

Sygn. akt II Ca 376/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 maja 2016 r.

Sąd Okręgowy w Kielcach II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący: **SSO Sławomir Buras (spr.)**

Sędziowie: **SSO Teresa Strojnowska**

SSR (del.) Piotr Wilk

Protokolant: starszy protokolant sądowy Iwona Cierpikowska

po rozpoznaniu w dniu 25 maja 2016 r. w Kielcach na rozprawie

sprawy z powództwa G. B.

przeciwko (...) S.A. z siedzibą w U.

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Rejonowego w Starachowicach

z dnia 12 stycznia 2016 r., sygn. akt I C 123/12

zmienia zaskarżony wyrok w punkcie II (drugim) w całości i nie obciąża powódki G. B. kosztami procesu; oddala apelację w pozostałej części; zasądza od G. B. na rzecz (...) S.A. z siedzibą w U. kwotę 3600 (trzy tysiące sześćset) złotych tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt II Ca 376/16

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 12 stycznia 2016 roku, sygn. akt I C 123/12, Sąd Rejonowy w Starachowicach oddalił powództwo G. B. przeciwko (...) S.A. w U. o zapłatę (pkt I) oraz zasądził od powódki na rzecz pozwanego kwotę 6.194 zł tytułem kosztów procesu (pkt II). Nadto Sąd zwrócił G. B. kwotę 1.561,71 zł tytułem niewykorzystanych zaliczek zaksięgowanych pod nr (...) i (...) oraz pozwanemu kwotę 1.000 zł tytułem niewykorzystanej zaliczki zaksięgowanej pod nr (...) (pkt IV). (k. 281-282)

Sąd Rejonowy ustalił, że G. B. w okresie od dnia 23 kwietnia 2009 roku do dnia 30 kwietnia 2009 roku była hospitalizowana na Oddziale Kardiologicznym Szpitala (...) w S. z rozpoznaniem choroby niedokrwiennej serca pod postacią dławicy piersiowej niestabilnej, nadciśnienia tętniczego, łuszczycy i nieprawidłowego profilu lipidowego. W trakcie pobytu w szpitalu wykonano u niej badanie echokardiograficzne, stwierdzając hipokinezę ściany dolno – bocznej, jak też przeprowadzono próbę wysiłkową. Skierowano ją do Pracowni Hemodynamiki (...) im. dr W. K. A. H. of (...) w S., gdzie podczas pobytu od dnia 20 maja 2009 roku do dnia 22 maja 2009 roku rozpoznano u niej m.in. kardiomiopatię nadeiśnieniową (...), łagodną stenozę aortalną i nadciśnienie tętnicze. W dniu 20 maja 2009 roku wykonano u powódki zabieg koronarografii, który przeprowadzał lekarz (...). Powódka przed zabiegiem otrzymała

obszerną pisemną informację o możliwych powikłaniach związanych z tym zabiegiem, w tym – o uszkodzeniu tętnicy obwodowej. U G. B. wskutek zabiegu doszło do powikłania w postaci tętniaka rzekomego tętnicy udowej wspólnej prawej. W trakcie pobytu w palcówce, jak też po jej opuszczeniu powódka odczuwała silny ból w nodze. W dniu 25 maja 2009 roku zgłosiła się na pierwszą kontrolę, a po dwóch dniach na kolejną, podczas której skierowano ją na Oddział (...) Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S., gdzie była hospitalizowana od dnia 28 maja 2009 roku do dnia 29 maja 2009 roku z rozpoznaniem tętniaka rzekomego tętnicy udowej wspólnej prawej po nakłuciu tętnicy udowej wspólnej. Wykonano jej badanie USG, stwierdzając, że tętniak ten ma wymiary 54 × 10 mm i że występuje obrzęk podskórnej tkanki tłuszczowej w okolicy uda i pachwiny. Powódka została skierowana na Oddział (...) Naczyni do Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...). Ł. – (...) Centrum (...) w K., gdzie przebywała od dnia 29 maja 2009 roku do dnia 4 czerwca 2009 roku z tym właśnie rozpoznaniem. W trakcie leczenia wykonano zamknięcie naczynia krwionośnego, rewizję chirurgiczną okolicy pachwinowej prawej, usunięto krwaka, zszyto tętnicę udową wspólną i założono drenaż. Powódka do chwili obecnej skarży się na intensywny ból w pachwinie – nie jest on ciągły, ale powracający szczególnie nocą i po wysiłku fizycznym. Sąd stwierdził, że kwalifikacja powódki do diagnostyki i do leczenia naczyń wieńcowych była prawidłowa. Najbardziej rozpowszechnionym sposobem wkładania cewnika do koronarograficznej diagnostyki naczyń wieńcowych jest nakłucie tętnicy udowej w jej przebiegu w kanale pachwinowym. Nieodłącznie związanym z tym ryzykiem jest mniejsze lub większe uszkodzenie ściany tętnicy, którego nie da się wyeliminować i może ono przybrać postać rozdarcia naczynia tętniaka rzekomego. Działanie lekarzy, którym pozwany powierzył leczenie powódki było zgodne z aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy uznał powództwo za niezasadne. Wyjaśniono, że przebieg leczenia powódki został ustalony przede wszystkim w oparciu o pisemną opinię Pracowni Ekspertyz S. - Lekarskich (...) J.. Wywód zawarty w tej opinii jest logiczny, nie zawiera sprzeczności, a wnioski końcowe są jednoznacznie przekonujące. W tożsamy sposób Sąd ocenił opinię uzupełniającą, w której biegli odpowiedzieli na zarzuty powódki. Sąd podkreślił, że opinia została sporządzona przez wysokiej klasy lekarzy specjalistów z zakresu chorób zakaźnych, medycyny sądowej, chirurgii ogólnej i naczyniowej. Zaznaczono, że analizie poddano niekwestionowaną w toku procesu dokumentację medyczną powódki, która stanowiła podstawę wydanej opinii. Subiektywne odczucia powódki, chociaż nie pozostawały bez znaczenia, nie mogły mieć charakteru rozstrzygającego, podobnie jako zeznania przesłuchanego w charakterze świadka W. K., który według własnego przekonania ocenił prawidłowość postępowania lekarzy zatrudnianych przez stronę pozwaną. Następnie Sąd Rejonowy powołał przepisy art. 415 k.c. i art. 430 k.c. jako podstawę prawną powództwa. Powódka twierdziła bowiem, że zabieg przeprowadzonej u niej koronarografii nie został wykonany prawidłowo, co skutkowało uszkodzeniem tętnicy uda prawego i krwakiem okolicy pachwinowej prawej. Następnie Sąd przedstawił obszerny wywód, w którym opisał zjawisko ryzyka medycznego, omówił pojęcie błędu lekarskiego oraz standardy wymagane przy wykonywaniu przez lekarzy ich zawodu, podkreślając, że wysokie wymagania wobec lekarzy nie oznaczają przyjęcia odpowiedzialności za wynik leczenia ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w przypadku naruszenia zasad wynikających z wiedzy medycznej (błąd lekarski) – element obiektywny oraz wówczas, gdy nie dochowa staranności zawodowej mierzony według określonego wzorca ustalonego na wysokim poziomie – element subiektywny. Zatem odpowiedzialność lekarza powstaje w przypadku „błędu w sztuce”, czyli wówczas, gdy przeprowadzono zabieg niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, czyli polegający na zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca. Wyjaśniono też konsekwencje zgody pacjenta na przeprowadzenie zabiegu, która najogólniej mówiąc obejmuje zgodę na wystąpienie powikłań pooperacyjnych przy założeniu, że nie zostaną spowodowane z winy lekarza. Sąd stwierdził, że powódka nie wykazała, aby w trakcie jej leczenia doszło do zaniedbań personelu medycznego czy błędu w sztuce lekarskiej. Powódka podpisała zgodę na przeprowadzenie zabiegu i otrzymała wszystkie niezbędne związane z tym informacje. Ciężar wykazania związku przyczynowego w rozumieniu art. 361 §1 k.c. pomiędzy efektami zabiegu koronarografii a winą osób zatrudnionych przez pozwanego spoczywał zaś na powódce. Zatem pomimo wystąpienia po zabiegu powikłań i cierpień u powódki brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego w sprawie. O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c. (k.286-297)

Apelację od powyższego wyroku w zakresie pkt I i II wywiodła powódka, zarzucając Sądowi Rejonowemu naruszenie art. 233 §1 k.p.c., które mogło mieć wpływ na treść rozstrzygnięcia polegające na dowolnej i jednostronnej ocenie

dowodów zgromadzonych w sprawie w wyniku nieprawidłowo przeprowadzonej, wybiórczej analizy poszczególnych dowodów z zaniechaniem wszechstronnego rozważenia całości zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego i wywiedzenie wniosków sprzecznych z zasadami doświadczenia życiowego poprzez:

- zaniechanie ustalenia sposobu postępowania z pacjentami, u których wystąpiły komplikacje w związku z przeprowadzonym zabiegiem koronarografii w sytuacji, gdy zgodnie z obowiązującą praktyką obowiązkiem ośrodka, w którym powikłania wystąpiły jest zgłoszenie do palcówki zajmującej się leczeniem operacyjnym zaistniałych powikłań celem ustalenia sposobu zaopatrzenia oraz przetransportowanie pacjenta, czego w przypadku powódki lekarz prowadzący nie uczynił, co z kolei spowodowało pogorszenie jej stanu zdrowia, a w konsekwencji – wystąpienie trwałych powikłań;
- obdarzenie walorem wiarygodności jedynie opinii biegłych w sytuacji, gdy przedmiotowa opinia, pomimo że uzupełniona nie uwzględnia istotnych okoliczności sprawy, do których należy zaliczyć kwestię niedopełnienia procedury ucisku lub innej metody zaopatrzenia tętnicy po nakłuciu, a nadto opinia ta jest lakoniczna i wykonana została w sposób pobieżny, co nie pozwala czynić z niej kluczowego dowodu w sprawie;
- bezpodstawnym nieobdarzeniu walorem wiarygodności zeznań świadka W. K., który jako lekarz zajmujący się w swojej praktyce zawodowej leczeniem powikłań po badaniu koronarografii bezsprzecznie stanowi wiarygodne źródło dowodowe, a jego wiedza i doświadczenie zawodowe winny mieć dla Sądu znaczenie co najmniej równoważne znaczenie z opinią biegłych.

Nadto wskazywano na naruszenie art. 102 k.p.c. poprzez obciążenie G. B. kosztami procesu.

Powołując się na powyższe, wniesiono o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie powództwa w całości oraz o zasądzenie kosztów procesu za obie instancje, ewentualnie – o uchylenie orzeczenia i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania. (k. 301-308,335-335V.)

Pozwana (...) S.A. w U. wniosła o oddalenie apelacji w całości oraz o zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego. (k. 324-331)

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja jest zasadna jedynie w części.

Według Sądu Okręgowego, Sąd Rejonowy w sposób prawidłowy przeprowadził postępowanie dowodowe w sprawie, dokonując następnie oceny wiarygodności i mocy dowodów na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału zgodnie z treścią art. 233 §1 k.p.c. Dokonane przez Sąd Rejonowy na tej podstawie ustalenia stanu faktycznego Sąd Okręgowy przyjął jako własne.

Należy przy tym podkreślić, że Sąd Okręgowy nie podzielił podniesionych przez powódkę w apelacji zarzutów dotyczących naruszenia przez Sąd I instancji przepisów postępowania, skutkujących wadliwością wydanego wyroku. Granice swobodnej oceny dowodów wyznacza w pierwszej kolejności obowiązek wyprowadzenia przez sąd z zebranego materiału dowodowego wniosków logicznie poprawnych, zgodnych z zasadami racjonalnego rozumowania. Respektowane muszą być również przepisy proceduralne, w szczególności art. 227-234 k.p.c. Swobodna ocena dowodów dokonywana jest zatem przez pryzmat własnych przekonań sądu, jego wiedzy i posiadanego zasobu doświadczeń życiowych, ale powinna także uwzględniać wymagania prawa procesowego oraz reguły logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i - wążąc ich moc oraz wiarygodność - odnosi je do pozostałego materiału dowodowego (por. uzasadn. wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 1999 r., II UKN 685/98, OSNAPiUS 2000/17/655; uzasadn. wyroku Sądu Najwyższego z dnia 2 sierpnia 2000 roku, sygn. akt I PKN 756/99, OSNP 2002/4/89).

W szczególności nie można mówić o naruszeniu przez Sąd Rejonowy art. 233 §1 k.p.c. poprzez dokonanie oceny prawidłowości zastosowanych wobec powódki procedur medycznych oraz działań lekarzy zatrudnionych przez (...) S.A. w U. na podstawie wniosków przedstawionych w opiniach instytutu naukowego(...). Biegli na podstawie bezpośredniego badania G. B. oraz po analizie przedstawionej dokumentacji medycznej przygotowali w sprawie pisemną opinię, w której wyczerpująco odpowiedzieli na zadane przez Sąd pytania, a w opinii uzupełniającej odnieśli się do zastrzeżeń zgłoszonych przez powódkę. Biegli w pierwszej kolejności wyjaśnili, że w trakcie pobytu na Oddziale Kardiologii Szpitala (...) w S. stwierdzono u powódki m.in. hipokinezę ściany dolnej oraz ekstrasystolię komorową w trakcie próby wysiłkowej, co skutkowało postawieniem diagnozy dławicy piersiowej niestabilnej. Takie rozpoznanie jest wskazaniem do wykonania badania koronarograficznego i ewentualnej plastyki naczyń wieńcowych. Zatem zarówno kwalifikacja powódki do diagnostyki jak i do możliwego leczenia naczyń wieńcowych była w pełni prawidłowa. Biegli wskazali, że najbardziej rozpowszechnionym sposobem wprowadzania cewnika do koronarograficznej diagnostyki naczyń wieńcowych jest nakłucie tętnicy udowej w jej przebiegu w kanale pachwinowym. Nerozerwalnie z tym związanym ryzykiem – o czym pisemnie uprzedzono powódkę – jest uszkodzenie ściany tętnicy. Po zakończeniu badania koronarograficznego i usunięciu cewnika naczyniowego z tętnicy stosuje się opatrunek uciskowy w okolicy nakłucia. Ryzyko powstania uszkodzenia naczynia tętniczego w miejscu nakłucia jest niemożliwe do wyeliminowania, pomimo prawidłowego postępowania w trakcie zabiegu koronarografii. Uszkodzenie to może przybrać postać rozdarcia naczynia tętniaka rzekomego. Co istotne, biegli podkreślili, że istnieje możliwość samoistnego wygojenia się tego rodzaju uszkodzenia, stąd dopuszczalne jest oczekiwanie na ten proces, tak jak to miało miejsce w przypadku powódki. Dopiero powiększenie się tętniaka i krwawienie do okolicznych tkanek stanowiło wskazanie do operacyjnego zaopatrzenia tętniaka i zszycia uszkodzonej tętnicy. W opinii tej kategorycznie stwierdzono, że działania podjęte wobec powódki były prawidłowe – poprawnie rozpoznano tętniaka rzekomego, odnotowując ten fakt w dokumentacji medycznej. Biegli zaznaczyli jednocześnie, że leczenie operacyjne polegające na zszyciu tętnicy i usunięciu tętniaka pozostawało poza zakresem działania oddziału kardiologii inwazyjnej, a zatem w pozwanej placówce nie mogło zostać przeprowadzone leczenie chirurgicznej uszkodzonej tętnicy. Wówczas, gdy dolegliwości u powódki nasiliły się, tj. w szóstej dobie po opuszczeniu placówki pozwanego była ona hospitalizowana na oddziale chirurgii ogólnej, a następnie została przeniesiona na oddział chirurgii naczyń, gdzie zaopatrzone jej chirurgicznie powikłanie zabiegu koronarografii. Tak sukcesywnie opisane postępowanie zostało uznane przez biegłych za w pełni prawidłowe i zgodne z aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną. Wreszcie biegli podkreślili, że nie stwierdzają poza zaburzeniami czucia w okolicy blizny jakichkolwiek innych skutków wyleczonego powikłania. Nadto biegli odnieśli się do każdego z zarzutów powódki zgłoszonych w piśmie procesowym datowanym na dzień 10 listopada 2014 roku (k. 203-204). W pisemnej opinii uzupełniającej biegli wyjaśnili przede wszystkim, że podstawą wydawanej przez nich opinii nie są zeznania świadków, tu – zeznania świadka W. K., tylko dokumentacja medyczna. Wskazali, że twierdzenie powódki, iż nie zastosowano ucisku po usunięciu cewnika naczyniowego jest sprzeczne z opisem zabiegu znajdującym się w historii choroby. Co do czasu hospitalizacji po zabiegu podano, że nie istnieją w tym zakresie obiektywne normy czasowe. Decyzja o wypisaniu pacjenta jest wynikiem suwerennej oceny lekarza. Nie ma określonych cesur czasowych, w których oczekuje się na wygojenie tętnicy po zabiegu koronarografii. Czas wchłaniania krwaka jest zależny od jego wielkości. Jeżeli zranienie jest tak duże, jak u powódki lekarz obserwuje przedmiotowe miejsce i ewentualnie kieruje do dalszego leczenia. Dodano, że procedury dotyczące przekazywania pacjentów pomiędzy placówkami medycznymi są wewnętrznymi regulacjami, które mogą być tworzone przez zakłady opieki zdrowotnej i obowiązują wyłącznie osoby zatrudniane w danych placówkach. Biegli podali również, że dziewięciodniowe oczekiwanie na wygojenie tętniaka rzekomego nie stanowi uchybienia, gdyż w tym czasie mogło dojść do jego samoistnego wypełnienia skrzepem i zagojenia. Udzielono też odpowiedzi na ostatnie z zadanych pytań, wyjaśniając, iż celem podania antybiotyku nie jest działanie przeciwzapalne ani przyspieszające wchłanianie krwaka. Antybiotyk podaje się, aby zapobiec wtórnemu zakażeniu w okolicy zranionej tętnicy i krwaka (k. 243-244).

Opinia biegłego, tak jak inne dowody, podlega ocenie przy zastosowaniu art. 233 §1 k.p.c., chociaż na podstawie właściwych jedynie dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, sposobu motywowania i stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r., I KKN 1170/98, OSNC 2002, nr 4, p. 64; uzasadn.

wyroku Sądu Najwyższego z dnia 14 listopada 2013 r., IV CSK 135/13, LEX nr 1405234). Sąd I instancji prawidłowo przyjął, że opinie przedstawione przez instytut naukowy w toku postępowania oceniane przez pryzmat wskazanych kryteriów pozwalają na uznanie ich za dowód w pełni przydatny dla rozstrzygnięcia sprawy. Sąd Okręgowy także nie znalazł żadnych podstaw, aby kwestionować przedmiotowe opinie, w których biegli dr med. P. K. specjalista z zakresu medycyny sądowej, chorób zakaźnych i internista oraz dr med. M. K. specjalista chirurgii naczyniowej i ogólnej wyczerpująco odpowiedzieli na zadane im przez powódkę pytania, uzasadniając w sposób logiczny i konkretny wywiedzione wnioski. Co prawda, powódka w piśmie procesowym z dnia 9 listopada 2015 roku zgłosiła dalsze zastrzeżenia do opinii, ponawiając w zasadzie już uprzednio zgłoszone zarzuty, jednak ani w tym piśmie (k. 261-263), ani na dwóch kolejnych terminach rozpraw nie zgłosiła żadnych wniosków dowodowych w tym zakresie. Na rozprawie w dniu 1 grudnia 2015 roku powódka oświadczyła, że kwestionuje opinię, ale nie wnosi o odebranie od biegłych dalszej opinii uzupełniającej pisemnej czy ustnej i nie składa wniosków dowodowych (k. 268). Na ostatnim terminie rozprawy przed Sądem Rejonowym w dniu 29 grudnia 2015 roku powódka – reprezentowana przez fachowego pełnomocnika – oświadczyła, że nie zgłasza żadnych wniosków dowodowych (k. 277). Również w apelacji, która stanowi w istocie polemikę z wnioskami wywiedzionymi przez biegłych powódka nie wskazywała na konieczność uzupełnienia postępowania dowodowego poprzez przeprowadzenie dowodu z opinii innych biegłych czy z opinii innego instytutu. Opinii biegłych przeciwstawiano zeznania W. K. przesłuchanego w charakterze świadka oraz zeznania samej powódki. Tymczasem opinia biegłego nie może być weryfikowana, a zwłaszcza - dyskwalifikowana w całości bądź w zakresie wniosków końcowych, bez posłużenia się wiedzą specjalistyczną (por. uzasadn. wyroku Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2013 r., I V CSK 624/12, LEX nr 1353259; uzasadn. wyroku Sądu Najwyższego z dnia 14 maja 2009 r., II UK 211/08, LEX nr 509035). W konsekwencji, niedopuszczalnym było, aby - wbrew opiniom instytutu naukowego dostarczającym sądowi wiedzy specjalistycznej koniecznej do dokonania oceny prawidłowości działań lekarzy zatrudnionych w pozwanej placówce podczas leczenia powódki - oprzeć się na zeznaniach strony, czy świadka, nawet przy uwzględnieniu tego, że W. K. jest lekarzem, który wykonywał u powódki zabieg w związku z powstałym powikłaniem polegający na zamknięciu naczynia krwionośnego, usunięciu krwiaka i szyciu tętnicy udowej. Sąd, polemizując w sferze wymagającej wiadomości specjalnych z wnioskami zawartymi w opinii bez zasięgnięcia opinii innego biegłego, naraża się bowiem na zarzut naruszenia art. 233 §1 k.p.c. (por. uzasadn. wyroku Sądu Najwyższego z dnia 7 lipca 2005 r., II UK 277/04, OSNP 2006/5-6/97). Przepis art. 278 k.p.c. w zw. z art. 290 k.p.c. nakłada na sąd obowiązek skorzystania z opinii biegłego (instytutu naukowego), jeżeli dla rozstrzygnięcia sprawy wymagane są wiadomości specjalne. Po przeprowadzeniu takiego dowodu sąd może i powinien dokonać jego oceny pod względem fachowości, rzetelności, czy logiczności, jednak nie może w miejsce wniosków biegłego wprowadzać własnych twierdzeń wymagających wiadomości specjalnych, w tym także – wywiedzionych z innych środków dowodowych. Oznacza to w szczególności, że sąd nie jest uprawniony do rozstrzygania kwestii medycznych wbrew opinii biegłego lekarza specjalisty z danej dziedziny (por. uzasadn. wyroku Sądu Najwyższego z dnia 5 lutego 2014 r., V CSK 140/13, LEX nr 1458681).

Reasumując należało zgodzić się z Sądem Rejonowym, że nie ma podstaw do uznania, że w niniejszej sprawie na powódcę nie ciążył obowiązek wykazania wszystkich przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego, w tym - związku przyczynowego. Nawet przy założeniu, że w tego rodzaju procesach, wykazywanie przez powoda wszystkich etapów związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem wskazywanym jako sprawcze a szkodą może być nader utrudnione, a nawet niemożliwe, należy przedstawić tzw. dowód *prima facie* oparty na konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.), co wymaga wykazania wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je jako oczywiste. Związek przyczynowy między zachowaniem pozwanego a szkodą, w postaci pogorszenia stanu zdrowia pacjenta nie musi być bowiem ustalony w sposób pewny, wystarczy wysoki stopień prawdopodobieństwa istnienia takiego związku, a w przypadku wielości możliwych przyczyn - przeważające prawdopodobieństwo związku przyczynowego szkody z jedną z tych przyczyn. Jednak wskazany i dopuszczalny dowód pośredni nie zmienia przewidzianego w art. 6 k.c. rozkładu ciężaru dowodu, któremu to obowiązkowi powódka nie sprostała. Na podstawie domniemania faktycznego może być ustalona zarówno wina lekarza, o ile brak jest dowodu przeciwnego, jak i istnienie związku przyczynowego między zaniedbaniami pracowników zakładu służby zdrowia, a pogorszeniem stanu zdrowia lub śmiercią pacjenta, chyba że istnieją podstawy do wniosku, iż zasady medycyny związek ten wyłączają. Domniemanie faktyczne może być podstawą ustaleń o tyle

tylko, o ile stanowi wniosek logiczny z prawidłowo ustalonych faktów stanowiących jego przesłankę i tylko w braku bezpośrednich środków dowodowych. W niniejszej sprawie takim właśnie dowodem, który pozwalał na stwierdzenie braku winy po stronie lekarzy wykonujących u powódki zabieg koronarografii i zajmujących się nią bezpośrednio po nim oraz związku przyczynowego między ich działaniem, a pogorszeniem się stanu zdrowia G. B. jest właśnie omawiana opinia instytutu naukowego, która taką hipotezę wprost wyklucza (por. uzasadn. wyroku Sądu Najwyższego z dnia 11 stycznia 1972 r., I CR 516/71, OSNCP, Nr 9, poz. 159; uzasadn. wyroku Sądu Najwyższego z dnia 19 lutego 2002 r., IV CKN 718/00, LEX nr 54362; uzasadn. wyroku Sądu Najwyższego z dnia 22 stycznia 1998 r., II UKN 465/97 OSNP z 1999 r. Nr 1, poz. 24).

Natomiast Sąd Okręgowy uwzględnił apelację w części dotyczącej rozstrzygnięcia o kosztach procesu za I instancję, uznając za zasadne odstąpienie od obciążania powódki tymi kosztami w oparciu o art. 102 k.p.c. Nieobciążanie strony przegrywającej proces kosztami na podstawie art. 102 k.p.c. stanowi odstępstwo od zasady odpowiedzialności za wynik procesu z art. 98 § 1 k.p.c.. Tym samym, stosowanie tej instytucji możliwe jest jedynie wyjątkowo i musi być umotywowane szczególnymi okolicznościami samej sprawy. Dla zwolnienia strony od obowiązku zwrotu kosztów przeciwnikowi niewystarczające są względy dotyczące sytuacji życiowej strony przegrywającej sprawę, zwłaszcza jeśli to ona zainicjowała postępowanie, bowiem powinna się liczyć z koniecznością poniesienia tych kosztów. Także subiektywne odczucia co do zasadności dochodzonego roszczenia nie stanowią okoliczności wyjątkowej, skoro każda osoba inicjująca sprawę sądową lub podejmująca się obrony swych praw w wytoczonym przeciwko niej procesie, jest przekonana o słuszności swoich racji, inaczej jej zachowanie należałoby uznać za nieracjonalne. Powyższego rodzaju kwestie mają znaczenie co najwyżej uzupełniające dla oceny innych przesłanek warunkujących nieobciążanie strony kosztami procesu. Natomiast podstawę do zastosowania art. 102 k.p.c. stanowią obiektywne lub racjonalnie zobiektywizowane okoliczności sprawy, w szczególności jeśli wskazują na usprawiedliwione przekonanie strony o przysługującym jej roszczeniu lub słuszności zarzutów. Do wypadków szczególnie uzasadnionych w rozumieniu art. 102 k.p.c. można także zaliczyć sytuacje wynikające z charakteru żądania poddanego rozstrzygnięciu sądu. Taki zaś szczególny charakter ma powództwo o zadośćuczynienie na tle błędów lekarskich, gdy stan zdrowia uzasadnia przekonanie strony o słuszności jej żądania, a odpowiedzialność pozwanego może wykluczyć dopiero szczegółowe badanie i opinia specjalisty (por. uzasadn. wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 18 marca 2015 r., I ACa 1783/14, lex nr 1679915). W przypadku powódki taka sytuacja miała miejsce, bowiem G. B. doznała powikłania po zabiegu koronarografii przeprowadzonym w palcówce medycznej należącej do pozwanego, a dopiero przeprowadzony w postępowaniu sądowym dowód z opinii instytutu naukowego pozwolił na wykluczenie odpowiedzialności pozwanego za to zdarzenie i jego skutki, a zatem przepis art. 102 k.p.c. znajduje tu zastosowanie.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Okręgowy na podstawie art. 386 §1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok w pkt II w całości w ten sposób, że nie obciążył powódki G. B. kosztami procesu za I instancję; oddalając apelację w pozostałej części (art. 385 k.p.c.).

Rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego zostało wydane na podstawie art. 98 k.p.c., a wysokość wynagrodzenia pełnomocnika procesowego strony pozwanej ustalono na kwotę 3.600 zł w myśl §2 pkt 6 w zw. z §10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz. U. z 2015 roku poz. 1800). Przekonanie powódki o słuszności zgłoszonego roszczenia i jego charakter nie uzasadniały zastosowania art. 102 k.p.c. do kosztów postępowania apelacyjnego, gdyż G. B. zdecydowała się na wniesienie apelacji po zapoznaniu się z obszernym i szczegółowym uzasadnieniem wyroku Sądu I instancji, w którym wyczerpująco przedstawiono motywy oddalenia powództwa. Zatem powódka mogła i powinna liczyć się z realną możliwością oddalenia apelacji i w konsekwencji - powstania po jej stronie obowiązku zwrotu kosztów procesu stronie przeciwnej, która zmuszona była je ponieść (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2012 r., IV CZ 142/12, LEX nr 1288746; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 25 sierpnia 2011 r., II CZ 51/11, LEX nr 949023).

SSO Teresa Strojnowska SSO Sławomir Buras SSR (del.) Piotr Wilk

ZARZĄDZENIE

(...)

(...)