

Sygn. akt I ACa 119/12

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 4 grudnia 2012 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Eugeniusz Skotarczak
Sędziowie:	SA Mirosława Gołuńska SO del. Tomasz Żelazowski (spr.)
Protokolant:	st. sekr. sądowy Beata Waclawik

po rozpoznaniu w dniu 22 listopada 2012 r. na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa E. H.

przeciwko S. P. W. S. Z. w S.

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 15 grudnia 2011 r., sygn. akt I C 419/07

***I. oddala apelację;***

***II. odstępuje od obciążania powódki kosztami procesu.***

SSO (del.) T. Żelazowski SSA E. Skotarczak SSA M. Gołuńska

Sygn. akt I ACa 119/12

## UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 17 maja 2007 r. wniesionym przeciwko W. S. P. R. w S., R. M. (...) w S. i S. P. W. S. Z. w S. powódka E. H. domagała się zasądzenia na jej rzecz kwoty 12.000 zł tytułem odszkodowania, kwoty 388.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu oraz zasądzenia kwoty 1.200 zł miesięcznie tytułem renty stałej za naprawienie wyrządzonej szkody płatnej do dziesiątego dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu. Nadto wniosła o ustalenie odpowiedzialności pozwanych za ewentualne dalsze następstwa zdarzenia w przyszłości.

W uzasadnieniu swojego stanowiska powódka podniosła, iż w dniu 6 października 2005 r. pozwani udzielali jej pomocy doraźnej nie zachowując zasad należytej staranności i ostrożności zawodowej. Zaniedbali przeprowadzenie niezbędnych badań pomocniczych oraz zlekceważyli występujące u powódki objawy niedowładu i zaburzeń pęcherza moczowego i zwieracza odbytu. W. S. P. R. oraz R. M. (...) opóźnili się z przewiezieniem powódki do szpitala, zaś S. P. W. S. Z. w S. opóźnił się z przeprowadzeniem pilnej operacji neurochirurgicznej, powodując u powódki poważne następstwa neurologiczne w postaci ucisku na rdzeń kręgowy odcinka kręgosłupa, w wyniku czego E. H. utraciła władzę w kończynach dolnych w stopniu powodującym konieczność posługiwania się wózkiem inwalidzkim lub kulami łokciowymi. Poza tym powódka zarzuciła nieprawidłowe wykonanie operacji skutkującej powstaniem centralnej wypukliny dysku L4 – L5 a także w wyniku której powstał ucisk kręgozmyku na splot lędźwiowo – krzyżowy, co w konsekwencji spowodowało u niej poczucie bólu i stanowiło o konieczności przeprowadzenia reoperacji.

Uzasadniając żądanie zapłaty kwoty 1.200 zł miesięcznie tytułem renty stałej wskazała, iż sytuacja, która powstała wskutek niedbalstwa w udzieleniu jej pomocy przez pozwanych, zmusiła ją do ograniczeń egzystencjalnych. Natomiast roszczenie zapłaty kwoty 388.000 zł tytułem zadośćuczynienia argumentowała powstaniem u niej kalectwa spowodowanego niedbalstwem pozwanych.

Pismem z dnia 19 czerwca 2008 r. powódka rozszerzyła powództwo w zakresie żądania odszkodowania z kwoty 12.000 zł do kwoty 53.496, 10 zł obejmującego koszty leczenia, koszty sprawowania opieki nad powódką i rehabilitacji.

Pozwana - W. S. P. R. w S. wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Podniosła, że jej rolą nie jest zlecenie przeprowadzenia niezbędnych badań przez pacjenta czy też kierowanie go do specjalisty. Taką rolą w obecnej służbie zdrowia pełni lekarz pierwszego kontaktu. Zaznaczyła, że powódka nie wykazała związku przyczynowego pomiędzy obecnym stanem jej zdrowia a działaniami W. S. P. R. w S.. Nadto podważyła przedłożoną przez powódkę wraz z pozwem opinię z dnia 2 stycznia 2007 roku.

Pozwany - S. P. W. S. Z. w S. wniósł o oddalenie powództwa w całości i obciążenie powódki kosztami postępowania, w tym zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Uzasadniając swoje stanowisko pozwany wskazał, iż nie można mu zarzucić błędu w sztuce lekarskiej, gdyż leczenie przeprowadzono prawidłowo, diagnoza była trafna. Poza tym w wyniku leczenia stan zdrowia powódki uległ polepszeniu. Ponadto zaznaczył, iż w jego ocenie nie można mu przypisać odpowiedzialności za stan powódki w chwili przyjęcia do szpitala ani uznać, iż nastąpiła zwłoka w wykonaniu operacji neurochirurgicznej.

Pismem z dnia 23 kwietnia 2008 r. interwencję uboczną po stronie pozwanej W. S. P. R. w S. zgłosiła (...) Spółka akcyjna w Ł. wnosząc o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki na rzecz interwenienta ubocznego kosztów procesu według norm przepisanych.

Postanowieniem z dnia 15 grudnia 2009 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie zgodnie z wnioskiem strony powodowej, oznaczył pozwanego - R. M.F.C jako (...) sp. z o.o. w W., Biuro Regionalne w S..

Pozwana - (...) Sp. z o.o. w W., Biuro Regionalne w S. wniosła o oddalenie powództwa w całości i obciążenie powódki kosztami postępowania, w tym kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Uzasadniając swoje stanowisko wskazała, że brak jest normalnego związku przyczynowego pomiędzy działaniami lekarzy pozwanego udzielającymi powódce pomocy doraźnej w oparciu o jej dolegliwości w dniu 6 października 2005 r., a późniejszym rozwojem wypadków, w tym przede wszystkim skutkami późnej decyzji o zabiegu operacyjnym podjętym już w ramach działań pozwanego szpitala. Pozwana zaznaczyła, iż wbrew twierdzeniom powódki, nie jest zadaniem służb w zakresie ratownictwa medycznego i udzielania pierwszej pomocy jak najszybsze przewiezienie pacjenta do szpitala, ale przede wszystkim udzielenie doraźnej pomocy w miejscu wezwania.

Wyrokiem z dnia 15 grudnia 2011 roku Sad Okręgowy w Szczecinie oddalił powództwo, zasądził od powódki na rzecz pozwanych po 7217 zł, tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego, a nadto na rzecz Samodzielnego Publicznego

Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. kwotę 500 zł tytułem zwrotu wydatków w sprawie, a nadto odstąpił od obciążenia powódki kosztami procesu należnymi interwenientowi ubocznemu.

Wyrok powyższy Sąd oparł na ustaleniu, że powódka od około 1988 roku jest leczona ambulatoryjnie w związku z bólami kręgosłupa lędźwiowego, a także obrzękami kończyn dolnych oraz utrudnień w oddawaniu moczu. W dniu 6 października 2005 r. wezwano do powódki zespół wyjazdowy W. P. R. w S.. Przyczyną wezwania był obrzęk i silny ból kończyn dolnych u powódki. Po przyjeździe na miejsce i przeprowadzeniu badania przedmiotowego lekarz rozpoznał u pacjentki dolegliwości i zalecił jej zażycie leków przeciwbólowych, a w razie konieczności przeprowadzenie badań kontrolnych. W godzinach wieczornych tego samego dnia został wezwany do powódki zespół pomocy doraźnej (...) w S.. Tym razem powodem zgłoszenia było „uczucie niedowładu kończyn dolnych”. Lekarz po przeprowadzeniu badania rozpoznał zespół bólowy. Brak było podstaw do natychmiastowego przewiezienia powódki do szpitala. W dniu 07 października 2005 r. powódka została przyjęta do oddziału neurologicznego w S. P. W. S. Z. w S. z powodu wystąpienia silnego bólu w okolicy krzyżowej kręgosłupa z promieniowaniem do kończyn dolnych, osłabieniem ich siły oraz zatrzymaniem moczu. Takie stany zdarzały się już w przeszłości u E. H.. Po krótkotrwałej obserwacji szpitalnej i przeprowadzeniu w dniu 8 października 2005 r. badania tomograficznego powódka została przekazana do oddziału neurochirurgicznego, gdzie po wcześniejszym przygotowaniu i przeprowadzeniu stosownych badań i konsultacji przedoperacyjnych, w dniu 10 października 2005 r. przeprowadzono zabieg neurochirurgiczny. Operacja została wykonana prawidłowo, bez powikłań. W ciągu następnym kilkunastu miesięcy stan zdrowia powódki istotnie się poprawił. Ustąpiło porażenie zwieraczy. Powódka przebywała w szpitalu do dnia 25 listopada 2005 roku początkowo na oddziale neurologicznym, a następnie oddziale reumatologii i rehabilitacji, gdzie cały czas była leczona. Sąd ustalił ponadto że w związku z leczeniem istniejących u powódki dolegliwości była ona poddawana wielokrotnym badaniom i konsultacjom medycznym, a także zabiegom rehabilitacyjnym. W 2006 roku przeszła operację, zaś w 2008 roku rehabilitację. Aktualnie powódka nadal cierpi na bóle kręgosłupa, ma problemy z nogami. W związku z powyższym kontynuuje rehabilitację oraz leczenie przeciwbólowe. Obecny stan zdrowia powódki jest wynikiem wieloletniego procesu chorobowego w postaci choroby zniekształcająco- zwyrodnieniowej kręgosłupa. Proces diagnostyczny i zastosowane leczenie powódki, na poszczególnych etapach działań rozpoznawczych i terapeutycznych był adekwatny do stanu klinicznego i stwierdzonych wtedy objawów chorobowych - zgodne z przyjętymi zasadami postępowania medycznego. W zakresie sposobu i rodzaju zastosowanych w stosunku do E. H. działań lekarskich, na etapie pomocy doraźnej udzielonej powódce Sąd stwierdził, że brak było zaniechania czy też niedbalstwa, skutkującego wystąpieniem zagrożenia dla życia lub pogorszeniem się stanu zdrowia powódki. Przebieg hospitalizacji powódki w Oddziałach Neurologii i Neurochirurgii S. P. W. S. Z. w S. był w pełni prawidłowy, nie obarczony uchybieniami mieszczącymi się w pojęciu błędu medycznego. Zabiegi operacyjne przeprowadzone u E. H. przynosiły dobry skutek terapeutyczny. Sąd ustalił również, że w związku z przeprowadzonym leczeniem i badaniami E. H. poniosła koszty lekarstw, wizyt lekarskich, badań medycznych, opieki i rehabilitacji, a także specjalnego łóżka niezbędnego w procesie leczenia, wydatkując na ten cel łącznie kwotę 53.496,10 zł.

Przystępując do rozważań Sąd Okręgowy wskazał, że powództwo oparte na treści przepisów art. 415 k.c. w związku z art. 430 k.c. oraz art. 445 § 1 k.c. i art. 444 § 1 i 2 k.c. okazało się bezzasadne.

Powódka swoje roszczenia wywodzi z odpowiedzialności deliktowej pozwanych, podnosząc, że została poddana niewłaściwej diagnozie, skutkującej zastosowaniem wadliwego leczenia oraz wskazówek medycznych, a w odniesieniu do szpitala wskazywała na uchybienia o charakterze zaniechania i nieprawidłowego przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.

Wymieniając okoliczności niesporne Sąd wskazał min., że wszystkim pozwany przysługuje przymiot osobowości prawnej, a nadto, że lekarze dokonujący czynności i zabiegów u powódki w dniach 6 – 10 października 2005 r. byli pracownikami pozwanych podmiotów, a zatem zastosowanie znajdzie również art. 120 § 1 k.p., co oznacza, że bierna legitymacja w procesie przysługuje wyłącznie ich pracodawcom.

Przesłankami odpowiedzialności pozwanych jest szkoda, która została wyrządzona osobie trzeciej przez podwładnego - pracownika, wina podwładnego, wyrządzenie szkody przez podwładnego przy wykonywaniu powierzonej

mu czynności i wreszcie normalny związek przyczynowy pomiędzy zawinionym działaniem lub zaniechaniem podwładnego pracownika a szkodą. Przesłanki te muszą być spełnione kumulatywnie, a ciężar ich udowodnienia, zgodnie z wyrażoną w art. 6 k.c. regułą rozkładu ciężaru dowodu, spoczywał w niniejszej sprawie na powódce. W ocenie Sądu powódka ciężaru tego nie podźwignęła i nie wykazała zaistnienia powyższych przesłanek, warunkujących deliktową odpowiedzialność pozwanych.

Przy ocenie zawinienia pracowników służby zdrowia - określanego mianem błędu w sztuce lekarskiej wskazać należy po pierwsze, iż ów błąd nie jest definiowany w żadnym konkretnym przepisie prawa. Odwoływać się przeto należy do ogólnych reguł odpowiedzialności deliktowych określonych w art. 415 k.c. Sąd zaznaczył przy tym, że ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny, obejmuje tylko zwykłe powikłania pooperacyjne.

Odnosząc się do kwestii związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem a szkodą Sąd wskazał, że o odpowiedzialności przesądza nie sam fakt istnienia łańcucha przyczynowo - skutkowego, ale normalność następstw. W wypadku szkody medycznej udowodnienie istnienia związku przyczynowego obciąża samego poszkodowanego.

W ocenie Sądu w okolicznościach niniejszej sprawy, nie można było przyjąć za wykazane, iż doszło do błędu w sztuce lekarskiej zarówno w ramach czynności podejmowanych w miejscu zamieszkania, jak również w odniesieniu do lekarzy Szpitala diagnozujących i wykonujących czynności medyczne w dniach 7 - 8 października 2005 r. oraz operację w dniu 10 października 2005 r.

Dokonując ustaleń w tej materii Sąd oparł się przede wszystkim na zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej oraz pisemnej opinii wraz z opiniami uzupełniającymi zespołu biegłych sądowych w zakresie neurochirurgii, neurologii i medycyny sądowej -Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo - Lekarskiej (...) w K., które uznał za wiarygodne.

Pełnowartościowym źródłem dowodowym w ocenie Sądu były także zeznania świadków J. K., L. H. (1), A. K., K. B. oraz J. S.. Wymienieni zeznali na okoliczności im znane w związku z wykonywanymi czynnościami pracowniczymi, a wersje przez nich prezentowane znalazły odzwierciedlenie w obszernej dokumentacji medycznej. Sąd zaznaczył, że w sprawie bezspornym jest, że powódka od 1988 r. cierpi na dolegliwości związane ze schorzeniem kręgosłupa w odcinku lędźwiowym, pozostając w związku z tym w wieloletnim leczeniu ambulatoryjnym.

Kwestią wymagającą rozstrzygnięcia w odniesieniu do pracowników pogotowia było ustalenie czy sposób i rodzaj zastosowanych wobec powódki działań lekarskich był adekwatny do stanu jej ówczesnego zdrowia. Oceniając tę kwestię Sąd oparł się dowodzie z opinii biegłych sądowych, z których to opinii wynika, że iż pracownicy pozwanych podjęli prawidłowe i standardowe działania medyczne - zalecając zastosowanie leków przeciwbólowych oraz w razie konieczności przeprowadzenia badań w systemie ambulatoryjnym. Sąd zaznaczył przy tym, że podobną decyzję podjęły dwie odrębne załogi pogotowia, zaś samodzielne stawiennictwo powódki w szpitalu również nie skutkowało przeprowadzeniem natychmiastowego zabiegu operacyjnego. Zdaniem biegłych proces diagnostyczny i zastosowane leczenie powódki były adekwatne do stanu klinicznego i stwierdzonych wtedy objawów chorobowych. Sąd zaznaczył przy tym, że wnioski z przeprowadzonej ekspertyzy medycznej pokrywają się z przedłożoną do akt dokumentacją medyczną. W konkluzji Sąd wskazał, że na obecnym etapie nie można dopatrywać się ze strony pozwanych błędu czy braku staranności w podjętych działaniach profilaktycznych, w tym w postaci zaniechania, przewłoczności, czy też niedbalstwa, skutkujących wystąpieniem zagrożeniem dla życia lub pogorszeniem się stanu zdrowia powódki.

Podobnej oceny Sąd dokonał w odniesieniu do działań pozwanego S. P. W. S. Z. w S. w dniach 7, 8 i 10 października 2005 r. Oceniając przebieg hospitalizacji E. H. w Oddziałach Neurologii i Neurochirurgii S. P. W. S. Z. w S. Sąd uznał je za w pełni prawidłowe.

Sąd wskazał, że fakt zgłoszenia się powódki do szpitala był niesporny, zaś przyczyna zgłaszanych dolegliwości początkowo nie była jasna i uzasadniała przeprowadzenie krótkotrwałej obserwacji szpitalnej. W dniu 8 października 2005 roku powódka została przekazana na oddział neurochirurgiczny, gdzie po badaniach i konsultacjach wykonano jej zabieg neurochirurgiczny. Bezsprzecznie przekazanie powódki do oddziału neurochirurgii miało miejsce w

godzinach nocnych i odbyło się w trybie pilnym. W czasie całego procesu powódka z tego faktu wywodziła, że wobec tego przeprowadzenie operacji winno odbyć się natychmiast, a skoro nastąpiło w późniejszym czasie, ewidentnie świadczy o zaniedbaniach. W tym upatrywała winy lekarzy.

Biegli sądowi zaznaczyli, iż zabiegi operacyjne obszaru kanału rdzenia kręgowego, w szczególności u osób z zaawansowaną chorobą zniekształcająco zwyrodnieniową, są zawsze obarczone ryzykiem powikłań i nie zawsze przynoszą poprawę, a czasem dochodzi nawet do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta. Sąd wskazał również, że przyczyna zgłaszanych dolegliwości początkowo nie była jasna, a opóźnienie w wykonaniu zabiegu neurochirurgicznego nie miało wpływu na stan zdrowia powódki. Natomiast obecny stan zdrowia powódki jest wynikiem wieloletniego procesu chorobowego w postaci choroby zniekształcająco - zwyrodnieniowej kręgosłupa i nie pozostaje on w związku przyczynowo skutkowym z ewentualnymi nieprawidłowościami w procesie diagnostyczno - terapeutycznym pozwanych.

Oceniając sporządzone opinie Sąd zaznaczył, że zarzuty powódki dotyczące opinii okazały się niezasadne. Co prawda pierwsza opinia była lakoniczna, jednak na skutek opracowywania kolejnych, uzupełniających opinii zarówno Sąd jak i strony otrzymały odpowiedź na każde z postawionych pytań, zaś stanowisko biegłych było kategoryczne i jednoznaczne. Zarzuty stawiane opiniom przez powódkę nie znalazły potwierdzenia w zebranych materiale dowodowym i były oparte na jej subiektywnych odczuciach. Mając to na względzie Sąd nie znalazł podstaw do dopuszczenia dowodu z kolejnego zespołu biegłych zgodnie z wnioskiem powódki, albowiem uzyskał już wiadomości specjalne. Wniosek powódki wyrażał jedynie wielokrotnie powielane wątpliwości. Nie zawierał zaś żadnych nowych zarzutów podważających miarodajność opinii jako dowodu w sprawie. Sąd podkreślił, bazując na orzecznictwie Sądu Najwyższego, że skoro biegli specjaliści jednolicie uznali, iż działaniu pozwanych nie można zarzucić błędu w sztuce lekarskiej, szczegółowo argumentując swoje stanowisko, to kwestia ta w postępowaniu przed Sądem, została w sposób należyty wyjaśniona.

Jako niewiarygodny i niemający znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy Sąd potraktował dowód z prywatnej opinii lekarzy (...) z dnia 2 stycznia 2007 r. i pism lekarzy przedłożonych do akt przez powódkę. Dokumenty te nie mogą bowiem podważyć dowodu z opinii biegłych sądowych.

Sąd wskazał również, że złożony przez powódkę w końcowej fazie procesu dokument pochodzący od dr hab. n. med. W. J. nie wniósł nic do sprawy, albowiem jak wynika z jego treści jednoznaczna ocena stanu zdrowia powódki okazała się niemożliwa z uwagi na niepełną dokumentację medyczną jaką dysponował profesor.

Sąd zaznaczył przy tym, że wielokrotnie zobowiązywał powódkę do przedłożenia wszelkiej dokumentacji medycznej pod rygorem skutków z art. 233 k.p.c.

Według Sądu, zgromadzony materiał dowodowy pozwolił na bezsporne uznanie, iż zarówno w ramach czynności podjętych przez W. S. P. R. w S. (...) Sp. z o. o. Biuro Regionalne w S., jak i S. P. W. S. Z. w S. w okresie udzielania doraźnej pomocy, jak i podjęciu czynności medycznych, w tym zabiegu operacyjnego u powódki brak jest jakichkolwiek podstaw do przyjęcia, iż pozwani w zakresie wykonywania czynności medycznych u powódki dopuścili się jakichkolwiek zaniedbań czy błędów. Takie ustalenia prowadziły do konkluzji, iż brak jest związku przyczynowego pomiędzy działaniem. zaniechaniem pozwanych, a stanem zdrowia powódki.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. oraz art. 102 i 107 k.p.c.

Wyrok powyższy zaskarżyła powódka w części, tj. w zakresie punktu I sentencji wyroku – w stosunku do pozwanego S. P. W. S. Z. w S. oraz w zakresie punktu II – w stosunku do tego samego pozwanego. Wyrokowi temu zarzuciła:

I. naruszenie przepisów prawa procesowego mające wpływ na wynik sprawy tj.

1) naruszenie przepisu art. 233 § 2 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, które to naruszenie polega na:

a) dokonaniu newszechstronnej oceny pisemnej opinii wraz z opiniami uzupełniającymi zespołu biegłych sądowych Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii S.-Lekarskiej - poprzez uznanie tych opinii, wbrew zasadom logiki i doświadczenia życiowego, za fachowe, rzetelne i kompletne, podczas gdy w rzeczywistości nierzetelność przedmiotowych opinii została wykazana w szczególności przez dokumentację medyczną składaną do akt sprawy przez powódkę, a ponadto złożone w sprawie zeznania; dodatkowo zasadnicza wadliwość przedmiotowych opinii została skutecznie wykazana przez powódkę w zarzutach do opinii, a także za pomocą środków pochodzących od wybitnych specjalistów w zakresie medycyny: pisma dr hab. nauk med. W. J. (2), oświadczenia prof. dr hab. J. Z., a ponadto zaświadczenia lekarskiego z dnia 27 października 2011 r.;

b) dokonaniu niezgodnej z zasadami logiki i doświadczenia życiowego oceny opinii lekarzy (...) z 2 stycznia 2007 r. i pism lekarzy przedłożonych do akt przez powódkę - poprzez uznanie tych dokumentów za pozbawione znaczenia i niewiarygodne, podczas gdy w rzeczywistości twierdzenia i wnioski zawarte w przedmiotowych dokumentach zostały sformułowane przez podmioty fachowe, znajdując oparcie w dokumentacji medycznej sporządzonej przez samego pozwanego, a dodatkowo tworzą one spójną i logiczną całość i korespondują ze złożonymi w sprawie zeznaniami, w szczególności J. S., A. K., L. H. (1) i powódki;

c) dokonaniu niezgodnej z zasadami logiki oceny dowodu w postaci pisma dr hab. nauk med. W. J. (2) - poprzez uznanie, iż nie wnosi ono nic do sprawy, podczas gdy w rzeczywistości twierdzenia tego specjalisty w przekonujący sposób wskazywały na zasadniczą wadliwość opinii zespołu biegłych sądowych Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii S.-Lekarskiej oraz brak możliwości sformułowania przez nich w pełni obiektywnej opinii;

2) naruszenie przepisu art. 217 w zw. z art. 227 oraz art. 241 k.p.c. - poprzez nieuzasadnioną odmowę dopuszczenia dowodu z ponownej opinii biegłych lekarzy, w sytuacji gdy opinia zespołu biegłych sądowych Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii S.-Lekarskiej wraz z opiniami uzupełniającymi była nierzetelna i nie mogła być uznana za miarodajny dowód w sprawie;

II. sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału, tj.

1) ustalenie, że w dniu 6 października 2005 r. brak było przesłanek medycznych do natychmiastowego, bezzwłocznego przewiezienia powódki do szpitala, w celu pilnego przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, podczas gdy w rzeczywistości przesłanki takie występowały i zabieg winien być niezwłocznie przeprowadzony;

2) ustalenie, że w ciągu kilkunastu miesięcy następujących po październiku 2005 r., doszło do istotnej poprawy stanu zdrowia powódki, podczas gdy w rzeczywistości błędy lekarskie popełnione przez pracowników pozwanego w tym okresie spowodowały istotne pogorszenie zdrowia powódki;

3) ustalenie, że w dniu 17 października 2005 r. powróciła u powódki funkcja zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu, podczas gdy w rzeczywistości zdarzenie takie nie miało miejsca, a powódka dalej cierpiała na brak funkcji zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu;

4) ustalenie, że po przeprowadzeniu leczenia usprawniającego w listopadzie 2005 r. powódka odzyskała znaczną sprawność, podczas gdy w rzeczywistości okoliczność taka nie miała miejsca;

5) ustalenie, że obecny stan zdrowia powódki jest wynikiem wieloletniego procesu chorobowego w postaci choroby zniekształcająco – zwyrodnieniowej kręgosłupa - podczas gdy w rzeczywistości obecny stan zdrowia powódki jest skutkiem zaniedbań i błędów popełnionych przez pracowników pozwanego;

6) ustalenie, że proces diagnostyczny i leczenie powódki przez pozwanego były adekwatne do stanu klinicznego i stwierdzonych objawów podczas, gdy w rzeczywistości pozwany dopuścił się błędów w sztuce lekarskiej, w szczególności polegającego na zaniechaniu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego we właściwym czasie;

7) ustalenie, że w momencie kontaktu powódki z pracownikami pozwanego powódka nie manifestowała objawów typowych dla zespołu ogona końskiego - podczas gdy w rzeczywistości takie objawy w tym czasie u powódki występowały i były możliwe do zdiagnozowania;

8) ustalenie, że przyczyna zgłaszanych przez powódkę dolegliwości nie była w początkowym okresie hospitalizacji w pełni jasna i uzasadniała kilkudniową zwłokę w podjęciu ostatecznej decyzji, co do dalszego leczenia podczas gdy w rzeczywistości objawy zespołu ogona końskiego występowały bardzo wyraźnie i nakazywały bezzwłoczne przeprowadzenie zabiegu operacyjnego;

9) ustalenie, że opóźnienie w wykonaniu zabiegu neurochirurgicznego nie miało wpływu na stan zdrowia powódki, podczas gdy w rzeczywistości przedmiotowe opóźnienie miało decydujący wpływ na stan zdrowia powódki;

Podnosząc powyższe zarzuty skarżąca wniosła o uchylenie wyroku w zakresie zaskarżenia i skierowanie sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd I instancji.

Nadto z „najdalej idącej ostrożności procesowej” skarżąca wniosła o odstąpienie od zasądzania od powódki na rzecz pozwanego kosztów zastępstwa procesowego tytułem postępowania przed Sądem I instancji, a ponadto odstąpienie od zasądzania od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego.

W uzasadnieniu apelacji powódka wskazała, że Sąd przekroczył granice swobodnej oceny dowodów, w wyniku czego przyznał absolutny prymat dowodowi z opinii biegłych. Podniosła, że w opinii biegłych występują sprzeczności. Cytując poszczególne fragmenty opinii powódka zwróciła uwagę, że z jednej strony biegli stwierdzili, że objawy powódki pozwalały na diagnozę, z drugiej, że początkowo nie było to możliwe. Opinia nie może być zatem uznana za logiczną.

Sąd uznał za miarodajne twierdzenie biegłych, jakoby w momencie przyjęcia powódki do szpitala prowadzonego przez pozwanego nie było możliwości jednoznacznego zdiagnozowania tzw. zespołu ogona końskiego, nie było też potrzeby przeprowadzenia natychmiastowego zabiegu operacyjnego, jednak przy dokonywaniu oceny dowodu w tym zakresie pominął całkowicie zeznania złożone w sprawie, w tym świadków A. K. oraz J. S.. Zeznania tych świadków jednoznacznie wskazują, że możliwe było postawienie jednoznacznej diagnozy już 7 października 2005 roku. W tym tonie wypowiadali się także inni lekarze-specjaliści, sporządzający opinie prywatne, składane następnie do akt sprawy. Pomimo tego, Sąd ocenił za wiarygodną w tym zakresie wyłącznie opinię biegłych, praktycznie pozbawiając znaczenia pozostałe, sprzeczne z opinią dowody. Ocena opinii musi być zatem uznana za błędną. Opinii nie można przypisać waloru rzetelności i miarodajności.

Twierdzenie biegłych, że nie można uznać, iż zwłoka w udzieleniu pomocy medycznej stanowiła zagrożenie dla życia i zdrowia powódki, pozostaje w oderwaniu od całości zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego. Świadkowie wskazywali bowiem na konieczność przeprowadzenia operacji. W opinii biegłych zignorowano, że powódka już w nocy z 7 na 8 października 2005 r. podpisała zgodę na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, a biegli nie wyjaśnili w świetle dokumentacji medycznej dlaczego nie uznali za zwłokę zachowania pozwanego polegającego na przeprowadzeniu operacji dopiero 10 października 2005 roku, podczas gdy operacja ta powinna być w ocenie powódki przeprowadzona w nocy z 7 na 8 października. Okoliczność zwłoki o co najmniej jedną dobę została całkowicie pominięta przez biegłych.

Powódka podkreślił również, że nie jest wiarygodne twierdzenie biegłych, iż nie sposób obiektywnie stwierdzić, w jakim trybie pacjentka została przekazana z oddziału neurologicznego, podczas gdy z dokumentacji medycznej wynika, że nastąpiło z powodu nagłego wystąpienia bólu w trybie nagłym.

Niezależnie od powyższego w ocenie powódki Sądowi umknęło również, że biegli od początku forsowali te same tezy, podtrzymując je wciąż, nawet wobec prezentowania im kolejnych materiałów, poddających w wątpliwość dotychczasowe dowody. W świetle zasad doświadczenia życiowego jest niewiarygodnym aby biegli byli w stanie od

razu, pomimo braku pełnego materiału, rzetelnie sformułować prawidłowe wnioski i następnie konsekwentnie je podtrzymywać, pomimo dostarczania kolejnych informacji.

W konkluzji powódka wskazała, że opinia biegłych, na której oparto zaskarżony wyrok, w istocie nie uwzględniła zasadniczej części dokumentacji medycznej ani złożonych w sprawie zeznań. Opinia zawiera również wewnętrzne sprzeczności, zaś zaprezentowane w niej rozumowanie cechuje się błędami logicznymi. Uzasadnione są co najmniej istotne wątpliwości, czy w ogóle biegli uwzględnili poszerzanie się materiału dowodowego w sprawie, albowiem w żadnym razie nie znalazło to odbicia w ich opinii.

Powódka zaznaczyła, że Sąd uznał za wiarygodne zarówno zeznania świadków: S., K., jak i sprzeczną z ww. zeznaniami opinię biegłych. Taki zabieg myślowy musi zostać uznany za błąd logiczny i w żadnym razie nie można mu przypisać waloru prawidłowej oceny dowodów. Zatem, wniosek powódki o przeprowadzenie dowodu z kolejnej opinii biegłego był w pełni uzasadniony.

Bezpośrednim skutkiem powyższego uchybienia była także niewłaściwa ocena pozostałych poza opinią biegłych dowodów w sprawie. W szczególności, nie sposób zgodzić się z tezą, iż prywatna opinia lekarzy (...) oraz pism lekarzy przedłożone przez powódkę są niewiarygodne i nie wnoszą nic do sprawy. Przede wszystkim bowiem dowody te korespondują z zeznaniami świadków.

Skutkiem powyższych uchybień jest również cały szereg błędów w zakresie ustalenia stanu faktycznego przez Sąd I instancji.

Uzasadniając wniosek złożony „z ostrożności procesowej” powódka wskazała, że na zasadzie art. 102 k.p.c. powinna zostać zwolniona od obowiązku ponoszenia kosztów zastępstwa procesowego w zaskarżonym zakresie. Powódka podała, że znajduje się w stosunkowo trudnej sytuacji materialnej, co zresztą w niniejszej sprawie zostało już przez Sąd I instancji uwzględnione, albowiem powódce przyznano częściowe zwolnienie od ponoszenia kosztów sądowych. Sytuacja powódki w dalszym ciągu nie pozwala jej na ponoszenie pełnych opłat sądowych. W realiach niniejszej sprawy zasady słuszności oraz współżycia społecznego nakazują odstąpienie od obciążania powódki kosztami zastępstwa procesowego. Powódka jest osobą schorowaną, wymagającą opieki, leków i rehabilitacji.

W odpowiedzi na apelację powódki, interwenient uboczny – (...) S.A. wniósł o oddalenie apelacji oraz o zasądzenie od powódki na rzecz interwenienta ubocznego zwrotu poniesionych kosztów procesu za instancję odwoławczą, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu swego stanowiska interwenient wskazał, że Sąd Okręgowy słusznie uznał, iż aktualny stan zdrowia powódki jest wynikiem wieloletniego procesu chorobowego i nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym ze wskazywanymi przez powódkę rzekomymi nieprawidłowościami w procesie diagnostyki i leczenia., biegli sądowi ponad wszelką wątpliwość uznali, że czynności te były zgodne z przyjętymi zasadami postępowania medycznego.

Odwołując się do orzecznictwa Sądu Najwyższego interwenient wskazał również, iż nie można przyjąć, aby Sąd miał obowiązek dopuścić dowód z kolejnych biegłych w sytuacji, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony. Opinia biegłego podlega ocenie Sądu jak każdy inny dowód i jeżeli nie nasuwa zastrzeżeń może stanowić uzasadnioną podstawę dla dokonania ustaleń faktycznych i rozstrzygnięcia sprawy.

W konkluzji interwenient stwierdził, że Sąd Okręgowy prawidłowy uznał, że w sprawie brak jest podstaw do przypisania któremukolwiek z pozwanych odpowiedzialności za powstałą u powódki szkodę.

### **Sąd Okręgowy zważył co następuje:**

Apelacja powódki nie zasługiwała na uwzględnienie. Sąd I instancji w sposób prawidłowy zgromadził w sprawie materiał dowodowy, dokonał prawidłowej jego oceny i w konsekwencji niewadliwie ustalił stan faktyczny, który tym samym Sąd Apelacyjny przyjął za własny. W sytuacji bowiem, gdy sąd odwoławczy orzeka na podstawie materiału zgromadzonego w postępowaniu w pierwszej instancji nie musi powtarzać dokonanych ustaleń, gdyż wystarczy



stwierdzenie, że przyjmuje je za własne (por. np. orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 1935 r., sygn. akt C III 680/34. Zb. Urz. 1936, poz. 379, z dnia 14 lutego 1938 r., C II 21172/37 Przegląd Sądowy 1938, poz. 380 i z dnia 10 listopada 1998 r., III CKN 792/98, OSNC 1999, nr 4, poz. 83). Niezależnie od tego zaznaczenia wymaga, że w obowiązującym stanie prawnym Sąd drugiej instancji rozpoznający sprawę na skutek apelacji nie jest związany przedstawionymi w niej zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa materialnego, wiążą go natomiast zarzuty dotyczące naruszenia prawa procesowego. W granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania (uchwała Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., sygn. akt III CZP 49/07, Lex 341125). Powódka w apelacji nie podnosiła zarzutu nieważności postępowania, a Sąd z urzędu jej nie stwierdził. Ponadto Sąd Okręgowy nie dopuścił się naruszenia przepisów prawa materialnego, ani też przepisów procedury mających istotny wpływ na rozstrzygnięcie sprawy.

Odnosząc się do poszczególnych zarzutów zawartych w apelacji w pierwszej kolejności analizy wymagała prawidłowość dokonanej przez Sąd I instancji oceny zgromadzonych w sprawie dowodów w kontekście zarzucanego naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. Ocena ta bowiem decydowała o poczynionych ustaleniach faktycznych, co z kolei miało wpływ na zastosowanie przepisów prawa materialnego. Zauważyć należy, że skarżąca wprawdzie wskazywała na naruszenie przez Sąd przepisu art. 233 § 2 k.c., jednakże lektura uzasadnienia apelacji, jak i charakter zarzutów wskazują niewątpliwie, że odnoszą się do naruszenia § 1. wspomnianej regulacji. Apelująca podnosiła, że Sąd rozstrzygając sprawę przyznał absolutny prymat dowodom z opinii biegłych ignorując pozostały materiał dowodowy zgromadzony w sprawie, w szczególności przedstawione przez powódkę prywatne opinie oraz pisma lekarzy specjalistów z zakresu neurologii. Zarzut ten jest nieuzasadniony. Stanowisko skarżącej zmierza bowiem, co niewątpliwie wynika z jej twierdzeń, do zastąpienia wskazanymi wyżej dokumentami dowodów z opinii biegłych. W sytuacji natomiast, gdy zachodzi potrzeba wyjaśnienia okoliczności sprawy wymagających wiadomości specjalnych, sąd powinien dopuścić dowód z opinii biegłego na podstawie właściwych przepisów kodeksu postępowania cywilnego (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 12 kwietnia 2002 r., I CKN 92/00, LEX nr 53932, z dnia 8 listopada 1988 r., II CR 312/88, niepubl., i z dnia 11 czerwca 1974 r., II CR 260/74, LEX nr 8940). Należy stanowczo zaznaczyć, że jest to jedyna droga ich pozyskania. Dowód z opinii biegłego nie może być zastąpiony inną czynnością dowodową, np. przesłuchaniem świadka lub eksperymentem sądowym bez udziału biegłego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 2010 r., sygn. akt IV CSK 388/09, LEX nr 1111021, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2011 r., sygn. akt II UK 339/10, LEX nr 898704). W szczególności za niedopuszczalne uznać należy wszelkie próby zastępowania dowodu z opinii biegłych przez opinię wykonaną przez inne osoby, w tym nawet biegłego na zlecenie prywatnej strony, gdyż nie jest to tryb przewidziany w kodeksie postępowania cywilnego. Opinia taka rozpatrywana może być wyłącznie jako dowód z dokumentu prywatnego, któremu w żadnym razie nie można przypisać znaczenia dowodu służącego uzyskaniu wiadomości specjalnych. Zarówno w orzecznictwie, jak i literaturze podkreśla się, że przedstawione przez stronę pisma i prywatne opinie oraz sformułowane na ich podstawie twierdzenia i wnioski należy traktować jako część argumentacji faktycznej i prawnej przez nią przytaczanej, jako wyjaśnienia stanowiące poparcie stanowiska procesowego z uwzględnieniem wiadomości specjalnych i jednocześnie wobec złożenia ich z intencją uznania przez sąd za dowody w sprawie, istnieją podstawy do przypisania im także znaczenia dowodu z dokumentu prywatnego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 stycznia 2010 r., sygn. akt I CSK 199/09, LEX nr 570114). Dokument prywatny natomiast, zgodnie z art. 245 k.p.c. korzysta z domniemania prawdziwości (autentyczności) oraz z domniemania, że osoba, która podpisała dokument złożyła oświadczenie w nim zawarte. Oczywiście jest on samodzielnym środkiem dowodowym (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 21 maja 2009 roku, sygnatura akt V CSK 439/08, LEX nr 518121, z dnia 2 kwietnia 2008 roku, sygnatura akt III CSK 299/07, LEX nr 393875, z dnia 30 czerwca 2004 roku, sygnatura akt IV CK 474/03, OSNC 2005/6/113, z dnia 25 września 1985 roku, sygnatura akt IV PR 200/85, OSNCP 1986, nr 5, poz. 84 i z dnia 3 października 2000 roku, sygnatura akt I CKN 804/98, nie publ.). Tym samym podlega ocenie, jak każdy inny dowód w sprawie. Ustawodawca w tym zakresie nie sformułował żadnych wyjątków. Sąd ocenia więc, czy dowód ten ze względu na jego indywidualne cechy i okoliczności obiektywne zasługuje na wiarę, czy nie. Wynikiem tej oceny jest przyznanie lub odmówienie dowodowi z dokumentu waloru wiarygodności, ze stosownymi konsekwencjami w zakresie jego znaczenia dla ustalenia podstawy faktycznej orzeczenia. Zaznaczenia jednak wymaga, że treść oświadczenia zawartego w dokumencie prywatnym nie jest objęta domniemaniem zgodności z prawdą zawartych w nim twierdzeń (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 2010 roku, sygnatura akt I CSK

57/10, LEX nr 688661, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 stycznia 2010 r., sygnatura akt I CSK 199/09, nie publ., wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 czerwca 2001 r., sygnatura akt I PKN 468/00, OSNP 2003 r., nr 8, poz. 197, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 października 2000 roku, sygnatura akt I CKN 804/98, LEX nr 50890). Skutkiem braku istnienia domniemania prawdziwości zawartych w dokumencie prywatnym informacji jest tylko to, że osoba mająca w tym interes prawny może twierdzić i dowodzić, że treść złożonych oświadczeń nie odpowiada stanowi rzeczywiście (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 lipca 2009 roku, sygnatura akt V CSK 4/09, LEX nr 527176). Ocena wiarygodności tego dowodu nie może jednak prowadzić do wykluczenia, czy też zdyskwalifikowania dowodu z opinii biegłych sądowych.

Sąd I instancji prawidłowo więc oparł rozstrzygnięcie na opiniach powołanych w sprawie biegłych sądowych. Uwzględnienie złożonych opinii prywatnych stanowiłoby niedopuszczalne obejście przepisów dotyczących pozyskiwania w toku procesu wiadomości specjalnych. W tym więc sensie za uzasadnioną uznać należało ocenę odnośnie ich nieprzydatności dla rozstrzygnięcia sprawy. Niewątpliwie natomiast przydać im należało znaczenie rozszerzenia, czy też umotywowania z uwzględnieniem zawartych w nich oświadczeń stanowiska strony. Podkreślenia wymaga, że w żadnej mierze nie zawierają one nowych wiadomości pozwalających na dokonanie ustaleń faktycznych w zakresie przebiegu choroby powódki, występujących objawów, czy ich skutków, przeprowadzonych zabiegów, procesu rekonwalescencji, czy wreszcie ewentualnych skutków schorzeń. Przedstawiają jedynie oceny ich autorów, ewentualnie teoretyczne rozważania na temat rodzaju objawów stwierdzonych u powódki i sposobu ich leczenia. Ostatecznie więc w tym znaczeniu nie modyfikują, nie uzupełniają w jakikolwiek sposób podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, a jedynie zawierają próbę niedopuszczalnej w świetle zasad pozyskiwania wiadomości specjalnych, oceny okoliczności faktycznych. Tak więc zarówno zarzuty niewłaściwej oceny tych dowodów, czy też sprzeczności ich treści z opiniami biegłych sądowych pozbawione są jakichkolwiek podstaw. Opinia lekarzy Z. U. M. i. o. C. (...) z dnia 2 stycznia 2007 roku (karty 13 – 34 akt) sporządzona została, na co słusznie zwrócił uwagę Sąd Okręgowy, przez lekarzy o zupełnie odmiennej specjalności w stosunku do przedmiotu niniejszego procesu, co już samo w sobie pozbawia ją jakiegokolwiek wartości z punktu widzenia oceny okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. Podpisujący ją R. F. jest bowiem specjalistą położnictwa i chorób kobiecych, natomiast M. F. lekarzem patomorfologiem. Ponadto osoby opiniujące nie dysponowały, co oczywiste pełną dokumentacją lekarską zgromadzoną w toku procesu. Analiza jej treści prowadzi przy tym do wniosku, że odnosi się ona przede wszystkim do uchybień w zakresie procesu leczenia powódki przed przewiezieniem jej do pozwanego szpitala z bardzo szerokim przedstawieniem wszystkich dokonywanych zabiegów. Zresztą to lekarzom neurologom na tym etapie procesu chorobowego powódki w opinii przypisano winę w braku podjęcia decyzji neurochirurgicznych. Tu też ogólnie wskazano, że objawy podobne jak u powódki są pilnym wskazaniem do działań neurochirurgicznych. Wskazano również na konieczną szybką operację i brak odpowiednio szybkiej decyzji w tym zakresie w szpitalu. Podobnej oceny dokonać należało odnośnie pism J. Z. z dnia 4 i 5 listopada 2008 roku (karty 448 – 451 akt). Zawierają one w przeważającej części pytania kierowane do męża powódki. Jak wynika z treści tych pism oświadczenia lekarza oparte są w konsekwencji na informacjach od niego uzyskanych i tylko w minimalnej części opierają się na szczątkowej dokumentacji. Co najistotniejsze mają one wyłącznie znaczenie teoretyczne, nie oparte na konkretnych okolicznościach niniejszej sprawy. Sam zresztą ich autor wielokrotnie wskazywał na poczynione założenia przed wydaniem określonego osądu. Taki sam charakter, chociaż w oparciu o szerszą dokumentację, ma też opinia medyczna J. Z. z dnia 14 października 2009 roku (karty 697 – 700 akt). Z kolei z treści pisma W. J. (2) z dnia 26 lipca 2010 roku (karty 850 – 851 akt), na którą powoływała się powódka, wynika wprost, że opiniujący nie dysponował dokumentacją lekarską. Wprost też wskazał, że bez znajomości konkretnej dokumentacji nie jest możliwa jednoznaczna i obiektywna odpowiedź na kwestię ewentualnych nieprawidłowości w leczeniu powódki. Zawierało ono jednocześnie zakres niezbędnych do dokonania oceny dokumentów.

Z tych samych względów (próba obejścia przepisów dotyczących przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych) pominąć należało wnioski dowodowe złożone przez powódkę na etapie postępowania apelacyjnego. Ponadto okazały się one spóźnione (art. 381 k.p.c.).

W takiej sytuacji Sąd I instancji, jak już wskazano, prawidłowo oparł rozstrzygnięcie przede wszystkim na wydanych w toku postępowania opiniach biegłych sądowych. Jednocześnie po przeprowadzeniu dowodu z uzupełniającej opinii na rozprawie w dniu 22 listopada 2012 r. nie zaistniały przesłanki uzasadniające uchylenie wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu celem ponownego przeprowadzenia tego dowodu. Zupełnie nieuprawnione są przy tym zarzuty apelującej odnośnie niekompletności opinii, nieuwzględnienia przy ich wydawaniu pozostałego materiału dowodowego zaoferowanego przez strony, formułowania ciągle tych samych tez, pomimo przedkładania przez powódkę nowych dowodów, czy wreszcie obrony z góry przyjętej tezy. Konieczność przeprowadzania dalszych opinii nie może być uzasadniona tym, że opinie dotychczas sporządzone nie odpowiadają oczekiwaniom strony. Samo stwierdzenie strony, że się z nią nie zgadza, nie oznacza, że opinia jest wadliwa (wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 25 sierpnia 2011 r., sygn. akt I ACa 316/11, LEX nr 1095795). Potrzeba powołania innego biegłego powinna bowiem wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 września 2009 r., sygn. akt I PK 79/09, LEX nr 553670). Niewątpliwie potrzeba taka istnieje w sytuacji, gdy pierwotna opinia budzi istotne i nie dające się usunąć wątpliwości, gdy w sprawie wydane zostały opinie o sprzecznej treści, gdy takie opinie nie są zgodne w zasadniczych kwestiach, gdy zawierają luki, są niekompletne, gdy nie odpowiadają postawionej tezie, gdy są niejasne, czy też nienależycie uzasadnione. Tym samym nie jest w tym względzie rozstrzygający wniosek strony, lecz zawarte w tym wniosku konkretne uwagi i argumenty podważające miarodajność dotychczasowej opinii lub co najmniej miarodajność tę poddające w wątpliwość (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2011 r., sygn. akt II UK 346/10, LEX nr 898705, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2011 r., sygn. akt II UK 160/10, LEX nr 786386, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 lipca 2010 r., sygn. akt II CSK 119/10, LEX nr 603161). W przeciwnym wypadku wniosek taki musi być uznany za zmierzający wyłącznie do nieuzasadnionej zwłoki w postępowaniu, co winno skutkować jego pominięciem. Podobnie podstawą wniosku o przeprowadzenie nowego dowodu nie może być przeświadczenie strony, że dalsze opinie pozwolą na udowodnienie korzystnej dla strony tezy (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2001 r., sygn. akt II UKN 446/00, OSNAPiUS 2003, nr 7, poz. 182). W rozpoznawanej sprawie wydanych zostało łącznie sześć opinii. Każda z nich sporządzona została zgodnie ze sformułowaną w postanowieniu Sądu tezą dowodową, każda zawierała odpowiedzi na postawione pytania. Co istotne odpowiedzi te były jasne, jednoznaczne i stanowcze. Nie można przy tym w ich konsekwencji upatrywać, jak chce tego skarżąca, wadliwości stanowiska biegłych, czy też próby obrony z góry przyjętej tezy. Podkreślenia wymaga, że każda z kolejnych opinii uwzględniała przedstawiany przez strony, a w szczególności przez powódkę, nowy materiał dowodowy. To, że pomimo przedstawienia dodatkowych dowodów dotychczasowe tezy opinii nie były zmieniane, lecz konsekwentnie podtrzymywane nie może zostać uznane za dyskwalifikujące opinie. Trudno uznać, że przedłożenie nowego materiału dowodowego, samo w sobie uzasadniało zmianę treści opinii. Materiał ten w ocenie biegłych nie skutkował odmienną oceną odnośnie okoliczności stanowiących podstawę rozstrzygnięcia. Kolejne wydawane opinie wskazują jedynie na to, że w okolicznościach niniejszej sprawy twierdzenia powódki nie zasługiwały na uwzględnienie, nie znajdując podstaw w materiale dowodowym. W tym kontekście zarzut naruszenia przez Sąd I instancji przepisu art. 217 k.p.c., art. 227 k.p.c. i art. 241 k.p.c. okazał się całkowicie pozbawiony podstaw. Przeprowadzone w sprawie opinie zawierając konkretne odpowiedzi na postawione pytania niezbędne do ustalenia okoliczności istotnych z punktu widzenia zastosowania normy prawa materialnego, pozwalają jednocześnie zweryfikować organowi orzekającemu zawarte w nich rozumowanie co do trafności wniosków końcowych. Należy podkreślić, że wprawdzie sąd nie jest związany opinią biegłych i ocenia ją na podstawie art. 233 k.p.c., jednakże swoistość tej oceny polega na tym, że nie chodzi tu o kwestię wiarygodności, lecz o pozytywne lub negatywne uznanie wartości rozumowania zawartego w opinii i uzasadnieniu (wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 12 maja 2009 r., sygn. akt III AUa 270/09, OSAB 2010/1/58-64). Z jednej więc strony, konieczna jest kontrola z punktu widzenia zasad logicznego rozumowania i źródeł poznania, z drugiej - istotną rolę odgrywa stopień zaufania do wiedzy reprezentowanej przez biegłego. Sąd może oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności czy logiczności. Może pomijać oczywiste pomyłki czy błędy rachunkowe. Opinia biegłego podlega także ocenie z uwzględnieniem kryteriów oceny tego rodzaju dowodu, takich jak poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii sposób motywowania sformułowanego stanowiska, stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 maja 2009 r., sygn. akt II CSK 642/08, LEX nr 511998). Z opinii biegłych jednoznacznie wynika, że sam zabieg przeprowadzony został prawidłowo, zgodnie z

zasadami sztuki medycznej, bez jakichkolwiek uchybień. Biegli nie dopatrzili się również nieprawidłowości w zwłóce w przeprowadzeniu zabiegu uzasadniając ją zarówno koniecznością właściwego rozpoznania przyczyn dolegliwości powódki, jak i koniecznością przeprowadzenia stosownych badań. Wreszcie wskazali na brak związku przyczynowego pomiędzy samym zabiegiem i terminem jego wykonania, a stanem zdrowia powódki. W pisemnej opinii z dnia 12 czerwca 2009 roku (k. 333 – 344 akt) wskazali na prawidłowość działań w procesie leczenia, na prawidłowy proces diagnostyczny i leczenie odpowiednie do stanu klinicznego. Zawarli przy tym stwierdzenie, że przyczyna zgłaszanych i manifestowanych przez powódkę dolegliwości nie była w początkowym okresie hospitalizacji jasna i uzasadniała kilkudniową zwłokę w podjęciu ostatecznej decyzji co do dalszego leczenia. Podkreślili przy tym, że opóźnienie w wykonaniu operacji nie miało wpływu na stan zdrowia powódki, który zasadniczo związany był z przebiegiem schorzenia podstawowego – zaawansowaną chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa w odcinku lędźwiowo – krzyżowym. W pisemnej uzupełniającej opinii z dnia 9 marca 2010 roku (k. 511 – 515 akt), przy uwzględnieniu zeznań świadka J. S. oraz pism J. Z. podtrzymali decyzję o braku błędu medycznego, diagnostycznego i terapeutycznego. Podnieśli przy tym, że nie można negować rozpoznań lekarzy pozwanych jednostek, zatem nie można uznać istnienia konieczności objęcia powódki opieką w warunkach szpitalnych. Odnosząc się do wypowiedzi J. Z. wskazali, że oparł się na niepełnej dokumentacji – kartach informacyjnych, a nie historii choroby. Stanowisko to nie uległo zmianie również w kolejnej opinii uzupełniającej, tym razem z dnia 30 lipca 2010 roku (k. 584 akt), która sporządzona została po nadesłaniu przez powódkę zdjęć RTG. Biegli orzekli, że dotyczą one okresu bezpośrednio przed zabiegiem oraz po jego przeprowadzeniu i nie wpływają na ocenę wcześniejszego postępowania medycznego. Z kolei w uzupełniającej pisemnej opinii z dnia 30 maja 2011 roku (k. 791 akt) wskazali, że opóźnienia dowozu pacjentki do szpitala nie miało wpływu na proces leczniczy. Brak było przy tym podstaw do uznania konieczności objęcia powódki natychmiastową opieką w warunkach szpitalnych w dniu 6 października 2005 roku oraz przeprowadzenia badań obrazowych w trybie nagłym. Wcześniejsze przeprowadzenie badań radiologicznych kręgosłupa nie musiało skutkować natychmiastowym wykonaniem zabiegu operacyjnego. Podkreślili, że medycznie nieprzewidywalne jest określenie, czy wcześniejsze wdrożenie działań diagnostyczno – terapeutycznych doprowadziłoby do większej niż uzyskano poprawy stanu zdrowia. W opinii z dnia 1 września 2011 roku (k. 819 – 823 akt) biegli oświadczyli, że zabiegi operacyjne przynosiły dobry skutek w postaci ustąpienia niedowładu zwieraczy, wyraźnej poprawy chodu i czucia, a obecne dolegliwości należy uznać za typowe powikłania w leczeniu kręgosłupa. Dolegliwości te w ich ocenie wymagają leczenia usprawniającego – rehabilitacji oraz objawowego – farmakoterapii. Co istotne wskazali, że uwzględniając całość historii choroby powódki na oddziale neurochirurgii pojawiły się uzasadnione wątpliwości co do zasadności wykonania operacji, co skutkowało jej odroczeniem do dnia 10 października 2005 roku. Zaznaczyli, że operacje w okolicy rdzenia kręgowego obarczone są znacznym ryzykiem powikłań, tym bardziej, iż przyczyna zgłaszanych i manifestowanych przez powódkę dolegliwości nie była w początkowym okresie hospitalizacji w pełni jasna i uzasadniała kilkudniową zwłokę w podjęciu decyzji co do dalszego leczenia. W tej sytuacji opóźnienie w zabiegu nie miało wpływu na stan zdrowia powódki, który związany był zasadniczo z przebiegiem schorzenia podstawowego tj. zwyrodnieniem kręgosłupa. Brak natomiast oddawania moczu wraz z pozostałymi objawami pozwalał na jednoznaczną diagnozę co do jednostki chorobowej i jak stwierdzili była możliwość podjęcia decyzji co do sposobu leczenia. Jednocześnie ponownie orzekli, że obecny stan zdrowia powódki nie pozostaje w związku przyczynowo – skutkowym z ewentualnymi nieprawidłowościami diagnostyczno – terapeutycznymi.

Odnosząc się do poszczególnych zarzutów formułowanych przez skarżącą należy podnieść, że biegli w opinii z dnia 1 września 2011 r. wskazali, iż nie sposób obiektywnie stwierdzić, w jakim trybie powódka przekazana została na oddział neurochirurgii, albowiem w dokumentacji zaznaczono zarówno tryb nagły, jak i tryb planowany. Dodali jednak, że można domniemywać, oceniając sposób przekazania oraz rozpoznane u pacjentki objawy, że przyjęcie odbyło się wstępnie ze wskazań pilnych. Takie stanowisko biegłych znajduje potwierdzenie w przedłożonych dowodach. Z zeznań świadka J. S. (karty 426 – 427 akt) wynika bowiem, że prowadził rozmowę z neurochirurgiem zwracając uwagę, że w jego ocenie pacjentka powinna być jak najszybciej operowana, wskazywał na pilną potrzebę diagnostyki i ewentualnego leczenia operacyjnego. Świadek upatrywał pilnej konieczności przeprowadzenia zabiegu w przekazaniu na oddział neurochirurgii już w nocy. Świadek A. K. zeznała (karty 160 – 161 akt), że neurologzy przekazują pacjentów z zespołem ogona końskiego szybko, celem zabiegu operacyjnego, ale decyzję podejmuje neurochirurg. Oświadczyła przy tym, że w momencie przekazywania pacjentki sądziła, że będzie ona operowana. Takiej też treści zeznania

złożyła powódka wskazując na wyrażenie już w nocy zgody na przeprowadzenie operacji, co znajduje potwierdzenie w historii pielęgnowania z dnia 8 października 2005 roku, z której wynika, że pacjentka została zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego w dniu następnym. Okoliczności co do pilnego trybu przekazania powódki na oddział neurochirurgii nie sposób natomiast wywieść, jak czyni to powódka, z treści karty informacyjnej leczenia szpitalnego z dnia 8 października 2005 r., czy też z zaświadczenia lekarskiego z dnia 27 października 2011 r. W pierwszym bowiem przypadku mowa tylko o stwierdzeniu u powódki nagłego wystąpienia bardzo silnego bólu, a w drugim o przewiezieniu w trybie nagłym do szpitala. Z dokumentów tych wynikają więc tylko nagłe objawy chorobowe i sam fakt pilnego przewiezienia do szpitala, co nie jest równoznaczne, ani ze zdiagnozowaniem stanu pacjentki, ani tym bardziej z koniecznością natychmiastowego wykonania operacji. Należy podkreślić, że wynikający z tych dowodów i potwierdzony w przywołanej wyżej opinii biegłych tryb przekazania powódki na oddział neurochirurgii nie może być utożsamiany z podjęciem decyzji co do wykonania operacji. Biegli bowiem jednoznacznie wskazali, że sam w sobie, nawet nagły tryb przekazania nie jest równoznaczny z podjęciem decyzji w tym względzie. Jednoznacznie i stanowczo zaakcentowali, że ostateczną decyzję, czy przeprowadzić operację, czy też nie podejmuje każdorazowo neurochirurg uwzględniając wszelkie stwierdzone objawy, uwzględniając wyniki przeprowadzonych wcześniej badań, jak i ewentualnie przeprowadzając badania, czy obserwacje własne. Tym samym, wbrew wyrażonemu w apelacji stanowisku powódki, sam fakt przekazania z jednego oddziału na drugi w trybie nagłym, nie jest jednoznaczny z podjęciem decyzji co do dalszego leczenia, w szczególności natomiast co do przeprowadzenia operacji. Biegli zresztą zaakcentowali, że dane, którymi w danym momencie dysponowali lekarze mogli, ale tylko wstępnie, wskazywać na skierowanie pilne.

Nie sposób zdyskwalifikować opinii biegłych, jak chce tego powódka, z uwagi na ich wzajemną sprzeczność, a nawet sprzeczność wewnętrzną opinii z dnia 1 września 2011 r. Tej ostatniej powódka upatrywała z jednej strony w twierdzeniach biegłych, zgodnie z którymi stwierdzone objawy pozwalały na jednoznaczną diagnozę co do jednostki chorobowej i możliwość podjęcia decyzji co do sposobu leczenia, a z drugiej strony w twierdzeniach, że przyczyna zgłaszanych i manifestowanych przez powódkę dolegliwości nie była w początkowym okresie hospitalizacji w pełni jasna i uzasadniała kilkudniową zwłokę w podjęciu decyzji co do dalszego leczenia. Odróżnić bowiem należy samą możliwość stwierdzenia, czy nawet już stanowcze stwierdzenie wystąpienia objawów ogona końskiego od określenia przyczyn takiego stanu rzeczy i to w zakresie pozwalającym na właściwe wykonanie zabiegu operacyjnego. Na rozprawie w dniu 22 listopada 2012 r. biegli wskazali, że przeprowadzona tomografia komputerowa po przyjęciu do szpitala nie wskazywała na jednoznaczną przyczynę już podejrzanego zespołu ogona końskiego. Co istotne biegli wskazali, że przy zmianach zwyrodnieniowych kręgosłupa w okolicy lędźwiowej stwierdzonych u powódki i przy takim wyniku badań tomograficznych, a ponadto przy uwzględnieniu wcześniejszego przebiegu choroby przyczyny mogły być różne np. stwardnienie rozsiane, co jak wskazali sugerowali neurologzy, nowotwory, tętniak aorty, masywne wypadnięcie jądra miażdżystego, miażdżyca dolnego odcinka aorty, rozwidlenia aorty. Nie wykluczyli nawet przyczyn o charakterze neurologicznym nie wymagającym w ogóle leczenia operacyjnego, tym bardziej, że powódka wcześniej chorowała na zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa lędźwiowego i występowały już wcześniej incydenty zarówno bólowe, jak i związane z oddawaniem moczu. Biegli dodali, że zespół ogona końskiego ciągnie się na kilku segmentach kręgosłupa. Jednocześnie stwierdzone objawy miały charakter wielopoziomowy, z różnych punktów kręgosłupa, a zgodnie ze sztuką lekarską nie jest możliwe otwieranie kręgosłupa w kilku miejscach celem poszukiwania właściwej przyczyny schorzenia, konieczne jest jednoznaczne ustalenie poziomu, na którym zabieg ma zostać przeprowadzony. Podkreślili przy tym, że znalezienie konkretnej przyczyny dolegliwości było niezbędne dla zminimalizowania ewentualnych negatywnych skutków operacji. Co najistotniejsze biegli stwierdzili, że wystąpienie zespołu ogona końskiego jest wskazaniem do pilnej diagnostyki, nie natomiast do natychmiastowego przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z uwagi na zbyt szeroki wachlarz możliwych przyczyn i nie jest możliwe, dla właściwego efektu leczenia, operowanie wyłącznie na podstawie samych objawów. W sytuacji zdiagnozowania u powódki guza, masywnego wypadnięcia jądra miażdżystego itp. istniałaby konieczność natychmiastowego wykonania operacji. Natomiast zespół ogona końskiego z obrazem zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa i to wielopoziomowych wymagał zastanowienia. Tym samym konieczna była wnikliwa obserwacja. Biegli zaakcentowali duże ryzyko operacji przeprowadzanych w obrębie kręgosłupa przedstawiając szczegółowo ewentualne komplikacje, które mogą się pojawić. Przy uwzględnieniu powyższych uwag przedstawionych przede wszystkim na rozprawie w dniu 22 listopada 2012 r. za w pełni

umotywowane uznać należało wyrażone w przywołanych wyżej opiniach stanowcze stanowisko co do braku podstaw do natychmiastowego przeprowadzenia zabiegu, a w konsekwencji braku związku przyczynowego pomiędzy datą jego wykonania, a stanem zdrowia powódki. Biegli uznali termin operacji za optymalny. W tym kontekście nie można również podzielić stanowiska skarżącej odnośnie braku przeprowadzania czynności diagnostycznych po przekazaniu powódki na oddział neurochirurgiczny. Nie ulega wątpliwości i przyznali to biegli, że badania tomograficzne wykonane zostały jeszcze na oddziale neurologicznym. Dalsze natomiast badania sprowadzały się do zwykłej obserwacji oraz oceny funkcjonowania zwieraczy. Podkreślili, że obserwacja kliniczna, która ze swej natury nie polegała na wykonywaniu konkretnych czynności, była niezbędna i dawała dodatkowe argumenty co do sposobu dalszego leczenia, co do prawidłowości decyzji o przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego. W celu zbadania funkcji zwieraczy dokonano rozcewnikowania powódki, przy czym biegli wskazali na konieczność upływu określonego czasu niezbędnego do dokonania w tym zakresie analizy. Było to natomiast istotne z uwagi na wcześniejsze występowanie już u powódki takich objawów, które samoczynnie ustępowały i co w opinii biegłych świadczyć mogło o innej przyczynie schorzenia. Stąd konieczność potwierdzenia tej okoliczności.

W kontekście powyższych ustaleń niewątpliwie samo w sobie stwierdzenie objawów zespołu ogona końskiego, zgodnie z przedstawionymi wyżej opiniami nie dawało podstaw do natychmiastowego wykonania zabiegu operacyjnego. Podzielić należy stanowisko powódki zaprezentowane w apelacji, zgodnie z którym przedstawione w sprawie dowody dawały podstawy do ustalenia, że już w momencie przekazywania na oddział neurochirurgiczny objawy te jednoznacznie występowały. Biegli zresztą okoliczność tę przyznali zarówno w opinii z dnia 1 września 2011 r., jak i w szczególności na rozprawie w dniu 22 listopada 2012 r. Z karty informacyjnej nr (...) (karta 35 akt) wynika, że u powódki występowały zmiany dyskopatyczno zwyrodnieniowe kręgosłupa wymagające kontroli ambulatoryjnej. W karcie zlecenia wyjazdu pogotowia (...) (karta 36 akt) znalazły się zapisy, zgodnie z którymi przyczyną wezwania było zgłaszanie uczucia niedowładu kończyn dolnych, natomiast w części dotyczącej wywiadu zapisy dotyczące wstępowania bólu kończyn i okolicy krzyżowej kręgosłupa, mrowienie od wielu miesięcy. W opisie objawów wskazano, że u pacjentki brak cech niedowładu, porażenia przy zachowaniu czucia i siły mięśniowej. Z wydruku z wizyty domowej z dnia 6 października 2005 r. (karta 37 akt) wynika, że wskutek badania zalecono konsultację neurologiczną w warunkach ambulatoryjnych. Z kolei w karcie zlecenia wyjazdu pogotowia ratunkowego nr (...) (karta 109 akt) wskazano, że przyczyną wezwania był obrzęk i silny ból kończyn dolnych, w wywiadzie stwierdzono bóle kręgosłupa odcinka lędźwiowo – krzyżowego z promieniowaniem do kończyn dolnych, a w badaniu wskazano, że rozpoznano objawy rozciągowo – korzeniowe z kończyn dolnych oraz zmiany dyskopatyczno – zwyrodnieniowe kręgosłupa. Takiego rodzaju objawy znajdowały potwierdzenie w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego w Oddziale Neurologicznym w okresie od 7 do 8 października 2005 roku (karta 38 akt). Znalazły się w niej zapisy, zgodnie z którymi u powódki występował silny ból kręgosłupa krzyżowego promieniujący do nóg z osłabieniem ich siły i zatrzymaniem moczu, co występowało już wcześniej i ustępowało. W badaniu stwierdzono objawy wiotkiego niedowładu kończyn dolnych, głównie w obrębie prostowników i zginaczy stóp, obustronne dodatnie objawy rozciągowo, brak odruchów skokowych przy bardzo żywych odruchach kolanowych. Ponadto chora skarżyła się na zniesienie czucia w okolicy odbytu oraz na zewnętrznej powierzchni obu kończyn dolnych. Po zacewnikowaniu uzyskano 2 litry moczu, po badaniu tomografem komputerowym stwierdzono cechy kręgozmyku na poziomie L4-L5 ze stenozą kanału kręgowego. W skierowaniu na oddział neurologii z dnia 7 października 2005 roku (karta 671 akt) wskazano natomiast, że chorą przekazano celem diagnostyki i stosownego leczenia. Stwierdzono niedowład kończyn dolnych ze wzmożeniem napięcia mięśniowego typu spastycznego, brak odruchów skokowych, zaburzenia czucia i zatrzymanie moczu i nie można wykluczyć ogona końskiego. W historii choroby i karcie leczenia szpitalnego w Oddziale Neurologicznym za okres od 17 października do 9 listopada 2005 roku (karty 42 i 112 akt) jednoznacznie wskazano, że powódka przekazana została po zabiegu z powodu objawów ogona końskiego. Na występowanie wszystkich powyższych objawów wskazała słuchana w sprawie powódka (karty 205 – 206 akt). Potwierdził to również świadek K. B. (karty 204 verte – 205 akt). Z kolei świadek L. H. (1) (karty 159 – 160 akt) zeznał, że na oddziale neurologicznym stwierdzono wadę kręgosłupa. U powódki występowały zaburzenia funkcjonowania zwieraczy, chociaż, jak wynikało z wywiadu tego rodzaju objawy samoczynnie ustępowały. Świadek A. K., która jako lekarz przyjmowała powódkę do szpitala stwierdziła (karty 160 – 161 akt), że zjawiała się ona z powodu bólu krzyża, osłabienia siły stóp i zaburzeń zwieraczy. Oświadczyła stanowczo, że rozpoznanie po przyjęciu do szpitala dotyczyło

zespołu ogona końskiego i w tym zakresie nie miała wątpliwości. Wreszcie świadek J. S. zeznał (karty 426 – 427 akt), że powódka prosiła o wizytę z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa, na które cierpiała od długiego czasu, a które ostatnio się nasiliło. Wskazała też na uczucie osłabienia nóg i brak możliwości oddania moczu. Co najistotniejsze świadek zeznał, że z pewnością rozpoznał zespół ogona końskiego. Dowody te nie postawiają wątpliwości, co do stwierdzenia zarówno na podstawie objawów wskazywanych przez powódkę, jak i na podstawie badań oraz obserwacji świadków, co znalazło wyraz w dokumentacji medycznej, zespołu ogona końskiego. Jak już jednak wskazano wyżej, okoliczność ta nie przesądzała o konieczności natychmiastowego przeprowadzenia operacji. Należy zaznaczyć, że twierdzenia biegłych odnośnie konieczności ustalenia przyczyn tych objawów, jak i dalszych badań znalazły potwierdzenie w zeznaniach lekarzy mających kontakt z powódką. Świadek J. S. stwierdził, że rozpoznał zespół ogona końskiego, jednakże nie mógł być pewien przyczyny i dlatego konieczne były badania neuroradiologiczne. Podkreślił, że do leczenia operacyjnego kwalifikuje w każdym przypadku neurochirurg. Zeznał też, iż w poniedziałek uzyskał informacje, że według tych badań zmiany mają charakter starych, zwyrodnieniowych i nie wiadomo, jaki powinien być poziom operacji. Dodał, że jest to istotne, bo nie można otworzyć całego kręgosłupa tylko umiejscowić konkretną przestrzeń, co w jego ocenie wskazywało na pilną potrzebę diagnostyki i ewentualnego leczenia operacyjnego. Neurochirurg mógł mieć problem z ustaleniem poziomu operacji, a decyzja nie jest prosta, szczególnie przy zwyrodnieniu. Świadek A. K. wskazała, że zespół ogona końskiego jest objawem wielu chorób i stąd konieczność badań neuroradiologicznych. Co jednak najistotniejsze Świadek L. H. (2) – lekarz wykonujący zabieg zeznał, iż przebieg choroby był nietypowy. Objawy wskazywały na uszkodzenia centralnego i obwodowego układu nerwowego. Neurologzy wcześniej stwierdzili stwardnienie rozsiane, natomiast na oddziale neurologicznym stwierdzono wadę kręgosłupa. Podkreślił istnienie wątpliwości co skutkowało skierowaniem pacjentki na oddział neurochirurgii celem obserwacji. Wskazał na konsultacje z oddziałem neurologicznym z uwagi na zaburzenia funkcjonowania zwieraczy, co przy zacewnikowaniu powódki uniemożliwiało stwierdzenie, czy występuje trzymanie moczu. Świadek zaznaczył przy tym, że zaburzenia zwieraczy to także objaw stwardnienia rozsianego, tym bardziej, że pacjentka w wywiadzie podała, iż miała już wcześniej zatrzymania moczu, ale one ustępowały. Wreszcie oświadczył, że kręgosłup nie jest wskazaniem do pilnej operacji, ale były objawy z różnych poziomów kręgosłupa i na tym polegała trudność i należało to zbadać. Zastanawiano się nie nad pilnością operacji, ale czy w ogóle ją wykonać. Wobec takiej treści zeznań, Sąd Apelacyjny nie dopatrywał się wskazywanej w apelacji sprzeczności pomiędzy nimi, a wnioskami wynikającymi z opinii biegłych. Nawet bowiem stwierdzenia tych świadków odnośnie przekonania, że zabieg operacyjny będzie wykonany, że powinno to nastąpić jak najszybciej, podobnie jak zapisy w historii pielęgnowania z dnia 8 października 2005 r. co do zakwalifikowania do operacji na dzień następny, wobec stwierdzonych wątpliwości nie mogły być rozstrzygające. W wydanych w toku postępowania opiniach wskazali, że wcześniejsze przeprowadzenie badań radiologicznych kręgosłupa nie musiało skutkować natychmiastowym wykonaniem zabiegu operacyjnego, albowiem medycznie nieprzewidywalne, a ponadto wynikające z charakteru schorzenia oraz możliwych niepożądanych skutków leczenia operacyjnego jest ustalenie, czy wcześniejsze wdrożenie działań diagnostyczno – terapeutycznych z pewnością lub dużym prawdopodobieństwem doprowadziłoby do większej niż uzyskano poprawy stanu zdrowia. Podkreślili, że na oddziale neurochirurgii pojawiły się uzasadnione wątpliwości co do zasadności wykonania operacji, co skutkowało jej odroczeniem. Na rozprawie w dniu 22 listopada 2012 r. wskazali natomiast, że wprawdzie objawy zespołu ogona końskiego można było rozpoznać, jednakże pewne objawy budziły wątpliwości. Sam przebieg choroby był dynamiczny i o ile w trakcie czynności pogotowia nie można było stwierdzić tych objawów, o tyle w szpitalu było to już możliwe.

Odnosząc się do zarzutu wadliwych ustaleń Sądu I instancji co do poprawy stanu zdrowia powódki po zabiegu operacyjnym w pierwszym rzędzie wskazać należy, iż wobec jednoznacznego stwierdzenia przez biegłych braku związku pomiędzy terminem wykonania zabiegu a stanem zdrowia powódki okoliczność ta pozostaje bez znaczenia. Biegli stanowczo i konsekwentnie wiązali obecny stan zdrowia powódki z przebiegiem wcześniej już występujących schorzeń w postaci zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa. Jest to również istotne, gdy się zważy, że w toku postępowania nie była kwestionowana, a ponadto wynikała z opinii biegłych, okoliczność dotycząca prawidłowości wykonania samego zabiegu operacyjnego. Istotne jest, że nawet w przywoływanej przez powódkę na poparcie jej zarzutów opinii Z. U. M. i. O. C. z dnia 2 stycznia 2007 roku (karty 13 – 34 akt) wskazano na błędy nie w pozwanym szpitalu, a na błędy radiologa i neurologa i to już w okresie od 2002 do 2004 roku. Niewątpliwie z karty informacyjnej leczenia szpitalnego z dnia 17 października 2005 roku (karta 39) wynika, że w trzeciej dobie po operacji wystąpiła

poprawa ruchomości stóp, a pacjentka chodzi samodzielnie przy pomocy balkonika, chociaż stwierdzono jednocześnie nadal występujące okresowe zaburzenia zwieraczy. Z kolei w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego z dnia 9 listopada 2005 roku (karta 42 akt) wskazano, że powódka została spionizowana, chodzi z balkonikiem, a ponadto, że powróciła funkcja zwieraczy, chociaż występował jeszcze niedowład kończyn dolnych. W karcie informacyjnej rehabilitacji stacjonarnej z dnia 25 listopada 2005 roku (karta 41 akt) znalazły się zapisy, zgodnie z którymi w wyniku kompleksowego leczenia usprawniającego uzyskano poprawę sprawności chorej, która porusza się samodzielnie za pomocą kul. Świadek J. K. zeznała (karta 158 verte akt), że przeprowadzała rehabilitację w szpitalu, a jej przebieg można uznać za zadowalający. Trwała ona do dnia 25 listopada 2005 roku i była typowa. Wprawdzie w zaświadczeniu o stanie zdrowia z dnia 4 kwietnia 2006 roku (karta 45 akt) wskazano na nadal występujące zaburzenia ruchowe i funkcji zwieraczy, jednakże już w karcie informacyjnej nr (...) z dnia 28 lipca 2006 roku (karta 44 akt) wskazano, że stan pooperacyjny powódki jest bez powikłań, a chora porusza się z podparciem nie podkreślając wystąpienia innych dolegliwości. W dokumencie w postaci wyników badania rezonansu magnetycznego z dnia 6 czerwca 2006 roku (karta 43 akt) wskazano, że widoczne są zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa. Potwierdza to opinia biegłych sądowych z dnia 12 czerwca 2009 roku (k. 333 – 344 akt), z której wynika, że w ciągu kilkunastu miesięcy doszło do istotnej poprawy stanu zdrowia, z ustąpieniem porażenia zwieraczy. Jak już jednak wskazano biegli stan zdrowia powódki wiązali nie z zabiegiem, a z całokształtem przebiegu choroby pozwanej rozwijającej się, jak wynika z przedłożonych dowodów, przez długi okres czasu. Tym samym skoro obecny stan powódki nie jest wynikiem wadliwego zabiegu operacyjnego, nie jest wynikiem daty, w której został wykonany, a ponadto, jak wskazali biegli jest typowy dla tego rodzaju schorzeń, jakie występują od wielu lat powódki, to nie sposób w tym zakresie ustalić odpowiedzialności pozwanego, który nie dopuścił się błędu medycznego.

Mając na uwadze powyższe okoliczności, na podstawie art. 385 k.p.c. apelację powódki jako bezzasadną należało oddalić.

Podstawę rozstrzygnięcia w zakresie kosztów postępowania apelacyjnego stanowił przepis art. 102 k.p.c., zgodnie z którym w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Niewątpliwie zła sytuacja finansowa stanowiąca podstawę zwolnienia strony od obowiązku uiszczania kosztów sądowych nie wyczerpuje sama w sobie przesłanek zastosowania wspomnianej regulacji (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2010 r., sygn. akt I CZ 112/9, wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 23 października 2012 r., sygn. akt I ACz 960/12, LEX nr 1223175). Podstawy do zastosowania art. 102 k.p.c. należy poszukiwać w konkretnych okolicznościach sprawy, przekonujących o tym, że w danym przypadku obciążenie strony przegrywającej kosztami procesu na rzecz przeciwnika byłoby niesłuszne. Należą do nich fakty związane z samym procesem, jak i leżące poza nim, w tym dotyczące sytuacji życiowej, stanu majątkowego stron, które powinny być oceniane pod kątem zasad współzycia społecznego, w świetle których uzasadniona jest ocena, że zachodzi przypadek szczególnie uzasadniony (wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 29 czerwca 2012 r., sygn. akt I ACz 961/12, LEX nr 1171339). Jako przykłady takich szczególnych sytuacji wymienia się w orzecznictwie system skomplikowanych norm prawnych lub wysoce skomplikowany stan faktyczny wpływający na subiektywne przekonanie strony o swej racji, pomimo zachowania należytej staranności przy wyrobieniu oceny zagadnienia oraz własnych szans procesowych (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 11 września 2012 r., sygn. akt V ACa 270/12, LEX nr 1223190), czy też precedensowy charakter rozpoznawanej sprawy, zmianę stanu prawnego zaszłą w trakcie procesu, rozbieżności w obowiązującym orzecznictwie, czy wreszcie okoliczności związane z zachowaniem się stron w trakcie procesu (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 17 sierpnia 2012 r., sygn. akt VI ACa 351/12, LEX nr 1220716).

W ocenie Sądu Apelacyjnego w niniejszej sprawie takie szczególne okoliczności wystąpiły. Odstąpienie od obciążania powódki kosztami procesu uzasadnia jej niewątpliwie trudna sytuacja finansowa szczegółowo przedstawiona w apelacji. Uwzględnić przy tym należy zwiększone wydatki związane z jej stanem zdrowia, z koniecznością leczenia, rehabilitacji, korzystania z opieki innych osób, zakupu leków itd. Jednocześnie uwzględnić należało niewątpliwie skomplikowany pod względem faktycznym stan sprawy. Dotyczy on zarówno samego przebiegu choroby powódki i to w dłuższym okresie czasu, jak i procesu leczenia z uwzględnieniem diagnostyki, sposobu leczenia, faktycznych



działań medycznych podejmowanych przez poszczególne jednostki służby zdrowia. Jednocześnie konieczna była i to wymagająca wiadomości specjalnych ocena tych działań pod względem ich zgodności z zasadami sztuki medycznej. O stopniu skomplikowania sprawy i jej niejednoznaczności dla oceny szans procesowych charakterze świadczy już fakt sporządzenia w jej toku aż sześciu opinii biegłych. Podkreślenia wymaga konieczność szczegółowej analizy zarówno samych objawów chorobowych stwierdzonych u powódki i zakwalifikowanych ostatecznie jako zespół ogona końskiego, jak i przyczyn takiego stanu rzeczy i w konsekwencji ich skutków dla procesu diagnostycznego i decyzji co do wykonania zabiegu operacyjnego. Trudno w takiej sytuacji, przy złożonych przyczynach obecnego stanu zdrowia oczekiwać od strony powodowej właściwej oceny co do konieczności wniesienia powództwa, co do istnienia uzasadnionych jego podstaw.

SO (del.) T. Żelazowski SSA E. Skotarczak SSA M. Gołńska