

Sygn. akt I ACa 878/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 marca 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Elżbieta Kuczyńska (spr.)
Sędziowie	:	SA Elżbieta Borowska SA Elżbieta Bieńkowska
Protokolant	:	Małgorzata Sakowicz - Pasko

po rozpoznaniu w dniu 17 marca 2017 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa **A. S.**

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

o zapłatę i rentę

na skutek apelacji obu stron

od wyroku Sądu Okręgowego w Białymstoku

z dnia 15 lipca 2016 r. sygn. akt I C 516/13

I. Zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że:

- w punkcie I zasądza od pozwanego (...)w B. na rzecz powoda A. S. kwotę 200.000 (dwieście tysięcy) zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 16 maja 2013 r. do dnia zapłaty,

- w punkcie II oddala powództwo o rentę,

- w punkcie IV zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4.800 zł tytułem zwrotu części kosztów procesu,

- w punkcie V nakazuje pobrać od powoda z zasądzzonego roszczenia na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Białymstoku kwotę 7.673,90 (siedem tysięcy sześćset siedemdziesiąt trzy i 90/100) zł tytułem części brakujących kosztów sądowych,

- w punkcie VI nakazuje pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Białymstoku kwotę 15.347,80 (piętnaście tysięcy trzysta czterdzieści siedem i 80/100) zł tytułem części brakujących kosztów sądowych;

II. Oddala obie apelacje w pozostałym zakresie;

III. Zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3.600 zł tytułem zwrotu części kosztów postępowania apelacyjnego;

IV. Nakazuje pobrać od powoda z zasądzonego roszczenia na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Białymstoku kwotę 5.080 (pięć tysięcy i 80/100) zł tytułem części brakującej opłaty od apelacji.

(...)

UZASADNIENIE

Powód - A. S. wniósł o zasądzenie od pozwanego - (...) w B.: 200.000 zł z ustawowymi odsetkami od (...) do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za cierpienia, które były związane ze śmiercią bliskiej osoby (art. 446 § 4 k.c.); 100.000 zł z ustawowymi odsetkami od (...) do dnia zapłaty tytułem odszkodowania za znaczne pogorszenie jego sytuacji życiowej (art. 446 § 3 k.c.); renty po 700 zł miesięcznie (art. 446 § 2 k.c.), poczynając od kwietnia 2010 r., płatnej do dziesiątego dnia każdego kolejnego miesiąca z ustawowymi odsetkami w przypadku opóźnienia. Wnosił również o zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwu podniósł, że lekarze, którzy leczyli jego żonę podczas jej hospitalizacji u pozwanego, dopuścili się licznych zaniedbań. Między innymi: nieprawidłowo przeprowadzili u niej zabieg wycięcia macicy, zbyt późno stwierdzili powikłania pooperacyjne, a następnie źle poprowadzili leczenie, nadto wydłużyli czas oczekiwania na reoperację oraz popełnili błędy w zakresie sposobu żywienia. Działania te doprowadziły do śmierci B. S..

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu. Podniósł, że leczenie poszkodowanej odbyło się zgodnie ze sztuką lekarską.

Wyrokiem z 15 lipca 2016 r. Sąd Okręgowy w Białymstoku zasądził od pozwanego na rzecz powoda: 150.000 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 16 maja 2013 r. do dnia zapłaty (pkt I), comiesięczną rentę w wysokości 400 zł płatną z góry do 10-ego każdego miesiąca począwszy od kwietnia 2010 r. z odsetkami ustawowymi w przypadku opóźnienia w płatności którejkolwiek z rat, z tym że liczonymi od dnia 16 maja 2013 r. (pkt II) i oddalił powództwo w pozostałym zakresie (pkt III), a nadto zniósł koszty zastępstwa procesowego między stronami (pkt IV) oraz nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa po 11.510,85 zł odpowiednio: od powoda z zasądzonego roszczenia tytułem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych od oddalonej części powództwa (pkt V) i od pozwanego tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od uwzględnionej części powództwa (pkt VI).

Powyższe rozstrzygnięcie oparto na następujących ustaleniach faktycznych.

Żonę powoda - B. S. przyjęto na oddział pozwanego w dniu 24 listopada 2010 r. W tym samym dniu wykonano zaplanowane badania diagnostyczne i poddano ją zabiegowi wyłuszczenia jamy macicy. Wyniki histopatologiczne materiału, jaki pobrano podczas tej operacji (gruczolak błony śluzowej trzonu macicy), dały podstawy do wdrożenia dalszego planowego leczenia.

W jego ramach w dniu 11 stycznia 2010 r. poszkodowaną przyjęto na oddział ginekologii pozwanego. Następnego dnia wykonano zabieg resekcji macicy z przydatkami oraz usunięcia biodrowych węzłów chłonnych, a nadto założono w zatoce D. dren P. (dren asekuracyjny). Przebieg pooperacyjny był prawidłowy i bezgorączkowy. W dniu 14 stycznia

2010 r. wykonano kontrolne badanie USG jamy brzusznej, a 17 stycznia 2010 r. usunięto dren P. oraz cewnik. Następnie po konsultacjach z internistą wypisano ją do domu w stanie ogólnym dobrym.

Po wyjściu ze szpitala stan zdrowia B. S. uległ pogorszeniu. Z tych przyczyn 19 stycznia 2010 r. przyjęto ją na oddział ginekologii operacyjnej pozwanego. Rozpoznano wtedy: gorączkę, nudności i wymiotowanie treścią pokarmową. Odnotowano, że pacjentka skarżyła się na wzdęcia i trudności w oddawaniu stolca. Nie stwierdzono objawów otrzewnowych, ani powiększenia wątroby i śledziony. Podejrzewano podniedrożność.

W dniach 20 i 21 stycznia 2010 r. wykonano badanie USG i RTG jamy brzusznej. Te pierwsze wykazały zmiany sugerujące niedrożność w przewodzie pokarmowym, a drugie ukazały pojedyncze krótkie poziomy płynu w jelitach. W dniu 21 stycznia 2010 r. odbyła się konsultacja chirurgiczna. W jej trakcie lekarze stwierdzili zachowaną czynność ruchową, nie rozpoznali objawów otrzewnowych i nie zakwalifikowali poszkodowanej do leczenia operacyjnego.

Kolejne konsylium w dniu 23 stycznia 2010 r. nie wpłynęło na zmianę dotychczasowego postępowania. Na zlecenie chirurga założono pacjentce sondę przez nos do żołądka.

W dniu 25 stycznia 2010 r. odbyła się konsultacja gastrologiczna. W jej wyniku w dniu 27 stycznia 2010 r. przeniesiono chorą na oddział gastroenterologii i chorób wewnętrznych. Wykonano tam szereg badań diagnostycznych, w tym RTG i USG jamy brzusznej (w okresie od 1 do 3 lutego 2010 r.) oraz endoskopię przewodu pokarmowego. W ich wyniku stwierdzono cechy niedrożności mechanicznej jelita cienkiego oraz zlokalizowano miejsce, gdzie mogła występować ta patologia.

W dniu 3 lutego 2010 r. przeprowadzono konsultację chirurgiczną po której z rozpoznaniem niedrożności mechanicznej przeniesiono pacjentkę na oddział chirurgiczny w celu wykonania operacji. Odbyła się ona 4 lutego 2010 r. W jej trakcie: uwolniono uwięzioną pętlę jelita cienkiego i zrosty międzypętlowe, resekowano część jelita cienkiego (odcinek 15 cm) zespalając koniec do końca, wykonano cekostomię i umieszczono w jelicie cienkim zgłębnik.

Następnie przez kolejne dni kontynuowano leczenie zachowawcze, m.in. włączono w dniu 15 lutego 2010 r. żywienie pozajelitowe. Mimo to, u pacjentki następowało stopniowe pogarszanie się samopoczucia. Doskwierały jej nudności, okresowo z następczymi wymiotami (szczególnie po próbach żywienia doustnego) i utrudnienie oddawania wiatrów. Z powodu pogarszania się jej stanu ogólnego wykonano w dniu 16 lutego 2010 r. tomografię komputerową jamy brzusznej. Badanie to wykazało obecność przetoki pętli jelita cienkiego. Z tego powodu pacjentka została reoperowana. W trakcie tego zabiegu stwierdzono u niej rozejście się zespolenia jelitowego, które wykonano w 4 lutego 2010 r.

W okresie pooperacyjnym stan ogólny poszkodowanej nie uległ zasadniczej poprawie. Utrzymywała się gorączka, duszność spoczynkowa i osłabienie.

Z tych przyczyn w dniu 20 lutego 2010 r. przeniesiono ją na (...). Na oddziale tym została zaintubowana, włączono sedację, wspomagano jej oddech respiratorem, stabilizowano układ krążenia, stosowano karmienie pozajelitowe i podawano środki farmakologiczne (antybiotyki, leki przeciwkrzepliwe, przeciwwrzodowe, mukolityczne, neuroprotektoryjne, moczopędne i prokinetyczne). W dniu 8 marca 2010 r. wykonano tracheotomię.

W oparciu o badania obrazowe (usg, KT) stwierdzono u niej podejrzenie obecności ropnia między pętlami jelit. Na tej podstawie w dniu 9 marca 2010 r. poddano ją zabiegowi operacyjnemu. Zauważono wtedy masywne zrosty między pętlami jelit, które uniemożliwiały ich prawidłową czynność. Po zakończeniu zabiegu stan pacjentki był bardzo ciężki. W dniach 22 i 24 marca 2010 r. stwierdzono krwawienie z rany pooperacyjnej. Jej stan stopniowo się pogarszał, a w dniu (...)zmarła.

W ocenie Sądu Okręgowego, powód zdołał wykazać, że do powyższego zdarzenia doszło w wyniku szeregu czynów bezprawnych, jakich dopuścił się personel medyczny pozwanego. Polegały one na tym, że nie sprawdzono dokładnie funkcjonowania jelit pacjentki po operacji ginekologicznej i wypisano ją do domu po zabiegu bez konsultacji chirurgicznej. Nadto, w dniu jej ponownego przyjęcia (19 stycznia 2010 r.) lekarz dyżurny opisał klasyczne objawy

wysokiej niedrożności jelita cienkiego, a mimo to nie odbyło się konsylium chirurgów i nie wykonano niezwłocznie RTG jamy brzusznej. Gdy wykonano powyższą diagnostykę, jak też badania biochemiczne z 19 lutego 2010 r., personel nie przywiązał należytej wagi do ich wyników i błędnie je zinterpretował. Skutkowało to zwlekaniem z operacją do czasu pojawienia się objawów otrzewnowych mimo, że istniały inne widoczne przesłanki, które świadczyły o konieczności podjęcia zabiegu.

Powyższe, Sąd pierwszej instancji ustalił na podstawie opinii lekarza z zakresu chirurgii uznając ją za najbardziej miarodajną ze wszystkich ekspertyz, jakie przeprowadzono w sprawie. Wskazał, że ze stanowiska pozostałych biegłych (z zakresu ginekologii i położnictwa oraz gastroenterologii) wynikało, iż niedrożność jelit i związany z nią zabieg chirurgiczny oraz powiązana z tym diagnostyka należy do specjalności chirurgicznej (podobnie wskazano w postanowieniu Sądu Rejonowego w sprawie o sygn. akt III Kp 1176/12). Opinia chirurga dawała zaś podstawy do oceny, że gdyby nie opóźniono się z interwencją chirurgiczną, to z dużym prawdopodobieństwem poszkodowana nie zmarłaby. Powód wykazał tym samym adekwatny związek przyczynowy pomiędzy działaniami pozwanego, a szkodą (art. 361 § 1 k.c.).

Ta ostatnia była następstwem naruszenia dóbr osobistych powoda w postaci prawa do życia w pełnej rodzinie. Spowodowało to u niego znaczne cierpienie. Jak wynikało z opinii psychologa i psychiatry, przez pierwsze dwa lata od śmierci osoby bliskiej wystąpiły u niego objawy zespołu depresyjnego (całkowite odizolowanie od otoczenia, beczynność, wybuchy płaczu, zaburzenia snu). Choć od co najmniej trzech lat uległy one osłabieniu, to jednak wykazują przedłużającą się reakcję żałoby (lekki zespół depresyjny: smutek, przygnębienie, anhedonia, poczucie osamotnienia, izolacja społeczna i okresowo zaburzenia snu). Przyczynę tego stanu stanowił fakt, że przez 28 lat powód tworzył z żoną zgodne małżeństwo. Była dla niego wsparciem we wszystkich aspektach życia, a między nimi wytworzyła się symbiotyczna więź. Obecnie został pozbawiony bliskości i we wszelkich problemach musi radzić sobie sam. Z tych przyczyn Sąd uznał, że odpowiednim zadośćuczynieniem dla powoda będzie kwota 100.000 zł (art. 446 § 4 k.c.). Świadczenie to, zdaniem Sądu Okręgowego, w wystarczającym stopniu rekompensuje jego krzywdę, a nadto nie przekracza granic warunków i przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa.

W pozostałym zakresie roszczenie zostało oddalone. Sąd pierwszej instancji wskazał, że na siłę i czas trwania reakcji depresyjnej u powoda miały wpływ nie tylko trudności adaptacyjne, okoliczności śmierci żony, trudności dnia codziennego (niesprawność ruchowa) oraz poczucie bezradności i bezsilności wobec niemożności wyjaśnienia przyczyn jej odejścia (zawieszenie postępowania karnego w sprawie czynów personelu pozwanego, które zainicjowano 16 marca 2010 r.), ale istotne znaczenie miała również neurotyczna osobowość powoda objawiająca się chwiejnością emocjonalną, lękliwością, małą odpornością na stres, długotrwałym i silnym przeżywaniem emocji, ogólną zmiennością nastrojów, skłonnością do poddawania się nieprzyjemnym przeżyciom.

Za uzasadnione, co do zasady, Sąd Okręgowy uznał również żądanie odszkodowania (art. 446 § 3 k.c.), bowiem sytuacja życiowa powoda uległa pogorszeniu w związku ze śmiercią żony, która w równym stopniu przyczyniała się do zapewnienia rodzinie środków do życia. Otrzymywała emeryturę w wysokości około 1.100 zł miesięcznie. Świadczenie to stanowiło 1/2 przychodu gospodarstwa domowego, gdyż powód uzyskiwał wówczas 1.100 zł renty z tytułu niezdolności do pracy. Po śmierci żony jego własne dochody były niższe (818,97 zł; decyzja ZUS z 30 sierpnia 2012 r.), a obecnie wynoszą 920 zł (renta rodzinna; decyzja ZUS z 9 listopada 2012 r.). Powód utracił pomoc przy czynnościach życia codziennego, której wymaga z uwagi na problemy zdrowotne (problemy z poruszaniem się). W tej sytuacji musi liczyć na wsparcie swoich pełnoletnich synów. W ocenie Sądu Okręgowego, z tych przyczyn uzasadnione było żądanie odszkodowania do kwoty 50.000 zł. Roszczenie w pozostałym zakresie Sąd oddalił wskazując, że potencjał finansowy małżonków był na przeciętnym poziomie (ich łączny dochód wynosił ok. 2.200 zł).

Odsetki od powyższych kwot ustalono od daty wezwania pozwanego do spełnienia świadczeń, to jest od dnia doręczenia pozwu (art. 481 § 1 k.c. i 455 k.c.).

Również żądanie zasądzenia renty, zdaniem Sądu Okręgowego, było zasadne, bowiem zmarłą obciążał obowiązek alimentacyjny względem powoda. Poszkodowana uzyskiwała dochody z tytułu emerytury (ok. 1.100 zł miesięcznie). W

chwili obecnej powód otrzymuje wyłącznie świadczenie z tytułu renty rodzinnej (920 zł miesięcznie). Ponosi wydatki związane z eksploatacją lokalu mieszkalnego (czynsz 400 zł; opłaty za media) oraz koszty wyżywienia. Po spełnieniu tych ciężarów jest zmuszony korzystać z pomocy finansowej starszego syna. Z tych przyczyn zasądzono na jego rzecz 400 zł miesięcznie. Zgodnie z żądaniem pozwu rentę przyznano od kwietnia 2010 r. (od daty śmierci żony powoda).

Sąd Okręgowy oddalił roszczenie o rentę w pozostałym zakresie, uznając, że kwota 700 zł miesięcznie byłaby zawyżona w odniesieniu do możliwości zarobkowych poszkodowanej.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy rozstrzygnął na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku wniosły obie strony.

Powód zaskarżył wyrok w zakresie oddalającym powództwo co do kwoty 150.000 zł (pkt III), a także w zakresie rozstrzygnięcia o kosztach procesu i kosztach sądowych (pkt IV, V) i zarzucił:

1. naruszenie art. 446 § 4 k.c. w zw. z art. 6 k.c. poprzez niezasadne ustalenie, że adekwatną i odpowiednią kwotą zadośćuczynienia za krzywdę jest kwota 100.000 zł, a nie 200.000 zł, podczas gdy zasądzona kwota jest rażąco zaniżona w okolicznościach niniejszej sprawy, które należy uznać za szczególne, m. in. z następujących względów:

a) żona pełniła szczególną rolę w życiu powoda, była dla niego wsparciem we wszystkich aspektach życia, łączyła ich szczególna i głęboka symbiotyczna więź, która została zerwana po 28 latach małżeństwa i wspólnego życia, przy czym śmierć żony powoda była zdecydowanie przedwczesna,

b) śmierć żony była dla powoda skrajnie negatywnym i intensywnym przeżyciem i spowodowała u niego powstanie zespołu depresyjnego, całkowitej izolacji na otoczenie, beczynność, wybuchy płaczu, zaburzenia snu, bezradność, bezsilność, pustkę, osamotnienie, niechęć do aktywności,

c) pomimo upływu 6 lat od zdarzenia aktualny stan zdrowia powoda wskazuje na przedłużającą się reakcję żałoby - aktualnie z objawami zespołu depresyjnego lekkiego, na który składa się smutek, przygnębienie, anhedonia, poczucie osamotnienia, izolacja społeczna, okresowe zaburzenia snu,

d) Sąd I instancji pominął okoliczność, że krzywda powoda potęgowana jest okolicznościami, w jakich doszło do śmierci żony powoda, poczuciem bezradności i bezsilności powoda wobec niemożności wyjaśnienia przyczyn jej śmierci przez okres 6 lat, koniecznością aktywnego zaangażowania w wyjaśnienie sprawy i szukania w tym zakresie prawdy i sprawiedliwości, koniecznością przewycięzania przeciwności i trudności, jakie przez te wszystkie lata się pojawiały w aspekcie wyjaśnienia okoliczności śmierci żony i podmiotu za to odpowiedzialnego,

e) wbrew stanowisku Sądu I instancji neurotyczna osobowość powoda i związane z tym przeżywanie stresów nie mogą stanowić okoliczności uzasadniających miarkowanie zadośćuczynienia na niekorzyść powoda, albowiem nie można winić powoda za to, że jego osobiste cechy wpływają na przeżywanie przez niego krzywdy spowodowanej wyłącznie na skutek zawnionego czynu niedozwolonego innego pomiotu, a wręcz przeciwnie, osoba podatna na stres, która ma trudności w poradzeniu sobie z sytuacją powinna otrzymać zadośćuczynienie w odpowiedniej kwocie rekompensującej jego własne cierpienie i krzywdę;

2. naruszenie art. 446 § 3 k.c. poprzez niezasadne uznanie, że odpowiednią kwotą odszkodowania z tytułu znacznego pogorszenia się sytuacji życiowej powoda jest kwota 50.000 zł, a nie 100.000 zł w sytuacji, gdy dochód żony powoda stanowił połowę dochodu tej samej rodziny, zaś wydatki pozostały na podobnym poziomie, powód stracił bezpowrotnie wsparcie życiowe i materialne, a przede wszystkim wobec pominięcia przez Sąd okoliczności znacznego okresu czasu, w jakim powód będzie musiał funkcjonować w przyszłości bez wsparcia żony;

3. naruszenie art. 100 zd. 2 k.p.c. poprzez zniesienie między stronami kosztów zastępstwa procesowego oraz obciążenie powoda zwrotem nieuiszczonych kosztów sądowych od oddalonej części powództwa, w sytuacji gdy

okoliczności sprawy uzasadniają obciążenie pozwanego obowiązkiem zwrotu wszystkich kosztów, w sytuacji, gdy określenie odpowiednich kwot roszczeń zależało od oceny i uznania Sądu.

Powołując się na powyższe powód wniósł o zmianę wyroku i zasądzenie od pozwanego 300.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 maja 2013 r. do 31 grudnia 2015 r. i za opóźnienie od 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty; uchylenie pkt III, a nadto zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów zastępstwa procesowego i obciążenie pozwanego całością nieuiszczonych kosztów sądowych. Żądał też zasądzenia na jego rzecz kosztów procesu za instancję odwoławczą.

Pozwany w apelacji zaskarżył wyrok w części uwzględniającej powództwo oraz orzekającej o kosztach procesu (pkt: I, II, IV, VI) i zarzucił:

I. sprzeczność istotnych ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego w tym ustalenie, że:

1) w pozwanym szpitalu doszło do błędu medycznego w postaci błędu diagnostycznego polegającego na nieprzeprowadzeniu koniecznych badań w odpowiednim momencie i diagnostyce ukierunkowanej na postępowanie zachowawcze mimo posiadania wyników badań wskazujących na potrzebę interwencji chirurgicznej w sytuacji, gdy:

a) wypis nastąpił w 5 dniu po operacji, co jest w pełni zgodne z wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej;

b) czynnikiem decydującym o kwalifikacji do wypisu jest ogólny stan chorego i brak całkowitej normalizacji funkcji układu pokarmowego w dniu wypisu zgodnie z aktualną wiedzą i praktyka medyczną nie stanowi przesłanki negatywnej dla podjęcia decyzji o wypisie;

c) u pacjentki nie występowały objawy nakazujące dalej idącą diagnostykę przed wypisem, a brak jest jakichkolwiek wytycznych, które nakazywałyby obowiązkowe wykonywanie badań obrazowych u każdego operowanego pacjenta kwalifikowanego do wypisu, który nie zgłasza dolegliwości i/lub u którego nie występują objawy nakazujące pogłębienie diagnostyki;

d) personel medyczny pozwanego w dniu wypisu pacjentki mógł nie dysponować informacjami klinicznymi o zaistnieniu problemu zdrowotnego u B. S. w postaci realizującej się niedrożności jelita cienkiego;

e) rozpoznanie wstępne postawione w dniu 19 stycznia 2010 r. było trafne;

f) w przypadku B. S. zastosowane wstępne postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne polegające na przyjęciu postawy wyczekującej/obserwacyjnej nie było sprzeczne z wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej;

g) nadzór medyczny, laboratoryjny, obrazowy nad pacjentką został zachowany;

h) poprawa stanu zdrowia pacjentki raportowana w dniach 24-25 stycznia 2010 r. nie uzasadniała odstąpienia od leczenia zachowawczego;

i) obserwowane objawy kliniczne nie dawały pełnych podstaw do wdrożenia leczenia operacyjnego, a decyzji o przeniesieniu na Oddział (...) celem kontynuacji diagnostyki nie można zdaniem biegłego dr n. med. K. G. uznać za błędną;

j) w opinii biegłego dr n. med. K. G. badania endoskopowe przewodu pokarmowego zostały zlecone prawidłowo i wykonane w odpowiednim czasie;

k) leczenie objawowe poprzez stosowanie leków przeciwbólowych i rozkurczowych w przypadku B. S. było uzasadnione;

2) w pozwanym szpitalu doszło do zawinionego błędu medycznego w sytuacji, gdy:

a) B. S. zmarła wskutek powikłań operacji z dnia 12 stycznia 2010 r., które zapoczątkowały sekwencję zdarzeń będącą nieszczęśliwym zbiegiem okoliczności, albowiem postępowanie personelu medycznego mieściło się w granicach wyznaczonych wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, a samo wskazanie, że równie uprawnionym byłoby podjęcie innych decyzji diagnostyczno-terapeutycznych w styczniu i lutym 2010 r. nie pozwala jeszcze na przypisanie pozwanemu odpowiedzialności za śmierć B. S. (vide: opinia biegłego dr med. K. G. z dnia 30 września- s. 6);

b) przebieg kliniczny u B. S. nie był jasny, a z przyjęcia leczenia zachowawczego nie można nie postawić pozwanemu zarzutu, albowiem nie było ono sprzeczne z wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej dla sytuacji takich, jakie miały miejsce u B. S. oraz przeprowadzono w odpowiednim czasie konieczne czynności diagnostyczne;

3) błędem było wypisanie pacjentki po dużej operacji ginekologicznej bez dokładnego sprawdzenia funkcjonowania jelit oraz bez odpowiedniej konsultacji chirurgicznej w sytuacji, gdy:

a) wypis nastąpił w 5 dniu po operacji, co jest w pełni zgodne z aktualną wiedzą medyczną;

b) czynnikiem decydującym o kwalifikacji do wypisu jest ogólny stan chorego i brak całkowitej normalizacji funkcji układu pokarmowego w dniu wypisu zgodnie z aktualną wiedzą i praktyka medyczną nie stanowi przesłanki negatywnej dla podjęcia decyzji o wypisie;

c) u pacjentki nie występowały objawy nakazujące dalej idącą diagnostykę przed wypisem, a brak jest jakichkolwiek wytycznych, które nakazywałyby obligatoryjne wykonywanie badań obrazowych u każdego operowanego pacjenta kwalifikowanego do wypisu, który nie zgłasza dolegliwości i/lub u którego nie występują objawy nakazujące pogłębienie diagnostyki;

4) błędem było nie wykonanie badania RTG jamy brzusznej w sytuacji, gdy rozpoznanie postawione w dniu 19 stycznia 2010 r. było trafne, a inne badania również zostały wykonane w odpowiednim czasie;

5) błędem było zwlekanie z interwencją chirurgiczną do czasu pojawienia się u poszkodowanej objawów otrzewnowych w sytuacji, gdy:

a) biegły z zakresu chirurgii formułując ten wniosek przyznał, że w sposób uprawiony liczni lekarze prezentują pogląd odmienny od poglądu biegłego, zgodnie z którym nie uznaje się za uzasadnione dążenie do leczenia chirurgicznego zawsze, lecz oczekuje się do pojawienia objawów otrzewnowych;

b) rozpoznanie wstępne postawione w dniu 19 stycznia 2010 r. było trafne;

c) w przypadku B. S. zastosowane wstępne postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne polegające na przyjęciu postawy wyczekującej/obserwacyjnej nie było sprzeczne z wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej;

d) nadzór medyczny, laboratoryjny, obrazowy nad pacjentką został zachowany;

e) poprawa stanu zdrowia pacjentki raportowana w dniach 24-25 stycznia 2010 r. nie uzasadniała odstąpienia od leczenia zachowawczego;

f) obserwowane objawy kliniczne nie dawały pełnych podstaw do wdrożenia leczenia operacyjnego, a decyzji o przeniesieniu na Oddział (...) celem kontynuacji diagnostyki nie można zdaniem biegłego dr n. med. K. G. uznać za błędną;

g) w opinii biegłego dr n. med. K. G. badania endoskopowe przewodu pokarmowego zostały zlecone prawidłowo i wykonane w odpowiednim czasie;

h) leczenie objawowe poprzez stosowanie leków przeciwbólowych i rozkurczowych w przypadku B. S. było uzasadnione;

6) potrzeby powoda pozostają niezaspokojone w zakresie kwoty ok. 400 zł miesięcznie w sytuacji, gdy:

a) potrzeby powoda są zaspokojone:

- Sąd ustalił usprawiedliwione potrzeby powoda na kwotę ok. 1.300 zł (920 zł renty rodzinnej i 400 zł zasądzonej renty),

- dochody powoda to ok. 1.300 zł (przyznał, że otrzymuje rentę rodzinną w wysokości 950 zł, zasiłek rehabilitacyjny w wysokości 150 zł oraz dodatek mieszkaniowy w wysokości 200 zł - łącznie: 1.300 zł; vide: opinia psychiatryczno-psychologiczna z dnia 2 grudnia 2015 r.);

b) w mieszkaniu powoda zamieszkuje pełnoletni syn zdolny do pracy, którego możliwości zarobkowe niewątpliwie nie są niższe niż wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę przy pełnym etacie, a który winien ponosić koszty swojego zamieszkania (m.in. czynsz i media), a który również winien jest wsparcie swojemu rodzicowi;

c) B. S. uzyskiwała dochód miesięczny nie w wysokości ok. 1.100 zł lecz zgodnie z zeznaniem PIT-37 za rok 2009 było to ok. 1.000 zł;

d) B. S. nie byłaby w stanie zaspokoić swoich uzasadnionych potrzeb za pozostającą w jej dyspozycji kwotę 600 zł;

II. naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na treść rozstrzygnięcia, a mianowicie:

1) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie wyrażające się:

a) dowolną oceną opinii biegłego z zakresu chirurgii dr W. C. jako najbardziej miarodajnej do czynienia ustaleń w sprawie z uwagi na wskazywanie przez innych biegłych w swoich opiniach, że niedrożność jelit i związany z nią zabieg chirurgiczny, ale również diagnostyka w tym zakresie należy do specjalności lekarza chirurga w sytuacji, gdy:

-biegły gastroenterolog lekarz dr n. med. K. G. wskazał wyłącznie, że ostatecznie o ewentualnym leczeniu zabiegowym i trybie jego przeprowadzenia decyduje co naturalne już chirurg oraz, iż w przypadku przeniesienia pacjenta na oddział chirurgiczny, to w jego gestii pozostaje decydowanie o dalszym postępowaniu terapeutycznym;

-lekarze pozwanego różnych specjalności diagnozowali pacjentkę o określonych objawach nie wskazujących jednoznacznie na ich etiologię, a tym samym prawidłowość ich postępowanie powinna być oceniana multidyscyplinarnie;

b) dowolną ocenę opinii biegłego z zakresu chirurgii dr W. C. jako najbardziej miarodajnej do poczynienia ustaleń w przedmiocie wystąpienia przesłanek obligujących do niezwłocznego podjęcia postępowania operacyjnego oraz stwierdzenia, iż przyjęcie postępowania zachowawczego było błędne w sytuacji, gdy:

- biegły z zakresu chirurgii swoją opinię oparł na nieweryfikowalnym założeniu zajścia bardzo mało prawdopodobnego zdarzenia (jak podaje biegły 3-4 przypadki w 40 letniej karierze), tj. podszycia jelita cienkiego, podczas gdy jednocześnie kwestionuje dokumentację medyczną, to jest jedyne źródło informacji na jakim mógł oprzeć tego rodzaju podejrzenie;

- biegły z zakresu ginekologii i położnictwa lekarz dr hab. n. med. J. T., dysponujący niewątpliwie nie mniejszym doświadczeniem niż biegły z zakresu chirurgii dr W. C., a ponadto powołujący się na bardzo bogatą literaturę, wyniki badań i praktyki diagnostyczno- terapeutyczne (również w zakresie chirurgii) przyjęte na całym świecie, po obszernej i wyczerpującej analizie nie dopatrywał się sprzeczności postępowania personelu medycznego pozwanego z wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej;

c) dowolnym stwierdzeniem braku należytej staranności po stronie osób, za które odpowiedzialność ponosi pozwany przejawiającą się w niepodjęciu niezwłocznie leczenia operacyjnego w sytuacji, gdy:

-każdy z trzech biegłych przedstawił inną koncepcją prawidłowego w jego ocenie postępowania diagnostycznego i terapeutycznego;

-biegli dr hab. n. med. J. T. oraz dr n. med. K. G. wskazywali na niejasny przebieg kliniczny u B. S.;

- biegły dr W. C. oparł swoją opinię na przypuszczeniu, które jest nieweryfikowalne, a zdarzenie co do zajścia którego powziął podejrzenie jest wybitnie rzadkie (3-4 przypadki w 40 letniej karierze), a przez to mało prawdopodobne; w/w okoliczności uzasadniają przyjęcie, że brak jest „złotego standardu” postępowania, a przyjęcie określonego sposobu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego nie wyklucza uznania, że inne sposoby postępowania diagnostyczno-terapeutycznego były równie uprawnione, a z tytułu wyboru jednego z nich (który post factum okazał się nie być optymalnym) nie można stawiać pozwanemu zarzutu;

2) art. 233 § 1 w zw. z art. 328 § 2 k.p.c. w ten sposób, że uzasadnienie wyroku jest wewnętrznie sprzeczne:

a) Sąd ocenił wszystkie opracowane w sprawie opinie biegłych, jako miarodajne i w pełni zasługujące na obdarzenie ich walorem wiarygodności wskazując, że zostały opracowane w sposób wszechstronny i rzetelny pomimo, że są sprzeczne w ustaleniach i wnioskach;

b) Sąd pomimo uznania za wiarygodne i rzetelne wszystkich opinii, poczynił ustalenia co do prawidłowości postępowania osób za którego odpowiedzialność ponosi pozwany wyłącznie na podstawie opinii biegłego z zakresu chirurgii;

III. naruszenie przepisów prawa materialnego:

1) art. 446 § 4 k.c. polegające na zasądzeniu na rzecz powoda zadośćuczynienia, które jest rażąco wygórowane, gdy uwzględni się skutki naruszenia dóbr osobistych, upływ czasu jaki nastąpił od naruszenia, jak również wysokość zadośćuczynienia zasądzanego w podobnych przypadkach naruszenia dóbr osobistych;

2) art. 446 § 3 k.c. polegające na błędnym przyjęciu, że nastąpiło pogorszenie sytuacji życiowej powoda, w sytuacji gdy ocena tego faktu winna opierać się na porównaniu sytuacji przed zgonem poszkodowanej ze stanem rzeczywistym występującym po tej śmierci, która to ocena, w odniesieniu do zeznań samego powoda, wskazuje, że sytuacja ta nie uległa zmianie, ubytek środków w jakim B. S. partycypowała w kosztach utrzymania mieszkania i powoda został wyrównany otrzymanymi przez powoda świadczeniami socjalnymi, na co wskazuje chociażby fakt, iż powód nie pozostaje w jakimkolwiek zadłużeniu, jak również nie zaciągnął żadnych pożyczek czy kredytów na poratowanie swojej sytuacji życiowej, a w zakresie osobistych starań o osobę powoda jego potrzeby zaspokoi wspólnie zamieszkujący syn;

3) art. 446 § 2 k.c. polegające na błędnym przyjęciu, że po śmierci żony sytuacja materialna powoda uległa pogorszeniu, a w konsekwencji zasadnym jest zasądzenie renty na poziomie 400 zł miesięcznie, w sytuacji gdy z porównania wielkości dochodu powoda po śmierci żony z dochodem przypadającym na jedną osobę przed jej śmiercią wynika, że sytuacja majątkowa powoda nie uległa pogorszeniu.

Powołując się na powyższe zarzuty pozwany wniósł o zmianę wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda kosztów postępowania za I oraz II instancję według norm przepisanych, ewentualnie o zmianę orzeczenia poprzez zmniejszenie zasądzonej kwoty zadośćuczynienia do kwoty 20.000 zł; oddalenie powództwa w zakresie kwoty 50.000 zł tytułem odszkodowania; oddalenie powództwa w zakresie renty i zasądzenie od powoda kosztów postępowania za I oraz II instancję według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację pozwanego powód wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od pozwanego kosztów procesu.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

Obie apelacje były częściowo zasadne: powoda w zakresie, w jakim dotyczyła rozstrzygnięcia o zadośćuczynieniu, a pozwanego co do orzeczenia dotyczącego żądania renty.

W pierwszej kolejności należało poddać ocenie dalej idącą apelację pozwanego i zawarte w niej zarzuty sprzeczności ustaleń Sądu Okręgowego z zebrany w sprawie materiałem dowodowym oraz naruszenia prawa procesowego tj. art. 233 § 1 k.p.c., w tym w związku z art. 328 § 2 k.p.c. Nie sposób się zgodzić z tymi zarzutami.

Zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. może być usprawiedliwiony tylko w tych wyjątkowych okolicznościach, w których treść uzasadnienia orzeczenia uniemożliwia dokonanie oceny toku wyводу, który doprowadził do wydania orzeczenia lub w przypadku zastosowania prawa materialnego do niedostatecznie jasno ustalonego stanu faktycznego. W myśl powołanego przepisu art. 328 § 2 k.p.c. uzasadnienie wyroku powinno zawierać wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, a mianowicie: ustalenie faktów, które sąd uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej oraz wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa. Nie ulega wątpliwości, że uzasadnienie zaskarżonego orzeczenia odpowiada wymogom tego przepisu, nie tylko zawiera wszystkie wymagane elementy, ale też w sposób wystarczający odnosi się do wszystkich zgromadzonych w sprawie dowodów, w szczególności zaś do opinii biegłych lekarzy, w tym kluczowej dla rozstrzygnięcia opinii biegłego z zakresu chirurgii dr. W. C.. Rozstrzygając o odpowiedzialności pozwanego za szkodę, jakiej doznał powód Sąd Okręgowy jednoznacznie wskazał, jakimi motywami się kierował, odwołując się przede wszystkim do wniosków wspomnianej opinii. Okoliczność, że z jej treści oraz z opinii pozostałych biegłych tj. z zakresu ginekologii dr. hab. J. T. i z zakresu gastroenterologii dr. nauk med. K. G. skarżący wyciąga odmienne wnioski, aniżeli Sąd meriti nie uzasadnia zatem podniesionego zarzutu naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. Wadliwa ocena dowodu może być zwalczana przez skarżącego przede wszystkim w ramach zarzutu naruszenia reguł swobodnej oceny dowodów z art. 233 § 1 k.p.c. a nie za pomocą zarzutu naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. Jednak - w realiach sporu - zamierzonego skutku nie może odnieść również zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Dla jego uzasadnienia nie wystarczy przekonanie strony o innej, niż sąd przyjął doniosłości i wadze dowodów - w tym wypadku z opinii biegłych z zakresu medycyny - i ich odmienna ocena, niż ocena sądu.

Wbrew odmiennemu przekonaniu pozwanego Sąd Okręgowy nie naruszył zasady swobodnej oceny dowodów i dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych oraz trafnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego. Konstruując podstawę faktyczną rozstrzygnięcia i dokonując oceny prawnej ustalonego stanu faktycznego Sąd oparł się w głównej mierze na opinii biegłego z zakresu chirurgii dr. W. C., której wnioski nie zostały zniekształcone, mają - w odróżnieniu od wniosków pozostałych opinii - zdecydowanie stanowczy charakter, są jednoznaczne i co najistotniejsze, pochodzą od biegłego właściwej specjalności do oceny prawidłowości leczenia zdiagnozowanego u B. S. przypadku niedrożności jelita cienkiego. Sąd Apelacyjny podzielił bowiem stanowisko, jakie było zawarte w uzasadnieniu skarżonego wyroku, że pierwszoplanowe znaczenie dowodowe co do zasad postępowania personelu pozwanego, należało nadać ekspertyzie, którą sporządził biegły chirurg. Należy zauważyć, że także pozostali biegli byli zgodni co do tego, że to lekarze tej specjalności byli najbardziej kompetentni do leczenia poszkodowanej w związku z dolegliwością, która stała się przyczyną jej powtórnego pobytu w szpitalu (opinia ginekologa k. 448, 450 oraz gastroenterologa k. 617). Z tych względów, moc dowodowa opinii chirurga nie traciła na znaczeniu na skutek tego, że specjaliści z zakresu gastroenterologii i ginekologii oceniając proces leczenia z punktu widzenia specjalności, w których są biegłymi wyciągnęli częściowo odmienne wnioski co do prawidłowości postępowania personelu medycznego pozwanego. Zauważyć też trzeba, że ekspertyza biegłego z zakresu ginekologii zawierała ostateczne konkluzje, które opierały się o domniemania co do faktów, które nie wynikały z dokumentacji medycznej. Biegły ten sformułował w swojej opinii wiele pytań, w jego ocenie kluczowych, na które nie znalazł odpowiedzi w dokumentacji i wskazał, że nie jest w stanie odpowiedzieć na nie na podstawie akt sprawy, a jednocześnie założył, że stan zdrowia pacjentki nie wskazywał na potrzebę natychmiastowej interwencji zabiegowej/oceny chirurgicznej. Podkreślić należy natomiast, że nie ma ogólnego domniemania, że w szpitalu przestrzegane są standardy medyczne. Wskazywany przez biegłego z zakresu ginekologii brak dostatecznej informacji w dokumentacji medycznej nie uzasadniał więc założenia, że stan zdrowia pacjentki nie wskazywał na potrzebę podjęcia niezwłocznie interwencji zabiegowej/oceny chirurgicznej. Zauważyć należy tu pewną niekonsekwencję biegłego, który wskazywał, że w jego szpitalu w przypadku podejrzenia w

okresie pooperacyjnym niedrożności, dąży się do weryfikacji stanu chorego, zwłaszcza, gdy manifestują się kliniczne jej objawy, tak jak u żony powoda. Dalej, biegły ten przypisał istotne znaczenie i powołał się na „raportowaną” w dniach 24 - 25 stycznia 2010 r. poprawę stanu zdrowia pacjentki usprawiedliwiając nią tok postępowania lekarzy, jednocześnie wskazał na nawrót epizodów nudności i wymiotów oraz wynik konsultacji gastrologa wskazujący na „utrzymywanie się problemu na tle niedrożności”. Nie wyjaśnił przekonywująco dlaczego w tych okolicznościach tor dalszej diagnostyki ukierunkowany na postępowanie zachowawcze a nie operacyjne ocenił, jako postępowanie dopuszczalne zwłaszcza, gdy jednocześnie określił je jako ukierunkowanie „niefortunnie” i wskazał, że wpis gastrologa powinien wzmocnić czujność lekarzy oraz, że rozsądną opcją na tym etapie (w zakresie podjęcia decyzji o dalszym postępowaniu) byłoby konsylium multidyscyplinarne (z udziałem ginekologa, chirurga i gastrologa).

W przeciwieństwie do opinii biegłego ginekologa opinia chirurga była w pełni spójna i logicznie poprawna. Znajdowała zresztą częściowe potwierdzenie w stanowiskach pozostałych biegłych, jak też w dokumentach z akt sprawy karnej (zawierających opinie biegłych z zakresu: chirurgii, ginekologii i medycyny sądowej - k. 295). Mocy dowodowej tego dowodu nie podważała ocena, jaką wyrażono w nim co do przyczyny niedrożności jelita u poszkodowanej. Jak bowiem zasadnie podniósł biegły odpowiadając na zarzuty strony w tym zakresie, nie geneza, ale sposób leczenia tej patologii miał znaczenie dla oceny poprawności działania lekarzy (opinia uzupełniająca k. 387).

Niekwestionowanym przez biegłego chirurga było, że rozpoznanie wstępne w dniu 19 stycznia 2010 r., było prawidłowe. Skarżący, powołując się na brak „złotego standardu” i utrzymując, że postępowanie personelu medycznego mieściło się w granicach wyznaczonych aktualnymi wskazaniem wiedzy medycznej pomija jednak, że w świetle opinii biegłego chirurga, która opierała się o analizę zapisów w dokumentacji medycznej diagnoza ta obliżowała do niezwłocznego wykonania: badania RTG oraz konsultacji chirurgicznej (a nie internistycznej). Podobne wnioski płyną zresztą także z opinii pozostałych biegłych (opinia ginekologa k. 441, 444 i gastroenterologa k. 568). Te natomiast zrealizowano dopiero po dwóch dobach (21 stycznia 2010 r.). Co więcej, wynik wykonanego zdjęcia RTG (krótkie, liczne poziomy płynów) oraz badań biochemicznych z 19 stycznia 2010 r. (obrazujących stan zapalny) potwierdzały istnienie niedrożności jelita (opinia: ginekologa k. 416, k. 445 i chirurga k. 368) i kreowały potrzebę umieszczenia pacjentki na oddziale chirurgicznym, a nie ginekologicznym i gastrologicznym (opinia: chirurga k. 386; ginekologa k. 448, 450 oraz gastroenterologa k. 617). Według biegłego chirurga konieczne było już wówczas wdrożenie leczenia operacyjnego (opinia chirurga k. 368). W apelacji pozwanego niesłusznie podniesiono, że biegły chirurg uznał za dopuszczalne, żeby w powyższych okolicznościach personel medyczny przyjął wobec pacjentki postawę zachowawczą (zarzut I.5.a.). Wprawdzie wskazał on, że niektórzy lekarze wyczekują z reoperacją jamy brzusznej do chwili, gdy ujawnią się objawy otrzewnowe, niemniej podkreślił, że takie postępowanie nie było uzasadnione u poszkodowanej, która wykazywała już w chwili zgłoszenia się do szpitala w dniu 19 stycznia 2010 r. wiele innych „książkowych, klasycznych” objawów wysokiej niedrożności jelita cienkiego (k. 367, 368), zaś objawy otrzewnowe to tylko jedno ze wskazań do operowania. Pozwany co prawda słusznie podniósł, że biegły ginekolog wyraził odmienną ocenę, niż ta, którą opisano w zdaniu poprzednim. Jego stanowisko nie było jednak przekonywujące, bowiem oparł je nie na analizie objawów odnotowanych w dniu przyjęcia pacjentki i wyników wykonanych badań RTG i biochemicznych, ale wyłącznie na nieusprawiedliwionym założeniu, że skoro lekarze przyjęli postawę zachowawczą wobec poszkodowanej w pierwszych dniach jej pobytu w szpitalu, to było to medycznie uzasadnione (k. 444). Z jego opinii jednocześnie wynika, że striangulacja (niedrożność z zadziergnięciem) jest obligatoryjnym wskazaniem do pilnej interwencji chirurgicznej. Także biegły gastroenterolog wskazał, że w przypadku niedrożności mechanicznej chory jest hospitalizowany w oddziale chirurgicznym i w zdecydowanej większości przypadków podstawą leczenia jest leczenie zabiegowe. Cały panel postępowania diagnostycznego, nadzoru laboratoryjnego oraz opieki lekarsko-pielęgniarskiej prowadzony jest w wymienionym oddziale zabiegowym (k. 617)

W tych okolicznościach brak było podstaw żeby uznać za przekonywujący wniosek biegłych z zakresu ginekologii i z zakresu gastroenterologii, że również w późniejszym okresie nie wystąpiły uzasadnione przesłanki do wykonania operacji. Ocena ta pozostawała w rozdzwiewku z zasadami wiedzy medycznej, na jakie powołał się i cytował biegły ginekolog. Zgodnie z nimi okres obserwacji chorego, u którego utrzymują się objawy niedrożności, nie powinien trwać dłużej, niż 5 dni (k. 412 i 418). Biegły podniósł następnie, że część klinicystów wskazuje na możliwość dłuższego

czasu obserwacji chorego z utrzymującymi się dolegliwościami o charakterze podostrym, który jednak nie powinien przekraczać 5-7 dni, niemniej nie oparł tego stanowiska o weryfikowalne źródła (k. 446 - 447), a zauważyć należy, że w pozwanym szpitalu okres ten trwał jeszcze dłużej. Pacjentka nie została poddana operacji mimo, że w kolejnych dniach, także w przywołanych w apelacji dniach 24 i 25 stycznia 2010 r. ciągle wykazywała niepokojące dolegliwości i nie udało się uzyskać całkowitej reemisji objawów. Stwierdzono u niej wtedy (25 stycznia) m.in. fenomeny odsluchowe ze strony przewodu pokarmowego (wskazywało to na niedrożność - opinia ginekologa k. 445) oraz podwyższoną temperaturę, ból w jamie brzusznej, osłabienie ogólne, miała nadal założoną sondę; nie odnotowano (nie zebrano?) informacji odnośnie występowania nudności, wymiotów (które utrzymywały się 23 stycznia - k. 438).

Powyższe objawy świadczyły też, że sonda żołądkowa, którą założono jej w dniu 22 stycznia 2010 r., nie zniwelowała cech niedrożności jelita. To z kolei, zgodnie ze standardami medycznymi jakie przytoczył biegły ginekolog, obligowało do przeprowadzenia badania komputerowego jamy brzusznej z doustnym kontrastem. Pozwoliłoby ono z czułością od 83% do 95% wykluczyć albo potwierdzić i zlokalizować patologię jelita, a tym samym wykluczyć lub ustalić konieczność ewentualnej operacji (k. 426). Mimo to, nie wykonano go zarówno na oddziale ginekologii, jak i gastrologii (opinia ginekologa k. 448).

Nadto, wbrew temu na co powołał się pozwany, terapia farmakologiczna, jaką zastosowano w okresie jej pobytu na tym drugim oddziale (od 27 stycznia do 3 lutego 2010 r.), nie była dla niej korzystna i jak wskazał biegły gastroenterolog, powodowała jedynie zamazywanie obrazu klinicznego i utrudniła prawidłową diagnozę (k. 569). Tym niemniej jej postawienie było z pewnością możliwe po wykonaniu kolejnego badania RTG w dniu 1 lutego 2010 r., które wykazało cechy niedrożności jelit (opinia gastrologa k. 618). Powyższy obraz diagnostyczny powinien skłonić lekarzy do tego, aby otworzyć jamę brzuszną pacjentki już 2 lutego 2010 r. (k. 295; k. 464 akt karnych; opinie biegłych z zakresu chirurgii i medycyny sądowej; również biegły gastroenterolog podał, że dalsze badania powinny mieć charakter natychmiastowy - „citowy” k. 618). Zamiast tego dopiero 3 lutego 2010 r. wykonano u niej kolejne badania, a operację zrealizowano dopiero w dniu następnym (4 lutego 2010 r.).

Zarzuty apelacji natury procesowej były bezprzedmiotowe w części, w jakiej dotyczyły pobytu poszkodowanej w szpitalu od 11 do 17 stycznia 2010 r. i jej wypisu w 5 dobie po operacji, bowiem uwagi biegłych w tym zakresie i ustalenia sądu oparte na nich nie doprowadziły do wniosku, że ewentualne uchybienia lekarzy z tamtego okresu, pozostawały w normalnym związku przyczynowym z jej śmiercią, a tym samym, że miały znaczenie w świetle przesłanek materialnych powództwa.

W tych okolicznościach, także w ocenie Sądu Apelacyjnego, opisane w opiniach biegłych standardy staranności, które powinny być zachowane po wstępnym rozpoznaniu niedrożności jelita cienkiego, nie zostały dochowane. Nie było uzasadnione powoływanie się przez pozwanego na niejasny kliniczny przebieg choroby, na co wskazują jednoznacznie zinterpretowane przez biegłego chirurga wyniki wywiadu zebranego od pacjentki przy przyjęciu do szpitala, wyniki zdjęcia RTG i badań biochemicznych, jako klasyczne objawy wysokiej niedrożności jelita, które nie uzasadniały wstrzymywania się od wykonania operacji, mimo braku objawów otrzewnowych. W konsekwencji, nie mogło być uznane za uzasadnione przyjęcie postawy wyczekującej i leczenia zachowawczego oraz przetrzymywanie pacjentki na oddziale ginekologicznym, a następnie gastrologicznym i niepodejmowanie operacji aż do 4 lutego 2010 r. pomimo potwierdzenia w wywiadzie od pacjentki, w wykonanym zdjęciu RTG i badaniach biochemicznych klasycznych objawów wysokiej niedrożności jelita cienkiego, a w kolejnych dniach pobytu w szpitalu, pomimo braku wyraźnej poprawy i niepowodzenia w uzyskaniu reemisji objawów. Przy uwzględnieniu opinii biegłych, zwłaszcza zaś biegłego chirurga, który jest specjalistą najbardziej kompetentnym do oceny procesu leczenia tego rodzaju patologii, jaka wystąpiła u żony powoda i przedstawił w tej kwestii stanowcze, jednoznaczne i dobrze umotywowane wnioski, zasadnym jest przyjęcie, że było to działanie nieadekwatne do stanu pacjentki, sprzeczne z zasadami postępowania obowiązującymi w tego rodzaju przypadkach i stanowiło o naruszeniu wymaganych od lekarzy standardów staranności (art. 355 § 2 KC). Uzasadnia jednocześnie przekonanie powoda o nagannym zachowaniu pracowników pozwanego, którzy nie interweniowali w sposób adekwatny do znanych im i odnotowanych w dokumentacji faktów oraz zgłaszanych subiektywnych odczuć pacjentki. Opisane działania personelu były niezgodne

z ustawowymi gwarancjami należytej staranności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Podsumowując, Sąd Apelacyjny dokonując własnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego zaaprobował i uznał za własne ustalenia i wnioski Sądu pierwszej instancji w zasadniczej części, a zarzuty sformułowane w apelacji pozwanego skierowane przeciwko ustaleniom faktycznym i ocenie dowodów uznał za niezasadne.

W stanie faktycznym sprawy sprostowania wymaga jedynie ustalenie w zakresie wysokości emerytury otrzymywanej przez żonę powoda, bowiem z przedłożonych przez powoda deklaracji PIT za lata 2008 - 2010 (k. 152 i nast.) wynika, wbrew temu co przyjął Sąd Okręgowy, że powód uzyskiwał nieco wyższy dochód od żony i tak w 2008 r. dochód powoda kształtował się w wysokości ok. 1.041 zł brutto miesięcznie, a jego żony ok. 987 zł brutto, w 2009 r. odpowiednio: 1.106 zł i 1.044 zł, w 2010 r. odpowiednio: 1.160 zł i 1.070 zł.

Przechodząc do zarzutów obu apelacji odnoszących się do naruszenia przepisów prawa materialnego - art. 446 § 2, 3 i 4 k.c. należy wskazać, że hipoteza § 4 tego przepisu obejmuje powstanie uszczerbku niemajątkowego, który, jak w przypadku powoda, pozostaje w związku z naruszeniem jego dobra osobistego w postaci prawa do życia w pełnej rodzinie (patrz: wyrok SN z 12 września 2013 r. IV CSK 87/13). Strony mogą skutecznie kwestionować wysokość zadośćuczynienia, które zasądzone na podstawie powyższej normy prawnej jedynie wtedy, gdy jest ono niewspółmiernie nieodpowiednie, to jest rażąco zaniżone albo rażąco zawyżone (patrz: wyrok SN z 16 grudnia 2014 r. I PK 124/14). Ocena, że zachodzą podstawy do jego modyfikacji, może zostać powzięta w sytuacji w której, nie uwzględniono, lub nie nadano należytej doniosłości kryteriom, jakie miały wpływ na rozmiar świadczenia z art. 446 § 4 k.c. Do tych ostatnich należą m.in. okoliczności, które decydują o wielkości krzywdy poszkodowanego, to jest: dramatyzm doznań, poczucie osamotnienia i pustki, cierpienie moralne i wstrząs psychiczny, rodzaj i intensywność więzi łączącej stronę z osobą zmarłą, wystąpienie zaburzeń będących skutkiem śmierci bliskiej osoby (np. nerwicy, depresji), stopień w jakim pokrzywdzony będzie umiał się znaleźć w nowej rzeczywistości i zdolności jej zaakceptowania, leczenie doznanej traumy (patrz: wyrok SN z 28 maja 2014 r. I CSK 332/13).

Zastosowanie powyższych kryteriów do powoda prowadzi do wniosku, że kwota zadośćuczynienia, jaką ewentualnie jest skłonny zapłacić powodowi pozwany (20.000 zł), byłaby rażąco zaniżona. Niekwestionowane były ustalenia, jakie poczynił Sąd Okręgowy odnośnie dramatycznych okoliczności śmierci poszkodowanej i silnej więzi, jaka łączyła ją z mężem przez 28 lat wspólnego pożycia (opinia biegłych psychologa i psychiatry k. 596). Jej śmierć była dla powoda szczególnie dotkliwa również z tej przyczyny, że utracił wsparcie na starość oraz pomoc, która w związku z niedomaganiem ruchowymi była mu niezbędna przy wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego. Powód do chwili obecnej, pomimo upływu ponad 7 lat od śmierci żony, nie pogodził się ze stratą, przedłuża się u niego reakcja żałoby z objawami zespołu depresyjnego lekkiego. Przez okres dwóch lat objawy zespołu depresyjnego miały większy stopień natężenia, powód całkowicie izolował się od otoczenia, towarzyszyły im wybuchy płaczu i zaburzenia snu. Okoliczności te oraz wiek powoda (ur. (...)) ograniczają prawdopodobieństwo, że z czasem powróci on do takiego normalnego życia, jakie wiódł przed śmiercią żony, ułoży sobie życie z inną partnerką.

Powód słusznie podniósł, że nie można bagatelizować bólu i cierpienia, jakie wywołała u niego śmierć żony. Wprawdzie w uzasadnieniu skarżonego wyroku wyrażono prawidłową ocenę, że uwarunkowania charakteru czynią go podatnym na niepomyślne bodźce (opinia psychologa i psychiatry k. 596), niemniej fakt ten nie należy do przesłanek ograniczających wysokość zadośćuczynienia. Można zatem zgodzić się z apelacją powoda, że rozmiar, intensywność i długotrwałość jego cierpienia w związku ze śmiercią żony nie zostały dostatecznie wzięte pod uwagę przez Sąd Okręgowy przy ustalaniu rozmiaru świadczenia z art. 446 § 4 k.c. przez co została zasądzona kwota zadośćuczynienia rażąco zaniżona. W ocenie Sądu Apelacyjnego, odpowiednie w tym stanie rzeczy jest zadośćuczynienie w kwocie 150.000 zł. Dopiero takie świadczenie należycie zrealizuje swoją kompensacyjną funkcję, a jednocześnie nie będzie wykraczało ponad aktualne warunki i przeciętną stopę życiową społeczeństwa.

Oceniając z kolei apelację stron w zakresie zarzucającym naruszenie art. 446 § 3 k.c. należy przypomnieć, że celem odszkodowania, które przewiduje ten przepis, jest wyrównanie szkody majątkowej, która wynika ze znacznego

pogorszenia sytuacji życiowej poszkodowanego wskutek śmierci osoby bliskiej. Pod pojęciem znacznego pogorszenia sytuacji życiowej, o którym mowa w art. 446 § 3 k.c., należy rozumieć nie tylko pogorszenie się sytuacji materialnej osoby bliskiej zmarłego poszkodowanego. Chodzi tu wprawdzie o szkodę o charakterze majątkowym, jednakże najczęściej ściśle powiązaną i przeplatającą się z uszczerbkiem o charakterze niemajątkowym, a więc o szkodę często trudną do uchwycenia i ścisłego matematycznie zmierzenia, którą zazwyczaj wywołuje śmierć najbliższego członka rodziny (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 lutego 2004 r., II CK 17/2003, Lex nr 365840). Taki szczególny charakter szkody rekompensowanej „stosownym”, a nie „należnym” odszkodowaniem oznacza w konsekwencji potrzebę daleko idącej indywidualizacji zakresu świadczeń przysługujących na podstawie art. 446 § 3 k.c. Celem tego świadczenia jest umożliwienie uprawnionemu przystosowania się do zmienionych warunków. Znaczne pogorszenie sytuacji życiowej w rozumieniu art. 446 § 3 k.c. obejmuje zatem nieuchwytne i trudne do wyliczenia szkody nie tylko polegające na pogorszeniu sytuacji materialnej, lecz także na utracie realnej możliwości polepszenia, a nawet tylko ustabilizowania szeroko rozumianej sytuacji życiowej. Wskazanie w powyższym przepisie, że odszkodowanie to ma być „stosowne”, a nie „należne” umożliwia sądowi przyznanie sumy odpowiedniej, podlegającej dyskrecjonalnej ocenie sędziego. Sąd pierwszej instancji co do zasady słusznie przyjął, że w okolicznościach tej sprawy można stwierdzić wystąpienie przesłanek z omawianego przepisu, a kwota 50.000 zł zasądzona przez Sąd Okręgowy jest wynikiem trafnego wyważenia wszystkich istotnych okoliczności, nie jest ani rażąco zawyżona, ani zaniżona i odpowiada poczuciu sprawiedliwości. Niewątpliwie, wystąpiło obiektywne pogorszenie pozycji życiowej powoda w świecie zewnętrznym. Fakt, iż powód nie zaciągnął żadnych pożyczek czy kredytów dla poratowania swojej sytuacji życiowej, a nadto korzysta ze świadczeń socjalnych, w tym dodatku mieszkaniowego nie zwalnia pozwanego od obowiązku naprawienia szkody i zapłaty odszkodowania.

Sąd Okręgowy rozstrzygając o wysokości odszkodowania podkreślił przede wszystkim, że żona powoda w równym stopniu przyczyniała się do zapewnienia rodzinie środków do życia, jak i stanowiła dla powoda nieocenione wsparcie w codziennym życiu. Niepieniężne jej świadczenia na rzecz powoda, aczkolwiek trudne do oszacowania, miały swój materialny aspekt, gdyż zwalniały go z konieczności pokrywania ich kosztów. Z chwilą jej śmierci powód musi sam ze swoich skromnych dochodów pokrywać koszty prowadzenia gospodarstwa domowego, a aby uzyskać faktyczną pomoc innej osoby w codziennym życiu o porównywalnym standardzie, jak świadczona dotychczas przez żonę musiałby pokrywać jej koszty, co miałyby dalszy negatywny wpływ na jego sytuację życiową i to w stopniu znacznym. Oceniając pogorszenie sytuacji życiowej powoda w związku ze śmiercią żony uwzględnić należy jej rolę w rodzinie, zapobiegliwość, jej starania o zapewnienie powodowi właściwych warunków życiowych i opieki.

Mając na uwadze powyższe, wbrew zarzutowi apelacyjnemu pozwanego należało uznać, że Sąd Okręgowy zasadnie zasądził na rzecz powoda stosowne odszkodowanie, a przy tym nie sposób uznać, że zasądzona kwota jest wygórowana.

Z kolei odnosząc się do apelacji powoda w tym zakresie należy wskazać, że wysokość ustalonego w ten sposób świadczenia, nie może być nadto oderwana od realiów ekonomicznych i poziomu życia, które zapewniała mu osoba bliska, co Sąd Okręgowy słusznie wziął pod uwagę (patrz także: wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 20 września 2012 r. I ACa 983/113). Nie bez wpływu na wysokość świadczenia pozostaje również fakt, że wsparcie żony w wykonywaniu czynności życia codziennego uległoby z czasem osłabieniu z uwagi na jej wiek (58 lat w chwili śmierci). Z uwagi na te okoliczności nie można stwierdzić, że niedostatecznie uwzględniono uszczerbek, jaki poniósł powód na skutek utraty pomocy małżonka.

Przechodząc w następnej kolejności do oceny apelacji pozwanego w zakresie, w jakim kwestionowała rozstrzygnięcie, które oparto o art. 446 § 2 k.c. należy przypomnieć, że zgodnie z treścią tego przepisu osoba, względem której ciążył na zmarłym ustawowy obowiązek alimentacyjny, może żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody renty obliczonej stosownie do potrzeb poszkodowanego oraz możliwości zarobkowych i majątkowych zmarłego. Jak podnosi się w orzecznictwie, jej wysokości powinna odpowiadać świadczeniu, które uprawniony mógłby hipotetycznie uzyskać od osoby bliskiej np. w oparciu o art. 27 k.r.o. (patrz: Kodeks cywilny. T. K.. Art. 1 - 449¹¹. R.. prof. dr hab. M. G., pkt 3 art. 446; L.).

W ustalonym stanie faktycznym, nieznacznie tylko skorygowanym przez Sąd II instancji (co do wysokości emerytury uzyskiwanej przez żonę powoda) Sąd Okręgowy niesłusznie ocenił że, powyższe przesłanki zostały spełnione. W uzasadnieniu skarżonego orzeczenia prawidłowo wskazał, że powoda i poszkodowaną łączył związek małżeński, który kreował u nich obowiązek wzajemnego przyczyniania się do zaspokajania potrzeb rodziny (art. 27 k.r.o.). Okoliczność ta nie przesądziła jednak o zasadności powództwa o rentę bowiem, w oparciu o doświadczenie życiowe można stwierdzić, że niewielkie dochody, które uzyskiwała poszkodowana mogły wystarczać jedynie na pokrycie na dość skromnym poziomie jej własnych potrzeb, których nie sposób szacować niżej, niż potrzeby powoda. Z uwagi na wiek, jaki miała w chwili śmierci (58 lat) oraz stan zdrowia nie było również prawdopodobne, że mogłaby podejmować czynności przynoszące jej dodatkowy dochód poza emeryturą. Nie dysponowała zatem możliwościami zarobkowymi i majątkowymi, które pozwoliłyby na hipotetyczne spełnianie pieniężnych świadczeń alimentacyjnych na rzecz męża. W tych okolicznościach brak jest podstaw do stwierdzenia, że zostały wykazane przesłanki zasądzenia renty w oparciu o przepis art. 466 § 2 k.c., a żądanie powoda należało oddalić w tej części.

Z tych względów orzeczono, jak w sentencji na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. i art. 385 k.p.c.

Zmiana zaskarżonego wyroku niosła za sobą konieczność modyfikacji rozstrzygnięcia o kosztach procesu za I instancję. Pozwany przegrał proces w ok. 2/3, a powód w około 1/3 zatem w ostatecznym rozrachunku, przy zastosowaniu zasady stosunkowego rozdzielenia kosztów i uwzględnieniu, zgodnie z żądaniami stron, wynagrodzeń pełnomocników w podwójnej stawce minimalnej wg mających zastosowanie rozporządzeń Ministra Sprawiedliwości z 28 września 2012 r. (po 14.400 zł) pozwany ostatecznie powinien zwrócić powodowi część kosztów procesu w kwocie 4.800 zł (art. 100 zd. 1 k.p.c.).

Wbrew stanowisku jakie zaprezentował powód w apelacji, nie było wystarczających podstaw, żeby zastosować art. 100 zd. 2 k.p.c. Przepis ten ma charakter fakultatywny, a jego dyspozycja nie powinna aktualizować się w sytuacji, gdy jak w niniejszej sprawie, żądanie o zadośćuczynienie i odszkodowanie znacznie odbiegało od wysokości świadczeń zasądzonych.

Z tych samych przyczyn Sąd Apelacyjny zmienił rozstrzygnięcie o brakujących kosztach sądowych, których nie uściły strony. Zasadził je od pozwanego (art. 113 ust. 1 u.k.s.c. w zw. z art. 100 zd. 1 k.p.c.) i od powoda z zasądzonego roszczenia (art. 113 ust. 1 i ust. 2 u.k.s.c. w zw. z art. 100 zd. 1 k.p.c.) odpowiednio do wyniku postępowania pierwszoinstancyjnego.

Orzekając na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c. o kosztach procesu w instancji odwoławczej, przy uwzględnieniu stopnia wygrania procesu: powód - 2/3, pozwany - 1/3 i obowiązującej drugoinstancyjnej stawki wynagrodzenia pełnomocników stron (0,75% z kwoty 14.400 zł) należało zasądzić od pozwanego na rzecz powoda 3.600 zł. W postępowaniu apelacyjnym do ustalenia wynagrodzenia należnego pełnomocnikom zastosowanie miał przepis § 2 pkt 7 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzeń Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. 2015 r., poz. 1800) i opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. 2015 r. poz. 1804) w wersji obowiązującej przed wejściem w życie zmian dokonanych rozporządzeniami Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. zmieniającymi rozporządzenia w sprawie opłat za czynności adwokackie i w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. z 2016 r., poz. 1668 i poz. 1667) bowiem z § 21 tych ostatnich rozporządzeń wynika, że do spraw wszczętych i niezakończonych przed dniem ich wejścia w życie stosuje się przepisy dotychczasowe do czasu zakończenia postępowania w danej instancji. Apelacje w tej sprawie wpłynęły natomiast we wrześniu 2016 r., czyli przed obniżeniem stawek ww. rozporządzeniami zmieniającymi.

O brakujących kosztach sądowych w postępowaniu apelacyjnym (opłaty od apelacji powoda - 7.500 zł i pozwanego - 7.740 zł), orzeczono na podstawie art. 113 ust. 1 i ust. 2 i 114 u.k.s.c. w zw. z art. 100 zd. 1 k.p.c.

(...)