

Sygn. akt I ACa 795/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 lutego 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Elżbieta Kuczyńska
Sędziowie	:	SA Magdalena Pankowicz SA Beata Wojtasiak (spr.)
Protokolant	:	Izabela Lach

po rozpoznaniu w dniu 17 lutego 2017 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa **J. G.**

przeciwko (...) **w M. i (...) S.A. w W.**

o zadośćuczynienie

na skutek apelacji pozwanych

od wyroku Sądu Okręgowego w Ostrołęce

z dnia 22 lutego 2016 r. sygn. akt I C 1305/14

I. zmienia zaskarżony wyrok w pkt I w ten sposób, że oddala powództwo w zakresie należności głównej i odsetek ustawowych za opóźnienie po dniu 14.04.2016 roku;

II. oddala apelacje pozwanych w pozostałym zakresie (odsetek);

III. zasądza od pozwanych in solidum na rzecz powódki kwotę 5.400 złotych, tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w instancji odwoławczej.

(...)

UZASADNIENIE

J. G., po ostatecznym sprecyzowaniu powództwa, wносиła o zasądzenie od (...) w M. (obecnie (...) w M.) kwoty 85.000 zł z ustawowymi odsetkami tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w związku z niewłaściwym jej leczeniem w pozwanym szpitalu.

(...) w M. podobnie jak wezwany do udziału w sprawie w charakterze pozwanego (...) S.A w W. – Inspektorat w M. wnosili o oddalenie powództwa.

Wyrokiem z dnia 22 lutego 2016 r. Sąd Okręgowy w Ostrołęce zasądził in solidum od (...) S.A w W. i (...) w M. (obecnie (...) w M.) na rzecz J. G. kwotę 50.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 31 maja 2006 r.; oddalił powództwo w pozostałym zakresie; rozstrzygnął o kosztach procesu.

Orzeczenie to padło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne.

W dniu 3 czerwca 2003 r. J. G. podczas pracy w sklepie uległa wypadkowi. Na jej stopę spadła pęknięta szyba lady chłodniczej, w wyniku czego powódka doznała rany ciętej prawej stopy w okolicy kostki bocznej i w konsekwencji przecięcia ścięgna mięśnia strzałkowego długiego oraz przecięcia ścięgna mięśnia strzałkowego krótkiego. Została przewieziona do ambulatorium (...) w M. (...), gdzie lekarz dyżurny K. S. opatrzył powierzchownie ranę (zszył ją, zaopatrzył opatrunkiem, podał anatoksynę tężcową) i zalecił dalsze leczenie w Poradni Chirurgicznej. Nie dokonał przy tym żadnych badań, ani nie zlecił zdjęcia rentgenowskiego lub badania ultrasonograficznego uszkodzonej kończyny.

Tego samego dnia powódka zgłosiła się do Poradni Chirurgicznej, gdzie wystawiono jej zwolnienie z pracy i zalecono kontrolę następnego dnia. Kolejnego dnia zmieniono jedynie opatrunek, i czynności tej dokonywano w co drugi dzień. Każdorazowo powódka zgłaszała dużą bolesność stopy i obrzęk. Po kolejnych skargach, założono jej szynę gipsową, którą zdjęto po 3 dniach, jako zbędną. Po 9 dniach od wypadku wykonano zdjęcie RTG, na którym nie stwierdzono zmian kostnych. Ostatecznie rana wygoiła się poprawnie, ale bolesność i obrzęk stopy utrzymywały się w stopniu nie pozwalającym na normalne funkcjonowanie. Powódka przyjmowała silne leki przeciwbólowe, ale nadal odczuwała ból, a opuchlizna powiększała się.

Po konsultacji ortopedycznej w dniu 20 czerwca 2003 r. u dr. W. N. w (...), ponownie założono gips marszowy. Również przed tym zabiegiem nie wykonano żadnej szerszej diagnostyki, poza wzrokową oceną wygojonej rany. Zlecono zabiegi rehabilitacyjne, które nie wpłynęły na istotną poprawę stanu kończyny.

W związku z pogarszaniem się stanu zdrowia (ból, obrzękanie i niestabilność stopy), w październiku 2003 r. powódka udała się do(...) W.. Tam dokonano badania przedmiotowego i ultrasonograficznego, w trakcie którego rozpoznano zastarzałe uszkodzenie ścięgien mięśni strzałkowego długiego i krótkiego stopy prawej. Podjęto decyzję o operacyjnej rekonstrukcyjnej ścięgien, uprzedzając powódkę o niskiej efektywności tego zabiegu ze względu na zbyt długi upływ czasu od wypadku. W dniu 16 grudnia 2003 r. na Oddziale (...) w W. wykonano zabieg rekonstrukcyjny ścięgien, po którym zastosowano unieruchomienie gipsowe stopy.

W związku z uporczywie utrzymującymi się dolegliwościami i niesprawnością operowanej kończyny, powódka była wielokrotnie hospitalizowana w oddziałach rehabilitacyjnych szpitala w M., P., a także oddziałach sanatoryjnych w C., K., B., U., G., W., K., C. - z rozpoznaniem zespołu Sudecka kończyny dolnej prawej. Pierwszy zapis o zespole Sudecka pojawił się w dokumentacji medycznej w marcu 2004 r., tj. po operacji rekonstrukcyjnej.

Na zwolnieniu lekarskim powódka przebywała przez 6 miesięcy, przez kolejny rok na zasiłku rehabilitacyjnym, a po tym okresie na rencie. Obecnie otrzymuje rentę z powodu choroby nowotworowej i choroby narządu ruchu. Nadal ma kłopoty z chodzeniem i porusza się przy pomocy kuli. Odczuwa silne bóle stopy i stawu skokowego prawego, a także prawego biodra i lewego stawu biodrowego wraz kręgosłupem.

W 2008 r. powódka zgłosiła się do (...) w M., gdyż nie dawała sobie rady z bólem i zaistniałą sytuacją. Nie spała w nocy, miała lęki, drżenie ciała, obawy o dalsze zdrowie. Choć leczenie początkowo przyniosło poprawę, to jednak po 2 latach zrezygnowała z niego z uwagi na skutki uboczne (była ciągle śpiąca, nic jej nie obchodziło, niczym się nie zajmowała). Aktualnie otrzymuje leki psychoaktywne i choć czuje się lepiej, to nadal jest roztrzęsiona, nerwowa, skłonna do płaczu.

W tak ustalonym stanie faktycznym, Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że zachodzą przesłanki do ustalenia odpowiedzialności pozwanego zakładu opieki zdrowotnej za szkodę wyrządzoną powódce w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (art. 430 k.c. i art. 415 k.c.).

Sąd ten przyjął, że doszło do błędu medycznego, gdyż postępowanie personelu medycznego pozwanego szpitala było obiektywnie niezgodne ze wskazaniami współczesnej wiedzy medycznej oraz miało charakter zawiniony (art. 355 § 2 k.c.). Podjęte przez lekarzy działania stanowiły nieprawidłowo zastosowany i przeprowadzony zespół czynności leczniczych, które doprowadziły powódkę do zastarzałego uszkodzenia ścięgien mięśni strzałkowych w okolicy prawej stopy, zbyt późnego zabiegu operacyjnego polegającego na rewizji ścięgien mięśni strzałkowych, tenosynowektomii, konieczności uwolnienia ze zrostów i rekonstrukcji ścięgien mięśni strzałkowych, a w efekcie stałego poruszania się o kulach.

Sąd powołał się przy tym na treść opinii zespołu biegłych z (...) w B. Zakładu Medycyny Sądowej, z której wynikało, że postępowanie personelu lekarskiego(...)w M. nie było zgodne z zasadami sztuki lekarskiej. Nieprawidłowości polegały na: nierozpoznanie przez lekarza dyżurnego pierwotnie zaopatrującego powódkę istoty uszkodzenia, które polegało nie tylko na przecięciu skóry, ale również na przecięciu ważnych dla funkcji stopy i sprawności chodu ścięgien mięśni strzałkowych. Konsekwencją błędnego rozpoznania było niewłaściwe leczenie polegające na zaopatrzeniu wyłącznie rany skórnej, choć standardem postępowania w takim przypadku jest: dogłębna inspekcja rany w znieczuleniu ogólnym lub odcinkowym, z użyciem zacisku tętniczego, na sali operacyjnej. W razie potrzeby poszerzenie rany, zeszcycie uszkodzonych ścięgien, zeszcycie rany skórnej założenie opatrunku jałowego na ranę, opatrunku gipsowego „gips marszowy” na podściółce z waty, podpierający stopę i palce oraz zalecenie kontroli i dalszego leczenia w Poradni Urazowo-Ortopedycznej.

Za biegłymi Sąd I instancji wskazał, że choć ambulatorium pogotowia nie dysponowało ani wyposażeniem, ani personelem lekarskim kompetentnym do zaopatrzenia powyższego przypadku, tym jednak rolą lekarza dyżurnego było przynajmniej powzięcie podejrzenia uszkodzenia ścięgien, stwierdzenie własnej niekompetencji w zaopatrzeniu tego uszkodzenia i natychmiastowe przekazanie pacjentki do leczenia w pionie urazowo-ortopedycznym. Ten zaś nie wykonał tego, lecz niepotrzebnie zeszył ranę, co miało negatywny skutek w dalszym powieleniu nieprawidłowych działań lekarzy w trakcie dalszego leczenia. Nierozpoznanie uszkodzenia ścięgien wymagało wtórnej naprawy, wykonania zabiegu po zbyt długim czasie, by można było przywrócić stopie prawidłowe ustawienie w wyniku zeszcycia przeciętych ścięgien i mięśni. Z kolei zabiegi rehabilitacyjne, na które kierowana była powódka od września 2003 r. dostarczyły dodatkowych niekorzystnych bodźców bólowych, a odwlekły podjęcie właściwego leczenia.

Sąd Okręgowy podkreślił również, że dla ustalenia odpowiedzialności zakładu leczniczego bez znaczenia pozostaje poddawany wątpliwościom objaw zespołu Sudecka, jako następstwo nieprawidłowych działań lekarzy pozwanego. Najistotniejszym elementem tej odpowiedzialności było ustalenie zawinionego „błędu lekarskiego”, a ten bez wątplenia można przypisać pozwanemu szpitalowi.

Ustalając wysokość należnego powódce zadośćuczynienia (art. 445 § 1 k.c.) zwrócił uwagę na rozmiar doznanej krzywdy, tj. rodzaj, charakter, długotrwałość cierpień fizycznych, ich intensywność i nieodwracalność ich skutków, jak również cierpienia psychiczne, jakie wywołują w sferze życia prywatnego i zawodowego powódki. Mając to na uwadze zasądził na rzecz powódki kwotę 50.000 zł z ustawowymi odsetkami od daty wytoczenia powództwa, tj. od dnia 31 maja 2006 r.

Końcowo, odnosząc się do zarzutów związanych z brakiem legitymacji procesowej po stronie pozwanego szpitala, przypomniał że kwestia udziału (...)w M. została szczegółowo omówiona w postanowieniu z dnia 26 maja 2015 r. Dlatego też w ramach niniejszego procesu doszło jedynie do sprostowania podmiotu określonego pierwotnie przez powódkę jako (...)w M.. W okolicznościach sprawy oczywistym jest bowiem, że powódka pozywała jedyną placówkę medyczną działającą w M., której nazwa jest na tyle skomplikowana, że nawet jej profesjonalni pełnomocnicy długo posługiwali się skrótami i to niepełnymi.

Jako podstawę prawną odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela, wskazał art. 822 k.c.

O kosztach orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. rozdzielając je stosunkowo do wyników procesu (58% - 42%).

Wyrok ten zaskarżyli obaj pozwani.

(...)w M. zaskarżył go w części uwzględniającej powództwo, zarzucając Sądowi I instancji naruszenie:

1. **art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. przez błędne przyjęcie, że zachodzą okoliczności świadczące o winie jego pracowników, a w konsekwencji o odpowiedzialności szpitala, w związku z nieprawidłowym leczeniem i diagnostyką powódki, w sytuacji gdy brak jest podstaw do przyjęcia, aby ujawnione powikłanie leczenia mogło wynikać z błędu, czy też nienależytej staranności w procesie leczenia powódki przez lekarzy; w szczególności brak jest podstaw do łączenia „zespołu Sudeck’a” i związane z tym dolegliwości z odpowiedzialnością szpitala;**
2. **art. 361 § 1 k.c. przez błędne przyjęcie, że istnieje adekwatny związek przyczynowy pomiędzy odpowiedzialnością szpitala za nieprawidłowe leczenie i błędną diagnostykę a krzywdą powódki;**
3. **art. 476 k.c. przez zasądzenie odsetek ustawowych od daty wniesienia powództwa, choć przedmiotowe świadczenie staje się wymagalne w dacie wyrokowania;**
4. **art. 442 § 1 k.c. przez nieustosunkowanie się do zarzutu przedawnienia;**
5. **art. 33 k.c. przez przyjęcie, że nie ma zastosowania do SP ZOZ, które miały zachować osobowość prawną mimo braku przepisu taką osobowość im nadającą;**
6. **art. 37 § 1 k.c. przez przyjęcie, że stanowi on samodzielną podstawę posiadania osobowości prawnej, w tym osobowości prawnej przez pozwaną SP ZOZ;**
7. **art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 328 § 2 k.p.c. przez brak przytoczenia w uzasadnieniu wyroku dowodów pozwalających na kontrolę orzeczenia, w tym nie wskazanie jakim dowodom odmówił wiarygodności, a jakie uznał za wiarygodne (pozostawiając puste i nieuzupełnione miejsce);**
8. **art. 199 § 1 pkt 3 k.p.c. i w konsekwencji art. 379 pkt 2 k.p.c. przez przyjęcie, że pomimo nieistnienia podmiotu oznaczonego jako (...)w M.", ma on jednak osobowość prawną i zdolność sądową, co doprowadziło do nie odrzucenia pozwu w stosunku do tego podmiotu, podobnie jak w stosunku do (...) w M., który również nie posiada osobowości prawnej;**
9. **art. 233 § 1 k.p.c. poprzez ocenę materiału dowodowego w sposób niewszechstronny i przyjęcie winy podwładnego szpitala w związku z nieprawidłowym leczeniem i diagnostyką, w sytuacji gdy ujawnione u powódki powikłania mogły wynikać z błędu, czy też nienależytej staranności w procesie leczenia przez lekarzy pozwanej placówki medycznej;**
10. **art. 328 § 2 k.p.c. polegające na pominięciu w treści uzasadnienia zaskarżonego orzeczenia Sądu pierwszej instancji poczynionych przezeń ustaleń w zakresie materiału dowodowego i wskazania tam dowodów na podstawie których Sąd ten wydał te orzeczenie, co w konsekwencji w sposób oczywisty uniemożliwia weryfikację motywów jego rozstrzygnięcia przez odwołującego jak również przez Sąd odwoławczy.**

Wnosił o uchylenie wyroku i odrzucenie pozwu, względnie umorzenie postępowania, a w razie nieuwzględnienia tego wniosku, uchylenie wyroku i zniesienie postępowania w zakresie

dotkniętym nieważnością oraz przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania, albo zmianę wyroku i oddalenie powództwa w całości.

Natomiast pozwany (...) S.A. zaskarżył wyrok w jedynie części dotyczącej zasądzonych odsetek, wnosząc o zmianę wyroku poprzez zasądzenie odszkodowania w kwocie 50.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 22 lutego 2016 r., przy czym na etapie postępowania apelacyjnego uiścił na rzecz powódki zasądzoną należność główną (okoliczność przyznana).

SĄD APELACYJNY USTALIŁ I ZWAŻYŁ, CO NASTĘPUJE:

Wprawdzie obie apelacje merytorycznie nie były zasadne, tym niemniej korekta zaskarżonego orzeczenia i częściowe oddalenie powództwa było konieczne z uwagi na spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych. Z ustaleń poczynionych przez Sąd Apelacyjny wynikało bowiem, że już po wydaniu wyroku przez Sąd I instancji, (...) S.A. wydał decyzję z dnia 13 kwietnia 2016 r., na mocy której na rachunek powódki w dniu 14 kwietnia 2016 r. wpłynęła kwota 50.000 zł. Tym samym doszło do zrealizowania przez pozwanego ubezpieczyciela zasądzonego świadczenia (w zakresie należności głównej), wobec czego niezbędna była zmiana zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w zakresie należności głównej i odsetek w opóźnieniu po dniu 14 kwietnia 2016 r., tj. po dacie zrealizowania świadczenia.

Przechodząc zaś do oceny zarzutów podniesionych w obu apelacjach, na wstępie odnieść się należało do zarzutu najdalej idącego, a mianowicie nieważności postępowania (art. 379 pkt 2 k.p.c.) z uwagi na brak osobowości prawnej i zdolności sądowej pozwanego (...) w M. (art. 199 § 1 pkt 3 k.p.c.).

W związku z tym przypomnieć trzeba, że kwestia zdolności sądowej pozwanej placówki medycznej, jak i też wątpliwości związane z prawidłowym oznaczeniem tej strony, były przedmiotem badania w niniejszej sprawie w ramach rozpoznania (opartego o te same zarzuty) wniosku o umorzenie postępowania w stosunku do (...) w M., ewentualnie odrzucenie pozwu w stosunku do tego podmiotu. Dokonując oceny tego zagadnienia, Sąd Okręgowy w Ostrołęce postanowieniem z dnia 26 maja 2015 r. odmówił odrzucenia pozwu, zaś Sąd Apelacyjny w Białymstoku postanowieniem z dnia 12 listopada 2015 r. (sygn. akt I ACz 1286/15) oddalił zażalenie pozwanego. Postanowienie to jest prawomocne i wiązało sądy obu instancji na etapie dalszego rozpoznawania sprawy. W takiej zaś sytuacji nie istnieje również potrzeba ponownego powielania argumentów, które legły u podstaw oceny co do tego, że w niniejszej sprawie prawidłowo została sprecyzowana strona pozwana, jako (...) w M. oraz że podmiot ten posiada osobowość prawną i jako taki zdolność sądową.

Na marginesie jedynie należy podkreślić, że intencją powódki było niewątpliwie skierowanie pozwu przeciwko skarżącemu. Od daty wniesienia pozwu, tj. 2006 r., aż do dnia 12 marca 2015 r., czyli złożenia wniosku o odrzucenie pozwu, nie było też obiekcji co do tego, że to właśnie (...) w M. jest pozwanym. To zresztą ten sam (...), po otrzymaniu nakazu zapłaty z dnia 23 czerwca 2008 r. wydanego przeciwko stronie oznaczonej jako (...)w M.", zaskarżył to orzeczenie, wnosząc sprzeciw od nakazu zapłaty, w którym nie kwestionował swojej legitymacji procesowej.

Przychylić się również należało do stanowiska, że pozwany SP ZOZ zachował swoją osobowość prawną i ma zdolność sądową, pomimo wejścia w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.). Funkcjonujące po dniu wejścia w życie tej ustawy samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, są osobami prawnymi tak długo jak, albo nie połączą się tworząc nową osobę prawną, bądź nie przekształcą się w spółkę kapitałową, bądź nie zostaną zlikwidowane i wykreślone z KRS. Taka zaś sytuacja nie miała miejsca w przypadku pozwanego.

Sąd Apelacyjny podziela również dokonaną przez Sąd I instancji merytoryczną ocenę roszczenia powódki. Pozbawione były bowiem słuszności podnoszone w apelacji przez pozwanego szpital, argumenty zmierzające do zakwestionowania prawidłowości ustaleń faktycznych przyjętych za podstawę zaskarżonego wyroku. Zarzuty te koncentrowały się wokół kwestii ustalenia zasadniczych przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej, wskazywanych przez Sąd rozstrzygający tę sprawę (art. 415 k.c. i art. 430 k.c.), w tym związku przyczynowego pomiędzy szkodą, a działaniem

zobowiązanego do odszkodowania (art. 361 § 1 k.c.). W związku z tym przede wszystkim wskazać należy, że powszechnie przyjmuje się, że odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej w reżimie deliktowym, opiera się na przepisach art. 416 k.c., ewentualnie w związku z art. 429 k.c. i art. 430 k.c.; przy czym poszkodowany nie może powoływać na domniemanie winy, ponieważ przepisy kodeksu cywilnego takiego domniemanie nie ustanawiają (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 2005 r., I CK 662/04- OSP 2009/12/134).

Skoro zaś odpowiedzialność pozwanego powinna być rozpatrywana w kontekście wymienionych wyżej przepisów, to wymagało nie tylko ustalenia, czy do zdarzenie wywołującego szkodę doszło w pozwanym SP ZOZ, ale także związku przyczynowego pomiędzy szkodą, a działaniem zobowiązanego do odszkodowania (art. 361 § 1 k.c.). Taki związek mógłby zaistnieć, gdyby się okazało, że postępowanie personelu lekarskiego (...) w M. nie było zgodne z zasadami sztuki lekarskiej.

W związku z tym podnieść należy, że w literaturze przedmiotu przez pojęcie „błąd w sztuce medycznej”, zwany także „błędem lekarskim”, rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, wypracowanych na podstawie nauki i praktyki (zob. Marian Filar i inni, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Wyd. Praw. „LexisNexis”, Warszawa 2005 r., str. 29). Dla przyjęcia, iż wystąpił błąd lekarski, czyli obiektywna sprzeczność z powszechnie przyjętymi zasadami i regułami postępowania dyktowanymi przez naukę i praktykę medyczną, koniecznym było wykazanie przez powódkę, na której spoczywał w tym zakresie ciężar dowodu (art. 6 k.c.), że popełniono błąd diagnostyczny, czyli wadliwie rozpoznano stan jej zdrowia, bądź - przy prawidłowym rozpoznaniu - zastosowano niewłaściwą metodę leczenia (w tym wypadku chirurgicznego), bądź wreszcie przy prawidłowej diagnozie popełniono błąd w zakresie sposobu leczenia.

W ocenie Sądu Apelacyjnego zebrany w sprawie materiał dowodowy, nie pozostawia wątpliwości, co do tego, że w przypadku procesu leczenia J. G. po doznanych przez nią urazie stopy, nieprawidłowości miały już miejsce przy przyjęciu w ambulatorium (...) w M. (...), gdzie lekarz dyżurny jedynie opatrzył powierzchownie ranę, nie podejmując w zasadzie nawet próby rozpoznania istoty uszkodzenia. Tymczasem to polegało nie tylko na przecięciu skóry, ale przede wszystkim ścięgien mięśni strzałkowych. Zarówno więc zachowanie lekarza na etapie diagnozowania, jak i wyboru metody leczenia, było niezgodne z zasadami wiedzy i praktyki lekarskiej w zakresie chirurgii. Konsekwencją błędnego rozpoznania było wyłączenie zaopatrzenie rany skórnej, choć standardem postępowania w takim przypadku jest: dogłębna inspekcja rany w znieczuleniu ogólnym lub odcinkowym, z użyciem zacisku tętniczego, na sali operacyjnej. W razie potrzeby poszerzenie rany, zeszytanie uszkodzonych ścięgien, zeszytanie rany skórnej założenie opatrunku jałowego na ranę, opatrunku gipsowego „gips marszowy” na podściółce z waty, podpierający stopę i palce oraz zalecenie kontroli i dalszego leczenia w Poradni Urazowo-Ortopedycznej.

Dlatego też odnosząc się do zarzutów apelacji, stanowczo trzeba stwierdzić, że w świetle zgromadzonych w sprawie dowodów - wbrew odmiennemu zapatrywaniu skarżącego - prawidłowe są ustalenia Sądu I instancji co do tego, że towarzyszące powódce do dnia dzisiejszego konsekwencje zdrowotne w obrębie stopy prawej, było wynikiem błędu lekarskiego.

Podkreślić przy tym należy, że dla ustalenia faktów istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy i późniejszej ich oceny niewątpliwie pierwszorzędne znaczenie miały wnioski płynące z treści opinii sądowych sporządzonych zarówno przez zespół biegłych z (...) w W. (...) (k. 114-118 i 175-176) oraz z (...) w B.(...) (k. 374 - 403). Za przeprowadzeniem takiego dowodu przemawiał przedmiot sprawy (kwestia odpowiedzialność za błąd w leczeniu) oraz konieczność wyjaśnienia wszystkich jej okoliczności faktycznych zgodnie z zasadami procesu cywilnego dotyczącymi przeprowadzania dowodów.

W ocenie Sądu Apelacyjnego należy stwierdzić, że obie te opinie w sposób wyczerpujący i fachowy wyjaśniły wszystkie okoliczności istotne do rozstrzygnięcia sprawy. Sporządzający je lekarze specjaliści, ustosunkowując się także rzetelnie do wszystkich zarzutów i wątpliwości podnoszonych przez strony. Nadto wnioski wypływające z tych opinii są zbieżne i wzajemnie się uzupełniają.

Wynikało zaś z nich przede wszystkim, że standardem właściwego postępowania powinna być: dogłębna inspekcja rany w znieczuleniu ogólnym lub odcinkowym, z użyciem zacisku tętniczego, na sali operacyjnej, a w razie potrzeby poszerzenie rany, zeszytanie uszkodzonych ścięgien, zeszytanie rany skórnej założenie opatrunku jałowego na ranę, opatrunku gipsowego „gips marszowy” na podściółce z waty, podpierający stopę i palce oraz zalecenie kontroli i dalszego leczenia w poradni urazowo-ortopedycznej. Dodali przy tym, że rolą lekarza dyżurnego było przynajmniej powzięcie podejrzenia uszkodzenia ścięgien, a w przypadku stwierdzenia własnej niekompetencji w zaopatrzeniu takowego uszkodzenia, natychmiastowe przekazanie pacjentki do leczenia w pionie urazowo-ortopedycznym. Tymczasem dyżurujący lekarz nie tylko nie wykonał tego, ale całkowicie niepotrzebnie zeszył ranę. W konsekwencji tego zaś, także lekarze z Poradni Chirurgicznej, do których pacjentka trafiła bez rozpoznania uszkodzenia ścięgien, zaniechali przeprowadzenia dalszej diagnostyki, a bolesność zgłaszaną przez powódkę, traktowali jako naturalną. Efektem tych zaniechań, była zaś konieczność wtórnej naprawy uszkodzonych ścięgien, który to jednak zabieg został przeprowadzony po zbyt długim czasie, by móc przywrócić stopie prawidłowe ustawienie. Zdaniem biegłych także zabiegi rehabilitacyjne, na które powódka była kierowana od września 2003 r. jedynie odwlekły podjęcie właściwego leczenia, dostarczając jednocześnie dodatkowych niekorzystnych bodźców bólowych.

Wnioski tych opinii są jednoznaczne w swej wymowie i wskazują na cały ciąg błędnych decyzji lekarzy zatrudnionych przez pozwanego. Żaden z nich na etapie diagnostyki nie zlecił wykonania tak podstawowego - w przypadku poważnego przecież urazu stopy - badania USG, którego wynik pozwoliłby na podjęcie stosownego leczenia.

Również w opiniach uzupełniających oraz zeznając na rozprawie, sporządzający opinie biegli podtrzymali pierwotne wnioski, że personel pozwanego szpitala nie postępował zgodnie z aktualną wiedzą i sztuką lekarską, zaleceniami autorytetów medycznych, ośrodków klinicznych i naukowych. Wnioski wynikające zarówno z opinii pierwotnej, jak i opinii uzupełniających, były stanowcze i jednoznaczne, gdyż wynikało z nich, że aktualny stan zdrowia powódki jest wynikiem nieprawidłowej diagnozy i błędnego leczenia podjętego w pozwanym szpitalu.

Zgodnie z postanowieniem Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98 (OSNC 2001/4/64) opinia biegłego podlega ocenie, przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stanowczości wyrażanych w niej wniosków (tak też wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 kwietnia 2005 r., II CK 572/04, LEX nr 151656). Zdaniem Sądu Apelacyjnego analizowane opinie pozytywnie spełniały powyższe kryteria. Zostały opracowane przez biegłych lekarzy dysponujących specjalistyczną wiedzą oraz olbrzymim doświadczeniem zawodowym. W zrozumiały sposób odnosiły się do wszystkich aspektów procesu leczenia powódki, a końcowe wnioski zostały wszechstronnie umotywowane. Żadna z opinii nie zawierała wewnętrznych sprzeczności, nasuwających wątpliwości, co do jej wartości dowodowej.

Tymczasem polemika skarżącej placówki medycznej z wnioskami płynącymi z opinii sądowej, zawarta w apelacji, polegała na zaprezentowaniu własnego przekonania, sprowadzającego się w zasadzie jedynie do tego, że w niniejszej sprawie nie ustalono, czy stwierdzony u powódki zespół Sudeck'a miał jakikolwiek związek z leczeniem i diagnostyką w pozwanej jednostce medycznej. W swoich wywodach skarżący zatem całkowicie pomija wnioski płynące z uzasadnienia zaskarżonego wyroku, w którym Sąd Okręgowy wyraźnie zaznaczył, iż dla ustalenia odpowiedzialności pozwanego SP ZOZ wobec powódki, główne znaczenie miało nierozpoznanie w początkowej fazie leczenia przecięcia ścięgien mięśni strzałkowych w efekcie czego wdrożono wobec niej całkowicie nieskuteczne leczenie, którego efekty odczuwa do dziś. Sąd ten podkreślił również, że błędy lekarskie jakich dopuszczono się w pozwanym szpitalu nie pozostają w bezpośrednim związku przyczynowym z późniejszym wystąpieniem zespołu Sudeck'a. Wynikało to także z treści opinii biegłych, którzy stwierdzili, że wstąpienie zespołu Sudeck'a należy traktować jako możliwe powikłanie leczenia operacyjnego - rekonstrukcji ścięgien.

Wobec bezzasadności tak skonstruowanego przez pozwanego zarzutu, podkreślić jedynie należy, że charakter niniejszej sprawy, w której rozstrzygające znaczenie ma kwestia prawidłowości postępowania lekarzy pozwanego tak na etapie diagnozowania, jak i dalszego leczenia powódki, bezsprzecznie wymagał zasięgnięcia wiadomości

specjalnych, w związku z czym dla właściwego wyjaśnienia istotnych okoliczności sprawy konieczny był przewidziany w art. 278 k.p.c. dowód z opinii specjalistów w dziedzinach będących przedmiotem opinii.

Trafnie zatem Sąd I instancji uwzględniając specyfikę oceny dowodu z opinii biegłych, ograniczył kontrolę merytoryczną opinii, w zasadzie do ich zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej, wyjaśniając szczegółowo przyczyny, dla których uznał opinie biegłych lekarzy za przekonujące. Prawdopodobnie dokonanej przez Sąd oceny skarżąca skutecznie nie podważyła. Nie mogła bowiem prowadzić do tego polemika z opiniami, polegająca na wyrażeniu odmiennej oceny odnośnie zgodności postępowania lekarzy zatrudnionych w pozwanym szpitalu z nauką i praktyką medyczną oraz regułami postępowania lekarskiego. Sam zaś fakt, że pozwany wyników tych opinii nie podziela i nie przyjmuje do wiadomości wyjaśnień biegłych, nie może mieć wpływu na ocenę opinii wydanych w sprawie.

Dlatego też, Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje za własne ustalenia faktyczne i wnioski Sądu I instancji zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Są one konsekwencją zgromadzonego w niniejszej sprawie materiału dowodowego. Sąd Okręgowy nie dopuścił się bowiem ani zarzucanego mu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. poprzez na dokonanie wadliwej oceny wniosków wynikających z całokształtu zebranych w sprawie dowodów, ani też nie dokonał niewłaściwej wykładni zastosowanych w sprawie przepisów prawa materialnego.

W tym stanie rzeczy nie mogły zostać uwzględnione zarzuty apelacji i podzielić należało ustalenia Sądu Okręgowego, że przeprowadzone w niniejszej sprawie postępowanie dowodowe pozwalało na przyjęcie istnienia związku przyczynowego pomiędzy zaistniałą szkodą na zdrowiu J. G., a niewłaściwym działaniem, czy wręcz zaniedbaniem ze strony pracowników pozwanej placówki medycznej. Skutkowało to zaś powstaniem po stronie pozwanego szpitala świadczenia na rzecz powódki stosownego zadośćuczynienia na podstawie art. 445 §1 k.c.

Przepis ten nie precyzuje przesłanek, które należy uwzględniać przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Wskazuje jedynie, że zadośćuczynienie to winno być „odpowiednie”. Kryteriów pomocnych dla takiej oceny dostarcza bogate w tym zakresie orzecznictwo. Sąd Okręgowy wziął pod rozwagę wszystkie istotne dla rozmiarów doznanej krzywdy okoliczności: przeszłe i aktualne negatywne doznania fizyczne i psychiczne, trwałość skutków urazu oraz wpływ tych czynników na obecną sytuację życiową powódki.

W orzecznictwie sądowym konsekwentnie przyjmuje się, że określenie wysokości zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w razie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia stanowi istotne uprawnienie sądu merytorycznie rozstrzygającego sprawę w pierwszej instancji, który przeprowadzając postępowanie dowodowe może dokonać wszechstronnej oceny okoliczności sprawy. Korygowanie przez sąd odwoławczy wysokości zasądzonego już zadośćuczynienia uzasadnione jest tylko wówczas, gdy przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy, mających wpływ na jego wysokość, jest ono nieodpowiednie jako rażąco – wygórowane lub rażąco niskie (por. orzeczenie SN z 9 lipca 1970 r., III PRN 39/70, OSNCP 1971, poz. 53). Sąd Okręgowy – jak wynika z przytoczonego powyżej wyводу, wziął pod rozwagę wszystkie okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia i właściwie ocenił ich wpływ na rozmiary należnego powódce zadośćuczynienia. Zgodzić się należy z jego konstatacją, że suma 50.000 zł, przy uwzględnieniu rozmiarów i stopnia nasilenia psychicznych i fizycznych cierpień skarżącej, jest w obecnych relacjach na tyle znacząca, że spełni należyte swą funkcję kompensacyjną.

Wbrew zarzutom pozwanego SP ZOZ nie doszło również do przedawnienia roszczenia powódki. Zauważyć należy, że obowiązujący do dnia 10 sierpnia 2007 r. przepis art. 442 § 1 k.c. stanowił, że roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem trzech lat od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże w każdym wypadku roszczenie przedawnia się z upływem lat dziesięciu od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę. Jeżeli szkoda wynika ze zbrodni lub występku, roszczenie o jej naprawienie ulegało przedawnieniu z upływem lat dziesięciu od dnia popełnienia przestępstwa bez względu na to, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie obowiązanej do jej naprawienia (§ 2). Przytoczony przepis dotyczył wszelkich roszczeń majątkowych o naprawienie szkody wyrządzonej

czynem niedozwolonym, a więc zarówno roszczeń o naprawienie szkody w mieniu, jak i roszczeń o naprawienie szkody na osobie.

W związku z tym zwrócić należy uwagę, że J. G. wypadkowi uległa w dniu 3 czerwca 2003 r. i tego samego dnia podjęła leczenie w pozwanym szpitalu, tym niemniej o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia dowiedziała się dopiero w październiku 2003 r. kiedy to w związku z pogarszaniem się stanu zdrowia udała się do (...)W., gdzie po przeprowadzonych badaniach przedmiotowym i ultrasonograficznym, dowiedziała się o uszkodzeniu ścięgien mięśni strzałkowego długiego i krótkiego stopy prawej. Bezspornie to również wówczas powzięła wiedzę, że za niewykrycie tych uszkodzeń i nie wdrożenie właściwego leczenia odpowiedzialny jest pozwany SP ZOZ. Wziąwszy zaś pod uwagę fakt, że powództwo w niniejszej sprawie zostało wytoczone w maju 2006 r., a zatem przed upływem 3-letniego terminu z art. 442 k.c., zatem podniesiony przez pozwanego zarzut przedawnienia również uznać należało za bezzasadny.

Zdaniem Sądu Apelacyjny jako pozbawione racji należało ocenić także zawarte w obu apelacjach zarzuty dotyczące prawidłowości daty, od której zasądzone zostały odsetki.

Wbrew tym zarzutom, Sąd Okręgowy prawidłowo przyjął w zaskarżonym wyroku datę wymagalności roszczenia powódki z tytułu zadośćuczynienia. Zgodnie z przyjętą w prawie cywilnym zasadą, dłużnik popada w opóźnienie, jeżeli nie spełnia świadczenia w terminie, w którym stało się ono wymagalne. Orzeczenie zasądające zadośćuczynienie za doznaną krzywdę (art. 445 § 1 k.c.) ma charakter rozstrzygnięcia deklaratoryjnego, zaś zobowiązanie do zapłaty zadośćuczynienia jest zobowiązaniem z natury rzeczy bezterminowym, dlatego też przekształcenie go w zobowiązanie terminowe następuje stosownie do treści art. 455 k.c. (niezwłocznie) - w wyniku wezwania wierzyciela (pokrzywdzonego) skierowanego wobec dłużnika (podmiotu zobowiązanego do naprawienia szkody) do spełnienia świadczenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z 22 lutego 2007 r., I CSK 433/06, Lex nr 274209). W niniejszej sprawie pozwany pozostaje w zwłoce z zapłatą kwot z tytułu upomnień dopiero od daty wezwania go o te należności, wezwaniem takim była korespondencja kierowana przez powódkę z okresie poprzedzającym wniesienie pozwu (k. 832 – 834). W takiej zaś sytuacji zasądzenie odsetek od daty wniesienia pozwu (31 maja 2006 r.), było uzasadnione.

Odnosząc się zaś do wyrażonego w apelacji poglądu, iż odsetki winny być zasądzone od daty wyrokowania, stwierdzić trzeba przede wszystkim, że wprawdzie w pewnym okresie czasu w orzecznictwie Sądu Najwyższego, pojawiła się linia wyrażająca koncepcję waloryzacyjnego charakteru odsetek ale zaistniała ona w sytuacji występującego w latach dziewięćdziesiątych zjawiska deprecjacji pieniądza. Wobec tego, że inflacja jest już od wielu lat niewielka, pogląd tam wyrażony utracił swą doniosłość prawną. Aktualnie więc odsetki za opóźnienie w spełnieniu świadczenia pieniężnego, po obniżeniu ich wysokości, pełnią już tylko swoje tradycyjne funkcje. W konsekwencji brak jest uzasadnionych podstaw do odstępowania od wyżej przedstawionych zasad dotyczących terminu, od którego należne są odsetki.

Podsumowując powyższe rozważania, stwierdzić zatem należało, że zarzuty obu apelacji były niezasadne. Pomimo to zaskarżone orzeczenie należało zmienić poprzez oddalenie powództwa w zakresie należności głównej i odsetek ustawowych za opóźnienie po dniu 14 kwietnia 2016 r. W tej to bowiem dacie, o czym już była mowa na wstępie, pozwany (...) S.A. wpłacił na rzecz powódki kwotę 50.000 zł, czym spełnił świadczenie, do którego był zobowiązany (in solidum z pozwanym SP ZOZ) na podstawie wyroku Sądu Okręgowego w Ostrołęce z dnia 22 lutego 2016 r. Wobec tego, że spełnieniu świadczenia, nie towarzyszyło cofnięcie pozwu przez J. G., Sąd Apelacyjny pozbawiony został możliwości umorzenia postępowania. W dalszym ciągu był zatem zobowiązany do rozpoznania sprawy i orzeczenia o przedstawionym sporze. Zaspokojenie roszczenia przez jednego z pozwanych nie czyniło zatem zbędnym wyrokowania, rodziło natomiast skutki materialnoprawne, których następstwem winno być oddalenie powództwa z powodu jego bezzasadności (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 czerwca 1999 r., III CKN 936/98 i uchwała z dnia 26 lutego 2014 r., III CZP 119/13, OSNCP 2015/1/1 i uchwałę SN z 26.02.2014r., III CZP 119/13). Oddalając powództwo Sąd Apelacyjny miał na względzie, że stan taki chroni pozwanych przed ewentualną potrzebą prowadzenia powództwa przeciwegzekucyjnego. W obecnym stanie prawnym podstawą powództwa, opartego na zarzucie spełnienia świadczenia, nie może być bowiem twierdzenie dłużnika o spełnieniu świadczenia, jeżeli nie podnosił on tego w postępowaniu rozpoznawczym. W uchwale z dnia 21 lipca 2010 r., III CZP 47/10, (OSNC 2010, nr 12, poz. 165) Sąd Najwyższy przyjął, że podstawą powództwa opozycyjnego przewidzianego w art. 840 § 1 pkt 2

k.p.c. może być zarzut spełnienia świadczenia, jeżeli został zgłoszony w czasie postępowania rozpoznawczego przez pozwanego (dłużnika), lecz nie został rozpoznany. W przedmiotowej sprawie stosowny zarzut nie został zgłoszony przez pozwanego ubezpieczyciela, mimo ewidentnego spełnienia przez niego świadczenia.

Z tych też względów, Sąd Apelacyjny pomimo niezasadności apelacji skarżących, na mocy art. 385 k.p.c., zmienił zaskarżony wyrok i oddalił powództwo w zakresie należności głównej i odsetek po dacie spełnienia świadczenia.

O kosztach postępowania apelacyjnego należało orzec przy zastosowaniu art. 98 k.p.c., stosownie do wyniku sporu. Strona pozwana przegrała spór, bowiem w takich kategoriach należy postrzegać spełnienie świadczenia w zakresie należności głównej w toku procesu. Natomiast w zakresie należności ubocznej obie apelacje były całkowicie niezasadne.

(...)