

Sygn. akt I ACa 74/18

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 października 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Anna Kowacz-Braun (spr.)
Sędziowie:	SSA Paweł Rygiel SSO del. Wojciech Żukowski
Protokolant:	st. sekr. sądowy Beata Zaczyk

po rozpoznaniu w dniu 25 października 2018 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa J. M. (1)

przeciwko Szpitalowi (...)w Z.

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Nowym Sączu

z dnia 17 listopada 2017 r. sygn. akt I C 601/15

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od strony pozwanej na rzecz powódki kwotę 2.700 zł (dwa tysiące siedemset złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.**

SSA Paweł Rygiel SSA Anna Kowacz – Braun SSO Wojciech Żukowski

I ACa 74/18

UZASADNIENIE

wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 25 października 2018 r.

Sąd Okręgowy w Nowym Sączu wyrokiem z dnia 17 listopada 2017 r.:

1. zasądził od pozwanego Szpitala (...)w Z. na rzecz powódki J. M. (1) kwotę 25 000 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 8 kwietnia 2014 r. do dnia zapłaty;
2. w pozostałej części powództwo oddalił;
3. nakazał ściągnąć od pozwanego Szpitala (...)w Z. na rzecz Skarbu Państwa kwotę 253 zł z tytułu kosztów sądowych;
4. pozostałe koszty postępowania między stronami wzajemnie zniósł.

Orzeczenie to Sąd Okręgowy poprzedził następującymi ustaleniami.

W grudniu 2012 r. powódka J. M. (1) zgłosiła się do Poradni Chorób Naczyń przy Szpitalu (...) w Z. w związku z dolegliwościami ze strony lewej nogi. Już wcześniej przeszła operację usuwania żylaków z lewej kończyny dolnej w pozwanym szpitalu w 1998 r.. Stwierdzono u niej żylaki nawrotowe lewej kończyny dolnej, zalecając leczenie operacyjne. Powódka była konsultowana przez dr K. S., który w ramach wizyt lekarskich informował powódkę o leczeniu operacyjnym żylaków sposobem klasycznym, znieczuleniu jakie zamierza zastosować, ewentualnych powikłaniach w tym krwawieniu w rozumieniu medycznego pojęcia krwotoku, sposobie postępowania pacjenta po zabiegu, możliwości wstania po zabiegu dopiero po 2-3 godzinach w asyście pielęgniarki. Informował również o konieczności zaopatrzenia się w bandaż elastyczny, które należy przynieść do szpitala. Powódka 22 grudnia 2012 r. otrzymała skierowanie do szpitala, z terminem zabiegu operacyjnego usunięcia żylaków wyznaczonym na dzień 10 stycznia 2013 r.

Dnia 10 stycznia 2013 r. powódka zgłosiła się do pozwanego Szpitala, gdzie została przyjęta na Oddział Chirurgiczny Ogólny z Pododdziałem Urologii. Po przyjęciu powódkę zakwalifikowano do zabiegu safenektomii, który został zaplanowany na dzień następnny. W okresie przedoperacyjnym nie wykonano u powódki żadnych badań, w tym nie oznaczono jej grupy krwi.

Powódka pozostawała w leczeniu do 22 stycznia 2013r. z rozpoznaniem wstępnym żylaki nawrotowe lewej kończyny dolnej i rozpoznaniem ostatecznym: żylaki nawrotowe lewej kończyny dolnej, krwawienie pooperacyjne z krwiakiem pachwiny lewej, zakażenie górnych dróg oddechowych. W wywiadzie odnotowano, iż przyjęta do leczenia z powodu nawrotowych żylaków lewej kończyny dolnej. W badaniu fizykalnym stwierdzono, iż powódka jest w stanie ogólnym dobrym, otyła, krążeniowo i oddechowo wydolna, opisano żylaki nawrotowe lewej kończyny dolnej. Powódka zgłosiła się z wynikiem badania usg z 5 grudnia 2012r.

W dniu 11 stycznia 2013 r. powódka podpisała świadomą zgodę na zabieg operacji żylaków lewej kończyny. Oświadczyła, że została poinformowana o metodach leczenia, sposobie przeprowadzania planowego zabiegu, typowych i nietypowych następstwach i powikłaniach planowanego zabiegu, a także sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu. Oświadczyła, że informacja przekazana jej przez lekarza była dla niej w pełni zrozumiała i jasna. W trakcie rozmowy z lekarzem miała możliwość zadawania pytań dotyczących postępowania medycznego.

Dnia 11 stycznia 2013 r. powódka została zgodnie z planem przewieziona na salę operacyjną. Zabieg rozpoczął się o godzinie 13.25 a zakończył o godzinie 14.20. Przed zabiegiem powódki operowano innego pacjenta do godz. 13.05. Odstęp między zabiegami trwał 20 minut i w tym czasie dokonywano dezynfekcji sali operacyjnej. Podłogę umyło środkiem M.. Do dezynfekcji sprzętu medycznego przedmiotów na sali operacyjnej w styczniu 2013 r. używano środków J.II.. W procedurze dekontaminacji sali operacyjnej rozpisany był środek J.. W książce zabiegów jako datę zabiegu wpisano 10 stycznia 2013 r. nie podpisał się w niej lekarz rezydent. W styczniu 2013 r. w pozwanym szpitalu nie było zgłoszeń zarażenia gronkowcem złocistym.

Operatorem powódki był dr K. S., który samodzielnie przeprowadził cały zabieg, jak również znieczulenie miejscowe. Asystował mu lekarz rezydent G. F.. Pielęgniarką tzw. brudną była A. N.. Podczas zabiegu powódki nie było pielęgniarki czystej-instrumentariuszki. Sterylne narzędzia do operacji w rozpakowanych opakowaniach podawała lekarzowi pielęgniarka brudna, lekarz sam wyciągał narzędzia operacyjne z opakowań.

Zabieg przeprowadzono w znieczuleniu miejscowym nasiękowym, znieczulenie dotyczyło tylko kończyny dolnej lewej. Sam zabieg polegał na podwiązaniu kikutu żyły odpiszczelowej dodatkowej oraz usunięciu tej żyły, a także na miejscowym usunięciu żyłaków. W ramach zabiegu wykorzystano materiał operacyjny w postaci m.in. gazików o rozmiarze 10 na 10 centymetrów. Po operacji pielęgniarka i lekarz przeliczali ilość użytego materiału, nie stwierdzając braków. W protokole operacji brak jednak wpisów dotyczących zgodności inwentaryzacji materiału sprzed i po operacji.

W trakcie trwania samego zabiegu operator po raz drugi informował powódkę o przebiegu zabiegu oraz o zaleceniach związanych z okresem pooperacyjnym, sposobie wstawiania po zabiegu. Pozwalało na to zastosowane znieczulenie.

Powódka po zabiegu została przewieziona na salę pooperacyjną. Leżała w łóżku, a po około 2 godzinach zalecono powódce opuszczenie szpitala. Powódka zadzwoniła po swojego męża, aby przyjechał ją odebrać. Następnie zaczęła przygotowywać się do opuszczenia szpitala. Wstała z łóżka, poczuła, że znieczulenie ustąpiło i samodzielnie udała się do łazienki celem zmiany odzieży. W trakcie przebierania się zsunął się jej bandaż elastyczny z lewej nogi i doszło do gwałtownego krwawienia (o godz. 16.50) z rany pooperacyjnej. Inna pacjentka słysząc wołania powódki poinformowała personel medyczny. Pomocy udzielili powódce pielęgniarka i lekarz J. D.. Po krwawieniu J. D. nie otwierał rany, skupił się na zatamowaniu krwawienia. Powódkę położono do łóżka, zmieniono jej opatrunki. W wyniku krwotoku z rany pooperacyjnej u powódki powstał następny krwiak pachwiny lewej. Powódkę pozostawiono w szpitalu. Była ona słaba i bardzo wystraszona.

Do 14 stycznia 2013 r. powódka była unieruchomiona, nie mogła wstawać. Założono jej cewnik. Dnia 15 stycznia 2013 r. wykonano jej badanie USG D. żył głębokich kończyn dolnych, które to badanie uwidocznilo obrzęk tkanek miękkich, uniemożliwiający dokładną ocenę żył głębokich. Dnia 14 stycznia 2014 r. zaobserwowano naciek zapalny w pachwinie powódki. Doprowadziło to do wdrożenia antybiotykoterapii – podano powódce D. (dnia 14 oraz 15 stycznia 2013 r.). Dnia 16 stycznia 2013 r. powódce założono wkłucie centralne, a to przez wzgląd na fakt, że utrata znacznej ilości krwi, do której doszło w trakcie pooperacyjnego krwotoku, nie pozwalała na skuteczne wkłucie się do rąk powódki. Na wkłucie centralne powódka także wyraziła osobną zgodę na piśmie. Za pośrednictwem wkłucia centralnego powódce podawano kroplówkę, a także w związku z zaniżonymi wartościami morfotycznymi krwi przetoczono powódce 2 jednostki osocza (...). Dnia 17 stycznia 2013 r. stwierdzono wysięk treści hemolizowanej z rany pooperacyjnej powódki, który utrzymywał się w kolejnych dniach. Nie pobrano materiału z rany pooperacyjnej do badania bakteriologicznego.

W dniu 20 stycznia 2013 r. u powódki pojawił się kaszel, dlatego włączono biseptol w związku z infekcją górnych dróg oddechowych. Powódka została dnia 22 stycznia 2013 r. wypisana do domu z niezagojoną, obrzękniętą i sączącą raną pooperacyjną, chociaż w wypisie zapisano, że jej stan ogólny i miejscowy był dobry. Powódce zalecono przy wypisie kontrolę w przyszpitalnej Poradni Chirurgicznej, stosowanie opaski elastycznej do chodzenia, rejestry p/żyłakowe z II stopniem ucisku.

Powódka po wyjściu ze szpitala nie zgłosiła się zgodnie z zaleceniami do poradni przyszpitalnej na drugi dzień. Sama zmieniała sobie opatrunki. Na zmianę opatrunków przychodziła też pielęgniarka środowiskowa. Po wypisie powódka odczuwała silne dolegliwości bólowe ze strony operowanej kończyny, miała znaczne trudności z jej pełnym wyprostowaniem, a z rany pooperacyjnej wydzielala się ropa. Dopiero w dniu 26 stycznia 2013 roku powódka zgłosiła się do przyszpitalnej Poradni Chirurgicznej celem poddania się kontroli. Wówczas pobrano materiał z rany pooperacyjnej powódki na posiew do badania bakteriologicznego. Badanie to wykazało obecność bakterii gronkowca złocistego. Na wizycie w dniu 29 stycznia 2013 r., stwierdzono ropienie w pachwinie oraz wykonano płukanie rany solą fizjologiczną. Kolejna wizyta w Poradni odbyła się dnia 31 stycznia 2013 r., tj. już po wydaniu wyniku badania bakteriologicznego z 26 stycznia. W trakcie tej wizyty stwierdzono obecność ropnia, nacięto ropień i założono sączek i opatrunek. Lekarz prowadzący powódkę w przychodni przyszpitalnej J. D. zwracał powódce uwagę na to, że nie powinna wykonywać samodzielnie zmian opatrunków. Po wymianie zdań powódka zmieniła lekarza, w dniu 1 lutego 2013 r. przyjął już lek R. M., który zastosował antybiotykoterapię C..

Dnia 4 lutego 2013 r. powódka w trakcie przeprowadzania toalety rany zauważyła, że z rany wydostawało się ciało obce przypominające gazę. Powódka natychmiast udała się do Poradni Chirurgii Ogólnej pozwanego Szpitala, gdzie przyjmujący ją lekarz A. K. zidentyfikował ciało obce jako znajdujący się wewnątrz rany zaropiały gazik operacyjny o wymiarach 10 x 10 centymetrów. Lekarz posiłkując się ruchami skrętnymi/śrubowymi (rana miała długość ok. 2 centymetrów) usunął gazik z rany, a następnie ewakuował ropień w ranie oraz wypłukał ranę i założył sączek. Po usunięciu gazika z rany w dniu 4 lutego 2013r. już dwa dni później, bo w dniu 6 lutego 2013r. nastąpiła znacząca poprawa stanu zdrowia powódki. W dniu 8 lutego 2013r. nastąpiła dalsza zdecydowana poprawa, w dniu 11 lutego 2013r. lekarz dokonał rewizji rany i zlecił badania ogólne w kierunku stanu zapalnego. W dniu 13 lutego 2013r. pobrano ponownie materiał na posiew, rana była wówczas praktycznie wygojona, wskaźniki badań ogólnych były w normie, co świadczyło o braku uogólnionego stanu zapalnego. W dniu 18 lutego 2013r. otrzymano ujemne wyniki badania bakteriologicznego, wskazujące na to, że gronkowiec został całkowicie wyleczony. Rana o długości 1 cm nie miała odczynu zapalnego. W dniu 5 marca 2013r. powódka była już zdolna do pracy. W dniu 25 marca 2013r. rana była wyleczona bez obrzęku, leczenie zostało zakończone.

Powódka w dalszym ciągu odczuwała dolegliwości bólowe ze strony tej nogi, utrudniające jej poruszanie się. Dnia 3 października 2013 r. zgłosiła się do Szpitala (...)w K.. W ramach przeprowadzonej diagnostyki USG stwierdzono zakrzep żyły powierzchownej uda lewego. Powódka zgodnie z zaleceniami stosowała leczenie farmakologiczne oraz pończochę przeciw – żyłakową.

W związku z leczeniem szpitalnym u strony pozwanej powódka doznała traumy. Nie mogąc samodzielnie poradzić sobie z nią, powódka dnia 21 czerwca 2013 r. zgłosiła się po raz pierwszy do Poradni Zdrowia (...) pozwanego Szpitala. U powódki dnia 25 lipca 2013 r. stwierdzono podwyższony poziom neurotyzmu/poczucie chronicznego stresu, napięcia, stałe pogotowie lękowe, symptomy lęku głównie somatycznego w związku z przebytą operacją i komplikacjami związanymi z przebiegiem tej operacji. Od 21 czerwca 2013 r. powódka została objęta pomocą psychologiczną. Nie zażywała żadnych antydepresantów. Powódka bała się spać, wydawało się jej, że krwawi z rany pooperacyjnej, bała się, że umrze. Straciła zaufanie do lekarzy.

W okresie leczenia operacyjnego powódki pozwany Szpital posiadał obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą w E..

Powódka ma lat 58, wykształcenie średnie gastronomiczne. Z zawodu jest kasjerem, pracuje w administracji w przedszkolu. Mieszka z mężem i synami (w wieku 31 i 23 lata). Ma przyjaciół i znajomych. W czasie wolnym chodzi na język angielski i na aqua aerobik. Leczy się na nadciśnienie, ma problemy krążeniowe, z nogami, problemy z żyłakami nasiliły się po zabiegu z dnia 11 stycznia 2013 r. Ma za złe, że w pozwanym szpitalu po 2 godzinach od zabiegu, zdecydowano o jej wypisie. Z uwagi na powikłania pooperacyjne czuła się źle. Rana pooperacyjna długo się goiła. Cały czas uskarża się na problemy ze stanem i chodzeniem.

W dniu 19 sierpnia 2013 r. powódka złożyła wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego do Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w K.. We wniosku powódka domagała się przyznania na jej rzecz kwoty 100.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. W wyniku złożenia tego wniosku Komisja wszczęła postępowanie o sygn. akt: (...). Komisja dnia 8 kwietnia 2014 r. orzekła, iż zdarzenie polegające na leczeniu, w tym wykonaniu zabiegu operacyjnego w dniach od 10 stycznia 2013 r. do 22 stycznia 2013 r. w pozwanym Szpitalu, w następstwie którego doszło do uszkodzenia ciała oraz rozstroju zdrowia powódki jest zdarzeniem medycznym. Pozwany Szpital złożył wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Komisja rozpoznając sprawę w nowym składzie ostatecznie dnia 13 listopada 2014 r. wydała orzeczenie na mocy którego ponownie stwierdzono, że leczenie powódki w pozwanym Szpitalu jest zdarzeniem medycznym. W związku z powyższym pozwany Szpital w piśmie z dnia 12 grudnia 2014 r. złożył propozycję wypłaty powódce rekompensaty w wysokości 6.250,00 zł. Powódka, uznając tę propozycję za rażąco zaniżoną, odrzuciła ją oświadczeniem z dnia 29 grudnia 2014 r.

Na kończynie lewej powódki stwierdzono widoczne masywne żyłaki. W pachwinie lewej blizna biaława, pogrubiała ze zrostami. Na przyśrodkowej powierzchni lewego uda trzy gwiazdkowate blizny o wymiarach 1x1cm białawe.

Badanie psychologiczne powódki wykazało, że jest fatalistycznie nastawiona do osobistych nieszczęść i niepowodzeń, przedkłada marzenia na jawie nad doświadczenia rzeczywiste, ceni sobie uczucia wewnętrzne. Doświadcza silnego, wewnętrznego, poczucia niepokoju, nerwowości, trudności w odprężaniu się. Nie ma energii do działania, wykazuje tendencje do rezygnacji z realizacji planów. Odczuwa zwiększoną drażliwość, ma poczucie zmęczenia bez przyczyny. Przeciętnie doświadcza stresu związanego z możliwością spełniania oczekiwań i wymagań innych osób, zazwyczaj nie ma poczucia, że wymagania zewnętrzne przekraczają jej zasoby. Często przeżywa zmartwienia i obawy, trudności w realizacji celów, które wynikają z przekonania o własnej słabości i niewydolności. Przeżywa osamotnienie i niepokój wynikający z trudności w akceptowaniu swoich problemów z przeszłości, które ciągle są żywe. Nie potrafi sobie radzić w konfrontacji z samą sobą. W badaniu psychologicznym stwierdzono obecność zaburzeń osobowości u powódki w postaci zwiększonego pesymizmu, podatności na odczuwanie negatywnych emocji, ich wzmacniania, problemów w radzeniu sobie ze stresem i relacjach społecznych. Nie zostały one spowodowane przez leczenie operacyjne w styczniu 2013 r.. W związku z nimi do okresu pół roku po zabiegu powódka odczuwała nasilony stres w postaci zespołu adaptacyjnego, miała wtedy wysoki poziom lęku. Jej aktualne problemy są związane z funkcjonowaniem osobowości.

Powodem hospitalizacji powódki były nawrotowe żylaki kończyny dolnej lewej. W okresie pooperacyjnym wystąpiło krwawienie z rany, które zostało opanowane opatrunkiem uciskowym. Przedłużone krwawienie po tego rodzaju zabiegu może wystąpić w związku ze stosowaniem heparyny drobnocząsteczkowej. Kolejnym powikłaniem ujawnionym w 18 dobie po operacji był ropień w okolicy miejsca operowanego, który ewakuowano i sączkowano. Z dokumentacji medycznej wynika, iż nie stosowano profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej. Nieprawidłowym było odstępianie od podania profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej w bolusie na 30 do 45 minut przed cięciem skóry, w sytuacji gdy miejscem operowanym była pachwina osoby z dużą nadwagą, co stanowiło o podwyższonym ryzyku zakażenia miejsca operowanego, jakim był ewakuowany ropień. Sposób postępowania w przypadku krwotoku z rany operacyjnej był prawidłowy i wystarczający. Spionizowanie powódki w następnej dobie po zabiegu nie było przedwczesne. U powódki nacięto ropnia w dniu 31 stycznia 2013r., z zastosowaniem sączka, co było postępowaniem w pełni prawidłowym. Możliwe, iż wraz z sączkiem umieszczono w ranie gazik celem lepszej ewakuacji zbierającej się ropy. Kwestia kiedy umieszczono gazik w ranie nie jest możliwa do precyzyjnego ustalenia. Wprowadzenie gazika o wym. 10x10cm do rany operacyjnej o dł. 2cm nie stanowi większego problemu, gdy czyni się to z użyciem narzędzia chirurgicznego.

Istnieje adekwatny związek przyczynowy między zaniechaniem podania profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej w pozwanym szpitalu, a wystąpieniem ropnia w okolicy miejsca operowanego. Natomiast brak jest podstaw aby określić, w którym momencie udzielania świadczeń zdrowotnych powódce znalazł się w ranie gazik stwierdzony w dniu 04 lutego 2013r. Krwotok z rany pooperacyjnej, zwłaszcza po zabiegu naczyniowym usunięcia żyłaków kończyn dolnych, jest powikłaniem tego sposobu leczenia o czym powódka powinna zostać poinformowana udzielając świadomej zgody na zabieg operacyjny, zgodnie z treścią art.34. w związku z art. 31 ustęp 1 ustawy o lekarza i lekarza dentyście z 1996r.

Wystąpienie zaburzeń adaptacyjnych, w związku z powikłaniami, które miały miejsce po operacji w styczniu 2013 r., pozostaje w związku przyczynowym z naruszeniami zasad oczekiwanej staranności w stosunku do pacjenta, u którego planowano i wykonano leczenie chirurgiczne. Zabieg operacyjny pozostawia w swym naturalnym następstwie blizny, które wynikają z osobniczych właściwości tkanek każdego człowieka. Każde powikłanie ropne rany operacyjnej zmniejsza szansę na kosmetyczny wygląd blizny. Jak wynika z zapisów w książce z Bloku Operacyjnego zabieg operacyjny u powódki przeprowadzono w 20 minut po zakończeniu poprzedniego zabiegu. Cezury czasowe zakreślone w książce są na tyle mało precyzyjne, iż wydaje się być mało realnym, że w tym czasie poprzednią pacjentkę zdjęto ze stołu operacyjnego, przełożono na wózek, usunięto bieliznę dokonano dezynfekcji stołu operacyjnego i umyto podłogę w sali operacyjnej oczekując na jej wyschnięcie, następnie położono świeżą bieliznę operacyjną, przełożono powódkę na stół z wózka transportowego, dokonano mycia i odkażenia skóry i wykonano nacięcie skóry. Rozważania bez przeprowadzenia audytu z użyciem stopera w ręce czy był to wystarczający czas czy też nie jest trudne. Z punktu widzenia zakażenia miejsca operowanego, które wystąpiło, miało to znaczenie drugorzędne, bowiem znaczenie zasadnicze miał brak profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej.

Powstanie zakrzepu w żyłę powierzchwniej uda jest bez związku z leczeniem operacyjnym w pozwanym szpitalu a wynika wyłącznie z istoty schorzenia, jakim dotknięta jest powódka, to jest żylakowatością naczyń kończyn dolnych stanowiących predylekcję do żylniej choroby zakrzepowo –zatorowej. U powódki nastąpił trwały i długotrwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie nieprawidłowości w postępowaniu pozwanego z powodu: trwały – pogorszenia estetyki blizny pooperacyjnej 2% (poz.19a), długotrwały – zaburzeń adaptacyjnych związanych z nieprawidłowościami w postępowaniu pozwanego – 2,5% (poz. 10a). Łącznie trwały i długotrwały uszczerbek na zdrowiu wynosi 4,5%. Powódka jest osobą wyleczoną z wszelkich następstw nieprawidłowości w postępowaniu pozwanego.

W oparciu poczynione ustalenia Sąd Okręgowy uznał powództwo za częściowo uzasadnione.

Podstawę odpowiedzialności pozwanego szpitala stanowi art. 430 k.c. Odpowiedzialność samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. zachodzi tylko wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie: wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonych czynności. Ciężar dowodu w zakresie wykazania zarówno istnienia szkody i związku przyczynowego między powstaniem szkody a działaniem lub zaniechaniem sprawcy szkody, a także faktu, iż szkoda została wyrządzona z winy osoby pociągniętej do odpowiedzialności, spoczywa na poszkodowanym (art. 6 k.c.). Ponadto pomiędzy osobą powierzającą wykonanie danej czynności a tym, komu czynność powierzono musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza innej osobie wykonanie danej czynności, która to przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu. Podwładnym jest natomiast osoba zobowiązana do stosowania się do poleceń zwierzchnika. Zwierzchnikiem w rozumieniu art. 430 k.c. nie jest bezpośredni przełożony podwładnego, tylko podmiot (np. osoba prawna) powierzająca wykonanie danego zadania.

Wina podwładnego oparta jest na art. 415 k.c. i jej normalnym następstwem jest wyrządzenie szkody osobie trzeciej.

W ramach odpowiedzialności deliktowej stopień winy ma znaczenie drugorzędne, co oznacza, że sprawca szkody odpowiada w razie istnienia choćby lekkiego niedbalstwa. Do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c. nie jest potrzebne wykazanie, iż osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego; wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku. Wystarczy wykazanie, choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że zakład opieki zdrowotnej (obecnie podmiot leczniczy) ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta. Przesłanką odpowiedzialności jednostki medycznej za tzw. szkody medyczne jest wina lekarza (lub szerzej personelu medycznego), którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania (art. 415 k.c.). Element obiektywny występuje w przypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013r. IV CSK 431/12).

Powódka w pozwie wskazywała na szereg nieprawidłowości w postępowaniu personelu pozwanego szpitala podczas jej procesu leczenia żylaków kończyny dolnej lewej w okresie od 10 – 22 stycznia 2013 r.

Analiza okoliczności przedmiotowej sprawy oraz wnioski biegłych z CM(...) częściowo potwierdziły zasadność zarzutów powódki. Postępowanie dowodowe potwierdziło nieprawidłowość w procesie leczenia powódki polegające na braku zastosowania antybiotykoterapii u powódki w sytuacji gdy miejscem operowanym była pachwina osoby z dużą nadwagą, co stanowiło o podwyższonym ryzyku zakażenia miejsca operowanego. To zakażenie gronkowcem złocistym u powódki nastąpiło. Istnieje zatem adekwatny związek przyczynowy między zaniechaniem podania profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej w pozwanym szpitalu, a wystąpieniem ropnia w okolicy miejsca operowanego u powódki.

Postępowanie dowodowe nie wykazało, w którym momencie procesu leczniczego (czy podczas operacji w dniu 11 stycznia 2013 r., czy podczas nacięcia ropnia w dniu 31 stycznia 2013 r.) doszło do pozostawienia w ranie powódki gazika. Niemniej jednak ciało obce trafiło do rany powódki w ramach stosowania procedur medycznych u strony pozwanej, bądź w momencie samego zabiegu lub leczenia ambulatoryjnego powódki w przychodni. W świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego zaniechanie polegające na niezapewnieniu pacjentowi opieki wykwalifikowanego lekarza i pozostawienie po operacji w zeszytej ranie środków opatrunkowych nie może być potraktowane jako błąd w sztuce lekarskiej. Zaniechanie takie należy ocenić jako niedopełnienie ze strony ordynatora i lekarza dokonującego operacji obowiązków zachowania należytej staranności przy wykonywaniu swych funkcji, które uzasadnia odpowiedzialność państwowego zakładu leczniczego na podstawie art. 417 k.c. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 lutego 1967 I Cr 435/66).

Co do pozostałej części biegli ocenili postępowanie personelu medycznego pozwanego szpitala jako prawidłowe. Leczenie powikłań po zabiegowych u powódki tj. krwika i ropnia wg biegłych było prawidłowe. Z ustaleń faktycznych tej sprawy wynika również, że postępowanie personelu medycznego polegające na braku zachowania zasad dezynfekcji i dekontaminacji oraz braku pielęgniarstwa czystej przy zabiegu miało dla zakażenia operowanego na ciele powódki miejsca drugorzędne znaczenie. Zasadnicze znacznie dla powikłania ropniem rany pooperacyjnej u powódki miało niezastosowanie antybiotykoterapii okołoperacyjnej. Powyższe zaniechania dotyczące pewnych standardów medycznych Sąd Okręgowy uwzględnił jednak w kontekście naruszenia praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, gdyż powódka osobno wyartykułowała roszczenia o zadośćuczynienie z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Mając na względzie powyższe okoliczności Sąd Okręgowy podkreślił, iż stwierdzone uchybienia lekarzy pozwanego szpitala dotyczące braku zastosowania okołoperacyjnej antybiotykoterapii u powódki pozostają w sprzeczności z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko obowiązujące ustawodawstwo, ale także ukształtowane w społeczeństwie zasady współżycia społecznego. Wśród tych zasad niewątpliwie mieści się przeprowadzanie diagnozy i terapii zgodnie ze sztuką lekarską i najwyższą starannością, wymaganą od profesjonalisty. Jak trafnie zauważył Sąd Najwyższy, obowiązek dbałości o życie i zdrowie człowieka może wynikać nie tylko z normy ustawowej, ale zwykłego rozsądku popartego zasadami doświadczenia, które nakazują nie tylko unikanie niepodyktowanego koniecznością ryzyka, lecz także podjęcie niezbędnych czynności zapobiegających możliwości powstania zagrożenia dla życia i zdrowia człowieka (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 2 grudnia 2003 r., III CK 430/03, niepubl. oraz z dnia 29 października 2003 r., III CK 34/02, niepubl.).

Postępowanie lekarzy z pozwanego Szpitala, na których ciążyła odpowiedzialność za prawidłowy przebieg leczenia powódki należy ocenić jako bezprawne, a zarazem zawinione. Można im bowiem postawić zarzut niezachowania należytej staranności przy wykonywaniu powierzonych czynności odnośnie braku zastosowania antybiotykoterapii okołoperacyjnej i pozostawienie gazika w ranie.

Krzywda, której naprawienia może domagać się podmiot na podstawie art. 445 k.c., stanowi niemajątkowy skutek naruszenia dóbr osobistych, wywołany uszkodzeniem ciała, rozstrojem zdrowia. Uszczerbki te mogą polegać na fizycznych dolegliwościach i psychicznych cierpieniach bezpośrednio związanych ze stanem zdrowia, ale też z jego dalszymi następstwami w postaci odczuwanego dyskomfortu w wyglądzie, mobilności, poczuciu osamotnienia, nieprzydatności społecznej bądź nawet wykluczenia. Zadośćuczynienie przewidziane przepisem art. 445 k.c. ma przede wszystkim charakter kompensacyjny i tym samym jego wysokość musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość, jednak jego wysokość nie może być nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy i aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa, a więc powinna być utrzymana w rozsądnych granicach. Należy zatem przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia uwzględnić poziom życia w kraju i panujące aktualnie stosunki majątkowe, warunki życia społeczeństwa i przeciętną społeczną stopę życiową.

W ocenie Sądu Okręgowego, uzasadnione jest co do zasady żądanie zadośćuczynienia na rzecz powódki w wysokości 15.000 zł w związku z uszczerbkiem jakiego doznała na skutek powikłanego ropniem leczenia operacyjnego żyłaków kończyny dolnej lewej w pozwanym szpitalu. W związku z brakiem zastosowania antybiotykoterapii i powstaniem

ropnia doszło do pogorszenia estetyki blizny pooperacyjnej powódki po zabiegu i wystąpienia w związku z tym 2 % uszczerbku na zdrowiu. Brak zastosowania okołoperacyjnej antybiotykoterapii wpłynął niekorzystnie na samą długość leczenia powódki. Rekonwalescencja i proces gojenia rany przedłużył się do marca 2013 roku. W tym okresie przedłużonego gojenia powódka doznawała cierpień fizycznych oraz psychicznych. Te ostatnie szczególnie bardzo wpłynęły na jakość jej życia w okresie 6 miesięcy po leczeniu. Powódka nie mogła spać, cały czas obawiała się o swoje zdrowie i życie.

Dalsze roszczenie powódki o zadośćuczynienie z tego tytułu Sąd oddalił jako zawyżone. Proces leczenia powódki chociaż powikłany i przedłużony zakończył się z powodzeniem.

Odnośnie roszczenia powódki dotyczącego zasądzenia kwoty 20.000,00 zł za krzywdę doznaną w związku z zawinionym naruszeniem przez personel medyczny pozwanego Szpitala jej praw jako pacjenta, tj. prawa do informacji o stanie zdrowia oraz prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej— na podstawie art. 6 ust. 1 oraz art. 9 ust. 1 w zw. z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417):

Sąd Okręgowy przyznał powódce kwotę 10.000 zł zadośćuczynienia w związku z naruszeniem praw pacjenta tj. prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej— na podstawie art. 6 ust. 1 w zw. z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417). W pozostałym zakresie roszczenie powódki dotyczące naruszania praw pacjenta, tj. prawa do informacji o stanie zdrowia oddalił.

Zgodnie z art. 4 ust 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1318; zm.: Dz. U. z 2017 r. poz. 1524) w razie zawinonego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c.. Przepis ten przewiduje autonomiczne roszczenie o zadośćuczynienie za doznana krzywdę. Chodzi tu o prawa pacjenta m.in. do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6) oraz informacji o proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 9). Zgodnie z prezentowanym stanowiskiem doktryny celem regulacji art. 4 ust. 1 u.p.p. nie jest osłabienie ochrony pacjenta poprzez wskazanie tych naruszeń dóbr, w przypadku których uzasadnione jest roszczenie o zadośćuczynienie. Z tego względu należy opowiedzieć się za istnieniem zbiegu roszczeń z art. 448 k.c. i art. 4 ust. 1 u.p.p. Znaczenie art. 4 ust. 1 u.p.p. polega na tym, że wskazuje on *expressis verbis* te naruszenia praw pacjenta, które przesądzają o naruszeniu dobra osobistego. W związku z tym pokrzywdzony nie musi udowadniać, że doszło do naruszenia prawnie chronionego dobra osobistego – wystarczy wskazać konkretne naruszenie praw pacjenta. Do przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta nie jest konieczne spełnienie przesłanki szkody na osobie, może być ono przyznane za sam fakt naruszenia i nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia takiej szkody (tak w wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 15 kwietnia 2015 r., I ACa 816/14).

Zgodnie z art. 6 ust 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowi, że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Przywołana regulacja chroni uzasadnione oczekiwania pacjenta, że zastosowane wobec niego metody lecznicze i diagnostyczne odpowiadać będą jego potrzebom i jako oparte na sprawdzonych i aktualnych metodach będą świadczeniami odpowiedniej jakości. Ochrona gwarantowana w prawie obejmuje także naruszenie prawa do właściwego standardu opieki medycznej mogące wywołać u pacjenta ujemne doznania psychiczne, dyskomfort, utratę zaufania do leczących, nawet jeżeli nie spowodowało to szkód medycznych.

Naruszenie praw powódki jako pacjenta, definiowanych jako: prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadającym wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym jest oczywiste w świetle przeprowadzonej w niniejszej sprawie opinii

biegłych CM (...) oraz orzeczenia Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w K., która przypadek powódki rozpatrywała dwukrotnie.

Na gruncie art. 6 ust 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta powódka miała zagwarantowane prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej i zastosowania odpowiednich procedur medycznych. Tymczasem przed zabiegiem nie wykonano jej badania krwi z oznaczeniem grupy krwi, chociaż istniało ryzyko wystąpienia powikłań, było to zaniedbanie prawidłowego przygotowania pacjenta do zabiegu. Także w samym procesie leczenia pooperacyjnego powódki nie dochowano w pozwanym szpitalu należytej staranności, co potwierdziła w swoim orzeczeniu Wojewódzka Komisja do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. Podczas zabiegu operacyjnego powódki nie było pielęgniarki czystej – instrumentariuszki. Do nieprawidłowości doszło też w trakcie przeprowadzania dezynfekcji sali operacyjnej. Sam zabieg wykonywano w pośpiechu, o czym świadczą błędy pisarskie w dokumentacji medycznej oraz czas między kolejnymi zabiegami. Podczas leczenia powódki w pozwanym Szpitalu nie zapewniono jej zatem odpowiednich warunków, operowano ją w warunkach nie zapewniających bezpieczeństwa zdrowotnego. Te działania Sąd Okręgowy ocenił jako zawinione przez stronę pozwaną. Personel pozwanego szpitala nie poddał powódki profilaktycznie leczeniu antybiotykami, co doprowadziło do rozwinięcia się ropnia i to działanie personelu medycznego było nieprawidłowe. Powyższe jak też pozostawienie gazika w ranie powódki niewątpliwie wpłynęły na samą długość procesu leczenia powódki. Zwiększyły jej cierpienia fizyczne i w efekcie doprowadziły do pogorszenia stanu psychicznego powódki. Utratę zaufania do lekarzy. Ponadto jak wynika z opinii biegłego psychologa u powódki wystąpiły zaburzenia adaptacyjne w związku z powikłaniami, które miały miejsce, co pozostaje w związku przyczynowym z naruszeniami zasad oczekiwanej staranności w stosunku do pacjenta, u którego planowano i wykonano leczenie chirurgiczne.

W świetle art. 448 k.c. Sąd I instancji uznał, że kwotą adekwatną za napuszenie praw powódki z art. 6 ust 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, będzie 10.000 zł zadośćuczynienia.

Sąd Okręgowy odwołując się do treści art. 9 ust 2, 4, art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 31 ust 1, 2, 3, 4 i art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, stwierdził, że wśród przepisów tej ostatniej ustawy nie ma szczególnego przepisu określającego rozkład ciężaru dowodu, i to w sposób odmienny od ogólnej reguły wyrażonej w art. 6 k.c., przeto ten ostatni przepis stanowi podstawę dla przesądzenia, na której ze stron sporu spoczywa ciężar wykazania, że lekarz wykonał, wynikający z art. 31 ust. 1 ustawy, obowiązek udzielenia pacjentowi przystępnej informacji, i to w przedmiotowym zakresie wynikającym z treści tego przepisu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 303/04, OSP 2005, z. 11, poz. 131, z głosem M. Świdorskiej, OSP 2005, z. 11, s. 131). Zatem skoro obowiązek udzielenia informacji obciąża lekarza, który wywodzi z tego skutki prawne, to na nim zgodnie z art. 6 k.c. spoczywa obowiązek udowodnienia, że obowiązek ten został wypełniony. Dowodem mogą być odpowiednie zapisy w historii choroby wraz z podpisem pacjenta, wręczone mu informacje pisemne, zeznania świadków (por wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 24 marca 2016 r. I ACA 766/15).

Przeprowadzone postępowanie dowodowe wykazało, iż powódka była właściwie informowana o samym procesie leczniczym, ewentualnych powikłaniach i dalszych zleceniach. Wprawdzie podpisała tylko skrótową zgodę na zabieg operacyjny, który nie wyszczególniał żadnych konkretów, to o tych konkretach została przez K. S., lekarza operującego poinformowana dwukrotnie: na wizycie przedoperacyjnej i drugi raz w trakcie zabiegu, gdyż znieczulano ją tylko miejscowo. Sama powódka przesłuchiwana drugi raz na rozprawie w dniu 10 listopada 2017 r. wskazywała na szczegóły dotyczące zastosowanego u niej podczas zabiegu znieczulenia ogólnego i zaleceń pooperacyjnych w tym konieczność zaopatrzenia się w bandaże elastyczne. Były to nieodzowne elementy leczenia. Trudno powódce uwierzyć, że K. S. poinformował ją wybiórczo i przedstawił tylko okoliczności dotyczące znieczulenia miejscowego czy zalecił tylko zaopatrzenie się w bandaże, nie przedstawiając całej procedury planowanego zabiegu, ewentualnych powikłań, zleceń dotyczących chodzenia po zabiegu.

Zdaniem Sądu Okręgowego powódka wyraziła świadomą zgodę na wykonanie u niej zabiegu operacyjnego żyłaków, co poświadczyła w pisemnym oświadczeniu. Została przez lekarza poinformowana o metodach leczenia, sposobie

przeprowadzania planowego zabiegu, typowych i nietypowych następstwach i powikłaniach planowanego zabiegu, a także sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu, chociaż tych szczegółów nie pamięta. Także w dalszym procesie leczenia podczas przedłużonej hospitalizacji była informowana o samym procesie medycznym, wykonywanych dalej zabiegach i badaniach.

Ustawowe odsetki od zasądzonych świadczeń Sąd Okręgowy przyznał od dnia 8 kwietnia 2014 r. tj. daty wydania przez Wojewódzką Komisję do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w K. orzeczenia, iż zdarzenie polegające na leczeniu, w tym wykonaniu zabiegu operacyjnego w dniach od 10 stycznia 2013 r. do 22 stycznia 2013 r. w pozwanym Szpitalu, w następstwie którego doszło do uszkodzenia ciała oraz rozstroju zdrowia powódki jest zdarzeniem medycznym. Powódka domagała się zasądzenia ustawowych odsetek od zadośćuczynienia od dnia 19 września 2013 r. do dnia zapłaty tj. daty złożenia wniosku do w/w Komisji wraz z żądaniami finansowymi od szpitala. Nie udowodniła jednak, kiedy rzeczywiście pozwany szpital to pismo otrzymał. Ponadto Sąd uznał, że w przedmiotowej sprawie z uwagi na złożoność problematyki, data wskazana przez powódkę była datą przedwczesną, chociaż wynikała z art. 455 w związku z art. 481 k.c.. Wniosek powódki był oparty tylko na jej twierdzeniach. Dopiero w/w Komisja po przeprowadzeniu wnikliwego postępowania wskazała na nieprawidłowości, jakich dopuścił się pozwany Szpital w procesie leczenia powódki i od tej daty należy liczyć zwłokę pozwanego Szpitala.

Sąd oddalił żądanie powódki dotyczące ustalenia odpowiedzialności pozwanego Szpitala na przyszłość za dalsze jej szkody, które mogą ujawnić się w przyszłości jako konsekwencje przebiegu jej leczenia z uwagi na nieudowodnienie przez powódkę posiadania interesu prawnego w takim ustaleniu.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na zasadzie art. 100 k.p.c.

Apelację od tego wyroku, zaskarżając go w części uwzględniającej żądanie pozwu oraz orzeczenia o kosztach postępowania (punkty I, III i IV), wniosła strona pozwana, która zarzuciła:

1. niewyjaśnienie wszystkich istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy okoliczności faktycznych, polegające na niewyjaśnieniu: czy przy zabiegu usunięcia żyłaków wykonywanym w znieczuleniu miejscowym przewodowym obowiązują przepisy, wskazania producentów leków, wytyczne bądź standardy medyczne nakazujące zastosowanie okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej; czy przy tym zabiegu należało oznaczyć grupę krwi powódki;

2. sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, polegające na ustaleniu, że:

- nie zachowano zasad dezynfekcji i dekontaminacji sali operacyjnej, mimo iż wykazano zastosowanie dopuszczalnych środków dezynfekcji;

- skład zespołu operacyjnego przy zabiegu był nieodpowiedni, mimo ustalenia, iż weszli do niego lekarz operator, lekarz asystent i pielęgniarka;

- gazik w ranie pozostawiono w toku leczenia w pozwanym szpitalu, mimo ustalenia, iż powódka wbrew zaleceniom lekarza sama zmieniała opatrunki;

3. naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na treść rozstrzygnięcia:

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez zaniechanie wszechstronnego rozważenia całokształtu materiału dowodowego i dokonanie dowolnej oceny dowodów, w tym niezgodne z zasadami logiki uznanie, że oczywistym było obowiązywanie zasady współzycia społecznego nakazującej zastosowanie u powódki okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej;

- art. 100 k.p.c. poprzez wzajemne zniesienie kosztów;

4. naruszenie przepisów prawa materialnego, polegające na błędnej wykładni i niewłaściwym zastosowaniu:

- art. 415 k.c. i art. 430 k.c. poprzez ich błędna wykładnię, której wynikiem było niewłaściwe ich zastosowanie, polegające na błędnej interpretacji bezprawności działania pozwanego odniesionej nie do zasad aktualnej wiedzy medycznej, ale do zasad współżycia społecznego;

- art. 361 §1 i 2 k.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie przez uznanie, że istniał adekwatny związek przyczynowy między powstaniem ropnia a niezastosowaniem profilaktyki antybiotykowej, w sytuacji braku pewności, czy dostatecznie dużego stopnia prawdopodobieństwa, że antybiotykoterapia empiryczna a nie nacelowana byłaby skuteczna;

- art. 4 ust. 1 w związku z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta przez błędną ich interpretację i niewłaściwe zastosowanie;

- art. 481 § 1 k.c. przez zasądzenie odsetek od dnia 8 kwietnia 2014 r. mimo, że zasadność i wysokość zadośćuczynienia ustalona została dopiero w zaskarżonym wyroku.

Wskazując na powyższe zarzuty strona pozwana wniosła o zmianę wyroku przez oddalenie powództwa w zaskarżonej części; ewentualnie o jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji.

Powódka wniosła o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja pozwanego Szpitala (...)w Z. jest nieuzasadniona.

Z uwagi na charakter zarzutów podniesionych w apelacji, jak również potrzebę wskazania podstawy rozstrzygnięcia (art.381 k.p.c. i art.382 k.p.c.), stwierdzić należy, że ustalony przez Sąd Okręgowy stan faktyczny Sąd Apelacyjny przyjął za własny. W związku z tym nie zachodzi konieczność jego szczegółowego powtarzania (por. wyroki Sądu Najwyższego z 27 marca 2012 r., III UK 75/11, z 14maja 2010 r., II CSK 545/09, z 27 kwietnia 2010 r., II PK 312/09, z 20 stycznia 2010 r., II PK 178/09, z 08 października 1998 r., II CKN 923/97, OSNC 1999 r. Nr 3, poz. 60).

W uzasadnieniu zaskarżonego wyroku Sąd Okręgowy omówił dowody i podał przyczyny, dla których uznał je za wiarygodne i w jakim zakresie. W zasadzie wszystkie dowody osobowe z zeznań świadków i powódki zostały uwzględnione (poza częściowym niedaniem wiary zeznaniom świadka J. M. (2) oraz powódki J. M. (1) co szczegółowo zostało omówione przez Sąd Okręgowy) i na ich podstawie doszło do poczynienia ustaleń w zakresie wynikającym z wiedzy świadków i strony. Sąd Okręgowy swe ustalenia oparł jednak w dużej mierze na przeprowadzonym dowodzie z opinii sądowo – lekarskiej opracowanej przez Uniwersytet (...)Zakład Medycyny Sądowej w K.. Opinię tą sporządzili biegli: dr medycyny internista, specjalista chorób zakaźnych, specjalista medycyny sądowej P. K. – Kierownik Pracowni Ekspertyz Sądowo – Lekarskich Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) CM, dr medycyny M. K. specjalista chirurgii ogólnej, specjalista chirurgii naczyniowej i mgr K. W. specjalista psychologii klinicznej certyfikowany psychoterapeuta, dyplomowany psycholog sądowy. Oceniając ten dowód Sąd Okręgowy podał, że zawiera ona w części merytorycznej analizę całości załączonej do akt sprawy dokumentacji medycznej oraz okoliczności faktycznych sprawy, jest więc prawidłowa pod względem formalnym. Opinia, w ocenie Sądu Okręgowego, w sposób kompleksowy i jasny odpowiada na przedstawione pytania. W ocenie Sądu Okręgowego warstwa medyczna ekspertyzy lekarskiej także nie budzi zastrzeżeń, albowiem wywód opinii i odpowiedzi na pytania są logiczne, nie zawierają sprzeczności ani niedomówień.

Zgodnie z orzeczeniem Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r. I CKN 1170/98 (OSNC 2001, nr 4, poz. 64) opinia biegłego podlega ocenie – zgodnie z art. 233 § 1 k.p.c. – na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków. Kierując się tymi wskazaniem, za Sądem Okręgowym, przyjąć należy, że omawiana tu opinia Uniwersytetu (...)Zakładu Medycyny Sądowej w K. z uwagi na poziom wiedzy jej autorów, doświadczenie zawodowe, stanowczość wniosków oraz ich umotywowanie zasługuje

na pozytywne uznanie wartości rozumowania zawartego w opinii. Dlatego też poglądy zaprezentowane w opinii i jej wnioski trafiają także do przekonania Sadu Apelacyjnego.

Prowadzi to do wniosku, że ocena przedmiotowej opinii dokonana przez Sąd Okręgowy mieści się w granicach swobodnej oceny dowodów z art. 233 § 1 k.p.c.

Co do oceny tego dowodu strona pozwana nie podniosła w apelacji zarzutów, które skutecznie mogłyby wskazywać na naruszenie art. 233 § 1 k.p.c.

Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego ocena wiarygodności i mocy dowodów jest podstawowym zadaniem sądu orzekającego, wyrażającym istotę sądenia, a więc rozstrzygnięcia kwestii spornych w warunkach niezawisłości, na podstawie własnego przekonania sędziego przy uwzględnieniu całokształtu zebranego materiału (orz. Sądu Najwyższego z 16 lutego 1996 r., II CRN 173/95).

Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Należy podkreślić, że jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to jego ocena nie narusza reguły swobodnej oceny dowodów wyrażonej w art. 233 k.p.c., choćby na podstawie tego materiału dowodowego dawały się wysunąć wnioski odmienne. Tylko bowiem w przypadku, gdy brak jest logiki w powiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej, albo wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo – skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia z dnia 27 września 2002 r., I CKN 817/2000, LEX nr 56906 oraz orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 1998 r., II CKN 4/98; z 10 kwietnia 2000 r., V CKN 17/2000, OSNC 2000, nr 10, poz. 189 i z 5 sierpnia 1999 r., II UKN 76/99, OSNAPiUS 2000, nr 19, poz.732).

Przeprowadzona przez Sąd Okręgowy opinia opracowana przez Uniwersytet (...)Zakład Medycyny Sądowej w K. jest odmianą opinii biegłego. Dowód ten ma szczególny charakter, gdyż korzysta się z niego w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych. Z tego względu nie stosuje się do niego wszystkich zasad dotyczących postępowania dowodowego, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. (por. np. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 19 sierpnia 2009 r., III CSK 7/09 niepublikowane i wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 sierpnia 1999 r., I PKN 20/99, OSNP 2000, nr 22, poz. 807). Nie można więc przyjąć, że Sąd obowiązany był dopuścić dowód z kolejnego biegłego, czy też opinii instytutu, skoro złożona opinia była dla strony pozwanej częściowo niekorzystna (por. np. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r., II CR 817/73 niepublikowane i z dnia 14 marca 2007 r., I CSK 465/06, OSP 2008, nr 11, poz. 123).

Przede wszystkim trzeba podkreślić, że to do biegłych właściwych specjalności należy zbadanie genezy choroby danej osoby oraz wpływu konkretnego urazu, na powstanie choroby, bądź jej rozstrój (por. np. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 1972 r., II CR 470/72, Lex nr 7180, z dnia 27 lipca 2010 r., II CSK 119/10, Lex nr 603161).

Zacytowane szeroko w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku wnioski opinii nie wymagają powtórzenia wystarczy jeszcze raz zaznaczyć, że autorzy opinii jednoznacznie stwierdzili, iż nieprawidłowym było odstępianie od podania profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej i w opisanej w opinii sytuacji (stanowiącej przedstawienie procesu leczenia oraz zapisów z dokumentacji medycznej) istnieje adekwatny związek przyczynowy między zaniechaniem podania tej profilaktyki w pozwanym szpitalu, a wystąpieniem ropnia w okolicy miejsca operowania.

Tego wniosku nie może podważyć, tak bardzo akcentowany w apelacji i w toku postępowania, brak procedur i wytycznych nakazujących stosowanie takiej profilaktyki antybiotykowej przy zabiegach takich jakiemu poddała się powódka. Trzeba bowiem wyraźnie podkreślić, że biegli opracowujący opinię bez wątplenia znają obowiązujące procedury jednak nie to jest istotne, a dostosowanie leczenia i stosowanych środków farmakologicznych do indywidualnych potrzeb i zagrożeń każdego pacjenta.

Opiniujący odnieśli się także do gazika pozostawionego w ranie jednak to, że nie można jednoznacznie ustalić kiedy do tego doszło to jest czy podczas zabiegu operacyjnego czy też po nacięciu ropnia w dniu 31 stycznia 2013 r. gdy zakładano sączek nie ma wpływu na ocenę tego faktu. Biegli podali, że w ambulatoryjnej historii choroby pod datą 4 lutego 2013 r. zaznaczono gazik jako zjawisko patologiczne i nie skierowano go do badania histopatologicznego. Tak skąpy zapis nie pozwala, zdaniem biegłych, na określenie jakiegokolwiek terminu pozostawienia gazika w ranie operacyjnej. Niemniej jednak jeśli uwzględnimy odpowiedź biegłych na pytanie powódki, z której wynika, że wprowadzenie gazika o wym. 10 x 10 cm do rany operacyjnej o długości 2 cm nie stanowi większego problemu, gdy czyni się to z użyciem narzędzia chirurgicznego – to uzasadnionym jest wniosek, że nie mogła uczynić tego powódka przy samodzielnym zmienianiu opatrunków. Tak więc do pozostawienia gazika w ranie operacyjnej musiało dojść w warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnych.

Omawiany dowód z opinii instytutu naukowego jakim jest Uniwersytet (...) Zakład Medycyny Sądowej w K. jednoznacznie wskazuje na nietrafność zarzutów strony pozwanej dotyczących niewyjaśnienia wszystkich istotnych okoliczności czy też sprzeczności ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego.

O braku procedur dotyczących profilaktyki antybiotykowej była już mowa natomiast nieoznaczenie grupy krwi powódki przed zabiegiem operacyjnym zostało podane jako fakt, któremu żadna ze stron nie przeczy. Jednakże z tego faktu nie są wywodzone skutki w postaci przypisania odpowiedzialności deliktowej stronie pozwanej. Natomiast sposób przeprowadzonej przed zabiegiem powódki dezynfekcji i dekontaminacji sali operacyjnej został ustalony w oparciu o powołane dowody. W opinii instytutu podano, że z książki z Bloku Operacyjnego wynika, iż zabieg operacyjny u powódki przeprowadzono w 20 minut po zakończeniu poprzedniego zabiegu. Cezury czasowe zakreślone w książce są zdaniem biegłych na tyle mało precyzyjne, iż wydaje się być mało realnym by w tak krótkim czasie wykonać wszystkie czynności potrzebne dla przygotowania sali (ten fragment opinii został zacytowany dokładnie i obszernie przez Sąd Okręgowy w uzasadnieniu), niemniej jednak z punktu widzenia zakażenia miejsca operowanego, które wystąpiło, miało to znaczenie drugorzędne, bowiem znaczenie zasadnicze miał brak profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej.

Jeśli chodzi o skład zespołu operacyjnego to słusznie Sąd Okręgowy wskazał, że z dokumentacji nie wynika by przy zabiegu uczestniczył lekarz rezydent, który zeznając potwierdził swoją obecność. Z tej rozbieżności dla wyniku sprawy Sąd Okręgowy nie wyciąga jednak dalszych skutków.

W sprawie bez wątplenia nie doszło do naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. co potwierdzają wcześniej powołane poglądy judykatury odnoszące się do wyznaczenia granic swobodnej oceny dowodów.

Wyraźnie trzeba też stwierdzić, że granice oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) wyznaczają trzy czynniki: logiczny, ustawowy oraz ideologiczny, przez który rozumie się poziom świadomości prawnej sędziego, czyli znajomość przepisów, doktryny i orzecznictwa, a także informacje dotyczące różnych faktów życia społecznego, kultura prawna oraz system pozaprawnych reguł i ocen społecznych, do których odsyłają przepisy obowiązującego prawa (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 sierpnia 2002 r., II UKN 555/01, LEX nr 572008).

Strona pozwana naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. upatruje w niezgodnym z zasadami logiki uznaniu, że oczywistym było obowiązywanie zasady współżycia społecznego nakazującej zastosowanie u powódki okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej. Tak postawiony zarzut jest nieskuteczny nie tylko w świetle powołanych wcześniej poglądów judykatury ale też nie ma oparcia w ustalonym stanie faktycznym. To z opinii Uniwersytetu (...) wynika, że niewłaściwym było zaniechanie profilaktyki antybiotykowej u powódki i ten dowód stał się podstawą kwestionowanego ustalenia. Natomiast do zasad współżycia społecznego Sąd Okręgowy nawiązał w swych rozważaniach prawnych i to poprzez zacytowanie jednego z orzeczeń Sądu Najwyższego.

Chybiony jest zarzut naruszenia art. 100 k.p.c.

Decyzja, czy w wypadku uwzględnienia powództwa tylko w pewnej części koszty procesu powinny być wzajemnie zniesione, czy też stosunkowo rozdzielone, powinna być zawsze oparta na słuszności. Do tego art. 100 k.p.c. nie wymaga arytmetycznie dokładnego rozdzielania kosztów procesu według stosunku części uwzględnionej do oddalonej, ale stawia słuszność jako zasadnicze kryterium rozłożenia kosztów. Mając to na uwadze stwierdzić należy, że Sąd Okręgowy prawidłowo zastosował art. 100 k.p.c. bowiem powódka poniosła i tak znaczne koszty, a z uwagi na to, że wygrała co do zasady i w subiektywnym odczuciu uprawniona była do zgłaszania wysokich żądań nie ma powodów by obciążać ją dalszymi kosztami na rzecz strony pozwanej, która koszty związane z tego typu procesami powinna wkalkulowywać w swoją działalność.

Poczynione w sprawie ustalenia dają podstawę do przyjęcia, że w sprawie nie doszło też do naruszenia prawa materialnego. Wywody Sądu Okręgowego dotyczące odpowiedzialności deliktowej strony pozwanej wynikającej z art. 430 k.c. są jasne i poparte licznymi orzeczeniami Sądu Najwyższego. Natomiast do art. 415 k.c. Sąd Okręgowy nawiązuje (także w oparciu o powołane orzeczenia) w związku z zaniechaniem osób, którym strona pozwana powierzyła wykonywanie czynności. Wyjaśnienia te są wyczerpujące i nie wymagają dalszego rozwinięcia. Stwierdzenie to odnieść także należy do oceny zastosowania art. 4 ust. 1 w związku z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Nie może też być mowy o naruszeniu art. 361 k.c. bowiem adekwatny związek przyczynowy między zaniechaniem w stosunku do powódki profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej a powstaniem ropnia został przesądzony we wnioskach opinii wcześniej omawianej.

Także zarzut naruszenia art. 445 k.c. jest nietrafny.

Postawienie skutecznego zarzutu naruszenia art. 445 § 1 k.c. ma miejsce zarówno wówczas, gdy nieprawidłowo określone zostały przesłanki decydujące o rozmiarze odpowiedniej sumy jak też, gdy dochodzi do dysonansu pomiędzy poprawnie sformułowanymi przesłankami w ujęciu ogólnym a zindywidualizowanymi przesłankami dotyczącymi konkretnego poszkodowanego. Zgodnie z art. 445 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę. W pierwszej kolejności podkreślenia wymaga kompensacyjny charakter zadośćuczynienia jako sposobu naprawienia szkody niemajątkowej, wyrażającej się krzywdą w postaci doznanych cierpień fizycznych i psychicznych.

W orzecnictwie Sądu Najwyższego przyjęto jako niepodważalną zasadę, że poszkodowany powinien otrzymać zawsze pełne zadośćuczynienie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 czerwca 1968 r., I PR 157/68, OSNCP 1969, Nr 2, poz. 37; uchwała pełnego składu Izby Cywilnej z dnia 8 grudnia 1973 r., III CZP 37/73, OSNCP 1974, Nr 9, poz. 145; wyrok z dnia 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03, OSNC 2005, Nr 2, poz. 4). Pojęcie "odpowiedniej sumy" ma niedookreślony charakter i w judykaturze wypracowane zostały kryteria, którymi należy się kierować, określając rozmiar przysługującego poszkodowanemu świadczenia. Należą do nich czynniki obiektywne, jak czas trwania oraz stopień intensywności cierpień fizycznych i psychicznych, nieodwracalność skutków urazu, wiek poszkodowanego, szanse na przyszłość. Za czynniki subiektywne uznane zostały: poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiowa, niemożność czynnego uczestniczenia w sprawach rodziny, konieczność korzystania z pomocy innych osób w sprawach życia codziennego. Poziom stopy życiowej społeczeństwa może rzutować na wysokość zadośćuczynienia jedynie uzupełniająco, w aspekcie urzeczywistnienia zasady sprawiedliwości społecznej. Prezentowany we wcześniejszym orzecnictwie pogląd o utrzymywaniu zadośćuczynienia w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa stracił znaczenie, z uwagi na znaczne rozwarstwienie społeczeństwa pod względem poziomu życia i zasobności majątkowej. Decydującym kryterium jest rozmiar krzywdy i ekonomicznie odczuwalna wartość, adekwatna do warunków gospodarki rynkowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2012 r., I CSK 2/12, Leks nr 1228578, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2011 r., I PK 145/10, OSNP 2012, nr 5-6, poz. 66 oraz powołane w nim wyroki Sądu Najwyższego z dnia 29 października 1997 r. II CKN 416/97, niepubl.; z dnia 19 maja 1998 r. II CKN 764/97; z dnia 18 listopada 1998 r., II CKN 353/98, niepubl.; z dnia 29 października 1999 r., I CKN 173/98, niepubl.; z dnia 12 października 2000 r., IV CKN s128/00, niepubl.; z dnia 11 stycznia 2001 r., IV CKN 214/00, Nielub.; z dnia 12 września 2002 r., IV CKN 1266/00, niepubl.; z dnia 11 października 2002 r., I CKN 1065/00, niepubl.; z dnia 10 lutego 2004 r.,

IV CK 355/02, niepubl.; z dnia 27 lutego 2004 r., V CK 282/03, niepubl.; z dnia 28 czerwca 2005 r., I CK 7/05, niepubl.; z dnia 10 marca 2006 r., IV CSK 80/05, OSNC 2006 nr 10 poz. 175 i z dnia 20 kwietnia 2006 r., IV CSK 99/05, niepubl.). Okoliczności wpływające na określenie wysokości zadośćuczynienia, jak i kryteria ich oceny, muszą być zawsze rozważane indywidualnie w związku z konkretną osobą poszkodowanego i sytuacją życiową, w której się znalazł (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r., I CSK 384/07, OSP 2009 Nr 2, poz. 20).

Wysokość zadośćuczynienia odpowiadająca doznanej krzywdzie powinna być odczuwalna dla poszkodowanego i przynosić mu równowagę emocjonalną, naruszoną przez doznane cierpienia psychiczne (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 2008 r., II CSK 536/07, OSP 2010 Nr 5, poz. 47). Stopa życiowa poszkodowanego nie ma wpływu na wysokość zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, nie może ona wyznaczać wysokości należnej mu rekompensaty (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 września 2010 r., II CSK 94/10, OSNC 2011/4/44). Odnoszenie się do wysokości zadośćuczynień przyznawanych w podobnych przypadkach może mieć również jedynie charakter orientacyjny, ponieważ nie może naruszać zasady indywidualizacji okoliczności wyznaczających rozmiar krzywdy doznanej przez konkretnego poszkodowanego (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03; z dnia 26 listopada 2009 r., III CSK 62/09; z dnia 28 stycznia 2010 r., I CSK 244/09).

Kierując się tymi wskazaniem uznać należy, że kwota 15 000 zł jest odpowiednią w rozumieniu art. 445 § 1 k.c. Sąd II instancji mógłby ingerować w wysokość zasądzonego zadośćuczynienia tylko w sytuacji gdyby było ono rażąco zawyżone lub zaniżone. Z taką sytuacją nie mamy do czynienia w niniejszej sprawie.

Nietrafny jest też zarzut naruszenia art. 481 k.c.

W uzasadnieniu orzeczenia z dnia 16 grudnia 2011 r., V CSK 38/11 (Lex nr 1129170) Sąd Najwyższy wyjaśnił, że odsetki należą się, zgodnie z art. 481 k.c., za samo opóźnienie, choćby wierzyciel nie poniósł żadnej szkody i choćby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik nie ponosi odpowiedzialności. Stanowią one zatem opartą na uproszczonych zasadach rekompensatę typowego uszczerbku majątkowego doznanego przez wierzyciela wskutek pozbawienia go możliwości czerpania korzyści z należnego mu świadczenia pieniężnego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2000 r., II CKN 725/98, OSNC 2000, nr 9, poz.158).

Jeżeli zobowiązany nie płaci zadośćuczynienia czy odszkodowania w terminie wynikającym z przepisu szczególnego lub w terminie ustalonym zgodnie z art. 455 in fine k.c., uprawniony nie ma niewątpliwie możliwości czerpania korzyści z zadośćuczynienia, jakie mu się należy już w tym terminie. W konsekwencji odsetki za opóźnienie w zapłacie zadośćuczynienia należnego uprawnionemu już w tym terminie powinny się należeć od tego właśnie terminu. Stanowiska tego nie podważa pozostawienie przez ustawę zasądzenia zadośćuczynienia i określenia jego wysokości w pewnym zakresie uznaniu sądu. Przewidziana w art. 445 § 1 k.c. możliwość przyznania przez sąd odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia za krzywdę nie zakłada bowiem dowolności ocen sądu, a jest jedynie konsekwencją niewymiernego w pełni charakteru okoliczności decydujących o doznaniu krzywdy i jej rozmiarze. Pomimo więc pewnej swobody sądu przy orzekaniu o zadośćuczynieniu wyrok zasadzający zadośćuczynienie nie ma charakteru konstytutywnego, lecz deklaratywny (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03, OSNC 2005, nr 2, poz. 40; z dnia 17 listopada 2006 r., V CSK 266/06, Lex nr 276339; z dnia 26 listopada 2009 r., III CSK 62/09, Lex nr 738354; z dnia 18 lutego 2010 r., II CSK 434/09, Lex nr 602683).

Stanowisku temu nie sprzeciwia się również stosowanie do zadośćuczynienia art. 363 § 2 k.c. (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 maja 1990 r., II CR 225/90, Lex nr 9030). Wyrażona w tym przepisie, korespondującym z art. 316 § 1 k.p.c., zasada, że rozmiar szeroko rozumianej szkody, a więc zarówno majątkowej jak i niemajątkowej, ustala się, uwzględniając czas wyrokowania, ma na celu możliwie pełną kompensatę szkody ze względu na jej dynamiczny charakter – nie może więc usprawiedliwiać ograniczenia praw poszkodowanego (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2000 r., II CKN 725/98, OSNC 2000, nr 9, poz. 158 i z dnia 16 kwietnia 2009 r., I CSK 524/08, OSNC-ZD 2009, nr D, poz. 106).

Krzywdą powódki wynikająca z trwałego i długotrwałego uszczerbku na zdrowiu istniała w chwili wydania orzeczenia z dnia 8 kwietnia 2014 r. przez Wojewódzką Komisję do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych i nie uległa

zmianie na dzień wyrokowania w związku z czym nie ma powodów by odsetki zasądzone zostały od innej daty, a niżeli daty przyjętej przez Sąd Okręgowy.

Mając powyższe na uwadze orzeczono na podstawie art. 385 k.p.c., a o kosztach zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu wyrażoną w art. 98 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c.

SSA Paweł Rygiel SSA Anna Kowacz – Braun SSO (del) Wojciech Żukowski