

Sygn. akt. I ACa 125/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 kwietnia 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Rzeszowie Wydział I Cywilny w składzie:

Przewodniczący	<i>SSA Marek Klimczak (spr.)</i>
Sędziowie:	<i>SA Dariusz Mazurek</i> <i>SA Kazimierz Rusin</i>
Protokolant:	st.sekr.sądowy Justyna Stępień

po rozpoznaniu w dniu 25 kwietnia 2013 r. na rozprawie sprawy

z powództwa **J. B. (1)**

przeciwko (...) **S.A. w W.**

przy udziale interwenienta ubocznego po stronie pozwanej **Zakładu Opieki Zdrowotnej w S.**

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Rzeszowie

z dnia 13 grudnia 2012 r., sygn. akt I C 1534/10

I. **zmienia** zaskarżony wyrok w części uwzględniającej powództwo (pkt I) i orzekającej o kosztach sądowych obciążających pozwanego (pkt III) w ten sposób, że:

1. **zasądza** od pozwanego (...) SA z siedzibą W. na rzecz powódki J. B. (1) kwotę 20.000zł (dwadzieścia tysięcy) z ustawowymi odsetkami od dnia 30 kwietnia 2008r., zaś w pozostałej części powództwo oddala,

2. **nakazuje** ściągnąć od pozwanego (...) SA siedzibą w W. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Rzeszowie kwotę 3.438 zł (trzy tysiące czterysta trzydzieści osiem) tytułem kosztów sądowych należnych od uwzględnionej części powództwa,

II. **oddala** apelację w pozostałej części,

III. **znosi** wzajemnie między stronami oraz pomiędzy powódką i interwenientem ubocznym po stronie pozwanej koszty postępowania apelacyjnego.

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w Rzeszowie wyrokiem z dnia 13 grudnia 2012r. sygn. akt I C 1534/10 zasądził od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powódki J. B. (1) kwotę 40.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 30 kwietnia 2008r., tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (pkt I), oddalił powództwo w pozostałej części (pkt II) oraz orzekł o kosztach procesu, w tym o kosztach sądowych należnych Skarbowi Państwa (pkt III, IV, V i VI).

Wyrok ten, jak wynika to z jego pisemnego uzasadnienia, oparty został na niżej przytoczonych ustaleniach faktycznych i wnioskach prawnych.

W dniu 30 sierpnia 2001 roku powódka J. B. (1) przyjęta została do Oddziału Ginekologiczno – Położniczego Szpitala Rejonowego w S., dla przeprowadzenia planowego zabiegu operacyjnego z powodu nietrzymania moczu z obniżeniem ścian pochwy. Do szpitala przyjmował powódkę będący wówczas młodszym asystentem na Oddziale Ginekologii i Położnictwa tego Szpitala lekarz A. W. (1). Brak jest natomiast na podstawie materiału procesowego sprawy możliwości jednoznacznego ustalenia, który z lekarzy pracujących na Oddziale Ginekologiczno – Położniczym Szpitala Rejonowego w S. – dr A. C. (1) czy dr A. W. (1), rozmawiał z powódką przed wyrażeniem zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego. W trakcie takiej rozmowy powódka poinformowana została, że po wykonaniu zabiegu będzie czuła się ona komfortowo, że w jego trakcie użyty zostanie skalpel, że wykonane zostanie małe cięcie, w wyniku którego zostanie jedynie mała kreska oraz, że w razie braku wykonania zabiegu jej stan związany ze schorzeniem WNM będzie się pogarszał. W trakcie tej rozmowy powódka nie była informowana o alternatywnych metodach leczenia występującego u niej schorzenia, o istocie zastosowanej metody MMK, o możliwych powikłaniach po zabiegu operacyjnym wykonanym zastosowaną metodą jak i ewentualnym zastosowaniem innej metody leczenia, w tym powikłaniach związanych z rodzajem mających zostać użytymi do zabiegu nici chirurgicznych, w warunkach występowania częstszych powikłań pooperacyjnych przy użyciu nici chirurgicznych nierozpuszczalnych. Uspokajające informacje przekazane powódce J. B. (1) przez lekarza w trakcie odbytej rozmowy, skłoniły powódkę do wyrażenia zgody na operację, albowiem występujące u niej schorzenie było w ocenie powódki, jako kobiety - dolegliwym. Posiadanie przez powódkę wiedzy o istniejącym ryzyku powikłań odwiódłoby ją od wyrażenia takiej zgody wobec faktu, iż zjawisko nietrzymania moczu nie było u powódki zbyt duże.

W dniu 31 sierpnia 2001 roku, na Sali operacyjnej nr II, w godz. 9.05 – 10.00 ordynator Oddziału Ginekologicznego i Położnictwa - lekarz A. C. (1), w asyście lekarzy Ż. i Rudnickiej, przy użyciu nici chirurgicznych nierozpuszczalnych, wykonał u powódki zabieg operacyjny metodą MMK (Marshalla, Marchettiego, Krantza). To operator zdecydował o metodzie zabiegu i wykorzystanym przy wykorzystaniu zabiegu i użyciu w jego trakcie nici chirurgicznych nierozpuszczalnych. Przebieg zabiegu był niepowikłany i w dniu 6 września 2001 roku powódka wypisana została do domu w stanie ogólnym dobrym.

W latach 2004, 2005, 2006, 2007 i 2008 J. B. (1) kierowana była do Oddziału Urologicznego Wojewódzkiego Szpitala (...) w K. z rozpoznaniem nawrotowej kamicy pęcherza moczowego. W trakcie kolejnych hospitalizacji wykonywano u powódki zabieg endoskopowy krusząc i ewakuując z pęcherza moczowego złoży wykrystalizowane na nici chirurgicznej pozostawionej w trakcie zabiegu operacyjnego z 2001 roku.

Posiłkując się opinią Uniwersytetu Medycznego w Ł., Sąd Okręgowy ustalił, że schorzenie, dla leczenia którego, powódka przyjęta została w dniu 30 sierpnia 2001 roku o Szpitala Powiatowego w S., określane nietrzymaniem moczu, to niezależne od woli wyciekanie moczu z cewki moczowej, będące następstwem zmian w obwodowym lub ośrodkowym układzie nerwowym, przebytego urazu, operacji powodującej uszkodzenie zwieracza cewki moczowej lub zaburzeń statyki miednicy mniejszej. Nietrzymanie moczu spowodowane nadmierną ruchomością szyi pęcherza i cewki moczowej, bez niedomogi zwieracza cewki moczowej, to anatomiczne wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM). Brak poprawy po leczeniu zachowawczym tego ostatniego schorzenia, współistniejące choroby układowe, zaburzenia neurologiczne, zaburzenia statyki narządów miednicy małej są wskazaniem do rozważenia leczenia operacyjnego. W leczeniu operacyjnym WNM stosuje się wiele metod operacyjnych, w tym operacje otwartego załonowego podwieszenia cewki bliższej i szyi pęcherza moczowego, dwiema najpopularniejszymi operacjami są MMK oraz Burcha, dalej operacje poprzez pochwowe podwieszenie szyi pęcherza, charakteryzujące się stosunkowo niską

skutecznością, operacje pętlowe, które dają najwyższy odsetek powikłań oraz operacje TVT. Żadna z tych operacji nie jest w pełni skuteczna i pozbawiona ryzyka powikłań.

Metoda MMK jest wysoce skuteczna, daje ponad 90% wczesnych wyleczeń oraz około 85% wyleczeń po 5 latach. Powikłaniem po tej operacji może być między innymi erozja cewki lub szyi pęcherza moczowego spowodowana szwami przechodzącymi przez ich ścianę. Do operacji takiej używać można zarówno szwów długochwłanialnych, jak i niewchłanianych. W obu przypadkach, częściej jednak w przypadku szwów niewchłanianych, może dojść do powikłania polegającego na przebiciu się szwów do światła cewki lub pęcherza moczowego, co może prowadzić do nawracających stanów zapalnych i kamicy pęcherza moczowego. W okresie wykonania u powódki zabiegu metodą MMK w dyspozycji Zespołu Opieki Zdrowotnej w S. – Szpitala Powiatowego pozostawały zarówno nici chirurgiczne rozpuszczalne jak i nierozpuszczalne.

Zastosowana u powódki operacja otwartego załonowego podwieszenia szyi pęcherza metodą MMK jest, więc jedną z wielu metod leczenia WNM. Decyzję o wyborze metody operacyjnej podejmuje operator, po przeanalizowaniu danych z badania przedmiotowego, podmiotowego oraz wyników badań dodatkowych. Zastosowanie u powódki J. B. (2) tej metody leczenia nastąpiło zgodnie ze współczesnymi wskazaniami medycznymi. Sam zabieg operacyjny przeprowadzony został z zastosowaniem odpowiedniej techniki operacyjnej, w sposób staranny i ostrożny. W trakcie całego zabiegu użyto u powódki nici chirurgicznych niewchłanianych. W praktyce, w trakcie takiej operacji zazwyczaj na etapie przyszywania tkanek około cewkowych do tkanek spojenia łonowego stosuje się szwy niewchłaniane, natomiast na etapie przyszywania ścian pęcherza moczowego do blaszki mięśnia prostego brzucha stosuje się szwy o długim okresie rozpuszczania, jednakże nie jest błędem w sztuce lekarskiej zastosowanie na obu etapach operacji szwów niewchłanianych. Następce przedostanie się szwów chirurgicznych do światła pęcherza moczowego, w wyniku przebicia się szwów, mogące prowadzić do nawracających stanów zapalnych i powstawania złogów w pęcherzu moczowym, następuje jednak częściej w przypadku użycia szwów niewchłanianych. Jednak i w tym przypadku, jaki miał miejsce na osobie powódki, przedostanie się nici do światła jej pęcherza moczowego z następowym odkładaniem się na nici złogów, traktować należy jako powikłanie, które choć rzadkie, prowadzące do wielokrotnego nawracania kamicy pęcherza moczowego, może wystąpić nawet w przypadku prawidłowego przeprowadzenia operacji i jest wliczone w zwykłe ryzyko zastosowanego u niej leczenia. W chwili obecnej usuwanie nici chirurgicznych ze szwów zespalających różne fragmenty tkanek, założonych w ciele powódki podczas zabiegu metodą MMK, oprócz tych, jakie penetrują do światła pęcherza jest bezzasadne, obarczone ryzykiem zniweczenia efektu operacji WNM oraz uszkodzenia cewki moczowej, pęcherza moczowego lub innych narządów miednicy mniejszej.

Nawrotowa kamica pęcherza moczowego u powódki J. B. (1) pozostaje w związku przyczynowym z zastosowanym u niej zabiegiem operacyjnym metodą MMK, powikłanym przebiciem się szwów chirurgicznych do światła pęcherza moczowego, które stanowiąc centrum krystalizacji sprzyjały rozwojowi kamicy pęcherza moczowego. Gdyby powódka nie została poddana tej operacji, najprawdopodobniej nie doszłoby u niej do rozwoju nawrotowej kamicy pęcherza moczowego, ale z drugiej strony, w razie braku jej zastosowania, objawy istniejącego u niej wysiłkowego nietrzymania moczu mogłyby w miarę upływu czasu ulegać nasileniu.

Następcze hospitalizacje powódki J. B. (1), związane z endoskopowym usuwaniem złogów odkładających się na obecnej w świetle pęcherza moczowego powódki nici, wiązały się u powódki z cierpieniami psychicznymi i fizycznymi, w tym również z cierpieniami bólowymi. W następstwie zaistniałego powikłania powódka doznała uszczerbku na zdrowiu o charakterze długotrwałym, szacowanym wysokością 10 %, zgodnie z pkt. 77 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku w sprawie szczegółowych zasad orzekania o trwałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania, Dz. U. nr 234, poz. 1974 – ze zmianami. Uszczerbek ten nie jest jednak uszczerbkiem trwałym. Z uwagi na fakt, że w trakcie ostatniego zabiegu endoskopowego, wykonanego u powódki w roku 2009, usunięto również fragment nici, na której wykrystalizował się zółg, a podczas zabiegu nie stwierdzono obecności innych fragmentów nici w świetle pęcherza moczowego powódki, możliwe jest ustąpienie nawrotowej kamicy pęcherza moczowego, o ile w przyszłości nie dojdzie do przebicia się kolejnych fragmentów nici.

Obecny natomiast stan zdrowia psychicznego powódki relacjonowany w trakcie jej wyjaśnień i zeznań składanych przed tutejszym Sądem Okręgowym, opisywany objawami obniżonego nastroju, osłabienia, depresji, odczucia bólu i osłabienia w razie braku zażywania leków, „popsucia się życia osobistego”, odczucia „braku bycia stuprocentową kobietą”, płaczu z byle powodu, „zamykania się w domu”, braku radzenia sobie ze sprzątaniami, pójściem na zakupy wywołanymi odczuciem osłabienia nie pozostaje w związku przyczynowym z zastosowanym w Szpitalu Powiatowym w S. leczeniem WNM i zaistniałymi powikłaniami tego leczenia.

W dacie wykonania zabiegu operacyjnego u powódki przez personel Szpitala Rejonowego w S. Szpital ten wchodził w skład Zespołu Opieki Zdrowotnej w S.. Ten ostatni podmiot miał zaś zawartą z pozwanym (...) S.A. w W. umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z dnia 30 marca 2001 roku, stwierdzonej polisą nr (...), ustalającej sumę ubezpieczenia w wysokości 122.000 USD, w tym na jedno zdarzenie w wysokości 45.000 USD i przewidującej udział własny ubezpieczonego ZOZ w S. na poziomie 10 %. Na podstawie tejże umowy pozwany udzielał ZOZ w S. ochrony ubezpieczeniowej działalności o charakterze medycznym za szkody wyrządzone pacjentom przez ten ZOZ.

W odniesieniu do prowadzonych w sprawie dowodów osobowych w postaci zeznań świadków W. i C., w wyniku dokonanej analizy treści tychże zeznań Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, iż z uwagi na przywoływanie w treści zeznania świadka W. fakt niepamięci o faktach istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, zaś w przypadku świadka C. powoływanie się przy relacjonowaniu faktów na własne przekonanie („wydaje mi się, przypuszczam”), czy przy odnoszeniu się świadka do istniejącej w Szpitalu Rejonowym w S. praktyki informowania pacjentów o zabiegu z użyciem stwierdzenia „mniej więcej informowano pacjentkę...”, przesądzają o braku możliwości oceny zeznań tychże świadków jako zeznań stanowczych, relacjonujących rzeczywisty przebieg zaistniałych faktów. Odnosnie zaś zeznań samej powódki zeznania te były pomocne przy ustaleniu stanu faktycznego sprawy o ile nie dotyczyły subiektywnych ocen samej powódki, dotyczących przyczyn zaistniałych po zabiegu powikłań (np. co do faktu pozostawienia długiej nici chirurgicznej w ciele powódki jak i dopuszczenia się przez pracowników interwenienta ubocznego błędu lekarskiego pod inną postacią), jak i wpływu zabiegu na ocenę aktualnego stanu zdrowia powódki, w tym stanu jej zdrowia psychicznego.

O ile zaś chodzi o dowody z opinii sądowo – lekarskich biegłych sądowych – Uniwersytetu Medycznego w Ł. oraz M. T., ostatecznie żadna ze stron nie zakwestionowała ich treści, jak i wskazywanych przez tych biegłych wniosków końcowych.

Przechodząc do oceny przytoczonych wyżej ustaleń faktycznych z punktu widzenia przepisów prawa materialnego Sąd Okręgowy zaznaczył na wstępie, iż odpowiedzialność pozwanego ograniczona jest do odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający lub ubezpieczony (art. 822 § 1 k.c.). Uznanie, więc za zasadne wywiedzionych przez powódkę w ramach niniejszego postępowania roszczeń, uzależniona była w pierwszej kolejności od wykazania przez powódkę podstaw odpowiedzialności Zakładu Opieki Zdrowotnej w S., który to, w ramach odpowiedzialności deliktowej ponosiłby odpowiedzialność za personel medyczny zatrudniony w Szpitalu Rejonowym w S. (art. 430 k.c.).

Ustalenia faktyczne dokonane w niniejszym postępowaniu zezwalają według Sądu Okręgowego na stwierdzenie, iż w trakcie leczenia schorzenia powódki w Szpitalu Rejonowym w S., zatrudniony w nim personel medyczny nie dopuścił się zarzucanego przez powódkę błędu medycznego. Zastosowanie u powódki J. B. (2) wybranej metody leczenia (MMK), wysoce skutecznej i dającej ponad 90% wczesnych wyleczeń oraz około 85% wyleczeń po 5 latach, nastąpiło zgodnie ze współczesnymi wskazaniami medycznymi. Sam zabieg operacyjny przeprowadzony został u powódki z zastosowaniem odpowiedniej techniki operacyjnej, w sposób staranny i ostrożny. Faktem jest, iż w trakcie całego zabiegu użyto u powódki nici chirurgicznych niewchłanianych, jednakże użycie takiego rodzaju nici na obu etapach zabiegu operacyjnego metodą MMK nie jest błędem w sztuce lekarskiej. Następnie zaś przedostanie się szwów chirurgicznych do światła pęcherza moczowego, w wyniku przebicia się szwów, mogące prowadzić do nawracających stanów zapalnych i powstawania złożeń w pęcherzu moczowym, jest powikłaniem, które choć rzadkie i niemożliwe z tego powodu do przewidzenia, ale w konsekwencji prowadzące do wielokrotnego nawracania kamicy pęcherza moczowego, może wystąpić nawet w przypadku prawidłowego przeprowadzenia operacji i jest wliczone w zwykłe

ryzyko zastosowanego u niej leczenia. Stwierdzenie takie przenosi w konsekwencji dalsze rozważania na grunt oceny tych okoliczności, które to obejmują ocenę prawidłowości postępowania personelu Szpitala w świetle przepisów art. 31 ust. 1 i art. 34 ust. 1 i 2 ustawy o zawodzie lekarza i dentysty.

Analiza tej kwestii w oparciu o wyniki postępowania dowodowego uprawnia - zdaniem Sądu Okręgowego - do przyjęcia, że powódka J. B. (1), przed wyrażeniem zgody na dokonanie zabiegu operacyjnego, nie została poinformowana o możliwych alternatywnych sposobach operacyjnego leczenia (w tym najbardziej popularnych metodzie MMK i Burcha), możliwych powikłaniach wiążących się z zastosowaniem danej metody leczenia, uzasadnieniem wyboru metody MMK, dających się przewidzieć po jej zastosowaniu następstw jej stosowania oraz o użyciu na obu etapach stosowanej formy leczenia nici chirurgicznych nierozpuszczalnych, choć jak już poprzednio wywodzono, z zastosowaniem nici chirurgicznych nierozpuszczalnych związane jest większe ryzyko powikłań, jakie to, w konsekwencji zabiegu, w istocie wystąpiły u powódki. Tymczasem, wynikającym z treści powołanych uprzednio przepisów art. 31 ust. 1 i 34 ust. 1 i 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, warunkiem legalności działania lekarza jest zgoda pacjenta odpowiednio poinformowanego, czyli zgoda uświadomiona, poinformowana lub objaśniona. Spoczywający na lekarzu obowiązek wyjaśnienia pacjentowi konsekwencji zabiegu operacyjnego ma na celu zapoznanie pacjenta z jego stanem zdrowia i następstwami zabiegu, aby pacjent podejmował decyzje o wyrażeniu zgody na ten zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego może się po zabiegu spodziewać, z większą dokładnością w szczególności wówczas, gdy tak jak to miało miejsce w wypadku powódki, w chwili wykonania u niej operacji nie zachodziła bezwzględna konieczność jej wykonania w konkretnym momencie czasowym (por. w odniesieniu do omawianej tutaj kwestii np. wyroki SN z dnia 14 czerwca 1983 roku, IV CR 150/83, Lex nr 8545 i z dnia 23 listopada 2007, sygn. akt IV CSK 240/07, Lex nr: 369693 oraz wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 lutego 2010 roku, I ACa 51/10, Lex nr: 653696). Materiał procesowy niniejszej sprawy zezwala natomiast na stwierdzenie, że przytoczane tutaj przepisy zostały naruszone przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu Powiatowym w S.. W sytuacji, gdy nie istniała nagle potrzeba wykonania zabiegu operacyjnego, a powódka mogła mieć wykonany zabieg operacyjny jedną ze znanych medycynie metod, w tym jedną z dwóch metod operacyjnych najbardziej popularnych (MMK i Burcha), uświadomienie powódce przez pracowników Szpitala konieczności przeprowadzenia operacji w danym momencie czasowym, a następnie wszystkich „za i przeciw” dostępnych metod leczenia operacyjnego oraz uzasadnienie wyboru metody leczenia ostatecznie wybranej dla powódki, ze wskazaniem na możliwość wystąpienia powikłań oraz ich rodzaju, było obowiązkiem lekarza. Obowiązek ten nie został spełniony, przez o powódka pozbawiona została możliwości wyboru i współdecydowania o sposobie leczenia, zaś brak informacji o zakresie i stopniu ryzyka wystąpienia powikłań skutkowało wyrażeniem zgody przez powódkę na zabieg operacyjny, która nie miała cech zgody uświadomionej, poinformowanej i objaśnionej. Stwierdzenie natomiast braku legalności działania zatrudnionych w Szpitalu lekarzy, w zakresie obowiązku prawidłowego poinformowania powódki wynikającego z art. 31 ustawy o zawodach lekarza i dentysty, implikuje możliwość rozważenia odpowiedzialności ZOZ w S. na podstawie art. 430, 415, 445 § 1 i art. 444 § 1 k.c., zaś następczo i pozwanego ubezpieczyciela – (...) S.A. w W., z uwagi na przywoływaną już uprzednio treści art. 822 § 1 i 4 k.c.

Jednym z warunków odpowiedzialności deliktowej za szkodę na osobie, oprócz ustalenia faktu zaistnienia zdarzenia wywołującego krzywdę jest ustalenie samego faktu wystąpienia takiej krzywdy oraz związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem i krzywdą. Zdaniem Sądu Okręgowego, przesłanki te zostały w niniejszej sprawie przez powódkę wykazane. Odnosząc się do tejsze kwestii Sąd ten wskazał, iż wyniku powikłań po wykonanym w Szpitalu Rejonowym w S. zabiegu operacyjnym, w warunkach braku uświadomionej zgody powódki J. B. (1) na wykonanie takiego zabiegu, powódka doznała długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 10%, pod postacią nawrotowej kamicy pęcherza moczowego. W wyniku odkładania się złogów na szwach chirurgicznych, które przebiły się do światłą pęcherza moczowego, powódka zmuszona była do podjęcia leczenia specjalistycznego pod postacią leczenia farmakologicznego, jak i pod postacią sześciu zabiegów endoskopowego usunięcia kamieni z pęcherza moczowego, z czym wiązała się konieczność przebywania w szpitalu w sumie przez 31 dni. Wskazana konieczność hospitalizacji i przeprowadzenia kolejnych zabiegów endoskopowych wiązała się zarówno z niedogodnościami fizycznymi jak i cierpieniami psychicznymi u powódki, potęgowanymi jej stanem zdrowia psychicznego, opisywanym w ramach ustaleń faktycznych Sądu, w tym istniejącymi u powódki zaburzeniami depresyjnymi. Jak już też wspomniano w

części uzasadnienia obejmującej ustalenia faktyczne, nawrotowa kamica pęcherza moczowego u powódki pozostaje w związku przyczynowym z przebyłym zabiegiem podwieszenia szyi pęcherza metodą MMK, powikłanego przebiegiem się szwów chirurgicznych do światła pęcherza moczowego, które stanowiąc centrum krystalizacji sprzyjały rozwojowi kamicy pęcherza moczowego. Sam zaś zabieg wykonany został w warunkach braku możliwości współdecydowania powódki o sposobie leczenia powódki w drodze zabiegu operacyjnego metodą MMK, jak i braku uświadomionej, poinformowanej i objaśnionej zgody powódki na jego wykonanie.

Jak argumentował dalej Sąd Okręgowy, stwierdzenie istnienia podstaw odpowiedzialności odszkodowawczej ZOZ w S., a następnie pozwanego w sprawie (...) S.A. w W., zezwała na merytoryczną ocenę zasadności roszczeń powódki formułowanych na podstawie art. 445 § 1 k.c. w odniesieniu do żądania zasądzenia zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz art. 444 § 2 k.c. w odniesieniu do roszczenia o zasądzenie renty miesięcznej.

Odnosząc się do żądania powódki opartego na treści art. 445 § 1 k.c. Sąd Okręgowy uznał, że funkcję kompensacyjną spełni w tym wypadku zadośćuczynienie w kwocie 40.000,00 zł. Świadczenie to winno zostać spełnione przez pozwanego wraz z należnymi ustawowymi odsetkami, liczonymi od dnia 30 kwietnia 2008 roku, to jest od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanemu odpisu pozwu w niniejszej sprawie, co jest zgodne z zasadami wynikającymi z treści art. 455 w zw. z art. 481 § 1 i 2 k.c.

Odnosząc się do roszczenia powódki domagającej się zasądzenia od pozwanego na swoją rzecz bieżącej renty uzupełniającej w kwocie 1.054,00 zł w stosunku miesięcznym (art. 444 § 2 k.c.), Sąd Okręgowy uznał, że żądanie w tym zakresie nie zostało udowodnione. W szczególności niewykazana została konieczność ponoszenia przez nią miesięcznych kosztów leczenia w deklarowanej w żądaniu pozwu wysokości 164,00 zł miesięcznie. W toku niniejszego postępowania powódka nie wykazała również zaistnienia po jej stronie zwiększonych potrzeb związanych z koniecznością sprawowania nad nią opieki ze strony osób trzecich w związku z krzywdą, jakiej doznała wskutek następstw leczenia w Szpitalu Rejonowym w S.. Brak jest też w aktach sprawy jakiegokolwiek dowodu wskazującego na fakt, iż powódka ponosi systematyczne, comiesięczne koszty dojazdu do lekarzy w wysokości 50,00 zł.

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu oparte zostało o przepis art. 100 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku, w części uwzględniającej powództwo i orzekającą o kosztach procesu (pkt I, III, IV, V i VI), wniósł pozwany zarzucając temu wyrokowi:

1. błędne ustalenie, że powódka nie została poinformowana przez pracowników ubezpieczonego szpitala o alternatywnych metodach leczenia występującego u niej schorzenia, o istocie zastosowanej metody MMK i możliwych powikłaniach po zabiegu operacyjnym a tym samym, że zgoda powódki na przeprowadzenie zabiegu, wyrażona na piśmie, nie została podjęta w warunkach zgody uświadomionej,
2. naruszenie przepisu art. 233 § 1 k.p.c., poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów i uznanie sprzecznie z treścią pozostałego materiału dowodowego zebranego w sprawie, że zeznania świadków A. W. (2) i A. C. (1) nie są wiarygodne, natomiast wiarygodne w zakresie wykonywania przez ubezpieczony szpital obowiązków informacyjnych,
3. naruszenie przepisu art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, poprzez jego błędną interpretację i przyjęcie, że obowiązek informacyjny przewidziany w tym przepisie obejmuje informowanie pacjenta o szczegółach technicznych planowanego zabiegu, w tym o rodzaju przewidzianych do zastosowania nici chirurgicznych oraz uświadomienie powódce konieczności przeprowadzenia operacji w danym momencie czasowym i wszystkich „za i przeciw” dostępnych metod leczenia operacyjnego, a także uzasadnienie wyboru metody leczenia ostatecznie wybranej dla powódki,
4. naruszenie art. 361 § 1 k.c., przez jego błędną interpretację i przyjęcie, że pomiędzy brakiem wykonania obowiązku informacyjnego przewidzianego w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry a powikłaniami po przeprowadzeniu zabiegu, zachodzi adekwatny związek przyczynowy,

5. naruszenie przepisu art. 445 § 1 k.c., poprzez jego błędną interpretację i przyjęcie, że kwota 40.000 zł stanowi odpowiednie zadośćuczynienie pieniężne za szkodę na osobie powódki związaną z powikłaniami będącymi następstwem przeprowadzonego zabiegu,

6. naruszenie przepisu art. 805 § 1 w związku z art. 822 § 1 k.c., poprzez nieuwzględnienie przewidzianego w umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej udziału własnego ubezpieczonego w szkodzie w wysokości 10 %.

Mając na uwadze powyższe zarzuty pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości, zasądzenie na swoją rzecz od powódki kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych oraz zasądzenie na swoją rzecz od powódki kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego w tym postępowaniu, według norm prawem przepisanych.

Powódka w odpowiedzi na apelację wniosła o jej oddalenie i zasądzenie od pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego za postępowanie apelacyjne według norm przepisanych.

Powódka nie zgodziła się z tą częścią uzasadnienia zaskarżonego wyroku, według której postępowanie lekarzy wykonujących zabieg w postaci podwieszenia pęcherza moczowego metodą MMK z użyciem nici nierozpuszczalnych – nie było błędem w sztuce. Ani Sąd I instancji, ani powołani w sprawie biegli nie wyjaśnili, bowiem jakie były przyczyny zastosowania na etapie przyszywania ścian pęcherza moczowego do blaszki mięśnia prostego brzucha nici nierozpuszczalnych, które jak wykazano w postępowaniu dowodowym, dają znacznie większe prawdopodobieństwo powikłania w postaci nawracającej kamicy nerkowej. Jeśli zaś idzie o zarzuty podniesione w apelacji pozwanego, wszystkie one - zdaniem powódki - powinny zostać uznane za nieuzasadnione.

Interwenant uboczny po stronie pozwanej Zakład Opieki Zdrowotnej w S. poparł apelację pozwanego, wnosząc o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na swoją rzecz od powódki kosztów zastępstwa procesowego za I i II instancję według norm przepisanych.

Interwenant uboczny opowiedział się za zasadnością podniesionych w apelacji zarzutów za wyjątkiem zarzutu zawartego w pkt 6. Argumentował, że treść polisy ubezpieczeniowej pokazuje wyraźnie, iż udział własny ubezpieczonego wynoszący 10 % przysługującego odszkodowania wchodzi w rachubę w przypadku szkody rzeczowej, zaś szkoda, której dochodzi w niniejszej sprawie powódka jest szkodą osobową.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego zasługuje na częściowe uwzględnienie.

Odnosząc się do poszczególnych zarzutów apelacyjnych zauważyć trzeba na wstępie, iż w apelacji pozwanego podniesione zostały zarzuty naruszenia, zarówno prawa materialnego (pkt 3, 4, 5 i 6), jak i prawa procesowego (pkt 1 i 2).

Zaznaczenia w związku z powyższym wymaga, że jeżeli warunkiem prawidłowego doboru i zastosowania prawa materialnego jest uprzednie niewadliwe ustalenie stanu faktycznego, rozważenie zarzutów materialnoprawnych poprzedzone być musi analizą zarzutów skierowanych przeciwko podstawie faktycznej zaskarżonego rozstrzygnięcia, tj. tych o charakterze procesowym. Zawsze, bowiem zanim dojdzie do odtworzenia i stanowczego zaakceptowania faktów stanowiących podłoże danej sprawy, dokonywanie subsumcji i rozwiązywanie problemów materialnoprawnych jest przedwczesne albo w ogóle niemożliwe (por. np. orzeczenie SN z 4 października 2002r. III CZP 62/02, OSNC 2004/1/7).

Uwzględniając zarysowaną wyżej chronologię odnieść się należy w pierwszej kolejności do zarzutów zawartych pkt 1 i 2 apelacji. Potwierdzenie ich zasadności wymagało od skarżącego – poza powołaniem się na naruszenie przez Sąd I instancji konkretnych przepisów postępowania – wykazania, że naruszenia te były o takim rozmiarze, iż wpłynęły na treść wyroku. W ocenie Sądu Apelacyjnego skarżący nie sprostął temu zadaniu

Zgodnie z przepisem art. 233 § 1 k.p.c. sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Wyrażona w tym przepisie zasada swobodnej oceny dowodów oznacza, że jeżeli sąd ocenił materiał dowodowy wszechstronnie (tzn. odniósł się do wszystkich dowodów mających w sprawie istotne znaczenie), wskazał na podstawie których dowodów dokonał ustaleń a którym, w całości bądź w części, odmówił wiarygodności i mocy oraz wyprowadzając wnioski natury faktycznej, nie naruszył reguł logicznego myślenia i doświadczenia życiowego – dokonana w konkretnej sprawie ocena dowodów pozostaje pod ochroną prawa procesowego. Podważenie tak dokonanej oceny dowodów oznaczałoby pozbawienie sądu orzekającego w pierwszej instancji (a to on w przeważającej mierze gromadzi i przeprowadza dowody) jego podstawowej prerogatywy, jaką jest ocena wiarygodności i mocy dowodów „według własnego przekonania”.

Z treści uzasadnienia zaskarżonego wyroku wynika, że sąd I instancji uczynił zadość przedstawionym wyżej wymogom. Szczegółowym rozważaniom w tym zakresie poświęcone zostały strony od 13 do 15 oraz od 17 do 19 tego uzasadnienia. To, że określony dowód (dowody) został oceniony niezgodnie z intencją skarżącego nie oznacza naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. Nie jest też wystarczające przekonanie strony o innej niż to przyjął sąd wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu. Nie mogło też odnieść oczekiwanego przez skarżącego skutku przeciwstawienie wersji zdarzeń przyjętej przez Sąd Okręgowy własnej interpretacji dowodu z historii choroby powódki zawierającej adnotację „zgadzam się na przyjęcie i zaproponowane leczenie” oraz dowodu z zeznań świadków A. W. (2) i A. C. (2). Oceniając te dowody Okręgowy nie naruszył reguł logicznego rozumowania ani też doświadczenia życiowego. Faktem jest, bowiem iż dowody te nie dawały podstaw do stanowczego i miarodajnego ustalenia, że powódka została poinformowana przed zabiegiem operacyjnym o możliwych alternatywnych metodach leczenia, zazwyczaj występujących przy zastosowaniu wybranej metody powikłaniach, w tym o wyższym ryzyku powikłań wynikającym z zastosowania nici chirurgicznych nierozpuszczalnych (długowchłaniających). To zaś, że powódce należała się tego rodzaju informacja (o takim właśnie zakresie) wynikało nie tylko z obowiązujących w tej mierze przepisów prawa, ale także z opinii Uniwersytetu Medycznego w Ł. (por. s. 18 wymienionej opinii), gdzie mowa jest o tym, że biegli nie są w stanie w oparciu o zebrany w sprawie materiał dowodowy rozstrzygnąć, czy tak właśnie rozumiany na gruncie rozpoznawanej sprawy obowiązek informacyjny został wypełniony przez lekarzy ze Szpitala Rejonowego w S.. Zauważyć w tym miejscu wypada, że trudności dowodowe związane z odtworzeniem treści udzielonej powódce informacji mogłyby zostać wyeliminowane w razie szerszego jej odnotowania w historii choroby powódki – czego zabrakło w niniejszej sprawie.

Oczywiście Sąd ten trafnie i zgodnie z wymienioną opinią ustala, iż personel medyczny Szpitala Rejonowego w S. w trakcie leczenia szpitalnego powódki nie dopuścił się zarzucanego przez powódkę błędu lekarskiego. Sam zabieg operacyjny przeprowadzony został u powódki z zastosowaniem odpowiedniej techniki operacyjnej, w sposób staranny i ostrożny. Faktem jest także, iż trakcie całego zabiegu użyto u powódki nici chirurgicznych niewchłaniających, jednakże użycie tego rodzaju nici na obu etapach zabiegu dokonywanego metodą MMK nie jest błędem w sztuce lekarskiej. Następnie zaś, przedostanie się szwów chirurgicznych do światła pęcherza moczowego, w wyniku przebiccia się szwów, mogące prowadzić do nawracających stanów zapalnych i powstawania złożeń w pęcherzu moczowym, jest powikłaniem, które choć rzadkie i niemożliwe z tego powodu do przewidzenia, ale w konsekwencji prowadzące do wielokrotnego nawracania kamicy pęcherza moczowego, może wystąpić nawet w przypadku prawidłowego przeprowadzenia operacji i jest wliczone w zwykłe ryzyko zastosowanego u niej leczenia. Powtórzyć wypada, że przytoczone wyżej ustalenia wynikają wprost z niezakwestionowanej przez stronę w toku postępowania przed Sądem I instancji opinii Uniwersytetu Medycznego w Ł., a skoro wchodziły one w zakres wiedzy specjalnej biegłych nie mogły one, nie być przez ten Sąd podzielone.

W rezultacie, fakt zachowania wymaganej w tym wypadku staranności i prawidłowego (zgodnego z zasadami wiedzy medycznej) przeprowadzenia zabiegu operacyjnego nie może być już podważany (co zdaje się czynić powódka w odpowiedzi na apelację pozwanego) i tym samym nie pozwala na przypisanie winy członkom personelu medycznego za pogorszenie stanu jej zdrowia w związku z powstaniem powikłania pooperacyjnego.

Bazując na niepodważonych skutecznie przez skarżącego ustaleniach stanowiących podstawę faktyczną zaskarżonego wyroku i przechodząc do rozważań związanych z zarzutami naruszenia prawa materialnego, należy przyznać skarżącemu rację w tym miejscu, w którym zarzuca on naruszenie art. 361 § 1 k.c. przez przyjęcie, że pomiędzy brakiem wykonania obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a powikłaniami powstałymi po przeprowadzeniu zabiegu, zachodzi adekwatny związek przyczynowy. Zważyć, bowiem trzeba w pierwszej kolejności, iż w świetle ustaleń faktycznych, na jakich oparty został zaskarżony wyrok, gdyby powódka nie została poddana przedmiotowej operacji najprawdopodobniej nie doszłoby u niej do rozwoju nawrotowej kamicy pęcherza moczowego, ale z drugiej strony, w razie braku jej przeprowadzenia, objawy istniejącego u niej wysiłkowego nietrzymania moczu mogłoby w miarę upływu czasu ulec nasileniu. Trudno więc, z wystarczającą pewnością stwierdzić, czy niepoddanie się powódki przedmiotowej operacji odbyło by się z korzyścią dla pojmowanego szerzej stanu jej zdrowia. Po wtóre brak jest wystarczająco miarodajnych danych dla przyjęcia, że gdyby powódce udzielono wymaganej w jej przypadku informacji, podjęłaby by ona decyzję o niepoddawaniu się zabiegowi operacyjnemu. Jej aktualne zapatrywanie w tej materii nie mogło być uznane za wystarczające, gdyż sprowadzałoby się do antycypacji skutków zabiegu w oparciu o obecnie posiadaną wiedzę. Reasumując, teza Sądu I instancji o istnieniu w rozpoznawanej sprawie związku przyczynowego w takim ujęciu, jak przewiduje to przepis art. 361 § 1 k.c., nie mogła być podzielona.

Zaakceptowana powyżej podstawa faktyczna zaskarżonego wyroku czyniła jednak roszczenie powódki, przynajmniej w części, usprawiedliwionym.

Otóż, zgodnie z przepisem art. 19 a ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991r. Nr 91, poz. 408 ze zm.), w brzmieniu obowiązującym w dacie przeprowadzenia zabiegu operacyjnego u powódki - w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta, o których mowa w art. 18 ust. 2 i ust. 3 pkt 1 oraz w art. 19 ust. 1 pkt 1-4 i ust. 3 cyt. ustawy, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Z kolei, przepis art. 19 ust. 1 pkt 3 wymienionej ustawy stanowił, iż pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji.

Przepisy art. 34 ust. 1 i 2 w związku z art. 31 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i dentysty (Dz. U. z 2002r. Nr 21, poz. 204 ze zm.) także w brzmieniu wówczas obowiązującym precyzowały nadto, że w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko, zgoda pacjenta powinna mieć charakter pisemny i być wyrażona po udzieleniu pacjentowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania oraz zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Zaznaczenia nadto wymaga, iż roszczenie o zadośćuczynienie z art. 19 a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w związku z art. 448 k.c., ma odrębny charakter w stosunku do roszczenia przewidzianego w art. 445 § 1 k.c., określając zasady odpowiedzialności sprawcy za odrębne czyny bezprawne (por. wyrok SN z 29 maja 2007r. V CSK 76/07, OSNC 2008/7-8/91). Wspomniany art. 19 a chroni, bowiem godność, prywatność i autonomię praw pacjenta niezależnie od staranności i skuteczności zabiegu leczniczego (por. uzasadnienie cyt. wyżej wyroku SN). Przesłanką roszczenia jest w tym wypadku naruszenie praw pacjenta przez nieudzielenie mu odpowiedniej, w danym wypadku, informacji.

W świetle ustalonych w sprawie faktów nie powinno budzić wątpliwości, że ZOZ w S. nie wypełnił swoich obowiązków wobec powódki w zakresie udzielenia jej odpowiedniej informacji tak, aby wyrażona przez nią zgoda na zabieg operacyjny była decyzją w pełni świadomą. Zaniechanie takie stanowiło o naruszeniu jej praw jako pacjenta do informacji oraz o aktualizacji roszczenia z art. 19 a ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w związku z art. 448 k.c.

W odpowiedzi powódki na apelację pozwanego zasadnie zauważono, iż informacja poprzedzająca wyrażenie woli pacjenta w odniesieniu do przeprowadzenia określonych działań lekarskich, zwłaszcza zaś mająca prowadzić do wyrażenia zgody na takie działania, powinna być:

- przystępna, tj. dostosowana do indywidualnych intelektualnych możliwości percepcyjnych pacjenta,
- wszechstronna, tj. obejmująca wszelkie aspekty sprawy w sposób kompleksowy, w tym diagnozę, rokowania w przypadku gdyby pacjent poddał się leczeniu, warianty terapii i ryzyko łączące się z każdym z nich,
- rzetelna, tj. zobiektywizowana, bez eksponowania określonych wariantów leczenia ponad inne, zwłaszcza gdyby takie eksponowanie (faworyzowanie) określonej procedury medycznej miało nastąpić z przyczyn pozamedycznych (możliwość konkretnego lekarza czy ZOZ, opłacalność finansowa metody leczenia itp.),
- adekwatnie szczegółowa, tj. obejmująca wszystkie informacje, których udzielenie może być przyczyną rezygnacji pacjenta z metody leczenia i nie może ograniczać się do poproszenia pacjenta o podpisanie oświadczenia typu „zgadzam się na zaproponowane leczenie” (por. Marian Filar, *Lekarskie prawo karne*, Zakamycze, wyd. I, str. 262 i nast.).

W świetle poczynionych w sprawie ustaleń faktycznych brak jest podstaw do przyjęcia, że powódce przed przeprowadzeniem zabiegu operacyjnego udzielono informacji spełniającej przedstawione wyżej wymogi.

W kontekście ustaleń, dotyczących braku poinformowania powódki o możliwym powikłaniu w przypadku wyboru metody MMK w postaci możliwości przedostania się szwów chirurgicznych do światła pęcherza moczowego, mogącego prowadzić do nawracających stanów zapalnych i powstawania złożeń w pęcherzu moczowym a zwłaszcza o wyższym ryzyku takiego powikłania w przypadku użycia szwów niewchłanialnych, przypomnieć wypada wyrok SN z dnia 3 grudnia 2009r. II CSK 337/09 zgodnie, z którym obowiązek informacji uregulowany w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry obejmuje przewidywalne, choćby nawet występujące rzadko, następstwa zabiegu operacyjnego, które mają szczególnie niebezpieczny charakter dla zdrowia lub zagrażają życiu.

Określając wysokość należnego powódce zadośćuczynienia Sąd Apelacyjny miał na uwadze zakres wspomnianego zaniechania i jego znaczenie w kontekście rodzaju i rozmiarów następstw zabiegu operacyjnego, których powódka się nie spodziewała i o których mowa w ustaleniach faktycznych, stanowiących podstawę zaskarżonego wyroku.

Z drugiej strony jednak, należało mieć na uwadze, że motywacja sprawcy czynu niedozwolonego, w ogólnym rozrachunku nie może być oceniona negatywnie. W sumie chodziło przecież o udzielenie powódce pomocy medycznej w związku z konkretnym schorzeniem, na które cierpiała i pomoc ta - jak się okazało - udzielona została według najlepszej wiedzy medycznej i z należytą starannością.

Dlatego Sąd Apelacyjny uznał, że odpowiednią w tym wypadku sumą z tytułu zadośćuczynienia będzie kwota 20.000 zł (art. 448 k.c.). Odsetki od tej kwoty należały się powódce według ogólnej reguły z art. 455 k.c. w związku z art. 481 § 1 i 2 k.c. – tj. od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanemu odpisu pozwu pozwanemu odpisu pozwu w niniejszej sprawie, tak jak to przyjął w zaskarżonym wyroku Sąd I instancji.

Stosując w/w przepisy prawa w postępowaniu apelacyjnym Sąd II instancji miał na uwadze, iż uchybienie Sądu I instancji polegające na ich niezastosowaniu mogło być naprawione w postępowaniu apelacyjnym, a to z uwagi na to, że Sąd Apelacyjny oprócz swojej funkcji kontrolnej pełni również rolę sądu merytorycznego, w związku z czym, jest obowiązany dokonać właściwej kwalifikacji prawnej dochodzonego roszczenia, niezależnie od tego, czy odpowiedni zarzut naruszenia prawa materialnego został postawiony w apelacji (por. uchwałę siedmiu sędziów SN z dnia 31 stycznia 2008r. III CZP 49/07, OSNC 2008/6/55).

Odpowiedzialność ubezpieczeniową (...) SA w W. uzasadniają postanowienia zawartej z tym pozwanym polisy ubezpieczeniowej oraz przepisy prawa powołane już w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku.

Zaznaczyć tylko należy, iż nie ma racji skarżący podnosząc zarzut naruszenia przepisu art. 805 § 1 w związku z art. 822 § 1 k.c. poprzez nieuwzględnienie przewidzianego w umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej udziału własnego ubezpieczonego w szkodzie w wysokości 10 %. Trafnie, bowiem zauważył interwenient uboczny

w odpowiedzi na apelację, iż w świetle umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej łączącej interwenienta z pozwanym (...) S.A. wspomniany udział własny ubezpieczonego wynoszący 10 % dotyczy szkody rzeczowej, gdy tymczasem szkoda, której dochodzi w niniejszej sprawie powódka jest szkodą osobową (por. pkt 2 aneksu nr (...) do umowy ubezpieczenia z dnia 30.03.2001r.).

W świetle przedstawionych wyżej okoliczności powstały warunki do wydania wyroku reformatoryjnego i częściowej zmiany zaskarżonego wyroku w kierunku postulowanym przez skarżącą (art. 386 § 1 k.p.c.). W pozostałym zakresie apelacja, z podanych już wyżej przyczyn, podlegała oddaleniu jako bezzasadna (art. 385 k.p.c.). Zmiana zaskarżonego wyroku w przedstawionym wyżej zakresie wiązała się z koniecznością dokonania korekty orzeczenia o kosztach sądowych należnych Skarbowi Państwa. Podstawę prawną rozstrzygnięcia w tej materii stanowił przepis art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

Rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego oparte zostało na przepisach art. 100 zdanie pierwsze k.p.c. w związku z art. 108 § 1 k.p.c.