

Sygn. akt I ACa 663/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 1 marca 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Jarosław Marek Kamiński
Sędziowie	:	SA Elżbieta Borowska SA Elżbieta Bieńkowska (spr.)
Protokolant	:	Izabela Lach

po rozpoznaniu w dniu 15 lutego 2019 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa **I. G.**

przeciwko (...) **S.A. w W.** z udziałem interwenienta ubocznego (...) (...) **S. D. w C.**

o zadośćuczynienie

na skutek apelacji powoda, pozwanego i interwenienta ubocznego

od wyroku Sądu Okręgowego w Białymstoku

z dnia 20 lipca 2018 r. sygn. akt I C 360/17

I. oddala apelację;

II. odstępuje od obciążania powoda kosztami instancji odwoławczej.

(...)

UZASADNIENIE

Powód I. G. wniósł o zasądzenie od (...) S.A. w W. kwoty 200.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, począwszy od dnia 20.11.2015 r. do dnia zapłaty oraz zasądzenie na swoją rzecz zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu wskazał, iż przebywał w (...) (...) w C. na obserwacji. Szpital łączyła z pozwanym umowa ubezpieczenia OC. W dniu 8.01.2015r. powód został zaatakowany przez innego pacjenta cierpiącego na schizofrenię, wskutek czego doznał złamania prawego łuku jarzmowego, złamania ściany dolnej prawego oczodołu, złamania ściany bocznej prawego oczodołu, wielomiejscowego złamania ścian prawej zatoki szczękowej z uwypukleniem odłamów i krwiakiem. Powód odczuwał ogromny ból, jego twarz spuchła. Na skutek decyzji personelu szpitala, powód został przewieziony

do kliniki na operację dopiero kilka dni później. Ostatecznie przeszedł operację w (...) w B., w trakcie której dokonano repozycji i osteosyntezy dolnego obrzeża oczodołu prawego, rewizji oczodołu z rekonstrukcją dna płytką SynPor w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym. Prawą kość jarzmową zespolono płytką pięciooczkową i pięcioma śrubami. Zrewidowano także dno oczodołu, stwierdzając obecność luźno leżących, drobnych odłamków kości. Po operacji powód odczuwał znaczny ból i dyskomfort związany z noszeniem na głowie opatrunku. Następnie pojawiły się przykre następstwa w postaci braku czucia i zmiany wyglądu spowodowane rekonstrukcją. Na twarzy pozostały blizny. Wszystko to spowodowało problemy z akceptacją nowego wyglądu oraz przeświadczenie o obniżeniu atrakcyjności. W związku ze zdarzeniem powód przyjmował dużą ilość leków. Przez kilka tygodni był zmuszony spożywać specjalne posiłki w formie papki w związku z ograniczoną ruchomością szczęki i niemożnością żucia. W chwili obecnej powód odczuwa ból przy uderzeniu w płytkę użytą do rekonstrukcji, słabiej reaguje na dotyk prawej strony twarzy, ma zawroty i nawracające bóle głowy, problemy z koncentracją, słabo widzi na prawe oko, miewa mroczki przed oczami, odczuwa drętwienie zębów i żuchwy, dyskomfort podczas przeżuwania, ma szумы w uszach. Nadal doraźnie przyjmuje środki przeciwbólowe. Obniżył się jego komfort życia. Przed zdarzeniem często grywał w piłkę nożną i trenował (...). Teraz jest to niedozwolone. Powód załamał się i zaczął nadużywać alkoholu. By wyleczyć się z nałogu przebywał w ośrodku terapii uzależnień przez sześć tygodni. Leczył się u lekarza psychiatry D. H. oraz cały czas w miarę możliwości pozostaje pod jego kontrolą.

Zdaniem powoda do zdarzenia doszło na skutek braku właściwej opieki nad pacjentami i braku odpowiednich zabezpieczeń na oddziale. Wcześniej bezpośredni sprawca zdarzenia przebywając na innym oddziale zaatakował innego pacjenta.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na swoją rzecz zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych. Nie uznał swojej odpowiedzialności za zdarzenie. Przyznał, że w dacie zdarzenia udzielał (...) (...) w C. ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia OC. Jego zdaniem brak jest podstaw do przyjęcia, że przyczyną pobicia powoda było zaniechanie w opiece nad pacjentami ubezpieczonej placówki. Powód pomija okoliczności, które doprowadziły do umieszczenia go na obserwacji na oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu (...) (...) w C.. U powoda rozpoznano zaburzenia osobowości oraz uzależnienie mieszane. Był kilkakrotnie wcześniej hospitalizowany ze względu na zaburzenia psychotyczne związane z użyciem środków psychoaktywnych, uzależnienie od alkoholu i zaburzenia osobowości oraz odbywał kary pozbawienia wolności. W wywiadzie podawał obecność halucynacji słuchowych i wzrokowych, lęki, nadmierną potliwość nerwową. Z dokumentacji wynika, iż diagnostyka zarówno sprawcy, jak i poszkodowanego przebiegała zgodnie z zasadami sztuki, spełniając standardy współczesnej wiedzy medycznej. Sprawca przez wiele miesięcy poprzedzających zdarzenie zachowywał się spokojnie, nie wchodził w konflikty, nie ujawniał ostrych doznań psychotycznych. Jego stan był stabilny, a personel nie mógł zapobiec powstaniu zdarzenia. Pozwany zgłosił też zarzut rażącego zawyżnienia zadośćuczynienia.

Pismem z dnia 26.05.2017 r. (...) (...) w C. zgłosił się do udziału w sprawie w charakterze interwenienta ubocznego, wnosząc o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów postępowania. Podniósł, iż spełniał wymogi Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2.12.2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji oraz sposobu finansowania obserwacji, a także warunków zabezpieczenia zakładów dla osób pozbawionych wolności (Dz.U.269.2679). W konsekwencji nie sposób twierdzić, że zdarzenie pozostawało w normalnym związku przyczynowym z ewentualnymi zaniechaniami personelu medycznego. Do szkody nie doszłoby, gdyby nie nadzwyczajne, anormalne zachowanie sprawcy szkody. Po zdarzeniu poszkodowanemu udzielono natychmiastowej pomocy, a napastnika odizolowano. Następnie powód został skierowany do dyżurnego (...) w B.. Tego dnia odbył konsultację na (...) w B., zastosowano zimne okłady i podano leki przeciwbólowe. W dniu 13.01.2015 r. powód był konsultowany przez okulistę. W dniu 14.01.2015 r. powód odbył konsultację w (...) (...) w B. z zaleceniem ponownej oceny stanu zdrowia za tydzień. Podczas konsultacji 21.01.2015 r. został zakwalifikowany do leczenia chirurgicznego. Z uwagi na internowanie pacjenta, przewiezienie go do (...) nastąpiło w dniu 26.01.2015 r., tj. w pierwszym możliwym terminie do realizacji konwoju przez funkcjonariuszy Policji. Sprawca szkody pół roku przed zdarzeniem został przeniesiony z odcinka górnego szpitala po uderzeniu innego pacjenta na odcinek dolny o wzmocnionym zabezpieczeniu, gdzie zastosowano wobec niego stosowne leki

w iniekcjach domięśniowych. Stan zdrowia pacjenta ustabilizował się, zachowywał się spokojnie, nie wchodził w konflikty interpersonalne, nie ujawniał ostrych doznań psychotycznych. Nie istnieje przepis prawa, który uzasadniałby stosowanie do pacjenta w stanie stabilnym jakiegokolwiek przymusu bezpośredniego lub izolacji. Powód nie wskazał jakich środków zgodnych z prawem miałyby użyć personel medyczny szpitala. Nie sposób stwierdzić, które z urazów głowy powoda były skutkiem zdarzenia na terenie podmiotu leczniczego, a które powstały podczas licznych walk (...), w których powód uczestniczył. Przed przyjęciem do szpitala nie wykonywano badań z obrębu głowy, zatoki szczękowej czy gałek ocznych. Skala przeżyć powoda mająca uzasadniać zadośćuczynienie za doznana krzywdę jest wyolbrzymiona. W rozpoznaniu powoda oprócz zaburzeń osobowościowych pozostają uzależnienia mieszane, w tym od alkoholu, z powodu których powód wymaga cyklicznego leczenia. Powód pozostaje pod opieką psychiatry, ale w aspekcie leczenia długotrwałej choroby polegającej na zaburzeniach osobowościowych.

Wyrokiem z dnia 20 lipca 2018 r. Sąd Okręgowy w Białymstoku zasądził od pozwanego (...) w W. na rzecz powoda I. G. kwotę 20.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi w wysokości 8% od dnia 20.11.2015 r. do dnia 31.12.2015 r. i z odsetkami ustawowymi jak za opóźnienie od dnia 1.01.2016 r. do dnia zapłaty (pkt I), oddalił powództwo w pozostałym w pozostałym zakresie (pkt II), nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Białymstoku kwotę 1.000 zł tytułem części brakujących kosztów sądowych (pkt III), nakazał zwrócić pozwanemu ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Białymstoku z rachunku sum na zlecenie kwotę 196,32 zł, a interwenientowi ubocznemu kwotę 1.000 zł tytułem niewykorzystanych zaliczek (pkt IV), odstąpił od obciążania powoda kosztami procesu (pkt V).

Powyższy wyrok został wydany w oparciu o następujące ustalenia:

Powód odbywał obserwację na oddziale o wzmocnionym zapieczeniu (...) (...)w C.. W dniu 8.01.2015 r. ok. godz. 16:20 inny pacjent oddziału P. P. (1) niespodziewanie, bez żadnego powodu uderzył powoda pięścią w twarz. Wskutek powyższego powód doznał złamania ściany dolnej i bocznej prawego oczodołu, złamania przedniej i tylnej ściany zatoki czołowej lewej, złamania prawego łuku jarzmowego, złamania wielomiejscowego prawej zatoki szczękowej z przemieszczeniem odłamów. W dacie zdarzenia pozwany udzielał interwenientowi ubocznemu (...) (...)w C. ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia OC.

Z dokumentacji medycznej powoda wynika, iż w dniu zdarzenia odbył on konsultację u chirurga szczękowego z zaleceniem leczenia chirurgicznego po ustąpieniu obrzęku tkanek miękkich. W dniu 13.01.2015 r. miała miejsce konsultacja okulistyczna ze wskazaniem do badania kontrolnego za 3-4 tygodnie. W dniu 14.01.2015 r. odbyła się konsultacja w (...) (...) w B. z zaleceniem ponownej oceny stanu zdrowia za tydzień z uwagi na odczyn tkanek miękkich OP. Podczas konsultacji 21.01.2015 r. powód został zakwalifikowany do leczenia chirurgicznego. Z uwagi na brak możliwości zorganizowania konwoju Policji, przewiezienie go do (...) nastąpiło dopiero w dniu 26.01.2015 r.

Pracownicy (...) (...)w C. nie traktowali P. P. (1) jako pacjenta wymagającego szczególnej kontroli. Pielęgniarki i salowi nie otrzymali żadnego ostrzeżenia na jego temat. Przez niektórych pracowników był wręcz oceniany jako spokojny pacjent. W (...) (...) w C. nie ma sali izolacyjnej służącej do fizycznego odgradzenia pacjenta od innych osób przebywających na oddziale. Bezpośrednio przed zdarzeniem P. P. (1) był spokojny, nic nie wskazywało na możliwy wybuch agresji u niego, choć pielęgniarka I. T. dostrzegła, że był drażliwy i agresywny w stosunku do innych. Przed zdarzeniem P. P. (1) uderzył innego pacjenta. P. P. (1) był wielokrotnie przenoszony na oddziały o maksymalnym zabezpieczeniu z uwagi na agresywne zachowanie. Do (...) (...) w C. trafił w maju 2014 r. i był przemieszczany pomiędzy oddziałem o wzmocnionym i podstawowym zabezpieczeniu ze względu na pogorszenie. Oddział, na którym doszło do zajścia nie spełniał norm, jeżeli chodzi o liczbę personelu. Było to zgłaszane dyrekcji.

Na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 26.08.2003r. w sprawie sposobu, zakresu i trybu sprawowania nadzoru penitencjarnego (Dz.U.2003.152.1496 z późn zm.) (...) (...) w C. jest cyklicznie wizytowany przez Referat Wizytacyjny Sądu Okręgowego w Białymstoku. Sprawozdanie z dnia 6.02.2014 r. obejmowało rok 2013. Z jego treści wynika, iż oddział o wzmocnionym zabezpieczeniu nie spełnia warunków wszystkich wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10.08.2004 r. w sprawie wykazu zakładów

psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz.U.2004.179.1854 z późn. zm). W szczególności liczba zatrudnionego personelu nie odpowiadała proporcjom wyznaczonym w § 4 ust. 1 pkt. 4 tegoż rozporządzenia. Uchybienie to określono jako budzące niepokój i zalecono jego usunięcie niezależnie od trudności finansowych. Kolejne sprawozdanie z dnia 12.04.2016 r. obejmowało lata 2014-2015, a zatem także zdarzenie z dnia 8.01.2015 r. Wizytacja odbywała się w marcu 2016 r. Wizytujący podniósł, że w 2014 r. w jednostce zarejestrowano 120 zdarzeń niepożądanych, z czego 9 polegających na pobiciu pacjenta przez innego pacjenta na oddziale psychiatrii o wzmocnionym zabezpieczeniu. Natomiast w 2015 r. stwierdzono 119 zdarzeń niepożądanych, z czego 13 wystąpiło na oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu. Wizytujący ocenił tę sytuację jako budzącą poważne zaniepokojenie. Zająć w 2015 r. było znacząco więcej niż w 2014 r. Świadczy to wprost o rosnącym zagrożeniu bezpieczeństwa pacjentów i personelu. Sytuacja ta wymaga przeanalizowania i pilnego podjęcia zdecydowanych działań zmierzających do poprawy bezpieczeństwa na tym oddziale, obniżenia sytuacji konfliktowych. Pogorszenie bezpieczeństwa może mieć związek z nienajlepszymi warunkami bytowymi pacjentów, wieloosobowymi salami, brakiem dobrze wyposażonych świetlic czy odrębnej stołówki. Według stanu na marzec 2016 r. oddział o wzmocnionym zabezpieczeniu (...) (...) w C. spełniał już standardy w zakresie ilości zatrudnionego personelu.

W dniu 8.01.2015 r. liczba pracowników na oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu o godz. 16:20 przedstawiała się następująco: 1 lekarz, 3 pielęgniarki, 5 salowych. Mieli oni pod opieką 50 pacjentów.

Sąd pierwszej instancji na podstawie opinii biegłego psychologa ustalił, iż brak jest przesłanek do wnioskowania o istnieniu cierpień psychicznych w związku ze zdarzeniem. Powód nie potwierdził istnienia poczucia krzywdy opisanego w pozwie. Aktualny stan przeżywania powoda uwarunkowany jest zaburzeniami osobowości. W związku z urazem powód nie zgłaszał trudności emocjonalnych i problemów, które mogłyby być przedmiotem pracy w terapii psychologicznej, stąd brak podstaw do wdrażania takich działań. Zaburzenia osobowości nie są chorobą, dlatego też nie można mówić o nawrotach zaburzeń. U powoda rozpoznane zostały wcześniej zaburzenia osobowości dysocjalnej, których objawami było m.in. dążenie do zaspokajania bezpośrednio w sposób impulsywny potrzeb osobistych, nieuwzględnianie w funkcjonowaniu obowiązujących norm i zasad, tendencje do ich przekraczania, czego skutkiem było łamanie norm prawnych, podejmowanie zachowań przestępczych, które podlegały karze. Powód pije alkohol od lat młodzieńczych. Pierwsza hospitalizacja z powodu majaczeń drżennych w przebiegu choroby alkoholowej miała miejsce w 2004 r. Ciągi alkoholowe trwają wiele miesięcy. Rokowanie jest wątpliwe. W dokumentacji medycznej powoda brak jest informacji mogących wskazywać na doświadczany stan załamania psychicznego. Powód zgłaszał ból, prosił o leki nasenne. Zdaniem biegłej zdarzenie z 8.01.2015r. wywołało u powoda stres, ale nie w stopniu dezorganizującym jego zachowanie. Dokumentacja pozwala na przyjęcie, że powód w momencie zdarzenia zachowywał abstynencję. Biegła nie dostrzegła bezpośredniego związku pomiędzy zdarzeniem, a nawrotem do spożywania alkoholu, a także uczestnictwem w walkach (...).

Na podstawie opinii biegłej psychiatry Sąd ustalił, iż u powoda występuje osobowość dysocjalna oraz uzależnienie mieszane (alkohol i inne środki psychotropowe). Abstynencja jest wymuszona hospitalizacją w szpitalu psychiatrycznym. Uzależnienie od alkoholu było u niego rozpoznane w 2004 r. Powód w latach 2004 – 2016 był wielokrotnie hospitalizowany psychiatrycznie. Sięgał po różne środki psychoaktywne. Łączył narkotyki z alkoholem i lekami psychotropowymi. Po pobiciu powód zgłaszał dolegliwości bólowe, w związku czym podawano mu leki przeciwbólowe i zalecano okłady z lodu. W kolejnych dniach powód oglądał TV, czytał, korzystał ze spacerów. Odmawiał okładów z lodu na twarz chociaż dalej skarżył się na ból. Innych skarg nie zgłaszał, sypiał dobrze, chętnie nawiązywał kontakt słowny z personelem i pacjentami. Był spokojny w zachowaniu, nie ujawniał lęku, pozostał w tej samej części oddziału mimo propozycji zmiany odcinka. Źródłem cierpienia fizycznego powoda w związku ze zdarzeniem mogły być utrzymujące się dolegliwości bólowe powodujące okresowe zaburzenia snu, co wymagało podawania leków nasennych. Powód nie doznał uszkodzenia mózgu. Nie zgłaszał spontanicznie objawów ze strony psychicznej, które odnotowano by w zapisach lekarskich. Nie obserwowano lęku, obniżenia nastroju ani innych objawów psychopatologicznych. W oddziale funkcjonował spokojnie. Spożywał posiłki, nie ujawniał treści rezygnacyjnych czy agresji, nie wypowiadał treści wskazujących na obniżone poczucie wartości czy zaburzenia w

obrazie ciała. Przed zakończeniem obserwacji przejawiał aktywność fizyczną – w dniu 7.02.2015 r. odnotowano, że ćwiczy i biega po korytarzu. Dolegliwości bólowych nie notowano przed wypisaniem ze szpitala. Brak jest podstaw do orzeczenia u powoda długotrwałego lub trwałego uszczerbku na zdrowiu w zakresie sfery psychicznej. Aktualny stan psychiczny powoda nie pozostaje w związku ze zdarzeniem z dnia 8.01.2015 r., bowiem sposób przeżywania powoda wynika z zaburzeń osobowości, które mają charakter utrwalony. Uzależnienie mieszane oraz nieprawidłowa osobowość były u powoda stwierdzone na długo przed zdarzeniem. Opisywane przez powoda lęki, zaburzenia snu, iluzje, były wyrazem zespołu abstynencyjnego po przerwaniu 46-dniowego ciągu alkoholowego. Tłumaczenie powoda, że „zaczął pić, bo bał się po pobiciu”, wpisuje się w typowy dla osoby uzależnionej system iluzji i zaprzeczeń, oraz mechanizmów obronnych takich jak racjonalizacja, kłamstwa, zaprzeczanie itp. Rokowanie w zakresie funkcjonowania osobowości dyssocjalnej w połączeniu z uzależnieniem od alkoholu i innych środków psychoaktywnych nie jest korzystne. Zaburzenia osobowości nie są chorobą, ale utrwalonym wzorcem odbiegającym od normy zachowań i reakcji emocjonalnych, kształtującym się w wieku młodzieńczym i dorastania. Zaburzenia osobowości nie mają charakteru cyklicznej nawrotowości, bo są utrwalone, stałe i trudne do korekty, co potwierdza linia życiowa powoda. Natomiast w przebiegu uzależnienia mieszanego występują okresy intoksykacji, abstynencji i nawroty. Biegła nie dostrzegła związku pomiędzy zaburzeniami powoda oraz uzależnieniem od alkoholu z ewentualnym uczestnictwem powoda w walkach (...). Pobyt w oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zapieczeniu wymusza zachowanie abstynencji i utrudnia dostęp do środków psychoaktywnych. Brak w dokumentacji wpisów mogących świadczyć o tym, że powód w dniach 29.12.2014 r. – 8.01.2015 r. naruszył abstynencję. Sięganie po alkohol przez powoda nie wróciło w związku ze zdarzeniem z 8.01.2015r. tylko w związku z uzależnieniem. Udział w sportach walki może być źródłem urazów głowy i uszkodzeń mózgu, przy czym w aktach nie ma żadnych obiektywnych danych dotyczących uprawiania przez powoda tych sportów ani ich intensywności. Także dokumentacja medyczna powoda nie zawiera obiektywnych danych dostarczających wiedzy na temat przebytych urazów głowy. Jak pokazuje obraz tomografii komputerowej z 2015r. u powoda nie stwierdzono ogniskowego uszkodzenia mózgu, ognisk stłuczenia ani krwawienia wewnątrzczaszkowego. Nie opisywano też zaników tkanki mózgowej ani poszerzenia układu komorowego. Badania psychologiczne powoda nie potwierdzają istnienia dysfunkcji poznawczych ani symptomów uwarunkowanych zmianami organicznymi w ośrodkowym układzie nerwowym. Osłabienie pamięci operacyjnej w aktualnym badaniu psychologicznym występowały w okresie typowych objawów zespołu abstynencyjnego. Powód nie miał stwierdzonych objawów zespołu depresyjnego i nie wykazywał tendencji do obniżenia nastroju. W aktualnym stanie psychicznym także nie stwierdza się objawów typowych dla depresji. Powód ma tendencję do manipulowania informacjami i wykorzystywania ich do własnych celów w zależności od okoliczności. W dokumentacji z obserwacji (...) na przełomie 2014/2015 nie odnotowano zachowań powoda z bezpośrednią agresją. Zanotowano stany dysforii i napięcia. Zaburzenia osobowości z uwagi na niski próg frustracji są źródłem znacznych trudności w kontroli stanów dysforii. W wywiadzie i dokumentacji medycznej występowały opisy zachowań agresywnych, niejednokrotnie w stanie po spożyciu alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych.

Wobec opinii biegłego z zakresu chirurgii szczękowej Sąd Okręgowy ustalił, że uraz doznany przez powoda związany był z dużym bólem zarówno przed zabiegiem operacyjnym, jak i w czasie rekonwalescencji (ok. 6 tygodni). Ból był odczuwalny przy jedzeniu, śmiechu, kaszlu, kichaniu, przelykaniu, ruchach mimicznych twarzy itp. Stan ten stopniowo ulegał poprawie aż do wygojenia. W. złamanie było spowodowane zdarzeniem z dnia 8.01.2015r., a na czas i przebieg gojenia wcześniejsze urazy nie miał wpływu. Z uwagi na wielokierunkowy, skomplikowany rozmiar uszkodzeń kostnych biegły przyjął 5% trwałego uszczerbku na zdrowiu. Słabe czucie, zawroty głowy, drętwienie zębów, ograniczenie ruchów żuchwy, drętwienie skóry nie mieszczą się w schorzeniach do trwałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu.

Z ustaleń Sądu poczynionych w oparciu o opinię psychiatryczną wynikało też, że postępowanie wobec sprawcy szkody tj. pacjenta P. P. (1) było prawidłowe i zgodne z wiedzą medyczną. Chory na schizofrenię pacjent otrzymał leki zgodnie ze standardem leczenia tej choroby. Pomimo „farmakologicznego kaftana bezpieczeństwa” u pacjenta mogło dojść do epizodu agresji. Trudności w kontroli negatywnych emocji i akty agresji były opisywane w przebiegu całej dotychczasowej choroby. Pacjent był mało podatny na oddziaływania terapeutyczne. Nie odczuwał głębszych emocji, pozostawał sztywny afektywnie, asyntoniczny, autystyczny, nie potrafił dostosować się do wymogów pobytu

i innych pacjentów, był mało koleżeński, nastawiony wrogo, okresowo napięty, zainteresowany tylko własną osobą, co budziło niechęć innych. Nie potrafił korygować własnych zachowań, był bezkrytyczny i pozbawiony refleksji, bagatelizował swoje wielokrotne zachowania agresywne. Nie można wykluczyć epizodów agresji u osób z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, u których są obecne urojenia i halucynacje. Osoby doświadczające tych przeżyć mogą w każdym momencie podjąć aktywność wobec domniemanego prześladowcy lub domniemanego źródła halucynacji. Obiektem agresji może stać się przypadkowa osoba, a zachowanie agresora trudno racjonalnie wytłumaczyć nieznaną psychotycznych pobudek. W przypadku takich pacjentów ważne jest monitorowanie stanu psychicznego, kontrola współpracy w leczeniu oraz stosowanie oddziaływań pozafarmakologicznych w środowisku celem minimalizacji ryzyka agresji. Nie jest możliwe całkowite wyeliminowanie aktów agresji. P. P. (1) w przebiegu całej choroby przejawiał zachowania agresywne, co było powodem umieszczenia go w ośrodkach o maksymalnym zabezpieczeniu. Natomiast odnotowana poprawa stanu psychicznego pozwalała specjalistom na wydanie opinii o możliwości zmiany środka zabezpieczającego z ośrodka o maksymalnym zabezpieczeniu na ośrodek o wzmocnionym nadzorze. Analiza przebiegu choroby P. P. (1) wskazuje, że jest to chory psychicznie, u którego istnieje duże prawdopodobieństwo zachowań agresywnych. Poziom intelektualny poniżej przeciętnej i dezorganizacja osobowości wskutek wieloletniego procesu schizofrenicznego utrudniają możliwość kontroli zachowań, a tym samym pogarszają rokowanie w zakresie występowania napadów niekontrolowanej agresji. W świetle przepisów ustawy o ochronie zdrowia i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28.06.2012 r. przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi można stosować tylko wtedy, gdy takie osoby dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnym lub innej osoby lub bezpieczeństwu powszechnemu lub w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego. Przymus bezpośredni może polegać na przytrzymaniu, przymusowemu podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji. Wybór formy przymusu bezpośredniego należy dostosować do określonej sytuacji i możliwości. (...)w C. nie ma izolatek. W dokumentacji psychiatrycznej bezpośrednio przed zdarzeniem nie odnotowano objawów psychotycznych u internowanego. Z wcześniejszych wpisów tj. 8.10.2014 r. wynika, iż ujawniał zaburzenia treści myślenia i spostrzegania. W kolejnych miesiącach był spokojny, bez objawów wytwórczych, bezkonfliktowy, a stan psychiczny opisywano jako stabilny jeszcze 29.12.2014 r. Pacjenci z objawami paranoidalnymi nierzadko ukrywają objawy psychotyczne i dopiero ich zachowanie staje się źródłem informacji o przeżyciach psychotycznych. Diagnoza i leczenie P. P. (1) były prawidłowe. Przymus bezpośredni nie jest używany profilaktycznie. Wobec chorego, który popełnił czyn zabroniony w stanie niepoczytalności i stanowi zagrożenie dla otoczenia i ryzyko agresywnych zachowań jest znaczne, formą zabezpieczenia jest izolacja na oddziałach psychiatrycznych o maksymalnym zabezpieczeniu ((...)) lub wzmocnionym zabezpieczeniu lub ((...) w C.). Podstawą do zastosowania wobec P. P. (1) odpowiednich środków zabezpieczających w poszczególnych okresach choroby było postanowienie Sądu wydane po zapoznaniu się z orzeczeniem biegłych psychiatrów. Ośrodki psychiatrii sądowej dysponują odpowiednią ilością personelu, a także odpowiednimi środkami zabezpieczenia i kontroli (np. monitoring). Warunki pobytu powinny być dostosowane do potrzeb opieki nad chorymi psychicznie przejawiającymi zachowania niebezpieczne i uwzględniać warunki maksymalnego bezpieczeństwa dla innych internowanych, a także personelu. Formą zabezpieczenia jest leczenie farmakologiczne przeciwpsychotyczne, które stosowano wobec internowanego zgodnie ze standardami. Osoby internowane nie przebywają profilaktycznie w kaftanach bezpieczeństwa, pasach czy izolatkach.

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o dowód z nagrania monitoringu, dowody z dokumentów, w tym dokumentację medyczną, opinie biegłych dotyczące powoda: sądowno-psychiatryczną, biegłego psychologa i biegłego chirurga, opinię sądowno-psychiatryczną biegłego psychiatry dotyczącą sprawcy szkody; zeznania świadków i częściowo zeznania powoda.

Sąd nie dał wiary zeznaniom powoda w zakresie w jaki twierdził, iż zaczął pić więcej alkoholu po zdarzeniu z dnia 8.01.2015 r., że odczuwa strach i boi się wyjść z domu nawet przez tydzień po tym, jak przyśni mu się sprawca oraz że leczy się u psychiatry w G. w związku z zaistniałym zdarzeniem, wskazując na sprzeczność tych zeznań z pozostałym materiałem dowodowym.

W tak ustalonym stanie faktycznym sprawy Sąd pierwszej instancji odwołał się do art. 17 ust. 1 pkt 4 oraz art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.112.654 z późn. zm.), a także do § 2 ust. 4 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz.U.293.729). Przytoczył także art. 415 k.c. i wskazał przesłanki odpowiedzialności wynikające z tego przepisu. Następnie odwołał się do art. 427 k.c., zgodnie z którym kto z mocy ustawy lub umowy jest zobowiązany do nadzoru nad osobą, której z powodu wieku albo stanu psychicznego lub cielesnego winy poczytać nie można, ten obowiązany jest do naprawienia szkody wyrządzonej przez tę osobę, chyba że uczynił zadość obowiązkowi nadzoru albo że szkoda byłaby powstała także przy starannym wykonywaniu nadzoru. Zauważył, że odpowiedzialność nadzorującego ma zarówno charakter odpowiedzialności za czyn cudzy (bezpośredniego sprawcy szkody, nad którym dana osoba sprawuje nadzór), jak i odpowiedzialności za czyn własny na zasadzie winy (odpowiedzialność za nienależyte sprawowanie nadzoru nad sprawcą szkody opierająca się na winie). Odpowiedzialność z art. 427 k.c. ma charakter zaostrzony w stosunku do ogólnych reguł określonych w art. 415 k.c. Artykuł ten przerzuca bowiem na osobę odpowiedzialną za szkodę ciężar dowodu co do braku winy osoby sprawującej nadzór oraz wprowadza domniemanie istnienia związku przyczynowego między sposobem sprawowania nadzoru a szkodą. Poszkodowany musi udowodnić jedynie fakt sprawowania nadzoru przez daną osobę, wyrządzenie szkody przez osobę pozostającą pod jej nadzorem oraz związek przyczynowy między działaniem sprawcy a samą szkodą. Odpowiedzialność nadzorującego oparta jest na zasadzie winy (*culpa in custodiendo*). Bezprawność w sprawowaniu nadzoru polega na niewykonaniu obowiązku nadzoru wynikającego dla danej osoby z przepisów prawa lub zasad współżycia społecznego. Wina osoby nadzorującej polega na niezachowaniu należytej staranności w nadzorze – niedołożeniu staranności, której można było w danej sytuacji od nadzorcy wymagać, a której nie uczynił on zadość.

Następnie Sąd odwołał się do art. 361 § 1 k.c. i wskazał, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.

Sąd Okręgowy ocenił, że interwientowi ubocznemu można postawić zarzut winy. Ubezpieczony szpital nie wykazał istnienia żadnej z przesłanek egzoneracyjnych określonych w art. 427 k.c. Wykazał, że co prawda wdrożone wobec sprawcy szkody postępowanie lecznicze było prawidłowe i zgodne z aktualną wiedzą medyczną, a zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U.1994.111.535 z późn. zm.) wobec pacjentów nie można stosować środków przymusu bezpośredniego profilaktycznie, jednakże po stronie ubezpieczonego szpitala – interwienta ubocznego, zaistniało bezprawne zaniechanie polegające na niezapewnieniu odpowiedniej ilości personelu na oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu. Zadaniem personelu jest opieka nad osobami psychicznie chorymi, które przebywając na tego rodzaju oddziale z zasady mogą stwarzać niebezpieczeństwo dla siebie i innych. Obowiązek utrzymywania właściwego poziomu zatrudnienia wynikał przede wszystkim z brzmienia obowiązującego w dacie zaistnienia zdarzenia § 4 ust. 1 pkt. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10.08.2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz.U.2004.179.1854 z późn. zm.). W myśl tego przepisu, zakłady psychiatryczne dysponujące warunkami wzmocnionego zabezpieczenia zapewniają stałą obecność personelu, w tym personelu ochrony, na terenie zakładu albo - w przypadku dysponowania warunkami wzmocnionego zabezpieczenia w części zakładu - w tej części zakładu, w godzinach dziennych (od godziny 7⁰⁰ do 22⁰⁰) w liczbie nie mniejszej niż 1/3 pojemności odpowiednio zakładu albo części zakładu i w godzinach nocnych (od godziny 22⁰⁰ do 7⁰⁰) w liczbie nie mniejszej niż 1/6 pojemności odpowiednio zakładu albo części zakładu. W roku 2013 ubezpieczony szpital nie spełniał wymagań co do liczby zatrudnionych osób. Z kolei według stanu na marzec 2016 r. ww. uchybienie zostało już usunięte. Jednakże z informacji podanych przez interwienta ubocznego w piśmie z dnia 31.08.2017 r. wynika, iż w dacie i godzinie zdarzenia tj. 8.01.2015 r. ok. godz. 16:20 opiekę nad 50 pacjentami na oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu sprawowało jedynie 9 osób tj. 1 lekarz, 3 pielęgniarki i 5 salowych. Tymczasem w świetle wymogów rozporządzenia ubezpieczony szpital miał obowiązek zapewnić przynajmniej 16-17 osób personelu, w tym ochrony (1/3 z 50). Ani pozwany, ani interwient uboczny nie wykazali, aby w tym dniu szpital dysponował innymi osobami, mogącymi zostać zakwalifikowane jako ochrona w rozumieniu rozporządzenia, która uzupełniałaby obsadę pracowniczą do

poziomu wymaganego przepisami. Także z zeznań świadków nie wynika, aby po zdarzeniu interweniował ktoś inny poza salowymi, pielęgniarkami i lekarzem, a w szczególności „brygada interwencyjna” wspomniana przez zastępcę dyrektora zakładu ds. leczenia lek. W. R. przy okazji uwag do kontroli obejmującej rok 2013.

Obowiązek zapewnienia odpowiedniej ilości personelu do opieki nad osobami psychicznie chorymi znajdującymi się na oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu (zatem z założenia mogącymi stanowić zagrożenie dla siebie i innych), wynika zdaniem Sądu Okręgowego nie tylko z przepisów prawa, ale także z zasad doświadczenia życiowego i staranności zawodowej, a także z zasad ostrożności. Odpowiednią obsadą nie sposób bowiem nazwać grupy 9 pracowników (w tym 4 kobiety - 3 pielęgniarki i 1 lekarka K. S.), którzy w razie zagrożenia mieliby opanować 50 potencjalnie niebezpiecznych mężczyzn. W 2015 r. w ubezpieczonym szpitalu miał miejsce przypadek duszenia salowego przez pacjenta, a wizytator wyraził zaniepokojenie poziomem bezpieczeństwa pacjentów i personelu oraz wzrostem liczby zdarzeń niepożądanych. W dniu zdarzenia tj. jeszcze w połowie kontrolowanego okresu szpital nie zapewniał wymaganej rozporządzeniem ilości personelu. Zdaniem Sądu niedobór personelu w sposób oczywisty wpływa na obniżenie poziomu bezpieczeństwa w palcówce.

Przychylenie się do zapatrywania pozwanego i interwenienta ubocznego, iż przedmiotowego zdarzenia nie można było uniknąć, nawet gdyby przy każdym pacjencie stał osobisty ochroniarz, mogłaby skutkować uwolnieniem się od odpowiedzialności przez pozwanego w świetle art. 427 k.c. Jednakże Sąd nie podzielił takiej oceny zdarzenia. Niemożliwe jest bowiem ustalenie ze 100% pewnością, że większa liczba personelu znajdująca się na oddziale nie byłaby czynnikiem powstrzymującym atak. Dodatkowy pracownik znajdujący się w pobliżu mógłby wszakże dostrzec nawet nagłą, niebezpieczną zmianę nastroju P. P. (1) lub też fizycznie powstrzymać napaść. Brak wystarczającej liczby ludzi powoduje konieczność – jak to ujął jeden z przesłuchanych pracowników – „znajdowania się wszędzie” i całkowicie wyklucza możliwość dostrzeżenia niuansów w zachowaniu podopiecznych i zapobieżeniu niebezpieczeństwu. Powyższe stanowi zatem o istnieniu adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy nienależytym sprawowaniem nadzoru a wyrządzeniem szkody.

Podsumowując, w ocenie Sądu Okręgowego odpowiedzialność ubezpieczonego szpitala wynikała z art. 427 k.c., albowiem:

- szkodę wyrządził P. P. (1), któremu ze względu na stan psychiczny winy przypisać nie można,
- jego zachowanie było ewidentnie bezprawne;
- na ubezpieczonym szpitalu ciążył obowiązek sprawowania opieki nad sprawcą szkody;
- ubezpieczonemu szpitalowi można postawić zarzut zawinionego zaniechania, polegającego na bezprawnym niezapewnieniu odpowiedniej ilości personelu;
- istnieje związek przyczynowy pomiędzy nienależytym sprawowaniem nadzoru a wyrządzeniem szkody.

W dalszej części rozważań, Sąd Okręgowy odwołał się do art. 444 § 1 zdanie pierwsze k.c. i art. 445 § 1 k.c. Stwierdził, że żądana przez powoda kwota 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia jest daleko zawyżona. Znaczne natężenie przeżyć psychicznych nie znalazło odzwierciedlenia w zgromadzonym materiale dowodowym. Z opinii biegłych psychiatry i psychologa wynika, iż stan aktualnego przeżywania powoda uwarunkowany jest zaburzeniami osobowości i uzależnieniem mieszanym, a nie pozostaje w związku przyczynowym z zaistniałym pobiciem. Powód jest uzależniony od alkoholu i narkotyków od 2004 r. Często popadał w wielotygodniowe ciągi. Brak jest podstaw do twierdzenia, że po przymusowej abstynencji w trakcie obserwacji psychiatrycznej w styczniu 2015 r. powód nie sięgnąłby już po alkohol, a zrobił to jedynie wobec przeżyć związanych z pobiciem. Powód nie przedstawił żadnego dowodu, z którego wynikałoby, że nadal pozostaje pod opieką psychiatry D. H. w związku ze zdarzeniem z dnia 8.01.2015 r. Wreszcie, po wznowieniu obserwacji psychiatrycznej po dokonanej operacji powód był widziany jak biegał i ćwiczył na korytarzu szpitala, co czyni niewiarygodnymi jego twierdzenia, że nie może już uprawiać sportów.

Sąd nie negował jednak doznania krzywdy przez powoda. Stwierdził, że bezpośrednio po pobiciu i w okresie rekonwalescencji odczuwał on bardzo duży ból fizyczny. Przeszedł skomplikowaną operację związaną z koniecznością repozycji doznaczonych złamań. Wszystko to musiało wiązać się ze znacznym cierpieniem, a także wysokim poziomem stresu. W toku operacji ubytki kości zostały uzupełnione specjalnymi płytkami. W świetle opinii biegłego pomimo zakończenia okresu rekonwalescencji, powód doznał 5% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Dlatego też Sąd pierwszej instancji ocenił, iż odpowiednim zadośćuczynieniem za krzywdę fizyczną ewidentnie doznaną przez powoda będzie 20.000 zł.

O odsetkach orzekł na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 817 § 1 k.c. wskazując, że ubezpieczyciel miał nieuzasadnione wątpliwości co do przesłanek swojej odpowiedzialności, które powinien był rozwiać we własnym zakresie. Nie wskazał przy tym na żadne obiektywnie występujące albo spowodowane przez drugą stronę przeszkody w realizacji należnego jej świadczenia, a tylko w takim przypadku, mogłby uniknąć odpowiedzialności z tytułu odsetek. Zatem wobec okoliczności, iż powód zgłosił pozwanemu ubezpieczycielowi szkodę w dniu 21.10.2015 r., termin początkowy liczenia odsetek Sąd ustalił zgodnie z żądaniem.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł na zasadzie słuszności tj. na podstawie art. 102 k.p.c. uznając, iż w sprawie zachodzi wypadek szczególnie uzasadniony.

Od powyższego wyroku zostały wniesione trzy apelacje: tj. apelacja powoda, pozwanego oraz interwenienta ubocznego.

Powód zaskarżył wyrok w punkcie II i zarzucił:

1) naruszenie prawa procesowego w postaci:

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez nieprawidłową ocenę materiału dowodowego wobec zaniechania jego wszechstronnego rozważenia, czego następstwem było błędne ustalenie stanu faktycznego skutkujące przyjęciem, iż powód doznał jedynie krzywdy fizycznej i to w stopniu nieznacznym, dla którego odpowiednim zadośćuczynieniem będzie kwota 20 000 zł, kiedy w rzeczywistości powód doznał rozległych krzywd fizycznych, a zakwalifikowanych przez lekarza, jako skutkujące rozstrojem zdrowia powyżej 7 dni w postaci złamania prawego łuku jarzmowego, złamania ściany dolnej prawego oczodołu, złamania ściany bocznej prawego oczodołu, wielomiejscowego złamania ścian prawej zatoki szczękowej z uwypukleniem odłamów i krwiakiem, co skutkowało koniecznością poddania powoda wielotygodniowemu leczeniu, a także rozległych krzywd i cierpień psychicznych, a wynikających ze znacznego pogorszenia się komfortu życia, zmiany wyglądu z racji nieusuwalnych blizn na twarzy, braku możliwości powrotu do poprzedniej sprawności fizycznej, w szczególności uprawianych sportów, co istotne krzywd, które I. G. będzie odczuwał do końca życia, a które były niejednokrotnie wskazywane w opiniach biegłych stanowiących podstawę rozstrzygnięcia Sądu I instancji,

2) naruszenie prawa materialnego w postaci:

- niewłaściwego zastosowania art. 445 § 1 k.c. (błąd w zakresie subsumpcji) poprzez:

- określenie w sposób niewłaściwy zakresu skutków prawnych wynikających z przedmiotowego przepisu w odniesieniu do przypadku powoda, co doprowadziło do błędnego uznania, że kwota 20 000 zł jest adekwatna do rozmiaru doznanej przez powoda krzywdy i kompensuje w całości ból, cierpienia i uszczerbek na zdrowiu doznany przez niego na skutek zdarzenia z dnia 8 stycznia 2015 r., kiedy to w rzeczywistości wskazana kwota należnego stronie powodowej zadośćuczynienia jest rażąco zaniżona i w żaden sposób nie spełnia przesłanki „odpowiednia kwota zadośćuczynienia” wskazanej w treści art. 445 § 1 k.c.,

- wadliwe określenie przez Sąd I instancji przesłanek decydujących o rozmiarze odpowiedniej sumy zadośćuczynienia oraz zaniechanie wzięcia pod uwagę wszystkich okoliczności mających wpływ na rozmiar doznanej krzywdy,

zwłaszcza okresu trwania cierpień fizycznych i psychicznych (trwających już trzeci rok), ich nasilenia, liczby, stopnia inwazyjności zabiegów medycznych (m.in. wszczepienie metalowej płytki), a nadto trwałości skutków zdarzenia, ich wpływu na dotychczasowe życie (liczne przeciwwskazania lekarzy), ogólną sprawność fizyczną i psychiczną i fizyczną poszkodowanego (stała opieka psychologa) oraz prognoz na przyszłość.

Mając powyższe na uwadze powód wniósł o zmianę wyroku poprzez uwzględnienie powództwa w całości i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu za obie instancje, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania z pozostawieniem temu sądowi rozstrzygnięcia o kosztach postępowania apelacyjnego.

Pozwany (...) S.A. w W. zaskarżył wyrok w części tj. w punkcie I, III i V, zarzucając:

I. naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, a mianowicie:

1) art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. poprzez błędną ocenę dowodu w postaci opinii biegłego z zakresu psychiatrii, z której wynika, że postępowanie personelu (...) (...) S. D. w C. i wdrożone leczenie wobec sprawcy zdarzenia P. P. (1) było prawidłowe i zgodne ze standardami medycznymi, zaś przebieg zdarzenia był nagły, o charakterze epizodycznym i nie można było go przewidzieć, z czego należy wywieść, że zbyt mała liczba personelu nie miała wpływu na zaistnienie zdarzenia, jego przebieg i możliwość jego uniknięcia, co świadczy o braku winy po stronie ubezpieczonego, a w konsekwencji o braku odpowiedzialności pozwanego (...) S.A. za szkodę,

2) art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 258 k.p.c. poprzez przekroczenie zasady swobodnej oceny dowodów i dokonanie dowolnej, wybiórczej oceny zeznań świadków: M. K., L. S., I. T., K. W., z których wynika, że zachowanie P. P. (1) było nagłe, bez powodu, pacjent nie był agresywny, nie stwarzał problemów, nie wymagał szczególnego nadzoru, a taki epizod może się zdarzyć nawet u spokojnych pacjentów (takich zachowań nie da się przewidzieć), w związku z czym uznać należy, że nieuprawnione są wywody Sądu pierwszej instancji, iż dodatkowy pracownik mógłby dostrzec nawet nagłą, niebezpieczną zmianę nastroju P. P. (1) lub fizycznie powstrzymać napaść, skoro z materiału dowodowego wynikało, że pacjent bezpośrednio przed zdarzeniem nie przejawiał jakichkolwiek sygnałów świadczących o zamiarze uderzenia powoda, a fizyczne powstrzymanie napaści nie było konieczne, gdyż pacjent nie był agresywny, nie próbował ponownie uderzyć powoda, nie uciekał, a jedynie był zdziwiony, że komuś coś zrobił i został spokojnie odprowadzany na salę; prowadzi to do wniosku, iż zbyt mała liczba personelu nie miała wpływu na przebieg zdarzenia i możliwość jego uniknięcia,

II) naruszenie przepisów prawa materialnego:

1) art. 427 k.c. w zw. z art. 361 § 1 k.c. poprzez błędną wykładnię, wyrażającą się w przyjęciu, że zachodzi adekwatny związek przyczynowy między powstałą szkodą a działaniem personelu szpitala, podczas gdy zobowiązany do nadzoru ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła, natomiast w niniejszej sprawie brak jest związku przyczynowego między sposobem sprawowania nadzoru, a wyrządzeniem szkody,

2) art. 822 § 1 k.c. w zw. z art. 427 k.c. poprzez błędną wykładnię i przyjęcie, że zachodzą przesłanki warunkujące odpowiedzialność pozwanego za szkodę powoda w związku z winą w nadzorze, podczas gdy z ustalonych w sprawie okoliczności wynika, że zobowiązany do nadzoru uczynił zadość obowiązkowi nadzoru, nawet przyjmując, że niezapewnienie odpowiedniej liczby personelu automatycznie może świadczyć o nieuczynieniu zadość obowiązkowi nadzoru, to z okoliczności sprawy wynika, że szkoda powstałaby także przy starannym wykonywaniu nadzoru, gdyż zdarzenie miało charakter losowy i niezależny od działania lub zaniechania zobowiązanego do nadzoru.

Wskazując na powyższe pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie kosztów procesu, za obie instancje.

Interwenient uboczny (...) (...)S. D. w C. zaskarżył wyrok w części tj. w punkcie I i punkcie V. Wyrokowi zarzucił:

1) naruszenie przepisów prawa materialnego tj.

a) art. 427 k.c. w zw. z art. 415 k.c. poprzez przypisanie interwenientowi ubocznemu winy w nadzorze polegającej na bezprawnym zaniechaniu, podczas gdy interwenient uboczny zadośćuczynił obowiązkowi nadzoru, a zdarzenia z dnia 8 stycznia 2015 r. z udziałem powoda nie można było uniknąć,

b) art. 361 § 1 k.c. poprzez jego błędną wykładnię i nieuprawnione przyjęcie, że szkoda, której doznał powód pozostawała w tzw. normalnym związku przyczynowo – skutkowym z rzekomym bezprawnym zaniechaniem po stronie interwenienta ubocznego, a zdarzeniem z dnia 8 stycznia 2015 r., podczas gdy zdarzenie w postaci pobicia powoda przez innego pacjenta szpitala było zdarzeniem nagłym, nadzwyczajnym i atypowym, wymykającym się spod teorii adekwatnego związku przyczynowo – skutkowego, co w konsekwencji doprowadziło do nieuprawnionego przypisania odpowiedzialności (...) (...) w C.,

c) art. 445 § 1 k.c. poprzez zasądzenie tytułem „odpowiedniej sumy zadośćuczynienia” kwoty 20 000 zł, podczas gdy interwenient uboczny nie ponosi winy w nadzorze, która skutkować mogłaby zasądzeniem jakichkolwiek świadczeń pieniężnych na rzecz powoda, a ponadto zasądzona kwota w obliczu w rzetelnych opiniach biegłych sądowych sporządzonych na potrzeby niniejszego postępowania jest zawyżona w stosunku do stwierdzenia braku jakichkolwiek negatywnych przeżyć psychicznych po stronie powoda, które mogłyby być skutkiem zdarzenia z dnia 8 stycznia 2015 t.,

2) naruszenie przepisów postępowania tj.

a) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną, a nie swobodną ocenę dowodów, polegającą na:

- uznaniu, że interwenient uboczny dopuścił się bezprawnego zaniechania polegającego na niezapewnieniu odpowiedniej ilości personelu na oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu, co skutkowało przypisaniem mu winy w nadzorze i orzeczeniem na rzecz powoda zadośćuczynienia, podczas gdy sam sąd w uzasadnieniu wyroku wyraził pogląd iż „niemożliwym jest (...) ustalenie ze 100% pewnością, że większa liczba personelu znajdująca się na oddziale nie byłaby czynnikiem powstrzymującym atak”, a zatem a contrario nie można uznać także, że mniejsza ilość personelu miała wpływ na ewentualne zapobieżenie zdarzeniu z dnia 8 stycznia 2015 r., tym bardziej, iż jak ujawnia nagranie monitoringu, zdarzenie to było nagłe i nieprzewidywalne,

- uznaniu, że kwota 20 000 zł stanowi kwotę odpowiedniego zadośćuczynienia pieniężnego dla cierpień powoda związanych ze zdarzeniem z dnia 8 stycznia 2015 r., podczas gdy ujawniony i przeprowadzony w sprawie materiał dowodowy wskazuje, że powód nie doznał żadnych cierpień psychicznych, zaś ewentualne dolegliwości bólowe związane z uderzeniem powoda przez innego pacjenta szpitala trwały maksymalnie do 6 tygodni, wobec czego zasądzona kwota jawi się jako zawyżona,

- art. 102 k.p.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i uznanie, że zachodzą przesłanki do odstąpienia od obciążania powoda kosztami postępowania, w tym kosztami zastępstwa procesowego, w sytuacji gdy w sprawie nie zachodzi przypadek wyjątkowy, zaś względu słuszności nie przemawiają za zastosowaniem dobrodziejstwa wynikającego z treści ww. przepisu,

- art. 98 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie pomimo, że strona przegrywająca proces obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu).

Wskazując na powyższe interwenient uboczny wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie kosztów procesu za obie instancje, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacje okazały się niezadane.

Sąd Apelacyjny podzielił i przyjął za własne ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego, jako że znalazły one oparcie w zebranych w sprawie materiale dowodowym, wszechstronnie rozważonym i ocenionym w zgodzie ze wskazaniami art. 233 § 1 k.p.c. Na aprobatę zasługuje także dokonana przez Sąd pierwszej instancji prawna ocena sprawy.

Zarzuty apelacji pozwanego i interwenienta ubocznego nakierowane są na negowanie istnienia przesłanek do przypisania interwenientowi odpowiedzialności prawnej za zaistniałe zdarzenie. Apelujący prezentują zgodne stanowisko, iż w okolicznościach tej sprawy podstawy zastosowania art. 427 k.c. nie są spełnione. Sąd Apelacyjny z tymi zarzutami nie zgadza się i podziela zaprezentowane przez Sąd Okręgowy w tej mierze rozważania.

Zgodnie z art. 427 k.c. kto z mocy ustawy lub umowy jest zobowiązany do nadzoru nad osobą, której z powodu wieku albo stanu psychicznego lub cielesnego winy poczytać nie można, ten obowiązany jest do naprawienia szkody wyrządzonej przez tę osobę, chyba że uczynił zadość obowiązkowi nadzoru albo że szkoda byłaby powstała także przy starannym wykonywaniu nadzoru. Przepis ten stosuje się również do osób wykonywających bez obowiązku ustawowego ani umownego stałą pieczę nad osobą, której z powodu wieku albo stanu psychicznego lub cielesnego winy poczytać nie można.

W przedmiotowej sprawie nie wzbudza wątpliwości Sądu Apelacyjnego, iż odpowiedzialność pozwanego należało rozpatrywać poprzez pryzmat tego właśnie przepisu. Z niespornych okoliczności sprawy wynika bowiem, że powód w dniu zdarzenia (8.01.2015) odbywał obserwację na oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu (...) (...) w C., na którym przebywał też P. P. (1) cierpiący na schizofrenię paranoidalną, który to nagle uderzył powoda pięścią w twarz. Nie wywoływało kontrowersji, iż P. P. (1) z powodu jego stanu psychicznego nie można przypisać winy za jego czyn. Rozważenia w sprawie natomiast wymagało, czy pozostałe przesłanki zastosowania tego przepisu w tej sprawie zostały spełnione.

Wskazać należy, że art. 427 k.c. wprowadza domniemanie winy w nadzorze oraz domniemanie adekwatnego związku przyczynowego między szkodą a nienależytym sprawowaniem nadzoru. Poszkodowany musi zatem udowodnić rozmiar szkody oraz normalny związek przyczynowy między działaniem osoby pozostającej pod nadzorem a poniesionym uszczerbkiem. Domniemanie winy w nadzorze dotyczy m.in. takiego przypadku, gdy podopieczny wyrządził szkodę innemu podopiecznemu pozostającemu pod nadzorem tego samego podmiotu. Na poszkodowanym nie ciąży ciężar udowodnienia winy osoby zobowiązanej do nadzoru, gdyż przepis wprowadza zaostrożną odpowiedzialność w stosunku do ogólnych zasad odpowiedzialności deliktowej poprzez zastosowanie ułatwień dowodowych. Dlatego to nadzorujący, chcąc się uwolnić od odpowiedzialności, musi obalić wskazane domniemanie. Winien więc wykazać z jednej strony brak winy w nadzorze, dowodząc, że nadzór był sprawowany należycie i zachował się zgodnie z ciężącymi na nim obowiązkami pieczy. Z drugiej strony winien wykazać brak związku przyczynowego pomiędzy nienależytym wykonywaniem nadzoru a szkodą, czyli że szkoda by nastąpiła również wtedy, gdyby nadzór wykonywany był należycie. Obalić domniemanie związku przyczynowego pomiędzy szkodą a wadliwie wykonywanym nadzorem można np. poprzez wykazanie, że czyn pozostającego pod nadzorem nastąpił tak niespodziewanie, iż nie można mu było przeszkodzić pomimo starannego nadzoru.

Wobec poglądów orzecznictwa, istnienie związku przyczynowego stwierdza się w przypadku wykazania konkretnych nieprawidłowości w sposobie sprawowania nadzoru nad osobą, której z powodu wieku albo stanu psychicznego lub cielesnego winy poczytać nie można (tak wyr. SN z 15.1.2015 r., IV CSK 146/14, L.; wyr. SA w Łodzi z 17.2.2014 r., I ACa 937/14, niepubl).

W okolicznościach tej sprawy pozwany nie sprostął ciężącemu na nim ciężarowi dowodu i nie obalił obciążających go domniemań prawnych. Twierdzenia pozwanego, iż atak P. P. (1) był tak nagły i niespodziewany, że nie można było jemu zapobiec nie znajdują potwierdzenia w materiale dowodowym sprawy, jak też nie wytrzymują konfrontacji z ustaleniem, że w dniu zdarzenia obsada personelu na oddziale o wzmocnionym nadzorze była niewystarczająca.

Przede wszystkim trzeba wskazać, że P. P. (2) nie zaliczał się do spokojnych pacjentów, a świadczy o tym przenoszenie jego osoby między oddziałem o podstawowym zabezpieczeniu a oddziałem o wzmocnionym zabezpieczeniu. Nie

można też pomijać okoliczności w jakich znalazł się on w (...) ZOZ w C., a które były interwenientowi dobrze znane. Mianowicie, P. P. (1) był podejrzany o popełnienie czynów przestępczych z art. 156 § 3 k.c. i 207 § 1 kk, a ze względu na wątpliwości co do jego poczytalności, był poddany badaniu biegłych psychiatrów i psychologa, a następnie obserwacji sądowo – psychiatrycznej, w wyniku której rozpoznano u niego schorzenie wyżej wskazane. Biegli uznali, że tempore criminis miał on zniesioną zdolność rozumienia znaczenia czynów i pokierowania swoim postępowaniem (art. 31 § 1kk) oraz że zachodzi wysokie prawdopodobieństwo popełnienia przez niego ponownie czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości. W dniu 18 grudnia 2008 r. Sąd Okręgowy Warszawa – Praga w Warszawie postanowił o umorzeniu postępowania karnego wobec niego i zastosowaniu środka zabezpieczającego – umieszczenie go w szpitalu psychiatrycznym. P. P. (1) przebywał przez pewien czas w ośrodku w G., czyli zakładzie dysponującym warunkami maksymalnego zabezpieczenia, a następnie w (...)w D., w (...) w B., a od w dniu 20 maja 2014 r. został przyjęty na (...) w C.. W opinii okresowej wskazano na utrzymywanie się wysokiego prawdopodobieństwa popełnienia przez internowanego czynu o znacznej społecznej szkodliwości (k.301). Już w opinii z dnia 12 września 2014 r. biegli psychiatrzy i psycholog wskazali, że P. P. (1) na Oddziale Psychiatrii Sądowej (oddział o wzmocnionym zabezpieczeniu) zachowywał się na ogół poprawnie, lecz dwukrotnie dopuścił się czynnej agresji wobec innych pacjentów (k.376). Te akty agresji miał miejsce w lipcu 2014 r., kiedy P. P. (1) uderzył innego pacjenta, a także w sierpniu 2014 r., kiedy to niespodziewanie uderzył on innego pacjenta w twarz (opinia sądowo psychiatryczna k. 774).

W świetle zgromadzonej w sprawie obszernej dokumentacji dotyczącej P. P. (1) nie sposób przyjąć, iż jego zachowanie w dniu 8 stycznia 2015 r. polegające na uderzeniu powoda pięścią w twarz było nagłe i nie można go było w żaden sposób przewidzieć. Tego typu akty nagłej agresji miały już miejsce wcześniej, co wynika z obiektywnych dowodów w postaci dokumentów. Trudno jest tym dowodom przeciwstawiać zeznania świadków, w taki sposób jaki czyni to apelacja pozwanego. Apelacja zresztą pomija, że świadek I. T. (k. 702, od 01:09:40) przyznała, że P. P. (1) czasami był agresywny wobec innych i drażliwy oraz że został przeniesiony z oddziału podstawowego, bo przejawiał agresję, o czym było pracownikom wiadomo (k. 702 v., 01:16:22).

Jak już wyżej wskazano, obalenie domniemania związku przyczynowego pomiędzy szkodą a wadliwie wykonywanym nadzorem, jest możliwe poprzez wykazanie, że czyn pozostającego pod nadzorem nastąpił tak niespodziewanie, iż nie można mu było przeszkodzić pomimo starannego nadzoru. Okoliczności tej sprawy jednak nie pozwalają na wniosek, że czyn P. P. (1) miał charakter niespodziewany, skoro już wcześniej tego typu czyny miały miejsce i to w takich okolicznościach, w jakich nie sygnalizował on wcześniej swych zamiarów. Można stwierdzić, że jego zachowanie cechował brak przewidywalności, nagłość i agresja, co powinno skłonić pracowników szpitala do większej uważności nad jego osobą, a co jednak z uwagi na braki personalne nie było możliwe.

Przeciwko twierdzeniom o zupełnie niespodziewanym zachowaniu P. P. (1) przemawia także jego późniejsze zachowanie, opisane w opinii biegłej A. K. (k.777). Także w okresie od 12 lutego do 21 grudnia 2016 odnotowano jego agresywne zachowania, np. w dniu 17 grudnia 2016 r. doszło do agresji w stosunku innego pacjenta, a kolejnego dnia do ataku na salowego. W związku z tymi zachowaniami występowano do Sądu o zmianę środka zabezpieczającego ponownie na oddział o wzmocnionym zabezpieczeniu.

Strona pozwana, jak i interwenient uboczni, nie tylko nie wykazali, że atak miał charakter niespodziewany i że nie można było go przewidzieć, lecz nie wykazali także, że nie dało mu się przeszkodzić pomimo starannego nadzoru. Nie można bowiem mówić o starannym nadzorze w sytuacji tak bardzo niewystarczającej obsady personelu w dacie zdarzenia. Obsada ta, w przypadku 50 pacjentów, powinna wynosić co najmniej 16 osób, podczas gdy faktycznie wynosiła 9 pracowników, co pozostawało w sprzeczności z obowiązującym wówczas Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10.08.2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz.U. 2004.179.1854 ze zm.). Już tylko brak tej należytej obsady świadczy o nienależytym wykonywaniu nadzoru i nie czynieniu temu obowiązkowi zadość.

Dodatkowo trzeba wskazać, że ze sprawozdania z wizytacji interwenienta z dnia 12 kwietnia 2016 r. wynika, że na oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu w 2015 r. wzrosła i to znacząco liczba zdarzeń

niepożądanych w stosunku do 2014 r., co zdaniem wizytatora świadczy wprost o rosnącym zagrożeniu bezpieczeństwa pacjentów i personelu (k.891). Przedmiotowe zdarzenie wpisuje się zatem w panującą na tym oddziale sytuację, jest wynikiem poważniejszych zaniedbań i nie można go traktować w kategoriach przypadku, czy wyjątku.

W konsekwencji wskazywane w apelacji pozwanego i interwenienta ubocznego naruszenie art. 427 k.c. nie miało miejsca.

Jeśli chodzi natomiast o zadośćuczynienie, to zarzut naruszenia art. 445 § 1 k.c. zawiera apelacja powoda oraz apelacja interwenienta ubocznego. Powód formułuje zarzut rażącego zaniżenia zadośćuczynienia, zaś interwenient zarzuca jego zawyżenie, wobec braku negatywnych przeżyć psychicznych powoda. Sąd Apelacyjny tych zarzutów nie podziela.

Wysokość zadośćuczynienia przyznawanego na podstawie art. 445 § 1 k.c. ma charakter ocenny, dlatego przy jego ustalaniu sądy zachowują duży zakres swobody. W konsekwencji strona może skutecznie zakwestionować wysokość zadośćuczynienia tylko wtedy, kiedy nieproporcjonalność do wyrządzonej krzywdy jest wyraźna lub rażąca. Co za tym idzie, zarzut niewłaściwego określenia wysokości zadośćuczynienia może być uwzględniony wówczas, gdyby sąd pierwszej instancji nie wziął pod uwagę wszystkich istotnych kryteriów wpływających na tę postać kompensaty, bądź też niedostatecznie je uwzględnił.

Z poglądów judykatury wynika, że ustalenie wysokości zadośćuczynienia przewidzianego w art. 445 § 1 k.c. wymaga uwzględnienia wszystkich okoliczności istotnych dla określenia rozmiaru doznanej krzywdy, takich jak: wiek poszkodowanego, stopień cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność i czas trwania, nieodwracalność następstw uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia (kalectwo, oszpeccenie), rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiowa (np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 2004 r., II CK 131/03, LEX nr 327923). Należy także uwzględniać, jaki wpływ zdarzenie wyrządzające szkodę wywarło na dotychczasowy sposób życia poszkodowanego. Wysokość zadośćuczynienia, odpowiadająca doznanej krzywdzie, powinna przynosić poszkodowanemu równowagę emocjonalną, naruszoną przez doznane cierpienia psychiczne i fizyczne. Trzeba też zauważyć, że zadośćuczynienie z art. 445 § 1 k.c. - co do zasady - przyznawane jest poszkodowanemu jednorazowo. Musi więc uwzględniać zarówno tę krzywdę, której powód już doznał, tę - którą odczuwa obecnie oraz tę, którą będzie znośił do końca życia. Ugruntowany jest pogląd, że zadośćuczynienie powinno mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość i powinna w przybliżeniu stanowić ekwiwalent utraconych dóbr (A. Cisek, W. Dubis (w:) E. Gniewek, P. Machnikowski, Komentarz, 2013, art. 445).

Przenosząc powyższe na grunt przedmiotowej sprawy, w odniesieniu do apelacji interwenienta, Sąd Apelacyjny stwierdza, że zasądzoną przez Sąd Okręgowy kwoty 20 000 zł tytułem zadośćuczynienia nie można ocenić jako rażąco zawyżonej.

Wynikające ze sporządzonych w sprawie opinii biegłego psychologa oraz psychiatry wnioski mają takie znaczenie, że zasądzone zadośćuczynienie nie mogło być wyższe, a nie zaś takie, że w ogóle nie powinno ono być zasądzone czy też, że należy je obniżyć. Z opinii biegłego psychologa wynika, że powód nie zgłaszał trudności emocjonalnych i problemów w związku z doznany urazem, zaś z opinii psychiatry, że brak jest podstaw od orzeczenia długotrwałego lub trwałego uszczerbku na zdrowiu w zakresie sfery psychicznej w związku z urazem. Z opinii biegłego z zakresu chirurgii szczękowej wynika natomiast, że uraz doznany przez powoda był związany z dużym bólem zarówno przed zabiegiem, jak i w czasie rekonwalescencji i trwał on około 6 tygodni. Ból ten był odczuwany przy takich czynnościach jak spożywanie posiłku, kaszel, kichanie, przełykanie, ruchy mimiczne. Poza tym, po operacji powód odczuwał nie tylko ból, ale też dyskomfort związany z noszeniem na głowie opatrunku. Przez kilka tygodni nie mógł spożywać normalnych posiłków, co wiązało się z ograniczoną ruchomością szczęki i niemożnością żucia. Prawa kość jarzmowa powoda jest zespolona płytką i śrubami. Rozmiar uszkodzeń kostnych był wielokierunkowy i skomplikowany, a u powoda doszło do trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 5 %.

Bez wątpliwa zatem powód wskutek urazu doznał krzywdy. Cierpiał fizycznie, przeżył poważną operację, co wiązało się niedogodnościami w okresie rekonwalescencji i doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu. Te cierpienia podlegają

rekompensacie w oparciu o art. 445 § 1 k.c. i brak jest podstaw ku temu, aby powodowi odmówić zadośćuczynienia w ogóle, czy też, aby obniżyć zasądzoną na jego rzecz kwotę.

Jeśli chodzi natomiast o apelację powoda, to także i tu nie można podzielić zarzutu naruszenia art. 445 § 1 k.c. Wobec zebranego w sprawie materiału dowodowego nie da się uznać zasądzonej kwoty za rażąco zaniżoną. Cierpienia powoda na tle zdarzenia miały przede wszystkim charakter cierpień fizycznych. Uraz, choć dość poważny został wyleczony, zaś twierdzenia powoda o skutkach urazu i wpływie na jego życie nie znalazły odpowiedniego wsparcia dowodach. Chociaż powód podnosił, iż obecnie nie może już grać w piłkę i zajmować się sportami walki, to nie tylko, że nie udowodnił, ale też nawet nie uprawdopodobnił, aby przed zdarzeniem realizował tego typu zainteresowania. W aktach sprawy nie ma żadnego potwierdzenia, aby powód przed 8 stycznia 2015 r. trenował (...), czy też aby grał w piłkę nożną. Nie są udowodnione twierdzenia powoda o szpecących bliznach na twarzy, skoro nie wskazuje się na nie w żadnej ze sporządzonych w sprawie opinii biegłych sądowych i nie wynikają one też z innych dowodów. Nie został wykazany adekwatny związek przyczynowy między urazem a nadużywaniem alkoholu po zdarzeniu, a następnie leczeniem uzależnienia od alkoholu. Z opinii biegłej psychiatry wynika przy tym niezbicie, że powód już przed zdarzeniem i to od dawna był uzależniony od alkoholu. Biegła wskazała, że tłumaczenia powoda co do sięgnięcia po alkohol po zdarzeniu, wpisują się w typowy dla osoby uzależnionej system iluzji i zaprzeczeń oraz mechanizmów obronnych takich jak racjonalizacja, zaprzeczanie itp. Z opinii wynika, że u powoda występuje osobowość dys socjalna oraz uzależnienie mieszane (alkohol i środki psychotropowe). Abstynencja była wymuszona hospitalizacją w szpitalu psychiatrycznym. Uzależnienie od alkoholu rozpoznano już w 2004 r. Podawane przez powoda lęki, zaburzenia snu, iluzje były wyrazem zespołu abstynencyjnego, po przerwaniu ciągu alkoholowego. Z opinii wynika, że sięganie przez powoda po alkohol po zdarzeniu nie miało z nim związku, lecz po prostu było wynikiem uzależnienia. Biegła dostrzegła też tendencję powoda do manipulowania informacjami i wykorzystywania ich do własnych celów. Stwierdziła, że aktualny stan powoda nie pozostaje w związku ze zdarzeniem, a sposób przeżywania powoda wynika z zaburzeń osobowości, które mają charakter utrwalony.

Podobne wnioski wynikają z opinii psychologa, gdzie stwierdzono brak przesłanek o wnioskowaniu cierpień psychicznych w związku ze zdarzeniem. W związku ze zdarzeniem powód nie zgłaszał ani trudności emocjonalnych, ani innych problemów. U powoda wcześniej rozpoznano zaburzenia osobowości dys socjalnej. Z opinii wynika brak podstaw do przyjęcia, że na skutek zdarzenia powód doznał stanu załamania psychicznego. Powód zgłaszał ból, prosił o leki nasenne, zdarzenie wywołało u niego stres, ale nie w stopniu dezorganizującym jego zachowanie. Z opinii nie wynika, aby w związku ze zdarzeniem powód potrzebował stałej opieki psychologa, czy psychiatry. Zatem także i to twierdzenie powoda nie zostało wykazane.

Wskazane opinie nie były kwestionowane w toku postępowania przed Sądem Okręgowym, obecnie natomiast powód w swej apelacji pomija ich wnioski i koncertuje się na procesie leczenia, przedstawiając przebieg operacji oraz na takich kwestiach, które nie znalazły potwierdzenia w materiale sprawy (brak możliwości uprawiania sportu, rozległe blizny, liczne przeciwwskazania lekarzy, stała opieka psychologa, osłabienie widzenia w prawym oku). W tej sytuacji brak jest podstaw do podwyższenia powodowi zadośćuczynienia. Wnioski opinii biegłego psychologa i psychiatry przeczą, aby zdarzenie wywarło piętno na jego życiu i aby było źródłem negatywnych przeżyć psychicznych. Jednoznacznie zaprzeczają tezie, aby sięganie przez powoda po alkohol miało związek z doznany urazem. Zasądzona kwota 20 000 zł jest zatem odpowiednia, gdyż w należyty sposób kompensuje cierpienia powoda na tle zaistniałego zdarzenia. Cierpienia te w przypadku powoda sprowadzały się do dolegliwości fizycznych i trudności w codziennym funkcjonowaniu do czasu wygojenia ran pooperacyjnych. Dalsze trudności w funkcjonowaniu powoda mają już zupełnie inne podłoże, szczegółowo omówione i wyjaśnione w opiniach biegłych, których powód nie kwestionował w toku postępowania przed Sądem Okręgowym, jak i w apelacji.

Wobec wszystkich powyższych rozważań nie zachodziły podstawy do zmiany merytorycznego rozstrzygnięcia Sądu pierwszej instancji.

Odnieść się jeszcze należy do zarzutów apelacji interwenienta ubocznego naruszenia art. 102 k.p.c. i niezastosowania art. 98 k.p.c. Zarzuty te są niezasadne.

Zasada słuszności ujęta w treści art. 102 k.p.c. stanowi wyłom od ogólnej reguły obciążenia strony przegrywającej kosztami procesu (art. 98 § 1 k.p.c.), dlatego ustawodawca możliwość zastosowania pierwszego z wymienionych przepisów uzależnił od "wystąpienia szczególnie uzasadnionych wypadków".

Zastosowanie przepisu art. 102 k.p.c. zależy od swobodnej decyzji sądu meriti i związane jest z dyskrejonalną władzą sędziowską (uznaniem sędziowskim). Judykatura jednoznacznie wypowiada się o wąskiej i wyjątkowej możliwości korygowania rozstrzygnięcia o zastosowaniu, bądź braku zastosowania art. 102 k.p.c. w ramach kontroli instancyjnej. Podkreśla się, że postanowienie w tym przedmiocie może być podważone przez sąd wyższej instancji tylko wówczas, gdy jest rażąco niesprawiedliwe, a reguły sprawiedliwościowe oczywiście naruszone (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 2013 r., V CZ 133/12, Lex nr 1241733).

W rozpoznawanej sprawie Sąd Okręgowy należycie uzasadnił zastosowanie art. 102 k.p.c. wobec powoda, wskazując na stan jego zdrowia psychicznego, cierpienia na skutek pobicia i subiektywnie uzasadnione przypuszczenie co do możliwości żądania wyższej kwoty, a motywy tego rozstrzygnięcia, w ocenie Sądu Apelacyjnego, nie uzasadniają zarzutu rażącego naruszenia art. 102 k.p.c. na skutek uchybienia zasadom słuszności i sprawiedliwości.

W konsekwencji powyższych rozważań apelacje zostały oddalone na mocy art. 385 k.p.c.

Wynik postępowania apelacyjnego wobec wartości przedmiotów zaskarżenia nakazuje przyjęcie, iż powód w większej mierze, aniżeli pozwany i interwenient przegrał postępowanie apelacyjne, co nakazywałoby zgodnie z art. 100 k.p.c. częściowe obciążenie go kosztami tego postępowania. Okoliczności tej sprawy przemawiały jednak za zastosowaniem art. 102 k.p.c. Przede wszystkim należy mieć na względzie, że co do zasady powództwo było zasadne, a postępowanie dowodowe wykazało istnienie po stronie interwenienta nieprawidłowości w zakresie właściwego nadzoru nad sprawcą szkody. Powód jest osobą cierpiącą na określone zaburzenia i uzależnienia, nie posiada majątku, a szkody doznał w sytuacji, w której miał prawo oczekiwać zapewnienia mu bezpieczeństwa przed atakami osób trzecich. Biorąc pod uwagę ocenny charakter zadośćuczynienia, powód nie musiał zdawać sobie sprawy z nadmiernego charakteru swych żądań, zaś obciążenie go kosztami za drugą instancję, wobec zasądzonej kwoty 20 000 zł zadośćuczynienia, umniejszałoby znaczenie udzielonej mu ochrony prawnej. Dlatego na mocy art. 102 k.p.c. orzeczono, jak w punkcie II sentencji.

(...)