

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 sierpnia 2021 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący SSA Beata Kozłowska

Protokolant Marta Grzeszczyk

po rozpoznaniu w dniu 25 sierpnia 2021 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa M. M.

przeciwko (...) S.A. z siedzibą w W. i Zespołowi (...) w C.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanych

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 12 stycznia 2021 r., sygn. akt I C 838/17

1. zmienia zaskarżony wyrok:

- w punkcie pierwszym częściowo w ten sposób, że oddala powództwo o zapłatę kwoty 50 000 zł (pięćdziesiąt tysięcy złotych) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od tej kwoty,

- w punkcie trzecim częściowo w ten sposób, że ustala, iż koszty procesu ponosi powód w 66 %, a pozwani w 34 %,

2. oddala apelację Zespołu (...) w C. w pozostałym zakresie,

3. zasądza od M. M. na rzecz (...) S.A. z siedzibą w W. kwotę 5 200 zł (pięć tysięcy dwieście złotych), a na rzecz Zespołu (...) w C. kwotę 996,88 zł (dziewięćset dziewięćdziesiąt sześć złotych osiemdziesiąt osiem groszy) tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego,

4. nakazuje pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Apelacyjnego w Warszawie tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych:

- od M. M. kwotę 57 zł (pięćdziesiąt siedem złotych),

- od Zespołu (...) w C. kwotę 121 zł (sto dwadzieścia jeden złotych).

Beata Kozłowska

Sygn. akt I ACa 321/21

UZASADNIENIE

Powód M. M. wystąpił przeciwko Zespołowi (...) w C. oraz (...) S.A. w W. o:

- 1) zasądzenie in solidum od pozwanych kwoty 300 000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi - w stosunku do pozwanego Zespołu (...) w C. od 28.12.2016 r. do dnia zapłaty, w stosunku do pozwanego Zakładu (...) S.A. w W. od 9.3.2017 r. do dnia zapłaty;
- 2) zasądzenie in solidum od pozwanych kwoty 4 680 zł tytułem odszkodowania wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi - w stosunku do pozwanego Zespołu (...) w C. od 28.12.2016 r. do dnia zapłaty, w stosunku do pozwanego Zakładu (...) S.A. w W. od 9.3.2017 r. do dnia zapłaty.
- 3) zasądzenie od pozwanych kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego przez radcę prawnego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu powód wskazał, że w styczniu 2016 r. u jego matki A. O. (1) został zdiagnozowany nowotwór lewej piersi. 23.2.2016 r. wykonano u niej zabieg wycięcia guza. Kobięcie zalecono chemioterapię, po drugiej z nich zaczęła odczuwać osłabienie fizyczne, stała się smutna i przygnębiona. Przyjaciółka A. O. (1) I. W. zaproponowała w związku z tym konsultację psychiatryczną i poradziła skierować A. O. (1) do Szpitala.

W uzasadnieniu podniesiono również, że 14.4.2016 r. A. O. (1) została przyjęta do Zespołu (...) w C., zaś kolejnego dnia odbyła się konsultacja psychiatryczna pacjentki. Stwierdzono u niej występowanie objawów stanu depresyjnego oraz myśli suicydalne, jednak bez tendencji do realizacji. Gdy A. O. (1) odwiedziła I. W. zauważyła ona, że pacjentka pozostaje zamroczone, co było skutkiem kilku tabletek leku nasennego S.. W przekonaniu powoda celem jego zażycia było popełnienie samobójstwa. Pacjentkę przeniesiono do tzw. sali R, gdzie miała być „nadzorowana przy wszystkich czynnościach”.

W uzasadnieniu podniesiono również, że 17 kwietnia 2016 r. około 7:00 rano pielęgniarka zaprowadziła A. O. (1) do toalety, po czym wróciła na salę. Matka powoda w tym czasie udała się na trzecie piętro do kaplicy, skąd wyskoczyła i w następstwie doznanych obrażeń zmarła.

Powód zarzucił Zespołowi (...) w C. liczne uchybienia, które jego zdaniem doprowadziły do zgonu matki - nieprawidłowe sprawowanie nadzoru polegające na pozostawieniu przez pielęgniarkę w toalecie pacjentki samej, niewłaściwą organizację opieki nad osobami pozostającymi w sali intensywnego nadzoru, a także niewłaściwą terapię farmakologiczną polegającą na zbyt późnym podaniu leku D. oraz niewłaściwej jego dawce.

W oparciu o tak przedstawiony stan faktyczny powód zażądał zasądzenia in solidum kwoty 300 000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie. W związku z poniesionymi kosztami pogrzebu zażądał także ich zwrotu w wysokości 4 680 zł, również z ustawowymi odsetkami liczonymi od tych samych dat, co przy zadośćuczynieniu.

Pozwany Zespół (...) w C. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania. Pozwany zakwestionował powództwo, co do zasady i co do wysokości.

Podniósł, że sala R, na którą została przeniesiona A. O. (1), nie była salą intensywnej opieki medycznej, a salą wzmoczonego nadzoru. Zdaniem pozwanego warunki w szpitalu odpowiadały rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, gdyż w sali znajdowało się 6 łóżek, a nadzór nad pacjentami sprawowała cały czas jedna pielęgniarka. W opinii pozwanego skoro z karty realizacji opieki wynika, że pacjentka miała wychodzić do WC pod kontrolą personelu, to zachowanie polegające na zaprowadzeniu pacjentki do toalety było prawidłowe, gdyż kontrola ma charakter wrywkowy, zaś nadzór prowadzony jest przez cały czas trwania danego procesu. Pozwany podkreślił również, że do błędu organizacyjnego nie doszło, gdyż nadzór nad pacjentami przez jedną pielęgniarkę odpowiadał wskazanemu rozporządzeniu i jest zgodny z zarządzeniami Prezesa NFZ. ZOZ podniósł również, że lek S. jest lekiem nasennym wyjątkowo bezpiecznym, bowiem substancją czynną jest

w nim Z.. Zdaniem pozwanego pacjentka, będąc lekarzem z 40-letnim stażem, zdawała sobie sprawę jak działa ten lek. Odnosnie do spóźnionego zastosowania leku D. pozwany podniósł, że został on zalecony w dniu 15.4.2016 r. o 14:00 i miał zostać podawany o godzinie 8:00, dlatego zażycie go przez pacjentkę mogło nastąpić najwcześniej 16 kwietnia 2016 r., tj. wtedy gdy lek został podany. Zdaniem pozwanego także dawka leku była właściwa. W przekonaniu Szpitala powód nie wykazał żadnej z przesłanek odpowiedzialności, dlatego powództwo powinno zostać oddalone.

(...) S.A. w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania. Ubezpieczyciel, podobnie jak Szpital, zakwestionował powództwo, co do zasady i co do wysokości.

W przekonaniu tego pozwanego powód nie wykazał przesłanek odpowiedzialności Szpitala. Śmierć A. O. (1) była skutkiem samobójstwa, nie przyczyniły się do niej ani osoby trzecie, ani nieprawidłowości w funkcjonowaniu szpitala. Pozwany podniósł ponadto, że kwota zadośćuczynienia jest rażąco wygórowana i nieadekwatna do skutków zachowania pozwanego ZOZ. Zakład ubezpieczeń zakwestionował także zasadność roszczenia o zwrot poniesionych kosztów pogrzebu. Ponadto podniósł, że odsetek w spełnieniu świadczenia można żądać dopiero od dnia wydania wyroku.

Wyrokiem z dnia 12 stycznia 2021 r. Sąd Okręgowy w Warszawie:

I. zasądził tytułem zadośćuczynienia od Zespołu (...) w C. i (...) S.A. z siedzibą w W. w ten sposób, że spełnienie świadczenia przez jednego z zobowiązanych zwalnia drugiego na rzecz M. M. kwotę 150 000 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 3 stycznia 2019 r. do dnia zapłaty;

II. zasądził tytułem odszkodowania od Zespołu (...) w C. i (...) S.A. z siedzibą w W. w ten sposób, że spełnienie świadczenia przez jednego z zobowiązanych zwalnia drugiego na rzecz M. M. kwotę 4 680 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 3 stycznia 2019 r. do dnia zapłaty;

III. oddalił powództwo w pozostałym zakresie;

IV. ustalił, że powód ponosi koszty procesu w 49,2% natomiast pozwani w 50,8%, pozostawiając szczegółowe wyliczenie tych kosztów, przy przyjęciu podwójnej stawki minimalnej w zakresie kosztów zastępstwa procesowego pełnomocników stron, referendarzowi sądowemu po uprawomocnieniu się wyroku.

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

A. O. (1) wykonywała przez około 40 lat zawód lekarza ginekologa w Zespole (...) w C.. Pracowała tam do lutego 2016 r. Utrzymywała koleżeńskie relacje z personelem Szpitala, zaś z pielęgniarkami I. W. oraz G. G. pozostawała w bliskich przyjacielskich relacjach. Przed zachorowaniem na nowotwór piersi była osobą pogodną, uśmiechniętą i silną psychicznie.

W dniu 11 stycznia 2016 r. w poradni onkologicznej rozpoznano u kobiety guza lewej piersi, powiększenie węzłów chłonnych pachowych po stronie lewej. Pacjentka została skierowana na szczegółowe badania. 25.1.2016 r. wykonano biopsję zmiany w lewej piersi i zdiagnozowano nowotwór złośliwy. Od 23.2.2016 r. do 1.3.2016 r. z rozpoznaniem nowotworu złośliwego sutka A. O. (1) przebywała w O. Klinicznym Nowotworów Piersi i (...) Rekonstrukcyjnej. 24.2.2016 r. przeprowadzono u niej zabieg operacyjny kwadrantektomii piersi lewej i limfadenektomii pachy lewej. Przed operacją wykonano u pacjentki ocenę stanu psychologicznego. Zaobserwowano napięcie lękowe. Kobieta uczestniczyła również w spotkaniu grupy wsparcia i zajęciach psychoedukacyjnych.

A. O. (1) została skierowana na chemioterapię w czterech cyklach. Pierwszą chemioterapię przyjęła w oddziale chemioterapii dziennej 18.3.2016 r., drugi cykl zaś 8.4.2016 r. Dalsze leczenie odbywało się w trybie ambulatoryjnym.

Gdy choroba nowotworowa została rozpoznana u A. O. (1), przeprowadził się do niej jej syn M. M., który w czasie choroby stale wspierał kobietę i udzielał jej niezbędnej pomocy. Powód wyjeżdżał z matką m.in. do lasu, grał w gry. W opiece nad chorą wspierał powoda personel pielęgniarski Zespołu (...) w C..

O ile pacjentka po przyjęciu pierwszego cyklu pozostawała w dobrym samopoczuciu i miała nadzieję, że uda jej się pokonać chorobę i powrócić do zdrowia, to po drugiej chemioterapii zachowanie kobiety uległo zmianie. Stan psychiczny chorej pogorszył się, choć był on zmienny. Kobieta ponadto schudła, czuła się źle, była przygnębiona. Zaczęły jej wypadać włosy, czego nie mogła zaakceptować, jednak czasami optymistycznie spoglądała w przyszłość. Chociaż kobieta znajdowała się w obniżonym nastroju, to przyjaciółkom nigdy nie wspominała o potencjalnej próbie samobójczej. Tylko w stosunku do syna M. M., gdy zamierzał wyjechać na kilka dni do P., stwierdziła, że chce odejść, nie chce żyć. I. W. zaproponowała w związku z tym, żeby na okres wyjazdu przyjąć A. O. (1) do Zespołu (...) w C., w celu poddania jej konsultacji psychiatrycznej w związku z obniżonym nastrojem.

W dniu wyjazdu M. M. do P., tj. 14.4.2016 r. A. O. (1) została przyjęta do Zespołu (...) w C. na Oddział Wewnętrzny w trybie nagłym. Przyjęcie było uwarunkowane prośbą pielęgniarek, w szczególności przyjaciółki I. W.. Jako rozpoznanie przy przyjęciu wskazano reakcję depresyjną i raka piersi. Za przyczynę przyjęcia uznano pogorszenie stanu ogólnego w przebiegu chemioterapii. Stan ogólny pacjentki na chwilę przyjęcia kwalifikowano jako ogólny dobry, zaobserwowano jednak obniżony nastrój. W ramach opieki pielęgniarskiej wskazano także, że pacjentka zdradza objawy depresji i należy na nią zwrócić uwagę.

Następnego dnia, tj. 15.4.2016 r. chora została poddana konsultacji psychiatrycznej, którą przeprowadziła B. J.. U A. O. (1) stwierdzono epizod depresyjny, który przejawiał się w wyraźnych objawach zespołu depresyjnego, włącznie z myślami samobójczymi, jednak bez tendencji do ich realizacji, dużym poczuciem beznadziejności i brakiem perspektyw na przyszłość. Zalecono w stosunku do pacjentki stosowanie leku D. 10 mg. Lek ten podano pacjentce pierwszy raz 16.4.2016 r. w godzinach porannych. W dniu badania, tj. 15.4.2016 r., chorą odwiedziła I. W., która zauważyła senność pacjentki i zgłosiła tę okoliczność lekarzowi. Pacjentka zażyła kilka tabletek własnych środków nasennych (lek S.). Po tym incydencie około 14:00 A. O. (1) została na zlecenie lekarza przeniesiona na salę R w celu kontroli posiadania innych leków poza zażytych. Pacjentka od chwili przeniesienia na salę R mogła wychodzić do toalety wyłącznie pod kontrolą personelu.

Sala R na O. Wewnętrznym Zespołu (...) w C. przeznaczona jest dla pacjentów o różnym stanie fizycznym, głównie z problemami kardiologicznymi. Jest w niej zapewniony najwyższy poziom nadzoru na oddziale, gdyż znajduje się na stałe stanowisko pielęgniarskie. Chorzy pozostający pod nadzorem, jeżeli byli chodzący, nie wymagali jednak asysty pielęgniarki przy wyjściu do toalety. Natomiast jeżeli pacjenci wymagali pomocy, byli odprowadzani przez pielęgniarkę, która w razie potrzeby organizowała wówczas zastępstwo na sali. Pacjenci mogli korzystać wtedy także z dzwonka w celu poinformowania o konieczności udzielenia pomocy. Jeżeli chory przez dłuższy czas po odprowadzeniu do toalety nie wracał, to pielęgniarka udawała się do niego ponownie w celu sprawdzenia, czy pacjent nie zasnął. O zakwalifikowaniu chorego do pobytu na sali R decydował lekarz. Pielęgniarki sprawujące opiekę nad pacjentami na sali monitorowanej przed przeniesieniem A. O. (1) nie miały doświadczenia w nadzorze nad osobami z problemami o podłożu psychicznym.

A. O. (1) była rano 15.4.2016 r. apatyczna, w obniżonym nastroju. Nastrój chorej podczas pobytu w Szpitalu był jednak zmienny. Później podczas odwiedzin koleżanek była ożywiona, a nawet śmiała się i żartowała. Nie wspominała o myślach samobójczych. W nocy z 15 na 16.4.2016 r. pacjentka była spokojna, ale całą noc nie spała.

Kolejnej nocy u A. O. (1) nadal był zauważalny obniżony nastrój. Rano 17.4.2016 r. pacjentka była w dalszym ciągu apatyczna, nie zgłaszała jednak żadnych dolegliwości, ale występował u niej obniżony nastrój. Około godziny 7:00 zgłosiła potrzebę wyjścia do toalety. Do WC odprowadziła chorą pielęgniarka K. T., która następnie wróciła na salę, aby innemu z pacjentów zmierzyć temperaturę i podać lek przeciwbólowy. Kiedy chora przez dłuższy czas nie wracała pielęgniarka udała się ponownie do toalety, ale A. O. (1) już w niej nie było.

Pacjentka przemieściła się do kaplicy znajdującej się na trzecim piętrze Szpitala, skąd wyskoczyła z okna. Odgłos uderzenia o ziemię usłyszała kończąca dyżur M. B., która natychmiast zorganizowała pomoc i podjęła próbę reanimacji. Okazała się ona jednak nieskuteczna. A. O. (1) poniosła śmierć na miejscu wskutek pęknięcia tętnicy głównej i tamponady serca.

Stan depresyjny z postawą rezygnacyjną i myślami samobójczymi, który występował u pacjentki A. O. (1), był wskazaniem do leczenia w oddziale lub w szpitalu psychiatrycznym, gdyż żaden oddział szpitalny nie będący oddziałem psychiatrycznym nie jest w stanie zapewnić warunków osobie z depresją i tendencjami samobójczymi należytej opieki. Na O. Wewnętrznym Zespole (...) zapewniono warunki nadzoru na takim poziomie, na jakim było to tam możliwe (konsultację psychiatryczną, salę monitorowaną, nadzór przy różnych czynnościach).

Zażycie przez A. O. (1) kilku tabletek S. mogło być związane z występującą u niej bezsennością, nie musiało być próbą samobójczą, czy ostrzeżeniem przed nią. Przyczyną przeniesienia pacjentki z sali ogólnej na salę monitorowaną wynikało z zażycia przez nią wskazanego leku. Zalecenie nadzoru przy wychodzeniu do toalety u pacjentki z depresją i myślami samobójczymi było uzasadnione zagrożeniem podjęcia próby samobójstwa. Brak zgody pacjentki na leczenie psychiatryczne powinien zostać odnotowany w dokumentacji. Zalecenie podania A. O. (1) leku D. w dawce 10 mg było prawidłowe. Dawka ta jest bezpieczna i stosowana u osób z różnymi ograniczeniami. Lek D. należący do grupy (...) inhibitorów zwrotnego wchłaniania serotoniny osiąga efekt terapeutyczny po około 10-14 dniach przyjmowania, dlatego dodatkowo można było zastosować w leczeniu A. O. (1) inny lek o mniejszym działaniu przeciwdepresyjnym, ale zmniejszającym niepokój i poprawiającym zaburzenia snu (przykładowo L. lub D.). W początkowym okresie przyjmowania leków jak D. istnieje ryzyko podwyższenia niepokoju i pobudzenia u pacjenta, co zwiększało ryzyko podjęcia przez pacjentkę zamachu samobójczego.

M. M. był synem A. O. (1). Matka była jego jedyną rodziną, gdyż z ojcem nie utrzymywał nigdy kontaktu. Powoda łączyły z A. O. (1) bardzo silne pozytywne relacje. Jej tragiczna śmierć była dla niego silnym przeżyciem. Kiedy 17.4.2016 r. około 8:00 otrzymał telefon ze Szpitala, w którym został poproszony o pilny przyjazd, poczuł się silnie zaniepokojony. Nie poinformowano go wówczas jeszcze o tragicznej śmierci matki. O próbie samobójczej matki dowiedział się dopiero w drodze do C., kiedy otrzymał kondolencje.

Powód po śmierci matki nie był w stanie prawidłowo funkcjonować. W załatwianiu formalności związanych z organizacją pogrzebu wyręczał go M. S. (1). Przez blisko 2 lata M. M. bardzo intensywnie przeżywał żalobę po matce. U powoda występowały silne zaburzenia lękowe i powracające zaburzenia depresyjne. Do 2018 r. M. M. leczył się psychiatrycznie. Terapia miała jednak charakter nieregularny. Kiedy objawy były nasilone M. M. przyjmował leki, po uzyskaniu poprawy odstawiał je, co ponownie prowadziło do pogorszenia stanu psychicznego.

M. M. po śmierci matki nadużywał także alkoholu. Mieszkał wówczas z dziewczyną i jej dziećmi w P.. Po roku od śmierci A. O. (1) powód zakończył długoletni związek partnerski. Unikał w tym czasie także kontaktów społecznych.

Przez rok po śmierci A. O. (1) M. M. utrzymywał się ze środków, które odziedziczył po matce. Następnie podjął współpracę z partnerką, pracował również w pracowni architektonicznej kolegi. Kiedy rozpadł się jego związek, zajął się dorywczymi pracami fizycznymi. Powód nadal pracuje fizycznie – zajmuje się dowożeniem posiłków w aplikacji U.. Jest w nowym związku, urodziło mu się dziecko.

M. M. myśli jednak o powrocie do pracy zawodowej, z optymizmem patrzy w przyszłość. Nie wymaga obecnie leczenia psychiatrycznego. Nie występują u niego zaburzenia depresyjne i lękowe. Od wiosny 2018 r., kiedy wyjechał na Teneryfę, przyjmuje wyłącznie doraźnie leki nasenne i uspokajające. Obecnie zażywa tylko Z.. Nadal jednak silnie przeżywa śmierć matki. Jest to dla niego w dalszym ciągu bolesne wspomnienie wywołujące poczucie pustki i żal.

Śmierć A. O. (1) była dla M. M. silną traumą. Nagła strata matki wykroczyła u powoda poza granice żaloby fizjologicznej i doprowadziła do reakcji adaptacyjnej typu depresyjnego, która objawiała się m.in. obniżeniem nastroju, lękiem, zaburzeniami snu i łaknienia, pesymizmem co do przyszłości, wycofaniem się z ról społecznych. Na skutek zaburzeń

depresyjnych M. M. nie mógł prawidłowo funkcjonować, silnie zminimalizował kontakty społeczne, a ponadto zrezygnował z pracy adekwatnej do wykształcenia. Epizod depresyjny oraz towarzyszące mu nadużywanie alkoholu i środków nasennych doprowadziły także do rozpadu związku partnerskiego powoda.

W związku z cechami powoda (biernym opieraniem się na innych osobach, tendencją do podporządkowania się im, uległością wobec autorytetów, małą odpornością na stres i frustrację, tendencją do wycofywania się z kontaktów społecznych) u M. M. jeszcze przed śmiercią A. O. (1) występowały epizody depresyjne i zaburzenia psychiczne.

Powód poniósł koszty związane z pochówkiem matki. Składały się na nie koszty usługi pogrzebowej, trumny, jak również kremacji i nagrobka. Otrzymany przez M. M. zasiłek pogrzebowy nie wystarczał na pokrycie poniesionych z tego tytułu kosztów.

Zespół (...) w C. w czasie pobytu A. O. (1) w okresie od 14 do 17.4.2016 r. był ubezpieczony w zakresie odpowiedzialności cywilnej w (...) S.A. w W..

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił na podstawie wskazanych wyżej dokumentów. Strony w toku postępowania nie zanegowały ich prawdziwości, a Sąd dokonując ich kontroli od strony formalnej i zawartości merytorycznej również nie dopatrzył się uchybień ani śladów wskazujących na ich fałszowanie przez podrabianie lub przerabianie, dlatego nie znalazł podstawy do ich zakwestionowania z urzędu.

Podstawę faktyczną rozstrzygnięcia Sąd skonstruował także na podstawie opinii biegłych sądowych: lek. med. specjalisty psychiatrii M. G. oraz biegłego psychologa K. P. i specjalisty psychiatrii A. N.. Opinie te zostały sporządzone przez kompetentne osoby, posiadające specjalistyczną wiedzę z zakresu będącego ich przedmiotem, zostały wydane na podstawie analizy akt sprawy z uwzględnieniem dołączonej dokumentacji medycznej, a w przypadku opinii odnoszącej się do M. M. także badania powoda. Przedmiotowe opinie odpowiadały wymaganiom określonym w Kodeksie postępowania cywilnego, nie zachodziły także powody osłabiające zaufanie do wiedzy, kompetencji, doświadczenia czy bezstronności sporządzających je biegłych, dlatego Sąd uznał je za wiarygodny materiał dowodowy i poczynił na ich podstawie ustalenia faktyczne.

Wnioski opinii zostały sformułowane zdaniem Sądu na tyle zrozumiale i jednoznacznie, że umożliwiły ustalić fakty wymagające wiedzy specjalnej, przede wszystkim w zakresie nieprawidłowości działania pozwanego Zespołu (...) w C. w procesie leczenia A. O. (1) i przypisania temu podmiotowi odpowiedzialności. Sąd podzielił wnioski opinii, że Szpital nie dołożył należytej staranności przyjmując pacjentkę na Oddział Wewnętrzny, zamiast zaproponować jej przeniesienie do oddziału psychiatrycznego lub skierowanie do szpitala psychiatrycznego. Sąd podzielił również konstatację o niewłaściwości zachowania polegającego na podjęciu się leczenia pacjentki, u której występowała reakcja depresyjna i podania jej leku D., który wywołuje efekt dopiero po około 10-14 dniach, a który w początkowym etapie jego stosowania może powodować wzrost zagrożenia podjęcia próby samobójczej w sytuacji, w której nie potrafił zapewnić pacjentce należytych środków bezpieczeństwa.

W przekonaniu Sądu nie stoi w sprzeczności z wnioskami opinii, które Sąd podzielił, teza, że na O. Wewnętrznym Zespołu (...) w C. zostały wdrożone wszystkie środki nadzoru, którymi ta komórka organizacyjna dysponowała. W opinii Sądu taka konstatacja nie przekreśla wniosku, że zachowanie personelu Zespołu (...) w C., w zakresie w jakim przyjął pacjentkę, było obiektywnie nieprawidłowe i tym samym przyczyniło się w sposób zawiniony do śmierci A. O. (1).

Sąd Okręgowy oddalił wniosek o przeprowadzeniu dowodu opinii biegłego z zakresu farmakoterapii, gdyż fakty, które miałyby być tym dowodem wykazane zostały już wcześniej udowodnione albo nie miały istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, a przeprowadzenie tego dowodu powodowałoby zwłokę w postępowaniu.

Podstawę ustaleń faktycznych stanowiły także zeznania przesłuchanych w sprawie świadków i powoda.

Sąd Okręgowy uznał, że powództwo zasługiwało na uwzględnienie w części. W zakresie, w którym żądanie okazało się zawyżone, podlegało ono oddaleniu.

Spór między stronami wymagał rozstrzygnięcia w pierwszej kolejności, czy zachowanie pozwanego Zespołu (...) w C. było prawidłowe, czy też podmiot leczniczy nie dochował należytej staranności w zakresie nadzoru i opieki w stosunku do A. O. (1), przyczyniając się do podjęcia przez pacjentkę skutecznego zamachu samobójczego.

Podstawy odpowiedzialności pozwanego Szpitala za czyn niedozwolony wynikający z zaniechań personelu medycznego w procesie udzielania świadczeń medycznych należy upatrywać w art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. Zgodnie z art. 430 k.c., kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Artykuł 415 k.c. stanowi natomiast, że kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia.

Odpowiedzialność podmiotu prowadzącego zakład opieki zdrowotnej (podmiotu leczniczego) za szkodę wyrządzoną z winy lekarza (innego członka personelu medycznego) zatrudnionego w tej jednostce lub też prowadzącego indywidualną praktykę lekarską na podstawie łączącej ich umowy o świadczenie usług medycznych, opiera się na art. 415 k.c. i 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.

Odpowiedzialność (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. względem powoda wynika z objęcia placówki medycznej ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej w pozwanym zakładzie ubezpieczeń. Ubezpieczyciel zgodnie z konstrukcją ubezpieczenia odpowiada jednak o tyle, o ile uprzednio wykazane zostaną przesłanki odpowiedzialności deliktowej Szpitala. Jego odpowiedzialność ma bowiem charakter gwarancyjny.

Ocena zasadności roszczeń powoda wymagała zbadania, czy zachowanie pozwanego Zespołu (...) w C. w odniesieniu do leczenia A. O. (1) można uznać za obiektywnie nieprawidłowe. Konieczne dla rozstrzygnięcia o odpowiedzialności podmiotu leczniczego było w tym zakresie ustalenie, czy szpital dopuścił się zaniedbań w procesie leczenia pacjentki, a także, czy zapewnił jej odpowiednie warunki nadzoru i opieki w związku z występującym u niej stanem depresyjnym.

W ocenie Sądu Okręgowego zachowanie personelu medycznego pozwanego Zespołu (...) w C. nie było właściwe.

Zdaniem Sądu Okręgowego wnioski płynące z opinii sporządzonej przez biegłą lek. med. specjalistę psychiatrii M. G. uzasadniają tezę, że Zespół (...) w C. nie dochował należytej staranności w procesie leczenia A. O. (1). Za możliwością uznania odpowiedzialności pozwanego Szpitala przemawiało w przekonaniu Sądu w pierwszej kolejności przyjęcie pacjentki na Oddział Wewnętrzny Zespołu (...) w C. zamiast skierowanie ją do oddziału psychiatrycznego lub szpitala psychiatrycznego, w którym miałyby zapewnione właściwe w jej stanie środki nadzoru, a w drugiej kolejności zaś brak podjęcia szczególnych środków ostrożności w pierwszej fazie podawania leku D., kiedy istniało podwyższone ryzyko podjęcia zamachu samobójczego. Niewłaściwość postępowania podmiotu leczniczego przejawiała się przede wszystkim w nieadekwatności komórki, do której została skierowana pacjentka do jej stanu psychicznego. Jak wskazała bowiem biegła, żaden oddział szpitalny niebędący oddziałem psychiatrycznym nie jest w stanie zapewnić pacjentowi z depresją i tendencjami samobójczymi właściwych warunków nadzoru i opieki. Mając na względzie, że nawet zdecydowanie lepiej przygotowane oddziały psychiatryczne nie zawsze mają możliwość zapobieżenia samobójstwom pacjentów, w przekonaniu Sądu błędem pozwanego Szpitala było przyjęcie A. O. (1) na Oddział

Wewnętrzny Zespół (...) w C.. Personel pozwanego, który zdecydował o przyjęciu pacjentki na Oddział Wewnętrzny musiał mieć świadomość występującej u A. O. (1) reakcji depresyjnej, o czym świadczy rozpoznanie ze skierowania do przyjęcia, a jednak zdecydował się na jej pobyt na oddziale, który nie był przystosowany do potrzeb pacjentów tej kategorii. Najpóźniej po konsultacji psychiatrycznej, która została przeprowadzona 15.04.2016 r. należało podjąć działania zmierzające do przeniesienia pacjentki na oddział psychiatryczny. Zaniechanie w tym zakresie stanowiło zawiniony błąd.

Placówka lecznicza powinna przyjąć bowiem A. O. (1) na oddział psychiatryczny, który ze względu na stan, w którym się znajdowała się, byłby wyłącznie właściwy do wdrożenia stosownych środków nadzoru i opieki. Jeżeli zaś Zespół (...) w C. nie miał faktycznej możliwości zapewnienia warunków właściwych dla osoby, u której występowała depresja z tendencjami samobójczymi był zobowiązany do wskazania innego właściwego podmiotu leczniczego, w którym byłyby one dostępne. Zważywszy na powyższe, zdaniem Sądu Okręgowego należy stwierdzić, że Szpital wyrażając zgodę na przyjęcie chorej na oddział, na którym nie był w stanie zapewnić jej odpowiedniej opieki i nadzoru dopuścił się zachowania obiektywnie nieprawidłowego, gdyż naraził A. O. (1) na utratę zdrowia i życia, nie zapewniając właściwych warunków leczenia.

Za odpowiedzialnością Zespół (...) w C. zdaniem Sądu przemawiało także to, że personel Szpitala powinien zachować szczególną ostrożność w początkowym etapie przyjmowania przez A. O. (1) leku D.. Jak wskazała biegła lek ten należy do grupy (...), tj. inhibitorów zwrotnego wchłaniania serotoniny i przynosi efekt terapeutyczny dopiero po 10-14 dniach. Oznacza to, że od momentu podania pierwszej dawki leku do wywołania przez niego skutku w postaci poprawy stanu zdrowia pacjenta musi upłynąć stosunkowo długi okres, w którym niestety zagrożenie targnięcia się na życie nie maleje, a nawet na początkowym etapie wzrasta. Biegła przyjęła, a Sąd ten wniosek podziela w całości, że w kategorii leków, do których należy D. – escitalopram istnieje możliwość podwyższenia niepokoju u pacjenta, czasami również pobudzenia, a to zwiększa ryzyko podjęcia próby samobójczej u osoby, u której występują takie tendencje.

Zdaniem Sądu Okręgowego zestawienie wniosków opinii z występującą u A. O. (1) bezsennością i przyjmowaniem własnego leku nasennego S., przemawia za konkluzją, że personel Szpitala powinien zastosować w tym czasie szczególne środki ostrożności. W początkowym okresie przyjmowania leku D. personel Zespołu (...) w C. winien zatem skrupulatnie i uważnie nadzorować wszystkie zachowania pacjentki, a zwłaszcza te, które stwarzały realne zagrożenie realizacji tendencji samobójczych. Brak odpowiednich możliwości po stronie personelu Szpitala do wdrożenia takich środków wynikający z nieadekwatności oddziału, na którym przebywała A. O. (1) nie może przemawiać za konstatacją o braku zawinienia pozwanego podmiotu leczniczego.

Sąd Okręgowy wskazał, że trudno oczekiwać od personelu oddziału chorób wewnętrznych, by posiadał specjalistyczną wiedzę co do skutków stosowania leków przeciwdepresyjnych, należało mieć jednak na względzie to, że Zespół (...) w C. nie miał obowiązku przyjmowania pacjentki na oddział wewnętrzny. Mógł bowiem zaproponować kobiecie przyjęcie lub przeniesienie do szpitala psychiatrycznego lub na właściwy oddział psychiatryczny. Podejmując się zaś leczenia A. O. (1), a tym samym także sprawowania nad nią nadzoru i opieki, powinien zapewnić je na optymalnym poziomie, gwarantującym bezpieczeństwo w stopniu adekwatnym do kondycji psychicznej chorej. Chociaż personel oddziału wewnętrznego podjął możliwe i stosowane w tej komórce środki (konsultację psychiatryczną, salę monitorowaną, nadzór przy dokonywaniu niektórych czynności), to okazały się one niewystarczające i ostatecznie nie uchroniły pacjentki przed podjęciem skutecznej próby samobójczej. W przekonaniu Sądu nie zapewniając właściwego nadzoru, w szczególności w początkowym etapie przyjmowania leku D. Szpital dopuścił się zaniedbań, w związku z czym działania personelu pozwanego należało uznać za naruszające wymaganą od podmiotu leczniczego staranność.

Żądania, z którymi wystąpił M. M., zostały więc uznane za usprawiedliwione co do zasady. Jednakże, zdaniem Sądu Okręgowego, pomimo znacznej szkody niemajątkowej, której powód doznał wskutek niespodziewanej śmierci matki, wysokość roszczenia, tj. kwota 300 000 zł okazała się wygórowana.

Powoda z A. O. (1) łączyły silne i pozytywne relacje, co wynikało z tego, że była ona jedyną rodziną M. M. i wychowywała go samotnie z babką. Bardzo silne i pozytywne więzi powoda z matką były przyczyną wzmożonego przeżywania żałoby.

W przypadku powoda żaloba przekraczała granicę zwyczajowo przyjęte po śmierci osoby bliskiej i przyjęła postać reakcji adaptacyjnej na stres typu depresyjnego. Jej objawy utrzymywały się aż do wiosny 2018 r., a więc trwały dwa lata. Zaburzenia depresyjne występujące w tym czasie uniemożliwiały prawidłowe funkcjonowanie M. M. w różnych płaszczyznach jego życia. Doprowadziły do rozpadu kilkuletniego związku partnerskiego, rezygnacji z wykonywania zawodu architekta i ograniczenia się do prostych prac fizycznych oraz izolacji społecznej. Powód wymagał w tym czasie leczenia psychiatrycznego. Choć z opinii biegłych wynika, że obecnie już nie ujawnia zaburzeń depresyjnych i lękowych, które rodziłyby konieczność leczenia psychiatrycznego, to nadal nie zakończył żaloby i silnie przeżywa stratę matki.

Sąd Okręgowy wziął pod uwagę charakter i intensywność więzi łączącej pokrzywdzonego z matką, która z uwagi na fakt, że była ona jedyną osobą bliską dla M. M. była wyjątkowo silna i pozytywna, skalę oraz długotrwałość cierpień spowodowanych nagłą śmiercią A. O. (1), które uniemożliwiły powodowi prawidłowe funkcjonowanie w życiu osobistym, zawodowym i społecznym przez około dwa lata, a także wstrząs psychiczny wywołany nagłą utratą osoby najbliższej, który przyjął postać reakcji na stres typu depresyjnego. Sąd Okręgowy uznał więc, że suma odpowiednia, o której mowa w art. 446 § 4 k.c., wynosi w okolicznościach sprawy 150 000 zł

Zdaniem Sądu Okręgowego wyższa wysokość zadośćuczynienia nie była uzasadniona, gdyż długotrwałe zaburzenia o charakterze depresyjnym nie wynikały wyłącznie z niespodziewanej utraty matki, ale jak wynika z opinii uzupełniającej były uwarunkowane także skłonnością powoda do reagowania na stresowe sytuacje objawami z kręgu depresyjnego. Zważywszy że u M. M. już wcześniej występowały epizody depresyjne, dochodzona kwota 300 000 zł jawiła się jako nieadekwatna. Jakkolwiek nagła i tragiczna śmierć A. O. (1) niewątpliwie silnie wpłynęła na stan psychiczny powoda, to fakt, że występowały u niego już uprzednio zaburzenia psychiczne przemawiał za obniżeniem zadośćuczynienia. Gdyby bowiem dopiero strata matki wywołała po raz pierwszy problemy natury psychicznej, to taka okoliczność mogłaby przemawiać za wyższym zadośćuczynieniem.

Nie bez znaczenia dla oceny adekwatności dochodzonej kwoty pozostawał także fakt, że matka M. M. w chwili podjęcia próby samobójczej zmagiała się z chorobą nowotworową, a ponadto miała 72 lata. Zważywszy na stan zdrowia i wiek A. O. (1) powód musiał liczyć się z ewentualnością straty ukochanej matki. Jakkolwiek byłoby to dla niego niezależnie od przyczyny śmierci bolesne doświadczenie, to musiał mieć świadomość takiej możliwości i przygotowywać się do niej psychicznie. Skoro przyjmuje się, że śmierć rodzica małego dziecka zwiększa rozmiar krzywdy, to zdaniem Sądu Okręgowego, choroba nowotworowa, na którą cierpiała A. O. (1) i jej zaawansowany wiek stanowiły okoliczności istotne dla oceny należnego powodowi zadośćuczynienia przemawiające za jego obniżeniem.

Sąd Okręgowy wziął również pod uwagę, że obecnie M. M. powraca do pełnionych przed śmiercią matki ról społecznych, pozostaje w satysfakcjonującym związku, został szczęśliwym ojcem, myśli również o powrocie do zawodu. Zważywszy, że nadal jest młodym człowiekiem, a jego kondycja psychiczna ulega poprawie, zdaniem Sądu kwota 150 000 zł w pełni kompensuje doznaną przez M. M. szkodę niemajątkową i spełnia kryteria sumy odpowiedniej, o której mowa w art. 446 § 4 k.c.

Drugie z roszczeń, którego zasądzenia w pozwie domagał się powód dotyczyło zwrotu poniesionych przez niego kosztów pogrzebu. Sąd Okręgowy nie znalazł natomiast podstaw do odmówienia zasadności roszczenia o zwrot kosztów pogrzebu, dlatego uwzględnił je w całości.

Powód poniósł koszty nabycia trumny i usługi pogrzebowej dla zmarłej matki w kwocie 4 280 zł, a dodatkowo ponad kwotę zasiłku pogrzebowego uzyskanego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych koszty kremacji i nagrobka dochodzona, dochodzona przez niego kwota w wysokości 4 680 zł nie mogła zostać uznana za nieadekwatną w okolicznościach sprawy. Kluczowe dla rozstrzygnięcia zasadności żądania o zwrot kosztów pogrzebu było jednak ustalenie, czy kwota odszkodowania powinna ulec obniżeniu w związku z wypłatą zasiłku pogrzebowego. Jak przyjął Sąd Najwyższy w uchwale III CZP 140/08 zasiłek pogrzebowy przewidziany w art. 77 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych nie podlega uwzględnieniu przy ustalaniu odszkodowania dochodzonego na podstawie art. 446 § 1 k.c.

Mając na względzie, że powyższa uchwała jednoznacznie opowiedziała się za brakiem podstaw stosowania konstrukcji *compensatio lucri cum damno* i ograniczania lub zwalniania sprawy szkody w przypadku wypłaty zasiłku pogrzebowego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zapłaty odszkodowania, żądanie zwrotu kosztów pogrzebu należało uznać w okolicznościach sprawy za usprawiedliwione i z tej przyczyny zasądzić kwotę 4 680 zł, na którą składał się koszt trumny wraz z usługą pogrzebową (4 280 zł) oraz renowacja nagrobka i napis (400 zł). Co prawda powód tylko pierwszą z kwot wykazał dokumentem, jednak niewątpliwie musiał też ponieść koszt sporządzenia napisu na grobie rodzinnym, w którym pochowana została matka oraz wydatki związane z jego renowacją. Wskazana w pozwie kwota 400 zł zdaniem Sądu Okręgowego nie może zostać uznana za wygórowaną.

O odsetkach ustawowych za opóźnienie Sąd rozstrzygnął na podstawie art. 481 § 1 k.c. Zdaniem Sądu pozwani w okolicznościach sprawy znajdowali się w opóźnieniu dopiero od 3.1.2019 r. Wcześniejsza data byłaby w przekonaniu Sądu niewłaściwa, gdyż do momentu sporządzenia opinii przez biegłą sądową z zakresu psychiatrii lek. med. specjalisty psychiatrii M. G. kwestia odpowiedzialności Zespołu (...) w C. budziła wątpliwości. Do tej chwili nie można było zatem przyjmować, że pozwani pozostają w opóźnieniu w spełnieniu świadczenia. Za trafne w tym zakresie należy uznać stanowisko wyrażone przez Sąd Najwyższy w wyroku z 19.7.2019 r. (II CSK 304/18), zgodnie z którym co do terminu początkowego naliczania odsetek decyduje kryterium oczywistości żądania zadośćuczynienia. W sytuacjach, w których odpowiedzialność za krzywdę lub też istnienie krzywdy oraz jej zakres są niejasne i konieczne jest przeprowadzanie postępowania dowodowego, uzasadnione jest przyjęcie innej daty. Sąd za taką datę uznał 3 stycznia 2019 r., mając na względzie, że opinia biegłej została doręczona pozwanym odpowiednio 20 i 24.12.2018 r.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c.

Apelacje od tego wyroku wnieśli pozwani.

Pozwany Szpital zaskarżył wyrok w pkt I, II i IV, zarzucając:

1. naruszenie przepisów postępowania, tj.:

a) art. 233 § 1 w zw. z art. 13 § 2 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału dowodowego oraz przekroczenie przez sąd I instancji granicy swobodnej ich oceny poprzez dowolną, niezgodną z zasadami logiki i doświadczenia życiowego ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego, a w konsekwencji:

I. nieuwzględnienie faktu, że A. O. (1) bez wiedzy i konsultacji z personelem medycznym zażyła dużą ilość leku S., co mogło mieć wpływ na jej zachowanie niezależnie od opieki i nadzoru ze strony personelu szpitala;

II. nieuwzględnienie ustaleń postępowania karnego prowadzanego w Prokuraturze Rejonowej w Chełmnie sygn. akt. PR DS. 201.2016 r., które wskazują na brak związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy działaniem personelu medycznego, a śmiercią A. O. (1);

III. przyjęcie, że Pozwany numer 1 nie zachował należytych standardów opieki nad pacjentem pomimo braku wykazania przez Sąd, iż doszło do naruszenia obowiązującej wówczas procedury określonej Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego Regulaminem Wewnętrznym Oddziału Chorób Wewnętrznych oraz Zarządzeniami Prezesa NFZ,

IV. przyjęcie, że najpóźniej po konsultacji psychiatrycznej w dniu 15 kwietnia 2016 roku należało dokonać przeniesienia pacjentki na oddział psychiatryczny pomimo że treść opinii biegłej M. G. nie wskazuje na pilną konieczność tego typu działań ani ich zasadności,

V. Przyjęcie, że pomimo choroby nowotworowej A. O. (2) Wewnętrzny ZOZ w C. nie miał obowiązku przyjęcia jej do leczenia pomimo pogorszenia jej stanu ogólnego w przebiegu chemioterapii.

VI. Przyjęcie że wnioski z opinii biegłej M. G. uzasadniają tezę Sądu że ZOZ w C. nie dochował należytej staranności w procesie leczenia A. O. (1) pomimo, że treść opinii biegłej M. G. w żadnym fragmencie nie wskazuje na zaistnienie

zawinionego zachowania personelu pozwanego numer 1, czy też niedochowania należytej staranności skutkującego samobójstwem A. O. (1);

VII. uznanie, że w momencie przyjęcia A. O. (1) na oddział szpitala i podczas badań personel pozwanego numer 1 był w stanie ocenić stan A. O. (1) i jej zachowanie w stopniu wystarczający, aby odmówić przyjęcia jej na oddział lub skierować ją do szpitala psychiatrycznego,

VIII. przyjęcie, że to wyłącznie podanie leku D. spowodowało u A. O. (1) stan psychiczny skutkujący próbą samobójczą,

b) naruszenie przepisów art. 231 k.p.c. poprzez jego nieprawidłowe zastosowanie i przyjęcie domniemana faktycznego, podczas gdy brak przyjęcia takiego domniemania stanowi wniosek logicznie wynikający z ustalonych w niniejszym postępowaniu faktów.

c) naruszenie przepisów art. 278 k.p.c. poprzez ustalenie okoliczności faktycznych dotyczących skutków zażycia leku D. oraz S. w oparciu o własną ocenę faktów przez Sąd, w sprzeczności z opinią biegłego z zakresu psychiatrii i bez uwzględnienia wiadomości specjalnych posiadanych przez biegłych z innych dziedzin,

d) naruszenie przepisów art. 278 k.p.c. poprzez ustalenie okoliczności faktycznych dotyczących konieczności przeniesienia pacjentki na oddział psychiatryczny w oparciu o własną ocenę faktów przez Sąd, w sprzeczności z opinią biegłego z zakresu psychiatrii i bez uwzględnienia wiadomości specjalnych posiadanych przez biegłych z innych dziedzin,

e) naruszenie przepisów art. 227 i 232 w związku z art. 278 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku o dowód z opinii biegłego z zakresu farmakologii pomimo zaistnienia konieczności przeprowadzenia tego dowodu, a w rezultacie oparcie ustaleń faktycznych dotyczących skutków zażycia leków m.in.: D. oraz S. przez A. O. (1) na niewystarczającym i niepełnym materiale dowodowym.

2. Naruszenie prawa materialnego, tj.:

a) art. 361 § 1 k.c. poprzez błędne uznanie, iż w przedmiotowej sprawie istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy postępowaniem personelu szpitala, a samobójstwem A. O. (1), co w ocenie Sądu było wystarczającym do przypisania winy pozwanemu - podczas gdy pozwani wykazali, że w sprawie wystąpiły czynniki zewnętrzne oraz okoliczności, które niezależnie od zachowania pracowników porwanej przyczyniły się do śmierci A. O. (1),

b) art. 430 k.c. poprzez uznanie przez Sąd I instancji, że zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności deliktowej, podczas gdy w toku postępowania na podstawie materiału dowodowego przesłanki nie zostały wykazane, tj. nie dowiedziono zawinionego działania personelu pozwanego szpitala,

c) art. 446 § 1 k.c. poprzez zasądzenie od pozwanych kosztów pogrzebu w zawyżonej kwocie,

d) naruszenie art. 446 § 4 k.c. poprzez przyjęcie, że właściwą kwotą odszkodowania powinna być kwota 150 000 zł, co stanowi rażące zawyżenie zasądzonego odszkodowania ponad pojęcie „odpowiedniej sumy”,

Pozwany szpital wniósł o zmianę orzeczenia poprzez oddalenie pozwu w całości, ewentualnie o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Warszawie, albowiem konieczne jest przeprowadzenie na nowo przewodu dowodowego oraz zasądzenie od Powoda na rzecz Pozwanego ZOZ w C. kosztów procesu.

Pozwany ubezpieczyciel zaskarżył wyrok w części, tj. w pkt. I w zakresie zasądzenia zadośćuczynienia ponad kwotę 100 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie oraz w pkt. IV.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

1. naruszenie przepisów prawa materialnego tj. art. 446 § 4 k.c.:

- przez niewłaściwe zastosowanie i uwzględnienie roszczenia powoda na poziomie 150 000 zł pomimo, iż jest to w ocenie pozwanej kwota nieadekwatna przy uwzględnieniu zaistniałego stanu faktycznego, a zwłaszcza następujących okoliczności, które nie zostały wzięte pod uwagę lub też niedostatecznie zostały ocenione w przez Sąd I instancji, jak np.:

- fakt, iż siostra M. S. miała lepsze relacje z matką powoda aniżeli sam powód,

- brak zaufania A. O. do syna i pominięcie go w kręgu osób, którym po raz pierwszy zwierzyła się ze swoich problemów i choroby,

- niska częstotliwość spotkań powoda z matką przed okresem, kiedy zamieszkali razem,

- brak opieki nad matką w ostatnim okresie przed śmiercią, kiedy pomimo problemów matki, z których zdawał sobie sprawę powód, postanowił wyjechać i zostawić ją (zdając sobie sprawę z możliwych konsekwencji tego zachowania);

- art. 446 § 4 k.c. w zw. z art. 6 k.c. poprzez przyjęcie, iż powód udowodnił wysokość dochodzonego roszczenia w zakresie 150 000 zł pomimo, że w pozwie - poza okresem choroby powódki, który był krótki, brak jest innych dowodów, które potwierdzały, iż pomiędzy powodem a jego matką istniały bliskie relacje, a tym bardziej takich dowodów, które miałyby przemawiać za tym, iż relacje łączące powoda z matką były silne i zażyłe;

2. istotne naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, tj.:

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną i wybiórczą ocenę zgromadzonego materiału dowodowego i przyjęcie, iż wyjazd powoda w ostatnich dniach przed śmiercią matki, jest czymś standardowym i przemawiać ma za bliskością ich relacji i silnymi więzami, a w dalszej kolejności, jedynie zamieszkiwanie w przeciągu ostatnich 3 miesięcy może być jedynym wyznacznikiem cierpienia powoda i skali jego krzywdy;

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez nielogiczną ocenę i przyjęcie, że brak regularnego leczenia powoda na płaszczyźnie jego zdrowia psychicznego oraz pobudki, którymi kierował się powód (o czym mowa w uzasadnieniu) kierując się do specjalisty z zakresu psychiatrii, są pobudkami które mają świadczyć o jego zażyłości z matką i cierpieniu (choć w ocenie pozwanej „zażyłość” dotyczyła głównie okresu, kiedy matka powoda utrzymywała go i przekazywała mu środki finansowe, z których zresztą korzystał intensywnie po jej śmierci).

Pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w zakresie objętym zaskarżeniem oraz zmianę wyroku w zakresie rozstrzygnięcia o kosztach procesu poprzez orzeczenie o tych kosztach stosowanie do wyniku procesu oraz zasądzenie na rzecz pozwanego kosztów postępowania odwoławczego, ewentualnie uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazania sprawy w tym zakresie do ponownego rozpoznania.

Powód wniósł o oddalenie apelacji obu pozwanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego ubezpieczyciela zasługiwała na uwzględnienie, pomimo tego, że szereg zarzutów podniesionych w ten apelacji nie było zasadnych. Na częściowe uwzględnienie zasługiwała również apelacja pozwanego szpitala.

Pozwany szpital podniósł zarzuty kwestionujące stanowisko Sądu Okręgowego o istnieniu podstaw do przypisania temu szpitalowi odpowiedzialności za krzywdę doznaną przez powoda na skutek śmierci jego matki. W ocenie Sądu Apelacyjnego w tym zakresie apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie. Przede wszystkim nie ma racji pozwany wskazując, że zachodzą podstawy do uchylenia wyroku w zaskarżonej części i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania, gdyż konieczne jest przeprowadzenie na nowo przewodu dowodowego. Sąd Okręgowy przeprowadził

postępowanie dowodowe, a to, że pozwany nie zgadza się z ustaleniami poczynionymi w oparciu o przeprowadzone w sprawie dowody nie oznacza, że konieczne jest „przeprowadzenie na nowo przewodu dowodowego”.

W pierwszej kolejności odniesienia wymagają zarzuty naruszenia prawa procesowego. Pozwany szpital w ramach zarzutów naruszenia prawa procesowego wskazał na naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. zarzucając brak wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału dowodowego oraz przekroczenie przez sąd I instancji granicy swobodnej ich oceny poprzez dowolną, niezgodną z zasadami logiki i doświadczenia życiowego ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego argumenty przytoczone w uzasadnieniu tego zarzutu wskazują, że pozwany kwestionuje ustalenia faktyczne poczynione w oparciu o przeprowadzone w sprawie dowody, w tym dowód z opinii biegłej sądowej z zakresu psychiatrii, natomiast nie kwestionuje oceny wiarygodności poszczególnych dowodów. Pozwany nie wykazał i w istocie nie podnosił, by ocena poszczególnych dowodów jako wiarygodnej i rzetelnej podstawy do czynienia ustaleń faktycznych, była nieprawidłowa. Zatem wskazywanie na naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. jest nieuprawnione. Przepis ten bowiem zakreśla ramy swobodnej oceny dowodów, więc do jego naruszenia może dojść jedynie wówczas, gdy określony dowód został oceniony z naruszeniem reguł, o których mowa w art. 233 § 1 k.p.c. Taka sytuacja nie miała miejsca w niniejszej sprawie.

Pozwany kwestionując poczynione w sprawie ustalenia faktyczne, zarzucił nieuwzględnienie faktu, że A. O. (1) bez wiedzy i konsultacji z personelem medycznym, zażyła dużą ilość leku S., co mogło mieć wpływ na jej zachowanie niezależnie od opieki i nadzoru ze strony personelu szpitala. Po pierwsze, brak jest podstaw do ustalenia, że A. O. (1) zażyła dużą ilość leku nasennego. Pozwany nie wskazał, który konkretnie dowód pozwalałby na takie ustalenie. Natomiast kwestię ewentualnego wpływu zażycia leku nasennego na stan matki powoda wyjaśnia opinia biegłej z zakresu psychiatrii. Biegła wskazała, że nie ma to znaczenia, bowiem przyjęcie kilku tabletek S. nie musi być uznane za próbę, czy ostrzeżenie przed samobójstwem, bowiem może być związane z bezsennością i zmęczeniem, brakiem snu oraz chęcią wypoczęcia. Zażycie S., przy odbytej już konsultacji psychiatrycznej, nie musiało skutkować zmianą leczenia farmakologicznego. Powinno natomiast zwiększyć możliwość kontroli pacjentki i spowodowało to umieszczenie pacjentki w sali monitorowanej. Zdaniem biegłej poinformowanie psychiatry o zażyciu leku nie wpłynęłoby na rozpoznanie i leczenie psychiatryczne. Reasumując, twierdzenie pozwanego o zażyciu dużej ilości leku S. nie zostało wykazane, a sam fakt zażycia przez A. O. (1) nawet kilku tabletek tego leku, nie może być odczytany jako ostrzeżenie o możliwej próbie samobójczej, nie wpłynęłoby też na rozpoznanie i leczenie psychiatryczne.

Pozwany zarzucił również nieuwzględnienie ustaleń postępowania karnego prowadzanego w Prokuraturze Rejonowej w Chełmnie sygn. akt PR DS. 201.2016, które wskazują na brak związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy działaniem personelu medycznego a śmiercią A. O. (1). Zarzut ten nie jest zasadny. Sąd Okręgowy zobligowany był do poczynienia własnych ustaleń niezbędnych do oceny istnienia związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy działaniem personelu medycznego a śmiercią A. O. (1). Trafnie bowiem uznał, że nie jest związany ustaleniami poczynionymi w toku postępowania karnego, które nie zakończyło się wyrokiem skazującym.

Pozwany zakwestionował również stanowisko Sądu Okręgowego, iż pozwany szpital nie zachował należytych standardów opieki nad pacjentką pomimo braku wykazania przez Sąd, iż doszło do naruszenia obowiązującej wówczas procedury określonej Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Regulaminem Wewnętrznym Oddziału Chorób Wewnętrznych oraz Zarządzeniami Prezesa NFZ. Z tym zarzutem również nie sposób się zgodzić, zwłaszcza wobec ustnych wyjaśnień biegłej sądowej z zakresu psychiatrii. Biegła bowiem wskazała, że podczas konsultacji psychiatrycznej stwierdzono u A. O. (1) depresję z myślami samobójczymi. W tej sytuacji należało pacjentce zaproponować, co najmniej leczenie w oddziale psychiatrycznym i jeśli by pacjentka odmówiła, to powinno to być odnotowane w dokumentacji. Jeśli u pacjentki stwierdza się reakcję depresyjną z myślami samobójczymi, to jednorazowo (podczas konsultacji) nie można stwierdzić, że pacjentka nie ma tendencji do realizacji tych myśli. W takim przypadku powinno się pacjentce zaproponować leczenie na oddziale psychiatrycznym, przy czym pacjentka mogłaby odmówić, ale propozycja powinna być podana i odnotowana w trakcie konsultacji psychiatrycznej albo u lekarza prowadzącego. Zdaniem biegłej

podczas konsultacji było widać pogłębienie depresji, gdyż w samym opisie wskazano, że pacjentka ma poczucie beznadziejności, myśli rezygnacyjne, które są ważnym elementem depresji. To jest to, co najmniej umiarkowana depresja, w związku z tym jest to podstawa do leczenia w ściśle zamkniętym oddziale psychiatrycznym. Z wyjaśnień biegłej z zakresu psychiatrii wynika, że pacjentka wymagała innego typu leczenia, tj. psychiatrycznego. Jeśli lekarz, który badał pacjentkę, widział depresję i nie odnotował, że proponował leczenie, a pacjentka odmówiła, to jest to zdecydowanie błąd tego lekarza, tym bardziej, że konsultantka zleciła leczenie farmakologiczne, czyli uznała, że to jest możliwe i uzasadnione. Należało skonsultować pacjentkę w oddziale psychiatrycznym. Jeśli pacjentka by odmówiła, to należało wezwać rodzinę do spowodowania leczenia w oparciu o orzeczenie sądowe. W dniu 15 kwietnia 2016 r. powinny być podjęte takie działania przez lekarza psychiatrę. Lekarz zlecił leczenie lekiem D.. Podanie tego leku nie zaostrza objawów depresji, tylko powoduje ożywienie, w związku z tym jeśli ktoś ma myśli samobójcze, to ma większą tendencję do ich realizacji, natomiast samo podanie tego leku nie musiało obligować internistów do jakiejś gwałtowniejszej reakcji, tym bardziej, że nadzór został zlecony przez internistę poprzez umieszczenie pacjentki w sali R. Każde wyjście pacjentki, w tym do WC, powinno być kontrolowane. Powinien być nadzór w toalecie. Winien być zlecony taki nadzór, aby pacjentkę zaprowadzić do toalety i odprowadzić na miejsce. Co prawda biegła wskazała, że taki nadzór byłby możliwy na oddziale psychiatrycznym, a szpital chorób wewnętrznych takich możliwości nie ma, ale, w ocenie Sądu Apelacyjnego, to ostatecznie stwierdzenie nie może być odczytane jako podstawa do wniosku, że personel szpitala nie ponosi winy w nadzorze nad pacjentką. Z zeznań pielęgniarek wynika, że pielęgniarka z sali R miała możliwość w razie potrzeby skorzystania z pomocy pielęgniarki z oddziału.

Opinia i ustne wyjaśnienia biegłej pozwalają na stwierdzenie, że szpital dopuścił się zawinionych uchybień polegających na nieskierowaniu pacjentki na konsultację na oddziale psychiatrycznym oraz uchybień w nadzorze nad pacjentką A. O. (1), które pozwoliły na realizację próby samobójczej pacjentki.

Co prawda świadek B. J., lekarz psychiatra, która przeprowadzała konsultację zeznała, że zaproponowała pacjentce leczenie w szpitalu psychiatrycznym, ale pacjentka odmówiła. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w tej części zeznania świadka B. J. nie są wiarygodne. Po pierwsze, w dokumentacji medycznej z konsultacji psychiatrycznej nie ma żadnych informacji o tym, że pacjentka wymaga konsultacji, czy leczenia na oddziale psychiatrycznym, nie została również odnotowana odmowa pacjentki. Po drugie, świadek zeznała, że brak było podstaw do kierowania A. O. (1) na leczenie psychiatryczne, ale zarazem wskazała, że zapytała pacjentkę o to, czy chce iść na leczenie psychiatryczne, lecz pacjentka odmówiła. Świadek nie była w stanie wskazać, jak pacjentka uzasadniała odmowę pójścia do szpitala psychiatrycznego.

Świadek B. J. zeznała, że pacjentka nie wypowiadała myśli samobójczych, ale trzeba zauważyć, że w notatce z konsultacji świadek uczyniła adnotację o tego typu myślach u pacjentki.

Nie jest zatem zasadny zarzut błędnego ustalenia, że najpóźniej po konsultacji psychiatrycznej w dniu 15 kwietnia 2016 r. należało dokonać przeniesienia pacjentki na oddział psychiatryczny. Takie ustalenie znajduje oparcie w opinii biegłej z zakresu psychiatrii.

Niezasadnie również pozwany szpital zarzucił, że błędnie Sąd Okręgowy uznał, że szpital winien skrupulatnie i uważnie nadzorować wszystkie zachowania pacjentki, a zwłaszcza te, które stwarzały realne zagrożenie realizacji tendencji samobójczych z uwagi na samowolne przyjmowanie przez pacjentkę leku nasennego i przepisanie leku D.. Kwestie tę wyjaśniła biegła psychiatra w swej opinii, zatem przeprowadzanie dowodu z opinii biegłego z zakresu farmakologii przedłużyłoby jedynie postępowanie. Nie można przy tym zgodzić się z zrzutem naruszenia art. 278 k.p.c. poprzez ustalenie okoliczności faktycznych dotyczących skutków zażycia leku D. oraz S. w oparciu o własną ocenę faktów w sprzeczności z opinią biegłego z zakresu psychiatrii i bez uwzględnienia wiadomości specjalnych posiadanych przez biegłych z innych dziedzin. Ustalenia Sądu Okręgowego znajdują oparcie w opinii biegłej z zakresu psychiatrii. Zarzut naruszenia art. 227 i 232 w związku z art. 278 k.p.c., którego pozwany upatruje w oddaleniu wniosku o dowód z opinii biegłego z zakresu farmakologii, uznać należy za chybiony. Bezpodstawnie również pozwany szpital zarzucił błędne przyjęcie, że to wyłącznie podanie leku D. spowodowało u A. O. (1) stan psychiczny skutkujący próbą samobójczą, bowiem Sąd Okręgowy takiego ustalenia nie poczynił.

Co do zasady, można zgodzić się natomiast z zarzutem błędnego ustalenia, że pomimo choroby nowotworowej A. O. (2) Wewnętrzny ZOZ w C. nie miał obowiązku przyjęcia jej do leczenia, pomimo pogorszenia jej stanu ogólnego w przebiegu chemioterapii. Z wyjaśnień biegłej wynika, że na etapie przyjmowania A. O. (1) do szpitala na oddział wewnętrzny, nie było podstaw do uznania, że priorytetowym winno być leczenie psychiatryczne pacjentki w związku z pogłębioną depresją. Trafnie wskazuje pozwany, że na tamtym etapie nie było podstaw do tego, by odmówić przyjęcia pacjentki na oddział wewnętrzny i skierowania jej do szpitala psychiatrycznego. W tym zakresie stanowisko Sądu Okręgowego wymaga korekty. W pozostałym zakresie Sąd Apelacyjny uznaje ustalenia Sądu Okręgowego za prawidłowe i przyjmuje je za własne.

Sąd Apelacyjny za uzasadnioną uznał apelację pozwanego szpitala i apelację pozwanego ubezpieczyciela, w takim zakresie, w jakim pozwani wskazywali na zasądzenie na rzecz powoda zbyt wysokiej kwoty zadośćuczynienia, aczkolwiek nie wszystkie argumenty podniesione w apelacjach pozwanych można uznać za trafne.

Nie negując wniosków, które płyną z opinii psychologa K. P., że śmierć matki była dla powoda i nadal jest silną traumą, żaloba po śmierci matki wykroczyła poza żalobę fizjologiczną, i przyjęła postać reakcji typu depresyjnego, które zakłóciły funkcjonowanie powoda w życiu codziennym, a tym samym prawidłowe były wnioski Sądu Okręgowego, że zakres krzywdy odczuwanej w związku ze śmiercią matki był znaczny, to jednak, zdaniem Sądu Apelacyjnego, zachodzą w niniejszej sprawie również takie okoliczności, które uzasadniają twierdzenia pozwanych, że przyznane powodowi zadośćuczynienie jest wygórowane.

Argumenty pozwanego ubezpieczyciela zmierzające do wykazania, że więzi łączące powoda z matką nie były w istocie silne, abstrahują od zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego. Z zeznań przesłuchanych w charakterze świadków wynika, że relacje te były bliskie. Tak samo należy ocenić te argumenty, które zmierzają do wykazania, że A. O. (1) nie mogła liczyć na wsparcie ze strony syna. Sam fakt, że powód po ujawnieniu choroby matki zamieszkał z nią, świadczy o tym, że powoda łączyły z matką silne więzi i powód otaczał matkę opieką. To, że matka powoda korzystała również ze wsparcia innych osób, w tym przyjaciół ze środowiska szpitalnego, w którym przez szereg lat pracowała, nie świadczy o tym, że powód nie był w stanie otoczyć matki opieką. Sam natomiast fakt wyjazdu do P., wbrew sugestiom pozwanego ubezpieczyciela, nie może być odczytywany jako wyraz braku troski o dobro matki. Powód jest dorosłym mężczyzną, nie mógł zaniedbywać własnych spraw. Wyjazd do P. był z matką uzgodniony. Co więcej, powód miał świadomość, że matka będzie miała zapewnioną opiekę w szpitalu.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego zgodzić się można natomiast z tymi argumentami, które zmierzają do wykazania, że zadośćuczynienie jest wygórowane z tego powodu, że powód w chwili śmierci matki był już dorosłym, samodzielnym mężczyzną, od szeregu lat zamieszkującym już bez matki, a więc nie wymagającym już codziennego wsparcia matki. Powód w chwili śmierci matki miał 39 lat. Jego matka była wówczas osobą 72-letnią. Zdaniem Sądu Apelacyjnego kwota zasądzona zadośćuczynienia jest wygórowana, gdyż jest ona zbliżona do kwot, jakie są zasądzane na rzecz dzieci, które tracą rodzica w okresie, kiedy to jeszcze nie weszły w dorosłe życie i nie zdołały się usamodzielnąć, a więc w okresie, kiedy obecność i wsparcie rodzica są bardzo istotne. Z pewnością zakres krzywdy takich osób jest zdecydowanie wyższy od zakresu krzywdy powoda. Powód w chwili śmierci matki był już osobą dorosłą, samodzielną, mógł cieszyć się dzieciństwem i dorastaniem w obecności matki i przy jej wsparciu.

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 cierpienia przez uprawnionego, podobny stopień negatywnego wpływu śmierci osoby najbliższej na życie uprawnionego, powinny być zasądzane 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. Wyjątkiem są państwa romańskiego obszaru prawnego. W Polsce sytuacja przedstawia się podobnie, jak w tych ostatnich państwach.

Niewątpliwie wysoki stopień bliskości między zmarłym a uprawnionym oraz niski wiek uprawnionego są czynnikami zwiększającymi rozmiar krzywdy, co ma istotne znaczenie w niniejszej sprawie, w której chodzi o śmierć matki jedenastomiesięcznego dziecka. W kilku sprawach rozpoznawanych przez Sąd Najwyższy ostatecznie zasądzone sumy zadośćuczynienia w razie śmierci jednego z rodziców małoletniego dziecka oscylowały wokół kwot 100.000 - 200.000 zł. W przypadku zaś śmierci jednego z rodziców dziecka dorosłego zadośćuczynienie w jednej ze spraw wyniosło 100.000 zł (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 marca 2014 r., IV CSK 374/13), a w innej - 130.000 zł (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2014 r., V CSK 445/13).

Po drugie, zdaniem Sądu Apelacyjnego, z ustnych wyjaśnień biegłej wynika, że proces leczenia i diagnozowania A. O. (1) byłby inny, gdyby powód, będący najbliższym członkiem rodziny pacjentki, poinformował szpital, że jeszcze przed hospitalizacją, A. O. (1) mówiła mu, że nie chce żyć, że chce ze sobą skończyć, a więc że miała myśli samobójcze. Powód był poinformowany o myślach samobójczych matki, utracie chęci życia, co wynika z zeznań samego powoda. Tymczasem nie powiadomił on o stanie psychicznym matki ani placówki medycznej, do której przewieziona została A. O. (1), ani przyjaciół matki, którzy pomagali w przyjęciu matki do szpitala, w szczególności świadka I. W.. Świadek I. W. nie miała świadomości, że matka powoda ma myśli samobójcze. To I. W. zabierała matkę do szpitala. Należy zatem przyjąć, że swym zachowaniem powód w istocie, co najmniej, utrudnił proces diagnozowania powódki. Proces diagnozowania stopnia depresji nie jest procesem tak łatwym, jak np. zdiagnozowanie złamania na podstawie zdjęcia RTG. Zatem posiadanie wiadomości od rodziny, że utrzymują się u pacjenta myśli samobójcze, z pewnością skłoniłby personel do zachowania większej ostrożności przy diagnozowaniu stanu psychicznego pacjentki, planowaniu procesu leczenia i zaleconych środkach ostrożności. Nie ujawniając tych informacji, zdaniem Sądu Apelacyjnego, powód przyczynił się do szkody, zwłaszcza że musiał mieć świadomość, że matka zostanie zabrana na czas jego nieobecności na oddział wewnętrzny, a nie psychiatryczny.

Po trzecie, powód dla wykazania zakresu krzywdy wskazywał na rozstrój zdrowia, jakiego doznał po śmierci matki. Trzeba jednakże zauważyć, że z zeznań powoda wynika, że nie brał on leków po pierwszej konsultacji psychiatrycznej, a dopiero w późniejszym okresie, a terapia, jak trafnie ustalił Sąd Okręgowy, nie była regularna. Z pewnością na stan zdrowia powoda miało wpływ nadużywanie przez powoda alkoholu.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny uznał, że właściwą kwotą należnego powodowi zadośćuczynienia, będzie kwota 100 000 zł.

Pozwani w swych apelacjach zakwestionowali również wysokość kosztów pogrzebu A. O. (1), wskazując, że koszty te w kwocie ustalonej przez Sąd Okręgowy są zawyżone. Pozwani nie wskazali jednak żadnych okoliczności, które miałyby uzasadniać ich tezę, że koszty pogrzebu przekraczają wysokość powszechnie przyjętą w środowisku społecznym, w którym funkcjonowała A. O. (1). Pozwani odwołali się li tylko do swej oceny tego typu kosztów. Taki argument nie może uzasadniać ingerencji w treść rozstrzygnięcia.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok w punkcie pierwszym częściowo w ten sposób, że oddalił powództwo o zapłatę kwoty 50 000 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od tej kwoty. Konsekwencją tej zmiany była również zmiana rozstrzygnięcia w przedmiocie kosztów procesu ujętego w punkcie trzecim zaskarżonego wyroku poprzez ustalenie, iż koszty procesu ponosi powód w 66 %, a pozwani w 34 %. W pozostałym zakresie apelacja Zespołu (...) w C. została oddalona na podstawie art. 385 k.p.c.

Sąd Apelacyjny w oparciu o art. 98 k.p.c. zasądził od M. M. na rzecz (...) S.A. z siedzibą w W. kwotę 5 200 zł, na którą składa się opłata od apelacji i wynagrodzenie pełnomocnika. Na podstawie art. 100 k.p.c. na rzecz Zespołu (...) w C. kwotę 996,88 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego. Pozwany szpital wygrał na etapie postępowania apelacyjnego w 32%, zatem winien ponieść 68% kosztów, czyli 10 767 zł, a poniósł koszty w kwocie 11 764 zł.

Mając na uwadze wynik postępowania apelacyjnego Sąd Apelacyjny orzekł o nieuiszczonych kosztach sądowych obejmujących koszty stawiennictwa biegłej i nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Apelacyjnego w Warszawie tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych, tj. od M. M. kwotę 57 zł, a od Zespołu (...) w C. kwotę 121 zł.

Beata Kozłowska