodowego oraz poprawności sporządzonej przez niego opinii. Reasumując, należy stwierdzić, że ujawnione dowody zostały ocenione z uszanowaniem granic przyznanej sądowi swobody, bez naruszenia, zwłaszcza rażącego, zasad logiki i doświadczenia życiowego. W konsekwencji Sąd Apelacyjny aprobuje poczynione przez Sąd Okręgowy ustalenia faktyczne, które przyjmuje za własne.

Nietrafny okazał się zarzut naruszenia art. 361 § 1 k.c. Należy przyznać rację skarżącemu, że związek przyczynowo-skutkowy w sprawach dotyczących błędów w sztuce lekarskiej nie musi być ustalony w sposób absolutnie pewny, lecz wystarczające jest wykazanie wysokiego prawdopodobieństwa jego wystąpienia. W ustalonym stanie faktycznym nie było jednak podstaw do zastosowania wykształconej w doktrynie i judykaturze, a opartej na domniemaniach faktycznych (art. 231 k.p.c.) konstrukcji dowodu *prima facie*. Dla zastosowania wniosku *prima facie* konieczne jest bowiem wykazanie faktów stanowiących podstawę domniemania faktycznego, które pozwalają na wnioskowanie o prawdopodobieństwie zawinionego działania lekarza i jego związku przyczynowego ze szkodą i krzywdą po stronie powoda. Zastosowanie wniosku *prima facie* zwalnia stronę ponoszącą ciężar dowodu od żmudnego wykazania wszystkich etapów związku przyczynowego między pierwotnym zdarzeniem sprawczym a szkodą, niemniej jednak wymaga wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je jako oczywiste (tak też Sąd Najwyższy w wyroku z 2 czerwca 2010 r. III CSK 245/09, Lex nr 61182). Nawiązując do realiów rozpoznawanej sprawy, należy stwierdzić, że poczynione w oparciu o opinie biegłych lekarzy ustalenia wykluczają prawdopodobieństwo wystąpienia u powoda choroby zrostowej w wyniku zbyt późnego wdrożenia leczenia operacyjnego. Samo wystąpienie choroby zrostowej u powoda jest mało prawdopodobne ze względu na nieujawnienie jej w licznych badaniach obrazowych, które były przeprowadzane u powoda po operacji wyrostka robaczkowego, z wyjątkiem badania ultrasonograficznego z 6 lipca 2010 roku. Biegły chirurg wyjaśnił, że choroba zrostowa może rozwinąć się także w wyniku naturalnego przebiegu choroby i jej leczenia. Ponadto ze względu na rozpoznanie u powoda w 2014 roku zespołu jelita drażliwego, biegli uznali, że jest to najbardziej prawdopodobna przyczyna jego obecnych dolegliwości, tj. napadowego bólu brzucha i przewlekłych biegunek. W sytuacji zatem istnienia innych potencjalnych przyczyn tych dolegliwości, a także istotnych wątpliwości co do tego, że u powoda wystąpiły zrosty po operacji wyrostka robaczkowego, nie jest uzasadnione wnioskowanie *prima facie* o istnieniu związku przyczynowego pomiędzy błędem diagnostycznymi pozwanej a krzywdą powoda w postaci przewlekłych dolegliwości przewodu pokarmowego. Nie zostały bowiem wykazane z wysokim prawdopodobieństwem fakty stanowiące podstawę domniemania faktycznego, które pozwalałyby na wnioskowanie o prawdopodobieństwie związku przyczynowego pomiędzy zawinionym działaniem pozwanej a krzywdą po stronie powoda.

Trafny okazał się zarzut naruszenia art. 445 § 1 k.c. i jego uwzględnienie doprowadziło do zmiany zaskarżonego wyroku. Zgodnie z powołanym przepisem sąd może przyznać pokrzywdzonemu odpowiednią sumę pieniężną tytułem zadośćuczynienia za krzywdę wynikającą z naruszenia dóbr osobistych wskazanych w art. 444 k.c. Ustalone w sprawie

okoliczności faktyczne pozwalają na zawężenie rozważań do jednego z dóbr osobistych wymienionego w art. 444 § 1 k.c., tj. zdrowia. W świetle tych ustaleń nie może budzić wątpliwości, że zawiniony błąd diagnostyczny pozwanej nie był przyczyną uszkodzenia ciała u powoda. Niemniej jednak błędna diagnoza i niewdrożenie we właściwym czasie leczenia operacyjnego spowodowało u niego czasowy rozstrój zdrowia w postaci intensywnych cierpień fizycznych i psychicznych. W orzecznictwie przyjmuje się, że rozstrój zdrowia może być wynikiem cierpień fizycznych lub moralnych (także też Sąd Najwyższy w wyroku z 4 lipca 1969 roku, I PR 178/69, OSNCP 1970, Nr 4, poz. 71). Ustawodawca nie wymaga, aby był on trwały i nieusuwalny. Możliwość wyleczenia rozstroju zdrowia wpływać będzie na wysokość zadośćuczynienia, ale nie wyklucza możliwości jego zasądzenia (tak też P. Sobolewski [w:] Kodeks cywilny. Komentarz pod red. K. Osajdy, Legalis 2017, kom. do art. 445 k.c. nb 12). Przytoczone stanowisko Sąd Apelacyjny podziela. W konsekwencji należy przyjąć, że skutkiem błędu diagnostycznego pozwanej było narażenie powoda na silne dolegliwości bólowe niemal przez cały dzień aż do momentu zabiegu operacyjnego przeprowadzonego w późnych godzinach wieczornych. Z zeznań powoda oraz jego rodziców przesłuchanych w charakterze świadków wynika, że po konsultacji u pozwanej dolegliwości bólowe narastały. Powód nie mógł się wyprostować, wymiotował, krzyczał i tracił przytomność, a w szpitalu prosił lekarzy o przyspieszenie operacji, ponieważ nie mógł znieść bólu. O ile na konsultację do pozwanej powodzie dotarł o własnych siłach, o tyle w szpitalu w godzinach wieczornych poruszał się już na wózku. Błąd diagnostyczny pozwanej doprowadził zatem do powstania przemijającego rozstroju zdrowia u powoda. Intensywne cierpienia fizyczne i psychiczne, jakich doświadczał do rozpoczęcia zabiegu operacyjnego, stanowią krzywdę pozostającą w adekwatnym związku przyczynowym (art. 361 § 1 k.c.) z zawinionym działaniem pozwanej. Gdyby postawiła ona właściwą diagnozę, powód trafiłby wcześniej do szpitala, co skróciłoby jego cierpienia, a zapalenie wyrostka robaczkowego nie stałoby się dla niego traumatycznym przeżyciem. Ze względu na przemijający charakter rozstroju zdrowia, w ocenie Sądu Apelacyjnego kwota 7 tys. zł stanowi adekwatne do rozmiarów krzywdy powoda zadośćuczynienie. Z tych przyczyn zaskarżony wyrok należało zmienić na podstawie art. 386 § 1 k.p.c., zasądzając od pozwanej na rzecz powoda kwotę 7 tys. zł. Odsetki ustawowe i odsetki ustawowe za opóźnienie od tej kwoty zostały zasądzone od 15 października 2013 roku do dnia zapłaty, tj. po upływie 7 dni od doręczenia pozwanej odpisu pozwu, z czym należy wiązać powstanie wymagalności roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia (art. 455 k.c.). Z akt sprawy nie wynika bowiem, kiedy pozwanej zostało doręczone przedprocesowe wezwanie do zapłaty z 8 października 2012 roku, dlatego za datę wymagalności roszczenia powoda należało przyjąć moment doręczenia pozwanej odpisu pozwu. W pozostałej części apelacja jako bezzasadna została oddalona (art. 385 k.p.c.).

Konsekwencją zmiany zaskarżonego wyroku jest zmiana rozstrzygnięcia o kosztach postępowania przed Sądem pierwszej instancji (art. 386 § 1 k.p.c.). W ocenie Sądu Apelacyjnego okoliczności związane z przebiegiem postępowania, a w szczególności konieczność przeprowadzenia postępowania dowodowego w celu ustalenia, czy zachodzi związek przyczynowy pomiędzy błędem diagnostycznym pozwanej a krzywdą powoda, a także ocenny charakter okoliczności mających wpływ na wysokość zadośćuczynienia i zawiniony błąd diagnostyczny pozwanej przemawiają za odstąpieniem od obciążenia powoda kosztami procesu na podstawie art. 102 k.p.c. Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, oraz sytuację życiową B. P. (1), który jest studentem i pozostaje na utrzymaniu rodziców, Sąd Apelacyjny odstąpił od obciążenia powoda kosztami postępowania apelacyjnego, stosując art. 102 k.p.c.

SSO (del.) Dagmara Olczak-Dąbrowska SSA Edyta Jefimko SSA Beata Kozłowska