

Sygn. akt I ACa 33/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 kwietnia 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Bogusław Suter
Sędziowie	:	SA Dariusz Małkiński (spr.) SO del. Jacek Malinowski
Protokolant	:	Agnieszka Charkiewicz

po rozpoznaniu w dniu 27 kwietnia 2018 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa **E. K.**

przeciwko (...) **w B.**

o zadośćuczynienie

na skutek apelacji powódki oraz pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Białymstoku z dnia 22 listopada 2017 r.

sygn. akt I C 321/15

1. ***zmienia zaskarżony wyrok w pkt I o tyle, że ustawowe odsetki z tytułu opóźnienia od kwoty 70.000 złotych zasądza od dnia 1 kwietnia 2014 r.;***
2. ***oddala apelację pozwanego;***
3. ***zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 5.133 (pięć tysięcy sto trzydzieści trzy) złote tytułem zwrotu kosztów procesu w instancji odwoławczej.***

(...)

UZASADNIENIE

Powódka: E. K. wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) w B. kwoty 100.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 1 kwietnia 2014 roku - tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Wskazała, że na skutek niewłaściwej i opieszalej diagnostyki pozwanego doszło do opóźnienia w rozpoznaniu jej choroby (perforacji/pęknięcia przełyku) i podjęcia właściwego leczenia, co spowodowało po jej stronie szereg dolegliwości oraz realne zagrożenie życia.

Pozwany domagał się oddalenia powództwa. Wskazał, że nagły początek zachorowania powódki i okoliczności pogorszenia jej stanu zdrowia (kulig, wyziębienie), przemawiały za infekcyjnym charakterem zachorowania. Dodał, że jatrogenne uszkodzenie ciągłości górnego odcinka przewodu pokarmowego, które ostatecznie zdiagnozowano u chorej, jest schorzeniem występującym sporadycznie.

Zawiadomiony, w trybie art. 84 § 1 k.p.c., o toczącym się postępowaniu ubezpieczyciel pozwanego - (...) S.A. w W.-nie wstąpił do sprawy.

Wyrokiem z dnia 22 listopada 2017 roku, wydanym w sprawie o sygn. akt: I C 321/15, Sąd Okręgowy w Białymstoku zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 70.000 zł z ustawowymi odsetkami z tytułu opóźnienia od dnia 22 listopada 2017 roku; oddalił powództwo w pozostałym zakresie; zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 7.466,80 zł tytułem zwrotu kosztów procesu; nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa tytułem brakujących wydatków, od powódki z zasądzanego roszczenia kwotę 4.752,54 zł, zaś od pozwanego kwotę 11.089,26 zł.

Orzeczenie to zostało wydane w oparciu o następujące ustalenia faktyczne.

W dniu 16 lutego 2012 roku w Poradni Gastrologicznej M.S.W. i A. u E. K. wykonano zabieg gastrokopii z powodu przewlekłych dolegliwości ze strony układu pokarmowego. Badanie połączone z biopsjami błony śluzowej żołądka przeprowadził lek. med. J. C..

Dwa dni później powódka uczestniczyła w kuligu, w trakcie którego poczuła się źle. W restauracji w M., po spożyciu ciepłego posiłku i niewielkiej ilości alkoholu, wystąpiły u niej bóle brzucha oraz umiejscowione w klatce piersiowej i okolicy mostka a ponadto gwałtowne wymioty treścią pokarmową.

W związku z tym w/w została przewieziona na ostry dyżur a następnie przekazana na (...) gdzie lekarzem przyjmującym był M. C. (rezydent). Występujące dolegliwości konsultujący lekarze łączyli z błędami dietetycznymi i spożytym alkoholem, choć z przeprowadzonego wywiadu wynikało, że pacjentka od wielu lat cierpi na (...), a dwa dni wcześniej miała wykonaną gastrokopię. Postawiono wstępne rozpoznanie „obserwacja w kierunku ostrego zapalenia trzustki” oraz zastosowano leczenie objawowe (ketonal, pyralgina, ksylokaina). Wyniki badania USG jamy brzusznej i zdjęcie przeglądowe RTG jamy brzusznej były prawidłowe.

Po raz pierwszy powódka była badana przez ordynatora Oddziału, prof. W. Ł., w czwartym dniu pobytu w Szpitalu. Wówczas zlecono zastosowanie antybiotyku Z. i odstąpiono od badania pasażu jelitowego, które zasugerował wcześniej lekarz rezydent. W dniu 23 lutego 2012 roku, po drugiej wizycie ordynatora, z powodu narastania duszności, zlecono badanie USG klatki piersiowej, które wykazało płyn w obu jamach opłucnowych, ewakuowany w dniach 23 i 24 lutego 2012 roku. Płyn miał cechy wysięku z obecnością dużej ilości erytrocytów (o wyglądzie „popłuczyn mięsnych”), co było powodem konsultacji pulmonologicznej z dr hab. R. M.. Konsultacja ta nie przyniosła jednak przełomu diagnostycznego.

W dniu 29 lutego 2012 roku wykonano u powódki tomografię komputerową, która wykluczyła podejrzaną zatorowość płucną, ale wykazała perforację przełyku w dolnej jego części oraz odmę opłucnową po stronie lewej.

W związku z perforacją przełyku chora została przekazana do (...)pozwanego, gdzie przebywała do 6 marca 2012 roku. Przekazanie odbyło się bez sporządzenia karty informacyjnej, jak również epikryzy z okresu pobytu na Oddziale Gastrologii. Kolejne badanie T.K. wykazało perforację przełyku, naciek zapalny dolnego śródpiersia, niedodmę płuca lewego i przemieszczenie żołądka do klatki piersiowej.

Po konsultacji torakochirurga dr A. C. powódkę skierowano na (...)w B., gdzie w dniu 7 marca 2012 roku wykonano u niej zabieg operacyjny zaszcicia przełyku równocześnie z drenażem jam opłucnowych i śródpiersia. Przez 16 dni powódka leżała pod respiratorem, po czym przeniesiono ją do (...)z czynnym drenażem opłucnowym i śródpiersia.

W dniu 20 marca 2012 roku powódka została wypisana w celu dalszego leczenia i rehabilitacji. Po opuszczeniu szpitala (...) przez okres ok. 2 miesięcy poruszała się na wózku, była osłabiona i odczuwała duszności. Przez 3 miesiące wymagała opieki całodobowej, którą sprawowały wynajęte pielęgniarka i opiekunka. Pomoc świadczyły jej także: koleżanka, I. F. oraz siostra, A. T.. Z czasem powódka rozpoczęła naukę chodzenia przy pomocy rehabilitantki. Pomimo upływu kilku lat od tych zdarzeń, powódka wciąż leczy się psychiatrycznie i przyjmuje leki psychotropowe.

Pismem z dnia 24 lutego 2014 roku powódka zgłosiła pozwanemu roszczenie o zapłatę zadośćuczynienia w kwocie 250.000 zł. Kopię tego zgłoszenia pozwany przesłał ubezpieczycielowi - (...) S.A. w W., który odmówił spełnienia świadczenia, uznając za bezpodstawny zarzut zbyt późnego wykonania badania TK klatki piersiowej.

W tak ustalonym stanie faktycznym, Sąd Okręgowy uznał, że pozwany szpital ponosi odpowiedzialność na zasadzie winy (art. 415 k.c. i art. 30 k.c.) za krzywdę doznaną przez powódkę na skutek zbyt późnego zdiagnozowania u niej perforacji przełyku.

Zauważył, że samo schorzenie powódki nie było wynikiem działań pozwanego, tym niemniej nieprawidłowości w postępowaniu jego pracowników, polegające na niewdrożeniu optymalnego postępowania diagnostycznego, mającego na celu jak najszybsze rozpoznanie choroby (niewykonanie odpowiednich badań, mimo posiadanego sprzętu i możliwości), bezsprzecznie skutkować winny odpowiedzialnością pozwanego. Błędy powyższe, na co wskazywali opiniujący w sprawie biegli sądowi, polegały na tym, że od powódki nie zebrano w sposób fachowy wywiadu, zignorowano informację o wykonanej dwa dni wcześniej gastrokopii, a nadto nie przeprowadzono takich badań, jak pasaż przewodu pokarmowego i tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej, które pozwoliłyby wykryć przyczynę złego stanu zdrowia powódki. TK klatki piersiowej wykonano dopiero po jedenastu dniach pobytu E. T. K. w szpitalu, zaś ordynator Oddziału obejrzał chorą dopiero w czwartym dniu hospitalizacji.

Sąd powołał się przede wszystkim na wnioski płynące z opinii sporządzonych przez biegłego z zakresu chorób wewnętrznych, chorób płuc, alergologii i medycyny sportowej prof. dr hab. med. W. D.. Zauważył na tej podstawie, że personel lekarski pozwanego szpitala dopuścił się nie tylko błędu diagnostycznego, ale także wtórnego błędu leczniczego oraz błędu organizacyjnego, wskutek czego powódka doznała poważnych dolegliwości połączonych z realnym zagrożeniem jej życia. Biegły wymieniony wskazał, że gdyby przy przyjęciu na Oddział Gastrologiczny wdrożono prawidłową diagnostykę, rozpoznanie perforacji przełyku u E. K. można byłoby postawić już w pierwszych dniach hospitalizacji. Pozwoliłoby to niewątpliwie na wcześniejsze wdrożenie odpowiedniej terapii (torakotomii), dzięki czemu pacjentka uniknęłaby rozległego procesu zapalnego w płucach, opłucnej i śródpiersiu, przejściowej niewydolności układu oddechowego, wymagającej wielodniowego leczenia pod respiratorem, a także odczuwałaby mniejszy ból po przebytej torakotomii, która miałaby mniejszy zasięg.

Sąd nie podzielił też argumentacji pozwanego, że brak badań był spowodowany nieswoistymi objawami analizowanego przypadku, zaś perforacja przełyku jest powikłaniem rzadkim i trudnym do zdiagnozowania. Zwrócił uwagę, że wszyscy biegli opiniujący w sprawie pozostawali zgodni co do tego, że kardynalnym przeoczeniem pozwanego było nieuwzględnienie wykonanego u powódki dwa dni wcześniej zabiegu gastrokopii. Okoliczność ta powinna była doprowadzić diagnostę do uwzględnienia możliwości perforacji przełyku. Pomimo bowiem rzadkiego występowania perforacji przełyku, w każdym podręczniku chirurgii i interny jest ona omawiana a jej objawy mieszczą się w kategorii wiadomości podstawowych (studenckich). Sąd zwrócił też uwagę na to, że wykonanie badania pasażu przewodu pokarmowego sugerował wstępnie lekarz – rezydent, przyjmujący powódkę na Oddział, ale ordynator z nieznanych przyczyn odstąpił od wykonania tego badania, pomimo że zachodziły ku temu wskazania. W efekcie lekarze prowadzący pacjentkę skupili się na możliwych przyczynach gastrycznych, potem zaś na podejrzanym zapaleniu płuc, oddalając się tym samym od możliwości postawienia prawidłowego rozpoznania.

Sąd Okręgowy podkreślił też, powołując się na opinie biegłych, że także brak poprawy po leczeniu objawowym, powinien był w naturalny sposób skłonić każdego lekarza do pogłębionej diagnostyki przewodu pokarmowego. Tymczasem nie zaplanowano właściwego postępowania diagnostycznego, które powinno wykluczyć ostre procesy

chorobowe w obrębie układu pokarmowego i oddechowego, w tym będące następstwem (powikłaniem) wcześniej wykonanego badania endoskopowego.

W ocenie Sądu wskazane wyżej okoliczności, jednoznacznie potwierdziły, że w analizowanym przypadku doszło do zaniedbania ze strony personelu pozwanego szpitala, skutkującego ujemnymi następstwami w stanie zdrowia powódki.

Ustalając sumę zadośćuczynienia, która rekompensowałaby krzywdę powódki (art. 445 § 1 k.c.), Sąd I instancji uwzględniła zarówno rozmiar poniesionych przez nią krzywd fizycznych i psychicznych, charakter doznanych obrażeń, trwałość następstw, okres rekonwalescencji, rokowania na przyszłość, a także stopień winy osoby odpowiedzialnej za szkodę.

Zwrócił uwagę, że z dowodów w postaci zeznań świadków i twierdzeń powódki wynikało, iż przed zachorowaniem była ona osobą aktywną życiowo i w pełni samodzielną. Natomiast po pobycie w pozwanym szpitalu, jej życie uległo diametralnej zmianie. Od tego czasu wymagała bowiem stałej opieki i pomocy w nawet podstawowych czynnościach dnia codziennego, którą świadczyły jej koleżanki, rodzeństwo i wynajęte opiekunki. Z osoby wesołej, zaradnej, stała się nie tylko zależna od innych osób, ale także zmieniło się jej nastawienie do życia. Od tego czasu towarzyszy jej obawa o zdrowie, a wręcz własne życie. Co więcej, opisane odczucia potęgowała świadomość, że do tak drastycznych zmian w jej życiu doszło na skutek pobytu w Szpitalu, gdzie zamiast oczekiwanej natychmiastowej pomocy, spowodowano wręcz zagrożenie jej życia. Dlatego też obecnie, z uwagi na złe samopoczucie, powódka stale leczy się psychiatryczne i przyjmuje leki przeciwbólowe. Zdaniem Sądu odpowiednio wczesne postawienie właściwej diagnozy, nie tylko pozwoliłoby uniknąć powstałych komplikacji, ale spowodowałoby, że skala zabiegu operacyjnego byłaby mniejsza (nie obejmowałaby zmian zapalnych w śródpiersiu, ale przede wszystkim dałaby powódce nadzieję i siłę do walki z chorobą). Tymczasem w wyniku zaniedbań pracowników pozwanego znalazła się ona w stanie krytycznym, realnie zagrażającym jej życiu.

Biorąc pod uwagę powyższe, Sąd Okręgowy uznał, że kwotą zadośćuczynienia adekwatną do rozmiaru doznanych przez E. K. cierpień jest 70.000 zł. Wskazał też, że bieg odsetek ustawowych od zasądzonego świadczenia należało ustalić od daty wyrokowania, albowiem zasada odpowiedzialności Szpitala została przesądzona dopiero w niniejszym postępowaniu. Rzadki przypadek choroby powódki oraz niejasny przebieg tego schorzenia powodowały, że do ustalenia odpowiedzialności pozwanego potrzebne było uzyskania szeregu opinii biegłych specjalistów.

O kosztach procesu Sąd rozstrzygnął zgodnie z art. 100 zd. 1 k.p.c., rozdzielając je między stronami stosownie do wyniku procesu (70% - 30%).

Wyrok ten zaskarżyły obie strony.

Powódka kwestionowała go w części dotyczącej daty początkowej zasądzonych odsetek, zarzucając naruszenie art. 455 k.c. w zw. z art. 481 § 1 k.c. przez niewłaściwe przyjęcie, że pozwany pozostawał w opóźnieniu z zapłatą świadczenia dopiero od dnia wyrokowania, w sytuacji gdy wezwanie do zapłaty świadczenia otrzymał już w dniu 26 lutego 2014 roku, ale nie udzielił na nie odpowiedzi, pomimo że popełniony błąd medyczny nie budził wątpliwości. Wnosiła o zmianę wyroku w zaskarżonej części poprzez ustalenie daty początkowej odsetek od zasądzonej kwoty zadośćuczynienia na dzień 1 kwietnia 2014 roku, zaś odsetek ustawowych za opóźnienie na 1 stycznia 2016 roku.

Z kolei pozwany zaskarżył wyrok w części uwzględniającej powództwo i zarzucił Sądowi I instancji:

1. poczynienie ustaleń sprzecznych z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego i błędne przyjęcie, że:
 - a) personel Szpitala dopuścił się błędu diagnostycznego polegającego na nieprzeprowadzeniu koniecznych badań w odpowiednim momencie pomimo posiadanych informacji o badaniu gastrologicznym powódki, w sytuacji gdy:
 - z opinii biegłych z zakresu intensywnej terapii oraz gastroenterologii i chorób wewnętrznych wynikało, że objawy perforacji przełyku odbiegały w tym wypadku od typowych, opisywanych w literaturze medycznej, a nadto powódka

obciążona była dodatkowymi chorobami (POChP) i przewlekłymi dolegliwościami gastrycznymi, co zaciemniało obraz kliniczny i wpływało na opóźnienie w postawieniu rozpoznania,

- z opinii biegłych z zakresu intensywnej terapii oraz gastroenterologii i chorób wewnętrznych wynikało, że nie można określić w jakim stopniu zachowanie Szpitala przyczyniło się do rozwoju zmian zapalnych, gdyż sama perforacja doprowadziła do zakażenia struktur anatomicznych w obrębie śródpiersia i klatki piersiowej (co nastąpiło na dwa dni przed hospitalizacją),

- zastosowane początkowo leczenie przyniosło poprawę, co w związku z przeprowadzoną konsultacją pulmonologiczną ukierunkowało zespół na leczenie objawowe,

- postępowanie diagnostyczno - terapeutyczne polegające na leczeniu zapalenia nie było sprzeczne z wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej,

b) w pozwanym szpitalu doszło do zawinionego błędu medycznego w sytuacji, gdy dolegliwości bólowe oraz stan zapalny były skutkiem jatrogennego przerwania przełyku, które zapoczątkowało sekwencję zdarzeń będącą zbiegiem okoliczności, albowiem postępowanie personelu medycznego mieściło się w granicach wyznaczonych wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej,

c) doszło do wtórnego błędu leczniczego oraz błędu organizacyjnego, pomimo niewskazania na czym błędy te miały polegać oraz w jaki sposób przyczyniły się do krzywdy doznanej przez powódkę,

d) błędem było niewykonanie badania radiologicznego klatki piersiowej „z kontrastem”, w sytuacji, gdy obraz kliniczny był zaciemniony,

e) odczuwane przez powódkę cierpienia pozostawały w związku przyczynowym z zawinionym zachowaniem personelu medycznego, choć z opinii biegłych z zakresu intensywnej terapii oraz gastroenterologii i chorób wewnętrznych, wynikało że nie można określić w jakim stopniu zachowanie pozwanego przyczyniło się do rozwoju zmian zapalnych, gdyż sama perforacja doprowadziła do zakażenia struktur anatomicznych w obrębie śródpiersia i klatki piersiowej,

f) błąd medyczny polegał na zbyt późnym rozpoznaniu schorzenia, w sytuacji gdy:

- podejrzenie perforacji miało miejsce już w dniu 29 lutego 2012 roku, ale wymagało ustabilizowania stanu pacjentki celem przeprowadzenia operacji torakochirurgicznej,

- przez cały okres leczenia sprawowano nadzór medyczny, laboratoryjny, obrazowy,

- leczenie objawowe (stosowanie leków) było uzgodnione i uzasadnione;

2) naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. polegające na:

a) nieuwzględnieniu zeznań W. Ł., pomimo że świadek ten wskazywał na fakty, które uzasadniały zarówno wdrożone leczenie, jak i plan diagnostyczny,

b) uznanie za w pełni miarodajną opinii biegłego z zakresu torakochirurgii prof. nad. dr hab. M. G., pomimo wskazywanego przez innych biegłych zaciemnienia obrazu klinicznego z uwagi na nieswoiste objawy powódki, które wpływały na utrudnienie szybkiego postawienia rozpoznania,

c) uznanie za miarodajną opinii biegłego z zakresu alergologii i chorób wewnętrznych prof. dr hab. W. D., choć z opinii innych biegłych wynikało, że doszło do zaciemnienia obrazu klinicznego z uwagi na nieswoiste objawy powódki, co wpływało na utrudnienie szybkiego postawienia rozpoznania, a nadto biegły ten w opinii uzupełniającej nie ustosunkował się do stawianych mu pytań na ten temat,

d) podzielenie wniosków opinii biegłego z zakresu rehabilitacji, choć ta opierała się wyłącznie na kwestionowanej przez pozwanego opinii biegłego torakochirurga,

e) podzielenie wniosków opinii biegłego z zakresu psychiatrii w przedmiocie opisu cierpień, których doznała powódka na skutek działania pozwanego, w sytuacji gdy:

- opinia ta zawierała wnioski niekonkretne, a biegły nie wyjaśnił jakie dolegliwości były skutkiem leczenia w Szpitalu, a jakie wynikały z chorób współtowarzyszących,

- z opinii uzupełniającej wynikało, że dolegliwości bólowe E. K. były związane z rozstrojem zdrowia po leczeniu operacyjnym, do którego przebiegu powódka nie wносиła zarzutów;

f) dowolnym stwierdzeniem braku należytej staranności po stronie osób, za które odpowiedzialność ponosi pozwany, przejawiającą się w opóźnieniu diagnozy w sytuacji, gdy: zgodnie z opinią biegłych z zakresu intensywnej terapii oraz gastroenterologii i chorób wewnętrznych z dnia 6.06.2016 roku objawy perforacji przełyku odbiegały w tym wypadku od typowych, opisywanych w literaturze medycznej, ponadto powódka obciążona była także dodatkowymi chorobami jak POChP, przewlekłymi dolegliwościami gastrycznymi, co zaciemniało obraz kliniczny i zdaniem pozwanego wpływało na opóźnienie w postawieniu rozpoznania;

3) naruszenie art. 227 k.p.c. w zw. z art. 286 k.p.c. przez oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodów z opinii nowych biegłych lekarzy, pomimo że dotychczasowe opinie zostały zakwestionowane z uwagi na istniejące w nich sprzeczności;

4) niezastosowanie art. 102 k.p.c. i obciążeniem Szpitala kosztami procesu w pełnej wysokości;

5) naruszenie art. 233 § 1 w zw. z art. 328 § 2 k.p.c. przez sporządzenie wewnętrznie sprzecznego uzasadnienia wyroku;

6) naruszenie art. 415 k.c. przez przyjęcie, że zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności deliktowej pozwanego w postaci: zawinonego działania lub zaniechania powodującego szkodę i adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy tym działaniem a szkodą;

7) naruszenie art. 445 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. k.c. przez zasądzeniu na rzecz powódki rażąco wygórowanego zadośćuczynienia.

Apelujący wnosił w związku z powyższym o zmianę zaskarżonego wyroku przez oddalenie powództwa w całości.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powódki jest zasadna, w przeciwieństwie do apelacji pozwanego, która nie zasługiwała na uwzględnienie.

Na wstępie zaznaczyć należy, że chociaż wyrok zaskarżyły obie strony procesu, tym niemniej w pierwszej kolejności odnieść się należy do zarzutów podniesionych w apelacji pozwanego, jako najdalej idącej, albowiem kwestionującej co do zasady dochodzone pozwem roszczenie.

Odnosząc się do zawartych w niej zarzutów, wskazać przede wszystkim należy, że z twierdzeń podnoszonych przez powódkę w pozwie oraz konsekwentnie popieranych w trakcie całego procesu wynikało, iż w wyniku błędnie prowadzonego leczenia (niewłaściwej i opieszalej diagnostyki) w(...)w B. doszło do opóźnienia w rozpoznaniu choroby powódki (perforacji/pęknięcia przełyku), a w efekcie także właściwego procesu leczenia, co spowodowało szereg dolegliwości oraz realne zagrożenie jej życia. Ustosunkowanie się do takich twierdzeń i zarzutów, wymagało przede wszystkim od Sądu pierwszej instancji wskazania i ustalenia zasadniczych przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego.

Sąd ten słusznie podniósł, 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. Zaznaczyć nadto należy, że poszkodowany pacjent 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 zachodziła konieczność nie tylko ustalenia, czy do powstania szkody na zdrowiu powódki doszło w(...), ale także związku przyczynowego pomiędzy szkodą a działaniem zobowiązanego do odszkodowania (art. 361 § 1 k.c.). Taki związek mógłby zaistnieć, gdyby się okazało, iż proces leczenia powódki był przeprowadzony przez pracowników Szpitala z naruszeniem zasad sztuki lekarskiej. Wyrządzająca szkodę czynność powinna bowiem nosić znamiona winy.

W literaturze przedmiotu pod pojęciem „błąd w sztuce medycznej”, zwanego także „błędem lekarskim”, rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, wypracowanych na podstawie nauki i praktyki (zob. M. 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 więc 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, bądź wreszcie - przy prawidłowej diagnozie i prawidłowo podjętej decyzji o leczeniu - popełniono błąd w zakresie jego wykonania.

W tym miejscu zaznaczyć należy, że o ile dla ustalenia faktów istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy i późniejszej ich oceny znaczenie miały zeznania personelu medycznego oraz dokumentacja medyczna, to jednak do oceny wynikających z nich faktów, konieczna była wiedza specjalistyczna. Wobec tego niezbędnym było posiłkowanie się przez Sąd opiniami sporządzonymi przez biegłych lekarzy specjalistów. Przemawiał za tym przedmiot sprawy (kwestia odpowiedzialność za błąd w leczeniu) oraz konieczność wyjaśnienia wszystkich jej okoliczności faktycznych zgodnie z zasadami procesu cywilnego, dotyczącymi przeprowadzania dowodów. Zgodnie bowiem z art. 278 § 1 k.p.c. dowód z opinii biegłego tym różni się od innych dowodów, że jego celem nie jest ustalenie faktów mających znaczenie w sprawie, lecz udzielenie sądowi wyjaśnień w kwestiach wymagających wiadomości specjalnych.

Takie też dowody zostały w sprawie niniejszej przeprowadzone.

W celu oceny prawidłowości (...) w (...)w B. Sąd Okręgowy dopuścił dowody z opinii biegłych lekarzy specjalistów.

I tak biegły z zakresu chorób wewnętrznych, chorób płuc, alergologii i medycyny sportowej prof. dr hab. (...). W. D. wskazał, że choć perforacja przełyku występuje rzadko, tym niemniej w każdym podręczniku chirurgii i interny jest ona omawiana, a jej objawy mieszczą się w kategorii wiadomości podstawowych (studenckich). Wyjaśnił przy tym, że objawami perforacji przełyku są zgłaszane przeciw przez powódkę gwałtowne wymioty z bólami w nadbrzuszu i ból w klatce piersiowej. Zdaniem tego biegłego personel leczniczy pozwanego szpitala dopuścił się przede wszystkim błędu diagnostycznego, gdyż po przyjęciu pacjentki na oddział niedokładnie zebrał wywiad, nie uwzględnił przeprowadzonego dwa dni wcześniej zabiegu gastrokopii, w efekcie czego nie przeprowadził kontrastowego badania przełyku oraz tomografii komputerowej klatki piersiowej. Biegły stwierdził również, że w sprawie miał miejsce także błąd terapeutyczny, gdyż zbyt późno wprowadzono właściwą antybiotykoterapię oraz podjęto decyzję o leczeniu operacyjnym. Zwrócił uwagę także na błąd organizacyjny popełniony przez ordynatora Oddziału, który obejrzał chorą dopiero w czwartym dniu jej pobytu w Szpitalu, a przede wszystkim odrzucił propozycję wykonania pasażu przewodu pokarmowego i tomografii komputerowej. W efekcie tych błędów leczono jedynie wtórne objawy właściwej choroby. Zdaniem biegłego prof. dr hab. med. W. D. rozstrój zdrowia, jakiego doznała powódka w związku z błędami w sztuce medycznej personelu pozwanego szpitala, obejmował zapalenie płuc, opłucnej i śródpiersia, które były skutkiem błędnego rozpoznania. Wyjaśnił on, że po rozległym procesie zapalnym w płucach, opłucnej i śródpiersiu nastąpiła przejściowa niewydolność układu oddechowego, wymagająca wielodniowego leczenia respiratorem.

Biegły ten ustosunkowując się do zarzutów pozwanego wyjaśnił także, że choroba (POChP), na którą cierpiała powódka nie mogła wywołać objawów z jakimi zgłosiła się ona do pozwanego. Podobne objawy mogła wprawdzie spowodować przepuklina rozworu przełykowego przepony, ale w przypadku pogarszania się stanu zdrowia pacjentki, należało przeprowadzić tomografię komputerową lub pasaż przełyku, celem zdiagnozowania rzeczywistej przyczyny zachorowania.

Także biegli: z zakresu anestezjologii prof. dr hab. med. W. K. i z zakresu gastroenterologii prof. dr hab. K. L., wyraźnie zastrzegli, że skoro personelowi Szpitala już po przyjęciu powódki wiadomym było, iż dwa dni wcześniej miała ona wykonane badanie gastroscopowe, to zgłaszane przez nią silne bóle brzucha i nasilone wymioty, powinny być sygnałem, że mogło dojść do jatrogennego uszkodzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego. Wobec tego zasugerowana przez lekarza prowadzącego poszerzona diagnostyka przewodu pokarmowego (badanie z kontrastem) była w pełni uzasadniona. Podkreślili, że przeprowadzenie takich badań jak: tomografia komputerowa szyi i klatki piersiowej oraz badanie z podaniem kontrastu (roztworu wodnego), pozwoliłoby postawić właściwą diagnozę (wykryć perforację przełyku).

W opinii uzupełniającej biegli stwierdzili, że nie dostrzegli w postępowaniu personelu pozwanego wyraźnej linii diagnostycznej; personel ten z niewiadomych powodów odstąpił od badania przewodu pokarmowego powódki. Biegli stwierdzili, że wobec nasilenia w obrazie klinicznym objawów zapalnych ze strony układu oddechowego diagnostyka skoncentrowała się na ocenie tych zmian, czemu służyły: RTG klatki piersiowej, punkcja jam opłucnowych, konsultacja pulmonologiczna. Konsultacja ta pominęła najprawdopodobniej informacje z badania klinicznego w trakcie przyjmowania chorej do Szpitala i wobec przewlekłego stanu chorobowego (POChP) uznano stan zapalny układu oddechowego powódki za chorobę zasadniczą. Tymczasem informacją istotną w badaniu podmiotowym dla postępowania diagnostycznego było podanie przez pacjentkę, że przed dwoma dniami wykonano jej badanie gastroscopowe – co powinno uzupełnić listę badań diagnostycznych o badanie w kierunku jatrogennego uszkodzenia przełyku z możliwą jego perforacją i powinno być wykonane możliwie szybko. Ich zdaniem zaniechanie przeprowadzenia tych badań przyczyniło się do opóźnienia postawienia prawidłowego rozpoznania, w efekcie czego powódka znalazła się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.

Jednoznaczna w swej wymowie była także opinia sporządzona przez biegłego w zakresie chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej i torakochirurgii em. prof. nadzw. dr hab. n. med. M. G., który przede wszystkim podkreślił, że gdyby bezpośrednio po przyjęciu powódki przeprowadzono u niej właściwą diagnostykę i wykonano tomografię komputerową klatki piersiowej albo nawet zwykłe prześwietlenie przełyku z użyciem kontrastu wodnego, przyczyniłoby się to do szybkiego i prawidłowego rozpoznania istoty jej zmian chorobowych oraz wdrożenia stosownego leczenia operacyjnego. Również dla tego biegłego niezrozumiałe było całkowite zignorowanie koincydencji badania gastroscopowego powódki w dniu 16 lutego 2012 roku i wystąpienia objawów perforacji przełyku oraz rezygnacja z wymienionych wyżej czynności diagnostycznych. Jego zdaniem tym samym dopuszczono do niekontrolowanego rozwoju infekcji w śródpiersiu, w obu jamach opłucnej i w tkance płucnej, prowadzących do realnego zagrożenia życia pacjentki. Reasumując stwierdził, że gdyby w pozwanym szpitalu odpowiednio wcześniej rozpoznano perforację przełyku powódki, można by zminimalizować zarówno czas hospitalizacji jak i nasilenie dolegliwości i zagrożenie życia u powódki poprzez ograniczenie natężenia i wielości powikłań.

W opinii uzupełniającej biegły podał, że występujące u powódki samoistne choroby: przepuklina rozworu przełykowego przepony oraz POChP, nie powinny mieć istotnego wpływu na proces diagnozy i leczenia po przyjęciu do Szpitala. Wyjaśnił, że wykonana u pacjentki gastroscopia oraz zgłaszane objawy, powinny być dla lekarzy wystarczającym sygnałem wystąpienia jatrogennej perforacji przełyku powódki.

Wbrew zarzutom apelacji, należy stwierdzić, że w/w biegli sądowi w sposób wyczerpujący i fachowy wyjaśnili wszystkie okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia sprawy, ustosunkowując się także rzetelnie do wszystkich zarzutów i wątpliwości podnoszonych zwłaszcza przez stronę pozwaną. Nadto wnioski wypływające z tych opinii są zbieżne i wzajemnie się uzupełniają. Przy ich ocenie należało mieć też na uwadze specyfikę omawianych dowodów, wyrażających się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie posiada wiadomości

specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami doświadczenia życiowego, wiedzy powszechnej oraz logicznego myślenia stanowisko (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 kwietnia 2005 r., II CK 572/04). Analizowane opinie zostały opracowane przez biegłych lekarzy dysponujących specjalistyczną wiedzą oraz olbrzymim doświadczeniem zawodowym. W zrozumiały sposób odnosiły się do wszystkich aspektów leczenia powódki w pozwanym szpitalu, a końcowe wnioski zostały wszechstronnie umotywowane. Żadna z opinii nie zawierała też wewnętrznych sprzeczności, nasuwających wątpliwości co do jej wartości dowodowej. Wydane opinie dawały zatem podstawy do końcowych wniosków zawartych w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku odnośnie dopuszczenia się przez personel medyczny pozwanego błędu w leczeniu powódki.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego nie sposób jednoznacznie w swej wymowie wnioskom płynącym z opinii sporządzonych przez lekarzy specjalistów, posiadających odpowiednie przygotowanie teoretyczne i doświadczenie praktyczne oraz niezawierających żadnych luk, ani błędów logicznych, przeciwstawić jedynie własne wywody skarżącego. Do podważenia wniosków tych opinii nie mogła bowiem prowadzić prosta polemika, polegająca na wyrażeniu odmiennej oceny zgodności postępowania lekarzy zatrudnionych w pozwanym szpitalu z nauką i praktyką medyczną oraz regulami postępowania lekarskiego.

Dlatego także Sąd pierwszej instancji nie miał obowiązku przeprowadzenia dowodu z opinii kolejnych biegłych. W dowodach z opinii biegłego nie stosuje się bowiem wszystkich zasad prowadzenia dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. W odmiennym bowiem przypadku Sąd zobligowany byłby do przeprowadzenia dowodów z ekspertyz wszelkich możliwych biegłych, by się upewnić, czy niektórzy z nich nie byłiby takiego samego zdania jak strona. W orzecznictwie sądowym od dawna ugruntował się też pogląd, że samo niezadowolone strony z opinii biegłego i nadzieja, że inny biegły wyda opinię korzystniejszą z punktu widzenia niezadowolonej strony, nie jest wystarczającą podstawą do uwzględnienia wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego (por. orzeczenia SN: II CR 5/74 – Lex nr 7407, II CR 817/73 – Lex nr 7404, II CKN 639/99 – Lex nr 53135, II UKN 191/98 – OSNP 1999/17/560). Domagając się jego przeprowadzenia strona winna wskazać na konkretne wadliwości dotychczas przeprowadzonego dowodu, czy też wykazać brak obiektywizmu biegłych. Takiego uzasadnienia wniosek pozwanego zgłoszony przed Sądem I instancji nie zawierał. Wobec tego domaganie się na nowo przeprowadzenia kolejnych dowodów na okoliczności poddane już szczegółowemu badaniu, było niczym nieuzasadnione.

Uwadze Sądu Apelacyjnego nie umknęło, że w szczególności biegli: z zakresu anestezyjologii prof. dr hab. med. W. K. i z zakresu gastroenterologii prof. dr hab. K. L. w swojej opinii wyrazili pogląd, że objawy perforacji przełyku u powódki odbiegały od typowych, a ponadto była ona obciążona dodatkowymi chorobami i przewlekłymi dolegliwościami gastrycznymi, co mogło zaciemniać obraz kliniczny. Jednocześnie ci sami biegli nie byli jednak w stanie, w oparciu o dostępną dokumentację medyczną, określić przyczyny odstąpienia od planowego, prawidłowego postępowania diagnostycznego. Podkreślili, że zespół leczący skupił się w nadmiernym stopniu na obserwacji i terapii powikłań, jakim były zmiany zapalne w obrębie klatki piersiowej i układu oddechowego, nie dociekając ich przyczyny.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego nawet nie do końca jasne objawy wykazywane przez powódkę w momencie przyjęcia do Szpitala, nie zwalniały jego personelu z obowiązku przeprowadzenia pełnej diagnostyki pacjentki. Podkreślenia wymaga, że Kodeks Etyki Lekarskiej nakłada na lekarza obowiązek przeprowadzenia wszelkich postępowań diagnostycznych, leczniczych i zapobiegawczych z należyta starannością oraz z poświęceniem im niezbędnego czasu (art. 8). Lekarz ponosi zatem odpowiedzialność za niedołożenie tej staranności, za wszelką winę nieumyślną, a tym bardziej umyślną. Odpowiada za każdą nieuwagę, nieostrożność, niedbalstwo, jeżeli jego postępowanie sprzeczne było z elementarnymi zasadami sztuki lekarskiej. Często jednak stosowanie się tylko do elementarnych zasad nie wystarczy, na lekarzu ciąży bowiem obowiązek szczególnej staranności z uwagi na skutki jego postępowania.

Staranność zawodowa lekarza powinna być należyta, właściwie dobrana do kwalifikacji danego lekarza, jego doświadczenia i sytuacji, w której udzielana jest pomoc osobie tego potrzebującej. Orzecznictwo jest pod tym względem dawno ukształtowane i wymaga od lekarzy staranności nazywanej wyższą od przeciętnej ogółu zobowiązanych, z uwagi na przedmiot ich zabiegów, dotyczących człowieka i skutków, które często są nieodwracalne (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 marca 2001 r. I A Ca 124/01, PS 2002, nr 10, s. 130),

jak też zachowania wysokiego poziomu etyki, wynikającej z daleko idących skutków pracy lekarzy (orzeczenie SN z dnia 7 stycznia 1966 r. I CR 369/65, OSP 1966, nr 12, poz. 278). Jeżeli zatem zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania przedstawicieli tej profesji, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec ów jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają wspomniane powyżej kwalifikacje (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia.

W okolicznościach niniejszej sprawy niewątpliwie doszło do naruszenia ogólnie obowiązujących zasad staranności lekarskiej. Wszyscy bowiem biegli byli zgodni, co do tego, że już samo zgłoszenie przez powódkę faktu przejścia zabiegu gastrokopii powinno być dla lekarzy sygnałem możliwości uszkodzenia przełyku, zwłaszcza że występujące u niej objawy były typowe dla tego rodzaju schorzenia. Nie może być usprawiedliwieniem dla ich zaniechań to, że perforacja przełyku jest rzadkim powikłaniem, skoro mowa jest o niej w każdym podręczniku chirurgii i interny, a jej objawy mieszczą się w kategorii wiadomości podstawowych (studenckich). Co więcej także lekarz prowadzący M. C. już na wstępnym etapie leczenia zasugerował konieczność przeprowadzenia diagnozy pozwalającej na wyeliminowanie lub wykrycie ewentualnej perforacji przełyku i zasugerował badanie pasażu jelitowego, ale z niczym nieuzasadnionych powodów ordynator oddziału prof. W. Ł. odstąpił od tego badania. W efekcie, do wykrycia perforacji przełyku doszło w dniu 29 lutego 2012 roku, zaś operacyjne zaszywanie przełyku miało miejsce w dniu 7 marca 2012 roku, a zatem dopiero w 17-stej dobie po przyjęciu powódki do Szpitala. Materiał dowodowy zebrany w sprawie uprawniał zatem do przyjęcia, że lekarze zatrudnieni w pozwanym szpitalu, nie dopełnili ciężących na nim obowiązków w zakresie należytej staranności przede wszystkim na etapie diagnozowania choroby i tym samym doprowadzili do szeregu powikłań zdrowotnych oraz cierpień fizycznych i psychicznych u powódki.

W tych okolicznościach - wbrew stanowisku skarżącego - nie można było wykluczyć związku pomiędzy doznaną przez powódkę krzywdą a procesem jej leczenia w pozwanym szpitalu. Wskazać trzeba, że w nawiązaniu do szkód związanych z błędem w sztuce medycznej w wyroku z dnia 5 lipca 1967 r. (I PR 174/67) Sąd Najwyższy wskazał słusznie, że w procesie nie zawsze da się przeprowadzić każdy dowód „bez reszty”. Wobec trudności dowodowych i dla ochrony uzasadnionych interesów poszkodowanych uważa się wymóg wykazania przesłanki związku przyczynowego za spełniony, jeżeli poszkodowany udowodnił bardzo wysoki stopień prawdopodobieństwa, że zdarzenie i szkoda pozostają w adekwatnym związku przyczynowym (por. wyrok SN z 4 listopada 2005 r., V CK 182/05, LEX nr 18090).

Analiza akt sprawy prowadzi do przekonania, że w okolicznościach niniejszej sprawy taki związek przyczynowy został wykazany. Skoro zaś powódka doznała krzywdy na skutek działań lekarzy zatrudnionych w pozwanym szpitalu, to za ich działania i zaniechania odpowiada (...) w B., będący zobowiązany, co do zasady, do naprawienia wyrządzonej szkody (art. 430 k.c.).

Krzywdą powódki w rezultacie zawinionego działania lekarza był niewątpliwie uszczerbek na zdrowiu. Ponownie należy podkreślić, że z przeprowadzonych w sprawie opinii wynikało, że perforacja przełyku wymagała niezwłocznej interwencji chirurgicznej, a przeoczenie tego powikłania, skutkowało szeregiem dalszych powikłań w postaci rozwoju infekcji w śródpiersiu, w obu jamach opłucnej i w tkance płucnej, prowadzących do realnego zagrożenia życia pacjentki.

Nie można też zapominać, że skutki niewłaściwie przeprowadzonych procedur medycznych rozciągnęły się także na okres po opuszczeniu przez nią szpitala.

Biegła z zakresu rehabilitacji medycznej dr. n. med. S. I. stwierdziła, że powódka nadal odczuwa dolegliwości bólowe okolicy międzyżebrowej lewej z promieniowaniem do lewego łuku żebrowego i klatki piersiowej, w związku z czym przyjmuje leki przeciwbólowe (T. 100 mg i K. forte 100 mg). Oceniała, że utrzymujące się bóle pooperacyjne, mają charakter neuropatyczny i wymagają specjalistycznego leczenia w(...) oraz (...).

Dodała też, że z powodu zaawansowanego stanu zapalnego w obrębie śródpiersia i płuc powódki, zabieg torakotomii był większy niż tradycyjnie i wymagał szerszego cięcia. Z tej przyczyny dolegliwości bólowe w/w były i są bardziej rozległe niż przy normalnej procedurze torakotomii. Jej zdaniem ograniczenia w życiu codziennym powódki, wynikające z bólu neuropatycznego, będą związane z jakimkolwiek poruszeniem przestrzeni międzyżebrowych, jak i dotykiem w obrębie blizny, całej pachy oraz w czasie poruszania stawu barkowego.

Oprócz cierpień fizycznych i znalezienia się w stanie zagrożenia życia, skutkiem niewłaściwej diagnozy, a w efekcie znacznie spóźnionego leczenia, bezsprzecznie zaistniały u powódki objawy reakcji na stres: przeżywanie lęku o własne zdrowie i życie, trudności adaptacyjne, brak zaufania w kontaktach z lekarzami, poczucie krzywdy i dyskomfortu, co zostało potwierdzone opinią biegłego z zakresu psychiatrii S. K.. Biegły ten wskazał, że powódka w wyniku leczenia w pozwanym szpitalu i powikłań z tym związanych, doznała rozstroju zdrowia, który ocenił jako reakcję na ciężki stres umiarkowanego stopnia i przedłużone zaburzenia adaptacyjne (wg (...) 10 F43.1 i 21). Stwierdził, że zaburzenia adaptacyjne powódki mogą się nasilić z powodu wieku i różnych czynników zewnętrznych a w przyszłości z powodu ewentualnych negatywnych następstw po przebytej operacji i jej powikłań. Wobec tego wymaga ona systematycznego leczenia ambulatoryjnego, psychiatrycznego. Niewątpliwie te dolegliwości natury psychicznej związane były z działaniami pracowników pozwanego szpitala.

Wymiar oraz rodzaj opisanej krzywdy uzasadniał więc w ocenie Sądu Apelacyjnego ustalenie kwoty stosownego zadośćuczynienia, przy uwzględnieniu jej funkcji kompensacyjnej, na poziomie 70.000 zł. Zadośćuczynienie w tej wysokości niewątpliwie skompensuje krzywdę powódki, obejmującą jej cierpienia fizyczne i psychiczne, a jednocześnie odpowiada ono aktualnym warunkom i stopie życiowej społeczności.

Odnosić należy, że z uzasadnienia zaskarżonego wyroku wynika, że Sąd Okręgowy odniósł się w zasadzie do wszystkich okoliczności, które zarówno w orzecznictwie sądowym, jak i piśmiennictwie uznawane są za istotne dla oceny rozmiarów dochodzonego roszczenia w aspekcie przesłanek, które powinny być brane pod uwagę przy orzekaniu o zadośćuczynieniu. Uwzględnił zatem zarówno wiek powódki, zakres i skutki doznanych przez nią urazów, czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych, niedogodności związane z leczeniem oraz rehabilitacją, dalsze prognozy co do jej stanu zdrowia oraz wpływ zaniechań lekarskich na jej kondycję psychiczną i fizyczną. Ustalenia w tym zakresie są zbieżne z wnioskami płynącymi z treści opinii złożonych w sprawie przez biegłych lekarzy w niej opiniujących. Biegli ci w sposób jednoznaczny i stanowczy wypowiedzieli się zarówno o rozmiarze doznanych obrażeń, cierpień fizycznych i psychicznych powódki oraz szeroko rozumianych skutkach feralnego leczenia, zarówno tych, które już wystąpiły, jak i dających się przewidzieć w przyszłości.

W świetle treści wymienionych opinii nie mógł być uznany za trafny zarzut naruszenia art. 445 § 1 k.c. poprzez przyznanie powódce rażąco zawyżonego zadośćuczynienia. Uzasadnienie zaskarżonego wyroku wskazuje bowiem na przyjęcie przez Sąd Okręgowy właściwej wykładni analizowanego przepisu, a także na prawidłowe jego zastosowanie. O rozmiarze należnego zadośćuczynienia powinien bowiem decydować rozmiar doznanej krzywdy tj. stopień cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność oraz czas trwania. Ocena sądu w tym względzie powinna zatem opierać się na całokształcie okoliczności sprawy, a ograniczeniem tej zasady jest rozwiązanie, zgodnie z którym przy uwzględnieniu krzywdy poszkodowanego wysokość zadośćuczynienia powinna być utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadającym aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczności. Niewymierny w pełni i ocenny charakter kryteriów mających wpływ na ustalenie wysokości zadośćuczynienia sprawia, że sąd przy orzekaniu ma pewną swobodę. Dało to podstawę do sformułowania dyrektywy według, której zarzut zaniżenia lub zawyżenia zadośćuczynienia pieniężnego może być uwzględniony w razie oczywistego naruszenia tych kryteriów.

W ocenie Sądu Apelacyjnego taka sytuacja nie wystąpiła w rozpoznawanej sprawie. Krzywda jakiej doznała powódka była poważna i skutkowała znacznymi cierpieniami, które w pewnym stopniu utrzymują się do dnia dzisiejszego. Obecnie pod względem medycznym proces jej leczenia uznany został za zakończony, tym niemniej, na co wskazywały opinie biegłych lekarzy, powrót powódki do stanu zdrowia sprzed wypadku jest w zasadzie niemożliwy i nadal wskazane jest jej leczenie, głównie psychiatryczne oraz usprawniające, które ma służyć zmniejszeniu nadal odczuwanych dolegliwości bólowych i zapobieżeniu powstawaniu negatywnych konsekwencji na przyszłość.

Te wszystkie okoliczności Sąd Okręgowy uwzględnił i należyte rozważył przy ustalaniu wysokości należnego E. K. zadośćuczynienia. Miały one bowiem wpływ na rozmiar krzywdy, a w konsekwencji wysokość przyznanego zadośćuczynienia. Zgodzić się zatem należało z konstatacją Sądu pierwszej instancji, że zasądzona kwota 70.000 zł jest sumą w sposób należyty rekompensująca doznaną przez powódkę krzywdę.

Sąd Apelacyjny podzielił natomiast apelację powódki, która domagała się skorygowania rozstrzygnięcia dotyczącego odsetek z tytułu opóźnienia w wypłacie zadośćuczynienia. Niewątpliwym jest, iż stosownie do treści art. 481 § 1 k.p.c., odsetki należą się za cały czas opóźnienia, poczynając od dnia wymagalności długu. Problematyka oznaczenia daty wymagalności odsetek nastęrcza wiele trudności w konkretnych stanach faktycznych i często decyduje o tym tytuł i charakter świadczenia pieniężnego, dla którego odsetki pozostają należnością uboczną. Jest to zagadnienie wywołujące zarówno w judykaturze jak i w doktrynie sporo kontrowersji. Datę wymagalności odsetek łączy się m.in. z datą: wezwania do zapłaty długu, wyrokowania, uprawomocnienia się orzeczenia, wymagalności odszkodowania.

Sąd Apelacyjny, w okolicznościach niniejszej sprawy, skłania się ku stanowisku, że 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 do 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). Od daty doręczenia takiego wezwania po stronie zobowiązanego do naprawienia szkody powstaje obowiązek bezzwłocznego spełnienia świadczenia. W wypadku opóźnienia dłużnika wierzyciel jest uprawniony do odsetek od nieterminowo spełnionego świadczenia pieniężnego. W tym stanie rzeczy, bierność pozwanego szpitala, a w szczególności oczekiwanie na wynik toczącego się postępowania sądowego, narażały go na ryzyko popadnięcia w zwłokę w spełnieniu świadczenia.

W niniejszej sprawie powódka już w piśmie z dnia 24 lutego 2014 roku sprecyzowała charakter swojego roszczenia, domagając się zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w wyniku nieprawidłowo prowadzonego leczenia w pozwanym szpitalu. Pomimo to pozwany nie ustosunkował się do tego wezwania, odsyłając jego kopię ubezpieczycielowi. W świetle okoliczności ustalonych w niniejszej sprawie, już wówczas było możliwe przyjęcie odpowiedzialności pozwanego, co jedynie potwierdziło postępowanie dowodowe w niniejszej sprawie, które wykazało dopuszczenie się szeregu i to rażących nieprawidłowości w procesie diagnozowania i leczenia powódki. W tych warunkach za zasadne należało uznać, że już w dacie otrzymania wniosku odszkodowawczego (26 lutego 2014 roku) po stronie pozwanego powstał obowiązek zapłaty zadośćuczynienia. W związku z powyższym należało uwzględnić żądanie powódki i odsetki od przyznanej kwoty zadośćuczynienia (70.000 zł), zgodnie z wnioskiem pozwu, należało zasądzić od dnia 1 kwietnia 2014 roku.

Z tych też względów Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. i art. 385 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

O kosztach postępowania odwoławczego Sąd II instancji rozstrzygnął zgodnie z art. 98 § 1 i 3 k.p.c. i art. 108 §1 k.p.c., zasądając od pozwanego na rzecz powódki poniesione przez nią koszty procesu w tej instancji, na które składały się opłata od apelacji (1.083 zł) oraz wynagrodzenie pełnomocnika (4.050 zł), ustalone w oparciu o przepisy § 2 pkt w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. z 2018 r., poz. 265 - t.j.).

(...)