Sygn. akt I ACa 221/15

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 czerwca 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Maria Iwankiewicz
Sędziowie:	SA Eugeniusz Skotarczak SA Tomasz Żelazowski
Protokolant:	sekr. sądowy Justyna Kotlicka

po rozpoznaniu w dniu 25 czerwca 2015 r. na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa A. Z.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W. oraz (...) Szpitalowi (...)w G. spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w G.

o zapłatę

na skutek apelacji powódki od wyroku Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 15 grudnia 2014 r., sygn. akt I C 1145/12

I. ***zmienia pkt. 2 zaskarżonego wyroku w ten sposób, że nie obciąża powódki kosztami zastępstwa procesowego pozwanych;***

II. ***oddala apelację w pozostałym zakresie;***

III. ***zasądza od powódki na rzecz każdego z pozwanych kwoty po 2.700 zł (dwa tysiące siedemset złotych) tytułem kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.***

SSA E. Skotarczak SSA M. Iwankiewicz SSA T. Żelazowski

Sygn. akt I ACa 221/15

UZASADNIENIE

Powódka A. Z. wniosła o zasądzenie solidarnie od (...) S.A. w W. i Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) w G. kwoty 100 000 zł z ustawowymi odsetkami od 1 września 2011 r. do dnia zapłaty; ustalenie odpowiedzialności pozwanego szpitala na przyszłość; zasądzenie solidarnie od pozwanych kosztów procesu. W uzasadnieniu pozwu wskazała, że 8 marca 2011 r. przyjęta została na oddział neurochirurgii w szpitalu w G. z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa lędźwiowego. Zgłosiła lekarzom, że choruje na Zespół Ehlersa – Danlosa. Operacja miała miejsce 14 marca 2011 r., w wyniku której nie mogła poruszać stopami. Niedowład w stopach lekko ustąpił, ale powódka nadal miała problemy z

poruszaniem się. Wystąpiły u niej nadciśnienie i zawroty głowy. Silny ból i problemy z poruszaniem utrzymywały się do maja 2011 r., kiedy to rezonans kręgosłupa wykazał, że dysk nadal uciska obustronnie na nerwy i bliznę pooperacyjną. Za wadliwie wykonany zabieg i jego skutki w życiu powódki w jej ocenie zasadne jest domaganie się zadośćuczynienia w kwocie 100 000 zł.

Pozwane (...) S.A. w W. w odpowiedzi na pozew wniosło o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych. W uzasadnieniu wskazało, że leczenie w szpitalu było prawidłowe. Zgłaszane dolegliwości mogą być związane z chorobą organiczną rdzenia i chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa w odcinku szyjnym i lędźwiowym.

Pozwany (...)Szpital (...) w G. sp. z o.o. w G. (po przejęciu pierwotnie występującego w procesie szpitala) w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu wg norm przepisanych. W uzasadnieniu wskazał, że operację w dniu 14 marca 2011 r. przeprowadzono prawidłowo, zgodnie ze sztuką lekarską. Również zabieg operacyjny w dniu 24 marca 2011 r. wykonano prawidłowo. Opisane przez powódkę dolegliwości mogą być związane z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa w odcinku szyjnym i lędźwiowym

W wyroku z dnia 15 grudnia 2014 r. Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim oddalił powództwo oraz zasądził od powódki na rzecz pozwanych koszty zastępstwa procesowego w kwocie po 3.617, złotych wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa dla każdego.

Sąd I instancji ustalił, że A. B. w dniu 17 sierpnia 2012 r. wyszła za mąż za R. Z. i przyjęła jego nazwisko. Powódka problemy z kręgosłupem miała od dzieciństwa. Powódka z powodu nadmiernej potliwości stóp i rąk pięciokrotnie przechodziła zabieg sympatektomii. Oprócz tego powódka miała operowane haluksy i przepuklinę. W dniu 4 października 2004 r. w Poradni (...) w P. rozpoznano zespół rodzinnej wiotkości wielostawowej (zespół Ehlersa – Danlosa typ III). Badanie MR kręgosłupa L-S z 15 grudnia 2009 r. wykazało: spłyconą fizjologiczną lordozę lędźwiową kręgosłupa. Obniżona jest wysokość i intensywność sygnału w obrazach T2 zależnych krążków międzykręgowych na poziomach VL4-VL5 i VL5-VS1 na skutek zmian degeneracyjnych. Duże zmiany zwyrodnieniowe w płytkach granicznych trzonów VL4/VL5. Na poziomie VL4-VL5 krążek międzykręgowy tworzy centralną płaską przepuklinę, która uciska worek oponowy i oba korzenie nerwowe. Na poziomie VL5-VS1 znajduje się centralna przepuklina krążka z uciskiem worka oponowego. W poradni neurochirurgicznej w okresie 2009 – 2011 rozpoznano u powódki dyskopatię szyjną i lędźwiową. W sierpniu 2009 r. powódka miała wypadek samochodowy, w wyniku którego ucierpiał kręgosłup w odcinku szyjnym. W czasie leczenia w okresie 31 maja do 11 czerwca 2010 r. na Oddziale Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala (...) w G. rozpoznano dyskopatie szyjną C6/C7, rwę barkową lewostronną. W dniu 8 czerwca 2010 r. wykonano zabieg chirurgiczny i usunięto całkowicie zwyrodniały dysk, poszerzono przestrzeń, usunięto osteofity, boczną lewostronną przepuklinę dyskową. Ustabilizowano przestrzeń Cage Solis 6 x 12 wypełniony Tribone 80. Rozpoznano u powódki dyskopatie szyjną C6/C7, rwę barkową lewostronną. W dniu 14 stycznia 2011 r. przeprowadzono badanie MR kręgosłupa L-S i ustalono spłyconą fizjologicznie lordozę lędźwiową kręgosłupa; obniżoną wysokość i intensywność sygnałów w obrazach T2 zależnych krążków międzykręgowych na poziomach VL4-VL5 i VL5-VS1 na skutek zmian degeneracyjnych; duże zmiany zwyrodnieniowe w płytkach granicznych trzonów na tych poziomach, szczególnie na poziomie VL4-VL5; wtórne zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze w postaci osteofitów na tylnych krawędziach trzonów, które modelują worek oponowy, szczególnie na poziomie VL4-VL5 zaburzają geometrię otworów międzykręgowych; centralne przepukliny uciskają worek oponowy i obustronnie korzenie nerwowe, na poziomie VL3-VL4 płaską bardziej lewostronną wypuklinę krążka międzykręgowego; łukowate wygięcie kręgosłupa w lewo. W dniu 18 października 2011 r. zaliczono powódkę do znacznego stopnia niepełnosprawności do dnia 18 października 2014 r.

Sąd Okręgowy ustalił w dalszej kolejności, że w okresie od 8 do 28 marca 2011 r. powódka przebywała na Oddziale Neurochirurgii i Neurotraumatologii Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) w G., gdzie rozpoznano u niej niedowład kończyn dolnych z objawami piramidowymi w przebiegu dyskopatii C5/C6, zespół bólowo-korzeniowy lewostronny w przebiegu przepukliny krążka międzykręgowego L4/L5, przebytą operację dyskopatii szyjnej C6/C7 w 2010 r. oraz stan po obustronnej sympatektomii. Przy przyjęciu do szpitala powódka podała, że ma drętwienie i mrowienie kończyn dolnych, ból kręgosłupa utrudniający schylanie się, osłabienie siły mięśniowej kończyn dolnych a

od 3 dni mocno nasilone bóle głowy, zaś od wypadku w listopadzie utrudnione schylanie głowy, okresowo kołatanie serca. Przeprowadzono badanie przedmiotowe przy przyjęciu i zauważono że odbiega od normy: brzuch – blizny po sympatektomii; skręty głowy – bolesność przy skrętach głowy w boki i ku górze; ruchomość kręgosłupa – ograniczona w ruchach ku górze, bolesność w okolicy szyjnej i lędźwiowo – krzyżowej; kończyny dolne – ruchy czynne (ból przy podnoszeniu kończyn), siła mięśniowa (znaczne osłabienie siły mięśniowej w obu kończynach); próba Romberga – L(+), P(-). W informacji dla powódki i formularzu zgody na przeprowadzenie leczenia z dnia 13 marca 2011 r. zapisano, że mogą wystąpić powikłania w postaci: zakażenia rany pooperacyjnej, płynotok, krwawienie wymagające przetoczenia krwi, pogorszenie stanu neurologicznego.

W dniu 14 marca 2011 r. przeprowadzono zabieg operacyjny, w czasie którego wycięto znacznie pogrubiałe i pofałdowane więzadło żółte; wykonano fenestrację na poziomie L4/L5 do góry i dołu do boku poszerzając dojście do kanału; odreparowano worek wraz z korzeniem do środka, zrewidowano przednią ścianę kanału kręgowego uwidaczniając boczną przepuklinę dysku; korzeń zsunięto do środka, docięto więzadło podłużne tylne i wydobyto z przestrzeni międzykręgowej elementy dysku, zrewidowano zachyłek. Rozpoznano: przepuklinę jądra miażdżystego krążka międzykręgowego L4/L5 lewostronną. Po badaniu w dniu 15 marca 2011 r. zaobserwowano, że neurologiczne powódka jest bez bólów. W dniu 16 marca 2011 r. powódka zaczęła uskarżać się na drętwienie kończyn dolnych. W dniu 19 marca 2011 r. zauważono poprawę w zakresie siły mięśniowej kończyn dolnych i zakresu ruchomości stóp. W dniu 23 marca 2011 r. zauważono niedowład kończyn dolnych. W dniu 22 marca 2011 r. wykonano badanie MR, które wykazało: spłyconą fizjologicznie kyfozę piersiową; zachowaną szerokość kanału kręgowego na wszystkich poziomach; w obrazie T2 zależnym na wysokości trzonu VTH1 i VTH2 średniordzeniowo zaobserwowano niewielkie obszary o podwyższonym sygnale (zmiany demielinizacyjne lub drobne jamki syringomielinizacyjne); na pozostałych poziomach sygnał z rdzenia kręgowego jest jednorodny. W informacji dla powódki i formularzu zgody na przeprowadzenie leczenia z dnia 24 marca 2011 r. zapisano, że mogą wystąpić powikłania w postaci: powikłań zapalnych, powikłań zatorowych, brak poprawy neurologicznej w zakresie niedowładu kończyn dolnych lub pogorszenie neurologiczne, dyskopatie. W dniu 24 marca 2011 r. przeprowadzono zabieg operacyjny, w czasie którego nacięto więzadło podłużne przednie na poziomie C5/C6, usunięto dysk, poszerzono przestrzeń; usunięto dokanałową lewostronną przepuklinę dysku; częściowo usunięto więzadło podłużne tylne; ustabilizowano przestrzeń protezą dynamiczną ALMAS 4, którą umocowano śrubami do trzonu C5. Rozpoznano: dyskopatię szyjną C5/C6, niedowład kończyn dolnych, stan po operacji dyskopatii C6/C7 i L4/L5 lewostronnej. Już tego samego dnia wycofał się niedowład kończyn dolnych, zwłaszcza po lewej stronie. W dniu 25 marca 2011 r. zauważono poprawę w zakresie siły mięśniowej. Do końca pobytu w szpitalu stan powódki oceniano jako dobry. W dniu 28 marca 2011 r. wykonano RTG kręgosłupa, z którego wynika: spłycenie prawie zniesione fizjologicznej lordozy lędźwiowej; zmiany zwyrodnieniowo – wytwórcze pod postacią osteofitów widoczne w obrębie dolnego odcinka kręgosłupa lędźwiowego; objawy zaawansowanej dyskopatii zwyrodnieniowej na poziomach VL4/VL5 i VL5/VS1; dyskretne łukowate wygięcie kręgosłupa lędźwiowego w lewo z niewielką rotacją osiową w lewo. Po operacji powódka często wspomagała się w chodzeniu kulami i przyjmowała środki przeciwbólowe.

Sąd ustalił, że przeprowadzone u powódki zabiegi operacyjne w dniach 14 i 24 marca 2011 r. zostały wykonane prawidłowo, zgodnie ze sztuką lekarską. Zastosowane leczenie w dniu 14 marca 2011 r. było adekwatne do stwierdzonych nieprawidłowości – w miejscu operowanym rozpoznano lewostronną przepuklinę krążka międzykręgowego L4/L5. Zabieg operacyjny wykonany w dniu 24 marca 2011 r. był wykonany z powodu stwierdzonego u powódki niedowładu kończyn dolnych w przebiegu dyskopatii szyjnej na poziomie C5/C6 a nie z powodu wadliwie wykonanego zabiegu w dniu 14 marca 2011 r. U powódki niedowład kończyn dolnych nie jest objawem źle przeprowadzonego zabiegu w dniu 14 marca 2011 r. Niedowład kończyn dolnych należy do grupy możliwych powikłań prawidłowo wykonanych zabiegów neurochirurgicznych, o których powódka została poinformowana przed zabiegiem. Zdiagnozowana u powódki choroba genetyczna nie miała bezpośredniego wpływu na przeprowadzone w marcu 2011 r. zabiegi operacyjne, pogarszała rokowania po leczeniu operacyjnym. Wykonana w przeszłości u powódki sympatektomia nie miała wpływu na wynik przeprowadzonych w marcu 2011 r. zabiegów operacyjnych. Powódka nie posiada trwałego uszczerbku na zdrowiu w związku z wykonanymi w marcu 2011 r. operacjami. Obecnie powódka nie podaje dolegliwości bólowych kręgosłupa ani kończyn, a w badaniu nie

stwierdzono niedowładów. U powódki występują wielopoziomowe zmiany zwyrodnieniowo – dyskopatyczne, co przy współistnieniu zespołu Ehlersa – Danlosa typ III, może być powodem występowania dolegliwości kręgosłupa i kończyn w przyszłości.

Dolegliwości bólowe kręgosłupa z promieniowaniem do kończyn oraz niedowład kończyn mogą być objawami występującymi w przebiegu samoistnych zmian zwyrodnieniowo – dyskopatycznych kręgosłupa.

W dniu 2 maja 2011 r. w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym szpitala w G. rozpoznano u powódki: zespół bólowy odcinka L/S nawrotowy prawostronny, Powódka od kilku dni uskarżała się na ostry ból odcinka L/S z promieniowaniem do obu kończyn dolnych, bardziej po prawej. Zalecono leki i kontrolę w poradni neurochirurgicznej. W dniach 12 maja, 16 i 24 czerwca 2011 r. powódka była w poradni neurochirurgicznej z uwagi na zaostrzony ból L/S promieniujący do kończyn dolnych. W badaniu MR zauważono nawrotową przepuklinę dysku L4/L5 i objawy zapalenia krążka L4/L5. W dniach od 1 do 5 marca 2013 r. powódka leczyła się w szpitalu (...) w P., gdzie w dniu 2 marca 2013 r. wykonano jej operację – odbarczenie kanału kręgowego segmentu ruchowego L5/S1; stabilizację międzytrzonową PLIF L5/S1; stabilizację przeznasadową L4/L5/S1; spondylodezę tylno – boczną L4 S2.

Na podstawie tak ustalonego stanu faktycznego Sąd Okręgowy uznał powództwo za niezasadne. Wskazał, że zgodnie z art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Ustalenie istnienia odpowiedzialności ubezpieczyciela wymaga nie tylko rozważenia w płaszczyźnie reguł odpowiedzialności ubezpieczeniowej (kontraktowej), ale także pod względem cywilnoprawnej odpowiedzialności sprawcy szkody – podmiotu deliktowo odpowiedzialnego za szkodę. Odpowiedzialność cywilna sprawcy jest warunkiem sina qua non odpowiedzialności ubezpieczyciela. Brak odpowiedzialności ubezpieczonego przesądza o braku odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Zgodnie z art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikłe z tego powodu koszty. Artykuł zaś 445 § 1 k.c. stanowi, że w wypadku przewidzianym w art. 444 § 1 k.c. sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Sąd wskazał, że przesłankami koniecznymi dla ustalenia odpowiedzialności szpitala i w konsekwencji ubezpieczyciela są: wina lekarzy przeprowadzających operacje (art. 430 k.c. w zw.z art. 415 k.c.), szkoda i związek przyczynowo – skutkowy. W ocenie Sądu powódka nie udowodniła, że wykonane przez lekarzy, zatrudnionych w pozwanym szpitalu, zabiegi operacyjne były wadliwe, niezgodne ze sztuką lekarską. Sąd podkreślił, że żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym. Zwłaszcza jeżeli chodzi o operację neurochirurgiczną. Powyższą okoliczność uwypuklili i podkreślili biegli z (...) w P.. Z tego punktu widzenia ważne jest, by pacjent został rzetelnie i w sposób zrozumiały poinformowany o ryzkach i powikłaniach związanych z operacją, tak by mógł rozważyć, czy w kontekście spodziewanej (acz niepewnej) poprawy stanu zdrowia, chce podejmować ryzyko i narażać się na ewentualne powikłania. Zdaniem Sądu I instancji pozwany szpital rzetelnie poinformował powódkę o możliwych do wystąpienia powikłaniach w formularzu zgody na zabieg operacyjny. W dniu 13 marca 2011 r. poinformowano powódkę, że w wyniku operacji mogą wystąpić powikłania w postaci: zakażenia rany pooperacyjnej, płynotok, krwawienie wymagające przetoczenia krwi, pogorszenie stanu neurologicznego. Z kolei w dniu 24 marca 2011 r. poinformowano powódkę, że mogą wystąpić powikłania zapalne, zatorowe, brak poprawy neurologicznej w zakresie niedowładu kończyn dolnych lub pogorszenie neurologiczne, dyskopatie.

Sąd opierając się na opinii (...) w P., mając na uwadze opis zabiegów operacyjnych, przyjął, że wykonane zostały ono prawidłowo, zgodnie ze sztuką lekarską. W dniu 14 marca 2011 r. w miejscu operowanym rozpoznano lewostronną przepuklinę krążka międzykręgowego L4/L5. Przy takim rozpoznaniu prawidłowo wykonana operacja winna wyglądać właśnie tak, jak miała miejsce. Biegli jednoznacznie wskazali, że niedowład kończyn dolnych nie jest skutkiem wadliwie wykonanej operacji, lecz jednym z możliwych powikłań prawidłowo wykonanego zabiegu

neurochirurgicznego. Jednocześnie Sąd wskazał, że ani sympatektomia, ani choroba genetyczna nie miała wpływu na przebieg i skutki operacji, chociaż w przypadku tej ostatniej pogarszała ona rokowania po leczeniu operacyjnym. Same zaś dolegliwości bólowe kręgosłupa z promieniowaniem do kończyn oraz niedowład kończyn dolnych mogą być objawami występującymi w przebiegu samoistnych zmian zwyrodnieniowo – dyskopatycznych kręgosłupa. Dolegliwości bólowe nie są związane z nieprawidłowo wykonanym zabiegiem operacyjnym. Sąd Okręgowy uznał opinię Instytutu za rzetelną, logiczną i spójną, albowiem w sposób wyczerpujący i przekonujący wyjaśniła istnienie okoliczności wymagających wiedzy specjalistycznej. Orzekając sąd dał jej przymiot wiarygodności. Strona powodowa, dla której wnioski biegłych były niekorzystne, próbowała polemizować z biegłymi, jednak w żaden sposób nie uprawdopodobniła, by opinia była wadliwa, zawierała błędy, nie wyjaśniała okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia. Stąd też wniosek o powołanie innych biegłych został oddalony, jako zmierzający do przedłużenia postępowania i wobec wyjaśnienia wszystkich istotnych okoliczności faktycznych koniecznych do rozstrzygnięcia sprawy. Skoro więc powódka nie udowodniła, że postępowanie pozwanego szpitala było wadliwe a co za tym idzie zawinione, badanie dalszych przesłanek odpowiedzialności w postaci szkody i związku przyczynowo – skutkowego było zbędne.

Jako podstawę rozstrzygnięcia o kosztach procesu Sąd wskazał art. 98 § 1 i 3 k.p.c., zgodnie z którym powódka jako przegrywająca sprawę winna zwrócić pozwanym koszty niezbędne i celowe do obrony ich praw. Stawka minimalna pełnomocników reprezentujących pozwanych wynosiła 3.617 zł (powiększona o opłatę skarbową od pełnomocnictwa) zgodnie z § 6 pkt. 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz.U. Nr 163, poz. 1349)

Apelację od powyższego wyroku wniosła powódka zaskarżając go w całości. Skarżąca zarzuciła:

- naruszenie art. 4 ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, polegające na nieuwzględnieniu, iż u skarżącej w dniu 14.03.2011 r. przeprowadzono zabieg wbrew wskazaniom aktualnej wiedzy medycznej, dostępnym metodom i środkom zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, jak również wbrew zasadom etyki zawodowej i bez należytej staranności;

- naruszenie art. 34 ust. 1 w zw. a art. 31 ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, polegające na jego nieuwzględnieniu oraz pominięciu okoliczności, iż personel pozwanego nie udzielił skarżącej przystępnej informacji o jej stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, który pozwoliłby na świadome podjęcie decyzji o przeprowadzeniu przedmiotowego zabiegu oraz poprzez przyjęcie, iż skarżąca wyrażając zgodę na zabieg operacyjny objęła zgodą również winę lekarzy w postaci niewłaściwie przeprowadzonej w dniu 14.03.2011 r. operacji;

- naruszenie art. 233 k.p.c, tj. ocenę materiału dowodowego w sposób powierzchowny i sprzeczny z zasadami logiki formalnej, poprzez przekroczenie przez Sąd Okręgowy granic swobodnej oceny dowodów i nierozważenie całego zebranego w sprawie materiału dowodowego, a w szczególności oparcie treści orzeczenia o kwestionowaną opinię biegłych, która nie osiągnęła celu dla którego została dopuszczona;

- naruszenie art. 231 k.p.c. poprzez jego nieuwzględnienie, mimo iż powstały u powódki uszczerbek na zdrowiu związany był z błędem medycznym, zaś okoliczności przeprowadzenia u powódki w dniu 14.03.2011 r. zabiegu nie powinny budzić wątpliwości, zwłaszcza, iż wkrótce po jego przeprowadzeniu powódka zgłaszała brak poprawy i pogorszenie ogólnego stanu zdrowia;

- naruszenie art. 278§1 niedopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego lub zespołu biegłych z dziedziny chirurgii i ortopedii, mimo, iż przeprowadzona opinia nie osiągnęła celu dla którego została dopuszczona oraz nie wyjaśniła okoliczności kluczowych dla przedmiotowej sprawy;

- naruszenie art. 102 k.p.c. poprzez jego pominięcie i nieuwzględnienie trudnej sytuacji życiowej i materialnej powódki oraz jej złego stanu zdrowia, która to uzasadniała jej całkowite zwolnienie od kosztów sądowych oraz wyczerpuje znamiona wypadku szczególnie uzasadnionego, przewidzianego w trybie art. 102 k.p.c., jak również faktu, iż w świetle

okoliczności niniejszej sprawy powódka pozostawała w usprawiedliwionym przekonaniu, iż operacja z marca 2011 r. została wykonana wbrew sztuce medycznej.

Na podstawie tak sformułowanych zarzutów powódka wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa oraz o zasądzenie solidarnie od pozwanych na rzecz powódki kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego za postępowanie przed Sądem I i II Instancji według norm przepisanych, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi I Instancji do ponownego rozpoznania i pozostawienia temu Sądowi rozstrzygnięcia w zakresie kosztów sądowych za postępowanie apelacyjne.

W uzasadnieniu powódka wskazała, że Sąd I instancji wyraził pogląd, iż skarżąca rzetelnie w sposób zrozumiały została poinformowana o ryzyku i powikłaniach związanych z operacją bowiem w dniu 13.03.2011 r. poinformowano powódkę, że w wyniku operacji mogą wystąpić powikłania w postaci: zakażenia rany pooperacyjnej, płynotok, krwawienia wymagającego przetoczenia krwi, pogorszenia stanu neurologicznego, nadto w dniu 24.03.2011 r. poinformowano ją że mogą wystąpić powikłania zapalne, zatorowe, brak poprawy neurologicznej w zakresie niedowładu kończyn dolnych, pogorszenia neurologiczne, dyskopatie. W myśl art. 34 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. W opinii strony skarżącej, nie została ona poinformowana o możliwych do wystąpienia powikłaniach w sposób należyty. Co prawda wyraziła pisemną zgodę na przeprowadzenie zabiegu, jednak w jej treści nie przewidziano dolegliwości doznanych przez skarżącą po przebytej operacji. Mając świadomość konsekwencji tego typu leczenia z pewnością rozważyłaby poddanie się takiemu zabiegowi. Podkreśliła, że pacjentowi przed udzieleniem przez niego zgody na wykonanie określonych świadczeń zdrowotnych winna być udzielona informacja odpowiednia i przystępna. Zgoda pacjenta, aby była niewadliwie udzielona, musi być „poinformowana" (objaśniona, świadoma). Pacjent musi znać przedmiot zabiegu, być poinformowany o diagnozie, proponowanych metodach leczenia, jak również o jego skutkach i ryzyku. Chodzi generalnie o taki zakres informacji, jaki jest niezbędny rozsądnej osobie, będącej w sytuacji pacjenta, aby móc podjąć świadomą i roztropną decyzję o poddaniu się proponowanemu zabiegowi medycznemu." Pacjentka nie była świadoma zagrożeń płynących dla niej z tak przeprowadzonego zabiegu. O ile zgodzić się należy z Sądem I instancji, iż lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia, to jednak obowiązany jest on przed jego wdrożeniem, nakreślić pacjentowi możliwe ryzyko, co w niniejszej sprawie nie nastąpiło, a pacjent nie może ponosić odpowiedzialności za błędy lekarza.

Niezależnie od tego powódka podniosła, że operacja z marca 2011 r. była błędnie przeprowadzona. Po wybudzeniu z narkozy skarżąca nie mogła poruszać stopami, po ustąpieniu niedowładu nadal miała problemy z poruszaniem się, wystąpiły zawroty głowy i nadciśnienie. Mimo zaleconej konsultacji z neurologiem nie została przewieziona na oddział neurologiczny, a nadto wcześniej nie została uprzedzona o konsekwencjach zabiegu. Ponadto przeprowadzony przez Sąd I instancji dowód z opinii biegłych z uwagi na formę w jakiej został sporządzony, nie pozwolił na pełne ustosunkowanie się co do wniosków, w niej zawartych. W zakresie oparcia orzeczenia Sądu I instancji o treść opinii biegłych z (...) w P. skarżąca podkreśliła, że tak opinia zasadnicza, jak i uzupełniająca były lakoniczne i niezrozumiałe. Strona powodowa w toku postępowania przed Sądem I instancji ustosunkowując się do wskazywanych opinii niejednokrotnie podkreślała, iż celem i sensem dopuszczenia i przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych jest zaczerpnięcie wiadomości specjalnych, jakimi profesjonaliści z danej dziedziny dysponują. Wobec braku takich informacji po stronie uczestników postępowania, opinia tak winna być sformułowana w sposób jasny i jednoznaczny, eliminujący zaistnienie prawdopodobieństwa oraz odpowiadająca koncepcji adekwatnego związku powyższego. Sporządzona przez biegłych w niniejszej sprawie opinia uniemożliwiła dokonanie oceny, czy podjęcie merytorycznej polemiki. Z uwagi na niespełnienie powyższych przesłanek przez przedmiotową opinię oraz nieosiągnięcie celu, dla jakiego została powołana, strona skarżąca wnioskowała o dopuszczenie opinii innego biegłego lub zespołu biegłych, ten wniosek został jednak pominięty przez Sąd I instancji.

Zaskarżenie przez powódkę orzeczenia w zakresie kosztów postępowania jest konsekwencją zaskarżenia punktu I wyroku. Nadto podniosła, że została zwolniona od kosztów sądowych w całości, gdyż nie była ich w stanie ponieść

bez uszczerbku dla utrzymania własnego i członków rodziny. Choć zwolnienie takie nie przesądza o braku obowiązku zwrotu kosztów postępowania przeciwnikowi, to w myśl art. 102 k.p.c. w wypadkach szczególnie uzasadnionych Sąd może nie obciążać strony kosztami procesu, uwzględniając przy tym fakty związane z przebiegiem procesu, jak też dotyczące stanu majątkowego, sytuacji życiowej strony, dokonując ich oceny przez pryzmat zasad współżycia społecznego. W ocenie strony skarżącej w niniejszej sprawie zachodził szczególnie uzasadniony przypadek, który uzasadnia nieobciążanie powódki kosztami procesu poniesionymi przez pozwanych. Powódka wskutek zabiegów przeprowadzonych w pozwanym szpitalu ma poważne trudności w poruszaniu się, jej ogólny stan zdrowia uległ pogorszeniu. Wobec powyższego powódka subiektywnie mogła mniemać, że przy wykonywaniu operacji dopuszczono się błędu w sztuce lekarskiej. Mimo, że ustalenie tego faktu wymagało wiadomości specjalnych, to powódka pozostawała w usprawiedliwionym przekonaniu o słuszności powództwa. W ocenie strony skarżącej, okoliczności te stanowią należytą przesłankę dla zastosowania w niniejszym przypadku zasady słuszności, przewidzianej przez ustawodawcę w art. 102 k.p.c. Przemawiają za tym również dalsze szczególne okoliczności w postaci obecnej niepełnosprawności skarżącej i jej złego stanu zdrowia, co wraz z jej trudną sytuacją ekonomiczną wyczerpuje znamiona wypadku szczególnie uzasadnionego.

Pozwane (...) Spółka Akcyjna w W. w piśmie z dnia 9 marca 2015 r. stanowiącym odpowiedź na apelację wniosło o jej oddalenie oraz zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów postępowania odwoławczego według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego.

Pozwany (...) Szpital (...) w G. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w G. w odpowiedzi na apelację z dnia 5 marca 2015 r. wniosła o jej oddalenie oraz zasądzenie na jej rzecz kosztów postepowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powódki okazała się niezasadna w znacznej części. Modyfikacja rozstrzygnięcia Sądu I instancji odnosiła się bowiem tylko do kwestii kosztów procesu i zastosowania w sprawie art. 102 k.p.c. Wstępnie zaznaczenia wymaga, że Sąd I instancji w sposób prawidłowy zgromadził w sprawie materiał dowodowy i w dalszej kolejności dokonał właściwej jego oceny. W konsekwencji ustalił stan faktyczny odpowiadający treści tych dowodów. Stąd też Sąd Apelacyjny przyjął go za własny. W sytuacji bowiem, gdy sąd odwoławczy orzeka na podstawie materiału zgromadzonego w postępowaniu w pierwszej instancji nie musi powtarzać dokonanych ustaleń, gdyż wystarczy stwierdzenie, że przyjmuje je za własne (por. np. orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 1935 r., C III 680/34. Zb. Urz. 1936, poz. 379, z dnia 14 lutego 1938 r., C II 21172/37 Przegląd Sądowy 1938, poz. 380 i z dnia 10 listopada 1998 r., III CKN 792/98, OSNC 1999, nr 4, poz. 83). Nie sposób podzielić zawartych w apelacji zarzutów dotyczących naruszenia przepisów procedury tj. art. 233 § 1 k.p.c. wskutek wadliwej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego w szczególności dowodu z opinii biegłych, dotyczących naruszenia art. 231 k.p.c., czy art. 278 § 1 k.p.c. Podobnie nie zasługiwały na uwzględnienie zarzuty odnoszące się do naruszenia art. 4 i 34 ust. 1 w zw. z art. 31 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Zasadnicza część apelacji odnosiła się do kwestii braku realizacji przez pozwany szpital obowiązku informacyjnego w związku z samym przebiegiem przeprowadzanych u powódki operacji, jak i możliwości wystąpienia powikłań, a w konsekwencji świadomego wyrażenia przez nią zgody na zabiegi.

Jak prawidłowo wskazał Sąd I instancji, przesłanki odpowiedzialności placówki medycznej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., które musi wykazać powód to wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności, przy czym do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej wystarczy choćby najmniejszy stopień winy (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 3 czerwca 2014 r., sygn. akt I ACa 1494/13, LEX nr 1493819, wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 17 października 2013 r., sygn. akt I ACa 594/13, LEX nr 1391906). Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. Zaznaczenia

wymaga, że sama placówka medyczna ponosi odpowiedzialność w przypadku winy podwładnego, rozumianej zgodnie z treścią art. 415 k.c. i nie jest wymagane wykazanie przez poszkodowanego winy po stronie placówki medycznej, gdyż odpowiada ona za zasadzie ryzyka w sposób bezwzględny, wyłączający możliwość ekskulpacji. Przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na podstawie powyższego przepisu wymaga więc uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., sygn. akt IV CSK 308/10, OSNC z 2011 r. Nr 10, poz. 116). Podwładnym w rozumieniu art. 430 k.c. jest członek personelu medycznego jednostki, w tym także lekarz, który mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie organizacji pracy. Wina podwładnego jest natomiast przesłanką odpowiedzialności pozwanego na podstawie art. 430 k.c. przy czym ustawa nie uzależnia tej odpowiedzialności od konkretnego stopnia winy lub jej przypisania poszczególnym członkom personelu pozwanego (wina bezimienna). Wystarczy wykazanie, choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że zakład opieki zdrowotnej (obecnie podmiot leczniczy) ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 marca 2013 r., sygn. akt I A Ca 852/12, LEX nr 1313338). Placówka lecznicza ponosi więc odpowiedzialność za szkodę wyrządzona przez jej personel, którego zachowanie musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione, gdyż obowiązkiem całego personelu strony pozwanej jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., sygn. akt V CSK 287/09, niepubl., wyrok Sądu najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12 niepubl.). Oczywiście pochodną odpowiedzialności szpitala jest również odpowiedzialność jego ubezpieczyciela.

Jak wyżej wskazano w apelacji powódka doszukiwała się odpowiedzialności strony pozwanej w związku z naruszeniem obowiązków informacyjnych poprzedzających zabiegi. Tego rodzaju zarzut w pierwszej kolejności uznać należy za spóźniony. Zgodnie bowiem z treścią art. 381 k.p.c., sąd drugiej instancji może pominąć nowe fakty i dowody, jeżeli strona mogła je powołać w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji, chyba że potrzeba powołania się na nie wynikła później. W niniejszej sprawie analiza pozwu, jak również dalszych pism procesowych prowadzi do jednoznacznego wniosku, że twierdzenia w tym zakresie w ogóle nie były na etapie postępowania pierwszoinstancyjnego podnoszone. Powódka w żadnym miejscu nie wskazywała na brak udzielenia zgody na operacje, czy też jej wadliwość wobec braku pełnej informacji o rodzaju zabiegów, jakie miały u niej zostać przeprowadzone, o sposobie ich przeprowadzenia, o możliwych powikłaniach i w żadnym miejscu nie wiązała z tą okolicznością odpowiedzialności pozwanych. W tym zakresie nie pojawiły się jakiekolwiek twierdzenia. Okoliczności te nie zostały więc uczynione podstawą faktyczną roszczenia. Podobnie zresztą na tego rodzaju kwestie nie powoływała się powódka przed procesem, a w szczególności w wezwaniu do zapłaty z dnia 1 sierpnia 2011 r. (karty 34 – 35 akt). Stąd też ich powołanie dopiero w apelacji okazało się spóźnione. Przywołanie twierdzeń w powyższym zakresie powinno się pojawić już w pozwie. Już bowiem w tym momencie pojawiła się taka potrzeba, skoro skarżąca z tą okolicznością wiązała odpowiedzialność pozwanego szpitala a w dalszej kolejności ubezpieczyciela. Jednocześnie powódka nie przedstawiła jakichkolwiek okoliczności, z których wynikałoby, że nowe twierdzenia nie mogły zostać podniesione przed Sądem I instancji. Już więc tylko z tego powodu zawarte w apelacji zarzuty odnoszące się do tej kwestii nie mogły zostać uwzględnione.

Niezależnie od tego powódka w toku procesu nie przedstawiła nie tylko twierdzeń, ale też żadnych dowodów, z których wynikałoby, że nie został zrealizowany wspomniany obowiązek informacyjny. Na niej natomiast, zgodnie z ogólna regułą rozkładu dowodu ciążył obowiązek dowodowy w tym zakresie. Co więcej z przeprowadzonych w sprawie dowodów wynikają okoliczności przeczące zarzutom skarżącej.

Zgodnie z treścią art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t. jedn. Dz. U. z 2011 r. Nr 277 poz. 1634), lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania,

wynikach leczenia oraz rokowaniu. Z kolei art. 32 ust. 1 tej ustawy stanowi, że lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Z art. 34 ust 1 ustawy wynika natomiast, że lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Natomiast w ust. 2 tego artykułu ustawodawca nakazał, że przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31. W orzecznictwie powszechnie przyjmuje się, że zaniechanie przez lekarza obowiązku poinformowania pacjenta o wszystkich konsekwencjach wynikających z zastosowanej metody leczenia (lub diagnostyki) w tym o stopniu i możliwym zakresie powikłań narusza dyspozycje wyżej wskazanych przepisów (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2008 r., sygn. akt I CSK 259/08, LEX nr 577166, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., sygn. akt II CK 303/04, OSP 2005/11/131, wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 lutego 2010 r., sygn. akt I ACa 51/10, POSAG 2010/3/22-34). Sąd Apelacyjny w tym składzie podziela panujące w judykaturze poglądy, zgodnie z którymi brak tak wyrażonej, świadomej zgody pacjenta nadaje zachowaniu lekarza cechy czynu niedozwolonego, co uzasadnia odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej za wszystkie negatywne następstwa wykonanego zabiegu - nawet wówczas, gdy był on wykonany zgodnie z zasadami sztuki medycznej. Wina funkcjonariusza ma bowiem miejsce także wówczas, gdy proces decyzyjny pacjenta poprzedzający wyrażenie przez niego zgody na zabieg został zakłócony poprzez zaniechanie przedstawienia ewentualnych komplikacji zabiegu skutkujących negatywnie dla życia lub zdrowia. Sama zaś aprobata pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda w rozumieniu wyżej wskazanych przepisów ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2012 r. w sprawie III CSK227/11, LEX nr 1211885; wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18 marca 2005 r. w sprawie I ACa 78/04, PiM 2007/2/138). Podkreśla się, że zasada autonomii woli pacjenta jest jedną z podstawowych zasad prawa medycznego i wyrazem odejścia od paternalistycznego modelu relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem, a także stanowi wyraz poszanowania podmiotowości pacjenta w procesie leczenia. Podstawowym przejawem prawa pacjenta do samostanowienia jest możliwość swobodnego wyrażania lub odmowy zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Prawo do informacji- obok prawa do wyrażenia zgody - jest jednym z najistotniejszych elementów relacji miedzy osobą wykonującą zawód medyczny, a pacjentem. W doktrynie podkreśla się także, że zakres informacji, co do której pacjent ma prawo obejmuje proponowaną procedurę medyczną, dane na temat ryzyka związanego z procedurą, informacje na temat możliwych skutków zabiegu, wiadomości o możliwości odmowy poddania się zabiegowi, a także o implikacjach z tego płynących (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 11 marca 2008 r., sygn. akt I ACa 846/07, PS 2009/11-12/220-225). Co oczywiste ryzyko, jakie przyjmuje na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg, nie obejmuje komplikacji powstałych wskutek pomyłki lub niezręczności lekarza (wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 9 kwietnia 2013 r., sygn. akt V ACa 147/13, LEX nr 1344035). Tak szerokie ujęcie zakresu informacji wynika z faktu, że zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne musi być efektem świadomego wyboru, więc decyzja o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego powinna zostać podjęta po uprzednim uzyskaniu kompleksowej informacji, związanej z proponowanym leczeniem.

W doktrynie podkreśla się także, że jeśli istnieją alternatywne metody diagnostyczne lub lecznicze wybór jednej z nich należy do pacjenta. Wybór ten lekarz musi uszanować, nawet jeżeli jego zdaniem nie jest on trafny. Aby pacjent mógł dokonać świadomego wyboru musi zostać o alternatywnej metodzie leczenia czy też diagnostyki poinformowany. Obowiązek taki wyprowadzany jest z art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w którym mowa jest o informacji o proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych. Ustawodawca nie zamieściłby takiego sformułowania, gdyby jego intencją było powierzenie wyboru wyłącznie lekarzowi. Oczywiste jest jednak, że pacjent z reguły jest laikiem i nie ma pojęcia o zawiłościach diagnozowania i terapii, stąd też przyjąć należy, że lekarz powinien uczynić wszystko, by przekonać pacjenta do optymalnej jego zdaniem metody leczniczej. Jest to istota staranności zawodowej lekarza (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 września 2013 r., sygn. akt I ACa 355/13, LEX nr 1383480).

Jak wskazano wcześniej, analiza zgromadzonego w niniejszej sprawie materiału dowodowego prowadzi do wniosku, że tak rozumiana zgoda została przez powódkę udzielona, a pozwany szpital w sposób niewadliwy zrealizował

procedurę związaną zarówno z uzyskaniem tej zgody, jak i z ciążącym na nim obowiązkiem informacyjnym. Wskazuje na to już tylko treść podpisanego przez powódkę oświadczenia z dnia 14 marca 2011 r. (karta 90 akt). Powódka oświadczyła w nim wyraźnie i jednoznacznie, że została poinformowana zarówno o korzyściach, jak i możliwościach wystąpienia powikłań. Jednocześnie powódka wyraziła zgodę na proponowany rodzaj znieczulenia. Ponadto wyraziła zgodę na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę sposobu znieczulenia. Do akt przedłożony został również dokument w postaci informacji dla pacjenta i formularz zgody na przeprowadzenie leczenia z dnia 13 marca 2011 r. (karty 91 – 92 akt). Wynika z niego, że powódka została poinformowana o wystąpieniu u niej schorzenia w postaci dyskopatii, o proponowanej operacji polegającej na usunięciu przepukliny dysku L4/L5, o celu operacji, którym było zmniejszenie dolegliwości bólowych. Co istotne w jego pkt. 3 zawarte zostały informacje dotyczące możliwości wystąpienia powikłań. Wskazano, że żaden lekarz nie może zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z operacją. Ponadto wymieniono przykładowe powikłania, jakie mogą się pojawić w postaci zakażenia rany pooperacyjnej, płynotoku, krwawienia wymagającego przetaczania krwi, czy wreszcie, co z punktu widzenia rozstrzygnięcia niniejszej sprawy jest najważniejsze, w postaci pogorszenia stanu neurologicznego. Z kolei w pkt. 6 zawarte zostały informacje dotyczące możliwości zmiany i rozszerzenia zabiegu operacyjnego. W omawianym dokumencie znalazło się również oświadczenie powódki, zgodnie z którym w pełni zrozumiała informacje zawarte w formularzu, jak i przekazane podczas rozmowy z lekarzem. Co więcej powódka wskazała, że miała nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący, że spełnione zostały wszystkie jej wymagania co do informacji odnośnie rozpoznania, zaproponowanej metody diagnostycznej i leczniczej, dających się przewidzieć następstw zastosowanych metod, wyników leczenia operacyjnego, rokowań, ewentualnego leczenia pooperacyjnego. Powódka ponadto oświadczyła, że znane są jej możliwe powikłania związane z operacją. Z treści tych dowodów wynika więc ponad wszelką wątpliwość, że obowiązek informacyjny został spełniony i to w możliwie szerokim zakresie. Powódka miała pełną informację co do samej diagnozy, co do metod leczniczych, co do sposobu i celu operacji, a co najważniejsze co do mogących wystąpić powikłań, co jest szczególnie istotne wobec wykonywania operacji w obrębie kręgosłupa. Powódka potwierdziła uzyskanie wszystkich informacji stanowiących podstawę jej zgody na wykonanie operacji. Nie sposób więc uznać, wbrew zarzutom apelacji, że w tak szerokiej informacji nie znalazły się te dolegliwości, które odczuwała po zabiegu. W ocenie Sądu Apelacyjnego była ona pełna, i obejmowała wszystkie dające się przewidzieć skutki zabiegu, tym bardziej, że jak wskazano, proces informacyjny nie ograniczał się tylko do samego wypełnienia informacji i wskazanych w niej danych, ale polegał również na rozmowie z lekarzem, na zadawaniu pytań. Zresztą nawet w apelacji poza powyższym stwierdzeniem nie znalazły się ani przytoczenia faktyczne, ani tym bardziej dowody (pomijając kwestię ewentualnego spóźnienia w ich złożeniu) mające potwierdzać brak świadomej zgody na operację, mające potwierdzać brak informowania o skutkach zabiegu itd. Podobnej oceny dokonać należy odnośnie drugiej operacji. Zakres informacyjny zrealizowany został przez szpital dokładnie w taki sam sposób. Okoliczność ta jednoznacznie wynika z dokumentu w postaci informacji dla pacjenta i formularza zgody z dnia 24 marca 2011 r. (karty 85 – 86 akt), a także ze zgody pacjenta z dnia 24 marca 2011 r. (karta 88 akt). Nie ma więc sensu powtarzania tożsamej argumentacji. Realizacja obowiązku informacyjnego szpitala wynika również z zeznań słuchanych w sprawie świadków. Świadek S. P. (karty 175 – 177 akt) wskazał, że zarówno przez pierwszą, jak i drugą operacją powódka podpisywała zgodę na operację, a ponadto była informowana o możliwości wystąpienia powikłań. Z kolei świadek M. B. (1) (karty 177 - 179 akt) wprawdzie nie pamiętał czy powódka wyrażała zgodę na operację, jednakże powołał się na panujące w szpitalu procedury. Ich zastosowanie znajduje potwierdzenie w zaprezentowanych wcześniej dokumentach. Świadek P. K. zeznał (karty 187 – 188 akt), że przed zabiegiem pacjent jest informowany o tym co będzie robione i jakie będą konsekwencje zabiegu, musi wyrazić na to zgodę, przy czym nie pamiętał, kto o tym informował powódkę. Potwierdził jednak sam fakt udzielania takich informacji. Podkreślenia w tym miejscu wymaga, że powódka w trakcie swoich zeznań w ogóle na okoliczności związane z wyrażaniem zgody na zabiegi się nie powoływała, nie wskazywała, że obowiązek informacyjny nie został przeprowadzony, czy też przeprowadzony w sposób niepełny, nie pozwalający na wyrażenie przez nią zgody na zabieg w sposób świadomy. Byłoby to oczywiste, gdyby powódka z tą okolicznością wiązała odpowiedzialność pozwanych. Na realizację obowiązku informacyjnego wskazywali natomiast także biegli w pisemnej opinii z dnia 25 lutego 2014 r. (karty 246 – 261 akt).

Reasumując więc zawarte w apelacji zarzuty naruszenia art. 34 ust. 1 i art. 31 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty nie zasługiwały na uwzględnienie zarówno z uwagi na ich zbyt późne podniesienie, jak i z uwagi na całkowite niewykazanie zaniedbań w tym zakresie skutkujących odpowiedzialnością odszkodowawczą szpitala oraz zakładu ubezpieczeń. Tym samym nie zaistniały przesłanki odpowiedzialności pozwanego oraz podstawy do zasądzenia zadośćuczynienia na podstawie obowiązującego w dacie operacji art. 19 a ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1991 r. nr 91 poz 408 ze zm.).

Nie zasługiwały na uwzględnienie również zarzuty naruszenia przez Sąd I instancji przepisów procedury, a mianowicie art. 233 § 1 k.p.c. oraz art. 278 § 1 k.p.c.

W pierwszym przypadku skarżąca podniosła, że Sąd dokonał powierzchownej i sprzecznej z zasadami logiki formalnej oceny dowodów. Nie sposób podzielić tej argumentacji. Jak wielokrotnie wyjaśniano w orzecznictwie Sądu Najwyższego, zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. może być uznany za zasadny jedynie w wypadku wykazania, że ocena materiału dowodowego jest rażąco wadliwa czy w sposób oczywisty błędna, dokonana z przekroczeniem granic swobodnego przekonania sędziowskiego, wyznaczonych w tym przepisie. Sąd drugiej instancji ocenia bowiem legalność oceny dokonanej przez Sąd Okręgowy, czyli bada czy zostały zachowane kryteria określone w art. 233 § 1 k.p.c. Należy zatem mieć na uwadze, że - co do zasady - Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału, dokonując wyboru określonych środków dowodowych. Jeżeli z danego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena Sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona tylko wtedy gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub, gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo - skutkowych (por. przykładowo postanowienie z dnia 11 stycznia 2001 r., I CKN 1072/99, Prok. i Pr. 2001 r., Nr 5, poz. 33, postanowienie z dnia 17 maja 2000 r., I CKN 1114/99, nie publ., wyrok z dnia 14 stycznia 2000 r., I CKN 1169/99, OSNC 2000 r., nr 7-8, poz. 139). Takich zarzutów przeprowadzonej przez Sąd I instancji ocenie dowodów postawić nie można. Zaznaczenia wymaga, że skarżąca nie wskazała w ogóle w apelacji, do których dowodów podniesiony przez nią zarzut się odnosi, za wyjątkiem dowodu z opinii biegłych, który omówiony zostanie odrębnie. Brak bowiem odwołania się przez powódkę do któregokolwiek z dowodów przedstawionych przez strony w toku postępowania. Już więc tylko z tego powodu stanowisko skarżącej nie daje się w żaden sposób zweryfikować. Ponadto powódka w apelacji nie wskazała na czym konkretnie polegały uchybienia Sądu związane z dokonywaną oceną dowodów, w czym upatruje wadliwości działania Sądu I instancji, które z przedstawionych wyżej zasad oceny dowodów zostały naruszone i w jaki sposób. Wymogu tego w żadnym razie nie spełnia ogólne odwołanie się do oceny powierzchownej i sprzecznej z zasadami logiki. Niezależnie od tego ponowna analiza materiału zgromadzonego w toku postępowania oraz uzasadnienia zaskarżonego wyroku prowadzi do wniosku, że nie sposób postawić Sądowi zarzutu dowolnej oceny dowodów. Każdy bowiem z nich, niezależnie od charakteru, oceniony został zgodnie z jego treścią, a następnie skonfrontowany z pozostałymi. Przyznanie im wiarygodności pozostawało w zgodzie zarówno z zasadami logicznego myślenia, jak i zasadami doświadczenia życiowego oraz co istotne, w sposób właściwy umotywowane. Jak już wskazano skarżąca w tym zakresie nie przedstawiła jakichkolwiek konkretnych zarzutów, które możnaby poddać analizie.

Nie sposób również uwzględnić argumentacji skarżącej odnoszącej się do przeprowadzonego dowodu z opinii biegłych. Nie ulega wątpliwości, że w sytuacji, gdy zachodzi potrzeba wyjaśnienia okoliczności sprawy wymagających wiadomości specjalnych, sąd powinien dopuścić dowód z opinii biegłego na podstawie właściwych przepisów kodeksu postępowania cywilnego (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 12 kwietnia 2002 r., I CKN 92/00, LEX nr 53932, z dnia 8 listopada 1988 r., II CR 312/88, niepubl., i z dnia 11 czerwca 1974 r., II CR 260/74, LEX nr 8940). Należy stanowczo zaznaczyć, że jest to jedyna droga ich pozyskania. Dowód z opinii biegłego nie może być zastąpiony inną czynnością dowodową, np. przesłuchaniem świadka lub eksperymentem sądowym bez udziału biegłego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 2010 r., sygn. akt IV CSK 388/09, LEX nr 1111021, wyrok Sądu Najwyższego

z dnia 20 maja 2011 r., sygn. akt II UK 339/10, LEX nr 898704). W niniejszej sprawie, co oczywiste zaistniała konieczność pozyskania wiadomości specjalnych wobec stanowiska powódki odnośnie wadliwości przeprowadzonych u niej procesów medycznych, a konkretnie dwóch operacji z marca 2011 r. Przeprowadzona w sprawie opinia Uniwersytetu (...) w P. z dnia 25 lutego 2014 r. (karty 246 – 261 akt) oraz opinia uzupełniająca z dnia 4 sierpnia 2014 r. (karta 311 akt) zawierają konkretne odpowiedzi na postawione przez Sąd pytania niezbędne do ustalenia okoliczności istotnych z punktu widzenia zastosowania normy prawa materialnego. Odpowiedzi te były stanowcze, jednoznaczne, poprzedzone analizą dokumentacji lekarskiej, pozostałych dowodów w sprawie oraz badaniem samej powódki. Wbrew stanowisku skarżącej treść obu opinii pozwalała zweryfikować organowi orzekającemu zawarte w nich rozumowanie co do trafności wniosków końcowych. Należy podkreślić, że wprawdzie sąd nie jest związany opinią biegłych i ocenia ją na podstawie art. 233 k.p.c., jednakże swoistość tej oceny polega na tym, że nie chodzi tu o kwestię wiarygodności, lecz o pozytywne lub negatywne uznanie wartości rozumowania zawartego w opinii i uzasadnieniu (wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 12 maja 2009 r., sygn. akt III AUa 270/09, OSAB 2010/1/58-64). Z jednej więc strony, konieczna jest kontrola z punktu widzenia zasad logicznego rozumowania i źródeł poznania, z drugiej - istotną rolę odgrywa stopień zaufania do wiedzy reprezentowanej przez biegłego. Sąd może oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności czy logiczności. Może pomijać oczywiste pomyłki czy błędy rachunkowe. Opinia biegłego podlega także ocenie z uwzględnieniem kryteriów oceny tego rodzaju dowodu, takich jak poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii sposób motywowania sformułowanego stanowiska, stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 maja 2009 r., sygn. akt II CSK 642/08, LEX nr 511998). W niniejszej sprawie podstawowy zarzut powódki sprowadzał się do uznania obu opinii za lakoniczne, nieumotywowane, nie poddające się weryfikacji. Jak wyżej wskazano stanowiska tego nie sposób podzielić. Rzeczywiście same wnioski końcowe opinii są zwięzłe, jednakże już tylko z ich treści możliwe jest odtworzenie wywodu biegłych. Stwierdzili oni natomiast, że przeprowadzone u powódki zabiegi operacyjne w dniach 14 marca 2011 r. oraz 24 marca 2011 r. przeprowadzone zostały prawidłowo, zgodnie ze sztuką lekarską. W kontekście podnoszonych przez powódkę okoliczności, w szczególności odnośnie wyników badań NMR i zgłaszanych dolegliwości bólowych obustronnych biegli wskazali, że rozstrzygający w tym zakresie był opis zabiegu z dnia 14 marca 2011 r. W jego trakcie bowiem stwierdzono lewostronną przepuklinę krążka międzykręgowego L4/L5. Stąd logiczny wniosek biegłych co do adekwatności przeprowadzonych czynności medycznych do stwierdzonych nieprawidłowości. Z taką konkluzją biegłych pozostają w zgodzie zeznania świadka S. P., który oświadczył, że stwierdzono u powódki przepuklinę lewostronną, która zwykle jest gorsza i z tego powodu zabieg był lewostronny. Z kolei świadek M. B. (1) przeprowadzający operację wskazał, że wprawdzie wywiad był obustronny, ale po dokonaniu dokładniejszych badań okazało się, że winien zostać przeprowadzony zabieg lewostronny. Taki też był wniosek zespołu operującego bezpośrednio przed dokonaniem zabiegu. Świadek P. K. oświadczył natomiast, że rozstrzygający jest moment przeprowadzania operacji i stwierdzonych w jej trakcie schorzeń, a nie stan z daty wykonywania badań, przy czym w tym przypadku nie jest rozstrzygające badanie dodatkowe, a cały obraz kliniczny. Takie też wnioski zawarli w opinii biegli. Co istotne wykluczyli, by kolejna oparcia (z dnia 24 marca 2011 r.) dotycząca dyskopatii szyjnej na poziomie C5/C6 była wynikiem wadliwości wcześniejszego zabiegu. Jednoznacznie wskazali na brak takiego związku dodając, że przyczyną jego przeprowadzenia był stwierdzony u powódki niedowład kończyn dolnych. Sam natomiast niedowład nie był skutkiem wadliwości wcześniejszych procedur medycznych. Biegli zaznaczyli, że z medyczno – sądowego punktu widzenia niedowład kończyn dolnych należy do grupy możliwych powikłań prawidłowo wykonanych zabiegów neurochirurgicznych. Co równie ważne biegli stwierdzili, że z dokumentacji medycznej, a w szczególności badań obrazowych wynika, iż u powódki występują wielopoziomowe zmiany zwyrodnieniowo – dyskopatyczne, co przy współistnieniu zespołu Ehlersa – Danlosa typu III, może być powodem występowania dolegliwości kręgosłupa i kończyn. To właśnie z tymi okolicznościami biegli wiązali bóle kręgosłupa z promieniowaniem do kończyn. W uzupełniającej opinii odnosząc się do zarzutów powódki biegli wskazali, że nie wskazali w opinii nieprawidłowości, albowiem takie w trakcie obu operacji nie wystąpiły. Podnieśli przy tym, że dokonywali analizy badania MR z dnia 14 stycznia 2011 r. oraz z dnia 14 marca 2011 r. Jasno podnieśli, że wyniki tych badań nie wskazują na lokalizację bólu. Analiza obu opinii prowadzi do jednoznacznego wniosku, że biegli odnieśli się do wszystkich kwestii podnoszonych przez powódkę, z którymi wiązała odpowiedzialność pozwanego szpitala. Odnieśli się więc do kwestii lewostronnej operacji, do kwestii występowania dolegliwości bólowych po operacji, jak również kwestii niedowładu kończyn wskazując na ich

przyczyny. Nie jest natomiast rolą biegłych rozstrzyganie ewentualnych niezgodności w dokumentacji medycznej. Zresztą nawet z dowodu z zeznań powódki wynika, że jednak przed pierwszym zabiegiem pewne dolegliwości związane z niedowładem nóg jednak wystąpiły, co czyni jej stanowisku całkowicie niezrozumiałym. Biegli poddali natomiast analizie taką treść dokumentacji, jaka w toku postepowania została przedstawiona. Uszło przy tym uwadze skarżącej, że opinia nie składa się wyłącznie z wniosków, które winny zostać poddane ocenie, do czego wyraźnie zmierza podnosząc zarzut jej nieweryfikowalności. Opinia składa się z trzech części i dopiero ich szczegółowe zestawienie pozwala na właściwe i pełne zdekodowanie zawartych w niej stwierdzeń biegłych. Ci natomiast w pierwszej części dokonali szczegółowej analizy dokumentacji medycznej, w tym badań obrazowych, na które powoływała się powódka w toku procesu i z wynikami których wiązała nieprawidłowość wykonanych operacji, dowodów związanych z przeprowadzonym wywiadem, dowodów związanych z samym przebiegiem operacji. To więc w kontekście tej analizy, przedstawionych tam czynności medycznych dokonywać należy oceny wywodów biegłych co do ich prawidłowości. Co więcej opinia zawiera również drugą część obejmującą wywiad z powódką oraz jej badania. Jak wskazano, dopiero zestawienie wszystkich tych elementów pozwala na pełną rekonstrukcję przeprowadzonego procesu myślowego i ocenę kompletności i właściwego umotywowania zajętego przez biegłych stanowiska. Podkreślenia jeszcze raz wymaga, że powódka wadliwości procesów medycznych upatrywała w pooperacyjnym wystąpieniu dolegliwości bólowych i niedowładu nóg, z lewostronnym dokonaniem zabiegu wobec obustronnego ucisku dysku na nerwy w kontekście wyników badań. Biegli do wszystkich tych kwestii się odnieśli.

Konieczność przeprowadzania dalszych opinii nie może być natomiast uzasadniona tym, że opinie dotychczas sporządzone nie odpowiadają oczekiwaniom strony. Samo stwierdzenie strony, że się z nią nie zgadza, nie oznacza, że opinia jest wadliwa (wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 25 sierpnia 2011 r., sygn. akt I ACa 316/11, LEX nr 1095795). Potrzeba powołania innego biegłego powinna bowiem wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 września 2009 r., sygn. akt I PK 79/09, LEX nr 553670). Niewątpliwie potrzeba taka istnieje w sytuacji, gdy pierwotna opinia budzi istotne i nie dające się usunąć wątpliwości, gdy w sprawie wydane zostały opinie o sprzecznej treści, gdy takie opinie nie są zgodne w zasadniczych kwestiach, gdy zawierają luki, są niekompletne, gdy nie odpowiadają postawionej tezie, gdy są niejasne, czy też nienależycie uzasadnione. Tym samym nie jest w tym względzie rozstrzygający wniosek strony, lecz zawarte w tym wniosku konkretne uwagi i argumenty podważające miarodajność dotychczasowej opinii lub co najmniej miarodajność tę poddające w wątpliwość (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2011 r., sygn. akt II UK 346/10, LEX nr 898705, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2011 r., sygn. akt II UK 160/10, LEX nr 786386, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 lipca 2010 r., sygn. akt II CSK 119/10, LEX nr 603161). W przeciwnym wypadku wniosek taki musi być uznany za zmierzający wyłącznie do nieuzasadnionej zwłoki w postępowaniu, co winno skutkować jego pominięciem. Podobnie podstawą wniosku o przeprowadzenie nowego dowodu nie może być przeświadczenie strony, że dalsze opinie pozwolą na udowodnienie korzystnej dla strony tezy (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2001 r., sygn. akt II UKN 446/00, OSNAPiUS 2003, nr 7, poz. 182). W rozpoznawanej sprawie nie zaistniała sytuacja wymagająca przeprowadzenia dowodu z dodatkowej opinii biegłych, a ponadto w apelacji wniosek o przeprowadzenie dowodu w tym zakresie się nie pojawił. Stąd też Sąd Apelacyjny nie doszukał się naruszenia przepisu art. 278 k.p.c.

Zupełnie niezrozumiałe są zawarte w apelacji zarzuty dotyczące braku uwzględnienia art. 231 k.p.c. Nie ulega wątpliwości specyficzny charakter sprawy należącej do kategorii tzw. procesów medycznych. W orzecznictwie i doktrynie wyrażane jest zapatrywanie, że ustalenie przyczyny utraty lub pogorszenia zdrowia nie jest z reguły możliwe w sposób absolutnie pewny i dlatego wystarczy określenie z wysoką dozą prawdopodobieństwa istnienia takiego związku (zob. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA 1970/7-8, z dnia 4 listopada 2005 r., V CK 182/05, LEX nr 180901; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 17 stycznia 2006 r., I ACa 1983/04, LEX 186503). Tego ugruntowanego już od dawna nurtu poglądów w judykaturze, zgodnie z którym w przypadku tego typu procesów i roszczeń dla przesądzenia istnienia związku przyczynowego wystarcza dostatecznie wysokie prawdopodobieństwo. Dopuszczalne jest zatem ustalenie tego faktu na podstawie dowodów pośrednich, o ile zachodzi wysokie prawdopodobieństwo jego zajścia (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 21 marca 1997 r., I ACa 107/97, Wokanda 1998/7/34). W wyroku z dnia 13 czerwca 2000 r. (V CKN 34/00, LEX nr 52689) Sąd Najwyższy stwierdził, iż wykazanie znacznego prawdopodobieństwa związku przyczynowego między określonymi

działaniami szpitala a stanem zdrowia pozwala zatem przyjąć, że powód spełnił obowiązek wynikający z art. 6 k.c. Nie można bowiem stawiać przed pacjentem nierealnego wymagania ścisłego wykazania tej okoliczności. W tego rodzaju sprawach szczególnego znaczenia nabiera niewątpliwie instytucja domniemania faktycznego - art. 231 k.p.c. Nie wdając się szerzej w rozważania natury teoretycznej wyjaśnić należy, iż możliwość skorzystania z tego rodzaju domniemania aktualizuje się wówczas, gdy ustalenie niewątpliwych faktów daje podstawę do przeprowadzenia rozumowania oceniającego, czy stopień prawdopodobieństwa zaistnienia faktu będącego skutkiem domniemania jest tak duży, jak duży jest stopień prawdopodobieństwa, że nie zachodziły okoliczności wykluczające zaistnienie tego faktu (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2005 r., I CK 114/05, LEX nr 187000).

Sąd Apelacyjny więc wskazuje, iż w procesach odszkodowawczych lekarskich sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, poprzestać na ustaleniu odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa pomiędzy działaniem (zaniechaniem) sprawcy a powstałą szkodą (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 23 października 2002 r., II CKN 1185/00, z dnia 24 maja 2005 r., V CSK 654/04, z dnia 26 listopada 1998 r., III CKN 4/98, z dnia 17 października 2007 r., II CSK 285/07, z dnia 17 listopada 2010 r., CSK 467/10, z dnia 4 kwietnia 2012 r., CSK 402/11, czy z dnia 8 maja 2014 r., V CSK 353/13, LEX nr 1466586). Taki bowiem dowód pewności – ze względu na specyfikę procesów medycznych – często nie jest możliwy do przeprowadzenia. Natomiast „obrona" przez stronę przeciwną polega w takim przypadku na osłabianiu wspomnianego prawdopodobieństwa - przede wszystkim przez dowodzenie, że zaistniały inne prawdopodobne przyczyny infekcji, względnie, że konkretne warunki w jakich - według twierdzeń poszkodowanego - doszło do zarażenia, wykluczały taką możliwość (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 lutego 1998 r., II CKN 625/97, PiM 1999/3/130, poz. LEX nr 50227).

W rozważanej sprawie brak jakichkolwiek podstaw do formułowania domniemań faktycznych. Biegli w sposób jednoznaczny i stanowczy wykluczyli wadliwość procesów diagnostycznych, czy medycznych. W sposób kategoryczny wiązali odczuwane przez powódkę dolegliwości z jej ogólnym stanem zdrowia z występującymi już wcześniej schorzeniami w postaci wiotkości wielostawowej oraz zespołu Ehlersa – Danlosa oraz z możliwymi i nie mieszczącymi się w kategorii błędu medycznego powikłaniami związanymi z rodzajem przeprowadzonej u powódki operacji. Brak więc w sprawie wykazania takich faktów, które w ogóle mogłyby stanowić podstawę do konstruowania domniemań. Sama zresztą powódka nie wskazuje jakie fakty miałyby stanowić taką podstawę i na czym poza ogólnym uznaniem odpowiedzialności pozwanego szpitala miałaby polegać wykazana wskutek stosowania art. 231 k.p.c. okoliczność. Powódka nie wskazała ani okoliczności niewątpliwie wykazanej, ani okoliczności wyprowadzonej z tej pierwszej. Co więcej formułując tego rodzaju zarzut powódka powoływała się na wadliwość wykonanej operacji, która, jak wskazano wcześniej nie wynika z przeprowadzonych dowodów. Z samego złego samopoczucia powódki jej dolegliwości bólowych, czy nawet kłopotów z chodzeniem nie można w świetle dowodów wyprowadzić wnioskowania o wadliwości podjętych wobec niej procedur medycznych.

Podzielić natomiast należało przedstawioną w apelacji argumentację odnoszącą się do zaistnienia w okolicznościach niniejszej sprawy przesłanek zastosowania art. 102 k.p.c. Zgodnie z tym przepisem w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Regulacja art. 102 k.p.c. stanowi wyjątek od wynikającej z treści art. 98 k.p.c. zasady odpowiedzialności stron za wynik procesu, zgodnie z którą powódka zobowiązana byłaby do zwrotu kosztów procesu poniesionych przez pozwany szpital oraz przez zakład ubezpieczeń. W orzecznictwie Sądu Najwyższego dominuje stanowisko, że kwestia zastosowania art. 102 k.p.c. pozostawiona jest sądowi orzekającemu, z odwołaniem się do jego kompetencji, bezstronności, doświadczenia i poczucia sprawiedliwości. Ocena w tym zakresie ma charakter dyskrecjonalny, oparty na swobodnym uznaniu, kształtowany własnym przekonaniem oraz oceną okoliczności i może być podważona przez sąd wyższej instancji jedynie wtedy, gdy jest rażąco niesprawiedliwa (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 października 2012 r., sygn. akt I CZ 66/12, niepubl.). Nie ulega wątpliwości, że do wypadków szczególnie uzasadnionych należą okoliczności zarówno związane z samym przebiegiem procesu, jak i leżące na zewnątrz. Do pierwszych zalicza się np. charakter żądania poddanego rozstrzygnięciu, jego znaczenie dla strony, subiektywne przekonanie strony o zasadności roszczeń, przedawnienie, do drugich sytuację majątkową i życiową strony. Oczywistym jest przy tym, że dla zastosowania omawianej normy nie jest wystarczające powołanie się jedynie na ostatnią z tych okoliczności,

nawet jeżeli była podstawą zwolnienia od kosztów sądowych (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 2012 r., sygn. akt I CZ 34/12 niepubl.). W ocenie Sądu w rozważanej sprawie zaistniały okoliczności uzasadniające przyjęcie, że wystąpił szczególnie uzasadniony przypadek pozwalający na odstąpienie od obciążenia powódki kosztami procesu. Powódka znajduje się niewątpliwie w trudnej sytuacji zarówno materialnej, jak i życiowej. Okoliczności z tym związane stanowiły podstawę wydania rozstrzygnięcia w zakresie zwolnienia jej od kosztów sądowych. Nie ma więc sensu w tym miejscu przytaczać tożsamej argumentacji. Należy przy tym uwzględnić wysokość kosztów, które powódka musiałby w związku z przegranym postępowaniem apelacyjnym ponieść. Niewątpliwie przekraczają one jej możliwości finansowe. Niezależnie od tego Sąd uwzględnił zawiły charakter sprawy. Jej rozstrzygnięcie zależało przede wszystkim od oceny dowodów z opinii biegłych sądowych. Odnosiło się do kwestii związanych z prawidłowością przeprowadzonej u powódki diagnozy, prawidłowością samych zabiegów operacyjnych, jak również charakteru i przyczyny późniejszych powikłań. Rozstrzygnięcie sprawy wymagało wiadomości specjalnych, dotyczyło zagadnień o charakterze wyłącznie medycznym. Kwestie te z uwagi na swój charakter nie są możliwe do pełnej i rzeczowej oceny przez osobę nie posiadającą wiedzy specjalistycznej. Co istotne powódka zarówno wnosząc pozew mogła działać w przekonaniu, że zaistniała wadliwość czynności medycznych wobec niewątpliwie występujących dolegliwości bólowych, czy związanych z niedowładem nóg, z wykonaniem w krótkim okresie czasu kolejnego zabiegu. Oczywistym jest, że jej subiektywne przekonanie nakazywało wiązać zdarzenie sprawcze przypisywane wadliwej diagnostyce i nieprawidłowemu procesowi leczniczemu z dalszym pogorszeniem swojego jego stanu zdrowia. Także subiektywny i trudny do wymierzenia stanowi zakres szkody niematerialnej, a wysokość zasądzonego zadośćuczynienia należy do tzw. prawa sędziowskiego. Stąd też Sąd Apelacyjny odstąpił od obciążania powódki kosztami zastępstwa procesowego pozwanych w postepowaniu przed Sądem I instancji.

Mając na uwadze wszystkie powyższe okoliczności, apelację powódki należało uwzględnić tylko w tym zakresie i na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienić rozstrzygnięcie, natomiast w pozostałej części apelacje powódki jako bezzasadną należało oddalić na podstawie art. 385 k.p.c.

Podstawę rozstrzygnięcia o kosztach procesu w postępowaniu apelacyjnym stanowiły przepisy art. 108 k.p.c. oraz art. 98 § 1 i 3 k.p.c. Zgodnie z pierwszym z nich, sąd rozstrzyga o kosztach w każdym orzeczeniu kończącym sprawę w instancji. Jednocześnie art. 98 § 1 k.p.c. stanowi, że strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Powódka przegrała sprawę wywołaną swoją apelacją, a tym samym zobowiązana była zwrócić pozwanym poniesione przez nich koszty. Składały się na nie wyłącznie koszty zastępstwa procesowego w kwotach po 2.700 zł ustalone na podstawie § 6 pkt 6 w zw. § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r. poz. 490) w przypadku pozwanego szpitala oraz na podstawie § 6 pkt. 6 i § 13 ust. 1 pkt. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenie przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U. Nr 163, poz. 1348 z późniejszymi zmianami) w przypadku pozwanego zakładu ubezpieczeń. Należy dodać, że w ocenie Sądu Apelacyjnego, na etapie postępowania odwoławczego nie występowały już przesłanki stosowania art. 102 k.p.c. Powódka składając apelację znała już treść obu opinii biegłych. Wynikało z nich jednoznacznie, że z działaniami pozwanego szpitala nie można wiązać odczuwanych przez nią dolegliwości. Biegli w sposób jednoznaczny i stanowczy wykluczyli wystąpienie jakiegokolwiek błędu medycznego. W ich ocenie, powielonej przez Sąd I instancji, oba zabiegi przeprowadzone zostały prawidłowo, zgodnie ze sztuką lekarską. Niedowład nóg, czy też dolegliwości bólowe wiązane były ze schorzeniami zwyrodnieniowymi oraz możliwymi powikłaniami pooperacyjnymi. Tym samym nie istniały na tym etapie postępowania okoliczności związane z subiektywnym poczuciem krzywdy, z brakiem wiedzy specjalistycznej co do przyczyn dolegliwości, z możliwym powiązaniem ich z przeprowadzonymi w pozwanym szpitalu zabiegami. Nie można też stwierdzić, że złożenie apelacji usprawiedliwione było samym charakterem procesu i żądaniem obejmującym zadośćuczynienie. Powódka orientowała się już w swojej sytuacji procesowej, znała wyniki postępowania dowodowego, a więc nie sposób uznać, by nadal z uwagi na okoliczności sprawy wystąpił szczególny przypadek uzasadniający odstąpienie od obciążania powódki kosztami procesu w postępowaniu apelacyjnym.

SSA E. Skotarczak SSA M. Iwankiewicz SSA T. Żelazowski