

Sygn. akt III Ca 410/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 grudnia 2018 r.

Sąd Okręgowy w Nowym Sączu, III Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie

następującym:

| | |
|-----------------|---|
| Przewodniczący: | SSO Mieczysław H. Kamiński SSO Agnieszka Skrzekut SSO Paweł Poręba (sprawozdawca) |
| Protokolant: | insp. Jadwiga Sarota |

po rozpoznaniu w dniu 12 grudnia 2018r. w Nowym Sączu

na rozprawie

sprawy z powództwa L. S.

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

z udziałem interwenienta ubocznego Szpitala (...) w G.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Rejonowego w Gorlicach

z dnia 15 marca 2018 r., sygn. akt I C 187/16

1. **oddala apelację;**
2. **nie obciąża powoda kosztami postępowania apelacyjnego.**

(...)

Sygn. akt III Ca 410/18

UZASADNIENIE

wyroku Sądu Okręgowego w Nowym Sączu

z dnia 12 grudnia 2018 r.

Powód L. S. domagał się zasądzenia od pozwanego (...) S.A. w W. kwoty 30 000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 12 czerwca 2015 r. do dnia zapłaty, kwoty 6 549,88 zł tytułem

odszkodowania (w tym: za koszty leczenia 380 zł; koszty pomocy osób trzecich 5 723 zł, koszty dojazdu do placówek medycznych 446,88 zł) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz ustalenia, że pozwany ponosi odpowiedzialność za dalsze mogące w przyszłości wystąpić skutki błędu medycznego u powoda. Wnosił również o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Uzasadniając żądanie powód podniósł, że w dniu 16 lutego 2014 r. ucierpiał wskutek wypadku przy pracy rolniczej, kiedy idąc do obory, poślizgnął się na schodach i upadł doznając urazu barku prawego. Podał, iż następnego dnia udał się na (...) w G., gdzie lekarz dyżurujący po wykonaniu badania RTG stwierdził zespół ciasnoty przestrzeni podbarkowej prawej, podejrzenie uszkodzenia pierścienia rotatorów barku prawego. Wskazał, że w dniu 05 marca 2014 r. lekarz A. P. przeprowadził zabieg operacyjny naprawy mankietów rotatorów, a po upływie sześciu tygodni został skierowany na zabiegi rehabilitacyjne, w trakcie których zaczął nasilać się ból prawego barku i odczuwał znaczne ograniczenie ruchomości barku, co uniemożliwiało mu codzienne funkcjonowanie i wykonywanie pracy zarobkowej. Wskazał, że wówczas zdecydował się skorzystać z prywatnej konsultacji u lekarza specjalisty B. N., który stwierdził, że operacja naprawy mankietów rotatorów z dnia 05 marca 2014 r. została przeprowadzona nieprawidłowo, ponieważ kotwica umieszczona w prawym barku wystaje ponad staw, powodując ból oraz ograniczenie. Podał, iż w związku z tym w dniu 22 stycznia 2015 r. wykonano mu artroskopię barku prawego. Zarzucił, że nadal występuje u niego ograniczenie odwodzenia czynnego i biernego barku prawego oraz osłabienie siły prawej kończyny górnej, w związku z czym nie jest w stanie wykonywać pracy zarobkowej, a ponadto rozstrój zdrowia negatywnie wpłynął również na jego stan psychiczny. Podał, że skierował roszczenie do pozwanego, który odmówił przyjęcia odpowiedzialności i wypłaty świadczenia, stając na stanowisku, że lekarz operujący w sposób właściwy wykonał zabieg.

Pozwany (...) S.A. w W. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych. Wniósł także o zawiadomienie toczącym się postępowaniu Szpitala (...) w G., celem umożliwienia mu wstąpienia do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego.

Uzasadniając swoje stanowisko pozwany podniósł, iż roszczenie powoda jest nieuzasadnione, gdyż nie wykazał on podstaw do przypisania odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonemu na podstawie art. 415 k.c. Wskazał, że w jego ocenie powód został prawidłowo zaopatrzony w (...) Szpitala (...) w G., a następnie w sposób właściwy zakwalifikowany do leczenia operacyjnego. Twierdził, że odpowiednio dobrano technikę operacyjną, a zabieg wykonano zgodnie ze standardami i należyta starannością, czego dowodem są radiogramy wykonane po zabiegu, potwierdzające właściwe osadzenie kotwicy w kości ramiennej. Podał, że migracja elementów metalowych w tkankach, w tym tkankach kostnych nie wynika ze źle wykonanego zabiegu i jest to powikłanie, które występuje częściej u osób z masywnymi uszkodzeniami lub przewlekłymi schorzeniami kości.

Pismem z dnia 07 października 2016 r. interwencję uboczną po stronie pozwanej zgłosił Szpital (...) w G. wnosząc o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powoda na rzecz interwenienta ubocznego kosztów procesu. Wniósł także o zawiadomienie o toczącym się postępowaniu Centrum (...) Sp. z o.o. w K., celem umożliwienia mu wstąpienia do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego.

Uzasadniając swoje stanowisko wskazał, iż brak jest podstaw do przyjęcia przez Szpital odpowiedzialności wobec powoda, albowiem podczas jego leczenia nie wystąpiły żadne okoliczności wskazujące na błędne postępowanie personelu medycznego. W jego ocenie zarzut błędu medycznego popełnionego przez lekarza A. P. podczas operacji – zabiegu naprawy stożka rotatorów barku powoda w dniu 05 marca 2014 r. jest nieuprawniony i bezzasadny.

Zawiadomione w trybie art. 84 k.p.c. Centrum (...) Sp. z o.o. w K. nie zgłosiło interwencji ubocznej.

Wyrokiem z dnia 15 marca 2018 r. Sąd Rejonowy w Gorlicach oddalił powództwo (pkt. I), zasądził (pkt. II) od powoda L. S. na rzecz strony pozwanej (...) S.A w W. kwotę 3 617 zł tytułem zwrotu kosztów procesu oraz zasądził (pkt. III) od powoda na rzecz interwenienta ubocznego Szpitala (...) w G. kwotę 3 982 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sąd Rejonowy ustalił, iż w dniu 16 lutego 2014 r. powód L. S. idąc do obory poślizgnął się na schodach i upadł doznając urazu barku prawego. Z uwagi na utrzymujące się dolegliwości bólowe następnego dnia powód zgłosił się na (...) Szpitala (...) w G.. Został tam zbadany, miał wykonane zdjęcie RTG, które nie wykazało zmian pourazowych. Rozpoznano u niego zespół ciasnoty przestrzeni podbarkowej prawej i podejrzenie uszkodzenia pierścienia rotatorów barku prawego. Zapisano recepty na leki: P. C., D. retard, T. V.. Zalecono stosowanie temblaku oraz kontrolę w (...). Powód zgłosił się tam w dniu 20 lutego 2014 r. i został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego.

W dniu 04 marca 2014 r. powód został przyjęty na Oddział (...) w G.. Przebywał tam do dnia 07 marca 2014 r.

W dniu 05 marca 2014 r. lekarz A. P. (świadczył on usługi medyczne w Szpitalu za pośrednictwem Centrum (...) Sp. z o.o. w K. na podstawie umowy nr (...) z dnia 27 stycznia 2014 r. o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne), przeprowadził u powoda zabieg operacyjny w znieczuleniu ogólnym, na otwarto naprawy mankietów rotatorów barku prawego i akromioktomii przednio – bocznej. Zabieg polegał na odbarczeniu ciasnoty podbarkowej i doszyciu urwanego ścięgna mięśnia nadgrzebieniowego do guzka większego kości ramieniowej przy użyciu kotwicy tytanowej 6,5 mm. W dniu 06 marca 2014 r. powód miał wykonane RTG kontrolne, na którym widoczne jest nieznaczne ok. 1-1,5 mm wystawanie wprowadzonej w okolicy guzka kości ramiennej kotwicy ponad poziom kości. Kolejnego dnia powód został wypisany ze Szpitala z zaleceniem noszenia szyny odwodzącej przez 6 tygodni, kontroli w (...) a także zmiany opatrunków za 10 dni.

Po wykonanym zabiegu powód odczuwał znaczne dolegliwości bólowe oraz ograniczenie ruchomości barku prawego, które utrudniały mu wykonywanie podstawowych czynności, takich jak mycie, ubieranie, przyrządzanie posiłków, czy dojazd do lekarzy z miejsca zamieszkania. Podczas wykonywania tych czynności korzystał z pomocy rodziny. Zażywał także leki przeciwbólowe.

Do (...) Szpitala (...) w G. powód zgłosił się w dniu 17 marca 2014 r. Podczas wizyty usunięto mu szwy i stwierdzono prawidłowe gojenie rany.

Po raz kolejny powód zgłosił się do (...) w dniu 16 kwietnia 2014 r. Miał wykonane zdjęcie RTG, które wykazało dobre osadzenie kotwicy, bez cech kolizji. Zalecono powodowi rehabilitację w odciążeniu.

Następna wizyta odbyła się w dniu 30 kwietnia 2014 r. Stwierdzono potrzebę pilnej rehabilitacji. Zalecono powodowi (...). Rehabilitację powód odbywał w (...) Zakład (...) w Ł. w okresie od 13 maja 2014 r. do 21 maja 2014 r. Podczas wizyty w (...) w dniu 04 czerwca 2014 r. po odbytej rehabilitacji w zakresie ruchomości stawu barkowego stwierdzono: odwodzenie 90 stopni, zgięcie 90 stopni, zgięcie w tył 60 stopni, rotacja zewnętrzna 0 stopni, rotacja wewnętrzna 90 stopni. Zalecono powodowi kontynuowanie rehabilitacji. Powód odbywał ją w (...) Zakład (...) w Ł. w okresie od 2 lipca 2014 r. do 16 lipca 2014 r.

W dniu 08 lipca 2014 r. powód L. S. skorzystał z porady w Prywatnym Gabinetzie Ortopedycznym lekarza B. N. w J.. W wywiadzie podał, że po operacji rekonstrukcji stożka rotatorów barku prawego w marcu 2014 r. było w miarę dobrze, ale kilka dni temu doznał urazu prawego barku ponownie i odczuwa bóle oraz ograniczenie ruchomości czynnej. Lekarz w badaniu USG stwierdził obecność stożka i niewielką ilość płynu w stawie i zalecił dalszą rehabilitację.

W dniu 23 lipca 2014 r. powód ponownie zgłosił się do (...) w G.. Stwierdzono wówczas pogorszenie funkcji stawu barkowego. W badaniu USG odnotowano uszkodzenie pierścienia rotatorów i wysięk w kaletce podbarkowej. Zakwalifikowano powoda do artroskopii stawu barkowego oraz zalecono badanie MR. Wykonane ono zostało w dniu 22 października 2014 r. i wykazało wokół głowy kości ramieniowej liczne artefakty, które uniemożliwiają ocenę ścięgien mięśnia nadgrzebieniowego, ślad płynu w kaletce podkrucznej i wokół ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego, minimalna odległość wyrostek barkowy łopatki – głowa kości ramiennej wynosi około 4 mm, obrąbek stawowy bez wyraźnych cech uszkodzenia.

Powód nie zdecydował się na dalsze leczenie w Szpitalu (...) w G., lecz kontynuował je w Prywatnym Gabinetzie Ortopedycznym B. N. w J.. Zgłosił się tam w dniu 21 listopada 2014 r. wskazując na utrzymujące się dolegliwości

bólów prawego barku. W badaniu lekarz stwierdził ograniczenie odwodzenia czynnego i biernego prawego barku 70 st., wyczuwalne zgrubienie prawdopodobnie wystającej kotwicy i przeskakiwanie z bólem. Powód został zakwalifikowany do operacji w trybie pilnym.

W dniach od 22 stycznia 2015 r. do 24 stycznia 2015 r. powód leczony był w Oddziale (...) w J. celem wykonania artroskopowego usunięcia wystającej do stawu kotwicy po otwartej rekonstrukcji stożka rotatorów. Zabieg wykonywał w dniu 23 stycznia 2015 r. lekarz B. N.. Stwierdzono wystającą metalową kotwicę w kości ramiennej z resztką nici, uszkodzenie pełnej grubości (...) z drugą częścią nici, kikut na poziomie brzegu panewki. Usunięto kotwicę w całości po odkuciu wokół kości i zwapnienia. Dzięki zabiegowi powód uzyskał poprawę zakresu ruchomości. Powodowi zalecono leki T., P., a ponadto pełen zakres ruchów operowaną kończyną, usunięcie szwów za około 10-14 dni oraz kontrolę ortopedyczną za około 4 tygodnie. Powodowi wydano skierowanie do poradni rehabilitacyjnej. Rehabilitację powód odbył w dniach od 16 marca 2015 r. do 31 marca 2015 r. w Ośrodku (...) sp. z o.o. w M..

Dalej powód kontynuował leczenie w Prywatnym Gabinetzie Ortopedycznym B. N. w J.. Zgłaszał się tam w dniach 18 maja 2015 r. (stwierdzono ograniczenie odwodzenia czynnego i biernego prawego barku 80 st., wyczuwalne trzeszczenia w barku prawym, zalecono konsultację i ewentualne leczenie barku prawego u dr. B. w B.; wydano ponadto zaświadczenie o stanie zdrowia) i 30 czerwca 2015 r. (stwierdzono ograniczenie odwodzenia czynnego i biernego prawego barku 80 st., wyczuwalne trzeszczenia w barku prawym, osłabienie siły prawej kończyny górnej średniego stopnia).

Z uwagi na fakt, iż powód nie zdecydował się na dalsze leczenie operacyjne, jego leczenie i rehabilitację zakończono na tym etapie.

Zabieg operacyjny z dnia 05 marca 2014 r. przeprowadzony przez lekarza A. P. został wykonany w sposób prawidłowy. Kotwica użyta do mocowania zerwanego mięśnia została umieszczona poprawnie w okolicy przyczepu mięśnia nadgrzebieniowego do kości w obrębie głowy kości ramiennej. Została ona pograżona w kości tak, aby wszystkie skrety gwintu znalazły się wewnątrz kości i nie wystawały nadmiernie, a takie osadzenie kotwicy zapewnia prawidłową wytrzymałość szwu. Prawidłowe osadzenie kotwicy potwierdzają zdjęcia RTG z dnia 06 marca 2014 r. i 16 kwietnia 2014 r. Wykazują one wystawanie kotwicy ok. 1-1,5 mm, przy czym obrazy RTG są powiększone o około 20 % w porównaniu z rzeczywistymi, a zatem wystawanie to ma wielkość ok. 0,8-1,2 mm. Takie wystawanie kotwicy uznać należy za niewielkie, a zważywszy, że nad kością znajduje się warstwa chrzęstna, niewidoczna na zdjęciu RTG, realne wystawanie kotwicy ponad powierzchnię głowy kości ramiennej jest mniejsze, niż widoczne na zdjęciu RTG.

W trakcie leczenia wystąpiło u powoda powikłanie pod postacią destabilizacji kotwicy i zerwania szwu, ale nie było to skutkiem nieprawidłowego przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z dnia 05 marca 2014 r., lecz ponownego urazu doznanego przez powoda w lipcu 2014 r. Na urazowy charakter zmian powstałych wtórnie po zeszytciu stożka rotatorów wskazują nie tylko wpisy w dokumentacji medycznej (z (...) Szpitala (...) w G., z której wynika, że do lipca 2014 r. proces usprawniania po przebyłym uszkodzeniu mięśnia nadgrzebieniowego leczonym operacyjnie, przebiegał prawidłowo, ale także w Prywatnym Gabinetzie Ortopedycznym B. N. w J., gdzie podczas wizyty z dnia 8 lipca 2014 r. odnotowane zostało, że kilka dni temu powód doznał ponownie urazu prawego barku), lecz również opis zmian zaobserwowanych w trakcie artroskopii braku prawego. Wskazuje on, że doszło do destabilizacji i zerwania prawidłowo założonego szwu mięśnia nadgrzebieniowego, gdyż uszkodzenie nici szwu, czy wyrwanie kotwicy obserwuje się w przypadku ponownego urazu tej okolicy lub w przypadku zbyt intensywnie prowadzonych ćwiczeń. Nie podważa urazowego uszkodzenia kotwicy okoliczność, że lekarz usuwający kotwicę musiał ją odkuć z kości, bowiem zabieg artroskopii wykonany został w styczniu 2015 r., a ponowny uraz miał miejsce w lipcu 2014 r. i okres pół roku jaki dzieli obie te daty, jest wystarczający do ponownego wrosnięcia do kości. Uszkodzone mięśnie rotatorów może być leczone metodą na otwarcie albo metodą artroskopową.

Przed wypadkiem jakiemu L. S. uległ w dniu 16 lutego 2014 r., był on osobą sprawną fizycznie. Pomagał byłej żonie w prowadzeniu działalności gospodarczej, a także w gospodarstwie rolnym swojego ojca.

Aktualnie na prawym barku powoda występują prawidłowo wygojone, niebolesne blizny pooperacyjne. Bark jest niebolesny palpacyjnie, stabilny, o prawidłowych obrysach, bez obrzęku i deformacji. Ruchomość stawu barkowego jest ograniczona w stopniu nieznacznym (zgięcie 170 st., odwodzenie 180 st., rotacja wewnętrzna 80 st., rotacja zewnętrzna 20 st.). Powód swobodnie zakłada rękę na kark i za plecy. Ma prawidłową chwytność palców prawej ręki. Ruchy czynnego zgięcia grzbietowego nadgarstka i palców są zachowane. Mięśnie barku i ramienia prawego nie wykazują zaników. Siła mięśniowa jest prawidłowa. Ruchy w stawie barkowym w możliwym do wykonania zakresie są niebolesne, a w krańcowym zakresie ruchu – lekko bolesne.

Przeprowadzone leczenie operacyjne i rehabilitacja doprowadziły do odzyskania prawie pełnej sprawności barku prawego, skoro z dokumentacji medycznej wynika, że ograniczenie odwodzenia do około 80 st. utrzymywały się w sposób długotrwały. Stan funkcjonalny stawu barkowego pozwala powodowi na wykonywanie wszystkich czynności dnia codziennego, uprawianie sportu, czy pracę zarobkową, także fizyczną. Zgłaszane przez powoda dolegliwości bólowe i ograniczenie ruchomości mają w dużej mierze charakter subiektywny. Dolegliwości bólowe nie mają charakteru bólów ostrych i pojawiają się po przeciążeniu i przy ruchach krańcowych, a ograniczenie ruchomości jest śladowe.

Powód nie wymaga leczenia operacyjnego. Wskazana jest dalsza okresowa rehabilitacja stawu barkowego w warunkach ambulatoryjnych i stosowanie ćwiczeń usprawniających we własnym zakresie.

Z uwagi na schorzenia ortopedyczne wskutek wypadku z dnia 16 lutego 2014 r. powód doznał 14 % długotrwałego i 5 % trwałego uszczerbku na zdrowiu (pkt. 104 tabeli stanowiącej załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18.12.2002 r.).

Brak odzyskania pełnej sprawności negatywnie wpłynął na stan psychiczny powoda. L. S. wskutek ograniczenia aktywności z uwagi na pojawiający się ból oraz zmniejszenie ruchomości stawu barkowego czuje się bezużyteczny społecznie, rodzinnie oraz towarzysko. Stał się nerwowy i drażliwy. W związku z tym w dniach 12 maja 2014 r., 15 września 2014 r., 20 lipca 2015 r., 18 stycznia 2016 r., 19 września 2016 r. i 12 czerwca 2017 r. korzystał z porad lekarza psychiatry M. W. (1). Zdarzenie z dnia 16 lutego 2014 r., proces leczenia, jak też zabiegi operacyjne i rehabilitacja nie spowodowały jednak powstania zaburzeń psychicznych u powoda i nie wpłynęły negatywnie na jego stan psychiczny. Z psychiatrycznego punktu widzenia u powoda nie występuje trwały czy długotrwały uszczerbek na zdrowiu. Dokumentacja z leczenia u lekarza psychiatry M. W. (2) potwierdza jedynie, iż powód przebył zaburzenia adaptacyjne, ale jest niewystarczająca, aby ocenić długość ich trwania i stopień nasilenia.

Pismem z dnia 08 czerwca 2015 r. powód skierował do Szpitala (...) w G. roszczenie o przyjęcie odpowiedzialności za błędnie wykonany przez lekarza A. P. zabieg operacyjny z dnia 05 marca 2014 r. oraz przekazanie informacji o ubezpieczycielu Szpitala.

W tym czasie Szpital związany był z pozwanym (...) S.A. w W. umowami ubezpieczenia OC – na podstawie Polisy Nr (...) obowiązkowego (...) odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą dla Klienta Korporacyjnego i na podstawie Polisy Nr (...) dobrowolnego Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, obejmującymi okres ubezpieczenia od 15 marca 2013 r. do 14 maja 2014 r.

Pismem z dnia 30 czerwca 2015 r. Szpital (...) w G. poinformował (...) S.A. w W., że na podstawie wyjaśnień lekarza A. P. wykonującego zabieg naprawy stożka rotatorów barku u powoda w dniu 05 marca 2014 r. oraz na podstawie radiogramów kontrolnych z dnia 06 marca 2014 r., 16 kwietnia 2014 r. oraz z dnia 23 lipca 2014 r., należy uznać, że operacja została wykonana prawidłowo.

W piśmie z dnia 21 lipca 2015 r., które (...) S.A. w W. otrzymał w dniu 24 lipca 2015 r., L. S. skierował swoje roszczenie do pozwanego. Pismem z dnia 10 sierpnia 2015 r. pozwany poinformował powoda, że nie uznaje jego roszczeń, gdyż lekarz operujący w sposób właściwy wykonał zabieg naprawy stożka rotatorów barku.

Powyższy stan faktyczny Sąd Rejonowy ustalił na podstawie dokumentów, w tym zalegających w aktach likwidacji szkody, których treść i autentyczność nie budziła zastrzeżeń i nie była kwestionowana przez strony, a ponadto na podstawie zeznań świadków S. S., E. Ś., A. S. (2) oraz powoda, które zasadniczo nie budziły zastrzeżeń. Świadkowie i powód w zgodny, korespondujący ze sobą sposób opisali okoliczność wypadku z dnia 16 lutego 2014 r., przebieg leczenia oraz funkcjonowanie powoda w związku z doznanym urazem.

Jako nieprzekonujące Sąd Rejonowy ocenił zeznania powoda, w których zaprzeczył on, aby w lipcu 2014 r. doznał ponownego urazu prawego barku. W ocenie Sądu I instancji przeczy temu zapis w dokumentacji medycznej z Prywatnego Gabinetu Ortopedii i Chorób Ręki w J., w której w dniu 8 lipca 2014 r. przyjmujący powoda lekarz B. N. na podstawie informacji przekazanej mu przez powoda odnotował, że powód kilka dni temu doznał urazu prawego barku ponownie. W ocenie Sądu I instancji L. S. nie miał wówczas żadnych podstaw, aby przekazywać lekarzowi nieprawdziwe informacje, a jak sam przyznał, lekarz na bieżąco wypełniał dokumentację medyczną, co wyklucza, by przypadek powoda lekarz pomylił z innym pacjentem. Ponowny uraz pośrednio potwierdza również dokumentacja z leczenia powoda w (...) w G., z której wynika, że do lipca 2014 r. proces usprawniania barku przebiegał prawidłowo. Skoro jednak powód winą za powikłanie w leczeniu operacyjnym z dnia 05 marca 2014 r. obarcza Szpital, to w jego interesie było w niniejszym procesie zaprzeczać, że doznał kolejnego urazu. Nie negując, że powód ma prawo do żalu i poczucia krzywdy z uwagi na stwierdzone skutki doznanego urazu, to zdaniem Sądu I instancji w takich okolicznościach faktycznych doszukiwanie się winy po stronie lekarza operującego w dniu 5 marca 2014 r. nie znajduje uzasadnienia w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym.

Sąd Rejonowy w pełni podzielił opinię biegłego ortopedy traumatologa W. T. przyjmując, że opinia została sporządzona w sposób rzetelny, fachowy i nie zawiera sprzeczności. Biegły szczegółowo opisał przebieg leczenia powoda, a wnioski wynikające z jego obserwacji są logiczne i spójne. Opinia jest wyczerpująca, udziela odpowiedzi na wszystkie postawione pytania, w tym również sformułowane przez strony. Opinia ta była kwestionowana przez powoda. W opinii uzupełniającej biegły podtrzymał dotychczas sporządzoną opinię i dodatkowo szczegółowo odniósł się do zastrzeżeń powoda odnośnie przebiegu i prawidłowości jego leczenia. Za niezasadne tym samym Sąd I instancji uznał zarzuty powoda, które w istocie stanowią nieuprawnioną polemikę ze stanowiskiem biegłego.

Dlatego Sąd Rejonowy oddalił wniosek dowodowy powoda o dopuszczenie kolejnego dowodu z opinii biegłego lekarza ortopedy uznając, że wszystkie istotne dla rozstrzygnięcia sprawy okoliczności zostały już wyjaśnione w oparciu o dotychczasową opinię biegłego, a powód nie podważył jej w sposób skuteczny. Sąd Rejonowy wskazał, że po myśli art. 286 k.p.c. Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszych biegłych, gdy zachodzi tego potrzeba, a więc wówczas, gdy złożona już opinia zawiera istotne braki, względnie też nie wyjaśnia istotnych okoliczności. Stąd o ewentualnym dopuszczeniu dowodu z opinii innego biegłego nie może decydować wyłącznie nie poparty przekonującymi argumentami wniosek strony niezadowolonej z niekorzystnego dla niej wydzwiku konkluzji opinii, lecz zawarte w nim konkretne uwagi podważające miarodajność dotychczasowej opinii lub co najmniej miarodajność tą poddające w wątpliwość. W sytuacji zatem, gdy na wszystkie kwestie, które miałyby być przedmiotem kolejnej opinii biegły W. T. w sposób przekonujący odpowiedział, to wniosek powoda o przeprowadzenie dowodu z opinii kolejnego biegłego zmierzał do nieuzasadnionej zwłoki w postępowaniu, co zgodnie z art. 217 § 2 k.p.c. skutkowało jego pominięciem.

W pełni Sąd I instancji podzielił opinię psychologiczno - psychiatryczną biegłych psychiatry T. A. oraz psycholog K. K. jako kompletną, jednoznaczną i uwzględniającą w pełnym zakresie materiał dowodowy. Zastrzeżenia powoda do tej opinii zostały przekonywująco wyjaśnione w opinii uzupełniającej.

W tych okolicznościach Sąd Rejonowy uznał, że powództwo jest bezzasadne.

Legitymację bierną pozwanego (...) S.A. w W. uzasadnia art. 822 § 1 k.c., zgodnie z którym przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłaty określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Z uwagi na łączące pozwanego i Szpital (...) w G. umowy ubezpieczenia OC, zgodnie z art. 822 § 4 k.c.

uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela.

Sąd I instancji wskazał, że odpowiedzialność ubezpieczyciela powstaje wówczas, gdy zostanie wykazane, że ubezpieczony tj. w stanie faktycznym sprawy Szpital (...) w G. ponosi odpowiedzialność za szkodę.

Powód zarzucał przeprowadzającemu w dniu 05 marca 2014 r. zabieg naprawy stożka rotatorów barku prawego lekarzowi A. P. popełnienie błędu w sztuce lekarskiej. Zabieg ten został wykonany na podstawie umowy nr (...) z dnia 27 stycznia 2014 r. o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne zawartej pomiędzy Szpitalem (...) w (...) Sp. z o.o. w K., której podstawę stanowił art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 160). Ust. 7 tego art. przyjmuje solidarną odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia przez udzielającego zamówienie i przyjmującego zamówienie.

Niezależnie od tego ewentualną odpowiedzialność Szpitala uzasadniałby zdaniem Sądu I instancji art. 430 k.c., który stanowi, że kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej mu czynności

Jakkolwiek A. P. nie był pracownikiem Szpitala, niemniej wiązały go przyjęte tam procedury, wykonywał operację w obiekcie należącym do Szpitala, przy użyciu znajdującej się tam aparatury. Tym samym Szpital ponosiłby odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez operatora przy wykonywaniu powierzonego mu zabiegu operacyjnego.

Przyjęcie tej odpowiedzialności zdaniem Sądu Rejonowego wymagało jednak wykazania przesłanek odpowiedzialności deliktowej wynikających z art. 430 k.c. tj. wyrządzenia szkody osobie trzeciej przez podwładnego, zawinionego działania lub zaniechania podwładnego, normalnego związku przyczynowego pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem oraz wyrządzenia szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności.

Ciężar wykazania wszystkich przesłanek odpowiedzialności zgodnie z art. 6 k.c. spoczywał na powodzie.

Sąd Rejonowy wskazał, iż w sprawie o błąd w sztuce lekarskiej, lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania (art. 415 k.c.). Element obiektywny występuje w przypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej i praktyki medycznej, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej (tak SN w wyroku z 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, publ. Legalis 617787, z 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09, publ. OSP 2012/10/95). Wysokie wymagania stawiane lekarzom nie oznaczają ich odpowiedzialności za wynik leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku błędu w sztuce medycznej, jeśli był to błąd zawiniony, polegający na zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca.

W ocenie Sądu I instancji przeprowadzone postępowanie dowodowe jednoznacznie wykazało, że leczenie powoda w Szpitalu (...) w G. prowadzone było w sposób prawidłowy. Zasadnicze znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy miała opinia biegłego ortopedy W. T., który nie stwierdził nieprawidłowości przy przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego polegającego na rekonstrukcji stożka rotatorów wykonanego przez lekarza A. P. w dniu 05 marca 2014 r., wskazując, że powikłanie pod postacią destabilizacji kotwicy i zerwania szwu nie było to skutkiem nieprawidłowego przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, lecz ponownego urazu doznanego przez powoda w lipcu 2014 r. W związku z taką treścią opinii, brak było podstaw do odmiennych ustaleń i doszukiwania się zawinionego działania lekarza. Tym samym, skoro nie zostały wykazane przez powoda przesłanki odpowiedzialności Szpitala (...) w G., powództwo jako bezzasadne podlegało oddaleniu, o czym orzeczono jak w pkt. I wyroku.

O kosztach procesu Sąd Rejonowy orzekł na podstawie w art. 98 § 1 k.p.c. zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, że strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Powód przegrał proces w całości, dlatego został obciążony obowiązkiem

zwrotu pozwanemu kosztów procesu w łącznej kwocie 3 617 zł (wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 3 600 zł oraz opłata od udzielonego pełnomocnictwa w kwocie 17 zł) oraz obowiązkiem zwrotu interwenientowi ubocznemu kosztów procesu w wysokości 3 982 zł (wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 3 600 zł, opłata od interwencji ubocznej w kwocie 365 zł oraz opłata od udzielonego pełnomocnictwa w kwocie 17 zł). Sąd nie znalazł podstaw do zastosowania art. 102 k.p.c. mimo, że powód subiektywnie przekonany był o zasadności swoich roszczeń, skoro jego postępowania było nielojalne, wobec negocjowania w toku procesu fakt kolejnego urazu prawego barku.

Apelację od powyższego wyroku złożył powód (k. 330-337), który zaskarżył wyrok w całości.

Wniósł o zmianę wyroku przez uwzględnienie powództwa w całości za przyznaniem kosztów procesu za obie instancje.

Ewentualnie wniósł o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu w Gorlicach pozostawiając temu sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego.

Wyrokowi powód zarzucił:

I. naruszenie norm prawa procesowego mające wpływ na wynik sprawy, tj.:

1. art. 217 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez oddalenie wniosków dowodowych powoda mających dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie, a to dowodu z opinii innego biegłego z zakresu ortopedii, albowiem wydana w sprawie opinia biegłego W. T. jak również opinia uzupełniająca jest całkowicie błędna, nie przystaje do stanu faktycznego sprawy i powinna zastać zweryfikowana,
2. art. 286 k.p.c. w zw. z art. 162 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego z zakresu ortopedii, albowiem wydana w sprawie opinia biegłego W. T. jak również opinia uzupełniająca jest całkowicie błędna, nie przystaje do stanu faktycznego sprawy i powinna zastać zweryfikowana,
3. art. 290 § 1 k.p.c. w zw. z art. 233 § 1 k.p.c. przez przyjęcie, że ww. opinia w sposób przejrzysty i wyczerpujący odpowiada na stawiane pytania i może stanowić wiarygodną podstawę ustaleń faktycznych,
4. art. 233 § 1 k.p.c. przez błędną ocenę opinii medycznej i twierdzeń powoda,
5. art. 328 § 2 k.p.c. poprzez nie wyjaśnienie motywów oddalenia wniosków dowodowych.

II. naruszenie prawa materialnego, tj.:

1. art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. poprzez błędne przyjęcie, że zabieg operacyjny przeprowadzony został zgodnie z zasadami sztuki medycznej, choć działanie lekarza prowadzącego operację naprawy mankietu rotatorów z dnia 5 marca 2014 r. wypełnia przesłanki uznania za błąd medyczny i rodzi odpowiedzialność pozwanego,
2. art. 444 § 1 k.c. poprzez jego niezastosowanie, podczas gdy powód po nieprawidłowo przeprowadzonej operacji naprawy mankiatów rotatorów, na skutek doznanego rozstroju zdrowia wymagał intensywnej pomocy innych osób z uwagi na ograniczoną możliwość wykonania ruchów w stawie barkowym lewym oraz dolegliwości bólowe,
3. art. 444 § 1 k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c. poprzez ich niezastosowanie, choć na skutek nieprawidłowo wykonanego zabiegu operacyjnego naprawy stożka rotatorów powód został narażony na szereg kolejnych zabiegów i rehabilitacji nie odzyskując nadal sprawności.

W uzasadnieniu apelacji powód podkreślił, iż Sąd I instancji dopuścił się rażącego naruszenia art. 286 k.p.c. w zw. z art. 162 k.p.c. oddalając wniosek dowodowy powoda o nową opinię innego biegłego z zakresu ortopedii, w sytuacji gdy dotychczas sporządzona w sprawie opinia przez biegłego W. T. była oczywiście błędna. Powyższe naruszenie zaważyło na oddaleniu powództwa. Powód tymczasem przedstawił merytoryczne zarzuty do opinii po konsultacji ze specjalistami z zakresu ortopedii, którzy jednoznacznie wskazali, że lekarz wykonujący zabieg operacyjny powoda popełnił błąd medyczny, źle osadzając kotwicę, do której przywiązane były nici. Kotwica wraz z supłami nici wystawała

około 3 mm ponad kość i to powodowało destrukcję stawu barkowego, ból, przewlekły stan zapalny i przyspieszoną artrozę stawu. Doszło do pozrywania nici, stąd nie można mówić o skutecznej naprawie rotatorów przy jednoczesnej destrukcji stawu barkowego. Prawidłowo osadzona kotwica powinna znajdować się poniżej powierzchni kości na tyle, żeby przywiązane do niej nici nie wystawały ponad powierzchnię kości. W ocenie powoda wnioski opinii biegłego W. T. jawią się jako działania podjęte w imię solidarności zawodowej lekarzy, przez co sporządzona przez niego opinia w całości winna być postrzegana jako stronnicza i tendencyjna.

W ocenie powoda Sąd I instancji na podstawie art. 278 § 1 k.p.c. miał obowiązek dopuszczenia dowodu z opinii innych biegłych bo zachodziła taka potrzeba.

Powód zaprzeczył także w apelacji, aby w lipcu 2014 r. doznał ponownego urazu. W tym zakresie przedstawił swoją argumentację i wskazał, że dlatego nie może on ponosić odpowiedzialności za wpisy w dokumentacji medycznej.

W odpowiedzi na apelację powoda (k. 343) pozwany wniósł o jej oddalenie za przyznaniem kosztów postępowania apelacyjnego na jego rzecz. W ocenie pozwanego zarzuty apelacyjne nie są trafne a wyrok Sądu I instancji jest prawidłowy. Biegły W. T. nie stwierdził nieprawidłowości w postępowaniu lekarza operującego powoda i brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności za błąd lekarski.

W odpowiedzi na apelację powoda (k. 345-346) interwenient uboczny również wniósł o jej oddalenie za przyznaniem kosztów postępowania apelacyjnego Interwenient uboczny podzielił argumentację pozwanego, że zarzuty apelacyjne nie są trafne a wyrok sądu I instancji jest prawidłowy. Brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności za błąd lekarski.

W piśmie procesowym z dnia 21 listopada 2018 r. (k. 356-359) powód wniósł o przeprowadzenie dowodu z dokumentacji medycznej związanej z jego leczeniem w J. w styczniu 2015 r. oraz wyjaśnił, że po wyroku Sądu I instancji konsultował się radiologicznie i wówczas uzyskał informację, że kotwica wystawała rzeczywiście ponad 3 mm ponad obręb głowy kości ramieniowej.

Twierdził, że dowodów takich nie mógł obiektywnie zgłosić przed Sądem I instancji.

Wnosząc o przeprowadzenie dowodu z tej dokumentacji wniósł zarazem o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego radiologa, bądź to w postępowaniu apelacyjnym (art. 382 k.p.c.), bądź przy ponownym rozpoznaniu sprawy – po uchyleniu wyroku I instancji.

Podtrzymał także powód wniosek o przeprowadzenie dowodu z nowej opinii ortopedycznej.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Apelacja powoda jest niezasadna a podniesione w niej zarzuty nie są trafne.

Podkreślić trzeba na wstępie, iż brak jest podstaw do uchylenia zaskarżonego wyroku, gdyż Sąd Rejonowy nie dopuścił się uchybień, które Sąd Okręgowy bierze pod rozwagę z urzędu – art. 378 § 1 k.p.c.

Sąd Rejonowy postępowanie przeprowadził prawidłowo i dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych, które Sąd Okręgowy w całości podziela i przyjmuje za własne bez konieczności ich ponownego przytaczania (por. wyrok SN z 9 marca 2006 r., sygn. akt I CSK 147/05, publ. LEX nr 190753).

Nie jest zasadny zarzut naruszenia przez Sąd Rejonowy dyspozycji art. 328 § 2 k.p.c.

Uzasadnienie wyroku na piśmie Sąd Rejonowy sporządził (k. 322-327) na pisemne wnioski stron (k. 316-320).

Wbrew zarzutom skarżącego uzasadnienie wyroku spełnia wymogi z art. 328 § 2 k.p.c.

O uchybieniu przepisowi art. 328 § 2 k.p.c. można mówić jedynie wtedy, gdyby uzasadnienie zaskarżonego orzeczenia nie zawierało danych pozwalających na kontrolę tego orzeczenia (tak: postanowienie SN z dnia 21 listopada 2001 r., I CKN 185/01, publ. LEX nr 52726, zob. też wyroki SN: z dnia 18 marca 2003 r., IV CKN 1862/00, publ. LEX nr 109420, z dnia 5 października 2005 r., I UK 49/05, publ. M.Praw. 2006, nr 4, s. 214).

Sąd zobowiązany jest zatem w pisemnym uzasadnieniu do wyjaśnienia motywów podjętego rozstrzygnięcia w sposób umożliwiający przeprowadzenie kontroli instancyjnej zaskarżonego orzeczenia.

Sąd Rejonowy tymczasem odniósł się do całego zebranego w sprawie materiału dowodowego, w tym ocenił opinię biegłego ortopedy W. T., co wskazuje w konsekwencji, iż możliwa jest kontrola rozstrzygnięcia Sądu I instancji przez sąd odwoławczy.

W ocenie Sądu Okręgowego w okolicznościach niniejszej sprawy nie sposób jest przyjąć, że ustalenia faktyczne i motywacja prawna Sądu Rejonowego zawarte w pisemnym uzasadnieniu są wadliwe oraz że nie są pełne. Podobnie ocena dowodów przedstawiona w uzasadnieniu wyroku przez Sąd Rejonowy jest pełna i logiczna.

Nie jest zasadny zarzut naruszenia przez Sąd Rejonowy dyspozycji art. 233 k.p.c.

Sąd I instancji nie uchybił bowiem zasadom prawidłowej oceny dowodów i nie przekroczył granic swobodnej oceny.

Wbrew zarzutom apelacji w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku w sposób jasny i przekonujący Sąd Rejonowy wskazał jakim dowodom dał wiarę oraz na podstawie jakich dowodów poczynił poszczególne ustalenia faktyczne. Ocena dowodów przeprowadzonych przez Sąd Rejonowy jest trafna.

Sąd Okręgowy ocenę tą w całości podziela.

Godzi się zauważyć w tym miejscu, iż podstawowym zadaniem sądu orzekającego, wyrażającym istotę sądenia jest rozstrzygnięcie kwestii spornych w warunkach niezawisłości, na podstawie własnego przekonania sędziego przy uwzględnieniu całokształtu zebranego materiału (tak: wyrok SN z dnia 16 lutego 1996 roku, II CRN 173/95, publ. LEX nr 1635264).

Skuteczne przedstawienie zarzutu naruszenia przez sąd art. 233 k.p.c. wymaga zatem wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Nie jest natomiast wystarczające subiektywne przekonanie strony o innej niż przyjął wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu (tak: orzeczenia SN: z dnia 5 sierpnia 1999 roku, II UKN 76/99, publ. OSNAPiUS 2000, Nr 19, poz. 732; z dnia 10 kwietnia 2000 roku, V CKN 17/2000, publ. OSNC 2000, Nr 10, poz. 189; z dnia 10 stycznia 2002 roku, II CKN 572/99, publ. LEX nr 53136; z dnia 27 września 2002 roku, II CKN 817/00, publ. LEX nr 56096).

Ocena dowodów polega na ich zbadaniu i podjęciu decyzji, czy została wykazana prawdziwość faktów, z których strony wywodzą skutki prawne. Celem sądu jest tu dokonanie określonych ustaleń faktycznych, pozytywnych bądź negatywnych, i ostateczne ustalenie stanu faktycznego stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia (tak: wyrok SN z dnia 24 października 2003 roku, II CK 75/02).

W tym kontekście oceniając niezasadny jest zarzut apelacji naruszenia przez Sąd I instancji art. 233 k.p.c. przez dokonanie błędnej oceny opinii medycznej i twierdzeń powoda .

Jest to kwestia ustaleń faktycznych, które Sąd Rejonowy – jak już podkreślono - poczynił w sposób skrupulatny na podstawie dowodów zaoferowanych przez strony.

Na sądzie orzekającym ciąży obowiązek dokonania oceny wszechstronnej, w czym mieści się wymaganie rozważenia wszystkich dowodów mających znaczenie dla przedmiotu sprawy oraz kierowania się w ocenie regułami logiki i doświadczenia życiowego nakazującego uwzględniać wzajemne związki między poszczególnymi faktami (tak: wyrok SN z dnia 10 lutego 2005 r., II CK 385/04).

Dodatkowo należy zaznaczyć, iż zgodnie z art. 3 k.p.c. obowiązek przedstawienia dowodów spoczywa na stronach, jednak ciężar udowodnienia faktów mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy obciąża stronę, która z faktów tych wywodzi skutki prawne (art. 6 k.c.).

Ciężar dowodu w postępowaniu cywilnym z reguły spoczywa na powodzie. Zasadniczo powinien on dowieść wystąpienia faktów tworzących jego prawo podmiotowe będące źródłem roszczeń oraz faktów uzasadniających jego odpowiedź na zarzuty pozwanego, natomiast pozwany dowodzi faktów uzasadniających jego zarzuty przeciwko roszczeniu powoda - fakty tamujące oraz niweczące (wyroki SN: z dnia 20 grudnia 2006 r., IV CSK 299/06, publ. LEX nr 233051; z dnia 29 września 2005 r., III CK 11/05, publ. LEX nr 187030). Reguły rozkładu ciężaru dowodu mają charakter gwarancyjny, wskazując stronę, która poniesie negatywne konsekwencje nieudowodnienia faktów mających dla rozstrzygnięcia istotne znaczenie.

Z art. 232 k.p.c. wynika zasada, że to strony, a nie sąd, powinny przedstawiać materiał pozwalający poczynić ustalenia faktyczne, z których wywodzą skutki prawne. Sąd nie jest odpowiedzialny za wynik procesu (wyrok SN z dnia 7 października 1998 r., II UKN 244/98, OSNAPiUS 1999, nr 20, poz. 662), jak również nie jest jego rzeczą zarządzanie dochodzenia w celu uzupełnienia lub wyjaśnienia twierdzeń stron i wykrycia środków dowodowych pozwalających na ich udowodnienie, sąd nie jest też zobowiązany do przeprowadzenia z urzędu dowodów zmierzających do wyjaśnienia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy (wyrok SN z dnia 17 grudnia 1996 r., I CKU 45/96, OSNC 1997, nr 6-7, poz. 76).

Nie jest więc rzeczą Sądu poszukiwanie za stroną dowodów przez nią niewskazanych, mających na celu udowodnienie jej twierdzeń (co wyraźnie podkreślił Sąd Najwyższy w wyroku z 17 grudnia 1996 r., I CKU 45/96, publ. OSNC 1997/6-7/76).

Działanie Sądu z urzędu może prowadzić bowiem do naruszenia prawa do bezstronnego Sądu i odpowiadającego mu obowiązku przestrzegania zasady równego traktowania stron (art. 32 ust. 1 i art. 45 ust. 1 Konstytucji RP) – tak: wyrok SN z dnia 12 grudnia 2000 r., V CKN 175/00 z aprobuską głosem W. Broniewicza, publ. OSP 2001/7/8/116 C).

Stąd inicjatywa dowodowa należała do stron postępowania, a strony doskonale wiedziały jakie okoliczności podlegają dowodzeniu.

Lektura pism procesowych stron wskazuje, że strony formułowały swoje stanowiska w sprawie i zgłaszały określone wnioski dowodowe z dokumentów.

Niezasadny jest zarzut apelacji naruszenia przez Sąd Rejonowy art. 290 § 1 k.p.c. w zw. z art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przyjęcie, że opinia biegłego W. T. w sposób przejrzysty i wyczerpujący odpowiada na stawiane pytania i może stanowić wiarygodną podstawę ustaleń faktycznych.

Należy zasygnalizować, że specyfika oceny dowodu z opinii biegłego wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych pod kątem ich zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków. Odwołanie się przez sąd do tych kryteriów oceny stanowi wystarczające i należyte uzasadnienie przyczyn uznania opinii biegłych za przekonujące lub nieprzekonujące (por. wyroki SN: z dnia 15 listopada 2000 r., IV CKN 1383/00, publ. LEX nr 52 544; z dnia 21 października 2004 r., V CK 143/04, publ. Legalis oraz z dnia 7 kwietnia 2005 r., II CK 572/04, publ. LEX nr 151656, a także postanowienie SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, publ. OSNC 2001, z. 4, poz. 64).

Dowód z opinii biegłego ma przy tym charakter szczególny, ponieważ jego celem jest dostarczenie sądowi wiadomości specjalnych niezbędnych do rozstrzygnięcia sprawy. Dlatego nie można go zastąpić inną czynnością dowodową (np. przesłuchaniem świadka) czy zaniechać jego przeprowadzenia z powodu posiadania wiedzy specjalnej przez sędziego wchodzącego w skład sądu orzekającego.

Prawidłowo zatem Sąd Rejonowy ocenił dowód z opinii biegłego ortopedy W. T. przeprowadzony w niniejszej sprawie na wniosek powoda.

Jeżeli bowiem do miarodajnej oceny zasadności roszczenia niezbędne są wiadomości specjalne, to pominięcie wniosku strony o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego uzasadniałoby nawet zarzut naruszenia art. 217 § 2 k.p.c. (tak: wyrok SN z dnia 29 listopada 2006 r. II CSK 245/06, publ. LEX nr 233063). W świetle stanowiska judykatury zadaniem biegłego nie jest ustalenie stanu faktycznego sprawy, lecz naświetlenie i wyjaśnienie przez sąd okoliczności z punktu widzenia posiadanych przez biegłego wiadomości specjalnych przy uwzględnieniu zebranego i udostępnionego biegłemu materiałowi sprawy (por. wyrok SN z dnia 11 lipca 1969 r., I CR 140/69, publ. OSNC 1970/5/85; uzasadnienie wyroku SN z dnia 19 grudnia 2006 r., V CSK 360/06, publ. LEX nr 238973).

Przenosząc powyższe uwagi na grunt niniejszej sprawy wskazać trzeba, iż opinie biegłego W. T. z dnia 11 czerwca 2017 r. (k. 233-246) i z dnia 11 października 2017 r. (k. 285-290) słusznie Sąd Rejonowy podzielił jako pełne logiczne i fachowe. Z opinii tych jednoznacznie wynikają istotne dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy okoliczności dotyczące szkody, jej rozmiaru oraz kwalifikacji w zakresie podnoszonego przez powoda w pozwie błędu lekarskiego.

Słusznie Sąd Rejonowy wskazał w kontekście wniosków wynikających z powyższych opinii, iż nieprzekonujące są zeznania powoda, w których zaprzeczył on, by w lipcu 2014 r. doznał ponownego urazu prawego barku. Przeczy temu niewątpliwie zapis w dokumentacji medycznej z Prywatnego Gabinetu Ortopedii i Chorób Ręki, w której w dniu 8 lipca 2014 r. (k. 29) przyjmujący powoda lekarz B. N. na podstawie informacji przekazanej mu przez powoda odnotował, że powód kilka dni temu doznał urazu prawego barku ponownie.

Sąd Rejonowy dokonując ocen w tym zakresie logicznie wyjaśnił, iż powód L. S. nie miał wówczas żadnych podstaw, aby przekazywać lekarzowi nieprawdziwe informacje, a jak sam przyznał w swoich zeznaniach (k. 312/2 od 00:03:19) lekarz B. N. na bieżąco wypełniał dokumentację medyczną powoda, co wyklucza, by przypadek powoda pomylił on z innym pacjentem.

Logicznie Sąd Rejonowy przyjął, iż ponowny uraz powoda z lipca 2014 r. pośrednio potwierdza również dokumentacja z leczenia powoda w (...) w G. (k. 16-21), z której wynika, że do lipca 2014 r. proces usprawniania prawego barku powoda przebiegał prawidłowo.

Skoro jednak powód winą za powikłanie w leczeniu operacyjnym z dnia 05 marca 2014 r. obarcza Szpital (...) w G., to w realiach niniejszej sprawy prawidłowa była konstatacja Sądu, iż w interesie powoda jest obecnie zaprzeczać, by doznał on kolejnego urazu w lipcu 2014 r.

Dlatego w ramach dyspozycji z art. 233 § 1 k.p.c. Sąd I instancji prawidłowo przyjął, iż zeznania powoda odnośnie tej okoliczności nie mogą być uznane za wiarygodne.

Prawidłowe jest wnioskowanie Sądu Rejonowego, iż powód ma prawo do żalu i subiektywnego poczucia krzywdy z uwagi na stwierdzone skutki doznanego urazu z lutego 2014 r. Jednak doszukiwanie się błędu lekarskiego po stronie lekarza A. P. operującego powoda w dniu 05 marca 2014 r. nie znajduje uzasadnienia w świetle zgromadzonego w niniejszej sprawie materiału dowodowego.

Zgodzić trzeba się z oceną Sądu Rejonowego, iż powołane wyżej opinie biegłego ortopedy traumatologa W. T. zostały sporządzone w sposób rzetelny, fachowy i nie zawierają sprzeczności.

Sąd Okręgowy w składzie rozpoznającym niniejszą apelację w pełni podziela stanowisko Sądu Rejonowego, iż biegły W. T. w opiniach szczegółowo opisał istotne w sprawie kwestie w zakresie ocen co do istnienia błędu lekarskiego. Wnioski wynikające z jego opinii są logiczne i spójne.

Opinie są wyczerpujące, udzielają odpowiedzi na wszystkie postawione pytania, w tym również na formułowane przez strony zarzuty.

Jak wynika z akt sprawy opinia z dnia 11 czerwca 2017 r. była kwestionowana przez powoda (k. 257-261).

W opinii uzupełniającej z dnia 11 października 2017 r. (k. 285-290) biegły W. T. podtrzymał dotychczas sporządzoną opinię i dodatkowo szczegółowo odniósł się do zastrzeżeń powoda odnośnie przebiegu i prawidłowości jego leczenia. Zdaniem biegłego zapis w dokumentacji prowadzonej przez lekarza B. N. (k. 29) z dnia 08 lipca 2014 r., iż powód kilka dni temu doznał urazu prawego barku, ma bóle i ograniczenie ruchomości czynnej ponownie nie budzi wątpliwości. Zapis ten jak słusznie wskazał biegły koreluje z zapisem z innej dokumentacji, tj. dokumentacji z (...) w G. z dnia 23 lipca 2014 r. (k. 19), iż stwierdza się stopniowe pogorszenie funkcji stawu barkowego u powoda.

Dlatego biegły W. T. opiniował, iż próba tłumaczenia przez powoda, że lekarz B. N. miał co innego na myśli w zapisie w dokumentacji medycznej z dnia 08 lipca 2014 r. jest nie do przyjęcia. Zapis ten jest bowiem jednoznaczny, a próba negacji przez powoda ponownego urazu mogła zmierzać do zatajenia istotnego faktu w sprawie.

Stąd jako logiczny bo poparty wiedzą specjalistyczną biegłego i zarazem usprawiedliwiony w świetle przedłożonej dokumentacji medycznej był wniosek biegłego, że powód w lipcu 2014 r. doznał ponownego urazu barku prawego, a uraz ten powikłał prowadzone wcześniej w Szpitalu (...) w G. prawidłowe leczenie. Zatem to ponowny uraz powoda był przyczyną pogorszenia się funkcji stawu barkowego.

Kolejnym logicznym dowodem z opinii biegłego W. T. na takie wnioskowanie jest opis zawarty w protokole pooperacyjnym po przeprowadzonej u powoda operacji artroskopii barku w Szpitalu w J.. Operujący powoda lekarz stwierdził (k. 23-24) wystającą kotwicę i zerwanie jej z nici. Jak opiniował biegły W. T. (k. 286) zerwanie nici nie mogło powstać – co sugeruje powód – za pomocą przetarcia, gdyż kotwica była umiejscowiona w miejscu przyczepu mięśnia nadgrzebieniowego, a nie w trakcie przebiegu włókien mięśniowych i nie wystawała w sposób nadmierny.

W opinii biegły W. T. wskazał, iż w przypadku prawidłowo prowadzonej rehabilitacji powoda - po kwestionowanym przez niego zabiegu naprawy mankietu rotatorów wykonanym przez lekarza A. P. w Szpitalu (...) w G. w dniu 5 marca 2014 r. (k. 14) – anatomia barku wyklucza możliwość przetarcia nici w tym miejscu barku. Tego typu uszkodzenia nici szwu, czy też wyrwanie kotwicy obserwuje się właśnie w przypadku ponownego urazu tej okolicy. Stąd logicznie oceniając właśnie ponowny uraz był najbardziej prawdopodobną przyczyną przetarcia nici.

Biegły opiniował także (k. 287), iż zgodną ze sztuką medyczną i prawidłową była metoda leczenia stosowanego przez A. P. w dniu 5 marca 2014 r. „na otwarty” zszycia uszkodzonych mięśni rotatorów. Również kotwica użyta do mocowania zerwanego mięśnia została umieszczona prawidłowo w okolicy przyczepu mięśnia nadgrzebieniowego do kości w obrębie głowy kości ramieniowej. Została ona pogrążona w kości w sposób prawidłowy, czyli tak by wszystkie skrety gwintu znalazły się wewnątrz kości i by nie wystawała nadmiernie. Zatem twierdzenie powoda, że kotwica została przez lekarza A. P. osadzona nieprawidłowo a tym samym zabieg operacyjny z dnia 05 marca 2014 r. (k. 14) został przeprowadzony nieprawidłowo nie ma potwierdzenia w dostępnej dokumentacji medycznej. Leczenie z dnia 05 marca 2014 r. przyczyniło się niewątpliwie do poprawy stanu zdrowia powoda a nie do jego pogorszenia. Zerwanie kotwicy prawidłowo założonej i szwu nastąpiło w tych okolicznościach z dużym prawdopodobieństwem z winy samego powoda.

Wprawdzie do opinii uzupełniającej biegłego W. T. powód ponownie zgłosił zarzuty (k. 304-305) jednak słusznie Sąd Rejonowy ocenił, iż zarzuty te nie dyskwalifikują opinii, a w istocie stanowią nieuprawnioną polemikę ze stanowiskiem biegłego.

W tej sytuacji prawidłowo oddalony został przez Sąd I instancji zgłoszony przez powoda w ww. zarzutach (k. 305) i podtrzymany na rozprawie z dnia 15 marca 2018 r. wniosek dowodowy powoda (k. 313 od 00:23:32) o dopuszczenie kolejnego dowodu z opinii biegłego lekarza ortopedy.

Słusznie Sąd Rejonowy ocenił bowiem, iż wszystkie istotne dla rozstrzygnięcia sprawy okoliczności zostały już wyjaśnione w oparciu o dotychczasową opinię biegłego, a powód nie podważył jej w sposób skuteczny.

Dlatego zastrzeżenie w trybie art. 162 k.p.c. zgłoszone przez pełnomocnika powoda do protokołu rozprawy (k. 313 od 00:24:31) nie może odnieść zamierzonego skutku.

Sąd Okręgowy rozpoznając apelację ocenił jako niezasadny podniesiony w apelacji zarzut z art. 286 k.p.c. w zw. z art. 162 k.p.c. oraz art. 217 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c., iż Sąd Rejonowy niesłusznie oddalił wniosek dowodowy powoda o przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego z zakresu ortopedii, zarzucają, że wydana w sprawie opinia biegłego W. T. jak również opinia uzupełniająca jest całkowicie błędna, nie przystaje do stanu faktycznego sprawy i powinna zastać zweryfikowana.

Również zawarte w treści uzasadnienia apelacji (k. 337) twierdzenie powoda jakoby wnioski opinii biegłego W. T. jawiły się jedynie jako działania podjęte w imię solidarności zawodowej lekarzy przez co sporządzona przez niego opinii w całości winna być postrzegana jako stronnicza i tendencyjna jest gołosłowne i nieuprawnione.

Dokonując zatem w trybie art. 380 k.p.c. kontroli instancyjnej postanowienia (k. 313 od 00:24:03) oddalającego wniosek powoda o dopuszczenie dowodu z nowej opinii ortopedycznej Sąd Okręgowy podziela argumentację Sądu I instancji wywiedzioną u podstaw kwestionowanej decyzji procesowej.

Sąd Okręgowy w składzie rozpoznającym apelację nie znalazł także żadnych podstaw do uzupełniania postępowania dowodowego.

Nadto dowody zgłoszone w piśmie z dnia 21 listopada 2018 r. (k. 356-359) Sąd Okręgowy ocenił jako spóźnione.

Sąd Okręgowy wnioski te oddalił (k. 364/2 od 00:07:34), gdyż powód mógł dokumenty na jakie się powołuje zgłosić w postępowaniu przed Sądem I instancji (art. 381 k.p.c.), zwłaszcza, że karta informacyjna z leczenia powoda w szpitalu w J. z dnia 22 stycznia 2015 r. została złożona jeszcze przed Sądem I instancji i była zaliczona w poczet dowodów (k. 23 w zw. z k. 312 od 00:02:06). Na jej podstawie Sąd Rejonowy czynił też ustalenia faktyczne.

Pozostałe dokumenty nie wnoszą nic nowego do sprawy.

Nadto powód jest reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika procesowego i do niego należała inicjatywa dowodowa (art. 6 k.c.).

Dodać też trzeba, że w obliczu jednoznacznej opinii ortopedycznej biegłego W. T. powód mógł przed wydaniem zaskarżonego wyroku zgłosić dowód z opinii biegłego radiologa, tym bardziej, że już w zarzutach do opinii ortopedycznej kwestionował jej wnioski.

Podkreślić trzeba, że powód powoływał się już wówczas na niewłaściwe umiejscowienie kotwicy po zabiegu z dnia 05 marca 2014 r. zarzucając jej wystawania na ponad 3 mm (k. 259).

Sąd poziom wiedzy powoda w tamtym czasie co do umiejscowienia kotwicy nie odbiegał od tej jaką prezentuje on w piśmie procesowym z dnia 21 listopada 2018 r.

Na etapie leczenia w 2014 r. i 2015 r. powód miał wykonywanych szereg badań diagnostycznych, w tym zdjęcia RTG, które były opisywane.

Do zdjęć radiologicznych odnosił się też biegły W. T., który w opinii uzupełniającej (k. 288) wyjaśnił kwestię właściwej interpretacji zdjęć. Prawidłowe osadzenie kotwicy potwierdzają zdjęcia RTG z dnia 06 marca 2014 r. i 16 kwietnia 2014 r. Wykazują one wystawanie kotwicy ok. 1-1,5 mm, przy czym obrazy RTG są powiększone o około 20 % w porównaniu z rzeczywistymi, a zatem wystawanie to ma wielkość ok. 0,8-1,2 mm. Takie wystawanie kotwicy uznać należy za niewielkie, a zważywszy, że nad kością znajduje się warstwa chrzęstna, niewidoczna na zdjęciu RTG, realne wystawanie kotwicy ponad powierzchnię głowy kości ramiennej jest mniejsze, niż widoczne na zdjęciu RTG.

Zatem przyjąć należało, że argumentacja powoda zawarta w piśmie z dnia 21 listopada 2018 r. stanowi dalszą polemikę z opinią biegłego W. T., która została oceniona właściwie i jest kolejną próbą podważenia wniosków opinii.

Zaakcentowania ponownie jedynie wymaga, że Sąd I instancji słusznie uznał - opierając się na dostępnym w niniejszej sprawie materiale dowodowym, tj. dokumentacji lekarskiej z leczenia i rehabilitacji powoda i opinii biegłego -, że kwestia prawidłowości procesu leczenia powoda w dniu 05 marca 2014 r. jest jasna.

Niezasadny jest przy tym zarzut zawarty w apelacji i jej uzasadnieniu, że opinia biegłego W. T. jest nieprzydatna.

W apelacji powód bliżej tego zarzutu nie rozwinął.

Subiektywne przekonanie powoda w tym zakresie nie jest wystarczające.

Sąd Okręgowy podziela prezentowany w orzecznictwie pogląd, że niezadowolenie strony z niekorzystnej dla niej opinii biegłego samo z siebie nie uzasadnia dopuszczenia kolejnej opinii innego biegłego w tym samym przedmiocie.

Od uznania sądu zależy czy w sprawie rzeczywiście istnieją wątpliwości, których opinia biegłego nie wyjaśniła, co dopiero prowadzić powinno do powołania kolejnego biegłego. Konieczność taka zajdzie w przypadku gdy sporządzona w sprawie opinia ze względu na swoje wady (niekompletność, niezupełność, sprzeczność) jest nieprzydatna dla ustalenia istotnych dla rozstrzygnięcia faktów. Zatem potrzeba powołania kolejnego biegłego powinna być podyktowana okolicznościami sprawy, stosownie do treści art. 286 k.p.c., a nie wynikać z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii (tak: wyrok SN z dnia 4 sierpnia 1999 r., I PKN 20/99, publ. OSNAPiUS 2000, nr 22, poz. 807 wyrok SN z dnia 10 stycznia 2001 r. II CKN 639/99, publ. LEX nr 53135; postanowienie SN z dnia 19 sierpnia 2009 roku, III CSK 7/09, publ. LEX nr 533130).

W konsekwencji niezasadny jest też wskazywany pośrednio w apelacji zarzut naruszenia art. 316 k.p.c.

Zgodnie z tym przepisem sąd wydaje wyrok, biorąc pod uwagę stan rzeczy istniejący w chwili zamknięcia rozprawy. Stan rzeczy brany pod uwagę przez sąd przy wydaniu wyroku obejmuje podstawę faktyczną i podstawę prawną wyroku (tak: wyroki SN z dnia 13 marca 1997 r., II CKN 70/96, publ. OSNC 1997, nr 8, poz. 113, z dnia 8 lutego 2006 r., II CSK 153/05, publ. LEX nr 192012).

Odnosząc się do naruszenia przepisów art. 316 § 1 k.p.c. w związku z art. 233 § 1 k.p.c. zauważyć trzeba, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, nie pozwala na przyjęcie trafności podniesionego zarzutu.

Sąd Rejonowy – jak już wyżej podkreślono - oceniając dowody przeprowadził logiczną argumentację, zaś apelujący w żadnym zakresie nie wykazał luk lub nieścisłości w tym rozumowaniu. Sąd Rejonowy w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważył cały materiał dowodowy, dokonał wyboru określonych środków dowodowych i wążąc ich moc oraz wiarygodność odniósł je do pozostałego materiału dowodowego.

Poprawność rozumowania Sądu I instancji jest jednocześnie możliwa do skontrolowania w ramach niniejszej apelacji.

Niezasadny okazał się podniesiony przez skarżącego w apelacji w ramach zarzutów procesowych zarzut błędu w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę wyrokowania.

W apelacji skarżący nie zaprezentował żadnych argumentów jurydycznych, logicznych, czy wynikających z doświadczenia życiowego, w wyniku których możliwe byłoby podważenie kluczowych dla sprawy ustaleń faktycznych Sądu I instancji.

Nie wskazał przy tym powód jakiegokolwiek przyczyny dyskwalifikującej postępowanie dowodowe Sądu Rejonowego. Samo zaś twierdzenie strony o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego,

który w przekonaniu skarżącego odpowiada rzeczywistości, nie jest wystarczające (tak: . wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 13 września 2012 r., sygn. akt I ACa 445/12, publ. LEX nr 1223454).

Zarzut błędu w ustaleniach faktycznych jest zasadny wtedy, gdy sąd ustalił stan faktyczny w oderwaniu od zgromadzonych dowodów (tzw. błąd braku), jak i wtedy, gdy podstawą ustaleń faktycznych uczyniono wprawdzie wszystkie ujawnione w toku rozprawy dowody, lecz dokonano ich nieprawidłowej oceny z punktu widzenia zasad logiki, wskazań wiedzy czy doświadczenia życiowego (tzw. błąd dowolności).

Zarzut ten jest zatem z istoty rzeczy powiązany z zarzutem naruszenia przepisów postępowania.

Istotnym jest podczas formułowania zarzutu błędu w ustaleniach faktycznych wskazanie konkretnych uchybień Sądu I instancji, albowiem rzeczą skarżącego nie jest przedstawienie własnej wersji wydarzeń, lecz wykazanie, iż to Sąd I instancji błędnie ustalił fakty z punktu widzenia swobodnej oceny dowodów. Błąd w ustaleniach faktycznych jest skutkiem naruszenia przepisów postępowania, gdyż przeprowadzenie postępowania zgodnie ze wszystkimi zasadami i regułami procesu prowadzi do poprawnych (z punktu widzenia procesowego) ustaleń faktycznych.

Takich uchybień w postępowaniu Sądu I instancji powód nie zdołał zaś skutecznie wykazać.

Podkreślić trzeba także, że Sąd drugiej instancji rozpoznający sprawę na skutek apelacji jest związany zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa procesowego (tak: wyrok SN z dnia 18 czerwca 2010 roku V CSK 448/09, publ. LEX nr 677914).

Związanie to oznacza, że Sąd Okręgowy nie bada obecnie i nie rozważa wszystkich możliwych i hipotetycznych naruszeń prawa procesowego popełnionych przez Sąd Rejonowy.

Niezasadne okazały się zarzuty naruszenia prawa materialnego.

Prawidłowo Sąd Rejonowy szukając podstaw odpowiedzialności strony pozwanej opierał ją na przepisie art. 822 § 1 k.c. w zw. art. 430 k.c., zgodnie z którym kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.

Wspomniany przepis opiera się na odpowiedzialności zwierzchnika na zasadzie ryzyka - odpowiedzialność za skutek. Dla wykazania zasadności odpowiedzialności na podstawie art. 430 k.c. konieczne jest wystąpienie następujących przesłanek:

- szkody wyrządzonej osobie trzeciej przez podwładnego,
- winy podwładnego oraz
- wyrządzenia szkody przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności, czyli wykazanie normalnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem a powstałą szkodą.

Źródłem podporządkowania może być ustawa, umowa, a nawet stosunki faktyczne. Stosunkiem podporządkowania obejmuje się też działania zatrudnionych w zakładzie pracy fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji, np. w odniesieniu do działania lekarza w zakresie diagnozy i terapii (tak: wyrok SA we Wrocławiu z dnia 2 marca 2012 roku I ACa 123/12, publ. LEX nr 1238466, wyrok SA w Lublinie z dnia 4 lipca 2013 roku I ACa 215/13, publ. LEX nr 1342293). Pomimo, iż w ramach zawartej umowy lekarz dysponuje znaczną samodzielnością w zakresie prowadzonego leczenia pacjentów, występuje w jego relacjach ze szpitalem pewien stosunek podporządkowania. To, że lekarz był fachowcem ze znacznym stopniem samodzielności, nie uwalnia szpitala od odpowiedzialności.

W wyroku z dnia 12 maja 1999 roku, II CKN 325/98, (niepubl.), gdzie stosunek podporządkowania opierał się na relacji pracownika i pracodawcy, Sąd Najwyższy uznał, że odpowiedzialność pracodawcy z art.430 k.c. nie jest

wylączona, jeżeli wyrządzający szkodę osobie trzeciej pracownik ma szeroki zakres samodzielności w powierzonych mu czynnościach pracowniczych. Natomiast w wyroku z dnia 18 sierpnia 2006 roku do sygn. I ACa 620/06, Sąd Apelacyjny w Katowicach uznał, że odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej opiera się właśnie na reżimie odpowiedzialności z art.430 k.c.

Sąd Okręgowy rozpoznający niniejszą apelację poglądy te podziela.

Powód zarzucał przeprowadzającemu w dniu 05 marca 2014 r. zabieg naprawy stożka rotatorów barku prawego lekarzowi A. P. popełnienie błędu w sztuce lekarskiej. Zabieg ten został wykonany na podstawie umowy nr (...) z dnia 27 stycznia 2014 r. o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne zawartej pomiędzy Szpitalem (...) w (...) Sp. z o.o. w K., której podstawę stanowił art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 160). Ust. 7 tego art. przyjmuje solidarną odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia przez udzielającego zamówienie i przyjmującego zamówienie.

Podkreślić trzeba, iż ciężar dowodu (art. 6 k.c.) winy podwładnego, powstania szkody i jej wysokości obciążał poszkodowanego – czyli w realiach niniejszej sprawy - powoda.

Orzecznictwo wskazuje, że do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c., nie jest potrzebne wykazanie, iż osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego; wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (tak: wyrok SN z dnia 30 kwietnia 1975 r., II CR 140/75, niepubl.).

Skoro zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez lekarza, to zachowanie lekarza musi być jednak obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione.

Obowiązkiem całego personelu medycznego jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta.

Konstrukcja ta pozwala zerwać personalną więź między działaniem lub zaniechaniem prowadzącym do powstania szkody a zarzutem niewłaściwego zachowania się, poprzestając, na ustaleniu, że niewątpliwie zawinił organ lub któryś z pracowników pozwanego. Wina zostaje odniesiona do dostrzeżonych wadliwości w działaniu zespołu ludzi lub funkcjonowaniu określonej struktury organizacyjnej.

Gdy osoba sprawcy szkody nie jest ustalona, lecz daje się określić z pewnością jako należąca do grona podwładnych danego zwierzchnika, wówczas mamy do czynienia z winą anonimową (beziemną). Badanie przesłanek odpowiedzialności ograniczone zostaje wówczas do ustalenia „winy” sprawcy, bez oceny strony psychicznej podwładnego (nieustalonego).

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy, w ocenie Sądu Okręgowego, stwierdzić należy, iż powód L. S. nie wykazał przesłanek odpowiedzialności Szpitala im. H. (...) w G. z art. 430 k.c.

Po pierwsze powód nie wykazał przesłanki winy.

Kodeks cywilny przyjmuje dualistyczną koncepcję winy, polegającą na tym, że wina łączy w sobie element obiektywny, tj. niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania – czyli każde zachowanie niezgodne bądź z przepisami prawa lub też, w stosunku do lekarza, naruszenie obowiązujących reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej lub zachowanie sprzeczne z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia. Element subiektywny winy wyraża się w niewłaściwym nastawieniu psychicznym sprawcy (w postaci umyślności lub nieumyślności) i może – w zakresie dotyczącym techniki medycznej wyrażać się w niewiedzy lekarza, nieostrożności w postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Zachowanie lekarza musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione.

Przypisanie takiej winy wymaga określenia standardu poprawnego działania takiej struktury, który będzie miernikiem staranności, jakiej należy wymagać stosownie do art. 355 k.c. i porównaniu z tym standardem działań, które rzeczywiście miały miejsce.

Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. 2018 poz. 617) wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich.

Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci leczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia.

Pojęcie bezprawności należy rozumieć szeroko jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego (tak: wyrok SN z dnia 10 lutego 2010 roku sygn. VCSK 287/09, publ. LEX nr 786561).

Naruszenie procedur medycznych świadczy o braku należytej staranności. Jeżeli naruszenie tego obowiązku powoduje rozstrój zdrowia, to zakład leczniczy odpowiada za doznaną przez powoda krzywdę, chyba że przeprowadzi dowód, że szkoda ta jest następstwem innych okoliczności, za które nie ponosi odpowiedzialności (tak: wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 24 października 2013 roku I ACa 839/13, publ. orzeczenia.kraków.gov.pl)

Z poczynionych w sprawie ustaleń na podstawie opinii biegłego W. T., które Sąd I instancji słusznie podzielił wynika, że przeprowadzona w Szpitalu (...) w G. procedura leczenia powoda w dniu 5 marca 2014 r. przez lekarza A. P. (k. 14) była prawidłowa. Postępowanie szpitala nie spowodowało pogorszenia stanu zdrowia powoda. Pogorszenie stanu zdrowia powoda wynikało zaś z ponownego urazu barku prawego którego powód doznał w znanych tylko sobie okolicznościach w lipcu 2014 r.

Zgodnie z art. 4 powołanej wyżej ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry, lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością.

Obowiązek wykonywania zawodu lekarza zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej ma charakter fundamentalny. Podkreślany jest on również w innych aktach normatywnych. W myśl art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 roku poz. 186 z późn. zm.) pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Obowiązek działania zgodnie z wymogami aktualnej wiedzy podkreślany jest również w ustawach regulujących inne zawody medyczne (np. art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarzy i położnej, tekst jedn.: Dz. U. z 2014 roku poz. 1435 z późn. zm.).

Wysokie wymagania stawiane lekarzowi nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka.

Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Dlatego stwierdzenie błędu lekarskiego wyczerpuje zasadniczo tylko obiektywny element winy (z tym zastrzeżeniem, że są takie kategorie błędów lekarskich, które będą wystarczające dla stwierdzenia winy także w ujęciu subiektywnym). Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej

pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej (tak: wyrok SA w Łodzi z dnia 04 maja 2017 roku I ACa 1396/16, publ. LEX nr 2335245; wyrok SN z dnia 10 lutego 2010 roku, V CSK 287/09, publ. LEX nr 786561).

Przy ocenie przesłanki winy należy mieć na uwadze treść art. 355 k.c., określającego próg wymaganej w obrocie staranności. Nie ulega wątpliwości, iż z uwagi na szczególny charakter wykonywanego zawodu, personel placówki służby zdrowia zobowiązany jest do dołożenia maksymalnej staranności w stosowaniu procedur medycznych i stosowania wiedzy medycznej. Jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają wspomniane powyżej kwalifikacje (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres dokształcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, jak to formułuje się w niektórych wypowiedziach, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania.

Orzecznictwo jest pod tym względem dawno ukształtowane, wymagając od lekarzy staranności, nazywanej wyższą od przeciętnej ogółu zobowiązanych, z uwagi na przedmiot ich zabiegów, dotyczących człowieka i skutków, które często są nieodwracalne (tak: wyrok SA w Krakowie z dnia 9 marca 2001 roku I ACa 124/01, publ. PS 2002, nr 10, s. 130), jak też zachowania wysokiego poziomu etyki, wynikającej z daleko idących skutków pracy lekarzy (tak: orzeczenie SN z dnia 7 stycznia 1966 roku I CR 369/65, publ. OSP 1966, nr 12, poz. 278).

Stwierdza się też, że postępowanie lekarza w danej sytuacji należy oceniać z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili dokonywania zabiegu medycznego, a zwłaszcza tych danych, którymi lekarz dysponował albo mógł dysponować, mając na uwadze wymagania aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej (tak: wyrok SN z dnia 10 grudnia 2002 roku V KK 33/02, publ. LEX nr 75498).

Sąd Okręgowy w składzie rozpoznającym apelację poglądy te podziela.

Zatem w okolicznościach faktycznych niniejszej sprawy warunkiem koniecznym do przyjęcia odpowiedzialności strony pozwanej jako ubezpieczyciela szpitala byłoby wadliwe wykonanie czynności leczniczych w Szpitalu (...) w związku z zabiegiem z dnia 05 marca 2014 r. Tymczasem jak wynika z przeprowadzonej w sprawie opinii W. T. postępowanie lekarza A. P. nie było ani bezprawne, ani zawinione. Wszelkie czynności zostały podjęte w ramach ratujących zdrowie procedur leczniczych.

Zgodnie z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Zatem interwencja lekarska powinna być podjęta we właściwym czasie i z taką intensywnością, by opisane niebezpieczeństwo nie nastąpiło. Niebezpieczeństwo następstw, o których mowa w art. 30 ustawy, nie musi być bezpośrednie. W przepisie tym wskazano jedynie na możliwość ich spowodowania przez zwłokę w udzieleniu pomocy lekarskiej, może to więc być niebezpieczeństwo pośrednie, dla powstania którego zwłoka w udzieleniu pomocy jest tylko jednym z elementów związku przyczynowego, występującego obok innych jeszcze elementów, z tym jednak, że zwłoka stanowi istotny element kauzalny (L. K.: "Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej" (...) oraz T. D.-N.: "Prawnokarne konsekwencje niepodjęcia interwencji lekarskiej..." P i M 2000/6-7/12).

Również takich okoliczności – że nastąpiła zwłoka - powód nie wykazał (art. 6 k.c.).

Lekarz ma wreszcie obowiązek wykonywać zawód zgodnie z zasadami etyki zawodowej. Obowiązek ten występuje niezależnie od obowiązku przestrzegania przepisów prawnych związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Przepisy prawa uzupełniają więc dodatkowe normy zawarte w kodeksach deontologicznych i zbiorach zasad etycznych. Obowiązek przestrzegania zasad etycznych wynika także z przepisów innych niż art. 4 ustawy o zawodach lekarza i zawódzie lekarza dentystry.

Przepis art. 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (tekst jednolity Dz.U. z 2018 roku poz.168) stanowi o obowiązku przestrzegania zasad etyki lekarskiej równoległe z przepisami związanymi z wykonywaniem zawodu.

Z przepisu art. 53 ustawy o izbach lekarskich wynika, że członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej za zachowanie sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej.

W Polsce uprawnienie do uchwalania (ustanawiania) zasad etyki lekarskiej przysługuje Krajowemu Zjazdowi Lekarskiemu (art. 5 pkt 1 w zw. z art. 38 pkt 1 ustawy o izbach lekarskich).

Kodeks Etyki Lekarskiej (w skrócie: KEL) – uchwalony został uchwałą Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 grudnia 1991 roku z późniejszymi zmianami. Dokument ten ustanawia etyczne zasady postępowania lekarzy i lekarzy dentystrów w Polsce, określa priorytety, jakim winni się oni kierować w pracy zawodowej, wskazuje zasady, jakie winni brać pod uwagę w stosunkach z pacjentami, z innymi lekarzami oraz resztą społeczeństwa.

Na podstawie art. 8 pkt 1 w zw. z art. 38 pkt 1 i art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (tekst jednolity Dz.U. z 2018 roku poz.168) lekarze i lekarze dentyści podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z postanowieniami KEL.

Sąd Okręgowy orzekający w niniejszej sprawie wziął zatem także pod uwagę, iż brak jest orzeczenia Okręgowego Sądu Lekarskiego czy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności zawodowej w przedmiocie przewinienia zawodowego lekarza A. P. w związku z leczeniem powoda.

Nie zachodzi wreszcie związek przyczynowy między opieką medyczną i leczeniem powoda w Szpitalu (...) w G. w marcu 2014 r. a pogorszeniem jego stanu w lipcu 2014 r.

Związek między zachowaniem lekarza a szkodą musi być adekwatny, pozostawać w granicach normalnego powiązania kauzalnego (art. 361 § 1 k.c.), ale nie musi być bezpośredni.

W orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 1946 roku przyjęto, że do pomyślenia jest związek przyczynowy między szkodą a zdarzeniem, jeżeli zdarzenie to pośrednio stworzyło warunki przychylne albo ułatwiło powstanie zdarzenia innego lub nawet szeregu innych zdarzeń, z których ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody (PiP 1946, nr 7, s. 114). Podobne stanowisko zajął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 21 czerwca 1976 roku, IV CR 193/76, (publ. OSPiKA 1977, z. 6, poz. 106).

W tzw. procesach medycznych, gdzie przedmiotem oceny są procedury medyczne, ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Na powstanie szkody ma lub może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników pozostaje zaniedbanie lekarza. Podkreśla się, że żądanie absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby ani realne, ani uzasadnione (tak: wyrok SN z dnia 17 października 2007 roku, sygn. akt II CSK 285/07).

W wyroku z dnia 27 lutego 1996 roku, II CKN 625/97 Sąd Najwyższy stwierdził, że: "w procesach lekarskich sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać za wystarczający wysoki stopień prawdopodobieństwa, nie wymagając ścisłego i pewnego udowodnienia, jaką drogą jego organizm został zainfekowany, taki bowiem dowód

– ze względu na właściwości procesów biologicznych – często nie jest możliwy do przeprowadzenia. Zatem, jeśli brak możliwości ścisłego udowodnienia związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy zakażeniem a szkodą w postaci rozwoju choroby, będący wynikiem obecnego stanu wiedzy medycznej, winien zostać rozważony na płaszczyźnie art. 6 i art. 361 § 1 k.c.

W konsekwencji w przypadku szkód medycznych dopuszcza się stosowanie domniemań faktycznych w oparciu o art. 231 k.p.c., (por. wyrok SN z dnia 15 kwietnia 2005 roku, sygn. akt I CK 653/04, publ. LEX 369229; wyrok SA w Krakowie z dnia 9 lutego 2000 roku, sygn. akt I ACa 69/00, opubl. w: PiM 2002/11/124 z aprobującą glosą M. Nestorowicza opubl. w: PiM 2002/11/128).

By skorzystać jednak z instytucji tzw. dowodu prima facie opartego na konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.) zwalniającej stronę ponoszącą ciężar dowodu od żmudnego wykazania wszystkich etapów związku przyczynowego między pierwotnym zdarzeniem sprawczym a szkodą, wymagane jest wysokie prawdopodobieństwo istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je, jako oczywiste (tak: wyrok SN z dnia 2 czerwca 2010 roku III CSK 245/09, publ. LEX nr 611825).

W tych sprawach linia obrony strony przeciwnej polega głównie na osłabianiu wspomnianego prawdopodobieństwa - przede wszystkim przez dowodzenie, że zaistniały inne prawdopodobne przyczyny infekcji, względnie, że konkretne warunki w jakich - według twierdzeń poszkodowanego - doszło do zarażenia, wykluczały taką możliwość.

Sąd orzekający w niniejszej sprawie podglądy te podziela.

Dlatego nie zachodzi związek przyczynowy między pobytem powoda szpitalu specjalistycznym w G. w marcu 2014 r. , prowadzonymi w nim procedurami diagnostycznymi i leczniczymi pogorszeniem stanu zdrowia powoda w lipcu 2014 r. .

Mając powyższe na uwadze należało uznać także, że personel medyczny pozwanego szpitala nie ponosi też, tzw. winy organizacyjnej (choćby w postaci niedbalstwa, czy nieostrożności).

Wina organizacyjna zakładu leczniczego może przejawiać się w zaniedbaniach w zakresie organizacji, bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym. Ta wina musi być - w ramach odpowiedzialności deliktowej – udowodniona (tak: wyrok SN z dnia 25 stycznia 2001 roku IV KKN 232/00, publ. LEX nr 52527).

Powód twierdząc, że personel szpitala w związku z jego pobytem w szpitalu naruszył obowiązek staranności, obowiązany był zatem wykazać (art. 6 k.c.), że szkoda wyrządzona przez personel jest obiektywnie wynikiem naruszenia przez niego wymaganej staranności. Pomyślnie przeprowadzenie tego dowodu mogłoby stanowić podstawę do ustalenia niedbalstwa, którego w takiej sytuacji procesowej obciąża przeprowadzenie przeciwdowodu stwierdzającego, że w tej (ustalonej) sytuacji nie było możliwe zachowanie większej staranności.

W ocenie Sądu powód winy organizacyjnej szpitala nie wykazał.

Powód nie udowodnił także (art. 6 k.c.), aby stronie pozwanej można było przypisać inne jeszcze błędy w procesie medycznym skutkujące odpowiedzialnością ubezpieczyciela.

Konsekwencją niewykazania przesłanki winy i szkody jest także niewykazanie przesłanki zaistnienia związku przyczynowego między nimi.

Reasumując, skoro powód nie wykazał zasady odpowiedzialności szpitala z art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. to nie zachodzi też odpowiedzialność strony pozwanej jako ubezpieczyciela szpitala na podstawie art. 822 § 1 k.c. w zw. z powołanymi przypisami.

Niezasadne są w konsekwencji zarzuty apelacji, iż Sąd Rejonowy naruszył:

- art. 444 § 1 k.c. poprzez jego niezastosowanie, podczas gdy powód po nieprawidłowo przeprowadzonej operacji naprawy mankietów rotatorów, na skutek doznanego rozstroju zdrowia wymagał intensywnej pomocy innych osób z uwagi na ograniczoną możliwość wykonania ruchów w stawie barkowym oraz dolegliwości bólowe,

- art. 444 § 1 k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c. poprzez ich niezastosowanie, choć na skutek nieprawidłowo wykonanego zabiegu operacyjnego naprawy stożka rotatorów powód został narażony na szereg kolejnych zabiegów i rehabilitacji nie odzyskując sprawności do dnia dzisiejszego

Przepisy te mogłyby być bowiem zastosowane tylko wtedy, gdyby zachodziła odpowiedzialność odszkodowawcza (art. 415 k.c., art. 430 k.c. i art. 822 § 1 k.c.) strony pozwanej i Szpitala (...) w G. – o czym była wyżej mowa .

W tych okolicznościach Sąd Okręgowy oddalił apelację jako bezzasadną na podstawie art. 385 k.p.c. orzekając jak w pkt. 1 sentencji.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Okręgowy orzekł jak w pkt. 2 sentencji na podstawie art. 102 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c.

Składając apelację w niniejszej sprawie powód powinien teoretycznie liczyć się z ryzykiem procesowym i na podstawie miernika przeciętnie rozumującego człowieka logicznie przewidywać, iż na wypadek niepowadzenia jego argumentacji żądanie zawarte w apelacji nie będzie uwzględnione.

Powinien zatem powód liczyć się z obowiązkiem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego pozwanemu i interwenientowi, którzy takie wnioski zresztą złożyli (k. 343, k. 345).

Ustanowiona w art. 102 k.p.c. zasada słuszności, jako stanowiąca odstępstwo od zasady odpowiedzialności za wynik procesu, jest rozwiązaniem szczególnym, wymagającym do swego zastosowania wystąpienia wyjątkowych okoliczności. Wymieniony przepis, choć nie konkretyzuje pojęcia wypadków szczególnie uzasadnionych, pozostawiając ich kwalifikację, przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności danej sprawy, sądowi orzekającemu, powinien być zastosowany wówczas, gdy w okolicznościach danej sprawy obciążenie strony przegrywającej kosztami procesu przeciwnika byłoby rażąco niezgodne z zasadami słuszności (tak: postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 16 lutego 2011 roku, II Cz 203/10).

W orzecznictwie Sądu Najwyższego zwraca się uwagę, na możliwość skorzystania z dobrodziejstwa art. 102 k.p.c. wówczas, gdy system skomplikowanych norm prawnych lub stan faktyczny wpływa na subiektywne przekonanie powoda o swej racji, pomimo zachowania należytej staranności przy wyrobieniu oceny zagadnienia oraz własnych szans procesowych (tak: postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 4 lipca 1974 roku Cz 88/97 i z dnia 7 stycznia 1982 roku, II CZ 191/81 oraz wyrok z dnia 1 października 1974 roku, II PR 207/74).

Sąd Okręgowy ocenił zatem, że istnieje podstawa do nie obciążania powoda kosztami procesu na zasadzie art. 102 k.p.c. W ocenie Sądu Okręgowego zachodzi bowiem „szczególnie uzasadniony wypadek”, o którym mowa w art. 102 k.p.c.

Sposób skorzystania z art. 102 k.p.c. jest suwerennym uprawnieniem jurysdykcyjnym sądu i do jego oceny należy przesądzenie, czy wystąpił szczególnie uzasadniony wypadek, który uzasadnia odstępstwo, a jeśli tak, to w jakim zakresie, od generalnej zasady obciążania kosztami procesu strony przegrywającej spór (tak: wyrok SN z dnia 3 lutego 2010 roku, II PK 192/09, publ. LEX nr 584735, wyrok SN z dnia 27 maja 2010 roku, II PK 359/09, publ. LEX nr 603828, postanowienie SN z dnia 19 października 2011 roku, II CZ 68/11, publ. LEX nr 1044004, postanowienie SN z dnia 26 stycznia 2012 roku, III CZ 10/12, publ. OSNC 2012, nr 7-8, poz. 98; postanowienie SN z dnia 9 lutego 2012 roku, III CZ 2/12, publ. LEX nr 1162689 oraz postanowienie SN z dnia 15 lutego 2012 roku, I CZ 165/11, publ. LEX nr 1170214).

(...)

(...)