

Sygn. akt I ACa 948/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 grudnia 2016 roku

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Agnieszka Sołtyka
Sędziowie:	SSA Mirosława Gołuńska SSA Dariusz Rostał (spr.)
Protokolant:	st. sekr. sądowy Beata Waclawik

po rozpoznaniu w dniu 30 listopada 2016 roku na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa J. K.

przeciwko (...) Szpitalowi (...) - Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w S.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 15 lipca 2015 roku, sygn. akt I C 1491/13

I. oddala apelację,

II. zasądza od powoda J. K. na rzecz pozwanego (...) Szpitala (...) - Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. kwotę 2.700 (dwa tysiące siedemset) złotych tytułem kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Dariusz Rostał Agnieszka Sołtyka Mirosława Gołuńska

I ACa 948/15

UZASADNIENIE

W pozwie J. K. przeciwko (...) Szpitalowi (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S., sprostowanym na rozprawie 24 marca 2014r., wniósł o zasądzenie od pozwanego na swą rzecz kwoty 100.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz o zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz zwrotu kosztów postępowania według norm przepisanych.

W uzasadnieniu wskazał że w dniu 2 lutego 2012r. uzyskał skierowanie do pracowni diagnostycznej celem wykonania kolonoskopii, który to zabieg został wykonany w dniu 22 marca 2012 r. w (...) Szpitalu (...) SP ZOZ w pracowni endoskopowej lekarz A. B.. Powód podał, że w trakcie zabiegu doszło do perforacji jelita grubego i badanie zostało przerwane w związku z odczuwaniem przez niego silnego bólu. Tego samego dnia został przyjęty w trybie nagłym do pozwanego szpitala z rozpoznaniem nieurazowego przedziurawienia jelita, będącego skutkiem wykonanej kolonoskopii. Dalej J. K. opisał kolejne swoje zabiegi, jakim został poddany tj. laparotomia, płukanie i drenaż jamy otrzewnej. Opisał jakie leczenie było kontynuowane po opuszczeniu przez niego szpitala w dniu 2 kwietnia 2016r., w tym, że u powoda została przeprowadzona operacja odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego w trakcie kolejnej hospitalizacji od 22 sierpnia 2012 r.

W ocenie powoda kolonoskopia została u niego przeprowadzona w sposób nieprawidłowy, co w konsekwencji skutkowało koniecznością poddania go dwóm operacjom odtworzenia jelita grubego oraz hospitalizacji trwającej odpowiednio 12 dni oraz 15 dni. Dodatkowo zmuszony był do użytkowania stomii, co samo w sobie było bolesne, krępujące i obniżające w wysokim stopniu standard życia. Nadto przez pół roku po drugiej operacji musiał nosić pas brzuszny. Nieprawidłowe przeprowadzenie zabiegu spowodowało pogorszenie jego standardu życia na okres ponad roku – ograniczenie aktywności życiowych, stosowanie specjalnej diety. Oprócz szkody niemajątkowej powód wskazał także na szkodę majątkową, wyrażającą się w kosztach zakupów leków oraz kosztach uzyskania dokumentacji medycznej. Dodatkowo wyjaśnił, że został pozbawiony możliwości uzyskania dochodu, z uwagi na konieczności rezygnacji z pracy na umowę zlecenia jako ochroniarz przez okres 6 miesięcy. Na poparcie swojego stanowiska, że doszło do nieprawidłowości przy wykonywaniu zabiegu kolonoskopii, powód powołał się na postępowanie, które toczyło się przed Wojewódzką Komisją Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w S..

W odpowiedzi na pozew, (...) Szpital (...) - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie na jego rzecz od powoda kosztów postępowania. W uzasadnieniu pozwany podał, że badanie zostało wykonane zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej przez lekarza z II. stopniem specjalizacji z zakresu gastroenterologii, który od 1996r. wykonał ok. 8.000 badań kolonoskopii; perforacja jelita podczas zabiegu jest traktowana jako ryzyko zabiegu, nie błąd w sztuce lekarskiej i jest to typowe powikłanie, choć występujące rzadko (prawdopodobieństwo 0,07 - 0,26 %). Ustosunkowując się do finansowych roszczeń powoda, pozwany wskazał, że: nie zostały przedstawione dowody wskazujące na wykonywanie pracy przez powoda i utraty zatrudnienia w związku z procesem leczenia; kwota zadośćuczynienia nie powinna stanowić źródła wzbogacenia powoda natomiast żądanie powoda przekracza wartość jego 6-letnich zarobków. Pozwany zakwestionował także ustalenia Wojewódzkiej Komisji Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w S., wskazując przy tym, że skoro Komisja stwierdziła, że w trakcie zabiegu kolonoskopii doszło do przypadkowej perforacji ściany jelita grubego, to zaprzecza to twierdzeniu o niezręcznym i nieuważnym działaniu personelu medycznego placówki. Przynajmniej uszkodzenia - perforacji winna prowadzić w ocenie pozwanego do uwolnienia personelu od odpowiedzialności za zdarzenie.

W kwestii odmowy przyjęcia do szpitala J. K. w dniu 26 maja 2012r. pozwany podał, że powód zgłosił się wyłącznie z problemem dotyczącym zaburzenia czynności jelit (zaparcie); udzielono mu pomocy ale nie stwierdzono potrzeby hospitalizacji.

Wyrokiem z dnia 15 lipca 2016r. Sąd Okręgowy w Szczecinie oddalił powództwo oraz zasądził od J. K. na rzecz (...) Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. kwotę 5.013,24 zł tytułem kosztów procesu.

Podstawą powyższego rozstrzygnięcia były następujące okoliczności oraz wnioski: J. K. od długiego okresu miał problemy z trawieniem i zaparcia, co też zgłosił lekarzowi rodzinnemu. Podczas wizyty u lekarza rodzinnego w dniu 2 lutego 2012r. J. K. uzyskał skierowanie do pracowni diagnostycznej celem wykonania zabiegu kolonoskopii. Podstawą skierowania, wystawionego na prośbę powoda, było podejrzenie guza jelita grubego. W chwili poddania się zabiegowi powód miał 69 lat, prowadził zdrowy tryb życia, w tym uprawiał sport: jeździł rowerem.

Sąd ustalił, że przed zabiegiem endoskopowym i podaniem znieczulenia powód otrzymał formularz świadomej zgody na jego wykonanie. Formularz łączył elementy broszury informacyjnej, wywiadu oraz oświadczenia pacjenta. W

zakresie informacyjnym zostały wskazane powikłania z zaznaczeniem, że zdarzają się niezmiernie rzadko (0,35 %), w ramach których wymieniono przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (0,14 – 0,18 %), krwawienie (0,008 %), które zwykle wymagają natychmiastowej operacji. Pod tekstem zostało zamieszczone oświadczenie pacjenta o treści: „Wyrażam zgodę na wykonanie proponowanego zabiegu, jak również na ewentualne konieczne w tym przypadku dodatkowe zabiegi. Wyrażam zgodę na znieczulenie lub głębokie uspokojenie w celu przeprowadzenia badania endoskopowego”, które bez żadnych skreśleń powód podpisał imieniem i nazwiskiem.

Na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego Sąd stwierdził, że zabieg został wykonany 22 marca 2012r. w (...) Szpitalu (...) SP ZOZ, w Pracowni Endoskopowej, przez lekarza A. B.. Wskazany lekarz posiada specjalizację z gastroenterologii i wieloletnie doświadczenie praktyczne – wykonała około 8 – 9 tysięcy tego rodzaju zabiegów. Ustalono, że powód otrzymał znieczulenie dożylnie.

W toku badania, lekarz wykonujący stwierdził płynny stolec w odbytnicy, co wiązało się z koniecznością jej oczyszczenia. Po wprowadzeniu aparatu do esicy, lekarz stwierdziła liczne uchyłki, pomimo tego nie przerwała badania. Gdy aparat został wprowadzony do wysokości zgięcia esiczo – odbytniczego, esiczo – zstępne badanie zostało przerwane, ponieważ powód zgłosił silny ból. Lekarka podejrzewała jatrogenną perforację jelita grubego i z tego powodu po około 20 minutach obserwacji powoda wskazującej na wzdęty brzuch, skierowała go na RTG przeglądowe jamy brzusznej, które to ujawniło perforację przewodu pokarmowego – esicy. Niezwłocznie po uzyskaniu zdjęcia, powód został skierowany przez gastroenterologa na oddział chirurgiczny pozwanego szpitala w trybie nagłym, w celu operacyjnego leczenia wskazanej perforacji esicy, gdzie jeszcze tego samego dnia został poddany laparotomii, operacji sposobem Hartmana oraz płukaniu i drenażu jamy otrzewnej. W toku zabiegu chirurgicznego, chirurg J. G. (1) pobrał wycinek jelita grubego do badań histopatologicznych jak również stwierdzono kałowe zapalenie otrzewnej z koniecznością resekcji perforowanego odcinka jelita grubego. Na tym etapie została wyłoniona stomia.

Sąd ustalił, że w czasie pobytu w pozwanym szpitalu (22 marca – 2 kwietnia 2012r.) powód został zaopatrzony w worek stomijny i odpowiednie opatrunki jak również poinstruowano go w jaki sposób powinien dokonywać zmiany worka stomijnego. Na wypisie ze szpitala nie uczyniono adnotacji o zakazie pracy.

W przedmiocie niedogodność dla powoda związanych z procesem leczenia Sąd stwierdził, że początkowo sobie nie radził ze zmianą worka stomijnego, wobec czego korzystał z jednorazowych worków z naklejoną płytką, które podlegały refundacji przez NFZ. Wymianę worka powód opanował po 3 tygodniach po powrocie do domu; zdarzało się że robił to 3 razy w ciągu dnia; proces zakładania zajmował powodowi 15 minut. Środki higieniczne powód musiał nabywać we własnym zakresie. Nadto powód musiał zmienić przyzwyczajenia żywieniowe i przejść na dietę. Przez okres pół roku po pierwszej operacji powód stosował również pas stomijny, który utrudniał powodowi ruchy i stanowił źródło dyskomfortu – obawiał się obluźowania worka i zabrudzenia. Jednocześnie stosowanie worka i pasa stomijnego ograniczyły aktywność fizyczną powoda. Z uwagi na złe samopoczucie w dniu 26 maja 2012r. powód zgłosił się do pozwanego szpitala – po wykonaniu badań, specjalista chirurg nie stwierdził wskazań do hospitalizacji powoda, zalecając przy tym m.in. dietę lekkostrawną.

Następnie Sąd wskazał, że powód planowo został ponownie hospitalizowany w dniu 22 sierpnia 2012r. w celu wykonania zabiegu odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego, który wykonuje się nie szybciej niż po upływie 3 miesięcy od operacji z powodu perforacji jelita. W dniu 4 września 2012r. J. K. został poddany zabiegowi operacyjnemu odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego. Jednocześnie nie stwierdzono, że wcześniejszy zabieg operacyjny sposobem H. w okresie pooperacyjnym wywołał powikłań. Operacja okazała się udana, co pozwoliło powodowi 17 września 2012 r. uzyskać wypis ze szpitala.

Powód w związku z zakupem leków i materiałów opatrunkowych wydał 252,99 zł. Koszty uzyskania dokumentacji medycznej wyniosły powoda 80,96 zł.

Sąd ustalił, że powód od 1 sierpnia 2011 r. współpracował z (...) spółką z o.o. w W.. Jego praca polegała na monitoringu budynku Dyrekcji Lasów Państwowych: obserwowanie monitorów oraz czasami dokonywanie obchodu budynku. To

była dodatkowa praca powoda, do której wrócił na jakiś czas po drugiej operacji. Przerwa w pracy trwała od I. do II. zabiegu.

W przedmiocie postępowania przed Wojewódzką Komisją do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w S. Sąd wyjaśnił, że po rozpoznaniu sprawy z wniosku J. K. przeciwko Dyrektorowi (...) Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. wskazana Komisja uznała, że zdarzenie zgłoszone przez powoda we wniosku z 7 stycznia 2013 r. a polegające na wywołaniu rozstroju zdrowia w postaci perforacji ściany jelita grubego, będącej następstwem zabiegu kolonoskopii wykonanego 22 marca 2012r. w pozwanym szpitalu oraz następstw tego zdarzenia w postaci założenia stomii, konieczności wykonania ponownego zabiegu operacyjnego odtworzenia ciągłości odbytu i noszenia pasa brzuszno-stomijnego jest zdarzeniem medycznym. W uzasadnieniu orzeczenia Komisja stwierdziła, że do rozstroju zdrowia wnioskodawcy doszło w następstwie leczenia niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną: w działaniu lekarza zabrakło należytej staranności, co skutkowało działaniem wbrew aktualnej wiedzy medycznej. Według Komisji wyrażenie przez pacjenta zgody na dokonanie zabiegu jest bez znaczenia dla jego oceny przez pryzmat wymogu wykonania

zabiegu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

M. S. – Komendant pozwanego szpitala – w imieniu pozwanego i za pośrednictwem ww. Komisji złożył powodowi propozycję zapłaty 5.000 zł tytułem odszkodowania i zadośćuczynienia, którą powód odrzucił.

Sąd Okręgowy wskazał, że (...) S.A. zawarł z pozwanym szpitalem umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy usług opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w związku z prowadzoną działalnością w zakresie świadczeń we wskazanych w treści polisy placówkach medycznych. Okres ubezpieczenia obejmował przedział czasu od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r.. Pozwany szpital zgłosił ubezpieczycielowi ww. zdarzenie medyczne i informację o wysokości żądanego przez pacjenta świadczenia oraz wezwał do przystąpienia do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego.

Na podstawie opinii biegłego z zakresu gastroenterologii Sąd ustalił, że podejrzenie guza jelita grubego jest podstawowym wskazaniem do zabiegu kolonoskopii. W technice tego badania istnieje konieczność wprowadzenia kolonoskopu przez odbytu do światła jelita. Natomiast do dobrego uwidocznienia jelita konieczna jest insuflacja powietrzna, jak również określone działania mechaniczne wykonywane przez badającego pod kontrolą wzroku. W tej sytuacji możliwe jest powstanie nadciśnienia w świetle jelita. Ryzyko zabiegu zwiększają liczne uchyłki, nacieki zapalne lub nowotworowe, zwężenia światła jelita. W sytuacji powoda ryzyko podnosiły: masywna uchyłkowatość osłabiająca ścianę jelita i wiek badanego. Uchyłkowatość esicy w 90% przypadków przebiega bezobjawowo i stwierdzana jest w przypadku badań. Analiza opisów ocen histopatologicznych nie pozwala jednoznacznie wyeliminować zmian w ścianie jelita w miejscu perforacji. We wszystkich wycinkach pobranych u powoda, również ściany perforowanej, opisywane są nacieki zapalne i zmiany w tkance okołojelitowej, mające wpływ na jej odporność. Sytuacja ta może być przyczyną samoistnej perforacji ściany jelita lub jej większej podatności, w razie działań mechanicznych w czasie badania. Czynnikiem sprawczym może być manipulacja mechaniczna w czasie oczyszczania, w czasie zabiegu, insuflacja powietrzem. Zwykle szybkie działania chirurgiczne po stwierdzeniu perforacji (w ciągu kilku godzin) wykazują tylko niewielkie zmiany zapalne, co pozwala zszyć perforację jelita i pozostawić pod osłoną antybiotyków bez dalszych następstw.

Sąd stwierdził, że w przypadku powoda doszło do kałowego zapalenia otrzewnej, co z kolei wywołało konieczność resekcji perforowanego odcinka jelita. Sytuacja taka ma miejsce gdy do perforacji doszło wcześniej i stan zapalny trwa dłuższy czas. Jedną z możliwości perforacji jest uszkodzenie jelita w czasie wykonywania wlewów czyszczących (perforacja kanką). Ustalono, że w trakcie wykonywania zabiegu, w momencie zasygnalizowania przez powoda bólu, lekarz zareagował we właściwy sposób, świadczący o dużej czujności i postępowaniu zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej. Nadto kolonoskopia może być wykonywana ambulatoryjnie. W standardzie postępowania w podejrzeniu guza jelita grubego nie ma konieczności wykonania kolonoskopii w warunkach szpitalnych. Jest to badanie inwazyjne, jednak jest najbardziej cennym badaniem jelita i nie ma alternatywnych dla kolonoskopii badań.

Lekarz nie miał obowiązku zastanawiać się, czy są inne metody badania jelita u powoda.

Podczas przeprowadzania u powoda zabiegu kolonoskopii zachowane zostały w wystarczający sposób wszystkie możliwe środki ostrożności i nie doszło do błędu lekarskiego. Samo uszkodzenie jelita tylko przejściowo zaburzyło stan zdrowia powoda, nie wywołując trwałego uszczerbku na zdrowiu.

W oparciu o powyższe ustalenia stanu faktycznego Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że roszczenie powoda znajdujące oparcie w przepisach art. 445 §1 k.c. w związku z art. 444 k.c. w zw. z art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. a także w art. 361 § 1 k.c. nie zasługiwało na uwzględnienie. Sąd podkreślił, że powód dochodził od pozwanego szpitala zadośćuczynienia i odszkodowania za cierpienia i szkody jakie miało u niego wywołać nieprawidłowe, niezgodne z aktualną wiedzą medyczną i niestaranne przeprowadzenie zabiegu kolonoskopii przez A. B., lekarza zatrudnionego przez pozwany szpital. Tym samym przedmiotowe roszczenie jest związane z odpowiedzialnością deliktową, do której w przypadku pozwanego jako osoby prawnej i szkody powstałej u powoda w wyniku działania pracowników i podwładnych pozwanego, znajduje zastosowanie art. 416 k.c. w zw. z art. 430 k.c.. Analizując ostatni z powołanych przepisów Sąd zaakcentował, że statuuje on odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy.

Sąd wskazał, że dla przypisania danemu podmiotowi odpowiedzialności deliktowej muszą zostać spełnione kumulatywnie następujące przesłanki: powstanie szkody, zawinione działanie lub zaniechanie sprawcy i związek przyczynowy pomiędzy takim zachowaniem a powstaniem szkody. Dla przyjęcia odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga się uprzedniego stwierdzenia, że pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.). Sąd wyjaśnił, że spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego powstanie wymaga zaistnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego. Ponadto podał, że stwierdzenie błędu w sztuce medycznej, w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miał miejsce zabieg, jest całkowicie niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej – istotnym jest to, że czynność tę wykonał pracownik zakładu w ramach jego działalności. Podkreślił przy tym, że od błędu jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy szkody, odróżnić należy powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową, reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych. Ciężar dowodu w zakresie wykazania zarówno istnienia szkody i związku przyczynowego między powstaniem szkody a działaniem lub zaniechaniem sprawcy szkody, a także faktu, iż szkoda została wyrządzona z winy osoby pociągniętej do odpowiedzialności, spoczywa na poszkodowanym (art. 6 k.c.).

Według Sądu bezspornym w niniejszej sprawie było to, że u powoda doszło do perforacji jelita grubego na wysokości esicy. Natomiast spór pomiędzy stronami dotyczył tego, czy do wywołania u powoda rozstroju zdrowia doszło w następstwie bezprawnego i zawinionego zachowania pracowników pozwanego zakładu opieki zdrowotnej, a tym samym, czy można przypisać pracownikom pozwanego czyn niedozwolony pozostający w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą doznaną przez powoda. Sąd podkreślił, że zagadnienia sporne koncentrowały się wyłącznie na ustaleniu czy w trakcie wykonywania zabiegu kolonoskopii w dniu 22 marca 2012 r. u powoda dopuszczono się błędu w sztuce lekarskiej. Powód bowiem nie kwestionował prawidłowości pozostałych zabiegów jakim został poddany w konsekwencji perforacji jelita grubego, jak również nie było podważane, że powód został w sposób należyty poinformowany o planowanym zabiegu, jego zakresie oraz ewentualnych powikłaniach i że wyraził w sposób świadomy zgodę na ów zabieg.

W ocenie Sądu I. instancji zebrany w sprawie materiał dowodowy nie nasuwa wątpliwości, że J. K. wyraził zgodę na zabieg, która była zgodą uświadomioną, podjętą i świadomie wyrażoną wskutek prawidłowego poinformowania go o tym zabiegu, o jego skutkach, o wiążącej się z nim możliwości ewentualnych powikłań, w ramach których wskazano perforację jelita grubego. W konsekwencji Sąd nie znalazł podstaw do zasadnego postawienia lekarzowi zarzutu zaniechania poinformowania pacjenta szczegółowo o potencjalnym zagrożeniu, a tym samym naruszenia obowiązków wynikających z art. 31 ust. 1 w zw. z art. 34 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza

dentysty (Dz. U. z 2015r., poz. 464). Wobec prawidłowego poinformowania powoda o charakterze zabiegu jakiemu miał zostać poddany, wyklucza to odpowiedzialność pozwanego z tego względu.

Wobec powyższego Sąd w oparciu o zgromadzony materiał dowodowy dokonał analizy w zakresie czy w trakcie badania kolonoskopowego doszło do jakiegokolwiek błędu w sztuce medycznej, którego ostatecznie nie stwierdził. W ocenie Sądy perforacja jelita, która wystąpiła w trakcie tego badania stanowi powikłanie w kalkulowane w ryzyko kolonoskopii i nie jest tożsame z błędem medycznym. Sąd uznał, że pozwany nie dopuścił się winy, zaś perforacja jelita w związku z zabiegiem kolonoskopii była ryzykiem, który choć statystycznie występuje rzadko, to jednak w niniejszej sprawie zaistniał, co skutkuje brakiem odpowiedzialności pozwanego.

Opierając się na opinii biegłego sądowego z zakresu gastroenterologii Sąd Okręgowy stwierdził, że zabieg kolonoskopii został wykonany w sposób prawidłowy i zgodny z zasadami sztuki lekarskiej, co znajduje odzwierciedlenie również w pozostałych dowodach zgromadzonych w postępowaniu. Zauważył, że we wnioskach opinii biegły wskazał, że u powoda mogło dojść do samoistnej perforacji ściany jelita grubego, czy to pod wpływem manipulacji mechanicznej przy oczyszczaniu jelita, czy insuflacji powietrza, czy wreszcie przed zabiegiem, kiedy powód samodzielnie przygotowywał się do tego zabiegu zgodnie z wytycznymi. Sąd zważył, że obowiązkiem sądu nie jest ustalenie jaka była konkretnie przyczyna perforacji jelita grubego u powoda, a stwierdzenie czy działania personelu medycznego szpitala po pierwsze były podejmowane niezgodnie z aktualną sztuką medyczną i po wtóre czy doprowadziły do perforacji jelita grubego u powoda. Sąd wziął pod uwagę także i to na co zwrócił uwagę biegły tj. stwierdzone u powoda w trakcie laparotomii kałowe zapalenie otrzewnej, co sugeruje że perforacja wystąpiła wcześniej i stan zapalny trwał dłuższy czas.

W konsekwencji Sąd Okręgowy uznał, że postępowanie prowadzone z udziałem powoda w trakcie badania kolonoskopowego jakiemu został poddany w dniu 22 marca 2012r. było prawidłowe, a więc zgodne z zasadami sztuki medycznej, natomiast powikłania powstałe wskutek uszkodzenia jelita w trakcie kolonoskopii mieściły się w granicach ryzyka związanego z tym zabiegiem, o czym powód został pouczony. Tym samym w ocenie Sądu nie było podstaw do przyjęcia, że samo przeprowadzenie diagnostyki i procesu leczenia powoda przez pozwanego było niezgodne z obowiązującymi zasadami sztuki lekarskiej. Dodatkowo Sąd zauważył, że dokonany zabieg został wykonany na wniosek powoda uskarżającego się na długotrwałe zaparcia i problemy gastryczne, co mogło sugerować guza w jelicie. W przedmiocie konieczności przeprowadzenia badania kolonoskopowego u powoda, Sąd stwierdził posiłkując się treścią sporządzonej opinii biegłego, że lekarz pracujący w Pracowni Endoskopii nie ma obowiązku zastanawiać się nad zasadnością zleconego zabiegu i poszukiwać alternatywnych metod diagnostycznych a nadto wpisane rozpoznanie raka jelita grubego stanowi bezwzględny przesłankę do wykonania kolonoskopii.

Sąd wskazał, że dla poczynienia ustaleń faktycznych jak również rozważań kluczowe znaczenie miał dowód z opinii biegłego dr n. med. H. K., specjalisty chorób wewnętrznych i gastroenterologa, natomiast zarzuty postawione przez powoda do opinii głównej jak i uzupełniającej w ocenie Sądy były nietrafione. Sąd stwierdził, że uzyskał wyczerpującą odpowiedź na postawione biegłemu pytania w zasadzie już na etapie opinii głównej. Natomiast sporządzona w związku z zarzutami powoda opinia uzupełniająca wyjaśniła Sądowi przyczyny, dla których zarzuty są nietrafne. W konsekwencji co do pytania powoda czy postępowanie personelu pozwanego szpitala w stosunku do powoda było zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej, dostępnymi metodami leczenia, a lekarz przeprowadzający zabieg kolonoskopii dochował należytej staranności Sąd stwierdził, że dokumentacja medyczna nie wskazuje na niestaranność ze strony lekarza przeprowadzającego zabieg. Jednocześnie Sąd zauważył, że istnieje szereg okoliczności wskazujących na możliwość powstania perforacji w innym momencie niż podczas samego wykonywania zabiegu kolonoskopii o czym świadczy pojawienie się kałowego zapalenia otrzewnej. Ponadto Sąd wziął pod uwagę, że lekarz w momencie zasygnalizowania bólu przez powoda odstąpił od kontynuowania zabiegu, a powód został niezwłocznie skierowany na badania, a następnie poddany operacji - w świetle zgromadzonych w tego typu sytuacjach doświadczeń nie powinno dojść do tego typu powikłania jak miało to miejsce u powoda. Opierając się na opinii biegłego Sąd stwierdził, że z koniecznością resekcji jelita mamy do czynienia gdy perforacja wystąpiła wcześniej, co tym samym poddaje w wątpliwość możliwość dojścia do perforacji jelita grubego powoda w momencie wykonywania

zabiegu kolonoskopii. W ocenie Sądu wskazywało to raczej na czynności przygotowawcze do tego zabiegu, a tym samym odmienny mechanizm powstania uszkodzenia jelita, co czyni zarzut stawiany lekarzowi niesłusznym.

Odnośnie stwierdzonych u powoda w jelicie grubym licznych uchyłek Sąd stwierdził, że o ile wówczas zabieg jest wykonywany z podwyższonym ryzykiem, tym niemniej w większości przypadków uchyłki wykrywane są dopiero podczas badania kolonoskopowego, co nie stanowi przesłanki jego zaprzestania, a jedynie wzmożonej ostrożności – nie ma innej możliwości stwierdzenia uchyłkowatości jelita. Za błędne Sąd uznał rozumowanie, że zachowanie wzmożonej ostrożności wyklucza możliwość pomyłki, bowiem nawet przy zachowaniu bardzo wysokiego poziomu ostrożności może dojść do uszkodzenia jelita podczas badania kolonoskopowego u osoby ze stwierdzoną uchyłkowatością jelita. Lekarz stwierdzając uchyłki nie miał obowiązku zaprzestania badania, bo ich stwierdzenie nie jest przeszkodą dla tego badania, jednak taka sytuacja wymaga jedynie zastosowania odpowiednich technik. Nadto powód nie zdołał wykazać, że lekarz przeprowadzający zabieg nie zachował należytej ostrożności. Z tej przyczyny Sąd uznał, że stwierdzona u powoda perforacja jelita grubego, nie jest dowodem niedbałego i niezgodnego ze sztuką oraz wiedzą lekarską działania lekarza.

Sąd wskazał, że biegły jednoznacznie odpowiedział na pytanie w kwestii ryzyka powikłania zabiegu, jego wystąpienia i wskazań medycznych do jego wykonania. Skierowane natomiast pytanie w zakresie szczegółowych opisów technik przeprowadzenia badania było w ocenie Sądu zbędne, bowiem ani strony ani Sąd nie dysponują wiedzą profesjonalną w danej dziedzinie. Zadaniem natomiast biegłego jest udzielenie wyjaśnienia w zakresie istoty problemu, nie zaś dywagacje na temat określenia szczegółowo środków ostrożności, które według Sądu prowadzą się do zachowania szczególnej ostrożności i wykorzystania bogatego doświadczenia nabytego w trakcie dotychczas wykonanych zabiegów. Nadto Sąd uznał, że biegły w wyczerpujący sposób odniósł się do wyników badania histopatologicznego, a dotyczących braku zmian osłabiających ścianę jelita w miejscu, gdzie nastąpiła perforacja; wyjaśnił kwestię leczenia ambulatoryjnego jak i alternatywnych metod przeprowadzenia badania.

W konsekwencji Sąd ocenił opinię biegłego H. K. jako wartościową dla czynienia ustaleń w niniejszej sprawie, dokonaną przez osobę do tego kompetentną; nie miał zastrzeżeń co sposobu sformułowania odpowiedzi w obu opiniach, ponieważ wyczerpująco wyjaśniono przedstawione biegłemu zagadnienia leżące w obszarze zainteresowania Sądu i są przekonujące w zakresie sformułowanych wniosków. Opinia była jasna i jednoznaczna, a wnioski w niej zawarte zostały logicznie uzasadnione, stanowiąc konsekwentne zwięzłe przedstawienie w opinii procesu rozumowania.

Odnośnie dowodów w postaci dokumentów (w tym dokumentacji medycznej stworzonej w toku procesu leczenia powoda), szczegółowo wymienionych przy stanie faktycznym, Sąd ocenił je jako wiarygodne, a których treści nadto strony nie kwestionowały. W przedmiocie orzeczenia Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych z dnia 22 maja 2013 r. (sygn. KW – 2/2013) i poczynionych przez nią ustaleń, Sąd nie podzielił wniosków wskazanej Komisji, które w jego ocenie zostały skutecznie podważone treścią dowodu z opinii biegłego przeprowadzonej w niniejszym procesie. Sąd podkreślił przy tym, że w toku postępowania przed Komisją nie przeprowadzono dowodu z opinii biegłego specjalisty, jak również nie rozważono możliwości uznania skutku w postaci perforacji jelita grubego jako powikłania przeprowadzonego zabiegu. Marginalnie Sąd dokonał analizy podstawy prawnej funkcjonowania wymienionej komisji, w tym zasad powoływania członków komisji.

Sąd Okręgowy za wiarygodne uznał zeznania świadków A. S. oraz J. G. (1), które były spójne i logiczne, a nadto korespondujące z pozostałym materiałem dowodowym, w tym z opinią biegłego. Sąd jako wiarygodne ocenił również zeznania świadka A. K. – córki powoda, choć z uwagi na nieprzyjęcie, że perforacja jelita była błędem medycznym, jej zeznania w przedmiocie niedogodności, których doświadczył powód nie były przydatne w sprawie.

Wobec powyższego z uwagi na brak podstawy prawnej odpowiedzialności pozwanego, Sąd Okręgowy oddalił powództwo. Orzeczenie o kosztach nastąpiło na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c. statuującego zasadę odpowiedzialności za wynik procesu. Zdaniem Sądu w sprawie nie zaistniały przesłanki do zastosowania dobrodziejstwa w postaci przepisu art. 102 k.p.c., z uwagi na brak podstaw do przyjęcia, że jego sytuacja procesowa

i pozaprosowa powoda uzasadniała tezę o spełnieniu przesłanki „szczególnie uzasadnionego wypadku”, wskazanej w powołanym przepisie.

Apelację od powyższego wyroku wywiódł powód, zaskarżając go w całości i zarzucając mu następujące naruszenia:

1. nierozpoznanie istoty sprawy i uchylenie się od orzeczenia w tym zakresie przez Sąd I. instancji z uwagi na przyjęcie, że zabieg kolonoskopii obejmuje wyłącznie wprowadzenie sondy zakończone diagnozowaniem jelita, natomiast proces wstępny obejmujący czyszczenie jelita za pomocą wprowadzonej sondy przed właściwym oglądaniem jelit (zabieg przygotowawczy), który wykonywany jest przez tego samego lekarza w ramach jednego zabiegu, stanowi oddzielne zagadnienie i nawet jeśli jest źródłem szkody to nie było objęte żądaniem pozwu ani stanowiskiem strony powodowej w toku postępowania, podczas gdy pod pojęciem zabiegu kolonoskopii według powoda należy rozumieć wszystkie czynności, które zostały wykonane przez lekarza dokonującego zabieg, na co składa się proces wstępny jak i diagnostyczny;
2. naruszenie prawa materialnego tj. art. 2 ust.1 pkt 10 ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej wskutek błędnego uznania, że mechaniczne oczyszczanie oraz insulfacja powietrzem przez lekarza wykonującego badanie kolonoskopii nie jest częścią zabiegu, podczas gdy świadczenie zdrowotne polega na działaniu, które służy zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
3. sprzeczność istotnych ustaleń Sądu Okręgowego ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym polegającą na tym, że Sąd I instancji stwierdził, że powód najpewniej doznał perforacji jelita grubego w trakcie czynności przygotowawczych dokonanych przez powoda samodzielnie pomimo, że: taki wariant wskazał biegły jako możliwy w przypadku wykonania ewentualnie samodzielnie przez powoda oczyszczenia jelita w postaci wlewów czyszczących, przy czym biegły zaznaczył, że nie miał wiedzy odnośnie tego czy takie czynności były przez powoda wykonywane oraz z materiału zgromadzonego w sprawie nie wynika aby powód przygotowywał się do zabiegu poprzez wykonanie samodzielnie wlewów czyszczących;
4. obrazę przepisów postępowania tj. art. 286 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku strony powodowej o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego pomimo, że opinia biegłego z dnia 06.10.2014r. oraz opinia uzupełniająca z dnia 25.03.2015r. były nieweryfikowalne zarówno przez strony jak i sąd z uwagi na brak wiadomości specjalnych po ich stronie oraz z uwagi na to, że biegły sądowy wskazywał od samego początku, że dopuszcza wszelkie warianty jako źródła perforacji jelita a jednak a priori wykluczył okoliczność winy lub brak należytej staranności po stronie lekarza, ponieważ lekarzem przeprowadzającym zabieg był doświadczony specjalista, co z góry przekreśla jakiegokolwiek uchybienie po jego stronie;
5. naruszenie art. 227 k.p.c. w zw. z art. 217 §1 i 2 k.p.c. poprzez niewyjaśnienie wszystkich okoliczności mających dla sprawy istotne znaczenie na skutek odmowy dopuszczenia dowodu z zeznań świadka J. G. zgłoszonego dwukrotnie przez stronę powodową po opinii biegłego głównej oraz uzupełniającej, którego konieczność przeprowadzenia wynikała z odmiennej oceny i analizy dokonanej przez biegłego a dotyczącej wyniku badania histopatologicznego wykonanego przez świadka J. G..

W oparciu o tak sformułowane zarzuty, powód wniósł o chylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I. instancji oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania odwoławczego. Ewentualnie powód wniósł o: dopuszczenie dowodu z zeznań świadka J. G., na okoliczność wyników histopatologicznych dotyczących wycinków jelita powoda, stanu jelita, możliwych przyczyn jego osłabienia; dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu medycyny na okoliczności wskazane w postanowieniu Sądu Okręgowego z dnia 1 lipca 2014 r. oraz 2 lutego 2015r. oraz na odpowiedź na pytanie czy uchyłkowatość jelita występująca u powoda miała wpływ na możliwość popełnienia błędu przez lekarza wykonującego zabieg kolonoskopii. W konsekwencji o zmianę zaskarżonego wyroku i orzeczenie co do istoty sprawy poprzez zasądzenie od pozwanej na rzecz powoda kwoty 100.000 zł z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz zasądzenie

na rzecz powoda od pozwanego kosztów postępowania przed Sądem I. instancji. Nadto o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania odwoławczego.

W uzasadnieniu przedłożonej apelacji powód rozwinął argumentację w zakresie zasadności podniesionych zarzutów i konieczności zmiany wyroku w kierunku przez niego wskazanym.

W odpowiedzi na apelację powoda, pozwany, wniósł o jej oddalenie w całości, oraz o zasądzenie na jego rzecz od powoda zwrotu kosztów postępowania za II. instancję. W uzasadnieniu złożonego pisma procesowego, pozwany szeroko ustosunkował się do podniesionych przez powoda zarzutów, wykazując ich bezzasadność i brak podstaw do wydania orzeczenia kasatoryjnego jak i reformatoryjnego przez Sąd odwoławczy.

Sąd Apelacyjny ustalił co następuje.

Ekspertyza histopatologiczna stanowi ocenę stanu faktycznego na podstawie badanej tkanki, co do której nie dokonuje się oceny przyczyny powstania zmian w postaci perforacji (dziura w jelicie), owrzodzenia, nacieków zapalnych, uchyłków (uwypuklenie ściany jelita). W tym badaniu nie jest możliwe stwierdzenie czy w miejscu, gdzie doszło do perforacji była jakaś zmiana w ścianie jelita grubego. Na podstawie stwierdzonej perforacji nie jest możliwe jednoznacznie stwierdzenie co było jej przyczyną jak również czy perforacja jelita nastąpiła przed zabiegiem kolonoskopii. W przypadku choroby uchyłkowej jelita grubego następuje osłabienie ścianki jelita, a występujące uchyłki świadczą o tym, że cała ściana jest zmieniona, nie tylko fragment w którym pojawiają się uchyłki. Uchyłek występuje w miejscu najbardziej uszkodzonej ściany jelita. W badaniu makroskopowym nie widać osłabienia ścianek jelita, tylko że tkanka jest uszkodzona. J. G. zaprzeczył, że na podstawie sporządzonej przez niego ekspertyzy histopatologicznej można wyprowadzić wniosku, że w przypadku J. K. w trakcie zabiegu kolonoskopii doszło do przedziurawienia zdrowej części jelita. Stwierdzone okoliczności w przeprowadzonym badaniu histopatologicznym, nie przeczą że prawdopodobną przyczyną była perforacja samoistna ściany jelita. Normalna, zdrowa ściana jelita nie pęka. Pęknięcie ściany jelita jest związane z zapaleniem otrzewnej. Osoba z perforacją może przez dłuższy czas nie odczuwać objawów.

Dowód: zeznania świadka J. G. (rozprawa z 20 października 2016r. e-protokół 00:01:19 – 00:38:42); protokół zeznań świadka J. G. złożonych przez Wojewódzką Komisję ds. orzekania o Zdarzeniach medycznych z 22 maja 2013r.(k. 360-362)

Biegły sądowy podtrzymał swoje dotychczasowe wnioski ze sporządzonych opinii, po zapoznaniu się z transkrypcją protokołu z rozprawy z dnia 20 października 2016r. zawierającej zeznania świadka J. G., kserokopią ekspertyzy histopatologicznej (...) oraz kserokopią protokołu zeznań wskazanego świadka przed Wojewódzką Komisją do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, sygn. akt (...). Przy infiltracji powietrza do jelita grubego mogło dojść do jego uszkodzenia, jednak stanowi to dopuszczalne ryzyko (powikłanie), z którym pacjent się godził wyrażając zgodę na zabieg. Brak dowodu na to, że insuflacja jelita grubego doprowadziła do uszkodzenia. Zabieg na J. K. został wykonany w sposób prawidłowy, podane leki były właściwe, stopień oczyszczenia jelita grubego nie stanowił przeciwwskazania do niekontynuowania zabiegu (płyn czyszczący oraz resztki pokarmowe). Do uszkodzenia jelita grubego może dojść przy wykonywaniu czynności przygotowawczych. Obowiązkiem pacjenta jest przygotowanie się do badania kolonoskopowego, które może polegać na robieniu wlewów czyszczących. Uchyłka ze zdrową tkanką mogłaby zostać pomyłona przez niedoświadczonego lekarza, nie zaś specjalistę. Samoistna perforacja stanowi rezultat różnych czynników np. samodzielne badanie przez pacjenta, uszkodzenie mechaniczne, wiek pacjenta, nacisk na ściany jelita, nacieki zapalne, widoczne uchyłki, co mieści się w zakresie ryzyka powikłań po zabiegu kolonoskopii. Za samoistną perforacją jelita przemawia brak mechanicznych czynników, które mogłyby spowodować uszkodzenie jak również czynniki ryzyka jak wiek pacjenta, nacieki zapalne oraz uchyłki występujące w jelicie. Biegły nie miał podstaw do stwierdzenia, że lekarz wykonujący zabieg na J. K. dopuścił się nienależytej staranności, ponieważ została zachowana prawidłowa metodologia zabiegu, w sposób właściwy i profesjonalny zareagowano na zgłoszone przez J. K. dolegliwości. Przedsięwzięte środki ostrożności w czasie zabiegu były wystarczające, ponieważ nie stwierdzono nietypowych zapisów w dokumentacji medycznej, w tym w opisie badania.

Dowód: ustne wyjaśnienia pisemnej opinii biegłego H. K., złożone na

rozprawie w dniu 30 listopada 2016r. przed Sądem Apelacyjnym w Szczecinie w trybie art. 286 k.p.c.; pismo sądowe z dnia 28 października 2016r. (k. 405)

Sąd Apelacyjny zważył co następuje.

Apelacja jako nieuzasadniona podlegała oddaleniu w całości.

Odnosząc się w pierwszej kolejności do zarzutów naruszenia przepisów prawa procesowego, które w zasadniczej swojej części zmierzały do podważenia prawidłowości poczynionych przez Sąd Okręgowy ustaleń na podstawie opinii biegłego, stwierdzić należy, że ustalenia faktyczne poczynione w tej sprawie przez Sąd pierwszej instancji są co do zasady prawidłowe i zasługują na pełną akceptację. Niemniej jednak Sąd Odwoławczy uznał za konieczne uzupełnienie postępowania dowodowego o protokół z zeznań świadka J. G. złożonych na posiedzeniu Wojewódzkiej Komisji do spraw Orzekania od Zdarzeniach Medycznych w S. z dnia 22 maja 2013r., wobec ich braku w aktach komisji prowadzonych pod sygnaturą (...) a załączonych do akt niniejszej sprawy, oraz o zeznania J. G., które zostały złożone przed Sądem Apelacyjnym w Szczecinie, jak również o ustne wyjaśnienia do pisemnej opinii sporządzonej przez biegłego H. K.. Sąd Apelacyjny bowiem uznał za uzasadniony zarzut powoda w zakresie nieprzeprowadzenia dowodu z zeznań świadka J. G., a który przeprowadzał ekspertyzę histopatologiczną wyciętego fragmentu jelitego grubego u powoda. Konieczność przeprowadzenia postępowania dowodowego w tym zakresie wynikała z faktu, że w załączonych do niniejszych sprawy akt Wojewódzkiej Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych prowadzonych pod sygnaturą (...), nie załączono protokołu posiedzenia z dnia 22 maja 2013r. na której zeznawał świadek J. G., jak również nie przesłuchano J. G. w sytuacji, gdy istniały uzasadnione wątpliwości w jaki sposób należałoby interpretować sporządzoną ekspertyzę histopatologiczną wobec rozbieżnych poglądów reprezentowanych przez powoda jak również przez biegłego sądowego H. K. co do wniosków z badania.

W wyniku przeprowadzenia postępowania dowodowego w tym zakresie oraz materiału dowodowego zgromadzonego na etapie postępowania pierwszoinstancyjnego Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że oparte na zeznaniach świadka J. G. przed (...) Komisją ds. zdarzeń medycznych oraz badaniu histopatologicznym twierdzenia powoda, nie znalazły potwierdzenia w zeznaniach J. G. złożonych na etapie postępowania odwoławczego. Wskazany świadek bowiem sprecyzował swoje wnioski wskazując, że na podstawie sporządzonej przez niego ekspertyzy histopatologicznej nie jest zasadnym wyprowadzenie konkluzji, że w przypadku J. K. w trakcie zabiegu kolonoskopii doszło do przedziurawienia zdrowej części jelita, jak również wskazany świadek nie zaprzeczył, że mogło dojść do samoistnej perforacji jelita grubego u powoda w trakcie przeprowadzania zabiegu medycznego z uwagi na stwierdzoną u powoda uchyłkowość mającą przełożenie na osłabienie ścianek jelita grubego. Nie potwierdził także, że badana przez niego tkanka była zdrowa. Natomiast biegły H. K. podtrzymał swoje dotychczasowe wnioski, uwzględniając przy tym materiał dowodowy zgromadzony na etapie postępowania apelacyjnego – że lekarz prowadzący zabieg nie dopuścił się nienależytej staranności, a przedsięwzięte przez niego środki ostrożności były adekwatne do sytuacji. Również wskazał, że nawet gdyby do perforacji doszło na etapie insuflacji powietrza to nie można tego traktować jako błędu medycznego, lecz możliwe powikłanie, na które powód jako pacjent wyraził zgodę podpisując oświadczenie. W konsekwencji nie ma podstaw do przyjęcia, że opinie biegłego, na których oparł swoje ustalenia Sąd Okręgowy były sprzeczne z pozostałym materiałem dowodowym, niemożliwe do zweryfikowania.

Wobec powyższego argumentacja powoda odnośnie naruszenia przez Sąd Okręgowy art. 286 k.p.c. i w związku z tym nieuzasadniona odmowa przeprowadzenia dowodu z opinii innego biegłego, nie zasługiwała na uwzględnienie. Wskazać należy, że zadaniem biegłego jest udzielenie sądowi, na podstawie posiadanych wiadomości fachowych i doświadczenia zawodowego, informacji i wiadomości niezbędnych do ustalenia i oceny okoliczności sprawy. W niniejszej sprawie były to zagadnienie czy w trakcie wykonywania zabiegu kolonoskopii u powoda w dniu 22 marca 2012r. dopuszczono się błędu w sztuce lekarskiej. Podkreślenia wymaga, że z samej istoty dowodu z opinii biegłego w danej dziedzinie wynika to, że biegły wypowiada się na temat wymagający wiadomości specjalnych co niejako siłą rzeczy ogranicza szansę pełnego zrozumienia opinii przez osoby niebędące fachowcami w danej

dziejnie. Niemniej jednak nie można wykluczyć, że opinia dotycząca najbardziej skomplikowanych zagadnień będzie zrozumiała dla laika, co też w praktyce się zdarza. Jednakże funkcją uzasadnienia opinii jest przede wszystkim jej weryfikowalność, polegająca na tym, że w oparciu o jej treść przedstawiającą mechanizm rozumowania biegłego, jest możliwe skontrolowanie zasadności jego stanowiska na dany temat. Przedmiotową kontrolę dokonuje sąd meriti na zasadach ogólnych (por. art. 233 §1 k.p.c.), który w sytuacji powzięcia wątpliwości w przedmiocie treści opinii, zarówno własne jak i podnoszone przez uczestników postępowania, może je usunąć żądając ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie przez danego biegłego, a w razie potrzeby zażąda też dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych (por. wyrok SN z dnia 19 maja 1998 r.; sygn. akt II UKN 55/98; Legalis nr 43248). Tego ostatniego w istocie powód się domagał wskazując, że sposób sformułowania opinii przez biegłego uniemożliwia jej weryfikację, z uwagi na brak wiadomości specjalnych tak u strony jak i u sądu orzekającego; jak również w ocenie powoda dokonano błędnego założenia odnośnie sposobu działania przez lekarza prowadzącego zabieg.

W tym miejscu wymaga podkreślenia, że Sąd nie jest obowiązany dążyć do sytuacji, aby opinią biegłego zostali przekonani uczestnicy postępowania, co zresztą najczęściej wyklucza się wzajemnie, ponieważ opinia korzystna dla jednych, co do zasady nie przekonuje pozostałych. Wystarczy, że opinia jest przekonująca dla sądu, który wiążąco dokonuje oceny, czy biegły wyjaśnił wątpliwości zgłoszone przez stronę, jak to ma miejsce w niniejszej sprawie. Sąd Okręgowy natomiast w pisemnym uzasadnieniu dokonał szerokiej oceny obu pisemnych opinii biegłego, przy uwzględnieniu podnoszonych przez powoda zastrzeżeń i uwag – w ocenie Sądu zostały udzielone odpowiedzi na wskazane pytania w postanowieniach dowodowych (k. 237 i k. 265), ponieważ wyjaśniono w oparciu o dokumentację medyczną, w tym zapis przebiegu postępowania w trakcie zabiegu medycznego, badanie histopatologiczne czy zabieg został wykonany w sposób niestaranny czy zachowano środki ostrożności; wskazano czy było możliwe przeprowadzenie innego badania zamiast kolonoskopii w sytuacji podejrzenia raka jelita grubego u powoda oraz w jakich warunkach powinno ono być wykonane; czy perforacja jelita grubego stanowi powikłanie zabiegu kolonoskopii; czy doszło do błędu medycznego; jakie były czynniki zwiększające ryzyko zaistnienia powikłania w postaci perforacji jelita grubego; czy a jeśli tak to ile wynosi ewentualny uszczerbek na zdrowiu u powoda, w oparciu o które następnie Sąd dokonywał ustaleń faktycznych. Sąd ocenił, że sformułowane przez biegłego odpowiedzi na postawione pytania były jasne i klarowne oraz wyczerpały badane zagadnienie, a wnioski biegłego stanowiły logiczną konsekwencję zaprezentowanego przez biegłego rozumowania i były przekonujące.

W oparciu o dokonaną ocenę istnieje obiektywna podstawa do przyjęcia, że biegły w sposób wyczerpujący odpowiedział na postawione mu pytania, co pozwala na konkluzję, że nie było konieczne przeprowadzanie dowodu z opinii innego biegłego, wobec uznania, że wątpliwości powoda w tym zakresie zostały usunięte w toku postępowania odwoławczego.

Wymaga także zauważenia, że argumentacja strony skarżącej w tym względzie charakteryzuje się brakiem spójności – gdyby bowiem uznać ją za słuszną i dopuścić dowód z opinii nowego biegłego to nie można wykluczyć, że również w tym przypadku zostałyby zgłoszone zarzuty nieweryfikowalności opinii wobec nieposiadania przez powoda specjalistycznej wiedzy z zakresu medycyny, zwłaszcza w sytuacji gdyby opinia była niekorzystna dla powoda.

Ponadto wbrew twierdzeniom powoda, podstawą do przyjęcia prawidłowości przebiegu postępowania w trakcie zabiegu kolonoskopowego nie był fakt jego przeprowadzenia przez doświadczonego lekarza, lecz biegły to stwierdził w oparciu o opis zabiegu, dokumentację medyczną, podjęte działania po zgłoszeniu bólu przy badaniu, które według biegłego były zdecydowane i szybkie a nadto zgodne z zasadami sztuki lekarskiej (k. 274, k. 240-242). Co więcej zasadnie biegły sądowy wziął pod uwagę także swoje doświadczenie zawodowe wynikające z samodzielnego przeprowadzania badań kolonoskopowych. Powołany biegły sądowy w żadnym fragmencie swoich opinii nie stwierdził, że nie mogło dojść do uchybienia w należytej staranności przy przeprowadzaniu zabiegu jak i zawinonego działania, ponieważ lekarza wykonujący zabieg był doświadczony, jednak wskazał na małe prawdopodobieństwo w tym zakresie w niniejszej sprawie z uwagi na przebieg zabiegu i stwierdzone w czasie niego okoliczności.

Przedstawiona przez powoda argumentacja uzasadniająca konieczność powołania nowego biegłego w istocie stanowi przejaw niezadowolenia strony z treści opinii, która to okoliczność sama w sobie nie uzasadnia potrzeby dopuszczenia

przez sąd dowodu z opinii innych biegłych (por. wyrok SN z 6.10.2009 r., sygn. akt II UK 47/09, Legalis 288243). To na stronie wnioskującej spoczywa obowiązek wykazania okoliczności uzasadniających powołanie kolejnego biegłego a więc zaistnienia błędów, sprzeczności lub innych wad opinii, które dyskwalifikują opinię, ewentualnie uzasadniają powołanie dodatkowych opinii (por wyrok SN z 16 września 2009 r., sygn. akt I UK 102/09, Legalis nr 285249). Tym samym w sytuacji jak niniejsza sąd nie jest zobligowany do dopuszczenia dowodu z opinii kolejnego biegłego, gdy jedna ze stron postępowania nie jest zadowolona z jej treści i faktycznie dąży do powołania nowego biegłego w celu „sprawdzenia” już wydanej opinii (por. wyrok SN z dnia 7 kwietnia 2005 roku, sygn. akt II CK 572/04, Lex nr 151656, postanowienie SN z 19 sierpnia 2009 roku, sygn. akt III CSK 7/09, Lex nr 533130; wyrok Sadu Apelacyjnego w Poznaniu z 13 stycznia 2016 roku, sygn. akt III AUa 2061/14, Lex nr 2025585).

Wobec powyższych uwag Sąd Apelacyjny nie dopatrył się w argumentacji powoda żadnych argumentów przemawiających za tym, że istniała obiektywna potrzeba skorzystania z opinii innego biegłego sądowego w specjalizacji z zakresy medycyny niż biegły lekarz, z którego opinii dowód posłużył do poczynienia ustaleń faktycznych będących podstawą rozstrzygnięcia, uzupełnionych w toku postępowania odwoławczego. Sąd odwoławczy uznał wnioski opinii podstawowej, uzupełniającej pisemnej jak i ustne wyjaśnienia biegłego H. K. za w pełni wiarygodne, ponieważ zostały uzasadnione w sposób rzetelny, zgodny z zasadami logicznego rozumowania. Zaprezentowane przez biegłego wnioski znajdowały oparcie w materiale dowodowym niniejszej sprawy, w szczególności z dokumentami medycznymi jak również były kompatybilne z wyjaśnieniami świadka J. G. przesłuchanego na etapie postępowania apelacyjnego, który nie wykluczył możliwości samoistnej perforacji jelita grubego. W konsekwencji nie można było stwierdzić błędów w rozumowaniu biegłego i niepełność wywodu, na którą wskazywała strona powodowa, z uwagi na poczynione przez wskazanego świadka doprecyzowanie w zakresie wniosków wykonanego przez siebie badania histopatologicznego. Sąd Okręgowy słusznie uznał, że biegły w sposób wystarczający się odniósł do środków ostrożności, które powinny zostać powzięte w sprawie. Jednocześnie dotychczasowe doświadczenie zawodowe biegłego stanowi gwarancję prawidłowości dokonanych ustaleń a jego wywody jako wewnętrznie spójne prowadzą do logicznych wniosków. Konsekwencją tego było oddalenie wniosku dowodowego zgłoszonego przez stronę powodową o powołanie kolejnego biegłego sądowego celem zbadania powyższych okoliczności na etapie postępowania apelacyjnego.

W konsekwencji, po uzupełnieniu postępowania dowodowego Sąd Apelacyjny podzielił dokonane przez Sąd Okręgowy ustalenia faktyczne i przyjął je za własne czyniąc integralną częścią swojego stanowiska, i uznając za zbędne ich ponowne szczegółowe przytaczanie w tym miejscu. Przechodząc w tym miejscu do dalszych zarzutów przepisów prawa procesowego zaakcentować należy, że zarzut błędu w ustaleniach faktycznych może zostać uznany za trafny jedynie wówczas, gdy skarżący wykaże, że poczynione przez sąd ustalenia nie znajdują oparcia w całościście zebranego w sprawie materiału dowodowego, bądź że ocena poszczególnych dowodów pozostaje w sprzeczności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego czy wskazaniem wiedzy. Zaznaczyć przy tym należy, że do przyjęcia trafności zarzutu nie wystarcza wskazanie innej, możliwej na gruncie zebranych dowodów wersji faktycznej, ale konieczne jest wskazanie, które z istotnych dla rozstrzygnięcia sporu dowody zostały pominięte, bądź które z nich ocenione zostały z naruszeniem przywołanych wyżej zasad. Środek odwoławczy zawierający zarzut błędu w ustaleniach faktycznych, nie spełniający powyższych wymagań, stanowi w istocie rzeczy jedynie bezpodstawną polemikę ze stanowiskiem sądu, korzystającym z ochrony przewidzianej w art. 233 k.p.c.. Natomiast zarzut obrazy tego przepisy wymaga wykazania, na czym polegały błędy w ocenie konkretnych dowodów, z czego miałyby wynikać, że dokonana przez sąd ocena przekracza granice swobodne, a jest oceną dowolną, niezajdującą oparcia w zasadach prawidłowego rozumowania, wskazaniach wiedzy lub doświadczenia życiowego.

Pierwszym zarzutem sformułowanym przez powoda był zarzut nierozpoznanie istoty sprawy z uwagi na to, że Sąd I. instancji miał ustalić, że zabieg kolonoskopii obejmuje wyłącznie czynność wprowadzenia sondy zakończone diagnozowaniem jelita, bez procesu wstępnego jak czyszczenie jelita. Tym samym skoro zabieg kolonoskopii nie obejmuje procesu wstępnego jak i diagnostycznego, skutkowało to w ocenie powoda błędnym przyjęciem, że ewentualne uznanie, że działania podejmowane w ramach zabiegu przygotowawczego są źródłem szkody, nie mają znaczenia z uwagi na nieobjęcie go żądaniem pozwu. W tym miejscu wskazać należy, że zgodnie z ugruntowanym w

orzecznictwie poglądem, nierozpoznanie istoty sprawy oznacza zaniechanie przez sąd pierwszej instancji zbadania materialnej podstawy żądania pozwu albo pominięcie merytorycznych zarzutów pozwanego (por. wyrok SN z dnia 23 września 1998 r., II CKN 897/97, OSNC z 2000 r. z. 1, poz. 22 oraz wyrok tego Sądu z dnia 17 listopada 1999 r., III CKN 450/98, OSNC z 2000 r. z. 5, poz. 97; postanowienie SN z dnia 10 listopada 2016 r.; sygn. akt IV CZ 63/16; Legalis nr 1533090; postanowienie SN z dnia 28 września 2016 r.; sygn. akt III CZ 33/16; Legalis nr 1522368). Przepis art. 386 § 4 k.p.c. stanowi natomiast, że w razie nierozpoznania przez sąd pierwszej instancji istoty sprawy, sąd odwoławczy może uchylić zaskarżony wyrok i przekazać sprawę do ponownego rozpoznania. Treścią normy prawnej zawartej w tym przepisie jest upoważnienie do wydania przez sąd odwoławczy orzeczenia kasatoryjnego w określonych sytuacjach procesowych, jako wyjątku od zasady orzekania co do meritum sporu w tym postępowaniu. Jego brzmienie wskazuje jednocześnie na to, że nie zachodzi obowiązek prowadzenia przez sąd drugiej instancji postępowania dowodowego zmierzającego do wyjaśnienia rzeczywistej treści stosunków faktycznych i prawnych w sytuacji, gdy sąd pierwszej instancji zaniechał rozważenia poddanych przez strony pod osąd żądań i twierdzeń, jak również, gdy nie dokonał oceny przeprowadzonych dowodów i pominął mogące mieć wpływ na rozstrzygnięcie meritum sporu dowody zawnioskowane przez strony dla ustalenia faktów istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy.

Natomiast w ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd I. instancji rozpoznał tak rozumianą istotę sprawy, ponieważ po przeprowadzeniu postępowania nie uwzględnił powództwa wobec niewykazania wszystkich przesłanek koniecznych do uwzględnienia żądania powoda i orzekł o kosztach procesu. Odnosił się przy tym do podstawy faktycznej żądania i mogących mieć zastosowanie przepisów prawa materialnego – zaakcentować należy, że całkowicie odmiennym jest zagadnienie, czy uczynił to prawidłowo, czego jednak nie zdołano podważyć w toku niniejszego procesu. Wobec powyższego, biorąc pod uwagę także sposób sformułowania zarzutu i oparte na nim twierdzenia powoda należy stwierdzić, że jest on nieadekwatny do powołanej podstawy do wydania orzeczenia kasatoryjnego, w sytuacji gdy w istocie odnosi się do podważania dokonanych ustaleń faktycznych w sprawie. W konsekwencji w niniejszej sprawie przedmiotowy argument wymagał rozpatrzenia w kategorii naruszenia przepisów prawa procesowego odnośnie prawidłowości dokonanych ustaleń faktycznych. Dokonując w tym zakresie analizy pisemnego uzasadnienia wyroku z dnia 15 lipca 2016r. Sąd Apelacyjny nie znajduje podstaw do uznania przedmiotowego zarzutu za zasadny.

Przede wszystkim wskazać należy, że dokonywanie wyrywkowej interpretacji poszczególnych fragmentów pisemnego uzasadnienia, w oderwaniu od kontekstu rozumowania sądu w jakim zostały wyrażone nie zasługuje na aprobatę. W oparciu o dokonaną analizę pisemnego uzasadnienia, w ocenie Sądu Apelacyjnego nie sposób stwierdzić na jakiej podstawie powód uznał, że sąd dokonał rozgraniczenia na zabieg kolonoskopii i działania przygotowawcze do tego zabiegu dokonywane przez tego samego lekarza. W pierwszym fragmencie jako możliwą przyczynę uszkodzenia jelita grubego u powoda wskazano tzw. samoistną perforację jelita grubego, która może wystąpić w wyniku zaistnienia określonych czynników np. manipulacji mechanicznej, insuflacji powietrza czy samodzielnego przygotowywania się pacjenta do zabiegu (k. 323v.). Natomiast w drugim urywku sąd, mając na względzie treść opinii biegłego (pisemna opinia H. K. z 6 października 2014r. k. 241) stwierdził że z uwagi na występujące u powoda objawy i związana z tym konieczność przeprowadzenia resekcji jelita, perforacja mogła nastąpić na etapie wcześniejszym niż moment, w którym wykonywany był zabieg kolonoskopii (k. 324 v.). W oparciu o powyższe można jedynie stwierdzić, że z uwagi na wielość czynników, w tym wynikających ze stanu zdrowia powoda, nie sposób jednoznacznie wskazać co było przyczyną perforacji jelita grubego u niego. Na zasadzie eliminacji najmniej prawdopodobnych czynników, które mogły doprowadzić do uszkodzenia jelita grubego – biegły wskazał, że brak dowodów na to, że do uszkodzenia jelita doszło w trakcie insuflacji powietrzem a na samoistną perforację wskazuje brak mechanicznych czynników, które mogłyby do tego doprowadzić – Sąd stwierdził, że wysoce prawdopodobnym jest, że na etapie wykonywania zabiegu kolonoskopii nie doszło do perforacji, co wynikała także z wcześniejszego ustalenia, że u powoda stwierdzono kałowe zapalenie otrzewnej, a co pozwalało na przyjęcie, że perforacja wystąpiła wcześniej a stan zapalny trwał dłuższy czas tj. jeszcze przed przybyciem powoda do pozwanego szpitala na zabieg (k. 241). W tym względzie w ocenie Sądu Apelacyjnego za mało wiarygodne należy uznać twierdzenie powoda, że nie dokonywał żadnych czynności celem przygotowania do zleconego badania, który to obowiązek na nim spoczywa, a co potwierdził biegły H. K. w toku ustnych wyjaśnień na rozprawie w dniu 30 listopada 2016r. Niemniej jednak wskazanie przez Sąd co mogło być przyczyną perforacji jelita grubego u powoda nie należy utożsamiać z tym, że Sąd przyjął, że czynności przygotowawcze

jak oczyszczenie jelita czy insuflacja powietrzem nie stanowią części zabiegu kolonoskopii. W oparciu o powyższe nie jest uzasadnionym wniosek o dokonaniu podziału czynności w ramach jednego zabiegu, a zatem dokonana interpretacja przez powoda nie znajduje żadnego uzasadnienia w toku rozumowania sądu zaprezentowanego w uzasadnieniu wyroku z dnia 15 lipca 2016r., stanowiąc gołosłowną polemikę ze stanowiskiem Sądu I. instancji.

W przedmiocie zaś rzekomego uznania przez Sąd Okręgowy, że to działania powoda doprowadziły do samoistnej perforacji jelita mimo braku podstaw ku temu, to wskazać należy, że rozważania sądu pierwszej instancji w tym zakresie miały raczej charakter przypuszczający nie zaś definitywny – „Sąd wskazuje, że powód mając dwukrotnie okazję nie odniósł się do tego stwierdzenia, a jest ono o tyle istotne, że w wysokim stopniu poddaje w wątpliwość, a wręcz wyklucza możliwość dojścia do perforacji jelita grubego powoda w momencie wykonywania zabiegu kolonoskopii. Wskazuje raczej na czynności przygotowawcze do tego zabiegu. Jeżeli tak, to odmienny był mechanizm powstania uszkodzenia jelita, co czyni zarzut stawiany lekarzowi niesłusznym.” (k. 324v.).

Niemniej jednak nawet uznając, że dokonane przez Sąd Okręgowy ustalenie jest nieuzasadnione, a więc że to nie działania powoda przyczyniły się do samoistnej perforacji jelita grubego, to w dalszym ciągu należało przyjąć, że materiał dowodowy zebrany i przeprowadzony w sprawie potwierdził, że w niniejszej sprawie doszło do niezawinionego powikłania a więc wystąpienia u powoda atypowej reakcji na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych, które zostały dokonane z należyłą starannością. (k. 241 jak również ustne wyjaśnienia złożone na rozprawie w dniu 30 listopada 2016r.). Powołany w niniejszej sprawie biegły wskazał, że wobec zaistnienia czynników zwiększających ryzyko (m.in. wiek pacjenta, nacieki zapalne), mogły one być powodem samoistnej perforacji ściany jelita lub jej większej podatności w razie działań mechanicznych badania (k. 241), w tym wykonywania wlewów czyszczących przez samego pacjenta (perforacja kanką) czy insuflacji powietrza. Jednakże biegły wskazał, że nawet gdyby do perforacji doszło na etapie insuflacji powietrza, to nie można tego traktować jako błędu medycznego, lecz możliwe powikłanie, na które powód jako pacjent wyraził zgodę podpisując oświadczenie. Poza tym okolicznością bezsporną jest to, że biegły zarówno na etapie postępowania pierwszoinstancyjnego jak i apelacyjnego podtrzymał swoje stanowisko, że w oparciu o dostępną dokumentację nie było podstaw do przyjęcia wniosku o nienależytej staranności wykonanego badania, czego powód nie zdołał podważyć.

W przedmiocie ostatniego z zarzutów, który przez samego powoda został określony jako naruszenie przepisów prawa materialnego w postaci art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej a polegający na jego niezastosowaniu, ponieważ Sąd Okręgowy „wyłączył” spod zabiegu kolonoskopii działania przygotowawcze dokonywane przez lekarza prowadzącego, w pierwszej kolejności wymaga zauważenia, że jest całkowicie bezpodstawny w kontekście niniejszej sprawy, ponieważ powołany przepis odnosi się do definicji „świadczenia zdrowotnego”, która nie było przedmiotem rozważań sądu. Nadto z uwagi na dotychczasowe rozważania nie było podstaw do przyjęcia, że Sąd I. instancji dokonał zarzucanego podziału na czynności przygotowawcze i właściwy zabieg kolonoskopii – również i ten zarzut faktycznie odnosi się do błędnych ustaleń a więc art. 233 §1 k.p.c., którego bezzasadność została w powyższych rozważaniach wykazana. W ocenie Sąd odwoławczego przedmiotowy zarzut jest wyjątkowo polemiczny, nienawiązujący do ustaleń stanu faktycznego i rozważań prawnych, co w konsekwencji uzasadniało jego nieuwzględnienie.

W konsekwencji uwzględniając materiał dowodowy zgromadzony zarówno na etapie postępowania odwoławczego jak i pierwszoinstancyjnego Sąd Apelacyjny stanął na stanowisku, że powyższe zarzuty nie mogły doprowadzić do wydania orzeczenia reformatoryjnego. W opisanym stanie faktycznym za prawidłową zasadniczo należy uznać ocenę prawną roszczeń powoda dokonaną przez Sąd I. instancji. Nie doszło bowiem do błędu medycznego w trakcie przeprowadzenia w pozwanym szpitalu zabiegu kolonoskopii a najprawdopodobniej wystąpiło rzadkie powikłanie, co skutkowało uznaniem, że nie została spełniona jedną z przesłanek (pracownik szpitala wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych – art. 415 k.c.), która musi wystąpić żeby było możliwe pociągnięcie do odpowiedzialności publiczny zakład opieki zdrowotnej na podstawie art. 416 k.c. w zw. z art. 430 k.c.. Zasadnie Sąd Okręgowy stwierdził, że celem postępowania było ustalenie czy działania personelu medycznego szpitala były podejmowane niezgodnie z aktualną sztuką medyczną a w konsekwencji czy doprowadziły do perforacji jelita grubego u powoda, nie zaś ustalenie co było rzeczywistą przyczyną uszkodzenia jelita grubego u powoda, który to obowiązek

spoczywał na powodzie. W niniejszej sprawie natomiast nie było podstaw do przyjęcia, że personel medyczny w pozwanym szpitalu nie zachował należytej staranności i standardów przy przeprowadzonym zabiegu, a stwierdzone uszkodzenie stanowi błąd medyczny a nie jedno, choć występujące rzadko, z możliwych powikłań, które mieściło się w granicach ryzyka związanego z tym zabiegiem, o czym powód został pouczony przed przystąpieniem do jego wykonania. Wywód Sądu I. instancji w tym zakresie był poparty wnikliwą i rzetelną analizą zebranych dowodów. Z poczynionych ustaleń Sąd ten wywiódł w pełni zasadne wnioski, a sposób rozumowania przyjęty w uzasadnieniu wyroku jest rozważny i zasługujący na aprobatę. Sąd drugiej instancji akceptuje rozważania prawne zaprezentowane w pisemnym uzasadnieniu zaskarżonego wyroku w tym zakresie.

Marginalnie Sąd Apelacyjny zauważa, że wystosowana przez pozwanego szpital w stosunku do powoda propozycja odszkodowania i zadośćuczynienia na kwotę 5.000 zł zawarta w piśmie z dnia 21 października 2013r. (k. 171) nie mogła być poczytywana jako uznanie roszczenia, wobec ustawowego wymogu wystosowania propozycji, która wynika z art. 67 k. ust. 2 i 10 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.) oraz stanowiska samego pozwanego, który od samego początku nie uznawał roszczenia powoda tak co do zasady jak i co do wysokości.

Ostatecznie, wobec powyższych rozważań Sąd Apelacyjny nie zgodził się z zarzutami apelacji powoda, że Sąd Okręgowy w oparciu o dowolną ocenę dowodów nieprawidłowo ustalił stan faktyczny sprawy, niewłaściwie przeprowadził postępowanie dowodowe a następnie dopuścił się naruszenia przepisów prawa materialnego, co skutkowało niezasadnym oddaleniem powództwa. Sąd I. instancji ocenę dowodów przeprowadził z poszanowaniem obowiązujących regulacji procesowych na podstawie prawidłowo zebranego materiału dowodowego, który tylko częściowo wymagał uzupełnienia w postępowaniu apelacyjnym. Dokonał też prawidłowej kwalifikacji prawnej ustalonego w sprawie stanu faktycznego. Słusznie uznał, że powód nie zdołał wykazać, że okoliczność wystąpienia u niego perforacji jelita grubego stanowiła następstwo zawinionego, niestaranego działania lekarza zatrudnionego w pozwanym szpitalu, skoro powód został uprzedzony o możliwych powikłaniach, do których zaliczono także perforację jelita grubego, co wynikało z faktu wyrażenia zgody na przedmiotowy zabieg kolonoskopii. Również Sąd Apelacyjny mając na względzie zarówno materiał dowodowy zgromadzony na etapie postępowania pierwszoinstancyjnego jak również w postępowaniu odwoławczym, nie znalazł podstaw do przyjęcia, że podejmowane czynności przez lekarza przeprowadzającego zabieg stanowiły przejaw niedochowania należytej staranności i nieuwzględnienia aktualnej wiedzy medycznej, a tym samym że w niniejszej sprawie popełniony został błąd medyczny, nie zaś wystąpiło rzadkie powikłanie.

W konsekwencji w wyniku rozpoznania apelacji strony powodowej, Sąd Odwoławczy uznał, że żaden z zarzutów apelacyjnych nie okazał się zasadny. Konsekwencją powyższego jest oddalenie apelacji jako pozbawionej uzasadnienia na podstawie art. 385 k.p.c..

Sąd Apelacyjny orzekając w przedmiocie kosztów procesu wziął pod uwagę, że Sąd Okręgowy w pisemnym uzasadnieniu wskazał z jakich względów w stosunku do powoda nie było podstaw do zastosowania dobrodziejstwa z art. 102 k.p.c.. Ponadto wobec faktu, że przedmiotowa okoliczność nie była kwestionowana w apelacji przez powoda, co tym bardziej uzasadnia przyjęcie, że w niniejszej sprawie nie wystąpił wskazany w tym przepisie szczególnie uzasadniony przypadek uzasadniający odstąpienie od obciążenia powoda kosztami postępowania apelacyjnego. W konsekwencji o kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Apelacyjny orzekł mając na uwadze jego wynik, z uwzględnieniem przepisów art. 98§ 1 i 3, art. 99, art. 108§ 1 i art. 391 § 1 k.p.c. oraz § pkt 6 w zw. z § 12 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz.U. z 2013 r. poz. 490).

Dariusz Ryszał Agnieszka Sołtyka Mirosława Gołuńska