



Kryteria uwzględniane przy ustalaniu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę

Wyrok

Sądu Najwyższego - Izba Cywilna

z dnia 3 lutego 2000 r.

I CKN 969/98

Teza

Celem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę jest przede wszystkim złagodzenie cierpienia fizycznego, a więc bólu i innych dolegliwości oraz cierpienia psychicznego, czyli negatywnych uczuć przeżywanych w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia. Winno ono mieć charakter całościowy i obejmować wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te które zapewne wystąpią w przyszłości (a więc prognozy na przyszłość). Przy ocenie więc „odpowiedniej sumy” należy brać pod uwagę wszystkie okoliczności danego wypadku, mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy.

Uzasadnienie

Powód kilkakrotnie przebywał na leczeniu w Wojewódzkim Szpitalu we W. ostatnio od dnia 23 listopada do 28 listopada 1994 r. na oddziale chirurgii dziecięcej, gdzie był operowany z powodu przepukliny. W placówce tej powód był poddawany licznym zabiegom połączonym z naruszeniem ciągłości tkanek, jak podawanie kroplówek, pobieranie i przetaczanie krwi, wykonywanie zastrzyków domięśniowych i dożylnych oraz operacja przepukliny. Powód korzystał też z pomocy innych placówek służby zdrowia, gdzie nie był jednak poddawany zabiegom połączonym z naruszeniem ciągłości tkanek, poza jednym przypadkiem wykonania zastrzyku w dniu 17 lipca 1995 r. w Przychodni Dziecięcej we W. W styczniu 1995 r. powód po raz pierwszy znalazł się na leczeniu w Centrum Zdrowia Dziecka w W., gdzie już w ósmym dniu jego pobytu, wykryto u niego przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B. Najbardziej prawdopodobne jest, że do zakażenia powoda wirusem żółtaczkowy doszło w pozwanej placówce. Z zeznań bowiem świadków wynika, że na oddziale dziecięcym pielęgniarki nie przestrzegały zasady stosowania jednorazowych rękawiczek ochronnych do iniekcji, zaś jak podkreślił biegły taka praktyka nie mogła gwarantować bezpieczeństwa zabiegu medycznego.



Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Przepis art. 445 § 1 KC, na którego naruszenie powołuje się skarżący, stanowi że Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Ustawodawca nie sprecyzował kryteriów, jakimi należy się kierować przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia. Kryteria te zostały jednak określone w judykaturze, a także w doktrynie, gdzie podkreślono że nie ma żadnych podstaw aby zadośćuczynienie traktować, jako wyraz kary cywilnej. Zadośćuczynienie nie jest karą lecz sposobem naprawienia krzywdy. Chodzi tu o krzywdę ujmowaną jako cierpienie fizyczne, a więc ból i inne dolegliwości oraz cierpienia psychiczne, czyli negatywne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała, czy rozstroju zdrowia w postaci np. zeszpecenia, wyłączenia z normalnego życia itp. Celem zadośćuczynienia jest przede wszystkim złagodzenie tych cierpień. Winno ono mieć charakter całościowy i obejmować wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te które zapewne wystąpią w przyszłości (a więc prognozy na przyszłość). Przy ocenie więc „odpowiedniej sumy” należy brać pod uwagę wszystkie okoliczności danego wypadku, mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy.

Ustalanie "odpowiedniej" sumy odszkodowania a zasada równości wobec prawa

Wyrok

Sądu Najwyższego - Izba Cywilna

z dnia 28 stycznia 2010 r.

I CSK 244/09

Teza

Przy ustalaniu "odpowiedniej" sumy zadośćuczynienia nie można pominąć tendencji uzasadnienia sądowego w podobnych przypadkach. Może ono bowiem dać wskazówkę co do wysokości odpowiedniego zadośćuczynienia w porównywalnych przypadkach, co pozwoli uniknąć znaczących dysproporcji co do wysokości zasądzonych sum. Odpowiada to konstrukcyjnej zasadzie równości obywateli wobec prawa, jak również zasadzie, że zadośćuczynienie powinno odpowiadać także społecznemu poczuciu sprawiedliwości.



Uzasadnienie

Powód od trzeciego roku życia choruje na kłębuszkowe zapalenie nerek, co doprowadziło do narastającej niewydolności nerek, konieczności poddawania powoda hemodializom a ostatecznie w 1995 r. do przeszczepu nerki wykonanego w I. w W. W lutym 1995 r. powód miał wykonane badania na obecność wirusa WZW typu C z wynikiem ujemnym. W sierpniu 1995 r. poddany został zabiegowi usunięcia przytarczycy wykonanemu w Instytucie C., gdzie poddawany był także dializom. Jego matka przywiozła do szpitala sprzęt medyczny w postaci igieł i dializatorów jednak zdarzało się, że pacjent był podłączany do sprzętu szpitalnego. Po tej hospitalizacji u powoda stwierdzono dodatni wynik badania na obecność wirusa HCV. Stan wątroby powoda, mimo lekkiego stanu zapalnego, był dobry, nie wymagał leczenia. W 2001 r. ustalono podwyższony stan enzymów, lecz z uwagi na ryzyko odrzucenia przeszczepionej nerki nie wdrożono procesu leczenia wątroby.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

W doktrynie i orzecznictwie Sądu Najwyższego powszechnie przyjęty jest pogląd o kompensacyjnym charakterze zadośćuczynienia przewidzianego w art. 445 § 1 KC, a więc uznania go za sposób naprawienia szkody niemajątkowej w postaci krzywdy wynikającej z doznanych cierpień fizycznych i psychicznych (por. między innymi wyrok z dnia 4 czerwca 1968 r. I PR 175/68, OSNCP 1969/2/37 i uchwałę pełnego składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973 r. III CZP 37/73, OSNCP 1974/9/145). Dlatego o rozmiarze należnego zadośćuczynienia pieniężnego powinny w zasadzie decydować okoliczności indywidualne danego przypadku wpływające na rozmiar krzywdy a więc stopień cierpień fizycznych i psychicznych: ich intensywność, czas trwania, rokowania na przyszłość, negatywne zmiany w psychice wywołane chorobą, niepewność perspektyw. Nie bez wpływu na rozmiar krzywdy pozostaje też ogólna sytuacja zdrowotna i życiowa poszkodowanego, jego młody wiek, brak szans na przyszłość oraz poczucie nieprzydatności społecznej a także stopień zaniedbań lub winy sprawcy szkody i jego postawa (por. między innymi orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 2 września 1960 r. 3 CR 173/60, OSN 1962/1/14, z dnia 15 grudnia 1965 r. II PR 280/65, OSNCP 1966/10/168, z dnia 10 października 1967 r. I CR 224/67, OSNCP 1968/6/107, z dnia 19 sierpnia 1980 r. IV CR 283/80, OSNCP 1981/5/81 i z dnia 12 września 2002 r. IV CKN 1266/00).

W orzecznictwie przyjmuje się także powszechnie, że wpływ na wysokość zadośćuczynienia powinny mieć również aktualne stosunki majątkowe społeczeństwa i wysokość przeciętnej stopy życiowej.



Zadośćuczynienie powinno bowiem być „odpowiednie”, a więc uwzględniać także poziom życiowy społeczeństwa, co pozwoli uniknąć zasądzania kwot nie odpowiadających społecznemu poczuciu sprawiedliwości: wygórowanych lub zaniżonych (por. między innymi wyroki Sądu Najwyższego z dnia 24 czerwca 1965 r. I PR 203/65, OSP 1966/4/92 i z dnia 1 kwietnia 2004 r. II CK 131/03).

Jak słusznie wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 stycznia 2004 r. I CK 131/03 (OSNC 2005/2/40), dążenie do tego, by kwoty zadośćuczynienia były utrzymane „w rozsądnych granicach” nie może prowadzić do podważenia funkcji kompensacyjnej zadośćuczynienia. Przy ustalaniu jego „odpowiedniej” wysokości nie można nie uwzględniać, poza wskazanymi wyżej okolicznościami indywidualnymi, także tendencji orzecznictwa sądowego w podobnych przypadkach. Ze względu na zasadniczą trudność przeliczania krzywdy na pieniądze, konfrontacja danego przypadku z innymi rozstrzygniętymi przypadkami może dać orientacyjną wskazówkę co do wysokości odpowiedniego zadośćuczynienia w porównywalnych przypadkach i pozwoli uniknąć znaczących dysproporcji co do wysokości zasądzonych sum. Odpowiada to konstytucyjnej zasadzie równości obywateli wobec prawa wyrażonej w art. 32 Konstytucji jak również zasadzie, że wysokość zadośćuczynienia powinna odpowiadać także społecznemu poczuciu sprawiedliwości.

Ustalanie wysokości zadośćuczynienia - zasada umiarkowanej wysokości;

brak znaczenia śmierci poszkodowanego

Wyrok

Sądu Najwyższego - Izba Cywilna

z dnia 24 marca 2011 r.

I CSK 389/10

Teza

1. Zasada umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia nie może oznaczać przyzwolenia na lekceważenie takich bezcennych wartości, jak zdrowie czy integralność cielesna, a okoliczności wpływające na określenie tej wysokości, jak i kryteria ich oceny muszą być zawsze rozważane indywidualnie w związku z konkretną osobą poszkodowanego i sytuacją życiową, w której się znalazł. Tym bardziej więc zasada ta nie może oznaczać przyzwolenia na lekceważenie najważniejszej wartości, jaką jest życie człowieka.



2. Nie może prowadzić do obniżenia wysokości zadośćuczynienia okoliczność, że poszkodowane dziecko zmarło, a po jego śmierci do procesu wstąpili rodzice jako spadkobiercy ustawowi.

Uzasadnienie

Dawid i Dorota B., rodzice małoletniego Kamila B. urodzonego 14.03.2008 r., domagali się zasądzenia na jego rzecz od Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej - Szpitala Powiatowego w N., kwoty 1.000.000 zł zadośćuczynienia.

Dorota B. została przyjęta do pozwanego Szpitala w celu odbycia porodu po prawidłowym przebiegu ciąży w dniu 05.03.2008 r. Ponieważ poród nie nastąpił w planowanym terminie, w siódmym dniu po jego upływie rozpoczęto wspomaganie akcji porodowej, co nie dało rezultatu i stan ten utrzymywał się do dnia 14.03.2008 r., kiedy Dorota B. urodziła syna bez oznak życia. Dziecko było nieprzytomne, całkowicie wiotkie, nie oddychało, brak było akcji serca. W wyniku resuscytacji i reanimacji, po pięciu minutach serce dziecka zaczęło pracować, a po upływie około godziny pojawił się własny niewydolny oddech, dziecko było nadal nieprzytomne. Dziecko było sztucznie podtrzymywane przy życiu i leczone objawowo w związku z występującymi powikłaniami. Później pojawił się zanik tkanki mózgowej. Dziecko zmarło dnia 07.05.2009 r., po 14 miesiącach życia. Sporządzona na potrzeby postępowania karnego, a dopuszczona jako dowód w niniejszej sprawie, opinia Instytutu Matki i Dziecka Kliniki Położnictwa i Ginekologii, wraz z opinią uzupełniającą przeprowadzoną w postępowaniu cywilnym, jednoznacznie wskazały, że poród został nieprawidłowo przeprowadzony przez lekarzy pozwanego, gdyż nie przeprowadzono cesarskiego cięcia. Po śmierci dziecka jego rodzice wstąpili do procesu jako spadkobiercy.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Zgodnie z art. 445 § 1 KC, w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Ustawodawca wskazał, że suma pieniężna przyznana tytułem zadośćuczynienia powinna być odpowiednia, nie określił jednak zasad ustalania jej wysokości. W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że o rozmiarze należnego zadośćuczynienia decyduje rozmiar doznaney krzywdy, zadośćuczynienie ma bowiem na celu naprawienie szkody niemajątkowej, wyrażającej się doznaną krzywdą w postaci cierpień fizycznych i psychicznych. Niedający się ściśle wymierzyć charakter krzywdy sprawia, że ustalenie jej rozmiaru, a tym samym i wysokości zadośćuczynienia,



zależy od oceny sądu. Ocena ta powinna uwzględniać całokształt okoliczności sprawy, nie wyłączając takich czynników, jak np. wiek poszkodowanego oraz postawa sprawcy. Przy ustalaniu rozmiaru cierpień powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny, odniesione jednak do indywidualnych okoliczności danego wypadku (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17.09.2010 r., II CSK 94/10, Biul. SN 2010, nr 12, poz. 15). Oceniając rozmiar doznanej krzywdy, trzeba zatem wziąć pod rozwagę całokształt okoliczności, w tym rozmiar cierpień fizycznych i psychicznych, ich nasilenie i czas trwania, nieodwracalność następstw wypadku (kalectwo, oszpecenie), rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiową oraz inne czynniki podobnej natury (orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 28.01.2010 r., I CSK 244/09).

W orzecznictwie i w piśmiennictwie przyjmuje się, że zadośćuczynienie pełni funkcję kompensacyjną, przyznana suma pieniężna ma bowiem stanowić przybliżony ekwiwalent poniesionej szkody niemajątkowej. Powinna ona wynagrodzić doznane cierpienia fizyczne i psychiczne, aby w ten sposób przynajmniej częściowo przywrócona została równowaga zachwiana na skutek popełnienia czynu niedozwolonego. Funkcja kompensacyjna powinna mieć istotne znaczenie dla ustalenia wysokości zadośćuczynienia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17.09.2010 r., II CSK 94/10). W latach sześćdziesiątych ubiegłego stulecia w orzecznictwie ukształtował się jednak pogląd, że wysokość zadośćuczynienia powinna być utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (zob. orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 24.06.1965 r., I PR 203/65 (OSPika 1966, nr 4, poz. 92). Jego konsekwencją - na co wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30.01.2004 r., I CK 131/03 (OSNC 2005, nr 2, poz. 40) - była utrzymująca się tendencja do zasądzania skromnych sum tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. W ostatnich latach Sąd Najwyższy, w dążeniu do przełamania tej tendencji, w swoich orzeczeniach wielokrotnie podkreślał, że ze względu na kompensacyjny charakter zadośćuczynienia jego wysokość musi przedstawiać odczuwalną wartość ekonomiczną, adekwatną do warunków gospodarki rynkowej. Zwracał uwagę, że nie można akceptować stosowania taryfikatora i ustalania wysokości zadośćuczynienia według procentów trwałego uszczerbku na zdrowiu, że zdrowie ludzkie jest dobrem o szczególnie wysokiej wartości, w związku z czym zadośćuczynienie z tytułu uszczerbku na zdrowiu powinno być odpowiednio duże, oraz że nietrafne byłoby posługiwanie się przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia jedynie określonymi jednostkami przeliczeniowymi w postaci najniższego czy średniego wynagrodzenia pracowniczego. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30.01.2004 r., I CK 131/03, podkreślił, że powołanie się przy ustalaniu zadośćuczynienia na potrzebę utrzymania jego wysokości



w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, nie może prowadzić do podważenia kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia.

W orzecznictwie oraz w piśmiennictwie przyjmuje się, że suma pieniężna przyznana tytułem zadośćuczynienia ma stanowić przybliżony ekwiwalent poniesionej szkody niemajątkowej. Powinna zatem wynagrodzić poszkodowanemu doznane przez niego cierpienia fizyczne i psychiczne i ułatwić przezwycięzanie ujemnych przeżyć. Zasada umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia nie może oznaczać przyzwolenia na lekceważenie takich bezcennych wartości, jak zdrowie czy integralność cielesna, a okoliczności wpływające na określenie tej wysokości, 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 13.12.2007 r., I CSK 384/07).

**Przesłanki przyjęcia odpowiedzialności za błąd lekarski;
obowiązek zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej pacjentowi przenoszonemu
do innego szpitala**

Wyrok
Sądu Apelacyjnego w Warszawie - VI Wydział Cywilny
z dnia 4 listopada 2014 r.
VI ACa 1981/13

Teza

1. Dla przyjęcia ewentualnej winy lekarza za błąd lekarski, która ma najczęściej postać niedbalstwa koniecznym jest ustalenie, że zachowanie sprawcy świadczy o nieprzestrzeganiu zasad, które są oczywiste w aktualnym stanie wiedzy i zasad staranności dla prezentującego określoną specjalizację lekarza. Dotyczy to takich działań, które mógł i powinien podjąć w normalnym przebiegu leczenia, nie można natomiast wymagać przewidywania powikłań, które występują z minimalnym prawdopodobieństwem.

2. Czynem zawinionym są nie tylko działania czy zaniechania sprzeczne z obowiązującymi przepisami, ale również z zasadami współżycia społecznego. Nawet jeśli przenoszenie pacjenta do innego szpitala jest skomplikowane ze względu na obowiązujące procedury, to lekarz obowiązany jest podjąć jak najszybciej działania w celu ratowania zdrowia pacjenta. Zbyt późne podjęcie takich działań



uzasadnia przypisanie lekarzowi winy (co najmniej nienależytej staranności) w zakresie braku zapewnienia właściwej opieki zdrowotnej.

Uzasadnienie

W dniu 26 listopada 2006 r. powódka została przyjęta do szpitala (...) w W. celem planowanego, operacyjnego leczenia torbieli jajnika lewego. Wyraziła zgodę na laparoskopię i ewentualną laparotomię. Była przygotowywana do zabiegu jak do operacji na jelicie. We wcześniejszych latach powódka przeżyła operacje cesarskiego cięcia w 1972 r., wycięcie guzka tarczycy 1974 r., zapalenia wyrostka robaczkowego i otrzewnej 1991, wycięcie macicy z prawymi przydatkami 1996 r. oraz w 1998 r. stwierdzono niedrożność jelit i wycięto część szyjki macicy.

W dniu 28 listopada 2006 r. powódka została poddana pierwszemu zabiegowi w pozwanym Szpitalu. Po próbie laparoskopii i stwierdzeniu masywnych zrostów wewnątrztrzewnowych zdecydowano o konwersji do laparotomii. Po otwarciu jamy brzusznej stopniowo uwolniono zrosty i po uwidocznieniu torbieli jajnika lewego usunięto przydatki lewe. W jamie otrzewnej pozostawiono dren grawitacyjny i zeszyto jamę brzuszną. Operację przeprowadził położnik ginekolog. Zastosowano profilaktykę antybiotykową. W dniu 29 listopada 2006 r. powódka została przekazana do Oddziału (...) tegoż Szpitala.

W dniu 6 grudnia 2006 r. odbyła się konsultacja chirurgiczna. Stwierdzono przetokę jelita cienkiego. Następnego dnia powódka, za jej uprzednią zgodą została poddana drugiemu zabiegowi operacyjnemu w pozwanym Szpitalu, stwierdzono guz i na jego szczycie dwa otwory w obrębie jelita cienkiego o średnicy 4-5 mm wydzielające treści jelitowe, wycięto koło 150 cm jelita środkowego, zespolono jelito cienkie.

W dniu 10 grudnia 2006 r. odbyła się konsultacja chirurgiczna, a 15 grudnia 2006 r. konsylium lekarskie. Dnia 19 grudnia 2006 r. powódka została przewieziona karetką pogotowia do oddziału (...) Szpitala (...) w W.

W dniu 2 stycznia 2007 r. w Szpitalu (...) przeprowadzono kolejną operację, dokonano resekcji zmienionego odcinka jelita cienkiego wraz z prawą połową okrężnicy, sformułowano stomię końcową. W dniu 8 marca 2007 r. powódka została wypisana do domu. Następnie była leczona w Klinice (...) w W.



Pierwszy zabieg w dniu 28 listopada 2006 r., do którego powódka została zakwalifikowana ze wskazań ginekologicznych i przeprowadzony w trybie tzw. planowym nastąpił po uprzednim przygotowaniu pacjentki. Po zabiegu prowadzono codzienną obserwację, wykonano badania dodatkowe i konsultacje adekwatne do aktualnego stanu zdrowia. Ewidentne objawy przetoki pojawiły się na dobę przed kolejną operacją w dniu 7 grudnia 2006 r. Po drugim zabiegu, objawy przetoki nawrotowej pojawiły się około 4 doby, tj. 11 grudnia 2006 r. Powódka była leczona zachowawczo. W tym okresie winno być prowadzone całkowite żywienie pozajelitowe, tymczasem w dniu 11 grudnia 2006 powódce zezwolono na wodę i herbatę, a 12 grudnia 2006 r. na kleik i rosół. Przekazanie powódki do Szpitala (...) nastąpił 19 grudnia 2006 r.

Sąd Okręgowy ustalił, iż powódka miała świadomość przedmiotu obu operacji w pozwanym Szpitalu i wyraziła na nie zgodę. Wcześniejsze zastosowanie żywienia pozajelitowego i szybsze przekazanie powódki do Szpitala (...) najprawdopodobniej skutkowałoby mniejszym zakresem przeprowadzonej resekcji jelita, co z kolei uchroniłoby powódkę od konieczności żywienia pozajelitowego, ale wyłonienie stomii i tak miałyby najprawdopodobniej miejsce. Stwierdzona u powódki torbiel jajnika stanowiła wskazanie do leczenia operacyjnego. Powyższe uzasadniało podjęcie próby leczenia laparoskopowego a następnie, wobec stwierdzenia zrostów otwarcie jamy brzusznej. Zabieg został wykonany przez ginekologów, którzy z racji często wykonywanych laparotomii i uwalniania zrostów posiadają doświadczenie w tym zakresie. Możliwość uszkodzenia jelita przy tego typu zabiegach szczególnie przy rozległych zrostach jest wliczona w ryzyko zabiegu. Należy je traktować jako powikłanie, które nie jest wynikiem nieprawidłowości w leczeniu. Konsekwencją powikłań pierwszego zabiegu była druga operacja, w trakcie którego resekowano zmieniony zapalnie i niedokrwienne fragment jelita pozostawiając odpowiedni dla zapewnienia fizjologicznej funkcji jelita odcinek o długości 2,5 m zespalając „koniec do końca”. Zmiany, jakie zastano w trakcie drugiego zabiegu, nie wskazują na możliwość leczenia zachowawczego. Był to zabieg konieczny i wykonany prawidłowo. Zabieg został przeprowadzony przez chirurga, bowiem nie wykraczał poza zakres operacji wykonywanych w oddziałach chirurgii ogólnej. Oba zabiegi zostały wykonane przez lekarzy do tego uprawnionych. Niemniej jednak przekazanie powódki do ośrodka referencyjnego (w tym przypadku Szpitala (...)) po ujawnieniu się objawów nawrotu przetoki (po drugim zabiegu) nastąpiło zbyt późno. Nieprawidłowy był też sposób zaopatrzenia tej przetoki i po pojawieniu się nawrotów przetoki nie zostało wdrożone całkowite żywienie pozajelitowe u powódki.



Aktualnie u powódki stwierdzono stan po leczeniu operacyjnym torbieli jajnika lewego powikłanym uszkodzeniem ściany jelita, resekcją części jelita, wyłonieniem stomii i koniecznością żywienia pozajelitowego. Uszczerbek na zdrowiu z tego tytułu wynosi 60% i należy go uznać za trwały, brak jest bowiem dalszej możliwości poprawy stanu zdrowia na drodze leczenia operacyjnego. Leczenie operacyjne powódki należy uznać za zakończone a stan zdrowia za utrwalony. Powódka wymaga opieki nad stomią i leczenia żywieniowego, okresowych kontroli i opieki nad wkluciem do żywienia.

Leczenie i jego skutki stanowiły i stanowią uzasadnienie dla konieczności stosowania większej ilości środków higieny osobistej kosmetyków, czy preparatów chroniących skórę jamy brzusznej. Zasadnym był zakup materaca przeciwoleżynowego oraz poduszek przeciwoleżynowych dla powódki w związku z jej zmniejszoną aktywnością ruchową. Powódka wymaga wysokiej jakości sprzętu stomijnego oraz stojaka do kroplówek w związku z żywieniem pozajelitowym. Pacjenci pozostający na żywieniu pozajelitowym są przeszkoleni i nie wymagają pomocy personelu fachowego w tym zakresie, wymagana jest jednak kontrola cewnika i badań biochemicznych. Pomoc innych osób jest powódce potrzebna przy wykonywaniu cięższych prac domowych czy zakupów. Podczas pobytu powódki w Szpitalu (...) dzieci powódki poniosły koszty dodatkowej opieki pielęgniarstwa. Powódka znajdowała się w ciężkim stanie pooperacyjnym przez 14 nocy. Koszt ten wynosił 150 zł za noc. Powódka musi utrzymywać podwyższone standardy czystości. Zwiększone koszty środków higienicznych powoduje stomia.

Powódka od czasu poddania się zabiegowi w dniu 28 listopada 2006 r. do chwili obecnej odczuwa ból fizyczny i psychiczny. Ograniczyła do minimum życie towarzyskie, ze względu na kroplówki z żywnością i worek stomijny nie może praktycznie opuszczać domu. W codziennych obowiązkach pomaga jej syn, który niedaleko mieszka. Bywa u powódki około 2,3 razy w tygodniu, niekiedy częściej -w zależności od potrzeb.

W chwili poddania pierwszej operacji w Szpitalu (...) w 2006 r. miała 60 lat. Już wówczas była na emeryturze nie podejmował pracy zarobkowej, pomagała niekiedy córce przy opiece nad dziećmi.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że błędem lekarskim jest zaniechanie lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodne z nauką medyczną w zakresie lekarzowi dostępnym. Błąd lekarski czy to pod postacią błędu diagnostycznego, terapeutycznego, wykonawczego sam nie pociąga za sobą odpowiedzialności cywilnej. Dla przyjęcia istnienia takiej odpowiedzialności konieczne jest



stwierdzenie zawinienia przez lekarza, czyli braku należytej staranności w wykonywaniu swoich obowiązków. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 lutego 2010 r. (sygn. akt V CSK 287/09) wskazał, że „jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcenia się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi, zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, jak to formułuje się w niektórych wypowiedziach, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza, jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 KC) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania.” Oceniając należyłą staranność działania lekarza należy uwzględnić poziom wiedzy i umiejętności praktycznych, jaką powinien każdy z wykonujących zawód lekarza mieć oraz jego dokładność, sumienność przy wykonywaniu interwencji lekarskiej. Nie ma natomiast potrzeby sięgania do staranności wyższej niż przeciętna i wymagać przewidywania skutków nietypowych, wyjątkowych. Nie można pomijać, że przepis art. 355 KC stanowi, że nie ma jednego, powszechnie obowiązującego wzorca, lecz trzeba go określić z uwzględnieniem ”staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju”. W doktrynie i judykaturze utrwalił się słuszny pogląd, że ma to być wzorzec formułowany według kryteriów obiektywnych. Nie są, więc uwzględniane indywidualne cechy podmiotu, jego właściwości osobiste. Powszechnie akceptowane jest konstruowanie mierników staranności dla typowych sytuacji, uwzględniając stronę podmiotową stosunku oraz treść i przedmiot zobowiązania. Oznacza to, że pewne przymioty, uzdolnienia i kwalifikacje będą uwzględniane w takim zakresie, w jakim objęte są powszechnie żywionymi oczekiwaniami dla stosunków danego rodzaju. W konsekwencji, ich brak u dłużnika oznaczać będzie jego winę, nawet, jeżeli nie zdawał sobie sprawy ze swoich ograniczeń (tak A. Olejniczak - Kodeks cywilny. Komentarz Tom III pod redakcją A. Kidyby).



Dla przyjęcia ewentualnej winy lekarza (za błąd lekarski), która ma najczęściej postać niedbalstwa koniecznym jest ustalenie, że zachowanie sprawcy świadczy o nieprzestrzeganiu zasad, które są oczywiste w aktualnym stanie wiedzy i zasad staranności dla prezentującego określoną specjalizację lekarza. Dotyczy to takich działań, które mógł i powinien podjąć w normalnym przebiegu leczenia, nie można natomiast wymagać przewidywania powikłań, które występują z minimalnym prawdopodobieństwem.

W zakresie odpowiedzialności za szkody na zdrowiu wyrządzone przez lekarzy przyjmuje się, że istnienie związku przyczynowego z reguły nie może być absolutnie pewne, wystarczy więc jego ustalenie z dostateczną dozą prawdopodobieństwa (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 30 października 2012 r., sygn. akt I ACA 650/12). W orzecznictwie utrwalony jest bowiem pogląd, zgodnie z którym w procesach lekarskich niemożliwe jest poczynienie takiego ustalenia, ponieważ w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, rzadko natomiast o pewności, czy wyłączności przyczyny. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działanie lub zaniechanie ze strony personelu szpitala było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 maja 2014 r., sygn. akt V CSK 353/13).

Za normalne skutki działania i zaniechania uznaje się takie, które zwykle w danych okolicznościach następują. Nie jest przy tym istotne, aby skutek pojawiał się zawsze. Lekarz nie odpowiada za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne, nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki. Adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem lekarzy, a szkodą może być bezpośredni lub pośredni. Nie ma znaczenia, czy przyczyna powstania szkody jest dalsza, czy bliższa, byleby tylko skutek pozostawał jeszcze w granicach "normalności". Oznacza to, że wystarczający jest związek przyczynowy pośredni pomiędzy szkodą, a zdarzeniem (zaniedbaniem lekarza), które doprowadziło do wyrządzenia szkody (vide: wyrok SA w Białymstoku z 7 marca 2013 r. w sprawie o sygn. akt I ACA 879/12, wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 7 marca 2014 r. I ACA 1244/13, wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 10 czerwca 2014 r., sygn. akt I ACA 1570/13).



Naprawienie szkody niemajątkowej, tzw. krzywdy, może polegać na przyznaniu poszkodowanemu odpowiedniej sumy pieniężnej. 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. Zasadniczym kryterium decydującym o wysokości należnego zadośćuczynienia stanowi przede wszystkim rozmiar (zakres) doznanej przez pokrzywdzonego krzywdy, a niewymierny charakter takiej krzywdy sprawia, że ocena w tej mierze winna być dokonywana na podstawie całokształtu okoliczności sprawy. O wysokości zadośćuczynienia decyduje zatem sąd po szczegółowym zbadaniu wszystkich okoliczności sprawy, kierując się podstawową zasadą, że przyznane zadośćuczynienie powinno przedstawiać realną wartość dla pokrzywdzonego.

Podkreślenia wymaga kompensacyjny charakter zadośćuczynienia jako sposobu naprawienia szkody niemajątkowej, wyrażającej się krzywdą w postaci doznanych cierpień fizycznych i psychicznych. W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjęto jako niepodważalną zasadę, że poszkodowany powinien otrzymać zawsze pełne zadośćuczynienie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 czerwca 1968 r., sygn. akt I PR 175/68 OSNCP rok 1969, nr 2 poz. 37; uchwała Pełnego Składu Izby Cywilnej z dnia 8 grudnia 1973 r., sygn. akt III CZP 37/73 OSNCP rok 1974, nr 9 poz. 145; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 stycznia 2004 r., sygn. akt I CK 131/2003 OSNC rok 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.