

Sygn. akt I ACa 1010/18

WYROK CZĘŚCIOWY W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 października 2020 r.

Sąd Apelacyjny w Katowicach I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący :	SSA Roman Sugier
Sędziowie :	SA Anna Bohdziewicz SA Tomasz Ślęzak (spr.)
Protokolant :	Katarzyna Noras

po rozpoznaniu w dniu 12 października 2020 r. w Katowicach

na rozprawie

sprawy z powództwa K. G. i M. S.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W. i Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) im. św. B. w S.

o zapłatę

na skutek apelacji powodów

od wyroku Sądu Okręgowego w Katowicach

z dnia 12 lipca 2017 r., sygn. akt II C 499/09

po rozpoznaniu apelacji powódki K. G.

1) uchyla zaskarżony wyrok w punkcie 1. w zakresie w jakim oddalone zostało powództwo o rentę w wysokości ponad kwotę zabezpieczenia tego roszczenia od dnia udzielenia zabezpieczenia do dnia (...) r. oraz w zakresie roszczenia o ustalenie odpowiedzialności pozwanych na przyszłość i w tej części umarza postępowanie;

2) oddala apelację powódki w pozostałym zakresie;

3) nie obciąża powódki kosztami postępowania apelacyjnego.

SSA Anna Bohdziewicz SSA Roman Sugier SSA Tomasz Ślęzak

Sygn. akt I ACa 1010/18

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Okręgowy w Katowicach oddalił powództwo D. S. który, po ostatecznym sprecyzowaniu żądań, domagał się zasądzenia solidarnie od Wojewódzkiego Szpitala (...). B. w S. i (...) S.A.: zadośćuczynienia w wysokości 5.000.000 zł, odszkodowania w wysokości 486.100 zł i renty w wysokości 10.069 zł miesięcznie oraz ustalenia odpowiedzialności solidarnej pozwanych na przyszłość, za bezpośrednie i pośrednie następstwa zabiegu operacyjnego (...) kręgosłupa z dnia 3 listopada 2008 roku, zabiegu operacyjnego usunięcia instrumentarium z dnia 4 listopada 2008 roku, (...) mikrobami szczegółowo wymienionymi w pozwie, wystąpienia wstrząsu septycznego i odleżyn. Nadto strona powodowa wniosła o obciążenie solidarnie pozwanych kosztami zastępstwa procesowego pełnomocnika strony powodowej w wysokości sześciokrotnej stawki minimalnej oraz opłatami skarbowymi od pełnomocnictw w łącznej kwocie 51 zł.

Pozwani wniesli o oddalenie powództwa.

Sąd pierwszej instancji ustalił, że powód od 11 czerwca 1994 r. do 7 lutego 2006 r. był ośmiokrotnie hospitalizowany w związku (...), (...) i (...), (...), (...), w celu (...), (...), (...), (...), (...). W tym okresie powoda poddawano leczeniu w: Klinice (...), Klinice (...), Klinice (...) w S., Katedrze i Klinice (...), Górnośląskim Ośrodku (...) im. dr A. S. w R. i (...) Centrum (...).

W dniu 6 lutego 2006 r. w Pracowni (...) Centrum (...) przeprowadzono u powoda badanie techniką (...) (...) -S2, w trakcie którego stwierdzono (...).

Dnia 8 września 2008 r. przyjęto powoda do Wojewódzkiego Szpitala (...) im. Św. B. w S., z rozpoznaniem: (...), (...). W tej samej dacie (...) powoda - M. S. wyraził pisemną zgodę na leczenie powoda, zaś (...) powoda złożyła pisemne oświadczenie o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania diagnostycznego, (...) i przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, do którego jednak w owym czasie nie doszło.

W dniu 10 września 2008 roku, poddano D. S. badaniu rezonansem magnetycznym, po przeprowadzeniu którego powoda wypisano z pozwanego szpitala w dniu 30 września 2008 r. bez leczenia operacyjnego, uznając że jego pobyt miał charakter diagnostyczno-rehabilitacyjny.

W dniu 27 października 2008 roku powoda przyjęto do Wojewódzkiego Szpitala (...) im. Św. B. w S. do Katedry i Klinicznego Oddziału Ortopedii (...), oceniając jego stan zdrowia na dzień 28 października 2008 roku jako dobry, bez dolegliwości w tym również (...), a 31 października 2008r. pacjenta poddano konsultacji anestezjologicznej. W dniu przyjęcia pacjenta do pozwanej placówki (...) powoda wyraził pisemną zgodę na hospitalizację i leczenie (...) zaś (...) powoda na piśmie, zgodziła się na jego (...). Przed operacją, w poradni oraz po przyjęciu powoda do pozwanego szpitala, prowadzący leczenie powoda, dr M. P. (1), opisał matce pacjenta przebieg przyszłej operacji stwierdzając przy tym, że nastąpi: (...). Lekarz poinformował także (...) powoda o możliwych powikłaniach, a przede wszystkim o występującym w czasie zabiegu (...). Lekarz wyjaśnił również, że jest to trudny zabieg, obarczony dużym ryzykiem.

W dniu 3 listopada 2008 r. powoda poddano sześciogodzinnej operacji (...) (...) (...) T.. (...) obejmowała odcinek (...) C. 104 stopnie. Zasadniczą część zabiegu przeprowadzili lekarze: R. N. i W. M., zaś dostęp operacyjny wykonali lekarze: M. P. (1) i doktor R.. Podczas operacji nie były monitorowane (...).

Po wybudzeniu powód poruszał rękami i nogami (wręcz pomagał w przejściu ze stołu operacyjnego na łóżko). Przewieziony na salę pooperacyjną powód nie skarżył się na żadne szczególne objawy. Między godziną 19 a 20 lekarz sprawdzał czy powód może (...), a wizytę u pacjenta lekarz W. M. ponowił w dniu operacji około godz. 23, kiedy to powód był (...). Lekarz nie sprawdzał wówczas (...). W trakcie porannej wizyty w dniu 4 listopada 2008 roku, około godz. 6.00 lekarz W. M. stwierdził u pacjenta (...) od (...) (...). W związku z powyższym zalecono (...) oraz włączono leczenie farmakologiczne w dawkach, jak przy (...). Gdyby (...). O konieczności poddania pacjenta (...).

Tego samego dnia, w trybie pilnym, z powodu (...) operację podczas której doktor R. N. (...). Do momentu (...) powoda operacja przebiegała bez zakłóceń, wskaźniki życiowe pacjenta były w normie. Po rozintubowaniu, kiedy powód próbował się podnieść, doszło u niego do (...). Pacjenta ponownie (...) i przeprowadzono skuteczną (...). Po operacji,

powoda w stanie ciężkim przewieziono na Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii w pozwanym Szpitalu z rozpoznaniem: (...) – (...) w trakcie zabiegu (4 listopada 2008 r.), stan po operacji (...) (3 listopada 2008 r.), (...). Pacjenta poddano (...) oraz zastosowano: (...), a następnie celowaną, leczenie (...), leki osłaniające (...). Nadto uzupełniono (...), wyrównano (...). Również wielokrotnie wykonano (...) z powodu narastającej (...). Pacjenta kilkakrotnie konsultowano kardiologicznie, ortopedycznie, laryngologicznie oraz przez specjalistę z zakresu chirurgii (...). Za zgodą (...) powoda, w dniu 20 listopada 2008 roku, u pacjenta wykonano (...).

W dniu 16 grudnia 2008 roku D. S. został przeniesiony na Oddział Ortopedii w pozwanym szpitalu. Przy przyjęciu, rozpoznano (...), stan po operacji (...), a także (...). W okolicy (...) stwierdzono (...). Pobrany od powoda materiał poddano badaniom takim jak: (...). Badania wykazały (...) powoda: (...), bakterią A. B., (...), bakterią E. (...).

Ustalił również Sąd, że stosowano: (...), opiekę nad miejscem wkłucia oraz monitorowano pacjenta w związku ze stosowaniem (...). Jednocześnie prowadzono diagnostykę (...). Po otrzymaniu wyników badań wdrażano (...).

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy stwierdził, że roszczenie powoda nie zasługiwało na uwzględnienie, z uwagi na brak istnienia obiektywnie nieprawidłowych i zawinionych zachowań po stronie pracowników pozwanego szpitala, które pozostawałyby w związku przyczynowym ze stanem zdrowia powoda. Odpowiedzialność pozwanego szpitala w związku z przepisami art. 430 k.c. w związku z art. 416 k.c. zachodziłaby tylko wówczas, gdyby spełnione zostały łącznie przesłanki odpowiedzialności deliktowej w postaci: wyrządzenia szkody przez personel medyczny pozwanego, zawinionego działania lub zaniechania tego personelu, normalnego związku przyczynowego pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem, a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonych czynności.

Nadto przyjął Sąd, że podstawą odpowiedzialności ubezpieczyciela jest art. 822 k.c., stwierdził, że roszczenie poszkodowanego względem ubezpieczyciela istnieje jedynie wówczas, gdy występują podstawy do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej sprawcy szkody. Pozwana (...) Spółka Akcyjna w W. przyznała zaś, że była ubezpieczycielem pozwanego Szpitala, przy czym zaznaczyła, że jej odpowiedzialność sięga wyłącznie kwoty 617.283,75 zł.

Za sporne w niniejszej sprawie uznał Sąd I instancji kwestię powstania szkody, ustalenia odpowiedzialności podmiotu obowiązującego do jej naprawienia i wysokość dochodzonych roszczeń.

Dla oceny czy zabiegi operacyjne, którym powód został poddany w dniach 3 listopada 2008 r. i 4 listopada 2008 r. przeprowadzono zgodnie z zasadami sztuki medycznej, wobec braku jednoznaczności w tym zakresie opinii zespołu biegłych z (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B. Zakładu Medycyny Sądowej, Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego z zakresu ortopedii – dr n. med. M. P. (2). W oparciu o opinię sporządzoną przez tego biegłego przyjął Sąd I instancji, że powód zgłaszając się do leczenia w dniu 27 października 2008 roku był osobą (...), w związku z występowaniem (...). Przyczyną (...) były (...) połączone z występowaniem (...). Wobec powyższych ustaleń opartych na opinii tego biegłego przyjął Sąd Okręgowy, że były pełne wskazania do leczenia operacyjnego z dnia 3 listopada 2008 r., mającego na celu (...) u powoda, a najpowszechniejszą metodą leczenia jest (...), którą zastosowano w przypadku powoda. Wydając zaskarżony wyrok uwzględnił Sąd, że brak operacji mógłby negatywnie wpłynąć na dalszy rozwój powoda. Za biegłym uznał Sąd Okręgowy, że (...) powoda o wartości (...) C., nie jest w leczeniu (...) zwłaszcza nerwowomięśniowych wartością (...) uznaną za „zbyt wysoką” do leczenia. Nadto podzielił Sąd stanowisko biegłego o braku podstaw do stwierdzenia nieprawidłowości leczenia, które mogłyby przyczynić się do powstania powikłania, jak również, że działania po stwierdzeniu (...) zostały przez pracowników pozwanego podjęte prawidłowo, zaś operacja z dnia 4 listopada 2008 była w tych okolicznościach konieczna w trybie nagłym. Operacja ta miała charakter operacji ratującej zdrowie i jej niezwłoczne podjęcie było jedyną szansą na odwrócenie powstałego powikłania.

W konsekwencji Sąd Okręgowy, w oparciu o zgromadzony w niniejszej sprawie materiał dowodowy uznał, że zabiegi operacyjne i leczenie okołoperacyjne powoda zostały przeprowadzone w pozwanym Szpitalu zgodnie z zasadami sztuki medycznej, a (...), które wystąpiło po pierwszej operacji stanowiło powikłanie.

Z kolei odnosząc się do kwestii wyrażenia przez (...) powoda świadomej zgody na zabiegi operacyjne i leczenie, Sąd Okręgowy mając na względzie regulacje zawarte w art. 31, art. 32 i art. 34 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, obowiązującej w dacie wykonywania zabiegów operacyjnych stwierdził, że aby zgodę pacjenta na wykonanie zabiegu można było uznać za świadomą, musi on zostać stosownie poinformowany o charakterze danego zabiegu. W tym kontekście za istotne uznał Sąd ustalenie czy powikłanie, do której doszło podczas pierwszego zabiegu była możliwe do przewidzenia. Zadaniem Sądu I instancji wiarygodne zeznania lekarza prowadzącego leczenie powoda - D. P. wykazały, że powikłanie w postaci (...) w wyniku operacji było możliwe, nadto że poinformował (...) powoda o możliwości ich wystąpienia. Mając na uwadze, że (...) powoda jest z wykształcenia (...), kierując się zasadami logiki i doświadczenia życiowego przyjął Sąd, że z racji wykonywanego (...), była ona osobą o wyższym stopniu świadomości, tym bardziej że powód był leczony (...). Nadto ocenił Sąd, że skoro w dniu 27 października 2008 r. przy przyjęciu do pozwanej placówki (...) powoda M. S. wyraził zgodę na hospitalizację i leczenie (...), to oznaczało to również z zgodę na zabieg operacyjny.

Wobec powyższego uznał Sąd, że składając podpisy pod oświadczeniami (...) powoda potwierdzili, że zostali zapoznani ze szczegółowym opisem leczenia operacyjnego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku leczenia oraz potencjalnymi powikłaniami w tym m.in. (...). Miał również Sąd w polu widzenia, że informacja zapewniająca pacjentowi warunki do wyrażenia zgody uświadomionej nie wymagała formy pisemnej.

Z tych względów Sąd uznał, że okoliczność należytego poinformowania (...) powoda, o możliwym powikłaniu została udowodniona. W następstwie powyższego uznał Sąd Okręgowy, że (...) powoda, wyrażając świadomą zgodę na zabiegi operacyjne wzięli na siebie ryzyko normalnych powikłań pooperacyjnych, przy założeniu że nie zostały one spowodowane z winy, najlżejszej choćby, lekarza.

Odnosząc się do kwestii (...) powoda w pozwanym szpitalu stwierdził Sąd I instancji, że strony nie kwestionowały, iż powód podczas pobytu w pozwanym zespole opieki zdrowotnej uległ (...) co wywołało ujemne skutki dla jego zdrowia. W celu ustalenia źródła (...) Sąd Okręgowy oparł się na opinii zespołu biegłych z (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B. Zakładu Medycyny Sądowej, w skład którego wchodziła biegła z zakresu mikrobiologii A. M.. Na podstawie tej opinii przyjął Sąd, że powód nie udowodnił związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy (...), a czynnościami personelu medycznego lub zarządzającego. Stwierdził Sąd, że strona powodowa, nie wykazała winy lekarzy i innego personelu medycznego w toku wykonywania czynności leczniczych (zaniedbania, błąd lekarski, niezachowanie zasad higieny i warunków sanitarnych), także w jej tzw. organizacyjnej wersji. Zdaniem Sądu Okręgowego nie istnieją dowody, które pozwalałyby przyjąć co najmniej wysokie prawdopodobieństwo, że do (...) szpitalnego doszło z przyczyn obciążających pozwanego szpitala.

W ocenie Sądu postępowanie personelu medycznego w pozwanym Szpitalu, w toku leczenia powoda było prawidłowe. Personel pielęgniarski w wystarczającym stopniu sprawował nad powodem opiekę, co więcej był z nim związany emocjonalnie. W oparciu o zgromadzony w sprawie materiał dowodowy przyjął Sąd, że to powód był trudnym pacjentem, nie współpracował, odmawiał: wykonywania poleceń personelu, rehabilitacji i skorzystania opieki (...).

Wobec braku spełnienia przesłanek odpowiedzialności deliktowej pozwanych solidarnie, opisanych w art. 415 k.c., w zw. z art. 430 k.c. przy zastosowaniu art. 416 k.c. i art. 822 k.c. w pkt 1 wyroku Sąd oddalił powództwo.

Z tej przyczyny, w ocenie Sądu Okręgowego bezprzedmiotowe było dokonywanie ustaleń w przedmiocie rozmiaru doznanej przez powoda krzywdy oraz zasadności zwrotu kosztów leczenia oraz pozostałych przesłanek wpływających na wysokość dochodzonych świadczeń.

Sąd orzekając w pkt 2 wyroku o kosztach postępowania, na podstawie art. 102 k.p.c. zastosował zasadę słuszności i odstąpił od obciążania powoda kosztami procesu. Ocenił Sąd, że okoliczności sprawy, stopień jej skomplikowania w powiązaniu z sytuacją życiową i zdrowotną powoda, a także jego subiektywnym odczuciem co do zasadności powództwa, przemawiają za odstąpieniem od obciążenia go obowiązkiem zwrotu kosztów procesu.

Apelację od tego wyroku wniósł powód, zaskarżając go w części oddalającej jego powództwo. W apelacji powód zarzucił że:

1) Sąd Okręgowy błędnie uznał, że brak podstaw do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego szpitala za zawinione i pozostające

w adekwatnym związku przyczynowo - skutkowym postępowanie personelu medycznego pozwanego szpitala, a w konsekwencji wadliwie Sąd przyjął, iż nie istnieją przesłanki odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela za szkody materialne i niematerialne wyrządzone powodowi przez pozwanego szpital, w czym skarżący upatrywał naruszenia przepisów art. 415 k.c., art. 416 k.c., art. 430 k.c., ewentualnie w związku z art. 6 k.c., a w stosunku do pozwanej (...) S.A. dodatkowo w związku z art. 822 k.c. oraz obraży art. 361 § 1 i 2 k.c.,

2) niezasadnie przyjął Sąd I instancji, że lekarze pozwanego Szpitala poinformowali (...) powoda o ryzyku operacyjnym oraz na czym miała polegać operacja (...), a nadto, iż nie miał miejsca brak świadomej zgody, (...) powoda na zabiegi operacyjne i leczenie jak również, że podpisane przez M. S. oświadczenie o zgodzie na leczenie oznaczało wyrażenie akceptacji na zabieg operacyjny (...) u powoda, jak również, że (...) powoda zostali należycie poinformowani przez lek. med. M. P. (1) o ryzyku wystąpienia u powoda powikłań w związku z planowaną operacją (...) oraz, że (...) powoda została należycie poinformowana przez dr n. med. R. N. o konieczności przeprowadzenia u powoda (...), w wyniku czego zdaniem apelującego doszło do naruszenia art. 32 ust. 7 i 8 w związku z ust. 1 i 2, art. 34 ust. 7 i 8 w związku z ust. 1 - 3 w związku z art. 31 ust. 1 i 6, ewentualnie ust. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w brzmieniu obowiązującym w dn. 27.10.2008 r., ewentualnie w związku z art. 6 k.c., poprzez ich niezastosowanie;

3) nie dokonał Sąd I instancji wykładni bądź dokonał błędnej egzegezy oświadczeń woli podpisanych przez (...) powoda 27 października

2008 r., gdzie oświadczenie (...) powoda zawierało zgodę na hospitalizację i leczenie, nie zaś zgodę na poddanie powoda operacji (...), zaś oświadczenie woli podpisane przez (...) powoda obejmowało wyrażenie akceptacji na (...) powoda, przez co w ocenie apelującego Sąd Okręgowy dopuścił się obraży przepisów art. 65 § 1 k.c., ewentualnie w związku z art. 65 k.c., ewentualnie w związku z art. 32 ust. 1, 2, 7 i 8 i art. 34 ust. 1 - 3, 7 i 8 i w związku z art. 31 ust. 1 i 6 i ewentualnie ust. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w brzmieniu obowiązującym w dniu 27.10.2008r.

4) nie ustalił Sąd Okręgowy, iż w wyniku zawinionego działania personelu pozwanego szpitala:

- powód poniósł i wciąż ponosi krzywdę w postaci cierpień (...)

i (...) oraz że zostały naruszone dobra osobiste powoda m.in.

w postaci prawa do zdrowia, prawa do (...), prawa do intymności, godności osobistej, prawa do nauki, prawa do pracy, prawa do wypoczynku,

- powód utracił całkowicie zdolność do pracy zarobkowej, zwiększyły się jego potrzeby oraz zmniejszyły się jego widoki powodzenia na przyszłość, co skutkowało oddaleniem powództwa o rentę,

- u powoda wystąpiło uszkodzenie ciała i rozstrój, a w konsekwencji związanych z tym kosztów nie określono,

co zdaniem powoda stanowiło naruszenie przepisów: art. 444 § 1 i 2 k.c. i art. 445 § 1 k.c., ewentualnie w związku z art. 6 k.c. a także w związku z art. 23 k.c., art. 24 § 1-3 k.c., art. 448 k.c.

oraz art. 361 § 1 i 2 k.c., art. art. 363 § 1 i 2 k.c. i art. 359 § 1 i 2 k.c., a w stosunku do pozwanej (...) S.A. dodatkowo w związku z art. 822 k.c.,

5) naruszył Sąd przepisy:

- art. 322 k.p.c. przez jego niezastosowanie, co skutkowało nie zasądzeniem na rzecz powoda tytułem odszkodowania i renty odpowiednich sum według oceny Sądu opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy,

- art. 189 k.p.c. przez jego niezastosowanie i w związku z tym nie ustalenie, że powód ma interes prawny w żądaniu ustalenia na przyszłość odpowiedzialności pozwanych za następstwa operacji przeprowadzonych 3 i 4 listopada 2008 r., co skutkowało oddaleniem powództwa w tym zakresie,

6) Sąd Okręgowy dopuścił się obrazy przepisów art. 231 k.p.c. „ewentualnie w związku z art. 227 k.p.c.” przez ich niewłaściwe zastosowanie i w związku z tym ustalenie w drodze domniemania faktycznego, że:

- zgoda na leczenie wyrażona przez M. S. 27 października 2008 r. obejmowała zgodę na operację (...) powoda,

- zgoda na (...) wyrażona przez K. G. w 27 października 2008 r. obejmowała zgodę na operację (...) powoda, w sytuacji kiedy taki wniosek nie wynikał z literalnego brzmienia powyższego oświadczenia matki powoda,

7) naruszył Sąd I instancji art. 272 k.p.c. „ewentualnie w związku z art. 227 k.p.c.” przez to, że nie przeprowadził konfrontacji świadków w osobach (...) powoda oraz samego powoda ze świadkiem M. P. (1) (lekarzem prowadzącym leczenie powoda w okresie hospitalizacji w pozwanym Szpitalu) mimo, że zeznania tych świadków i powoda są całkowicie odmienne od zeznań świadka w osobie lekarza prowadzącego terapię D. S., a w konsekwencji bezpodstawnie uznał Sąd za wiarygodne zeznania M. P. (1) w zakresie dotyczącym czy, kiedy, jakich i któremu z rodziców powoda świadek ten udzielał informacji w związku z planowaną operacją (...),

8) Sąd I instancji naruszył art. 308 k.p.c. w związku z art. 292 k.p.c., art. 236 k.p.c., art. 354 k.p.c., „ewentualnie w związku z art. 227 k.p.c. przez nierozpoznanie zawartego w piśmie powoda z 22 sierpnia 2014 r. wniosku o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z filmu nagranego 14 lipca 2010 r., i w konsekwencji na nie przeprowadził dowodu na okoliczność:

- naruszenia przez personel pozwanego Szpitala dóbr osobistych powoda w postaci prawa do: prywatności i intymności,

- stosunku personelu pozwanego Szpitala do pacjentów,

- zabrania powodowi przez personel pozwanego Szpitala łóżka elektrycznie sterowanego i przekazania jego innemu pacjentowi,

9) naruszył Sąd Okręgowy przepisy art. 243¹ k.p.c., art. 244 § 1 i 2 k.p.c., art. 245 k.p.c. w związku z art. 129 § 2, 3, 4 k.p.c. i w związku z art. 4 ust. 1 b ustawy

z dn. 26 maja 1982 roku Prawo o adwokaturze oraz art. 6 ust. 3 ustawy z 6 lipca 1982 roku o radcach prawnych, i „ewentualnie w związku z art. 227 k.p.c.” przez dopuszczenie dowodów z dokumentacji medycznej pozwanego Szpitala dotyczącej leczenia powoda, w części w jakiej nie została przedłożona w oryginale oraz zawierającej poświadczenie za zgodność z oryginałem dokonane przez pełnomocnika procesowego pozwanego Szpitala z naruszeniem wymogów dotyczących

treści poświadczenia, w szczególności dotyczących oznaczenia w poświadczeniu daty i miejsca sporządzenia poświadczenia, w następstwie czego poczynił Sąd ustalenia na podstawie fotokopii dokumentacji medycznej (w powyższej jej części),

10) dopuścił się Sąd naruszenia przepisów art. 160 § 1 k.p.c. w związku z art. 157 § 1 k.p.c., art. 158 § 1 k.p.c. i a contrario art. 158 § 2 k.p.c., „ewentualnie w związku z art. 359 § 1 k.p.c. oraz przepisów art. 328 § 2 k.p.c. w związku z art. 361 k.p.c., ewentualnie w związku z art. 359 § 1 k.p.c. wydając postanowienia z 2 czerwca 2015 r. i 17 lipca 2015 o odrzuceniu i ponownym odrzuceniu wniosku pełnomocnika powoda „o uzupełnienie protokołu rozprawy z dnia 7 stycznia 2015 roku”,

11) Sąd I instancji dopuścił się obrazy przepisów art. 281 k.p.c. w związku z art. 49 k.p.c. oraz przepisów art. 282 § 1 i 2 k.p.c. w związku z art. 283 § 1 k.p.c. przez oddalenie wniosku powoda o wyłączenie biegłego ad hoc M. P. (2) i nie odebranie od wyżej wymienionego biegłego przyrzeczenia przed sporządzeniem przez niego opinii pisemnej (co uczyniono dopiero na rozprawie w dniu 28 stycznia 2017r.) na zarzut zgłoszony przez powoda,

12) uchybił Sąd Okręgowy przepisom art. 240 § 1 k.p.c., „ewentualnie w związku z art. 227 k.p.c., art. 226 k.p.c., art. 278 § 1 i 3 k.p.c., art. 285 § 1 k.p.c. i art. 286 § 1 k.p.c. oraz przepisom art. 278 § 1 k.p.c., art. 279 k.p.c., art. 282 § 1 k.p.c., art. 285 § 1 k.p.c., art. 286 k.p.c., art. 290 § 1 k.p.c., „ewentualnie w związku z art. 227 k.p.c. przez:

- dopuszczenie dowodu z opinii biegłego M. P. (2) lekarza medycyny specjalisty ortopedy oraz dowodu z ustnej uzupełniającej opinii tego biegłego, jak również dowodu z konfrontacji biegłego M. P. (2) biegłymi W. N. – ortopedą, M. Ś. neurochirurgiem i J. P.

- specjalistą medycyny sądowej z C. M. w B.:

- pominięcie dowodu z konfrontacji biegłego M. P. (2) ortopedy z biegłym M. Ś. neurochirurgiem z C. M. w B.;

- oddalenie wniosku powoda o dopuszczenie dowodu z opinii instytutu naukowego lub naukowo - badawczego w związku

z rozbieżnościami pomiędzy opiniami instytutu (...) w B. a opiniami biegłego ad hoc M. P. (2), i poczynieniu ustaleń, w wyniku których zapadł zaskarżony wyrok, mimo: nadal istniejących sprzeczności pomiędzy opinią biegłego M. P. (2) a opinią C. M. w B. oraz tego, że w okolicznościach niniejszej sprawy nie było podstaw do dopuszczenia dowodów z opinii tego biegłego i z konfrontacji tego biegłego z biegłymi z C. M. w B., skoro dotychczas wydane opinie instytutu (...) w B. były obszerne, spójne, jednoznaczne, wydane ze szczegółowym powołaniem się na dokumentację medyczną przeanalizowaną przez biegłych,

13) naruszył Sąd Okręgowy przepisy art. 354 k.p.c. w związku z art. 227 k.p.c. przez nierozpoznanie złożonych przez powoda wniosków o dopuszczenie dowodów z zeznań z dokumentów, wydruków fotografii, zdjęć, nagrania na płycie CD, opinii biegłych lekarzy, opinii biegłego z zakresu budownictwa,

14) Sąd I instancji dopuścił się obrazy art. 233 § 1 k.p.c. polegającej na dowolnej ocenie zebranego w niniejszej sprawie materiału dowodowego, dokonanej w sposób sprzeczny z zasadami doświadczenia życiowego i logicznego rozumowania, nie znajdującej oparcia w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym, i w konsekwencji bezpodstawnie przyjął, że (...) powoda:

- zostali należycie poinformowani o: możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych oraz dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, ryzyku wystąpienia u ich (...) powikłań w związku

z planowaną operacją (...) i konieczności przeprowadzenia u powoda (...),

- wyrazili zgody na operację (...) i reoperację usunięcia instrumentarium, a ich zgody miały charakter uświadomiony,

- zostali zapoznani ze szczegółowym opisem leczenia operacyjnego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem,

15) naruszył Sąd Okręgowy art. 233 § 1 k.p.c., czyniąc opisane w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku ustalenia między innymi w zakresie: stanu zdrowia powoda przed operacją, osób przeprowadzających operację (...) oraz składu zespołu operacyjnego i kwalifikacji zawodowych jego członków, przebiegu operacji, stanu zdrowia powoda po operacji (...), przebiegu operacji, której celem było usunięcie instrumentarium, opieki nad powodem w zakresie zapobiegania zakażeniom i ich leczenia, zakażeń bakteryjnych, wielomejscowych, których doznał powód, opieki pielęgniarskiej nad powodem, wzajemnych relacji między powodem a pielęgniarkami, oceny wiarygodności świadków, oceny prawidłowości postępowania lekarzy po stwierdzeniu powikłania w postaci (...), uznania opinii biegłych z (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B. Zakładu Medycyny Sądowej za przydatną wyłącznie w zakresie w jakim dotyczyła ona do przyczyny (...) powoda (...) oraz uznając, że w rozpoznawanej sprawie brak jest podstaw do dopuszczenia dowodu z opinii kolejnego instytutu, a wniosek o dopuszczenie dowodu z konfrontacji biegłych M. Ś. i M. P. (2) nie zasługuje na uwzględnienie.

W oparciu o te zarzuty powód wniósł o:

1) zasądzenie na jego rzecz od pozwanych in solidum:

a) 5.000.000 zł z tytułu zadośćuczynienia, z ustawowymi odsetkami od następnego dnia po dniu doręczeniu pozwanym odpisu pozwu do dnia 31 grudnia 2015r. oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

b) 486.100 zł z tytułu odszkodowania, w tym kosztów leczenia, z ustawowymi odsetkami od następnego dnia po dniu doręczeniu pozwanym odpisu pozwu do dnia 31 grudnia 2015r. oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

c) renty z tytułu całkowitej utraty zdolność do pracy zarobkowej, zwiększenia się potrzeb powoda i zmniejszenia się widoków powodzenia na przyszłość, w łącznej wysokości 10.069 zł miesięcznie, płatnej do dnia 10 - ego każdego miesiąca, z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w razie uchybienia terminowi zapłaty, z zastrzeżeniem że:

- co do rat renty należnych za okres do końca grudnia 2015 roku z ustawowymi odsetkami od następnego dnia po dacie wymagalności każdej raty do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

- co do rat renty należnych za okres od stycznia 2016 roku z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od następnego dnia po dniu wymagalności każdej raty do dnia zapłaty;

2) ustalenia na przyszłość odpowiedzialności pozwanych, na zasadzie in solidum, wobec powoda, za następstwa zabiegów operacyjnych (...) z dnia 3 listopada 2008 r. i usunięcia instrumentarium z dnia 4 listopada 2008 r.; (...) powoda gronkowcem złocistym, gronkowcem naskórkowym, gronkowcami koagulozujemnymi, pałeczką ropy błękitnej, pałeczką odmienia, paciorkowcami kałowymi, bakterią A. B., pałeczką zapalenia płuc, bakterią E. cloacae, pałeczką okrężnicy (E. coli), grzybem Candida albicans;

3) zasądzenia na rzecz powoda od pozwanych, na zasadzie odpowiedzialności in solidum, kosztów procesu, w tym:

- kosztów zastępstwa procesowego za postępowanie przed Sądem I instancji w wysokości sześciokrotnej stawki minimalnej;
- kosztów zastępstwa procesowego za postępowanie apelacyjne w wysokości połowy sześciokrotnej stawki minimalnej;
- kosztów zastępstwa procesowego za postępowania zażaleniowe;
- kosztów opłaty skarbowej w łącznej wysokości 68,00 zł od pełnomocnictw procesowych.

Formułując żądanie ewentualne apelujący domagał się uchylenia zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania oraz zasądzenia kosztów procesu.

Ponadto apelujący wniósł o uzupełnienie postępowania dowodowego, w tym dopuszczenia dowodu z opinii instytutu naukowego lub instytutu naukowo - badawczego na okoliczność ustalenia, czy postępowanie lecznicze prowadzone przez pozwany Szpital wobec powoda, poczynwszy od 27 października 2008 r. było zgodne z zasadami sztuki i wiedzy medycznej, w zakresie kwalifikacji do zabiegów operacyjnych, przeprowadzenia zabiegów operacyjnych, nadzoru pooperacyjnego, leczenia pooperacyjnego, opieki, pielęgnacji i rehabilitacji powoda.

Pozwani wnieśli o oddalenie apelacji oraz zawartych w niej wniosków dowodowych i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny uwzględnił, zawarty w apelacji, wniosek o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii, opinii instytutu naukowo – badawczego. Opinię sporządziła Katedra i Zakład Medycyny Sądowej (...) im. K. M. w P..

Wynika z niej, że (...) jest wrodzoną wadą (...). (...) w budowie (...) mają charakter (...), z ich powodu rosnący (...). (...) postępuje w okresie rośnięcia i prowadzi do bardzo dużych zniekształceń (...), zaburzając funkcjonowanie (...). Dlatego jako standardowe postępowanie wykonuje się operacje (...), mające na celu ustabilizowanie pogarszającego się (...), a gdy jest to technicznie możliwe, nawet jego (...). Postępowanie zaproponowane pacjentowi D. S. przez pozwany szpital biegli ocenili jako w pełni zgodne z bieżącym stanem wiedzy medycznej. Niewykonanie operacji prowadzi do systematycznego nasilania (...). Pogarszać się może funkcjonowanie (...), co pogarsza jakość życia pacjenta, a w końcowym efekcie skraca czas przeżycia. Na gruncie wiedzy medycznej nie da się jednoznacznie określić o ile dłuższy byłby czas przeżycia D. S., gdyby nie wykonano operacji. Nie jest także możliwe określenie o ile pogorszyłaby się jakość życia po nieudanej operacji w stosunku do nieuchronnego pogorszenia jakości życia wynikającej z naturalnego przebiegu choroby. Stan powoda ulegałby systematycznemu pogorszeniu i nie jest możliwe ustalenie kiedy powstałby (...) analogiczny do zaistniałego po zabiegu. Stan powstały w wyniku naturalnego rozwoju choroby stanowiłby realne zagrożenie życia. Nie jest możliwe ustalenie jak długiego życia mógł oczekiwać pacjent.

Przed wydaniem tej opinii, w związku ze śmiercią powoda D. S., Sąd Apelacyjny zawiesił postępowanie i podjął je z udziałem jego następców prawnych – (...) K. G. i M. S..

Powodowie podtrzymali apelację i wnioski w niej zawarte.

Pozwani podtrzymali dotychczasowe stanowiska procesowe.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje.

Na wstępie wskazać należy, że na rozprawie apelacyjnej okazało się że powód M. S. ((...) D. S.) zmarł, co udokumentowane zostało aktem zgonu i w związku z tym, postępowanie w stosunku do

M. S. zostało zawieszono na podstawie art. 174 § 1 pkt 1 k.p.c., a w sprawie wydany został wyrok częściowy, w wyniku rozpoznania apelacji powódki (art. 317 § 1 k.p.c. w związku z art. 391 k.p.c.)

Zawarte w punkcie pierwszym uzasadnianego wyroku uchylenie punktu pierwszego zaskarżonego wyroku w zakresie w jakim oddalone zostało powództwo o rentę w wysokości ponad kwotę zabezpieczenia tego roszczenia od dnia udzielenia tego zabezpieczenia do dnia (...) roku oraz w zakresie roszczenia o ustalenie odpowiedzialności pozwanych na przyszłość i umorzenie postępowania w tej części, wynika z cofnięcia w tym przedmiocie apelacji oraz cofnięcia w tym zakresie pozwu wraz ze zrzeczeniem się roszczenia (art. 386 § 3 k.p.c.).

Apelacja w pozostałej części natomiast nie zasługuje na uwzględnienie.

W pierwszej kolejności należy odnieść się do zawartych w niej zarzutów naruszenia prawa procesowego. Większość tych zarzutów dotyczy sposobu procedowania przez Sąd pierwszej instancji (brak przeprowadzenia konfrontacji powoda i jego (...) ze świadkiem M. P. (1), nierozpoznanie wniosku o przeprowadzenie dowodu z nagrania – płyta CD z 14.07. (...), niezłożenie dokumentacji medycznej w oryginale, nieuwzględnianie wniosków o wydawanie postanowień dotyczących protokołów z rozpraw, niewyłączenie biegłego P., zakwestionowanie dopuszczenia dowodu z jego opinii oraz nierozpoznanie wniosków dowodowych o dopuszczenie dowodów z opinii biegłych lekarzy i biegłego z zakresu budownictwa oraz dokumentów i zeznań świadków).

Zarzuty te, w ocenie Sądu Apelacyjnego, należy uznać za nieuzasadnione. W konsekwencji brak było podstaw do uwzględnienia wniosków dowodowych zgłoszonych przez stronę powodową w postępowaniu apelacyjnym, za wyjątkiem wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii instytutu naukowo badawczego.

Uznać bowiem należy, że Sąd pierwszej instancji zgromadził obszerny materiał dowodowy w tej sprawie, który pozwalał na wszechstronne rozważenie wszystkich okoliczności sprawy bez konieczności uzupełnienia postępowania dowodowego w zaoferowanym przez apelującego zakresie, a wątpliwości związane z rozbieżnymi, w części, wnioskami opinii biegłych wydanych w postępowaniu pierwszoinstancyjnym, zostały rozwiane przez opinię wydaną w postępowaniu przed Sądem Apelacyjnym.

Rozważenia w szerszym zakresie, w ramach oceny zarzutów apelacji naruszenia prawa procesowego, wymaga natomiast zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Przepis ten przewiduje, że sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Wyraża zasadę swobodnej oceny dowodów, ramy której są wyznaczone przez przepisy procedury cywilnej, doświadczenie życiowe, zasady logicznego rozumowania, co razem wzięwszy, pozwala sądowi na wszechstronne, a przy tym racjonalne i bezstronne ocenienie przeprowadzonych dowodów i w oparciu o te kryteria, z jednej strony spojrzenie na zgromadzony materiał dowodowy jako całość, z akcentem na dostrzeżenie ewentualnych niespójności, z drugiej, dokonanie wyboru tych dowodów, które w sposób przekonujący pozwalają na ustalenie stanu faktycznego, będącego podstawą subsumcji. Poczynienie ustaleń faktycznych i ocena zebranego w sprawie materiału dowodowego należy do sądu pierwszej instancji, który przeprowadza postępowanie dowodowe i ocenia materiał dowodowy według przedstawionych reguł. Sąd drugiej instancji może takiej oceny nie podzielić tylko wtedy, gdy doszło do naruszenia przez sąd pierwszej instancji swobodnej oceny dowodów. Oznacza to, że skuteczne zakwestionowanie tej swobody w ocenie dowodów wymaga od skarżącego wykazania, że w następstwie istotnych błędów w logicznym rozumowaniu czy stosowaniu zasad doświadczenia życiowego lub pominięcia dowodów prowadzących w sposób nie budzący wątpliwości do wniosków odmiennych niż wyciągnięte przez sąd pierwszej instancji, ocena

dowodów dokonana przez ten sąd była błędna lub rażąco wadliwa. Podważenie oceny materiału dowodowego dokonanej przez sąd pierwszej instancji wymaga więc od skarżącego wskazania konkretnego dowodu przeprowadzonego w sprawie, którego zarzut ten dotyczy i podania, w czym skarżący upatruje wadliwą jego ocenę. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie strony o innej, odmiennej ocenie dowodów niż ta dokonana przez sąd. Jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd pierwszej instancji wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, a przy tym znajdujące oparcie w innych dowodach, to ocenę taką, jako zgodną z art. 233 § 1 k.p.c., należy zaaprobować.

Sąd Okręgowy przeprowadził, jak już podniesiono, obszerne postępowanie dowodowe i dokonał oceny przeprowadzonych dowodów, czyniąc ustalenia faktyczne które Sąd Apelacyjny uznaje za prawidłowe i własne.

Dotyczy to zarówno ustaleń dotyczących zgody (...) powoda na jego hospitalizację i leczenie, jak i ustaleń związanych z decyzją lekarzy o wykonaniu zabiegu, jego przeprowadzenia i postępowania po operacji w czasie całego pobytu w pozwanym szpitalu, w tym braku podstaw do przyjęcia zawinionego działania ze strony personelu medycznego, również w zakresie zarażenia bakteryjnego powoda i związanych z tym postępowań medycznych.

W tym ostatnim zakresie Sąd pierwszej instancji ustalił, w oparciu o opinię wydaną przez Zakład Medycyny Sądowej z B., że strony nie kwestionowały, iż powód podczas pobytu w pozwanym zespole opieki zdrowotnej uległ zainfekowaniu licznymi (...), co wywołało ujemne skutki dla jego zdrowia. W celu ustalenia źródła (...) Sąd Okręgowy oparł się na opinii zespołu tych biegłych, w skład którego wchodziła biegła z zakresu mikrobiologii A. M.. Na podstawie tej opinii przyjął Sąd, że powód nie udowodnił związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy (...), a czynnościami personelu medycznego lub zarządzającego. Stwierdził Sąd, że strona powodowa, nie wykazała winy lekarzy i innego personelu medycznego w toku wykonywania czynności leczniczych (zaniedbania, błąd lekarski, niezachowanie zasad higieny i warunków sanitarnych), także w jej tzw. organizacyjnej wersji. Nie istnieją zatem dowody, które pozwalałyby przyjąć co najmniej wysokie prawdopodobieństwo, że do (...) szpitalnego doszło z przyczyn obciążających pozwanego szpital.

Gdy chodzi natomiast o dwie pozostałe, zasadnicze, kwestie wynikające z ustaleń Sądu pierwszej instancji (zgoda (...) na operację i brak błędu w sztuce lekarskiej), należy uznać, że ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji, poczynione zgodnie z regułami wynikającymi z art. 233 § 1 k.p.c., na co już zwrócono wyżej uwagę, są prawidłowe.

Wbrew twierdzeniom apelacji w tym zakresie bowiem, (...) D. S. wyrazili świadomie zgodę na operację w dniu 3 listopada 2008 roku oraz reoperację w dniu następnym. Kluczowe są tu, dowody z dokumentów (historia choroby i powoływane przez Sąd pierwszej instancji, zawarte w niej, zgody (...) na hospitalizację i leczenie (...) oraz zgody matki na (...) oraz zeznania świadka M. P. (1), lekarza prowadzącego D. S.). Wynika z nich, że przed operacją, w poradni oraz po przyjęciu powoda do pozwanego szpitala dr M. P. (1), opisał matce pacjenta przebieg przyszłej operacji stwierdzając przy tym, że nastąpi: odsłonięcie kręgosłupa od tyłu, założenie implantów stabilizujących, przy pomocy których dokonuje się korekty (...), po czym wykonana zostanie plastyka kością pobraną z banku tkanek, która ma być dodatkowym, nieusuwalnym wzmocnieniem. Lekarz poinformował także (...) powoda o możliwych powikłaniach, a przede wszystkim o występującym w czasie zabiegu dużym i długotrwałym krwawieniu, możliwości wystąpienia powikłań w postaci (...), (...), co w przypadku powoda miało szczególne znaczenie gdyż przy (...) jest szczególnie słaby. Lekarz wyjaśnił również, że jest to trudny zabieg, obciążony dużym ryzykiem.

W świetle tych dowodów trudno zatem uznać, że nie było zgody przedstawicieli ustawowych D. S. na operację lub by zgoda ta była, jak wynika z twierdzeń apelacji, nieuświadomiona. Podkreślenia wymaga, co także wynika z zeznań świadka M. P. (1), że „prowadził” on D. S. już kilka lat przed operacją. Znał zatem stan zdrowia swojego pacjenta i stopień progresji (...), a także zagrożenia związane z brakiem reakcji na to zwiększające się (...). Jego zatem inicjatywa skonsultowania się z dr. N., (...) kliniki i (...) oddziału ortopedii pozwanego szpitala, wynikała z przeświadczenia o konieczności podjęcia decyzji o zabiegu (...) pacjenta, co ta konsultacja ostatecznie potwierdziła i zabieg został wykonany. Nie była to zatem sytuacja w której pacjent trafia do szpitala i anonimowi dla niego (w tym wypadku jego przedstawicieli ustawowych) lekarze podejmują się operacji. (...) pacjenta, a z całą pewnością

(...), zostali poinformowani o rodzaju i zakresie planowanej operacji i ryzyku z nią związanym oraz możliwych powikłaniach. Te informacje pochodziły od dr P. i były udzielane już na etapie konsultowania pacjenta w poradni. Już wówczas powodowie godzili się na hospitalizację i leczenie (...) i to nie w jakimś enigmatycznym zakresie lecz w celu zahamowania i wyleczenia jego choroby którą była (...). Formalnym wyrazem tej zgody było podpisanie przez (...) pacjenta zgody na hospitalizację i leczenie we wrześniu 2008 roku (wówczas już miała być przeprowadzona operacja (...), a nie doszło do niej, jak wynika z zeznań świadka dr M. P. (1), z powodu (...) pacjenta). W czasie przyjęcia D. S. do pozwanego szpitala 27 października 2008 roku ta zgoda została powtórzona. Ta sekwencja zdarzeń pozwala na uznanie za prawidłową, ocenę Sądu pierwszej instancji materiału dowodowego w zakresie świadomej zgody (...) pacjenta na wykonaną w dniu 3 listopada 2008 operację (...), a także reoperację w dniu następnym, która była już zabiegiem ratującym życie. W tym kontekście nie danie przez ten Sąd wiary zeznaniom powodów (wówczas świadków) twierdzących że zgody nie udzielili, należy uznać za prawidłowe.

W ocenie Sądu Apelacyjnego uznać zatem należy, że następcy prawni D. S., jego przedstawiciele ustawowi, zostali w sposób należyty poinformowani o operacji przeprowadzonej w dniu 3 listopada 2008 roku i konieczności reoperacji w dniu następnym i świadomie godzili się, że pierwszy z tych zabiegów miał poprawić stan zdrowia (...). W związku z tym zarzuty apelacji dotyczące zgody przedstawicieli ustawowych pacjenta D. S. na wykonane w pozwanym szpitalu operacje objęte żądaniem pozwu, zarówno w zakresie naruszenia prawa procesowego, jak i prawa materialnego nie zasługują na uwzględnienie.

Nie są uzasadnione również zarzuty apelacji dotyczące błędu w sztuce lekarskiej. Kluczowe w tym zakresie są opinie biegłych lekarzy wydane w sprawie. Z pisemnej opinii Zakładu Medycyny Sądowej w B. wynika, że nie było wskazań do zabiegu, badania przed zabiegiem były wystarczające ale źle ocenione, wykonanie zabiegu było nieprawidłowe, była zła opieka pooperacyjna bo porażenie kończyn dolnych powinno być stwierdzone zaraz po wybudzeniu pacjenta. Zauważyć należy, że już w ustnych wyjaśnieniach tej opinii lekarze ją sporządzający wycofywali się z niektórych stanowczych stwierdzeń opinii pisemnej. Dr W. N. stwierdził mianowicie, że nie kwestionują samej decyzji o operacji ale on nie podjąłby się jej bez (...). Dalsze stwierdzenie w ramach tych ustnych wyjaśnień przedstawionych na telekonferencji, to wycofanie się z twierdzenia, że porażenie pacjenta nastąpiło po wybudzeniu i wyjaśnienie, że zarzut biegłych w tym zakresie dotyczy tego, że w dokumentacji medycznej nie ma wzmianki o sprawdzeniu stanu neurologicznego pacjenta.

Te sprzeczności zawarte w opinii słusznie dały Sądowi pierwszej instancji podstawę do dopuszczenia dowodu z opinii biegłego lekarza ortopedy traumatologa. Z opinii biegłego dr. M. P. (2) wynika między innymi, że D. S. cierpiał na (...), z których podstawową była (...) powodująca zaburzenia (...) Biegły ten stwierdził, że pacjent nie mógł się prawidłowo rozwijać i należało się spodziewać systematycznego pogorszenia jego stanu zdrowia. W związku z tym były pełne wskazania do zabiegu operacyjnego mającego na celu stabilizację i korekcję (...). Co istotne, biegły stwierdził, że zastosowana metoda leczenia jest standardowa w tego typu schorzeniach, brak operacji mógłby negatywnie wpłynąć na dalszy rozwój pacjenta i nie ma podstaw do twierdzenia, że przebieg operacji był nieprawidłowy. Nie można też stwierdzić, zdaniem tego biegłego, że korekcja (...) była nadmierna, a czynności lecznicze po stwierdzeniu (...) były nieprawidłowe. Nie ma przy tym obowiązku posiadania aparatury do prowadzenia śródoperacyjnego neuromonitoringu. Co istotne biegły wypowiadając się na temat ryzyka związanego z operacją D. S. stwierdził, że są chirurdzy którzy nie podejmują się leczenia chorych z wyższymi wartościami (...), ale ponieważ choroba nieleczona rodzi poważne skutki, ryzyko jest uzasadnione. Nie ma metody tego leczenia bez ryzyka powikłań neurologicznych. Na pytanie czy były to powikłania, czy błąd w sztuce lekarskiej biegły odpowiedział, że skutki po zabiegu to powikłania jakie są ryzykiem leczenia tego schorzenia. Istotne jest również to, że biegły stwierdził, iż przyczyną niepowodzenia operacji było wystąpienie (...) i że przewidzieć takiego powikłania się nie da.

Ta opinia dała Sądowi pierwszej instancji podstawę do stwierdzenia, że nie został popełniony przez lekarzy pozwanego szpitala błąd w sztuce medycznej. W związku jednak z zarzutami apelacji w tym zakresie Sąd Apelacyjny dopuścił dowód z opinii instytutu naukowo-badawczego Zakładu Medycyny Sądowej (...) w P.. Z opinii tej wynika, że (...) jest wrodzoną wadą (...). (...) w budowie kręgosłupa mają charakter (...), z ich powodu rosnący (...). (...) postępuje w

okresie rośnięcia i prowadzi do bardzo dużych zniekształceń (...), zaburzając funkcjonowanie narządów wewnętrznych. Dlatego jako standardowe postępowanie wykonuje się (...), mające na celu ustabilizowanie pogarszającego się (...), a gdy jest to technicznie możliwe, nawet jego korekcji. Postępowanie zaproponowane pacjentowi D. S. przez pozwany szpital biegli ocenili jako w pełni zgodne z bieżącym stanem wiedzy medycznej. Niewykonanie operacji prowadzi do systematycznego nasilania (...), (...), (...), a następnie zaburzenia ich funkcji. Pogarszać się może funkcjonowanie (...) i innych narządów, co pogarsza jakość życia pacjenta, a w końcowym efekcie skraca czas przeżycia. Na gruncie wiedzy medycznej nie da się jednoznacznie określić o ile dłuższy byłby czas przeżycia D. S., gdyby nie wykonano operacji. Nie jest także możliwe określenie o ile pogorszyłaby się jakość życia po nieudanej operacji w stosunku do nieuchronnego pogorszenia jakości życia wynikającej z naturalnego przebiegu choroby. Stan powoda ulegałby systematycznemu pogorszeniu i nie jest możliwe ustalenie kiedy powstałby stopień (...)analogiczny do zaistniałego po zabiegu. Stan powstały w wyniku naturalnego rozwoju choroby stanowiłby realne zagrożenie życia. Nie jest możliwe ustalenie jak długiego życia mógł oczekiwać pacjent.

Te zasadnicze tezy wynikające z wniosków opinii Zakładu Medycyny Sądowej (...) w P. pozwalają na stwierdzenie, że Sąd pierwszej instancji w sposób prawidłowy ocenił, nie tylko wyrażenie zgody przez przedstawicieli ustawowych D. S. na zabieg operacyjny w dniu 3 listopada 2008 roku oraz reoperację w dniu następnym, ale też kwestię związaną z zarzucanym przez stronę powodową wystąpieniem błędu w sztuce medycznej dotyczącego przeprowadzenia tego zabiegu.

Dlatego też, zgodzić się należy z oceną prawną dokonaną przez Sąd pierwszej instancji, że roszczenie powoda (obecnie jego następczyni prawnej) nie zasługiwało na uwzględnienie, z uwagi na brak istnienia obiektywnie nieprawidłowych i zawinionych zachowań po stronie pracowników pozwanego szpitala, pozostających w związku przyczynowym z obecnym stanem zdrowia powoda.

W ramach tej oceny Sąd ten stwierdził, że struktura organizacyjna podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych i zakres ich zadań określa ramy odpowiedzialności za szkody wyrządzone osobom korzystającym z tych świadczeń. Samodzielne publiczne szpitale, prowadzące działalność usługową w zakresie służby zdrowia, ponoszą odpowiedzialność deliktową jak każda osoba prawna na podstawie art. 416, 429 i 430 k.c. Zgodnie z art. 430 k.c., ten kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie podlegającej przy jej wykonywaniu kierownictwu i mającej obowiązek stosować się do jego wskazówek, odpowiada za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby. W judykaturze i piśmiennictwie został ukształtowany model tej odpowiedzialności, w którym pojęcie podporządkowania rozumie się szeroko, uznając za wystarczające stwierdzenie „ogólnego” czy też „ogólno – organizacyjnego” kierownictwa, jak również ogólnego charakteru wiążących wskazówek. Odpowiedzialność za szkody przez podwładnego – zatrudnionego lekarza jest związana z tzw. błędem w sztuce lekarskiej. Natomiast odpowiedzialność powierzającego ukształtowana została na zasadzie ryzyka i jest niezależna od winy własnej. Przy tak przyjętej interpretacji zachowanie przez wykonującego powierzone czynności określonej samodzielności nie wyłącza istnienia podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Zatem nawet w odniesieniu do osób posiadających wysokie kwalifikacje zawodowe i podejmujących decyzje na podstawie specjalistycznej wiedzy, co dotyczy między innymi szkód wyrządzonych przez lekarzy, a więc osoby niewątpliwie zachowujące niezależność w procesie leczenia, diagnozy i terapii, przyjąć należy, że niezależność zawodowa w zakresie sztuki medycznej nie sprzeciwia się stwierdzeniu stosunku podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Niewątpliwie podmiot leczniczy jest zobowiązany oprócz świadczenia usług leczniczych, do zapewnienia pacjentowi „bezpieczeństwa” pobytu, jest to obowiązek starannego działania. Pacjent nie ma żadnego wpływu na funkcjonowanie zakładów leczniczych, stosowane środki lecznicze i podejmowane przez lekarzy decyzje nie może więc tak daleko ponosić ryzyka szkody (por. orzeczenie SN z dnia 28.11.1983r., II CR 358/83, OSPiKA 1984, poz.197). A zatem odpowiedzialność za skutek powinien ponosić szpital. Zakres czynności powierzonych lekarzowi traktuje się bardzo szeroko, jako czynności związane z całym procesem leczenia, wszelkich badań i opieki nad

pacjentem. Istotne jest bowiem tylko, aby jego działanie lub zaniechanie było związane z realizacją celu, dla którego jest zatrudniony w podmiocie leczniczym.

Podkreślenia wymaga, iż odpowiedzialność pozwanego jako samodzielnego publicznego szpitala klinicznego na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 416 k.c. zachodzi tylko wówczas, gdy zostaną spełnione wszystkie przesłanki odpowiedzialności deliktowej w postaci: wyrządzenia szkody przez personel medyczny pozwanego, zawinonego działania lub zaniechania tego personelu, normalnego związku przyczynowego pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem, a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenia szkody przy wykonywaniu powierzonych czynności.

W tej sprawie okolicznością sporną między stronami była kwestia powstania szkody, ustalenia odpowiedzialności podmiotu obowiązującego do jej naprawienia i zasadności wysokości dochodzonych roszczeń.

Zgodnie z art. 415 k.c. zw. art. 416 k.c. w zw. z art. 6 k.c. powód obowiązany był do wykazania szkody, zawinonego działania sprawcy, które doprowadziło do jej powstania oraz istnienia związku przyczynowego. Brak jakiegokolwiek z trzech powyższych elementów powoduje, że odpowiedzialność deliktowa określonego podmiotu nie zachodzi. Wszystkie te elementy muszą zostać udowodnione w toku postępowania i ustalone przez Sąd. I dopiero po przyjęciu, że w danej sprawie zachodzą podstawy odpowiedzialności deliktowej strony pozwanej w dalszej kolejności podlegają rozważeniu przepisy art. 444 k.c. i 445 k.c. Pierwszy z nich, art. 444 k.c. przewiduje, że w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienia szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty (§ 1). Jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty (§ 2). Przepis art. 445 § 1 k.c. stanowi natomiast, iż sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

W nawiązaniu do tych rozważań, zgodzić się należy z Sądem pierwszej instancji, że wysokie wymagania stawiane lekarzowi (personelowi medycznemu) nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Dlatego stwierdzenie błędu lekarskiego wyczerpuje zasadniczo tylko obiektywny element winy (z tym zastrzeżeniem, że są takie kategorie błędu lekarskiego, które będą wystarczające dla stwierdzenia winy także w ujęciu subiektywnym). Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej. Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku "błędu w sztuce". W nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje zjawisko określane mianem ryzyka medycznego. Nawet bowiem 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 (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 12 lipca 2016 r. I ACa 57/16). Nie wymaga się przy tym, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W tego rodzaju procesach jest to najczęściej niemożliwe, ponieważ w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działaniem lub zaniechaniem lekarza było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Za normalne skutki działania i zaniechania uznaje się takie, które zwykle w danych okolicznościach następują. Nie jest przy tym istotne, aby skutek pojawiał się zawsze. Lekarz nie odpowiada za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne, nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki.

Zgodzić się należy także z tym poglądem Sądu pierwszej instancji, że pierwsza podstawa odpowiedzialności to błąd w sztuce lekarskiej, a drugą podstawą odpowiedzialności lekarza, która pojawia się dopiero w tym momencie

kiedy zabieg przeprowadzany jest prawidłowo, stanowi kwestia zgody pacjenta (w tym wypadku jego przedstawicieli ustawowych) na zabieg. Z obowiązkami lekarza dotyczącymi samego procesu leczenia wiąże się integralnie obowiązek udzielenia odpowiedniej informacji. Prawidłowe wypełnienie obowiązku poinformowania jest konieczną przesłanką wyrażenia przez pacjenta (jego przedstawicieli ustawowych) prawnie wiążącej zgody na ustalone leczenie określane mianem zgody "objaśnionej", "poinformowanej" lub "uświadomionej", a bezskuteczność zgody spowodowana nieudzieleniem właściwej informacji przesądza o bezprawności działania lekarza. Obowiązek informacji uregulowany w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty obejmuje normalne, przewidywalne, choćby nawet występujące rzadko, ale niedające się wykluczyć, następstwa zabiegu operacyjnego, zwłaszcza gdy mają one niebezpieczny dla życia lub zdrowia charakter; nie oznacza to, by informacja miała zawierać wszystkie możliwe następstwa zabiegu, nawet nietypowe i nieobjęte normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu, które mogą wystąpić w szczególnych wypadkach powikłań (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 28 września 1999 r., II CKN 511/98, niepublikowany, z dnia 9 listopada 2007 r., V CSK 220/07, niepublikowany i z dnia 3 grudnia 2009 r., II CSK 337/09).

Konsekwencje ryzyka ponoszonego przez lekarza wiążą się z prawidłowo przeprowadzonym zabiegiem oraz z tym czy pacjent (jego przedstawiciele ustawowi) wyrażając zgodę na zabieg, a zatem zdejmując z lekarza odpowiedzialność za skutki zabiegu przeprowadzonego prawidłowo, wobec wystąpienia komplikacji, wskazaną wyżej zgodę wyraził świadomie. Istotne jest zatem, czy pacjent (jego przedstawiciele ustawowi) zostali uprzedzeni o możliwych, niekorzystnych konsekwencjach przeprowadzenia zabiegu, a w związku z tym czy decydując się na zabieg rozważyli możliwość wystąpienia takich następstw.

W tym kontekście zasadniczą kwestią, którą badał Sąd pierwszej instancji, było ustalenie czy zabiegi operacyjne z dnia 3 i 4 listopada 2008 r. zostały przeprowadzone prawidłowo tj. zgodnie z zasadami sztuki medycznej i czy te zabiegi poprzedzone były prawidłowo udzieloną zgodą pacjenta (jego przedstawicieli ustawowych). Ustalenia i wnioski w tym zakresie zostały przedstawione powyżej. W związku z tym oddalenie powództwa, w oparciu o przytoczone w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku przepisy, w tym w szczególności art. 415 k.c., w zw. z art. 430 k.c., art. 416 k.c. i art. 822 k.c. jest uzasadnione.

Z tych względów Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 385 k.p.c. apelację powódki w pozostałym zakresie oddalił. W oparciu o art. 102 k.p.c. powódka nie została obciążona kosztami postępowania apelacyjnego Sąd Apelacyjny uznał bowiem, że w okolicznościach tej sprawy zachodzi wypadek szczególnie uzasadniony dla takiego rozstrzygnięcia.

SSA Anna Bohdziewicz SSA Roman Sugier SSA Tomasz Ślęzak