

Sygn. akt I ACa 591/19

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 października 2020 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Leon Miroszewski (spr.)
Sędziowie:	SA Agnieszka Sołtyka SA Artur Kowalewski
Protokolant:	St. sekr. sąd. Magdalena Goltzsche

po rozpoznaniu w dniu 6 października 2020 r. na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa K. K. (1)

przeciwko (...) Publicznemu Szpitalowi (...) w S.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 26 czerwca 2019 r. sygn. akt I C 1327/16

I. oddala apelację,

II. zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 2.000 (dwa tysiące) złotych tytułem kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym, odstępując od obciążania powoda pozostałymi kosztami.

Agnieszka Sołtyka Leon Miroszewski Artur Kowalewski

Sygnatura akt I ACa 591/19

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 26 czerwca 2019 roku Sąd Okręgowy w Szczecinie oddalił powództwo powoda K. K. (1) o zasądzenie od pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) w S. kwoty 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty, oraz o zasądzenie kwoty po 3.000 zł tytułem dożywotniej renty płatnej do 10 dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat, poczynając od dnia wniesienia pozwu, nadto o ustalenie odpowiedzialności pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) w S. za przyszłe następstwa nienależycie wykonanego u powoda zabiegu

w postaci nefrektomii radykalnej przez otrzewnowej. W punkcie II. wyroku odstąpił od obciążania powoda kosztami procesu na rzecz strony pozwanej oraz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Szczecinie.

Powyższe rozstrzygnięcie Sąd I instancji poprzedził ustaleniami faktycznymi z których wynikało, że w dniu 7 maja 2015 r. powód - K. K. (1) został przyjęty do pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) (...) w S. z rozpoznaniem: guz nerki lewej, dna moczanowa, nadciśnienie tętnicze. Powód został zakwalifikowany do przeprowadzenia zabiegu nefrektomii. Zabieg ten został wykonany 8 maja 2015 r. przez dr. M. G., po uzyskaniu zgody powoda. Powód miał możliwość zadawania pytań dotyczących możliwych powikłań związanych z zabiegiem. Zabieg przebiegł bez zakłóceń, był typowy i niepowikłany. Do dnia wypisania ze szpitala nie obserwowano u powoda objawów, ani parametrów mogących sugerować uszkodzenie jelita grubego. Takich objawów nie obserwowano w szczególności ani śródoperacyjnie, ani bezpośrednio po operacji. 11 maja 2015 r. i godz. 14.00 powód został wypisany z zaleceniami usunięcia szwów skórnych 20 maja 2015 r., zgłoszenia się za 3-4 tygodnie celem odbioru wyników badania histopatologicznego, prowadzenia oszczędzającego trybu życia przez 6 tygodni oraz zażywania wskazanych leków.

W dniach od 15 do 18 maja 2015 r. w związku z odczuwanymi bólami i podejrzeniem ropnia pozaotrzewnowego powód został przyjęty w trybie pilnym na Oddział Urologii w Szpitalu (...)w K.. W dniu 18 maja 2015 r., w trakcie zabiegu rewizji miejsca po operacji stwierdzono perforację jelita grubego, w związku z czym poproszono o konsultację chirurgów, którzy kontynuowali zabieg i wykonali hemikolektomię. Następnie powód został przekazany do Oddziału Chirurgii Ogólnej. W trakcie tego zabiegu stwierdzono jatrogenną perforację zstępnicy z zaciekiem treści kałowej do łoży po nerce lewej, co bezpośrednio zagrażało życiu powoda. Powód był ponownie operowany w wyniku rozpoznaniu ropnia okolicy przeponowej lewej. Został wypisany 5 czerwca 2015 r., w stanie wyrównanym, z jednym drenem i z zaleceniami dotyczącymi planowanej kontroli i ewentualnego zdjęcia szwów, kontroli w Poradni Urologicznej, wykonania szczepień i kontroli poziomu płytek morfologii. Powyższe zabiegi były niezbędne i konieczne dla ratowania życia powoda.

W dniu 21 czerwca 2015 r. powód został ponownie przyjęty na Oddział Chirurgii Ogólnej wskazanego szpitala w K. z powodu zwężenia stomii celem operacyjnej korekty sztucznego odbytu. Został wypisany 25 czerwca z zaleceniem kontroli w Przychodni oraz uzgodnienia terminu odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego za 4-6 miesięcy. W dniu 10 stycznia 2016 r. powód został ponownie przyjęty na Oddział Chirurgii Ogólnej tego szpitala, celem planowego leczenia chirurgicznego odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego. Zabieg operacyjny wykonano 11 stycznia 2016 r. Powód został wypisany 16 stycznia w stanie ogólnym dobrym z raną w trakcie gojenia.

Skutki perforacji jelita na skutek zabiegu przeprowadzonego 8 maja 2015 r. były dla powoda bardzo bolesne, dotkliwe i wyczerpujące zarówno pod względem fizycznym jak i psychicznym, wiązały się koniecznością długotrwałego leczenia, wyłonienia stomii, poddawania się kolejnym zabiegom.

Mając na uwadze powyższe ustalenia faktyczne, posilkując się opiniami biegłych, Sąd Okręgowy uznał roszczenie powoda, oparte na treści art. 445 § 1 w zw. z art. 444 k.c., za nieuzasadnione.

Wskazał na bezsporność faktu zabiegu nefrektomii, któremu poddano powoda w dniu 8 maja 2015 r., wypisania powoda 11 maja 2015 r. z pozwanego szpitala, przyjęcia go na skutke złego samopoczucia w dniu 15 maja 2015 r. do Szpitala w K., gdzie 18 maja stwierdzono u powoda perforację zstępnicy, która miała charakter jatrogenny. Na skutek perforacji usunięto część jelita, wyłoniono stomię i powód został poddany długotrwałemu leczeniu i odtworzeniu ciągłości przewodu pokarmowego w styczniu 2016 r. Istota sporu sprowadzała się zatem do rozstrzygnięcia, czy pozwany ponosi odpowiedzialność cywilnoprawną za spowodowanie perforacji jelita oraz jej skutki, w szczególności czy do perforacji doszło na skutek, co twierdzi powód, przedziurawienia jelita grubego w trakcie zabiegu 8 maja 2015 r.

Sąd Okręgowy zaznaczył, że powołany przez powoda art. 31 ust. 1 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty nakłada na lekarza obowiązek udzielania pacjentowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia albo rokowaniu. Wskazał, że choć nie przewiduje on autonomicznego roszczenia o zadośćuczynienie za doznaną krzywdę, tak jak ma to miejsce w art. 4 ust. 1 w zw. z art. 9

ustawy z 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, jednak to nie oznacza, że nie można na jego podstawie, w związku z powołanym właściwie przepisem Kodeksu cywilnego, formułować roszczenia o zadośćuczynienie. Sąd I instancji uznał, że powód, wyrażając zgodę na zabieg, bierze na siebie ryzyko zwykłych powikłań pooperacyjnych, przy założeniu, że nie zostaną one spowodowane z winy, choćby najłżejszej, lekarza. Z tego między innymi powodu przyjęcie, że określona szkoda jest skutkiem niepowodzenia medycznego, objętego wyłącznym ryzykiem pacjenta, wymaga niebudzących wątpliwości ustaleń co do przyczyn szkody, w całym łańcuchu zdarzeń, które ją spowodowały.

Zdaniem Sądu Okręgowego w rozpoznawanej sprawie decydujące znaczenie miały opinie biegłych z zakresu urologii dr J. P. oraz chirurgii prof. M. K., w połączeniu z zeznaniami wskazanego przez powoda, już po złożeniu opinii przez ww. biegłych, świadka A. W., który operował powoda 18 maja 2015 r. i stwierdził, że perforacja miała charakter jatrogenny. Sąd I instancji zgodził się z powodem, że opinia biegłych nie daje odpowiedzi na pytanie w jaki sposób doszło do perforacji, albowiem biegli wskazują na szereg możliwych przyczyn, na przykład odleżynę w drenie, niedokrwienie skutkujące martwicą, uraz termiczny i nie wykluczyli, że nie doszło do niej podczas zabiegu 8 maja 2015 r. Wobec braku stwierdzenia przyczyny perforacji, konkluzja biegłych, że jest to powikłanie losowe i niezawinione przez zespół operacyjny, wydała się temu Sądowi wątpliwa. W tym kontekście istotne znacznie dla rozstrzygnięcia sprawy Sąd Okręgowy uznał zeznania świadka A. W., który pamiętał i zrelacjonował przebieg operacji. Wskazał, że u powoda była martwica i perforacja jelita grubego w obszarze zagięcia śledzionowego, w związku z czym fragment martwego jelita grubego został usunięty. Świadek wyjaśnił, że w tym konkretnym przypadku w jego ocenie źródłem perforacji było niedokrwienie jelita, a nie jego „przedziurawienie” - w takich sytuacjach objawy pojawiają się zwykle w 4-5 dobie. Wpisanie do rozpoznania, że perforacja miała charakter „jatrogenny”, oznaczało, że najprawdopodobniej wynikała z działań medycznych, albowiem zabieg wiązał się z koniecznością przesunięcia jelita, co wiąże się ryzykiem spowodowania niedokrwienia, czego skutkiem jest obumarcie jelita, a następnie jego perforacja. W trakcie zabiegu nie można stwierdzić, czy ukrwienie jelita jest prawidłowe oraz że dojdzie do perforacji. Powyższe zeznania Sąd I instancji uznał za spójne z opinią biegłych, którzy wskazali, możliwą przyczyną perforacji mogło być niedokrwienie, a następnie martwica niewielkiego fragmentu jelita, przy uwzględnieniu zwiększonego ryzyka wywołanego chorobą zasadniczą – nowotworem lewej nerki. W tej sytuacji, za jedyną prawdopodobną przyczynę perforacji Sąd ten uznał przesunięcie przez lekarza operującego, żeby dostać się do nerki, niedostatecznie ukrwionego jelita. Nie dostrzegł możliwości sformułowania konkurencyjnej hipotezy, która byłaby spójna z zebrany materiał procesowy i bardziej prawdopodobna od wersji przedstawionej przez świadka A. W., mającej też oparcie w opinii biegłych. Wskazał, że powód nie sformułował wniosków dowodowych pozwalających na przyjęcie, że przy zachowaniu najwyższej staranności wymaganej od profesjonalistów w zakresie medycyny, tej perforacji można było uniknąć. W rezultacie uznał, że perforacja jelita u powoda była powikłaniem, które jednak nie było skutkiem nieprawidłowo przeprowadzonego rozpoznania oraz zabiegu.

Sąd Okręgowy uznał nadto, że powód został prawidłowo pouczony o ryzyku tego powikłania w postaci urazu dwunastnicy i konieczności resekcji jelita, co zeznał świadek R. S. i co wynika z podpisu złożonego na odpowiednim dokumencie. Przyznał ten Sąd, że zgoda na zabieg ma przede wszystkim charakter formalny i z całą pewnością jej udzielenie przez pacjenta, nie świadczy o zrozumieniu przez niego charakteru wszystkich możliwych zagrożeń, jednak zebrany materiał procesowy nie dostarczył wiarygodnych przesłanek do uznania, że w zakresie pouczeń, także co do alternatywnych metod przeprowadzenia zabiegu metoda laparoskopową, pozwany Szpital dopuścił się jakichkolwiek nieprawidłowości.

Dodatkowo Sąd Okręgowy wskazał, że powód nie podał, w oparciu o jakie konkretne przesłanki obliczył wysokość dożywotniej renty na kwotę 3000 zł miesięcznie. Zauważył, że zasadniczą chorobą powoda jest choroba nowotworowa, a najbardziej drastyczne skutki perforacji ustaly z chwilą odtworzenia ciągłości układu pokarmowego. Zdaniem Sądu, choć powód został uznany do dnia 30 września 2017 r. za osobę całkowicie niezdolną do zarobkowania, jednak nie wykazał, żeby pozostawało to w związku przyczynowym z perforacją jelita.

Oceniając dowody Sąd Okręgowy wskazał na podstawowe znaczenie dowodów z dokumentów, w szczególności dokumentacji medycznej, oraz decydujące ustaleń biegłych w połączeniu z zeznaniami świadka A. W., które przesądziły o uznaniu, że powód nie udźwignął spoczywającego na nim ciężaru wykazania przesłanek

odpowiedzialności pozwanego Szpitala. Sąd ten uznał zeznania świadków P. C. i A. P. za nieprzydatne z tego względu, że nie pamiętali oni zabiegu przeprowadzonego w Szpitalu w K.. Sąd zaznaczył, że zeznania świadka dr M. G., który przeprowadzał zabieg 8 maja 2015 r. oraz dr R. S. wskazują na brak uchybień wobec powoda i w świetle całego zebranego materiału procesowego Sąd nie dostrzegł podstaw, żeby odmówić im wiarygodności.

Mimo oddalenia powództwa, z uwagi na skomplikowany charakter sporu oraz wyjątkowo ciężką sytuację powoda, Sąd I instancji odstąpił od obciążania go kosztami na rzecz strony pozwanej na podstawie art. 102 k.p.c..

Apelację od powyższego wyroku wywiódł powód, zarzucając:

I. naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na treść rozstrzygnięcia, to jest art. 233 § 1 k.p.c. poprzez:

a) dokonanie błędnej i newszechstronnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego, to jest zeznań świadka A. P. i przyjęcie, że jego zeznania okazały się bezprzedmiotowe dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, podczas gdy świadek odpowiadając na pytanie czym jest jatrogenna perforacja zstępnicy wprost zeznał, że jest to „przedziurawienie jelita podczas zabiegu operacyjnego”, co wprost koresponduje z twierdzeniami powoda, a także rozpoznaniem pooperacyjnym stwierdzonym przez lekarzy Szpitala Wojewódzkiego w K., a także wyjaśnieniami pojęcia „jatrogenności” wynikającymi z opinii sądowych,

b) dokonanie błędnej i newszechstronnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego i pominięcie podczas ustalania stanu faktycznego dokumentów w postaci „karty informacyjnej leczenia szpitalnego” z okresu od 18 maja 2015 roku do 05 czerwca 2015 roku, „karty informacyjnej leczenia szpitalnego” z okresu od 10 stycznia 2016 roku do 16 stycznia 2016 roku, a także „karty sali operacyjnej chirurgii ogólnej i onkologicznej”, zgodnie z którymi, jako rozpoznanie pooperacyjne stwierdzono „jatrogenną perforację zstępnicy” i/lub „przedziurawienie zagięcia śledzionowego”, zaś brak jest w nich jakiegokolwiek wzmianki o niedokrwieniu jelita grubego, które skutkowało jego obumarciem i w konsekwencji pęknięciem,

c) dokonanie sprzecznej z zasadami logiki oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego, to jest zeznań świadka A. W., w zakresie, w jakim odnoszą się do stwierdzenia, że przyczyną perforacji jelita u powoda nie były działania lekarza wykonującego zabieg w dniu 8 maja 2015 roku skutkujące jego przedziurawieniem (nawet niezawinionym), a niedokrwienie przesuniętego podczas operacji jelita skutkującego jego obumarciem i kolejno samoistne pęknięcie oraz przyjęcie ich jako podstawy rozstrzygnięcia okoliczności spornych, podczas gdy zeznania te zasadniczo stoją w sprzeczności z dokumentami zgromadzonymi w toku postępowania, to jest „kartą informacyjną leczenia szpitalnego” z okresu od 18 maja 2015 roku do 5 czerwca 2015 roku, „kartą sali operacyjnej chirurgii ogólnej i onkologicznej”, a także „kartą informacyjną leczenia szpitalnego” z okresu od 10 stycznia 2016 roku do 16 stycznia 2016 roku, w których nie zostało zapisane, że w wyniku ponownej operacji powoda stwierdzono pęknięcie jelita z powodu jego niedokrwienia, a wyraźnie zapisano, że perforacja ma charakter jatrogennej, co oznacza, że jest wynikiem działania lekarza podczas zabiegu operacyjnego,

d) dokonanie błędnej i niezgodnej z zasadami logiki oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego w postaci zeznań świadka R. S. oraz dokumentu stanowiącego informację o planowanym zabiegu urologicznym poprzez przyjęcie, że powód został w sposób prawidłowy pouczony o ryzyku związanym z zabiegiem operacyjnym wycięcia nerki, to jest o perforacji jelita grubego, podczas gdy z treści tego dokumentu w sposób jednoznaczny wynika, że powód poinformowany został o potencjalnym „urazie” dwunastnicy i/lub jelita grubego, i konieczności resekcji jelita, w sytuacji gdy guz nerki naciska na jelita, a nie ma mowy o tym, że zabieg może skutkować perforacją jelita wskutek działań lekarza, czyli jego uszkodzeniem (np. w wyniku przesunięcia jelita) czy też niedokrwieniem jelita prowadzącym do jego obumarcia i kolejno pęknięcia,

e) dokonanie błędnej i niezgodnej z zasadami logiki oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego w postaci dokumentu stanowiącego informację o planowanym zabiegu urologicznym w zakresie, w jakim odnosi się do informacji na temat alternatywnych metod przeprowadzenia zabiegu nefrektomii radykalnej przetrzewnowej i przyjęcie, że pozwany nie dopuścił się w tym zakresie jakichkolwiek nieprawidłowości, podczas gdy informacja zawarta

w ww. dokumencie z wyjątkiem stwierdzenia, że zabieg może być wykonany na kilka sposobów nie opisuje, a nawet nie wymienia tych alternatyw, zatem nie sposób jest przyjąć, że powód uzyskał przystępną dla niego informację o metodach przeprowadzenia zabiegu,

- i w konsekwencji powyższego dokonanie błędnych ustaleń faktycznych poprzez przyjęcie, że przyczyną perforacji jelita powoda, określonej jako perforacja jatrogenna, nie było działanie lekarza wykonującego zabieg w dniu 8 maja 2015 roku, a niedokrwienie w wyniku przedmiotowego zabiegu jelita grubego, skutkującego kolejno jego obumarciem i samoistnym pęknięciem;

I. naruszenie przepisów prawa materialnego, które miało wpływ na treść rozstrzygnięcia, to jest art. 31 ust. 1 i art. 34 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 roku poprzez przyjęcie, że stwierdzenie w dokumencie informującym pacjenta, iż zabieg nefrektomii radykalnej przezotrzewnowej można wykonać różnymi sposobami bez jednoczesnego ich opisanie i/lub nawet wymienienia, a także uznanie, że sposób przekazania powodowi informacji o ryzyku związanym z zabiegiem spełnia wymogi udzielenia pacjentowi informacji dla niego przystępnej, skutkującej kolejno wyrażeniem zgody mającej charakter „objaśnionej” i/lub „poinformowanej”;

II. naruszenie przepisów prawa materialnego, które miało wpływ na treść rozstrzygnięcia, to jest art. 445 § 1 w zw. z art. 444 § 1 k.c. poprzez przyjęcie, że roszczenie powoda o zasądzenie zadośćuczynienia jest nieuzasadnione, podczas gdy przy prawidłowej ocenie zebranego w sprawie materiału dowodowego uznać należało, że w wyniku przeprowadzonego zabiegu operacyjnego w dniu 8 maja 2015 roku doszło po stronie powoda do uszkodzenia ciała i wywołania rozstroju zdrowia skutkującego powstaniem po stronie powoda znaczącej krzywdy, w szczególności w postaci cierpień fizycznych i psychicznych;

III. naruszenie przepisów prawa materialnego, które miało wpływ na treść rozstrzygnięcia, to jest art. 444 § 2 k.c. poprzez przyjęcie, że roszczenie powoda o zasądzenie na jego rzecz comiesięcznej renty nie znajduje uzasadnienia, podczas gdy przy prawidłowej ocenie zebranego w sprawie materiału dowodowego uznać należało, że obecna sytuacja finansowa, majątkowa i życiowa jest wynikiem błędnie przeprowadzonego zabiegu operacyjnego w dniu 08 maja 2015 roku, skutkującego koniecznością poddawania się przez Powoda kolejnym zabiegom operacyjnym i w konsekwencji całkowitą utratą zdolności do pracy zarobkowej i zmniejszeniem widoków powodzenia na przyszłość.

Wskazując na powyższe zarzuty powód wniósł o uwzględnienie pozwu w całości, zasądzenie od pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm prawem przepisanych oraz kwoty 17 zł poniesionej tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa, a także kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego za postępowanie przed Sądem II instancji.

Pozwany Szpital wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie od powoda zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje

W niniejszej sprawie podstawowym problemem była ocena działania pozwanego Szpitala wobec powoda, w okolicznościach faktycznych podanych przez niego w pozwie, a więc czy dopuścił się on bezprawności i przez to doprowadził do obecnego stanu zdrowia powoda, powodując szkodę.

Wykonując prawnoprosesowy obowiązek własnej oceny zgromadzonego materiału procesowego Sąd Apelacyjny uznał, że Sąd Okręgowy należycie przeprowadził postępowanie dowodowe, poczynił też prawidłowe ustalenia faktyczne (zawarte w wyodrębnionej redakcyjnie części uzasadnienia zaskarżonego wyroku), znajdujące odzwierciedlenie w treści przedstawionych w sprawie dowodów. Ustalenia te Sąd odwoławczy uznał za własne, choć z pewnymi modyfikacjami co do oceny dowodów.

Ponieważ wadliwości wydanego rozstrzygnięcia powód w apelacji upatrywał w dopuszczeniu się przez Sąd Okręgowy błędów przy ocenie dowodów zgromadzonych w niniejszej sprawie, a następnie ustalenia na ich podstawie istotnych faktów, odnieść się należy w pierwszej kolejności do tych zarzutów, zwłaszcza, że o prawidłowości zastosowania norm

prawa materialnego należy rozstrzygać dopiero po rekonstrukcji istotnych dla rozstrzygnięcia okoliczności, właśnie w kontekście zarzutów naruszenia przepisów postępowania.

Ocena zarzutów naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., bezpośrednio odnoszące się do oceny dowodów, a mianowicie zeznań świadków: A. P., A. W., R. S., a także dokumentacji lekarskiej w postaci kart informacyjnych leczenia szpitalnego, karty sali operacyjnej chirurgii ogólnej i onkologicznej oraz dokumentu stanowiącego informację o planowanym zabiegu urologicznym, doprowadziła do przyjęcia, że zarzuty te nie są zasadne. Zarzut naruszenia wskazanej normy, o ile ma być skuteczny, musi wskazywać na przekroczeniu granic swobody oceny wyznaczonej logiką, doświadczeniem, zasadami nauki, albo też na zaniechaniu przez sąd wszechstronnego rozważenia sprawy. W tym drugim wypadku uchybienie polegałoby na poczynieniu ustaleń w oparciu o jedynie część materiału dowodowego, a pominięciu pozostałej części tego materiału, która pozwoliłaby na wyciągnięcie innych wniosków.

Swobodna ocena dowodów, rozumiana jak wyżej, należy do sądu meriti, stąd kontrola prawidłowości tej oceny dokonywana przez sąd odwoławczy musi być z reguły ostrożna, z uwzględnieniem tego, że sąd odwoławczy dokonuje prawidłowości oceny dowodów, których sam nie przeprowadził. Skarżący nie sprostował wskazanym wymogom skuteczności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Poprzestał na ponowieniu własnego stanowiska i przedstawieniu własnych ustaleń faktycznych.

Samo zanegowanie ustaleń Sądu I instancji poprzez podanie własnych jest oczywiście niewystarczające. Skarżący podniósł jedynie, że w jego ocenie zeznania świadków bądź to korespondowały z pozostałym materiałem dowodowym bądź to pozostawały z nim w sprzeczności. W tym świetle uwypuklić należy, że nie można sądowi dokonującemu oceny materiału procesowego postawić skutecznie zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. również wówczas, gdy z tego samego materiału można równolegle wyprowadzić odmienne wnioski, co do przebiegu okoliczności istotnych dla sprawy, o ile ocena sądowa nie narusza wzorca określonego art. 233 § 1 k.p.c. Sąd Okręgowy, dokonując oceny dowodów ze źródeł osobowych, władny był uwzględnić jedynie część zeznań, jeżeli tylko ta korespondowała z pozostałym materiałem dowodowym, zwłaszcza, że wyjaśnił powody nie wykorzystania pozostałych zeznań.

Przechodząc do oceny zarzutu wadliwych ustaleń faktycznych należy zauważyć, że niewątpliwie koresponduje on ze stosowaniem art. 233 § 1 k.p.c., bowiem oczywistym jest, że błąd w ustaleniach faktycznych może nastąpić wyłącznie w konsekwencji błędnej oceny dowodów bądź niezasadnego pominięcia części materiału dowodowego. Ustalenia faktyczne są konsekwencją uprzedniego dopuszczenia określonych dowodów, ich przeprowadzenia i następnie oceny. Stąd też nie jest uprawnione w ramach omawianego zarzutu odwoływanie się do stanu faktycznego, jaki w ocenie skarżącego winien w sprawie być ustalony, czy nawet - jak wynika z treści apelacji - ostatecznie został ustalony. Konieczne jest konkretne wskazanie, w czym powód upatruje wadliwości oceny dowodów dokonanej przez Sąd I instancji, precyzyjne wskazanie uchybień w tym zakresie, wskazanie, które z przedstawionych wyżej zasad rządzących tą oceną zostały naruszone i w jaki sposób. W niniejszej sprawie skarżący wywodu takiego nie przedstawił.

Uwzględniając zgromadzony materiał dowodowy omawiany zarzut nie podważa skutecznie ustalonych przez Sąd Okręgowy faktów, w rzeczywistości jest on w stosunku do nich wyłącznie polemiczny, będący wyrazem bardzo subiektywnej oceny wyselekcjonowanej przez skarżącego części zebranego w sprawie materiału dowodowego, które w założeniu miały wykazać zasadność argumentacji wskazanej w uzasadnieniu apelacji. Mając zatem na względzie powyższe okoliczności, zebrany w sprawie materiał dowodowy, a przede wszystkim sens rozumowania Sądu I instancji, nie sposób uznać, że wystąpiło eksponowane przez powoda naruszenie przepisów prawa procesowego.

Syntetyzując na użytek dalszych rozważań prawidłowe i niekwestionowane w apelacjach stanowisko Sądu Okręgowego, co do prawnych uwarunkowań weryfikacji roszczeń powoda powołać należy, za Sądem I instancji, podstawę w art. 444 k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c. W przypadku błędu medycznego, na którego istnienie powołuje się powód, przyznanie zadośćuczynienia jest uzależnione od spełnienia przesłanek odpowiedzialności deliktowej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., które obejmują wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności, przy czym

do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej wystarczy choćby najmniejszy stopień winy (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 3 czerwca 2014 roku, I ACa 1494/13; wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 17 października 2013 roku, I ACa 594/13, wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 25 listopada 2019 roku, I ACa 197/18). Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. Zaznaczenia wymaga, że sama placówka medyczna ponosi odpowiedzialność w przypadku winy podwładnego, rozumianej zgodnie z treścią art. 415 k.c. i nie jest wymagane wykazanie przez poszkodowanego winy po stronie placówki medycznej, gdyż odpowiada ona za zasadzie ryzyka w sposób bezwzględny, wyłączający możliwość ekskulpacji. Przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na podstawie powyższego przepisu wymaga więc uprzedniego stwierdzenia, że jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 roku, IV CSK 308/10, OSNC 2011, nr 10, poz. 116). Podwładnym w rozumieniu art. 430 k.c. jest członek personelu medycznego jednostki, w tym także lekarz, który mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie organizacji pracy. Wina podwładnego jest natomiast przesłanką odpowiedzialności pozwanego na podstawie art. 430 k.c. przy czym ustawa nie uzależnia tej odpowiedzialności od konkretnego stopnia winy lub jej przypisania poszczególnym członkom personelu pozwanego (wina bezimienna). Wystarczy wykazanie, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że zakład opieki zdrowotnej (obecnie podmiot leczniczy) ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 marca 2013 roku, I ACa 852/12). Placówka lecznicza ponosi więc odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez jej personel, którego zachowanie jest obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione, gdyż obowiązkiem całego jej personelu jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 roku, V CSK 287/09; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 roku, IV CSK 431/12).

W niniejszej sprawie decydująca dla rozstrzygnięcia sprawy była treść opinii powołanych biegłych sądowych - biegłego z zakresu chirurgii M. K. oraz biegłego z zakresu urologii J. P. – co istotne niekwestionowanej ostatecznie w toku I instancji przez żadną ze stron, albowiem to ona determinowała ocenę prawidłowości działań lekarzy pozwanego Szpitala w sferze wdrożonych działań medycznych.

Sąd Apelacyjny nie podziela wątpliwości Sądu Okręgowego co do konkluzji biegłych, którzy nie dopatryli się tzw. błędu lekarskiego przy tych działaniach. Wątpliwości te zostały wyrażone bez żadnych rzetelnych przesłanek, można sądzić że na podstawie kierowania się swoistą subiektywną intuicją tego Sądu, niepopartą jakąkolwiek wiedzą specjalną. Podważanie opinii biegłych mogłoby opierać się na niekompletności opinii, czy jej nierzetelności w kontekście tezy dowodowej postanowienia o dopuszczeniu tego dowodu, natomiast takich zastrzeżeń Sąd Okręgowy nie wyraził. Biegli nie tylko sporządzili pisemną opinię odnoszącą się do zagadnień wskazanych w tym postanowieniu, ale też opinię uzupełniającą, wreszcie zostali przesłuchani, co pozwalało na uzyskanie wszelkich wyjaśnień w sprawie ich poprzednio poczynionych wywodów i przedstawionych wniosków. Ich podważenie musiałoby znajdować podstawę w treści innego dowodu mającego na celu zasięgnięcie wiedzy specjalnej, a takiego dowodu nie przeprowadzono.

Trzeba zauważyć, że także strony nie żądały przeprowadzenia dowodu z opinii innych biegłych, czy instytutu naukowego lub naukowo-badawczego. Również w apelacji nie przedstawiono wniosku o przeprowadzenie innego dowodu z opinii biegłych, niż przeprowadzony w toku I instancji. Nie wskazano też żadnego zarzutu odnośnie tej opinii i jej konkluzji.

Jak widać, istniały podstawy do przyjęcia, w oparciu o omawiany dowód, że podczas operacji przeprowadzonej w pozwanym szpitalu nie doszło do mechanicznego uszkodzenia ściany jelita grubego powoda, czy też do jakichkolwiek nieprawidłowości w czasie zabiegu. Racjonalnym było uzasadnienie, że do czwartej doby po operacji nie zaobserwowano żadnych objawów mogących sugerować uszkodzenie jelita grubego, zaś gdyby do perforacji doszło podczas zabiegu, to objawy pojawiłyby się podczas lub bezpośrednio po operacji. Biegli uznali więc, że możliwą przyczyną perforacji mogło być niedokrwienie, a następnie martwica niewielkiego fragmentu jelita.

Oczywiście pomocne było w poczynieniu ustaleń co do przyczyn powstania dolegliwości powoda, które nie były zakładanymi skutkami zabiegu nefrektomii, przeprowadzonego w pozwanym szpitalu, zeznania świadka A. W. w sferze faktów dotyczących przebiegu przeprowadzonej przez niego operacji w Szpitalu (...) w K.. Świadek ten przedstawił zastany przez niego stan perforacji jelita grubego u powoda i scharakteryzował go, co istotnie korespondowało z ocenami biegłych, wskazującymi, że nie doszło do perforacji jelita grubego powoda podczas przeprowadzanego zabiegu w pozwanym Szpitalu, lecz nastąpiła ona na skutek martwicy, będącej konsekwencją niedokrwienia odcinka jelita grubego, które z kolei było konsekwencją przemieszczania tego jelita w celu dostania się do organu podlegającego nefrektomii. Słusznie Sąd Okręgowy uznał, że potwierdziła się w ten sposób ocena biegłych, że gdyby perforacja jelita grubego nastąpiła w czasie zabiegu nefrektomii, to jej skutki ujawniłyby się zaraz po zabiegu, a nie dopiero po kilku dniach. Zeznanie to nie miało decydującego znaczenia, bowiem – jak już była mowa wyżej – nie zaistniały podstawy do podważenia opinii biegłych, wskazującej na takie właśnie przyczyny późniejszych dolegliwości powoda i konieczności poddania go zabiegom operacyjnym, w tym ratującym życie, natomiast było istotne w procesie dochodzenia do końcowych ustaleń przez Sąd Okręgowy, ostatecznie dokonanych prawidłowo.

Akcentowanie przez skarżącego znaczenia zeznania przesłuchanego w charakterze świadka A. P. wskazuje na rozumienie tego zeznania jako autorytatywnego w zakresie przedstawienia wiadomości specjalnych, tymczasem dowód z zeznania świadka nie może służyć zasięgnięciu przez sąd wiadomości specjalnych. Interpretacja diagnozy dokonanej w Szpitalu (...) w K., w przedmiocie wskazania, że przyczyną konieczności operowania powoda w tym szpitalu była perforacja jelita grubego, mająca charakter jatrogenny, była zagadnieniem poddanym ocenie biegłych, a nie ocenie świadka, choćby przyjął, że posiada on wiadomości specjalne w adekwatnej dziedzinie. Nie można takiej oceny, dokonanej przez świadka podczas jego zeznań, przeciwstawić opinii biegłych powołanych w sprawie do wydania opinii na podstawie art. 278 § 1 k.p.c.

Niezależnie od powyższego odnieść się należy, także w kontekście zarzutów apelacji, do tego, że powód domagał się zasądzenia zadośćuczynienia wywodzonego z samego faktu naruszenia jego praw jako pacjenta w oparciu o art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Według stanu prawnego obowiązującego w dacie zabiegu operacyjnego, któremu powód został poddany w pozwanym szpitalu, kwestie praw pacjenta do wyrażenia zgody lub odmowy jej udzielenia na określone świadczenie - po uzyskaniu odpowiedniej informacji - regulował art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Art. 31 ust. 1 ustawy nakłada na lekarza obowiązek udzielania pacjentowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia albo rokowaniu. Jakkolwiek przepis ten nie przewiduje autonomicznego roszczenia, tak jak ma to miejsce w art. 4 ust. 1 w zw. z art. 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, to jednak zgodnie z nim, w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c.

Powód twierdził, że nie udzielono mu informacji odnośnie możliwych powikłań zabiegu, co w jego ocenie skutkować winno przyjęciem, że to iż doszło u niego do perforacji jelita stanowiło błąd medyczny. W tym kontekście wskazać należy, że w nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje zjawisko określane mianem ryzyka medycznego. Nawet przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne. Zasadniczo, pacjent poinformowany o istniejącym ryzyku, wyrażając zgodę na zabieg, przyjmuje je na siebie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2016 roku, IV CSK 396/15).

Pozostawiając dla późniejszych rozważań kwestię przesłanek wyrażenia prawnie skutecznej zgody, należy określić granice, w jakich dochodzi do przejścia całego ryzyka zabiegu przez pacjenta. Najogólniej rzecz ujmując, pacjent nie obejmuje zgodą skutków żadnej postaci winy lekarza. Ryzyko, jakie bierze na siebie wyrażając zgodę na zabieg operacyjny, obejmuje tylko zwykle powikłania pooperacyjne, nie można natomiast uznać, że ryzykiem pacjenta są

objęte komplikacje powstałe wskutek pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza, zwłaszcza - uszkodzenia innego organu, także w sposób przypadkowy i niezamierzony. Takie określenie granic ryzyka pozostaje w związku z kryteriami oceny zawinienia lekarza, zarówno w obiektywnym, jak i subiektywnym ujęciu, z tym, iż zarówno w powołanych orzeczeniach, jak i w nowszym piśmiennictwie, wymienione sytuacje zalicza się nie tylko do kategorii błędu, ale także nienależytej staranności, ocenianej przy zastosowaniu miernika staranności wymaganej w konkretnych okolicznościach. Lekarz nie poniesie natomiast odpowiedzialności za wynik operacji, podczas której doszło do powikłań spowodowanych szczególnymi okolicznościami, niezależnymi od jego zachowania.

Z obowiązkami lekarza w procesie leczenia wiąże się integralnie obowiązek udzielenia pacjentowi odpowiedniej informacji. Prawidłowe wypełnienie obowiązku poinformowania jest konieczną przesłanką wyrażenia przez pacjenta prawnie wiążącej zgody na ustalone leczenie (określanej mianem zgody "objaśnionej", "poinformowanej" lub "uświadomionej"), a bezskuteczność zgody spowodowana nieudzieleniem właściwej informacji przesądza o bezprawności działania lekarza. Celem spoczywającego na lekarzu obowiązku wyjaśnienia pacjentowi skutków zabiegu operacyjnego jest, by pacjent podejmował decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego, w tym jakich powikłań, może się spodziewać (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 listopada 1979 r., IV CR 389/79). Obowiązek informacji uregulowany w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry obejmuje normalne, przewidywalne, ale niedające się wykluczyć, następstwa zabiegu operacyjnego.

Kierując się powyższymi względami prawnymi, Sąd odwoławczy, podobnie jak Sąd I instancji, uznał, że powód w trakcie leczenia został prawidłowo pouczony o możliwych powikłaniach operacyjnych. Do akt sprawy został złożony dokument zawierający informację dla pacjenta oraz oświadczenie o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego, które powód podpisał przed operacją w pozwanym Szpitalu. W formularzu tym znajduje się opis możliwych do wystąpienia powikłań. Wskazano tam m.in., że jednym z powikłań może być uraz dwunastnicy, jelita cienkiego lub jelita grubego, a także, że może zająć konieczność resekcji jelita. Bez znaczenia natomiast w tym kontekście pozostaje, że perforacja jelita nastąpiła w związku z koniecznością przesunięcia jelita, skoro działanie lekarza było zgodne ze sztuką lekarską, zaś powód został pouczony o możliwości wystąpienia takiego powikłania.

Odnosząc się do argumentacji powoda, że nie został on pouczony o możliwości wykonania zabiegu na kilka sposobów, podkreślić należy, że z niekwestionowanych zeznań M. G. wynika, iż o metodzie decyduje stopień zaawansowania choroby, wielkość guza oraz to, czy zajęte są węzły chłonne. Świadek ten zeznał, że przedmiotowy zabieg można wykonać zarówno metodą przezotrzewnąą jak również metodą laparoskopową. Podkreślił jednak, że w przypadku guzów większych rozmiarów, nie jest możliwe przeprowadzenie zabiegu techniką laparoskopową. Nie sposób wobec tego zarzucić pozwanemu Szpitalowi, że nie pouczono powoda o wszelkich dostępnych metodach. Na marginesie godzi się zauważyć, że powód wiązał swoje roszczenie z zarzutem dopuszczenia się błędu lekarskiego przy przeprowadzonej operacji, a nie z nieprawidłowym wyborem sposobu operowania.

Reasumując przeprowadzone rozważania należy stwierdzić, że konkluzja Sądu Okręgowego o braku podstaw do przyjęcia bezprawności pozwanego Szpitala, była trafna. Tym samym nie zaktualizowała się konieczność weryfikacji tej części argumentacji powoda, która odnosiła się do oczekiwanych przez niego sposobów naprawienia szkody.

Mając na uwadze powyższe należało, w oparciu o art. 385 k.p.c., oddalić apelację.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd odwoławczy orzekł uwzględniając jego wynik, w oparciu o przepisy art. 98 k.p.c. oraz § 2 pkt 7 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych w brzmieniu obowiązującym w dacie wniesienia apelacji, przyjmując jednak, że w sprawie zaistniały przesłanki zastosowania art. 102 k.p.c. i częściowego odstąpienia od zasądzenia tych kosztów. W realiach niniejszej sprawy nie może ulegać wątpliwości to, że powód znajduje się w trudnej sytuacji materialnej - co stanowiło podstawę zwolnienia go od obowiązku ponoszenia kosztów sądowych, ale również życiowej, wynikającej z jego stanu zdrowia. Wyważenie tych okoliczności, w powiązaniu z samym przebiegiem procesu, jego przedmiotem, podstawami ostatecznego ustalenia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia przemawiało za zastosowaniem wskazanej zasady słuszności. Sam proces dotyczył procedur medycznych, trudnych do rzeczowej

oceny bez pozyskania wiadomości specjalnych. Dokonane ustalenia obarczone są w takich procesach określoną dozą prawdopodobieństwa, wobec braku możliwości określenia z całą pewnością wpływu zarówno procesów biologicznych, jak i sposobu leczenia, na ostateczny skutek, z uwagi na współwystępowanie wielu przyczyn stanu zdrowia człowieka. Analiza akt sprawy prowadzi do wniosku, że poza samą sytuacją majątkową zaistniały inne wypracowane w doktrynie przesłanki stosowania art. 102 k.p.c., a związane z samym przebiegiem procesu, a także z charakterem żądania. Wziął także Sąd Apelacyjny pod uwagę, że okoliczności sprawy zostały rozpoznane w istocie przez Sąd I instancji, a apelacja miała charakter polemiki z prawidłowym rozstrzygnięciem, wobec czego obciążył stroną powodową kosztami należnymi stronie pozwanej w niewielkiej części, tj. w kwocie 2.000 zł.. Powód znał stanowisko Sądu I instancji, znał poczynione ustalenia, miał świadomość treści opinii biegłych, a tym samym winien ją uwzględnić podejmując decyzję odnośnie wywiedzenia środka odwoławczego – tym bardziej, że opinii tej nie kwestionował.

Mając na uwadze powyższe, orzeczono jak w sentencji.

Agnieszka Sołtyka Leon Miroszewski Artur Kowalewski