

Sygn. akt V ACa 425/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 maja 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie V Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSA Ewa Kaniok (spr.)

Sędziowie: SA Przemysław Kurzawa

SO (del.) Katarzyna Parczewska

Protokolant: sekretarz sądowy Aneta Walkowska

po rozpoznaniu w dniu 10 maja 2019 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa M. W. (1)

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą

w W. i Zespołowi (...) w S. – Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej z siedzibą

w S.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanych

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 4 kwietnia 2018 r., sygn. akt II C 595/15

- 1. zmienia zaskarżony wyrok w części w punkcie I (pierwszym) w ten sposób, że oddala powództwo o zasądzenie kwoty 10.000 zł (dziesięć tysięcy złotych) z ustawowymi odsetkami od tej kwoty;**
- 2. oddala obie apelacje w pozostałej części;**
- 3. znosi wzajemnie między stronami koszty postępowania apelacyjnego.**

Katarzyna Parczewska Ewa Kaniok Przemysław Kurzawa

Sygn. akt V ACa 425/18

UZASADNIENIE

M. W. (1) pozwem z dnia 31 lipca 2015 r. wniosła o zasądzenie na jej rzecz od (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W. oraz Zespołu (...) w S. kwoty 500.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi dla pozwanego (...) SA od dnia 1 sierpnia 2015 r., zaś dla pozwanego szpitala od dnia otrzymania pozwu – do dnia zapłaty. Ponadto M. W. (1) wniosła o zasądzenie na jej rzecz od pozwanych renty z tytułu całkowitej utraty zdolności do pracy w wysokości 1.800 zł, płatnej do 3-go dnia każdego miesiąca, począwszy od lipca 2015 r., wraz z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia w zapłacie którejkolwiek z rat, a także o ustalenie odpowiedzialności

pozwanym na przyszłość za skutki szkody, które ujawnią się w przyszłości i będą konsekwencją zdarzeń stanowiących podstawę roszczenia powódki, wniosła również o zasądzenie od pozwanych kosztów postępowania.

W uzasadnieniu pozwu M. W. (1) zarzuciła pozwanemu szpitalowi szereg zaniedbań w jej leczeniu, w tym: zlekceważenie występujących objawów, nie zebranie dostatecznego wywiadu, złe przeprowadzenie badania przedmiotowego, nie przeprowadzenie żadnej diagnostyki układu krążenia, nie zasięgnięcie konsultacji internistycznych i kardiologicznych, nie podjęcie decyzji o hospitalizacji na oddziale internistycznym/kardiologicznym, zbyt długie i bezzasadne przebywanie na SOR do czasu podjęcia decyzji o hospitalizacji w szpitalu zakaźnym oraz niewłaściwe podjęcie decyzji o transporcie własnym zamiast sanitarnym. Powyższe nieprawidłowości doprowadziły do znacznego pogorszenia się stanu zdrowia powódki, wynikiem czego konieczne było zakwalifikowanie jej do przeszczepu serca oraz uznanie jej za całkowicie niezdolną do pracy.

Precyzując zasadę odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz szpitala powódka wskazała, że jest to odpowiedzialność solidarna, względnie in solidum. Jako podstawę zadośćuczynienia powódka wskazała art. 445 k.c. oraz niezależnie od niego art. 448 k.c. w zw. z art. 4 § 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Żądanie zasądzenia renty uzasadniła utratą zdolności do pracy oraz trudnymi rokowaniami na przyszłość.

Zespół (...) w S. – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej z siedzibą w S. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na jego rzecz zwrotu kosztów postępowania.

Pozwany podniósł, że poszkodowana już wcześniej chorowała na serce, a od 10-tego roku życia pozostawała pod stałą opieką kardiologiczną. Dlatego barak jest związku przyczynowego pomiędzy wszystkimi chorobami, dolegliwościami i ograniczeniami występującymi u pacjentki w chwili obecnej, a wyłączną winą lekarzy pracujących w szpitalu.

Szpital zakwestionował również wysokość dochodzonego przez M. W. (1) zadośćuczynienia, która w jego ocenie jest rażąco wygórowana, podniósł zarzut przedawnienia roszczenia oraz wskazał, że odsetki są należne dopiero od daty wyrokowania.

(...) spółka akcyjna z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie kosztów postępowania.

Ubezpieczyciel wskazał, że obejmował ochroną ubezpieczeniową w zakresie odpowiedzialności cywilnej Zespół (...) w S. w okresie od dnia 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. Zgodnie z warunkami ubezpieczenia, suma gwarancyjna za jedno zdarzenie wynosi 46.500 euro, co w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia stanowiło równowartość kwoty 190.296,60 zł.

Pozwany podniósł, że M. W. (1) nie wykazała zaistnienia przesłanek odpowiedzialności szpitala, z którym zawarta była umowa ubezpieczenia. Podkreślił, iż w dniach 27 lutego 2011 r. i 3 marca 2011 r. pacjentka cierpiała na dolegliwości związane z chorobą o podłożu wirusowym i w tym zakresie zostały udzielone jej świadczenia zdrowotne. Pozwany zakwestionował również wysokość dochodzonego zadośćuczynienia oraz zasadność i wysokość roszczenia o zapłatę renty.

Wyrokiem z dnia 4 kwietnia 2018 r. Sąd Okręgowy w Warszawie w punkcie pierwszym zasądził od Zespołu (...) w S. – samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z siedzibą w S. i (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W. in solidum, na rzecz M. W. (1) kwotę 50.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za czas opóźnienia: od Zespołu (...) w S. – samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z siedzibą w S. od dnia 26 sierpnia 2015 r. do dnia zapłaty, zaś od (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W. od dnia 1 sierpnia 2015 r. do dnia zapłaty – tytułem zadośćuczynienia; w punkcie drugim oddalił powództwo w pozostałym zakresie; w punkcie trzecim nie uiszczono koszty sądowe przejął na rachunek Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie; w punkcie czwartym zniósł pomiędzy stronami koszty procesu.

Z ustaleń faktycznych jakie legły u podstaw tego rozstrzygnięcia wynika, że M. W. (1) (wcześniej Z.) od 11-tego roku życia pozostaje pod opieką kardiologiczną z powodu wypadania zastawki mitralnej. W 18-tym roku życia stwierdzono u

niej komorowe zaburzenie rytmu serca oraz zakwalifikowano ją do implantacji kardiowertera defibrylatora w ramach prewencji pierwotnej nagłej śmierci sercowej, na które to leczenie pacjentka nie wyraziła zgody. M. W. (1) wielokrotnie była hospitalizowana, ale starała się prowadzić życie zbliżone do rówieśników.

Orzeczeniem z dnia 4 kwietnia 2005 r. wobec M. W. (1) (wówczas Z.) orzeczono lekki stopień niepełnosprawności na okres do dnia 30 kwietnia 2008 r.

W dniu 27 lutego 2011 r. M. W. (1) została skierowana z Nocnej Pomocy Lekarskiej do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Zespołu (...) w S. z powodu kaszlu, wymiotów, drętwienia kończyn. W wywiadzie ustalono, że pacjentka była w trakcie leczenia zapalenia oskrzeli oraz od 5 dni występowały u niej wymioty i znaczne osłabienie. Lekarz badający powódkę K. N., który wcześniej miał już kontakt z pacjentką i wiedział, że leczy się na serce, zlecił wykonanie podstawowych badań krwi, zaś na podstawie badania przedmiotowego i wyników badań dodatkowych przepisał leki i zdecydował o dalszym leczeniu w domu.

W dniu 3 marca 2011 r. M. W. (1) ponownie zgłosiła się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Zespołu (...) w S. z powodu przewlekłej infekcji dróg oddechowych, obrzęków kończyn dolnych, wzrostu masy ciała o około 20 kg oraz silnego osłabienia. Pacjentka została przywieziona na oddział przez rodzinę, z uwagi na brak dostępności ambulansu. Z powodu początkowej odmowy przyjęcia jej na oddział, rodzina zgłosiła się do lekarza rodzinnego, celem uzyskania skierowania do szpitala. Po uzyskaniu skierowania, w szpitalu pacjentką zajął się lekarz W. B.. Podczas jej pobytu na oddziale nie wykonano u niej badania EKG serca, nie była również monitorowana kardiologicznie. W dniu 4 marca 2011 r., na podstawie obrazu klinicznego, lekarz prowadzący skierował pacjentkę do Wojewódzkiego Szpitala (...) w W. z podejrzeniem ostrego zapalenia wątroby. Szpital nie zapewnił M. W. (1) transportu, została ona zawieziona samochodem przez M. W. (2) oraz matkę – E. Ł..

Z Wojewódzkiego Szpitala (...) w W. pacjentka została przewieziona tego samego dnia, czyli 4 marca 2011 r., w bardzo ciężkim stanie do Katedry i Kliniki (...) w W. z rozpoznaniem niewydolności wielonarządowej, gdzie przebywała do dnia 8 kwietnia 2011 r. Wskutek otrzymanego leczenia nastąpiła częściowa kompensacja krążenia z redukcją wagi o około 25 kg. Wykluczono również istotne choroby towarzyszące. Następnie pacjentkę przewieziono do Kliniki (...) w W., celem ostatecznej kwalifikacji do przeszczepu serca.

Po wypisaniu M. W. (1) z Zespołu (...) w S. była ona wielokrotnie hospitalizowana. W dniu 25 sierpnia 2016 r. wykonano u M. W. (1) przeszczep serca.

Orzeczeniem z dnia 5 listopada 2013 r. zaliczono M. W. (1) do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności do dnia 30 listopada 2016 r., natomiast orzeczeniem z dnia 11 maja 2015 r. uznano ją za całkowicie niezdolną do pracy do dnia 31 maja 2018 r. Z tego tytułu przyznano jej zasiłek pielęgnacyjny w wysokości 153 zł miesięcznie za okres od dnia 1 czerwca 2015 r. do dnia 31 maja 2018 r. oraz rentę socjalną w wysokości 643,02 zł miesięcznie począwszy od dnia 1 czerwca 2015 r.

W okresie od dnia 12 czerwca 2013 r. do dnia 25 marca 2014 r. M. W. (1) była zatrudniona w Agencji Ochrony (...) sp. z o.o. z siedzibą w S. na stanowisku biurowym, w pełnym wymiarze czasu i otrzymywała wynagrodzenie w wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę. Umowę rozwiązano na mocy porozumienia stron. Następnie M. W. (1) w okresie od dnia 26 marca 2014 r. do dnia 6 kwietnia 2015 r. była zatrudniona w Barze (...) w T., gdzie w okresie od dnia 1 kwietnia 2014 r. do dnia 6 października 2015 r. pełniła obowiązki menedżera baru. Z pracy tej musiała zrezygnować z uwagi na złe samopoczucie.

W 2012 r. M. W. (1) rozpoczęła studia w Wyższej Szkole (...) w W. na kierunku Bezpieczeństwo Narodowe, w trybie niestacjonarnym. Studia zakończyła w lipcu 2015 r. Decyzją z dnia 17 listopada 2014 r. przyznano jej stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych w wysokości 600 zł miesięcznie.

Podczas wyżej wskazanej hospitalizacji M. W. (1) w Zespole (...) w S.: zarówno w dniu 27 lutego 2011 r., jak i w dniach 3-4 marca 2011 r., doszło do popełnienia błędu medycznego. Szczególnie rażące było postępowanie

personelu medycznego podczas pobytu pacjentki w SOR w dniach 3-4 marca 2011 r., kiedy to lekarz dyżurny nie zachował należytej dokładności oraz staranności podczas diagnostyki i leczenia pacjentki. Brak lub niewłaściwa analiza zgłaszanych przez M. W. (1) dolegliwości oraz prezentowanych odchyłeń w badaniu przedmiotowym, w badaniach laboratoryjnych i pracownianych doprowadziła do braku rozpoznania ciężkiej niewydolności prawo i lewo komorowej serca jako przyczyny dolegliwości. W postępowaniu lekarskim nie uwzględniono także dotychczasowego wywiadu chorobowego, w tym podejrzenia zespołu niescalenia mięśnia sercowego. Zabrakło również wymaganego w takich przypadkach badania EKG i konsultacji kardiologicznej.

Powyższe błędy spowodowały niewłączenie właściwego leczenia kardiologicznego, które powinno polegać na leczeniu odciążającym serce, w tym m.in. zastosowaniu leków moczopędnych i intensywnym odwadnianiu, a zastosowana w szpitalu w S. płynoterapia jest przeciwieństwem wymaganego leczenia. Zwłoka w leczeniu i infuzja płynów przyczyniły się do zaostrzenia dolegliwości i pogorszenia się stanu ogólnego M. W. (1) do ciężkiego. Kolejnym błędem było nieudzielenie pacjentce transportu medycznego, celem przekazania jej do innego ośrodka.

Zastosowane błędne leczenie oraz zaniechanie leczenia kardiologicznego przyczyniło się do jedynie przejściowego pogorszenia stanu ogólnego M. W. (1). Konsekwencje błędnego postępowania utrzymywały się przez okres tygodnia i wiązały się z przedłużoną hospitalizacją, dodatkowym stresem emocjonalnym w związku z trwającą wówczas obawą śmierci, cierpieniem fizycznym z powodu duszności i unieruchomienia oraz uczuciem doznanej krzywdy w związku z niewłaściwym potraktowaniem przez zespół SOR. Silna duszność jest jedną z najdotkliwszych dolegliwości w medycynie i towarzyszy jej lęk. Niezależnie od powyższego, niewdrożenie leczenia oraz niewłaściwe leczenie nie wpłynęły istotnie w sposób trwały na uszkodzenie serca pacjentki. Serce było poważnie uszkodzone już przed pobytem w SOR, a wobec ciężkiej choroby podstawowej, nawet ewentualna „dodatkowa”, „teoretyczna” rozstrzeń prawego serca byłaby niewielka i praktycznie nie miałyby znaczenia dla obecnego stanu zdrowia i funkcjonowania M. W. (1) oraz pozostaje bez wpływu na dalsze rokowanie. Nie zaistniały dla pacjentki istotne negatywne konsekwencje pobytu w szpitalu w oddziale ratunkowym, które spowodowałyby trwałe uszczerbek na zdrowiu. Główną przyczynę obecnego stanu zdrowia M. W. (1) stanowi choroba wrodzona jaką jest niescalenie mięśnia sercowego. Zastosowane nieprawidłowe leczenie nie miało wpływu na potrzebę przeszczepu serca. Nie istnieje prawdopodobieństwo, aby prawidłowe postępowanie personelu medycznego szpitala w S. mogło zapobiec uszkodzeniu mięśnia sercowego. Hipotetyczne włączenie leczenia niewydolności serca w dniu 27 lutego 2011 r. zapobiegłyby incydentowi ciężkiej zrekompensowanej niewydolności serca w dniu 2 marca 2011 r. Jakość i komfort życia w kolejnych dniach byłyby lepsze, towarzyszący lęk przed śmiercią byłby mniejszy. Sporządzona dokumentacja medyczna w szpitalu w S. nie spełnia standardu dokumentacji medycznej w SOR.

Podczas pobytu w Klinice (...) manifestowała wysoki poziom lęku związanego z badaniami diagnostycznymi (np. cewnikowaniem serca). Jej zachowanie w sytuacji badania (lęk, płacz, odmowa udziału w badaniu, przekonanie o braku możliwości kontrolowania swoich reakcji) wskazywały na zaburzenia lękowe w postaci fobii. Pacjentce zostały przepisane leki przeciwdepresyjne.

Sąd I instancji ustalił, że postępowanie lekarzy w szpitalu w S. spowodowało, że zaufanie M. W. (1) do lekarzy zostało mocno ograniczone, każdy nowy lek jest przez nią konsultowany z personelem szpitala w Z.. Pacjentka czuje żal, iż nie zastosowano podczas jej pobytu w szpitalu w S. odpowiedniego leczenia i diagnostyki. Do lekarza chodzi z mężem, gdyż czuje się wtedy bezpieczniej. Każda wizyta u lekarza powoduje u niej lęk. Potrzebuje ciągłej opieki drugiej osoby. Podczas każdorazowego gorszego samopoczucia M. W. (1) obawia się o swój stan zdrowia. Również z uwagi na stan zdrowia oraz obawę o swoje życie nie chce zdecydować się na powiększenie rodziny.

M. W. (1) złożyła do Okręgowej Izby Lekarskiej w Ł. Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej skargę dotyczącą świadomego i celowego zaniechania czynności lekarskich wobec niej przez lekarzy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Zespołu (...) w S. M. N. oraz W. B. w dniach 27 lutego i 3 marca 2011 r.

Postanowieniem z dnia 22 października 2014 r. przedstawiono lekarzowi W. B. zarzut naruszenia art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w ten sposób, że jako lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Zespołu

(...) powiatowego w S. udzielając pomocy lekarskiej M. W. (1) w dniu 3 marca 2011 r. niewłaściwie ocenił stan zdrowia pokrzywdzonej, nie podjął decyzji o natychmiastowej hospitalizacji jej w oddziale internistycznym bądź kardiologicznym, zezwolił na transport pokrzywdzonej prywatnym samochodem ze Szpitala (...) w S. do Wojewódzkiego Szpitala (...) w W., co skutkowało pogorszeniem się jej stanu zdrowia, w tym niewydolnością wielonarządową. Postępowanie prowadzone przeciwko temu lekarzowi zostało zawieszone.

Zespół (...) w S. zawarł z (...) spółką akcyjną z siedzibą w W. umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu realizowanych świadczeń zdrowotnych przez ubezpieczonego. Suma gwarancyjna na jedno zdarzenie wynosiła 46.500 euro. Okres ubezpieczenia obejmował daty od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r.

W dniu 1 lipca 2015 r. M. W. (1) zgłosiła swoje roszczenie do (...) SA w W..

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił na podstawie dołączonych do akt dokumentów i ich odpisów, pisemnych opinii biegłych: specjalisty z dziedziny kardiologii M. O. i specjalisty z dziedziny medycyny ratunkowej S. M., zeznań świadków E. Ł. i M. W. (2) oraz przesłuchania powódki.

Obaj biegli wskazali, że w pozwanym szpitalu w S. przy diagnostyce i leczeniu powódki popełniono błędy medyczne, przy czym biegły kardiolog wskazał, że nie przyczyniły się one do trwałego pogorszenia ogólnego stanu zdrowia M. W. (1), a jedynie przedłużyły jej hospitalizację i spowodowały dodatkowe cierpienie. Biegły kardiolog ocenił, że skutki uchybień pozwanego szpitala dla zdrowia powódki utrzymywały się przez około 7 dni. Podobne stanowisko zajął biegły z zakresu medycyny ratunkowej. Sąd uznał opinie za wiarygodne i przydatne do ustalenia okoliczności, dla których dowody te zostały dopuszczone.

Biegły z zakresu kardiologii M. O. stwierdził, że zarówno w dniu 27 lutego 2011 r., jak i w dniach 3-4 marca 2011 r., doszło do popełnienia błędu medycznego. W ocenie biegłego, szczególnie rażące jest postępowanie podczas pobytu pacjentki w SOR w dniach 3-4 marca 2011 r., gdyż prezentowane dolegliwości i objawy pacjentki były nasilone, znajdowała się ona wówczas co najmniej w stanie ogólnym średnim, być może nawet ciężkim. Biegły wskazał, że błąd medyczny popełniony w tych dniach polegał na nie zachowaniu przez lekarza dyżurnego należytej dokładności oraz staranności podczas leczenia pacjentki w SOR. Brak lub niewłaściwa analiza zgłaszanych przez powódkę dolegliwości oraz prezentowanych odchyłeń w badaniu przedmiotowym, w badaniach laboratoryjnych i pracownianych doprowadziła do braku rozpoznania ciężkiej niewydolności prawej i lewej komorowej serca jako przyczyny dolegliwości. W postępowaniu lekarskim nie uwzględniono także dotychczasowego wywiadu chorobowego, w tym podejrzenia zespołu niescalenia mięśnia sercowego. Błędy w postępowaniu spowodowały nie włączenie właściwego leczenia kardiologicznego. Zwłoka w leczeniu i infuzja płynów przyczyniły się do zaostrzenia dolegliwości, pogorszenia się stanu ogólnego powódki do ciężkiego. Kolejnym błędem było nieudzielenie pacjentce w stanie ogólnym średnim/ciężkim transportu medycznego, celem przekazania jej do innego ośrodka. Biegły wskazał również, że jedną z przyczyn postawienia niewłaściwej diagnozy i wdrożenia niewłaściwego rozpoznania i postępowania był nieprawidłowo zinterpretowany i opisany przez lekarza radiologa obraz radiologiczny klatki piersiowej z dnia 3 marca 2011 r. Fakt ten mógł mieć kluczowe znaczenie przy postępowaniu lekarskim opierającym się głównie na analizie badań dodatkowych. Niemniej jednak, nie zwalnia to lekarza zlecającego przeprowadzenie danego badania z osobistej jego oceny.

Niewykonanie należytej diagnostyki różnicowej i nieuwzględnienie niewydolności serca jako przyczyny dolegliwości spowodowało niewdrożenie właściwego leczenia kardiologicznego, które powinno polegać na leczeniu odciążającym serce, w tym m.in. zastosowaniu leków moczopędnych i intensywnym odwadnianiu, a zastosowana płynoterapia jest przeciwieństwem wymaganego leczenia. W ocenie biegłego, podczas procesu diagnostycznego przeprowadzanego w pozwanym szpitalu w dniach 3-4 marca 2011 r. zabrakło wykonania badania EKG i konsultacji kardiologicznej. Wysoce wskazane było również wykonanie badania echokardiologicznego serca w przypadku obecności na dyżurze kardiologa lub osoby posiadającej taką umiejętność. Zastosowane błędne leczenie oraz zaniechanie leczenia kardiologicznego przyczyniło się, zdaniem biegłego, do przejściowego pogorszenia stanu ogólnego powódki. Konsekwencje błędnego postępowania utrzymywały się przez okres około tygodnia i wiązały się z przedłużoną hospitalizacją, dodatkowym

stresem emocjonalnym w związku z trwającą wówczas obawą śmierci, cierpieniem fizycznym z powodu duszności i unieruchomienia oraz uczuciem doznanej krzywdy w związku z niewłaściwym potraktowaniem przez zespół SOR.

Biegły podkreślił, że silna duszność, niezależnie od pochodzenia, jest jedną z najdotkliwszych dolegliwości w medycynie i zwykle towarzyszy jej lęk. Niezależnie od powyższego, niewdrożenie leczenia oraz niewłaściwe leczenie nie wpłynęły istotnie w sposób trwały na uszkodzenie serca. Serce było poważnie uszkodzone już przed pobytem w SOR, a wobec ciężkiej choroby podstawowej. W ocenie biegłego, nie zaistniały, w zakresie kardiologicznym, istotne negatywne konsekwencje pobytu w szpitalu w oddziale ratunkowym, które spowodowałyby trwałe uszczerbek na zdrowiu. Zastosowane nieprawidłowe leczenie nie miało wpływu na obecną potrzebę przeszczepu serca. Nie istnieje prawdopodobieństwo, aby prawidłowe postępowanie personelu medycznego szpitala w S. mogło zapobiec uszkodzeniu mięśnia sercowego. Hipotetyczne włączenie leczenia niewydolności serca w dniu 27 lutego 2011 r. zapobiegłyby incydentowi ciężkiej zrekompensowanej niewydolności serca w dniu 2 marca 2011 r. Jakość i komfort życia w kolejnych dniach byłyby lepsze, towarzyszący lęk przed śmiercią byłby mniejszy.

Biegły z zakresu medycyny ratunkowej S. M. wskazał, że postępowanie personelu medycznego pozwanego szpitala w dniach 27 lutego 2011 r. oraz 3-4 marca 2011 r. było niezgodne ze standardami postępowania w SOR i w związku z tym należy uznać, że doszło do popełnienia błędu medycznego. Lekarz przyjmujący powódkę w SOR w dniu 27 lutego 2011 r. nie uwzględnił faktu, że powódka leczy się z powodu choroby serca. Nie wykonał badania EKG ani RTG klatki piersiowej ani USG jamy opłucnej. Zastosowane leczenie uznać należy za nieodpowiednie do stanu zdrowia powódki. Biegły wskazał również, że sporządzona dokumentacja medyczna nie spełnia standardu dokumentacji medycznej w SOR. Podobnie biegły ocenił postępowanie personelu medycznego w dniach 3-4 marca 2011 r. Błędem było także nie przetransportowanie powódki do innej placówki służby zdrowia zgodnie z procedurą i pozwolenie jej na jazdę transportem własnym do Wojewódzkiego Szpitala (...) w W.. Z punktu widzenia ratownictwa medycznego, opóźnienie rozpoznania choroby zasadniczej u powódki mogło w sposób istotny wpłynąć na przebieg procesu tej choroby.

Odpowiedzialność będących osobami prawnymi zakładów opieki zdrowotnej opiera się na art. 430 k.c., zgodnie z którym 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.

Natomiast odpowiedzialności ubezpieczyciela należy upatrywać w art. 822 § 1 k.c., zgodnie z którym przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Natomiast zgodnie z art. 822 § 4 k.c., uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela.

W zakresie konstrukcji opisanej w art. 430 k.c. wymagane jest powstanie szkody i/lub krzywdy pozostającej w adekwatnym związku przyczynowym z bezprawnym i zawinionym zachowaniem podwładnego, związane z wykonywaniem czynności powierzonej mu przez potencjalnie odpowiedzialny podmiot.

Za pomocą opinii biegłych została wykazana podstawowa przesłanka odpowiedzialności pozwanych, to jest zawinione zaniebdania personelu medycznego popełnione w pozwanym szpitalu podczas leczenia powódki.

W zakresie ustalenia istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zaniebdaniami personelu medycznego pozwanego szpitala, a krzywdą powódki najistotniejsza była opinia biegłego kardiologa. Zgodnie z tą opinią, wskazane uchybienia nie prowadziły do trwałego pogorszenia stanu zdrowia powódki, w tym w szczególności nie miały związku z konieczną później transplantacją serca. Uchybienia te mogły doprowadzić jedynie do przedłużenia hospitalizacji powódki o około tydzień oraz zwiększenia jej cierpienia w postaci dodatkowego stresu emocjonalnego w związku z trwającą obawą śmierci, uczuciem krzywdy w związku z niewłaściwym potraktowaniem przez lekarzy, a przede wszystkim silnej duszności, która jest, jedną z najdotkliwszych dolegliwości w medycynie, której towarzyszy także lęk.

W ocenie Sądu Okręgowego pozwani ponoszą odpowiedzialność jedynie za cierpienia powódki wywołane wskazanymi powyższej uchybieniami personelu medycznego, a które trwały przez około tydzień. Przez ten czas, z powodu przedmiotowych zaniedbań, M. W. (1) musiała pozostać w szpitalu, odczuwała silną obawę o swoje życie, występowała u niej duszność i obrzęki, głównie rąk i nóg. Skutki działania lekarzy pozwanego szpitala nie miały więc charakteru trwałego, a były ograniczone w czasie i trwały przez około tydzień.

Sąd przyjął, że istnieje adekwatny związek przyczynowy pomiędzy zaniedbaniami personelu medycznego, które zostały popełnione podczas pobytu powódki w pozwanym szpitalu, a krótkotrwałym pogorszeniem jej stanu zdrowia oraz czasowym, tygodniowym, spotęgowaniem jej cierpienia. Podstawę odpowiedzialności pozwanych w tym zakresie stanowi art. 445 § 1 w zw. z art. 444 § 1 i 2 k.c.

Powódka jako podstawę swojego roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia wskazała również art. 448 k.c. w zw. z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U. z 2017 r., poz. 1318).

Powódka wskazała na następujące naruszenia praw pacjenta: do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 ustawy), do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia (art. 7 ust. 1) oraz do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością (art. 8).

Na podstawie wyżej opisanego stanu faktycznego Sąd I instancji uznał, że postępowanie personelu pozwanego szpitala naruszało wyżej wymienione prawa pacjenta.

Sąd podkreślił, że zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Artykuł ten ma brzmienie zbliżone do art. 19 ust. 1 pkt 1) ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. Dlatego poza zadośćuczynieniem z art. 445 k.c. powódce należy się zadośćuczynienie za sam fakt naruszenia jej praw pacjenta.

Zgodnie z art. 7 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Za naruszenie tego prawa można uważać opóźnienie w diagnostyce powódki. Ustalone w niniejszej sprawie okoliczności dają podstawę do przyjęcia, iż do takiego naruszenia doszło.

Z kolei art. 8 powołanej ustawy stanowi, że pacjent ma prawo do świadczeń udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorzady zawodów medycznych. Postępowanie lekarzy polegające na niewykonaniu adekwatnej diagnostyki do stanu zdrowia powódki, zbagatelizowanie objawów oraz nieuwzględnienie przez nich choroby powódki, ocenić należy jako naganne. Uznać należy, że zostały złamane standardy postępowania lekarza. Wina obejmuje zarówno aspekt obiektywny – czyn jest niezgodny ze standardami postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz subiektywny – lekarze bez istotnej przyczyny nie dołożyli wymaganej staranności przy leczeniu pacjenta (niedbalstwo), co należy ocenić jako zachowanie naganne.

Wspomniany wcześniej art. 444 § 2 k.c. mógł stanowić podstawę do dochodzenia przez powódkę renty z tytułu całkowitej utraty zdolności do pracy zarobkowej. Z uwagi jednak na brak możliwości przypisania odpowiedzialności pozwanym za obecny stan zdrowia powódki oraz niemożność podjęcia przez nią pracy, powództwo w zakresie żądania zasądzenia renty podlegało oddaleniu.

Roszczenie o zadośćuczynienie wskazane w art. 445 § 1 w zw. z art. 444 § 1 k.c., podobnie jak w art. 448 k.c. w zw. z art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, jest fakultatywne. Oznacza to, że kwota zadośćuczynienia nie jest

zasądzana automatycznie w każdym przypadku, gdy nastąpiło uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub naruszenie praw pacjenta. Konieczne jest również wykazanie, iż naruszenie integralności cielesnej, wywołanie rozstroju zdrowia lub naruszenie praw pacjenta spowodowało u pokrzywdzonego szkodę niemajątkową (krzywdę). W niniejszej sprawie powódka wykazała, iż taka krzywda u niej nastąpiła.

Zdaniem Sądu Okręgowego, krzywdy doznanej przez powódkę nie można ocenić jako znikomej, jednakże zgłoszone przez nią roszczenie jest nadmierne. Zdaniem Sądu I instancji w zakresie krzywdy powódki za wywołanie rozstroju zdrowia oraz za naruszenie praw pacjenta należało uznać, że odpowiednią jest łączna kwota 50.000 zł.

Sąd uwzględnił okoliczność, że w wyniku zaniedbań personelu medycznego powódka doświadczyła cierpienie fizycznych spowodowanych zarówno zaostrzeniem jej objawów chorobowych, jak i powstaniem nowych cierpień w postaci duszności – jednej z największych dolegliwości w medycynie. Stan zdrowia M. W. (1) pogorszył się do stanu ciężkiego, realnie zagrażającego życiu. Powstały zatem u niej uzasadnione obawy o przeżycie i lęk przed śmiercią. Przedłużona została jej hospitalizacja.

Na skutek zawinionych działań, za które ponoszą odpowiedzialność pozwani, powódka straciła zaufanie do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Każda wizyta u lekarza powoduje u niej lęk, konieczna jest obecność osoby bliskiej, która udzieli jej wsparcia i zapewni poczucie bezpieczeństwa. Jest to o tyle ważne w przypadku M. W. (1), że wymagała ona i nadal wymaga leczenia, a w szczególności wizyt kontrolnych u lekarzy. W związku z chorobą serca, a obecnie po przeszczepie serca, wymaga cyklicznego nadzoru medycznego.

Z drugiej strony Sąd miał na uwadze, że skutki błędu medycznego nie miały charakteru trwałego i nie wpłynęły istotnie na stan zdrowia powódki. M. W. (1) doznała cierpienia jedynie przez tydzień. Jedynym trwalszym skutkiem jest utrata zaufania do niektórych spośród lekarzy. Nieprawidłowa diagnostyka i niewłaściwe leczenie nie miały wpływu na uszkodzenie mięśnia sercowego. Powodowały jedynie nasilenie dolegliwości powódki oraz przedłużoną hospitalizację. Czas trwania skutków błędu medycznego wyniósł tydzień.

Jeśli chodzi o zarzut przedawnienia roszczenia podniesiony przez pozwany szpital, zdaniem Sądu zarzut ten jest niezasadny. Zaniedbania personelu pozwanego szpitala stanowiły bowiem występki wskazany w art. 160 § 2 k.k.

Sprawa nieprawidłowego leczenia powódki nie była jednocześnie przedmiotem postępowania karnego, a zatem brak jest prawomocnego wyroku skazującego co do popełnienia przestępstwa przez jakąkolwiek osobę z personelu medycznego pozwanego szpitala. Nie mógł zatem znaleźć zastosowania przepis art. 11 k.p.c.

Zgodnie z art. 160 § 1 i 2 k.k., kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Zdaniem Sądu Okręgowego okoliczności niniejszej sprawy dają podstawy do przypisania personelowi medycznemu odpowiedzialności za krótkotrwałe pogorszenie stanu zdrowia powódki. Wobec zaniedbań w postępowaniu medycznym i znacznym odroczeniu wymaganego leczenia oraz infuzji płynów w krytycznej fazie choroby doszło do przejściowego zaostrzenia się i tak już bardzo nasilonych dolegliwości, co doprowadziło do pogorszenia się stanu ogólnego. W konsekwencji uznać należy, że lekarzowi zatrudnionemu w pozwanym szpitalu można przypisać popełnienie czynu zabronionego z art. 160 § 2 k.k., a tym samym szkoda powódki jest następstwem przestępstwa (występku). Tego rodzaju ustalenie determinuje zastosowanie w niniejszej sprawie art. 442¹ § 2 k.c., zgodnie z którym jeżeli szkoda wynikła ze zbrodni lub występku, roszczenie o naprawienie szkody ulega przedawnieniu z upływem lat dwudziestu od dnia popełnienia przestępstwa bez względu na to, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Wobec powyższego przedawnienie w niniejszej sprawie nastąpiłoby dopiero na przełomie lutego i marca 2031 r., a zatem roszczenie powódki w chwili wytoczenia przez nią powództwa nie było przedawnione.

Niezależnie od powyższych ustaleń Sąd dał wiarę oświadczeniom powódki, iż powzięła wiadomość o swojej szkodzie oraz o osobie obowiązanej do jej naprawienia w sierpniu 2012 r., co w związku z treścią art. 442¹ § 3 k.c., prowadzi do wniosku, że wniesienie powództwa nastąpiło przed upływem terminu przedawnienia.

Zdaniem Sądu, wiarygodne podstawy do przypuszczeń, że wobec powódki dopuszczono się błędu medycznego, powódka mogła mieć dopiero w 2014 r., kiedy to rzecznik dyscyplinarny postawił zarzuty doktorowi W. B. (k. 69). Sąd zauważył, że wcześniej postępowanie dyscyplinarne było umarzone. Gdyby zaś powódka wystąpiła wcześniej z powództwem, nie mając wystarczających przesłanek, że doszło do błędu medycznego, naraziłaby się na ryzyko obowiązkowego poniesienia kosztów procesu.

Wreszcie, zdaniem Sądu I instancji, podniesienie zarzutu przedawnienia przez pozwanych stanowiłoby w niniejszej sprawie nadużycie prawa, sprzeczne z zasadami współżycia społecznego, wskazanymi w art. 5 k.c.

Od zasądzonej kwoty Sąd Okręgowy zasądził odsetki ustawowe za czas opóźnienia od pozwanego szpitala od dnia 26 sierpnia 2015 r. do dnia zapłaty, natomiast od pozwanego ubezpieczyciela od dnia 1 sierpnia 2015 r. do dnia zapłaty. Odsetki od (...) SA zostały zasądzone zgodnie z żądaniem pozwu. Wezwanie do zapłaty (...) SA nastąpiło pismem z dnia 30 czerwca 2015 r., doręczonym w dniu 1 lipca 2015 r., której to okoliczności pozwany nie zaprzeczył. Zasadne są zatem odsetki od dnia 1 sierpnia 2015 r. W stosunku do pozwanego szpitala powód domagał się odsetek od dnia doręczenia mu odpisu pozwu. Pozew doręczono szpitalowi w dniu 18 sierpnia 2015 r. (k. 121). Do tej daty Sąd doliczył jeszcze minimalny 7-dniowy termin na zapłatę.

Zgodnie z art. 481 § 1 k.c., jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi.

W niniejszej sprawie nie było kwestionowane, że powódka zwróciła się do pozwanego ubezpieczyciela z żądaniem spełnienia żądanych pozwem roszczeń. Zgodnie z art. 817 § 1 k.c., ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku. Pozwany (...) SA otrzymał zgłoszenie roszczenia powódki w dniu 1 lipca 2015 r., a zatem w dniu 1 sierpnia 2015 r. był już w opóźnieniu z zapłatą świadczenia. Powódka nie zgłosiła swoich roszczeń pozwanemu szpitalowi przed wniesieniem powództwa.

W związku z okolicznością, że odpowiedzialność pozwanych jest odpowiedzialnością in solidum, Sąd zastrzegł, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia z tego obowiązku drugiego z nich do wysokości spełnionego świadczenia. Nie było zasadne żądanie zasądzenia świadczenia solidarnie od pozwanych, gdyż zgodnie z art. 369 k.c., zobowiązanie jest solidarne, jeżeli to wynika z ustawy lub z czynności prawnej. W niniejszej sprawie nie zachodziła żadna z powyższych dwóch przesłanek. Jednocześnie powódce należne jest tylko jedno świadczenie, a zatem spełnienie go przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości spełnionego świadczenia.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. z uwagi na okoliczność, że powódka wygrała sprawę co do zasady, sąd zniósł pomiędzy stronami koszty procesu.

Sąd wziął również pod uwagę okoliczność poniesienia przez powódkę części kosztów sądowych, oraz trudną sytuację finansową powódki oraz jej stan zdrowia.

Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. 2016.623 j.t.), Sąd przejął koszty sądowe w nieuiszczonej części na rachunek Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie.

Apelacje od tego wyroku wnieśli pozwani:

(...) spółka akcyjna z siedzibą w W. zaskarżył wyrok w pkt I i IV w zakresie kwoty 30.000 zł przyznanej tytułem zadośćuczynienia wraz z rozstrzygnięciem o kosztach procesu, zarzucając naruszenie

art. 445 § 1 k.c. poprzez zasądzenie na rzecz powódki tytułem zadośćuczynienia kwoty nadmiernej, nie spełniającej przesłanki „sumy odpowiedniej”;

art. 100 k.p.c. poprzez nie zastosowanie zasady stosunkowego rozdzielenia kosztów procesu.

W konkluzji wniósł o zmianę wyroku poprzez oddalenie powództwa w zaskarżonym zakresie oraz zasądzenie kosztów procesu za obie instancje, ewentualnie o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie w tym zakresie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji wraz z rozstrzygnięciem o kosztach instancji odwoławczej.

Zespół (...) w S. – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej z siedzibą w S. zaskarżył wyrok w zakresie punktu I w części, tj. ponad kwotę 20.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od tej kwoty za czas opóźnienia od dnia 26 sierpnia 2015 r. do dnia zapłaty oraz w zakresie punktu IV w całości zarzucając naruszenie:

1. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie przez Sąd I instancji oceny zebranego materiału dowodowego w sposób dowolny i wybiórczy polegający na uznaniu, iż:

a) zwłoka w leczeniu i infuzja płynów zastosowana przez lekarzy pozwanego szpitala przyczyniły się do zaostrzenia dolegliwości i pogorszenia się stanu ogólnego M. W. (1) do ciężkiego, realnie zagrażającemu życiu;

b) powódka wyłącznie na skutek błędów lekarzy pozwanego szpitala doznała nowych cierpień pod postacią duszności - jednej z największych dolegliwości w medycynie;

c) na skutek zawinionych działań lekarzy pozwanego szpitala, w chwili obecnej każda wizyta powódki u lekarza powoduje lęk;

2. art. 328 § 2 k.p.c. poprzez niewskazanie jaką kwotę przyznał powódce tytułem zadośćuczynienia za krzywdę, a jaką z tytułu naruszenia dóbr osobistych powódki związanych z naruszeniem praw pacjenta;

3. art. 100 k.p.c. poprzez uznanie, że w niniejszej sprawie uzasadnione było wzajemne zniesienie kosztów;

4. art. 98 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie;

5. art. 445 § 1 k.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że powódce należy się zadośćuczynienie za krzywdę w wysokości 50.000 zł co stanowi rażąco wysoką i nieadekwatną kwotę zadośćuczynienia;

6. art. 448 k.c. w zw. z art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że powódce należy się zadośćuczynienie za krzywdę w wysokości 50.000 zł co stanowi rażąco wysoką i nieadekwatną kwotę zadośćuczynienia.

W konkluzji wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa o zapłatę dalszej kwoty 30.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 26 sierpnia 2015 r. do dnia zapłaty; stosunkowe rozdzielenie kosztów postępowania za I instancję poprzez zasądzenie na rzecz Szpitala (...) w S. kosztów postępowania za I instancję; nadto, zasądzenie na rzecz Szpitala (...) w S. kosztów sądowych za II instancję.

Powódka wniosła o oddalenie obu apelacji, zasądzenie od pozwanego kosztów zastępstwa procesowego za instancję odwoławczą, dopuszczenie i przeprowadzenie dowodów ze wskazanych dokumentów na okoliczności tam opisane.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

obie apelacje są uzasadnione jedynie w części, co pociąga za sobą częściową zmianę zaskarżonego wyroku w oparciu o art. 386 par. 1 k.p.c., a w pozostałym zakresie apelacje podlegają oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

Ustalenia faktyczne poczynione przez sąd I instancji są prawidłowe i Sąd Apelacyjny przyjmuje je za własne. Zarzut naruszenia art. 233 par. 1 k.p.c. nie jest zasadny. Prawidłowe jest ustalenie sądu I instancji, że zwłoka w leczeniu i

infuzja płynów zastosowana przez lekarzy pozwanego szpitala przyczyniły się do zaostrzenia dolegliwości i pogorszenia się stanu ogólnego M. W. (1) do ciężkiego, realnie zagrażającego życiu. Biegły kardiolog wskazał, że dolegliwości, z którymi powódka zgłosiła się w dniu 27.02.2011 były już manifestacją uszkodzenia mięśnia sercowego pod postacią umiarkowanej wyrażonej niewydolności serca. Niewdrożenie leczenia spowodowało dalsze progresywne rozwijanie się choroby, wobec czego powódka zgłosiła się ponownie do SOR w dniu 3.03.2011r. już z objawami krytycznie zaostrzonej niewydolności serca. W wyniku długotrwałego nieleczenia tego ostrego stanu, nieprawidłowego leczenia polegającego na infuzji dodatkowej ilości płynów, doprowadzono do przejściowego pogorszenia się stanu zdrowia, gdyż z powodu zwłoki w leczeniu oraz dodatkowego przeciążenia objętościowego rozwinął się wstrząs kardiogeny wymagający długotrwałego leczenia w Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego. Temu pogorszeniu się stanu zdrowia towarzyszyły cierpienia fizyczne takie jak duszność, osłabienie, cierpienia psychologiczne: lęk, stres, przymusowe unieruchomienie (k.644 opinia). W świetle opinii w/w biegłego nie ulega wątpliwości, że duszność wywołana została pogorszeniem się stanu zdrowia powódki na skutek błędów medycznych popełnionych przez pracowników pozwanego szpitala, oraz że stan powódki był ciężki.

Trafny jest zarzut naruszenia przez sąd I instancji art. 328 § 2 k.p.c. poprzez niewskazanie jaką kwotę sąd ten przyznał powódce tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną przez nią na skutek rozstroju zdrowia w wyniku błędów medycznych, a jaką z tytułu naruszenia dóbr osobistych związanych z naruszeniem praw pacjenta.

Roszczenie o zadośćuczynienie przewidziane w art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 §1 k.c. oraz roszczenie o zadośćuczynienie będące następstwem zawinionego naruszenia praw pacjenta (art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2017r., poz. 1318 j.t.) mają odrębny charakter, określając zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne. Roszczenie oparte o art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444§1 k.c. może być dochodzone w ramach odpowiedzialności deliktowej i obejmuje skutki błędów medycznych w postaci uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, podczas gdy samo naruszenie praw pacjenta stanowi samodzielną podstawę odpowiedzialności i przysługuje z samego faktu naruszenia praw pacjenta rozumianych jako element jego dóbr osobistych. W związku z powyższym, w uzasadnieniu wyroku, sąd I instancji zobowiązany był wskazać jaką kwotę uznał za odpowiednią za każdy z czynów bezprawnych objętych pozwem.

W ocenie Sądu Apelacyjnego odpowiednią kwotę zadośćuczynienia za doznany przez powódkę rozstrój zdrowia stanowiący konsekwencję popełnionych przez pozwanego szpitala błędów medycznych stanowi kwota 10.000 zł. Ocena ta uzasadniona jest przede wszystkim faktem, że rozstrój zdrowia miał charakter krótkotrwały i nie przekroczył 7 dni, oraz że nie pociągnął za sobą trwałych skutków dla zdrowia powódki. Wysokość kwoty uzasadnia rodzaj doznanych przez powódkę dolegliwości fizycznych i psychicznych w tym duszność, osłabienie, lęk o życie, stres, przymusowe unieruchomienie. Przyznanie wyższej kwoty zadośćuczynienia z tego tytułu jest rażąco nadmierne z uwagi na fakt, że ostatecznie powódka została wyleczona i nie odczuwa żadnych negatywnych konsekwencji zdarzenia. Zadośćuczynienie przyznawane na podstawie art. 445 par. 1 k.c. w zw. z art. 444 par. 21 k.c. ma być odpowiednie do zakresu doznanej szkody co oznacza, iż jego wysokość ma skompensować tę szkodę niwelując krzywdę doznaną przez poszkodowanego, a kwota 10.000 zł w okolicznościach niniejszej sprawy w/w kryteria należyście wypełnia.

Jeśli chodzi o roszczenie o zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta, pozwany popełnił dwa delikty. Pierwszy w dniu 27 lutego 2011r., kiedy to powódka zgłosiła się do Nocnej Pomocy Lekarskiej do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego ZOZ Szpitala (...) w S., zaś lekarz przyjmujący powódkę nie uwzględnił faktu, że leczy się ona z powodu choroby serca i nie wykonał diagnostyki w kierunku wykluczenia objawów zaostrzenia choroby serca, nie wykonał badań EKG, RTG klatki piersiowej ani USG jamy opłucnej. Zlecone w tym dniu badania laboratoryjne nie odpowiadały standardowi SOR i w związku z tym zastosowane leczenie było nieodpowiednie do stanu zdrowia pacjentki, nie sporządzono karty obserwacyjnej podczas pobytu powódki w SOR, dokumentacja medyczna nie spełniała standardu dokumentacji medycznej SOR. Za naruszenie praw pacjenta w/w deliktem w ocenie Sadu Apelacyjnego kwotą odpowiednią do zakresu naruszenia i związanej z tym krzywdy jest kwota 10.000 zł.

Drugi delikt popełniony został przez pozwanego szpitala w dniach 3 i 4 marca 2011r., kiedy to postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne nie spełniało standardu postępowania z chorymi zgłaszającymi się po pomoc medyczną (biegły k.945

opinia) a po skierowaniu powódki do innego ośrodka specjalistycznego nie zapewniono jej transportu sanitarnego (biegły k.943). Lekarz dyżurujący nie zachował należytej staranności i dokładności podczas leczenia powódki, niewłaściwie zanalizował zgłaszane przez nią dolegliwości, włączył niewłaściwe leczenie w postaci infuzji płynów zamiast leczenia odciążającego serce, co przyczyniło się do zaostrzenia dolegliwości powódki (k.632). Biegły uznał w/w nieprawidłowości za szczególnie rażące (k.633). Podkreślił również, że niewłaściwe było skierowanie powódki do lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej celem uzyskania skierowania do szpitala, w sytuacji gdy przyjęcie powinno nastąpić niezwłocznie, niezależnie od posiadanego skierowania (k.633), oraz że nieprawidłowo zinterpretowano i opisano obraz radiologiczny klatki piersiowej z dnia 3.03.2011r. Błędy medyczne były liczne i wiązały się z dodatkowym stresem emocjonalnym powódki oraz poczuciem krzywdy (k.636 biegły).

W ocenie Sądu Apelacyjnego odpowiednią kwotą zadośćuczynienia za naruszenie dóbr osobistych powódki w/w deliktem jest kwota 20.000 zł.

Przyznanie kwoty niższej za oba w/w delikty polegające na naruszeniu praw pacjenta nie spełni należytej jej funkcji kompensacyjnej. Naruszono prawo powódki do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej - art. 6 ust. 1 ustawy o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia- art. 7 ust.1 w/w ustawy, prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należyłą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym - art. 8 w/w ustawy.

Przyznanie wyższej kwoty zadośćuczynienia nie jest uzasadnione z uwagi na rozmiar doznanej przez powódkę krzywdy, który był wprawdzie znaczny lecz krótkotrwały. Ostatecznie powódka skierowana została do innego ośrodka specjalistycznego, a leczenie zakończyło się wynikiem pozytywnym. Wyższa kwota stanowi rażąco wygórowane zadośćuczynienie za delikt jakim jest naruszenie w/w praw powódki.

Łączna kwota 30.000 zł. tytułem naruszenia praw pacjenta ma odczuwalną wartość majątkową i jako taka prowadzi do osiągnięcia celu jakim jest złagodzenie doznanych cierpień. Nie można tracić z pola widzenia okoliczności, że zaniechania za strony szpitala nie mają znaczenia dla dzisiejszego stanu zdrowia powódki, zaś konsekwencje zaniechań personelu medycznego były odwracalne. Podnoszona przez powódkę utrata zaufania do lekarzy nie może dotyczyć lekarzy w ogólności bowiem ostatecznie w innej placówce postawiono trafną diagnozę i powódka powróciła do zdrowia. Lęk przed badaniami diagnostycznymi nie ma związku przyczynowego z naruszeniem praw pacjenta albowiem w sprawie niniejszej doszło do postawienia nieprawidłowej diagnozy na skutek nie wykonania odpowiednich badań diagnostycznych a nie na skutek wadliwego przeprowadzenia tych badań.

Ostatecznie zatem odpowiednią kwotą zadośćuczynienia za wywołanie rozstroju zdrowia i naruszenia praw pacjenta jest zdaniem Sądu kwota 40.000 zł., wraz z należnymi odsetkami zasądzonymi przez sąd I instancji. W tym zakresie apelacja uległa oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c. W pozostałej części zaskarżony wyrok uległ zmianie poprzez oddalenie powództwa jako nieuzasadnionego w oparciu o art. 386 par. 1 k.p.c.

W ocenie Sądu Apelacyjnego nie zasługują na uwzględnienie zarzuty pozwanych co do rozstrzygnięcia w przedmiocie kosztów procesu. Sąd Okręgowy prawidłowo zastosował art. 100 k.p.c. Wprawdzie powódka przegrała w znacznej części, jednak wygrała co do zasady i poniosła znaczne koszty procesu (część opłaty od pozwu, część wynagrodzenia biegłych).

Za nierozliczaniem pomiędzy stronami kosztów procesu przemawiały także takie okoliczności jak: sytuacja majątkowa powódki, charakter dochodzonego roszczenia oraz uzasadnione subiektywne przekonanie powódki o słuszności dochodzonego roszczenia.

W związku z uwzględnieniem powództwa co do zasady a więc w związku z faktem, że pozwany szpital dopuścił się zarzucanych mu deliktów obciążenie powódki jakimikolwiek kosztami procesu stanowiłoby naruszenie zasad słuszności i byłoby sprzeczne z zasadami współżycia społecznego. Reguła odpowiedzialności za wynik procesu

wynikająca z art. 98 § 1 k.p.c. została uzupełniona przez ustawodawcę zasadami kompensacji, słuszności i zawinienia. Oparcie rozstrzygnięcia o kosztach procesu na jednej z uzupełniających zasad orzekania o kosztach, powinno być poprzedzone stwierdzeniem, że sytuacja zaistniała w sprawie wskazuje na celowość wyłączenia normy ogólnej, podyktowanego przewidzianymi w nich względami. Możliwość obciążenia strony przegrywającej jedynie częścią kosztów albo nieobciążenia jej w ogóle tymi kosztami, uzależniona jest, stosownie do art. 102 k.p.c., od wyłonienia się w sprawie wypadków szczególnie uzasadnionych, wskazujących że ponoszenie kosztów pozostawało w sprzeczności z powszechnym odczuciem sprawiedliwości oraz zasadami współżycia społecznego (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 2013 r. V CZ 124/12, LEX nr 1341727). W sprawie istniały przesłanki aby w razie braku podstaw do zastosowania art. 100 k.p.c. zastosować art. 102 k.p.c., co nie zmieniałoby rozstrzygnięcia o kosztach procesu w istotny sposób.

O kosztach procesu za II instancję Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. Pozwani w postępowaniu apelacyjnym wygrali w 1/3 części, jednak ponieśli wyższe koszty procesu niż powódka z uwagi na uiszczenie opłaty od apelacji. W tej sytuacji wzajemne zniesienie kosztów procesu jest uzasadnione i sprawiedliwe także z uwagi na zasadę zastosowaną przy rozstrzygnięciu o kosztach procesu za I instancję.

Katarzyna Parczewska Ewa Kaniok Przemysław Kurzawa