

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 7 kwietnia 2011 roku powód M. D. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) S.A. w W. Oddział (...) w Ł. kwoty 17.000 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 7 kwietnia 2011 roku do dnia zapłaty tytułem częściowego zadośćuczynienia, kwoty 4.000 złotych tytułem odszkodowania z tytułu opieki osób trzecich z ustawowymi odsetkami od dnia 7 kwietnia 2011 roku do dnia zapłaty oraz zasądzenia kosztów procesu.

Pozwany (...) Zakład (...) wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu swojego stanowiska pozwany podniósł, że powód przed wytoczeniem powództwa otrzymał kwotę 4.380 złotych tytułem dodatkowych wydatków związanych z jego stanem zdrowia i zwiększonymi potrzebami oraz kwotę 38.000 zł tytułem zadośćuczynienia, wskazując, iż dotychczas przyznane kwoty w całości rekompensują roszczenia powoda.

W dniu 13 marca 2014 r. powód zmienił powództwo w ten sposób, że wniósł o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 21.000 złotych tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 14 sierpnia 2010 roku do dnia zapłaty, kwoty 4.000 złotych tytułem odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, a także kwoty 2.800 złotych tytułem renty za okres od 1 stycznia 2013 roku do dnia 28 lutego 2014 roku oraz kwoty 200 złotych tytułem renty wyrównawczej na przyszłość, płatnej co miesiąc do 10 dnia każdego kolejnego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku opóźnienia w zapłacie, a nadto o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za skutki wypadku mogące się ujawnić w przyszłości.

Wyrokiem z dnia 15 kwietnia 2014 r. w sprawie I C 614/11 Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi w pkt I oddalił powództwo; w pkt II odstąpił od obciążania powoda M. D. kosztami procesu.

Podstawę rozstrzygnięcia Sądu I instancji stanowiły następujące ustalenia faktyczne:

Powód M. D. w dniu 9 lutego 2010 roku obudził się o godzinie 5.00 i stwierdził, że nie czuje prawej ręki. Nie mógł jej podnieść. W związku

z dolegliwościami udał się lekarza pierwszego kontaktu, który skierował go lekarza neurologa. Po badaniu lekarz neurolog z rozpoznaniem niedowładu kończyny górnej skierował powoda do szpitala na oddział neurologiczny (...) Szpitala (...) w Ł.. Po konsultacji nie został przyjęty na oddział, został natomiast skierowany na rehabilitację w tymże szpitalu (okoliczność bezsporna, zeznania powoda M. D. – k. 244-245 w zw. z k. 152, skierowanie do szpitala – k. 9-10, karta wizyty pacjenta w gabinecie specjalistycznym – k. 64, zeznania świadka K. D. – k. 153-154).

Po powrocie do domu nie było żadnej zmiany w zakresie ruchomości ręki. Powód miał problem z poruszaniem się. Wieczorem nie był w stanie rozebrać się. Do dnia 13 lutego 2010 roku pomimo rehabilitacji powód nie odzyskał ruchomości ręki (zeznania powoda M. D. – k. 244-245 w zw. z k. 152-153, zeznania świadka K. D. – k. 153-154).

W dniu 13 lutego 2010 roku powód został przyjęty do (...) Szpitala (...) w Ł. z rozpoznaniem zawału mózgu. Podczas badań neurologicznych stwierdzono ośrodkowe porażenie prawego nerwu twarzowego i porażenie kończyny prawej górnej z towarzyszącymi zaburzeniami czucia powierzchniowego na tej kończynie. Powód hospitalizowany był w oddziale do dnia 25 lutego 2010 roku. Powód został wypisany w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami dalszej opieki neurologicznej i w poradni POZ, rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych oraz przyjmowania leków: A., S. oraz T. (karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 21-22, zeznania powoda M. D. – k. 244-245 w zw. z k. 152-153, zeznania świadka K. D. – k. 153-154).

W okresie od 30 marca 2010 roku do 30 kwietnia 2010 roku powód przebywał w Klinice (...). Korzystał ze zwolnienia lekarskiego w okresie od 26 kwietnia 2010 roku do 31 maja 2010 roku. Na wizycie w dniu 31 maja 2010 lekarz wystawił zaświadczenie o stanie zdrowia zezwalające na powrót do pracy. Powód M. D. po uzyskaniu zgody powrócił do pracy

na dawnym stanowisku (karty wizyty pacjenta w nieponumerowanych aktach szkodowych, zeznania powoda M. D. – k. 244-245 w zw. z k. 152-153).

Powód w dniu 31 lipca 2010 roku doznał kolejnego zawału mózgu. W okresie od 31 lipca do 9 sierpnia 2010 roku był hospitalizowany na oddziale Neurologicznym wraz z Pododdziałem Udarowym w Wojewódzkim Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej (...) Chorób Płuc i (...) w Ł. z rozpoznaniem udaru niedokrwiennego z niedowładem prawostronnym i afazją ruchową, niedrożnością lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej, zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej prawej i tętnicy kręgosłupowej prawej oraz nadciśnieniem tętniczym. W dniu 4 sierpnia 2010 roku wykonano powodowi badanie U. D. oraz badanie (...) (D. przezczaszkowy). Powód został wypisany w stanie ogólnym dobrym oraz skierowaniem do Oddziału (...) Naczyniowej szpitala im. K. w Ł. oraz zaleceniem dalszej opieki ambulatoryjnej w Poradni Neurologicznej i Rehabilitacyjnej. Zalecono leki M., C., T. i V. (historia choroby – k. 23-24, karta wypisowa – k. 25-26 w zw. z k. 31-32, dokumentacja medyczna – k. 27-30 w zw. z k. 33-34).

Powód przebywał na zwolnieniu lekarskim w okresie od 31 lipca do 6 września 2010 roku, następnie od 7 września do 19 września 2010 roku, od 20 września do 3 października 2010 roku, od 18 października do 31 października 2010 roku i od 1 listopada do 14 listopada 2010 roku (historia choroby – k. 23-24, k. 29-30).

W ocenie neurologicznej u powoda stwierdzono stan udaru niedokrwiennego z niedowładem prawostronnym i afazją ruchową, niedrożnością lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej, niedowład połowiczny prawostronny z przewagą kończyny górnej, niewielka afazja ruchowa, nie utrudniająca w istotny sposób możliwości porozumienia, nadciśnienie tętnicze II^o wg. (...), chorobę wieńcową dwunaczyniową, stan po przebytych zawałach ściany dolnej serca w roku 2007, miażdżycę zarostową tętnic kończyn dolnych, hiperlipidemię oraz nikotynizm przewlekły (opinia biegłego w dziedzinie neurologii – k. 80-82).

Z punktu widzenia neurologicznego w związku z niewłaściwym nieudzieleniem pomocy związanym z błędem decyzyjnym (diagnostycznym) istniejący u powoda uszczerbek na zdrowiu mieści się w granicach: niewielki niedowład połowiczny – 25% wg. p. 5 d Tabeli oraz afazja nieznaczного stopnia – 20% wg. p. 11d. (opinia biegłego w dziedzinie neurologii – k. 80-82, opinia biegłego z zakresu neurologii – k. 186-187)

Uszczerbek na zdrowiu w 30% był udziałem lekarzy ubezpieczenia szpitalnego. Jedynym przyczynowym leczeniem udaru jest wykonanie leczenia trombolitycznego. Nie było ono możliwe u powoda, ze względu na przekroczone okno czasowe, które wynosi do 4,5 godzin. Z uwagi na stawienie się w szpitalu po upływie wskazanego terminu w dniu zdarzenia takie leczenie i tak nie mogłyby być wykonane. W związku z powyższym działanie lekarza dyżurnego i błędne rozpoznanie wstępne nie spowodowało pogorszenia stanu chorego i pogłębienia deficytu. Niemniej jednak teoretycznie, ze względu na złe rozpoznanie, mogło się tak zdarzyć. Wziąć należy pod uwagę, że udar jest powikłaniem innych chorób tj. zaburzeń rytmu serca, nadciśnienia tętniczego, hipercholesterolemii itd. W związku z powyższym jeżeli istnienie podejrzenia udaru mózgu pacjent wymaga bezwzględnej hospitalizacji i dokładnej diagnostyki układu naczyniowego, krzepnięcia, lipidogramu i, w razie wystąpienia zaburzeń w tych układach, odpowiedniego leczenia, co może zapobiec kolejnym udarom. Dlatego też pomimo niemożności leczenia przyczynowego pacjenta z udarem mózgu powyżej 4,5 godziny od rozpoznania, istnieje konieczność hospitalizacji i prowadzenia dalszej diagnostyki. Podaje się również leki rozszerzające naczynia, przeciwzakrzepowe, ewentualnie obniżające wysokie RR, poziom cholesterolu, antyarytmiczne. Z powyższych względów 30% uszczerbek na zdrowiu ze stwierdzonego u powoda 45% uszczerbku był błędem lekarza szpitala wynikający z opóźnienia w diagnostyce i leczeniu, czyli uszczerbek w wysokości 13,5% jest wynikiem nieprawidłowego rozpoznania postawionego przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego (opinia biegłego z zakresu neurologii – k. 186-187, opinia uzupełniająca biegłego z zakresu neurologii – k. 209).

W ocenie neurologicznej nasilenie i czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych był znaczny przez okres około 6-7 miesięcy i wiązał się z niedowładem prawostronnym oraz zaburzeniami mowy. Po tym czasie występuje on nadal, ale jest niewielki. Cierpienia spowodowane zaburzeniami mowy są niewielkiego stopnia i nie ograniczają komunikacji (opinia biegłego w dziedzinie neurologii – k. 80-82, ustna opinia uzupełniająca biegłego z zakresu neurologii – k. 117-121).

Z punktu widzenia neurologa niedowład połowiczny prawostronny u powoda przez okres kilku miesięcy ograniczał możliwości ruchowe. Ze względu na istniejącą apraksję palców prawej ręki możliwość wykonywania ruchów precyzyjnych jest nadal ograniczona. Istnieje niedowład prawostronny, ale bardzo niewielki. Powód przez okres 9 miesięcy wymagał pomocy przy wykonywaniu cięższych prac fizycznych, prac wymagających oburęczności i prac wymagających precyzyjnych działań prawej ręki. Obecnie ograniczenia te są znacznie mniejsze. Rehabilitacja może być prowadzona w ramach świadczeń NFZ. Obecnie pomoc osób trzecich potrzebna jest w niewielkim zakresie i dotyczy ciężkich prac fizycznych w zakresie 1-2/h dziennie, jeżeli powód żyje w warunkach, w których musi nosić wodę lub węgiel (opinia biegłego w dziedzinie neurologii – k. 80-82, ustna opinia uzupełniająca biegłego z zakresu neurologii – k. 117-121).

Z punktu widzenia neurologa dwa incydenty udarowe jakie miały miejsce w dniu 13 lutego 2010 roku i 31 lipca 2010 roku były bez wątpienia pochodną istniejących u powoda przewlekłych chorób (nadciśnienie tętnicze, miażdżycza zarostowa tętnic, hiperlipidemia, zaburzenia drożności lewej tętnicy szyjnej, choroba wieńcowa, przebyty zawał serca. Głównie z powodu chorób towarzyszących rokowanie odległe jest niepewne. Prawdopodobieństwo odzyskania zdolności do pracy jest niewielkie (opinia biegłego w dziedzinie neurologii – k. 80-82).

Powód przed wypadkiem z dnia 9 lutego 2009 roku pracował jako szef ochrony szpitala. Zarabiał ok. 4.000 zł- 5.000 złotych. Był w pełni sprawny fizycznie i psychicznie. (zeznania powoda M. D. - k. 244-245)

Po wypadku pomocy w czynnościach życia codziennego udzielała mu żona, która go kąpała, przygotowywała posiłki, w ubieraniu, praniu odzieży, prasowaniu, także w szpitalu i podczas pobytu rehabilitacyjnego. W późniejszym czasie pomocy udzielała mu bratowa. W związku z rehabilitacją powód wrócił do niemal pełnej sprawności. Miał jedynie niewielkie niezauważalne skutki udaru. Do tej pory prawa ręka jest niepisząca. Umiejętności pisania nie udało się przywrócić między udarami. Obecnie powód otrzymuje rentę w wysokości 415 złotych miesięcznie oraz zasiłek w wysokości 88 złotych. Udar spowodował utratę zdrowia, żony i zarobków, a nadto grozi mu utrata mieszkania. Ma wyłączony prąd i gaz. Obecnie przebywa w domu dziennego pobytu – (...), zaś na noc wraca do domu (zeznania powoda M. D. - k. 244-245).

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) numer 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej (...) w Ł. posiada umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartą w dniu 24 września 2008 roku, potwierdzoną polisą serii (...)

w pozwanym (...) SA w Ł. z okresem ubezpieczenia od dnia 28 września 2008 roku do dnia 27 sierpnia 2010 roku. Na mocy przedmiotowej umowy ubezpieczenia dobrowolnego ubezpieczeniem została objęta odpowiedzialność deliktowa i kontraktowa z tytułu prowadzonej przez ubezpieczony szpital działalności polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz z tytułu posiadanego mienia z uwzględnieniem szkód powstałych przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, które nie zostały objęte ubezpieczeniem obowiązkowym z uwagi na wyczerpanie się sumy gwarancyjnej obowiązkowego ubezpieczenia świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (okoliczność bezsporna, nadto polisa numer (...) i SIWZ, OWU odpowiedzialności cywilnej lekarzy – dokumentacja w nieponumerowanych aktach szkody).

W dniu 1 września 2010 roku powód zgłosił szkodę (...) S.A.. W dniu 15 września 2010 roku powód wezwał pozwanego do zapłaty (wezwanie do zapłaty, zgłoszenie szkody - dokumentacja w nieponumerowanych aktach szkody).

Decyzją z dnia 10 marca 2011 roku pozwany przyznał powodowi świadczenie w łącznej wysokości 42.380 złotych, na którą złożyła się kwota 38.000 złotych tytułem zadośćuczynienia oraz kwota 4.380 złotych tytułem zwrotu kosztów opieki, uznając swoją odpowiedzialność za uszczerbek w wysokości 22% (pismo – k. 15-16, dokumentacja w nieponumerowanych aktach szkody).

Powyższy stan faktyczny Sąd Rejonowy ustalił w oparciu o załączone do akt dokumenty, których zarówno wiarygodność jak i sposób pozyskania nie był przez strony kwestionowany stanowiąc pełnowartościowy dowód w sprawie. Sąd oparł się również na osobowych źródłach dowodowych w postaci zeznań powoda. Podstawą ustalenia

konkretnych ustaleń faktycznych tj. stanu zdrowia powoda i jego związku przyczynowego ze zdarzeniem z dnia 13 lutego 2010 roku stanowiły opinie dwóch biegłych z zakresu neurologii. W ocenie Sądu Rejonowego obie opinie biegłych uzupełniały się w zakresie podniesionych zastrzeżeń dostatecznie wyjaśniając sporne okoliczności przedmiotowej sprawy, z tym, że w zakresie zasady odpowiedzialności pozwanego podstawę ustaleń stanowiła opinia dr B. M..

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Podstawą odpowiedzialności szpitala jest art. 430 k.c., który stanowi, że kto na własny rachunek powierza wykonywanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Między osobą powierzającą wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. W doktrynie i judykaturze przyjmuje się, że chodzi o pojęcie podporządkowania tylko ogólno-organizacyjne. W konsekwencji tego, stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii.

Odpowiedzialność szpitala zgodnie z art. 822 k.c. implikuje z kolei odpowiedzialność (...) S.A. w W. jako ubezpieczyciela, z którym Szpital zawarł umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej związanej z udzielaniem świadczeń zdrowotnych za szkody wyrządzone osobom trzecim w związku ze świadczeniem usług medycznych. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kształtuje się w granicach odpowiedzialności cywilnej sprawcy szkody, a więc zgodnie z art. 361 k.c., dotyczy normalnych następstw działania lub zaniechania, z którego szkoda wynika i dalej w tych granicach obejmuje straty, które poszkodowany poniósł oraz korzyści, które mógłby osiągnąć gdyby mu szkody nie wyrządzono.

Sąd Rejonowy powołując się na opinię biegłego z zakresu neurologii, który przyjął, iż personel medyczny zatrudniony w pozwanym szpitalu nie wykonał swych obowiązków z należytą starannością bowiem w przypadku podejrzenia udaru hospitalizacja jest natomiast bezwzględnie konieczna. Błąd diagnostyczny i w efekcie brak hospitalizacji spowodował brak dalszej diagnostyki i wprowadzenia leczenia mogącemu zapobiec udarowi z dnia 13 lutego 2010 roku. Ponieważ jednak w niniejszej sprawie postępowanie dowodowe nie wykazało, iż w razie hospitalizacji powód z całą pewnością uniknąłby udaru z dnia 13 lutego 2010 roku, zadaniem biegłych było określenie w jakim procencie błąd diagnostyczny wpłynął na stan zdrowia powoda spowodowany udarem z dnia 13 lutego 2010 roku. Biegli zgodnie określili, iż szpital w 30% ponosi odpowiedzialność wynikającą z opóźnienia w diagnostyce i leczeniu, a zatem w takiej części ubezpieczyciel jest jedynie odpowiedzialny za szkodę powoda. Warunkiem odpowiedzialności szpitala, a w konsekwencji pozwanego jest przypisanie winy za powstanie szkody. W przedmiotowej sprawie odpowiedzialność pozwanego ograniczona jest zatem do skutków zdarzenia z dnia 9 lutego 2010 roku.

W toku postępowania likwidacyjnego pozwany uznał roszczenie powoda i wypłacił mu kwotę 38.000 złotych tytułem zadośćuczynienia oraz kwotę 4.380 złotych tytułem odszkodowania.

W przekonaniu Sądu Rejonowego ustalenie zadośćuczynienia w tej wysokości uwzględniało jego kompensacyjny charakter, przedstawiając ekonomicznie odczuwalną wartość i nie jest nadmierne w stosunku do aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa. W ocenie Sądu Rejonowego wypłacona kwota jest wystarczającą dla zrekompensowania powodowi cierpienia jakiego doznał. Kwota tytułem zadośćuczynienia winna bowiem zostać zatem tak wyrażona, aby nie prowadziła do bezpodstawnego wzbogacenia poszkodowanego, ale stanowiła dla niego odczuwalną, realną wartość majątkową i wyrównywała niematerialny uszczerbek poniesiony w dobrach osobistych jakim jest zdrowie.

Sąd Rejonowy rozstrzygając o odszkodowaniu odniósł się do sporządzonej opinii biegłego z zakresu neurologii, który uznał, że pomoc taka potrzebna była powodowi w ciągu 9 miesięcy w zakresie 1-2 godzin dziennie, a koszty opieki

w tym czasie wyliczone według stawki PKPs w kwocie 9,50 zł za godzinę wyniosły 5.130 złotych. Biorąc pod uwagę ograniczenie odpowiedzialności majątkowej pozwanego do 30 % szkody oraz wypłatę w postępowaniu likwidacyjnym odszkodowania w kwocie 4.380 złotych, Sąd oddalił powództwo w tym zakresie.

Odnosząc się do żądania przyznania renty wyrównawczej za okres od 1 stycznia 2013 roku do 28 lutego 2014 roku Sąd I instancji uznał, że brak jest podstaw do jej przyznania powodowi w tym okresie, bowiem na skutek podjętej rehabilitacji po udarze z dnia 13 lutego 2010 roku M. D. powrócił na krótki okres do pracy. Powód odzyskał zatem możliwość wykonywania zawodu i tym samym zarobkowania. W ocenie Sądu brak jest podstaw do uznania roszczenia powoda w tym okresie bowiem nie zostało ono wykazane zarówno co do zasady skoro przeżyty następnie udar w dniu 31 lipca 2010 roku nie pozostaje w związku przyczynowym z nieprawidłową diagnozą z dnia 9 lutego 2010 roku. Szpital nie może natomiast ponosić odpowiedzialności kolejne udary występujące u powoda, których przyczyną są istniejące u powoda choroby samoistne. Sąd przyjął nadto, że roszczenie to nie zostało udowodnione co do wysokości. Z tych samych względów jako niezasadne uznał Sąd Rejonowy roszczenie w zakresie dochodzonej kwoty 200 złotych tytułem renty wyrównawczej na przyszłość.

Oddaleniu uległo też powództwo w zakresie żądania ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość, gdyż zdaniem Sądu I instancji zgodnie z aktualnie obowiązującym § 3 art. 442¹ k.c. powód będzie mógł dochodzić kolejnych roszczeń, o ile powstaną w przyszłości, w ciągu trzech lat od chwili, gdy dowie się o nowej szkodzie. W związku z tym Sąd Rejonowy uznał, że nie ma aktualnie podstaw do ustalania odpowiedzialności pozwanego za skutki wypadku, które ujawnią się w przyszłości.

Zdaniem Sądu Rejonowego bardzo trudna sytuacja majątkowa powoda, a przy tym porównanie stanu majątkowego powoda z sytuacją materialną pozwanego, charakter sprawy oraz subiektywne przeświadczenie powoda o słuszności dochodzonego roszczenia przemawiały za tym aby w niniejszej sprawie zastosować art. 102 k.p.c..

Apelację od powyższego wyroku wniósł powód, zaskarżając go w części, tj. w zakresie oddalającym powództwo co do kwoty 21.000 złotych tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 14 sierpnia 2010 r..

Skarżonemu orzeczeniu zarzucił:

- a). istotny błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, że uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi 13,5 %, odmiennie niż to wynika z opinii biegłych, którzy ocenili ten uszczerbek na 45 % uznając, że brak jest podstaw do przypisania określonych wartości uszczerbku do poszczególnych epizodów udarowych;
- b). naruszenie prawa procesowego w postaci art. 233 § 1 k.p.c. poprzez wadliwą ocenę i interpretację materiału dowodowego w sprawie, polegającą na wysnuciu z treści opinii biegłych neurologów błędnego wniosku co do wysokości uszczerbku na zdrowiu powoda;
- c). naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. poprzez sporządzenie uzasadnienia wyroku nieodpowiadającego wymogom przywołanej normy, w szczególności w zakresie wewnątrznie sprzecznych wniosków co do wysokości uszczerbku na zdrowiu powoda wynikającego z błędu diagnostycznego;
- d). naruszenie prawa materialnego w zakresie art. 361 k.c. poprzez jego wadliwe zastosowanie polegające na błędnym przyjęciu, że istniejący u powoda uszczerbek na zdrowiu w wymiarze 45 % nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym z błędem diagnostycznym;
- e). naruszenie art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. przez przyjęcie, iż wypłacona powodowi kwota stanowi odpowiednie zadośćuczynienie i nie uzasadnia dalszej wypłaty żądanej przez powoda.

Mając na uwadze powyższe pełnomocnik powódki wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku przez uwzględnienie powództwa w części tj. zasądzenie na rzecz powoda kwoty 21.000 złotych zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 14 sierpnia 2010 r., ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w części dotyczącej zapłaty

żądanego zadośćuczynienia wraz z odsetkami i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania w tym zakresie.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja jest bezzasadna i podlega oddaleniu. Sąd Okręgowy podziela ustalenia faktyczne Sądu Rejonowego i przyjmuje je za własne.

Dokonana przez Sąd Rejonowy ocena materiału dowodowego, wbrew twierdzeniom pełnomocnika powoda, nie miała cech dowolności i była zgodna z regułami, o których mowa w art. 233 k.p.c.. Nadto stwierdzić należy, że zgodnie z utrwalonym orzecznictwem - to, że określony dowód został oceniony niezgodnie z intencją skarżącego, nie oznacza naruszenia art. 233 § 1 k.p.c.. Ocena dowodów należy bowiem do sądu orzekającego i nawet w sytuacji, w której z dowodu można było wywieść również wnioski inne niż przyjęte przez Sąd, nie dochodzi do naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. (tak: wyrok z dnia 9 kwietnia 2008 r. Sąd Apelacyjny w Poznaniu, I ACa 205/08, LEX nr 465086).

Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przez Sąd art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wykazania, że Sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, to bowiem jedynie może być przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie strony o innej niż przyjął Sąd wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena Sądu (tak wyrok z dnia 21.05.2008r. Sąd Apelacyjny w Poznaniu, I ACa 953/07, LEX 466440).

Sąd Rejonowy dokonał wszechstronnej i wnikliwej oceny materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie. Dokonał przy tym prawidłowej oceny opinii sporządzonych przez biegłych i wziął pod uwagę wnioski z nich płynące, co znalazło swój wyraz w sporządzonym przez Sąd uzasadnieniu. Zarzuty apelacji zdają się wynikać z niezrozumienia wniosków obu opinii, a w szczególności opinii uzupełniającej biegłej B. M., z której jednoznacznie wynika, że doznany przez powoda uszczerbek na zdrowiu jedynie w 30 % jest wynikiem błędu diagnostycznego ubezpieczonego szpitala.

Sąd Rejonowy opierając się w tej mierze na zgodnych opiniach biegłych z zakresu neurologii prawidłowo uznał, iż szpital ponosi odpowiedzialność za uszczerbek na zdrowiu powoda w 30 %. Skoro ustalony stały uszczerbek na zdrowiu powoda wyniósł 45 % to należało przyjąć, że wynikiem nieprawidłowego rozpoznania postawionego przez lekarzy jest jedynie uszczerbek w zakresie 13,5 %. Przekonanie powoda, że uszczerbek na jego zdrowiu za który odpowiedzialny jest pozwany kształtuje się na poziomie 45 % co implikuje konieczność zasądzenia dalszego zadośćuczynienia w kwocie 21.000 zł jest błędne. Jest powszechnie wiadomym, że określone schorzenia wynikające ze sposobu żywienia i trybu życia oraz nałogów mają ogromny wpływ na ryzyko wystąpienia zawału serca czy mózgu. Przy bezspornie stwierdzonych samoistnych chorobach powoda powiązanie udarów i przypisanie ich skutków jedynie błędowi diagnostycznemu szpitala byłoby właśnie sprzeczne z zasadami doświadczenia życiowego.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. wskazać należy, iż zarzut wadliwego sporządzenia uzasadnienia zaskarżonego orzeczenia jest zasadny tylko wówczas, gdy z powodu braku w uzasadnieniu elementów wymienionych w art. 328 § 2 k.p.c. zaskarżone orzeczenie nie poddaje się kontroli instancyjnej, czyli gdy treść uzasadnienia orzeczenia sądu uniemożliwia całkowicie sprawdzenie toku wywodu, który doprowadził do wydania orzeczenia o określonej treści. Uzasadnienie Sądu pierwszej instancji zawiera część, w której Sąd zaprezentował swój tok rozumowania i stanowisko prawne, na tle ustalonego uprzednio stanu faktycznego. Możliwe było zatem w oparciu o jego treść, przeprowadzenie oceny wywodu i dokonanie kontroli instancyjnej. Wbrew zarzutom apelacji nie ma żadnej sprzeczności pomiędzy dokonanymi ustaleniami faktycznymi co do rozmiaru uszczerbku na zdrowiu powoda i zakresu odpowiedzialności pozwanego, a dokonaną oceną odpowiedniości zadośćuczynienia przy obciążającym szpital 13,5 % uszczerbku na zdrowiu powoda.

Przy prawidłowych ustaleniach faktycznych rozważeniu podlegają zatem zarzuty naruszenia prawa materialnego. Dla oceny zakresu odpowiedzialności pozwanego i tym samym odpowiedniej wysokości zadośćuczynienia kluczowe

znaczenia ma kwestia adekwatnego związku przyczynowego. W ocenie Sądu Okręgowego nie ma podstaw do stawiania Sądowi Rejonowemu jakichkolwiek zarzutów w tym zakresie.

Na gruncie art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Ocena czy skutek jest normalny, powinna być oparta na całokształcie okoliczności sprawy oraz wynikać z zasad doświadczenia życiowego i zasad wiedzy naukowej, specjalnej. W rozpatrywanej sprawie ustalając istnienie normalnego związku przyczynowego Sąd Rejonowy miał na uwadze opinie zaprezentowane przez biegłych lekarzy z zakresu neurologii bowiem powiązanie stanu zdrowia powoda z zachowaniem personelu medycznego ubezpieczonego szpitala wymagało wiedzy specjalistycznej. Powołani w sprawie biegli legitymowali się niezbędną wiedzą natury medycznej, zarówno od strony teoretycznej, jak i praktycznej. Z opinii tych wynika, że w przypadku udaru mamy do czynienia z pewnego rodzaju procesem, który poprzedzają charakterystyczne objawy jak np. niedowład kończyn. O dalszym przebiegu tego procesu z reguły decydują warunki i predyspozycje osobnicze. Organizm ludzki pod względem biologiczno – anatomiczno – funkcjonalnym jest na tyle złożonym mechanizmem, że trudno przewidzieć czy taki udar w ogóle wystąpi. Udar jest powikłaniem innych chorób, przykładowo zaburzeń rytmu serca, nadciśnienia tętniczego, czy hipercholesterolemii. Nie da się stwierdzić czy przy wielości chorób samoistnych powoda w razie hospitalizacji w dniu 9 lutego 2010 roku powód uniknąłby późniejszego udaru. U powoda nie istniało mniejsze i mniej prawdopodobne ryzyko wystąpienia udaru gdyby był hospitalizowany już w dniu 9 lutego 2010 r., w związku z czym należało przyjąć, że błąd w diagnostyce był tylko jedną, ale nie jedyną przyczyną powikłań, które ostatecznie u powoda doprowadziły do 45 % stałego uszczerbku na zdrowiu. Tym samym Sąd Rejonowy trafnie przyjął za biegłymi, że Szpital odpowiada jedynie za opóźnienia w diagnostyce i leczeniu, a nie za doznane przez powoda udary. Przekłada się to na przyjęcie, że adekwatny związek przyczynowy pomiędzy zaniechaniem szpitala a szkodą zachodzi jedynie w 30 % czyli odpowiada on za 13,5 % uszczerbek na zdrowiu M. D..

Pozostaje zatem zarzut naruszenia art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c.. Zadośćuczynienie przyznawane na podstawie art. 445 § 1 k.c. stanowi rekompensatę krzywdy ocenianej indywidualnie w każdym przypadku. Z treści wskazanego przepisu wynika, że określenie wysokości należnego zadośćuczynienia ustawodawca pozostawił uznaniu sędziowskiemu, wskazując jedynie, że ma to być kwota odpowiednia do doznanej krzywdy. Odczucie krzywdy jest pojęciem subiektywnym i niewymiernym, jednak określając wysokość zadośćuczynienia Sąd musi kierować się przesłankami obiektywnymi, biorąc pod uwagę szeroko rozumiane cierpienia fizyczne i psychiczne poszkodowanego, w tym skutki jakie zdarzenie wywarło w ograniczeniach w życiu codziennym, planach życiowych, sposobie spędzania wolnego czasu, możliwości rozwijania zainteresowań. Zadośćuczynienie pieniężne ma na celu naprawienie szkody niemajątkowej, wyrażającej się krzywdą w postaci cierpień fizycznych i psychicznych, zatem ustalając wysokość zadośćuczynienia należy mieć na względzie m.in. rozmiar cierpień fizycznych związanych z zaistnieniem wypadku jak i dolegliwości bólowe powstałe w następstwie urazu i długotrwałość leczenia. Wyrażenie „odpowiednia suma” pozostaje w związku z tym, że ze względu na istotę krzywdy nie da się jej wyliczyć w sposób ścisły, w przeciwieństwie do szkody rzeczowej. Zadośćuczynienie jest sposobem naprawienia krzywdy ujmowanej jako zarówno cierpienia fizyczne, jak ból i inne dolegliwości, jak i cierpienia psychiczne, czyli negatywne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzeń ciała. Winno mieć charakter całościowy i obejmować wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno doznane, jak i te które zapewne wystąpią w przyszłości. Niewątpliwie określenie wysokości zadośćuczynienia za doznaną krzywdę powinno się opierać na obiektywnych i sprawdzalnych kryteriach, jednak przy uwzględnieniu indywidualnej sytuacji stron (wyrok Sądu Najwyższego z 12 września 2002 r. IV KKN 1266/00, niepubl.). Należy także wskazać, że jednym z kryteriów określających „odpowiedniość” zadośćuczynienia jest jego kompensacyjny charakter – zadośćuczynienie musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość, przy utrzymaniu jej w rozsądnych granicach.

Sąd Rejonowy ustalając wysokość odpowiedniego zadośćuczynienia należnego powodowi wziął pod uwagę zarówno stopień obciążającego stronę pozwana uszczerbku na jego zdrowiu, jak i długotrwałość oraz znaczny stopień cierpień fizycznych i psychicznych wynikających z niesprawności i poczucia uzależnienia od najbliższych. Sąd Okręgowy podziela stanowisko Sądu I Instancji, że kwota przyznana powodowi przez pozwanego w toku postępowania likwidacyjnego kwota 38.000 zł tytułem zadośćuczynienia jest adekwatna do krzywdy i cierpień powoda.

Tym samym apelacja powoda jako bezzasadna podlega oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c..

W przedmiocie kosztów postępowania przed sądem II instancji Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. uznając, iż obciążenie powoda kosztami postępowania apelacyjnego klóciłoby się z zasadami słuszności z powodów podniesionych przez Sąd Rejonowy, a nadto prowadziłyby do podważenia zasady ekonomicznie odczuwalnej wysokości zadośćuczynienia.