

Sygn. akt I ACa 478/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 października 2021 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący Sędzia Beata Kozłowska

Protokolant Marta Grzeszczyk

po rozpoznaniu w dniu 5 października 2021 r. w Warszawie

na rozprawie sprawy z powództwa K. D. (1)

przeciwko (...) Zespołowi (...) w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 19 grudnia 2018 r., sygn. akt I C 753/14

I. zmienia zaskarżony wyrok:

- w punkcie pierwszym częściowo w ten sposób, że zasądza od (...) Zespołu (...) w W. na rzecz K. D. (1) kwotę 180 000 (sto osiemdziesiąt tysięcy) złotych tytułem zadośćuczynienia, wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 16 grudnia 2014 roku do dnia zapłaty,

- w punkcie drugim w ten tylko sposób, że ustala, iż powód ponosi koszty procesu w 82%, a pozwany w 18%,

II. oddala apelację w pozostałym zakresie,

III. ustala, iż powód ponosi koszty postępowania apelacyjnego w 82%, a pozwany w 18%, pozostawiając ich szczegółowe wyliczenie referendarzowi sądowemu w Sądzie Okręgowym w Warszawie.

Beata Kozłowska

Sygn. akt I ACa 478/19

UZASADNIENIE

Powód K. D. (1) wniósł o zasądzenie od (...) Zespołu (...) w W. kwoty 1 000 000 zł tytułem odszkodowania i zadośćuczynienia za spowodowanie śmierci jego syna M. D. (1), za narażenie powoda na trwałe uszczerbek ma zdrowiu, a nawet ryzyko utraty życia oraz za doznane przez powoda krzywdy moralne.

W piśmie z dnia 22 września 2014 r. powód doprecyzował dochodzone roszczenie i wskazał, że kwoty 900 000 zł domaga się tytułem zadośćuczynienia, a kwoty 100 000 zł domaga się tytułem odszkodowania.

Pozwany(...)Zespół (...) w W. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa oraz wniósł o zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów procesu.

Wyrokiem z dnia 19 grudnia 2018 r. Sąd Okręgowy w Warszawie:

1. **oddalił powództwo;**

2. **rozstrzygnięcie w przedmiocie kosztów postępowania pozostawił referendarzowi sądowemu ustalając, że powód przegrał sprawę w całości.**

Swe rozstrzygnięcie Sąd Okręgowy oparł na następujących ustaleniach faktycznych i następujących ocenach prawnych:

W dniu 20 września 2011 r. M. D. (1) został przyjęty na leczenie do oddziału psychiatrycznego (...) Zespołu (...) w W.. Przyjęcie nastąpiło na podstawie zgody M. D. (1).

29-letni M. D. (1) był od 7 lat leczony psychiatrycznie z powodu choroby afektywnej dwubiegunowej. Była to jego druga hospitalizacja. U M. D. (1) nie występowały urojenia, omamy, ani tendencje samobójcze. Stosowane na oddziale psychiatrycznym leki i ich dawkowanie było odpowiednie do stanu psychicznego i przeprowadzonego rozpoznania. M. D. (1) nie wymagał leczenia bez jego zgody. Wydana w dniach 14 października 2011 r. do 16 października 2011 r. przepustka M. D. (1) była prawidłowa i wynikała z poprawy jego stanu. Po powrocie z przepustki nie odnotowano wskazań do zmiany leczenia lub stosowania środków zabezpieczających. Przed powrotem z przepustki nie mogło być zaplanowane inne leczenie niż dotychczas stosowane. Brak było wskazań do stosowania izolacji albo unieruchomienia, ani w momencie powrotu z przepustki, ani następnego dnia rano. W (...) Zespole (...)w W. nie doszło do zaniechania czynności, które mogłyby zapobiec przedsięwzięciu lub zrealizowaniu przez M. D. (1) w dniu 17 października 2011 r. zamachu samobójczego.

Sąd Okręgowy wyjaśnił, że ustalił stan faktyczny na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej M. D. (1). Powód zgłaszał zastrzeżenia co do treści dokumentacji medycznej, wskazując na jej podrobienie, a w szczególności na antydatowanie w części, to jest co do karty informacyjnej/epikryzy. W ocenie Sądu Okręgowego zarzut powoda nie zasługiwał na uwzględnienie. Zdaniem Sądu Okręgowego karta informacyjna została stworzona w dniu 17 października 2011 r., niezwłocznie po opuszczeniu przez M. D. (1) szpitala. W chwili stworzenia tego dokumentu (...) Zespół (...) w W., dalej jako: (...), pozostawał w usprawiedliwionym przekonaniu, iż pacjent samowolnie oddalił się z oddziału, a stan jego nie jest znany. Mając na uwadze powyższe, Sąd uznał zarzut powoda co do antydatowania karty informacyjnej za niezasadny. W dalszym zakresie wiarygodność dokumentacji medycznej nie budziła wątpliwości i Sąd Okręgowy nie miał jakichkolwiek podstaw, by powziąć wątpliwości z urzędu w tym zakresie.

Sąd Okręgowy wyjaśnił, że dopuścił dowód z opinii biegłego lekarza psychiatry w celu ustalenia, czy w dniu 17 października 2011 r. istniały podstawy do zastosowania wobec M. D. (1) leczenia bez jego zgody i czy doszło do zaniechania czynności, które mogłyby zapobiec przedsięwzięciu lub zrealizowaniu zamachu samobójczego. W ocenie Sądu Okręgowego opinia biegłego psychiatry została sporządzona w sposób spójny, przystępny i w pełni odpowiadała na pytania Sądu w zakresie wiadomości specjalnych z obszaru psychiatrii i procedury medycznej. Biegły w sposób jednoznaczny stwierdził, że leczenie M. D. (1) było prowadzone prawidłowo, M. D. (1) nie wymagał leczenia bez jego zgody i nie doszło do zaniechania czynności, które mogłyby zapobiec przedsięwzięciu lub zrealizowaniu przez M. D. (1) zamachu samobójczego. Powód wniósł o nieuwzględnienie opinii w całości, podnosząc zastrzeżenia oparte na błędnych danych podanych w trzecim wersie strony ósmej opinii. Argumenty powoda w tym zakresie, w ocenie Sądu Okręgowego, nie zasługiwały na uwzględnienie, albowiem jedno zdanie opinii nie mogło zdeprecjonować całości opinii, która w pełni odnosiła się do materiału w sprawie, zaś jednostkowa omyłka biegłego była oczywistą niedokładnością (opinia została stworzona 5 listopada 2017 r. i nie mogła odnosić się do okresu 10 listopada i 14 listopada 2017 r., lecz w oczywisty sposób opisywała okres października 2011 r.). W ocenie Sądu Okręgowego biegły oparł swoje rozważania na całokształcie materiału dowodowego, co gwarantowało odniesienie się zarówno do stanu

M. D. (1), jak i do podejmowanych przez pozwanego czynności leczniczych. W ocenie Sądu biegły w sposób precyzyjny i przekonujący przedstawił swoje rozumowanie, a następnie logicznie wyciągnięte przez siebie wnioski. Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy uczynił tę opinię biegłego podstawą ustaleń faktycznych.

Sąd pominął dalsze wnioski dowodowe strony pozwanej uznając, że okoliczności sporne sprawy zostały wyjaśnione w sposób dostateczny.

Sąd Okręgowy uznał, że powództwo było niezasadne.

Sąd Okręgowy wyjaśnił, że odpowiedzialność deliktowa jest wywodzona ogólnie z art. 415 k.c. (wina własna zakładu opieki zdrowotnej za błędy organizacyjne, brak higieny, niedostatki sprzętu, wadliwe procedury, itp.) i art. 430 k.c. (wina personelu) oraz wymaga wykazania łącznie trzech przesłanek: powstania szkody, rozumianej jako uszczerbek w dobrach prawnie chronionych osoby poszkodowanej; winy sprawcy oraz związku przyczynowego pomiędzy poniesionym uszczerbkiem, a konkretnym zachowaniem sprawcy.

Zachowanie lekarzy, czy też innego personelu medycznego musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Placówka medyczna ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez wskazane podmioty. Konstrukcja ta pozwala zerwać personalną więź między działaniem lub zaniechaniem prowadzącym do powstania szkody, a zarzutem niewłaściwego zachowania się, poprzestając na ustaleniu, że niewątpliwie zawinił organ lub któryś z pracowników pozwanego zakładu opieki zdrowotnej. Tym samym wina zostaje odniesiona do dostrzeżonych wadliwości w działaniu zespołu ludzi lub funkcjonowaniu określonej struktury organizacyjnej.

W ocenie Sądu Okręgowego przesłanki te nie zostały wykazane przez stronę powodową. Zebrany w sprawie materiał dowodowy nie pozwala na przypisanie winy pracownikom pozwanego (...). Zgodnie z przedłożoną do akt sprawy opinią biegłego, zasady sztuki lekarskiej zostały przez personel medyczny zachowane, podjęte działania odpowiadały aktualnemu rozpoznaniu stanu zdrowia M. D. (1), zaś targnięcie się na życie przez M. D. (1) było nie do przewidzenia i nie do zapobieżenia.

Nieuprawnione jest stawianie hipotezy, iż niespodziewanemu targnięciu się na życie przez M. D. (1) można było zapobiec, bowiem, jak zostało to wskazane przez biegłego, w świetle aktualnej wiedzy medycznej, objawy wykazywane przez M. D. (1), nie dawały podstaw do zastosowania odmiennej procedury leczniczej lub zabezpieczającej. Stosowane u pozwanego na oddziale leki i ich dawkowanie były odpowiednie do stanu psychicznego i przeprowadzonego przez pozwanego rozpoznania. Rozpoznany stan M. D. (1) nie wymagał leczenia bez jego zgody. Przed powrotem z przepustki nie mogło być zaplanowane inne leczenie niż dotychczas stosowane. Po powrocie z przepustki w dniu 16 października 2011 r. nie odnotowano wskazań do zmiany leczenia lub stosowania środków zabezpieczających. Brak było wskazań do stosowania izolacji albo unieruchomienia, ani w momencie powrotu z przepustki, ani następnego dnia rano.

Ustalenie zawinienia pozwanego zależało od odpowiedzi na pytanie, czy jego postępowanie w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili przebywania M. D. (1) na oddziale (...), a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował pozwany albo mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. Nie każdy błąd diagnostyczny, czy też późniejsze odmienne rozpoznania, poczynione w oparciu o aktualne symptomy, stwierdzone ex post mogą być uznane tym samym za błąd, który należy oceniać z pozycji ex ante, czyli w zależności od zakresu informacji rzeczywiście posiadanych przez lekarzy stawiających diagnozę, czy dostępnych dla nich przy odpowiednim staraniu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 września 1973 r., sygn. akt I KR 116/72). W ocenie Sądu Okręgowego opinia biegłego jednoznacznie wskazuje, że zakres posiadanych informacji przez pozwanego został zgromadzony w sposób prawidłowy i nie pozwalał na zaplanowanie innego leczenia i zachowania wobec M. D. (1) niż tego, które zostało faktycznie zastosowane, a pozwany nie zaniechał żadnych czynności, które mogłyby zapobiec przedsięwzięciu lub zrealizowaniu przez M. D. (1) zamachu samobójczego.

Z tych powodów Sąd Okręgowy oddalił powództwo w całości.

O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c.

Apelację od tego wyroku wniósł powód.

Zaskarżając wyrok w całości, powód podniósł zarzut bezprawności działania sędziego J. B., stronniczość tego sędziego, nieważność postępowania z uwagi na orzekanie w sprawie sędziego wyłączonego z mocy ustawy. Powód zarzucił również wadliwość poczynionych ustaleń faktycznych. Powód wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku.

W piśmie procesowym z dnia 26 kwietnia 2021 r. powód wniósł o przeprowadzenie dowodu z akt sprawy prawomocnie zakończonej, której przedmiotem była roszczenia K. D. (2) i H. M. wywodzonej ze śmierci M. D. (1).

Pozwany wniósł o oddalenie apelacji powoda.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda zasługiwała na częściowe uwzględnienie.

W ocenie Sądu Apelacyjnego nie jest zasadny zarzut nieważności postępowania. Wbrew stanowisku powoda nie zachodziły żadne okoliczności, o których mowa w art. 48 k.p.c., które miałyby uzasadniać wyłączenie sędziego J. B. od rozpoznania niniejszej sprawy. Nie są również zasadne te argumenty podniesione w apelacji powoda, które miałyby uzasadniać wyłączenie sędziego J. B. od rozpoznania niniejszej sprawy w rozumieniu art. 49 k.p.c. Sam bowiem fakt, że pozwany wysuwa wobec sędziego szereg zarzutów opartych li tylko na swym subiektywnym przekonaniu, nie może prowadzić do wniosku, że istnieje okoliczność tego rodzaju, że mogłaby wywoływać uzasadnioną wątpliwość, co do bezstronności sędziego w danej sprawie.

Co istotne, w toku postępowania pierwszoinstancyjnego powód składał wnioski o wyłączenie sędziego J. B., wniosek ten został oddalony i postanowienie oddalające wniosek było poddane kontroli instancyjnej i jest prawomocne.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego zasadnie natomiast powód zakwestionował poczynione przez Sąd Okręgowy ustalenia, co do braku zaniedbań w opiece nad M. D. (1) podczas jego hospitalizacji w pozwanym szpitalu.

Na rozprawie w dniu 18 maja 2021 r. pełnomocnik pozwanego oświadczył, że pozwany nie kwestionuje ustaleń dotyczących opuszczenia szpitala przez M. D. (1). Szpital nie kwestionuje tego, że pielęgniarz pozostawił M. D. (1) poza oddziałem i że M. D. (1) przebywał na oddziale zamkniętym i powinien poruszać się poza oddziałem z pod nadzorem. Okoliczności te uznać zatem należy za niesporne pomiędzy stronami.

Sąd Apelacyjny uzupełnił postępowanie dowodowe uznając, że nie wszystkie kwestie istotne dla oceny roszczeń powoda zostały w sposób należyty wyjaśnione przez Sąd Okręgowy. Przede wszystkim Sąd Apelacyjny przeprowadził dowód z opinii biegłej A. R., która to opinia została sporządzona w sprawie III C 815/16, a jej przedmiotem były roszczenia K. D. (2) – matki M. D. (1) i H. M. – babki M. D. (1), wywodzone, tak jak roszczenia powoda w niniejszej sprawie, z faktu śmierci M. D. (1). Z opinii tej wynika jednoznacznie, że zarówno rozpoznanie schorzenia u M. D. (1), jak i wdrożone leczenie były prawidłowe. Nie budziła zastrzeżeń biegłej także decyzja o zezwoleniu na przepustkę z dnia 14 października 2011 r. Zdaniem biegłej A. R. nie stanowiło także niedopatrzenia personelu szpitala niezbadanie M. D. (1) bezpośrednio po jego powrocie z przepustki – zachowanie pacjenta nie dawało do tego podstaw. Wystarczyło przeprowadzenie badania w dniu następnym. Jednakże biegła wskazała, że pozostawienie pacjenta bez opieki poza oddziałem bez uprzedniego zbadania go po powrocie z przepustki, mogło nasilić ryzyko samobójstwa. Co istotne, biegła wskazała, iż zachowanie pielęgniarza oddziałowego w dniu 17 października 2011 r. nie było zgodne z kartą zaleceń lekarskich. Pielęgniarz miał prawo wypuścić M. D. (1) z oddziału, jednakże miał obowiązek sprawować nad nim opiekę i zapewnić jego powrót na oddział. Tak się jednak nie stało.

Na wniosek pozwanego szpitala przeprowadzony został również dowód z uzupełniającej opinii biegłego L. G., który pomimo tego, że w swej pisemnej opinii z dnia 5 listopada 2017 r. uznał, że nie doszło do zaniecania czynności, które mogłyby zapobiec przedsięwzięciu lub zrealizowaniu przez M. D. (1) próby samobójczej, w swej opinii uzupełniającej

stwierdził, że zachowanie pielęgniarza oddziałowego nie było zgodne z kartą zaleceń lekarskich i umożliwiło M. D. (1) samowolne oddalenie z terenu szpitala i śmierć samobójczą.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego w świetle tych okoliczności należy uznać, że zachodzą podstawy do przypisania pozwanemu szpitalowi odpowiedzialności za skutki śmierci M. D. (1).

Podstawy odpowiedzialności pozwanego szpitala za czyn niedozwolony wynikający z zaniechań personelu medycznego w procesie udzielania świadczeń medycznych należy, jak trafnie wskazał Sąd Okręgowy, upatrywać w art. 430 k.c. Odpowiedzialność uregulowana w art. 430 k.c. to odpowiedzialność na zasadzie ryzyka, dla której zaistnienia konieczne jest ustalenie winy osób z personelu medycznego (podwładnych). Wina podwładnego jest przesłanką odpowiedzialności pozwanego na podstawie art. 430 k.c., przy czym ustawa nie uzależnia tej odpowiedzialności od konkretnego stopnia winy lub jej przypisania poszczególnym członkom personelu pozwanego (wina bezimienna). Wystarczy wykazanie, choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że podmiot leczniczy ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta.

Ocena zasadności roszczeń powoda wymagała zatem ustalenia, czy personel pozwanego szpitala dopuścił się zaniedbań w procesie leczenia, czy opieki nad M. D. (1) będącym pacjentem tego szpitala. Jak zostało wyżej już wskazane, zachowanie personelu medycznego pozwanego szpitala nie było właściwe, gdyż pozwany szpital nie zapewnił odpowiednich warunków nadzoru i opieki nad pacjentem w związku z występującym u niego stanem depresyjnym i chorobą dwubiegunową.

Wina pozwanego szpitala, wyraża się w braku należytej pieczy nad M. D. (1), umieszczonym w zamykanym oddziale z powodu myśli samobójczych. Pracownik pozwanego szpitala - pielęgniarz oddziałowy J. W. pozostawił pacjenta poza oddziałem, nie odprowadzając go na oddział, w sytuacji, gdy zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego, pacjent nie mógł opuszczać oddziału bez opieki personelu szpitala, bądź członka rodziny. Co istotne, M. D. (1) zgłosił się do szpitala sygnalizując myśli samobójcze i obawiając się o własne życie. Zostały w związku z tym stwierdzone podstawy do hospitalizacji pacjenta i w konsekwencji pacjent został umieszczony na oddziale zamykanym, bez możliwości jego opuszczania bez opieki personelu. Szpital miał zatem obowiązek zadbać o to, aby pacjent nie miał możliwości targnięcia się na własne życie. Taki obowiązek szpitala, jak trafnie wskazał Sąd Okręgowy w uzasadnieniu wyroku wydanego w sprawie III C 815/16, wynikał z art. 14 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, zgodnie z którym pacjent miał być nadzorowany w taki sposób, aby nie mógł opuścić szpitala psychiatrycznego bez zgody ordynatora lub lekarza prowadzącego. Zgoda na opuszczenie szpitala przed „wypisem” mogła być udzielona przez ordynatora lub lekarza prowadzącego tylko w przypadku, gdy opuszczenie szpitala nie zagrażało życiu pacjenta albo życiu i zdrowiu innych osób. W niniejszej sprawie bezspornym jest, iż w dniu 17 października 2011 r., kiedy to pacjent opuścił oddział w towarzystwie pielęgniarza ani nie wypisano M. D. (1) ze szpitala, ani nie została udzielona zgoda na opuszczenie szpitala przez pacjenta. Zgodnie natomiast z zaleceniem lekarskim, aktualnym na dzień 17 października 2011 r., pacjent mógł opuszczać oddział jedynie pod opieką personelu lub rodziny. Bezspornym jest również, że pielęgniarz oddziałowy, J. W., wyprowadził M. D. (1) tego dnia z oddziału i pozostawił go w „otwartej” części szpitala, mimo iż miał obowiązek zaprowadzić go z powrotem na oddział.

Zachowanie pielęgniarza umożliwiło M. D. samowolne oddalenie się z terenu szpitala i śmierć samobójczą.

Nie jest zasadny zarzut pozwanego szpitala, iż M. D. (1) w dniu 17 października 2011 r. i wcześniej, nie wymagał hospitalizacji. Gdyby tak było, nie byłby hospitalizowany i skierowany na oddział zamykany, bez możliwości jego opuszczania w ogóle do dnia 27 września 2011 r., a od 27 września 2011 r. z możliwością jego opuszczania oddziału tylko pod opieką personelu szpitala. Nie ma przy tym znaczenia, że Oddział II nie był formalnie oddziałem zamkniętym, skoro był zamykany na klucze, a możliwość jego opuszczania przez pacjentów zależała od zaleceń lekarza prowadzącego. Na konieczność hospitalizacji M. D. (1) wskazuje również okoliczność, iż w sytuacji, gdy po około dwóch tygodniach pobytu domagał się wypisania na własne żądanie, lekarz prowadzący – dr J. G. poinformowała go,

że w takim przypadku złoży wniosek do sądu rodzinnego o przymusowe zatrzymanie go w szpitalu z powodu myśli samobójczych.

Zgodzić się również należy ze stanowiskiem Sądu Okręgowego wyrażonym w sprawie III C 815/16, że sam fakt, iż pobyt M. D. (1) na przepustce przebiegł bez zastrzeżeń, nie zwalniał pozwanego szpitala od odpowiedzialności, gdyż leczenie nie zostało jeszcze zakończone, pacjent nie został wypisany ze szpitala, a zalecenie lekarskie dotyczące możliwości opuszczania oddziału tylko pod opieką personelu nie zostało zmienione. Okoliczności te w sposób oczywisty wskazują, iż w dniu 17 października 2011 r. (poniedziałek) M. D. (1) wymagał dalszej hospitalizacji.

Zgodnie z treścią art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. W ocenie Sądu Apelacyjnego pomiędzy brakiem nadzoru ze strony pozwanego szpitala, a targnięciem się M. D. (1) na własne życie, zachodzi normalny związek przyczynowy. Związek przyczynowy występuje jako normalny również w sytuacji, gdy pewne zdarzenie stworzyło warunki powstania innych zdarzeń, z których dopiero ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody. Obiektywne prawdopodobieństwo zrealizowania myśli samobójczych przez osobę hospitalizowaną z powodu tych myśli w zamkniętym oddziale szpitala psychiatrycznego każdorazowo zwiększa się w przypadku pozostawienia tej osoby (wcześniej przebywającej w odpowiednio zabezpieczonych pomieszczeniach) na obszarze, który może bez problemu opuścić. Gdyby M. D. (1) nie został pozostawiony bez opieki w miejscu umożliwiającym wyjście ze szpitala, to nie miałby możliwości udania się na Dworzec (...) i rzucenia pod pociąg. Należy zatem przyjąć istnienie związku pomiędzy uchybieniem personelu pozwanego szpitala a podjęciem przez M. D. (1) zamachu samobójczego. Myśli samobójcze, co zostało stwierdzone w opinii A. R., u tego pacjenta pojawiały się nagle, jako impuls. M. D. (1) nie planował samobójstwa, nie rozmyślał na ten temat, wręcz bał się nachodzących go myśli samobójczych i udał się do szpitala celem zapobieżenia targnięciu się na własne życie. Jeśli zatem M. D. (1) zostałby odprowadzony przez J. W. z powrotem na oddział i nie znalazłby się sam, bez nadzoru, to pacjent nie byłby w stanie przeprowadzić próby samobójczej.

Myśli samobójcze były jednym z symptomów stanu chorobowego M. D. (1), który uzasadniał jego hospitalizację na oddziale zamkniętym. Zatem nawet jeśli M. D. (1) 17 października 2011 r. w chwili opuszczenia oddziału, na którym przebywał miał myśli samobójcze, to świadczy to o nasileniu objawów choroby, co nie może być okolicznością zwalniającą pozwanego szpital od obowiązku objęcia pacjenta szczególnym nadzorem podczas jego pobytu poza oddziałem. Okoliczność ta, zdaniem Sądu Apelacyjnego nie zwalnia to pozwanego od odpowiedzialności za brak nadzoru nad pacjentem. M. bowiem zgłosił się na do pozwanego Szpitala z powodu nachodzących go myśli samobójczych, bojąc się o swoje życie. Został umieszczony na Oddziale (...), zamkniętym na klucze, w tym celu, aby uniemożliwić mu samowolne opuszczenie oddziału i zrealizowanie myśli samobójczej. Nie ma więc w ocenie Sądu Apelacyjnego znaczenia, czy decyzja o opuszczeniu szpitala i samobójstwie była podjęta wcześniej, czy też pacjent podjął ją na skutek nagłego impulsu w momencie, gdy znalazł się sam, bez nadzoru, w otwartej części budynku, z której mógł bez problemu wyjść na ulicę. Jeśli bowiem pacjent zgłasza się do szpitala sygnalizując myśli samobójczych i zostaje umieszczony na oddziale zamkniętym (lub na oddziale zamkniętym na klucz z zaleceniem lekarza prowadzącego, aby nie opuszczał oddziału bez opieki personelu), to do momentu wypisu, zmiany zaleceń lub podjęcia decyzji o przeniesieniu na inny oddział, nie powinien być pozostawiany bez opieki nawet na bardzo krótki okres czasu.

Podjęcie decyzji o samobójstwie spowodowane było zaburzeniami osobowości – czynnikami tkwiącymi w psychice pacjenta, z którymi sobie nie mógł poradzić, a brak nadzoru ze strony Szpitala stworzył tylko warunki do realizacji podjętej decyzji. Podkreślić jednak należy, iż właśnie z powodu lęków, konfliktu wewnętrznego i pojawiających się myśli samobójczych M. D. (1) zgłosił się do pozwanego szpitala z nadzieją na otrzymanie fachowej pomocy, sygnalizując przy tym, że boi się o własne życie, z nadzieją, że pobyt w szpitalu i zastosowane leczenie uchronią go przed podjęciem próby samobójczej. Obowiązkiem pozwanego szpitala w tej sytuacji było przede wszystkim nie dopuszczenie, aby pacjent miał możliwość zrealizowania nachodzących go myśli samobójczych oraz w drugiej kolejności zastosowanie takiego leczenia, które pomoże mu uporać się z dręczącymi go problemami.

Na wysokość należnego zadośćuczynienia ma wpływ zakres i charakter krzywdy, którą ma ono rekompensować. Sąd Apelacyjny w pełni podziela pogląd wyrażony w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 2015 r., III CSK 173/14, że sprawach o zadośćuczynienie pieniężne na podstawie art. 446 § 4 k.c. indywidualizacja ocen w zakresie dotyczącym rozmiaru krzywdy i wysokości zadośćuczynienia musi doznawać ograniczeń. W przypadkach, w których stopień bliskości osoby uprawnionej względem zmarłego jest taki sam, wiek uprawnionego podobny, podobna intensywność więzi między uprawnionym a zmarłym, podobna skala przeżywanego bólu i cierpienie przez uprawnionego, podobny stopień negatywnego wpływu śmierci osoby najbliższej na życie uprawnionego, powinny być zasądzone podobne kwoty tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną wskutek śmierci osoby najbliższej. Uogólniając, sądy powinny w miarę możliwości dokonywać jednolitej oceny podobnych przypadków, według takich, w szczególności, kryteriów, jak wskazane wyżej okoliczności. Ogólny poziom życia społeczeństwa ma tu o tyle znaczenie, o ile wpływa na wynikające z zasądzonej sumy możliwości nabywcze uprawnionego. W zamożniejszym społeczeństwie osiągnięcie celu zadośćuczynienia - skompensowanie krzywdy przez użycie zasądzonej sumy na zaspokojenie potrzeb konsumpcyjnych - uzasadnia zasądzanie wyższych sum niż w społeczeństwie uboższym. Z drugiej strony, nieuwzględnienie przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa mogłoby prowadzić do - również niezgodnego z funkcją zadośćuczynienia - wzbogacenia uprawnionego.

Na wysokość zadośćuczynienia za krzywdę doznaną wskutek śmierci osoby najbliższej może mieć wpływ także przypisywana w danym systemie prawnym tej instytucji rola do spełnienia wśród środków ochrony prawnej. W wielu europejskich państwach kwoty zasądzone z tytułu zadośćuczynienia za krzywdę doznaną wskutek śmierci osoby najbliższej są stosunkowo niewysokie, a przy tym niższe od sum zadośćuczynienia zasądzanych z tytułu zadośćuczynienia za krzywdę doznaną wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia (...).

Przenosząc te uwagi na grunt niniejszej sprawy trzeba wskazać, że M. D. (1) był jedynym synem K. D. (1). W chwili śmierci M. D. (1) miał już 29 lat, ale z powodu choroby nadal zamieszkiwał z rodzicami, a więc również z powodem. Powód był mocno uczuciowo związany z synem. Ponieważ z powodu choroby M. D. (1) nie usamodzielniał się jeszcze i nie założył rodziny, to rodzice byli dla niego najbliższymi osobami. Powód był bardzo dumny z osiągnięć syna, dbał o jego rozwój. Nawet jeśli powód nie do końca rozumiał istotę schorzeń syna, to wspierał syna w chorobie – odwiedzał syna w szpitalu, w październiku 2011 r. odebrał syna na przepustkę i odwiózł syna do szpitala po przepustce. Pomiędzy M. D. (1) a powodem istniała więc silna więź, której znaczenia nie umniejsza fakt, że M. D. (1) był już dorosły.

Powód bardzo przeżył śmierć swego dziecka. To powód identyfikował zwłoki syna. Do dziś powód przeżywa utratę syna i rozpamiętuje okoliczności i przyczyny śmierci syna. Powód po śmierci syna czuje się osamotniony. Zakres krzywdy powoda jest więc znaczny. Nawet jeśli każde z rodziców na swój sposób kochało syna, a tym samym na swój sposób przeżyło jego stratę, to, zdaniem Sądu Apelacyjnego, brak jest podstaw do różnicowania kwot należnego im zadośćuczynienia.

W ocenie Sądu Apelacyjnego właściwą kwotą zadośćuczynienia winna być kwota 180 000 zł. Kwota ta uwzględnia również to, że zakres krzywdy powoda powiększyły działania pozwanej szpitala po samowolnym opuszczeniu szpitala przez M. D. (1), jak brak intensywnych działań w celu odszukania pacjenta, czy sporządzenie dokumentu wypisu pacjenta ze szpitala z uwagi na samowolne opuszczenie szpitala.

Z tych powodów Sąd Apelacyjny w oparciu o art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok w punkcie pierwszym częściowo w ten sposób, że zasądził od (...) Zespołu (...) w W. na rzecz K. D. (1) kwotę 180 000 zł tytułem zadośćuczynienia.

W ocenie Sądu Apelacyjnego pozwany szpital pozostawał w opóźnieniu w wypłacie tej kwoty od 16 grudnia 2014 r. Odpis pisma z dnia 20 września 2014 r., w którym pozwany sprecyzował swe żądania został doręczony pozwanemu 2 grudnia 2014r. Przyjmując zatem, że pozwany winien mieć czas dla oceny zasadności roszczenia powoda, Sąd Apelacyjny uznał, że uzasadnione jest roszczenie o ustawowe odsetki za opóźnienie od dnia 16 grudnia 2014 roku do dnia zapłaty.

W pozostałym zakresie roszczenie o zadośćuczynienie, było wygórowane, a zatem niezasadne.

Nie było zasadne roszczenie o odszkodowanie. Powód w pozwie w istocie nie przedstawił żadnego uzasadniania tego żądania. Powód nie przedstawił dodatkowej argumentacji w tym zakresie również po ustanowieniu dla niego pełnomocnika z urzędu. W trakcie przesłuchania w charakterze strony powód wskazywał, że jest osobą schorowaną, obecnie nie może liczyć na wsparcie syna. Z tych okoliczności wynika, że powód upatruje pogorszenia swej sytuacji życiowej na skutek śmierci syna. Zdaniem Sądu Apelacyjnego okoliczności te nie są wystarczające do uwzględnienia roszczenia powoda na gruncie art. 446 § 3 k.c. Trudno bowiem uznać, mając na uwagę charakter schorzenia M. D. (1) i długotrwałość tego schorzenia, że M. D. (1) z uwagi na swój stan zdrowia byłby w stanie wspierać rodziców.

Powód wskazywał również na poniesienie wydatków na pogrzeb i nagrobek syna. Trzeba jednakże zauważyć, że koszty pogrzebu zostały zasądzone na rzecz żony powoda – K. D. (2), z którą, jak sam powód przyznał, pozostawał w wspólności majątkowej, w kwocie 24 140 zł. Powód nie wykazał, by poniósł koszty pogrzebu przekraczające tę kwotę. Nie przedstawił w tym zakresie żadnych dowodów, poprzestając na dowodach znajdujących się w aktach sprawy III C 815/16. Zatem roszczenie to zasadnie zostało oddalone.

Pozwany szpital na etapie postępowania apelacyjnego wniósł o przyznanie (...) S.A. jako ubezpieczyciela swej odpowiedzialności cywilnej. Wniosek ten nie był zasadny z tego powodu, że na wniosek pozwanego (...) S.A. został powiadomiony i niniejszej sprawie jeszcze na etapie postępowania pierwszoinstancyjnego – w dniu 14 stycznia 2015 r. (k. 109).

Z uwagi na częściową zmianę rozstrzygnięcia ujętego w punkcie pierwszym wyroku Sąd Apelacyjny zmienił również częściowo rozstrzygnięcie w przedmiocie kosztów procesu ujęte w punkcie drugim zaskarżonego wyroku, ustalając w oparciu o art. 100 zd. pierwsze k.p.c., że powód ponosi koszty procesu w 82%, a pozwany w 18%.

W pozostałym zakresie apelacja powoda została oddalona w oparciu o art. 385 k.p.c.

W oparciu o art. 100 zd. pierwsze k.p.c. Sąd Apelacyjny ustalił, że powód ponosi koszty postępowania apelacyjnego w 82%, a pozwany w 18%, pozostawiając ich szczegółowe wyliczenie referendarzowi sądowemu w Sądzie Okręgowym w Warszawie.

Beata Kozłowska