

Sygn. akt I ACa 1371/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 października 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodnicząca: SSA Dorota Ochalska - Gola (spr.)

Sędziowie: SA Alicja Myszkowska

SA Dariusz Limiera

Protokolant: sekr. sąd. Paulina Działońska

po rozpoznaniu w dniu 29 października 2019 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa M. M.

przeciwko Wojewódzkiemu Wielospecjalistycznemu Centrum (...)

(...)im. (...)w Ł.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 9 sierpnia 2018 r. sygn. akt I C 765/16

1. oddala apelację;

2. zasądza od M. M. na rzecz Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum (...)(...) im. (...)w Ł. kwotę 2.000 (dwa tysiące) zł tytułem częściowego zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym;

3. przyznaje i nakazuje wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi na rzecz adwokata P. K. kwotę 6.642 (sześć tysięcy sześćset czterdzieści dwa) zł brutto tytułem zwrotu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.

Sygn. akt I ACa 1371/18

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 14 maja 2016 roku, uzupełnionym pismem z dnia 31 maja 2016 roku, powód M. M. wniósł o zasądzenie od pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w Ł. odszkodowania w kwocie 250.000 złotych. W uzasadnieniu pozwu wskazał, że kwoty tej dochodzi z tytułu złego leczenia i błędu diagnostycznego, jaki został popełniony w trakcie leczenia jego matki T. M..

Zaskarżonym wyrokiem z 9 sierpnia 2018 r. Sąd Okręgowy w Łodzi oddalił powództwo i przyznał adwokatowi P. K. kwotę 8856 złotych brutto tytułem wynagrodzenia za pomoc prawną udzieloną z urzędu powodowi i nakazał wypłacić

tę kwotę ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi oraz nie obciążył powoda obowiązkiem zwrotu stronie pozwanej kosztów procesu.

Powyższe orzeczenie Sąd pierwszej instancji oparł na następujących ustaleniach faktycznych, które Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje za własne:

W sierpniu 2012 roku zdiagnozowano u matki M. M., tj. T. M. (ur. (...)) raka piersi.

W związku ze schorzeniem zdiagnozowanym jako rak piersi T. M. w okresie od dnia 4 września 2012 roku do dnia 27 czerwca 2013 roku leczona była w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł. (obecnie: Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum (...)im. (...)w Ł.).

Pierwotnie T. M. przebywała na Oddziale Chirurgii Onkologicznej – w okresie od dnia 4 września 2012 roku do dnia 10 września 2012 roku z powodu guza piersi prawej. Guz na granicy kwadrantów górnych piersi prawej, klinicznie średnica 30mm. Po ustaleniu stopnia zaawansowania klinicznego według klasyfikacji (...) klinicznie (...) zakwalifikowano T. M. do leczenia chirurgicznego – leczenie oszczędzające / (...) / z biopsją węzła chłonnego wartowniczego pachy prawej. Przed zabiegiem, tj. w dniu 3 września 2012 roku T. M. miała przeprowadzoną konsultację kardiologiczną. W dniu 6 września 2012 roku wykonano u T. M. operację usunięcia guza z marginesem zdrowych tkanek i biopsję węzła wartowniczego prawej pachy. Pobrano materiał do badania histopatologicznego. Przebieg operacyjny bez powikłań. W dniu 10 września 2012 roku w stanie ogólnym dobrym T. M. została wypisana do domu. Wynika badania histopatologicznego materiału pooperacyjnego – carcinoma ductale infiltrans mammae G3. W cienkościennych naczyniach stwierdza się zatory z komórek nowotworowych. Zmianę usunięto w granicach zdrowych tkanek. W liniach cięcia chirurgicznego stwierdza się zmiany o charakterze laesiofibroso-cystica. Węzeł chłonny wartowniczy i węzły towarzyszące bez przerzutów w barwieniu HE.

Po analizie histopatologicznej pobranego materiału T. M. została zakwalifikowana do uzupełniającej chemioterapii i radioterapii. Decyzję w tym przedmiocie podejmuje onkolog ogólny w zakresie chemioterapii i specjalista radiolog w zakresie radioterapii po badaniach diagnostycznych i na podstawie wyniku badania pooperacyjnego. Gdy nie ma przerzutu do węzła wartowniczego rola chirurga się kończy i pacjent jest kierowany do onkologa ogólnego.

Następnie matka powoda była leczona na Oddziale Chorób Rozrostowych – kilkakrotne hospitalizacje w okresie od dnia 6 listopada 2012 roku do dnia 12 marca 2013 roku. Po wykonaniu badania RTG klatki piersiowej w dniu 9 listopada 2012 roku (wynik: pola płucne bez zmian ogniskowych) i USG jamy brzusznej w dniu 14 listopada 2012 roku, w których nie stwierdzono rozsiewu choroby, rozpoczęto u T. M. chemioterapię uzupełniającą. Przed rozpoczęciem chemioterapii, tj. w dniu 9 listopada 2012 roku przeprowadzono konsultację kardiologiczną. Ze względu na trudności z założeniem wkłucia dożylnego w dniu 13 listopada 2012 roku na Oddziale (...) Onkologicznej założono T. M. port naczyniowy z dostępu żyły podobojczykowej lewej. T. M. otrzymała pięć cykli chemioterapii według schematu EC (E., E.) w dniach: 14 listopada 2012 roku, 6 grudnia 2012 roku, 3 stycznia 2013 roku, 25 stycznia 2013 roku, 15. lutego 2013 roku. U T. M. wykonano RTG klatki piersiowej: dniu 13 listopada 2012 roku (wynik nieczytelny) oraz w dniu 7 grudnia 2012 roku – wynik: P. płucne bez zmian ogniskowych. Poszerzenie wnęk płucnych, najprawdopodobniej naczyniowe. Serce o powiększonej lewej komorze. Nieznaczne spłycenie lewego kąta przeponowo – żebrowego. Podczas hospitalizacji w okresie od dnia 11 marca 2012 roku do dnia 12 marca 2012 roku nie podano T. M. szóstego – ostatniego cyklu chemioterapii ze względu na złą tolerancję piątego cyklu – wystąpiły nudności, wymioty, osłabienie. Wykonano u T. M. USG piersi prawej i biopsję zmiany płynowej piersi prawej, które nie wykazały zmian. Zakończono u T. M. chemioterapię i zakwalifikowano ją do radioterapii. W dniu 12 marca 2013 roku została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami m.in. dalszej opieki w poradni onkologii ogólnej. T. M. nie miała wykonanej TK klatki piersiowej, gdyż w wykonanym badaniu RTG klatki piersiowej nie było żadnych niepokojących zmian, przy wypisie z oddziału T. M. nie miała wykonanego badania RTG klatki piersiowej, gdyż nie miała żadnych niepokojących objawów.

W okresie od dnia 14 maja 2013 roku do dnia 27 czerwca 2013 roku T. M. była leczona na Oddziale Radioterapii i Onkologii Ogólnej. Matka powoda została poddana radioterapii. Wystąpił odczyn popromienny w

polu napromienianym w stopniu I/II. W dniu 17 czerwca 2013 roku odnotowano stan ogólny T. M. jako dobry, wskazano na odczyn popromienny skóry w obszarze napromienianym o niewielkim nasileniu i opisano zmiany skórne na drugiej piersi w ilości około 4-5, o średnicy 1 cm. W kolejnych wpisach odnotowano informacje o zmniejszonym nasileniu zmian skórnych w obszarze piersi lewej, po zastosowaniu oxycortu (miejscowo). W dniu 18 czerwca 2013 roku na Oddziale Chirurgii Onkologicznej usunięto u T. M. port naczyniowy. W czasie pobytu na Oddziale Radioterapii przeprowadzono u T. M. konsultację internistyczną i ginekologiczną, a nadto wykonano u niej USG jamy brzusznej, USG ginekologiczne. Po zakończeniu terapii uzupełniającej T. M. została wypisana do domu w stanie ogólnych dobrym. Przy wypisie również ze względu na współistniejące schorzenia internistyczne (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zmiany stwierdzone w USG jamy brzusznej i skórne) zalecono T. M. kontrolę w poradniach: onkologicznej, dermatologicznej, diabetologicznej, urologicznej, kardiologicznej, neurologicznej oraz w POZ.

W czasie hospitalizacji w Wojewódzkim Szpitalu (...) w im.(...)w Ł. T. M. nie miała konsultacji dermatologicznej.

Lekarze udzielający pomocy medycznej T. M. w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł. nie udzielali ani T. M., ani jej synowi M. M. informacji, że matka powoda jest całkowicie wyleczona.

W dniu 7 lipca 2013 roku z uwagi na występujące uczulenie T. M. zgłosiła się do Szpitala w B.. Była hospitalizowana w tej placówce od dnia 9 lipca 2013 roku do dnia 15 lipca 2013 roku na Oddziale Chorób Zakaźnych z rozpoznaniem: zapalenie skóry o etiologii mieszanej. Rak prawej piersi. Przerzuty do płuc. W trakcie tej hospitalizacji w dniu 11 lipca 2013 roku wykonano u T. M. RTG klatki piersiowej, które wykazało zmiany ogniskowe meta w obu płucach śr. do 30 mm. Przy wypisie zalecono dalsze kontrole w poradni dermatologicznej i onkologicznej. Po otrzymaniu leków odczulających u T. M. zniknęła wysypka.

W okresie od dnia 22 lipca 2013 roku do dnia 3 sierpnia 2013 roku T. M. była hospitalizowana na Oddziale VIII (...) w Wojewódzkim Szpitalu (...) im. (...)w C. z rozpoznaniem: Stan po resekcji raka piersi, chth i TTh. Podejrzanie meta do płuc i węzłów chłonnych śródpiersia. W TK klatki piersiowej wykonanej w dniu 22 lipca 2013 roku wykryto w obu polach płucnych rozsiane zmiany guzkowe: w płucu prawym do 27 mm, w płucu lewym do 35 mm, liczne, powiększone węzły chłonne śródpiersia pojedyncze i w pakiecie do 35 mm. W dniu 24 lipca 2013 roku wykonano u T. M. przezoskrzelową biopsję węzłów chłonnych śródpiersia – w badaniu biopsyjnym stwierdzono komórki raka niedrobno komórkowego, nie można określić, czy jest to przerzut raka piersi, czy rak płuc. W dniu 1 sierpnia 2013 roku wykonano u T. M. mediastinoskopię (wziernikowanie śródpiersia) z pobraniem węzłów chłonnych śródpiersia. W ocenie histopatologicznej – obraz histologiczny w korelacji z danymi klinicznymi nie wyklucza zmian przerzutowych z guza piersi. W dniu 3 sierpnia 2013 roku T. M. w dobrym stanie została wypisana do domu.

T. M. w dalszym ciągu była leczona w związku z chorobą nowotworową. W styczniu 2014 roku T. M. zaczęła tracić pamięć. Po wykonaniu u T. M. TK głowy stwierdzono guzy, z którymi nic nie dało się zrobić.

W dniu 13 marca 2014 roku T. M. została skierowana przez lekarza medycyny rodzinnej do szpitala na oddział wewnętrzny z rozpoznaniem: rak piersi prawej. Przerzuty do (...) i płuc. Zmarła tego samego dnia. Rozpoznanie ostateczne: Rak piersi prawej. Rozsiew nowotworowy. Niewydolność krążeniowo – oddechowa.

T. M. była prawidłowo leczona w pozwanym Szpitalu. Sposób prowadzenia leczenia T. M. odpowiada standardom zalecanym przez Instytut (...). Standardy dotyczą diagnostyki, wyboru sposobu leczenia, wykonywania badań kontrolnych i obowiązują we wszystkich ośrodkach onkologicznych w Polsce. U T. M. stwierdzono raka piersi w stopniu zaawansowania (...) klinicznie (...). W tym stopniu zaawansowania zalecaną (podstawową) metodą leczenia jest zabieg oszczędzający z biopsją węzła chłonnego i radioterapią. W stopniu I i II radykalna mastektomia z usunięciem węzłów chłonnych pachy i chirurgiczne leczenie oszczędzające z biopsją węzła chłonnego wartowniczego z następową radioterapią mają równorzędną wartość terapeutyczną. U T. M. nie stwierdzono przeciwwskazań do leczenia oszczędzającego i biopsji węzła chłonnego wartowniczego. Na podstawie zgromadzonych badań nie stwierdzono różnicy pod względem ryzyka zgonu u chorych których poddano usunięciu węzłów chłonnych pachowych lub biopsji węzłów chłonnych wartowniczych. T. M. została zakwalifikowana do leczenia oszczędzającego (spełniała

kryteria kwalifikacji) i została poddana leczeniu oszczędzającemu. W skład leczenia oszczędzającego wchodzi zabieg operacyjny i radioterapia. Po analizie histopatologicznej T. M. została zakwalifikowana do uzupełniającej chemioterapii i radioterapii. Radioterapia jest niezbędną składową przy leczeniu oszczędzającym raka piersi, a zastosowanie chemioterapii wynikało z oceny materiału pooperacyjnego i zakwalifikowania chorej do grupy wysokiego ryzyka nawrotu (guz powyżej 2cm, stopień złośliwości G3; triplenegative). U T. M. wskazania do uzupełniającej chemioterapii nie wynikały z przeprowadzenia leczenia oszczędzającego, lecz z oceny histopatologicznej materiału pooperacyjnego sugerującej wysokie ryzyko nawrotu. Nawet jeżeli u T. M. zostałaby przeprowadzona amputacja piersi z usunięciem węzłów chłonnych istniałyby wskazania do chemioterapii. Ze względu na wskazania do chemioterapii T. M. otrzymała 5 cykli zgodnie z obowiązującymi schematami leczenia (zalecano 4-6 cykli). Leczenie rozpoczęto po konsultacji kardiologicznej, w której nie stwierdzono przeciwwskazań do leczenia proponowaną chemioterapią. T. M. nie otrzymała ostatniego cyklu chemioterapii ze względu na nasilone objawy uboczne leczenia. Również leczenie radioterapią T. M. otrzymała według zalecanych dawek sposobu leczenia. Przy wskazaniach do chemioterapii radioterapię prowadzi się po zakończeniu chemioterapii.

Ze względu na trudności z założeniem wkłucia dożylnego T. M. w dniu 13 listopada 2012 roku założono port naczyniowy z dostępu żyły podobojczykowej lewej. T. M. miała prawidłowo założony port naczyniowy. Nie zaleca się zakładania portu naczyniowego po stronie chorej piersi. Obecność portu naczyniowego po stronie chorej piersi utrudnia ocenę wyników leczenia w badaniach kontrolnych, ponadto możliwość wystąpienia odczynu zapalnego przy porcie może maskować wznowę miejscową procesu nowotworowego. Lokalizacja portu naczyniowego nie wpływa na wyniki leczenia.

Badania dodatkowe w trakcie chemioterapii, czy radioterapii jak np. RTG czy TK klatki piersiowej, TK jamy brzusznej, (...) scyntyografię kości wykonuje się ze wskazań klinicznych – wystąpienie objawów klinicznych sugerujących rozsiew procesu nowotworowego. U T. M. w czasie leczenia w pozwanym Szpitalu wykonano zakres badań, jakie są prowadzone w diagnostyce i leczeniu raka piersi. Nie zgłaszała ona dolegliwości ze strony dróg oddechowych np. duszności, kaszlu, bólów w klatce piersiowej, również nie stwierdzano odchyłań dotyczących płuc w badaniach lekarskich. Nie było wskazań do wykonania u T. M. RTG klatki piersiowej w czasie chemioterapii i radioterapii. Przy braku objawów klinicznych nie było wskazań do wykonania u T. M. RTG płuc także po zakończonym leczeniu w dniu 26 czerwca 2013 roku.

T. M. w dniu 10 listopada 2011 roku miała wykonane TK klatki piersiowej bez kontrastu, z którego wynik był następujący: płuca bez zagęszczeń miąższowych i zmian ogniskowych oraz miała wykonane RTG klatki piersiowej: w dniu 9 listopada 2012 roku oraz w dniu 7 grudnia 2012 roku, które nie wykazały zmian przerzutowych w miąższu płuc. Wykonane u T. M. w dniu 13 listopada 2012 roku badanie RTG klatki piersiowej jest trudne do analizy, złe technicznie, najprawdopodobniej wykonane w pozycji leżącej. Zmiany ogniskowe w obu płucach stwierdzone w badaniu RTG klatki piersiowej wykonanym u T. M. w dniu 11 lipca 2013 roku nie powstały w ciągu kilkunastu dni, musiały rozwijać się wcześniej, niestety nie dawały objawów klinicznych sugerujących przeprowadzenie diagnostyki. Stwierdzenie zmian przerzutowych w obu płucach świadczy o rozsiewie procesu nowotworowego i wymaga wdrożenia chemioterapii stosowanej w uogólnionej chorobie nowotworowej.

Rozprzestrzenianie się nowotworu to proces dynamiczny, nie wynika tylko z warunków anatomicznych. Rokowanie zależy od biologii nowotworu, stanu ogólnego pacjenta i nie zawsze ma bezpośrednie odzwierciedlenie w wielkości guza i obecności przerzutów w węzłach chłonnych.

Powyższy stan faktyczny, Sąd pierwszej instancji ustalił w m.in. na podstawie opinii biegłego sądowego specjalistki onkologii klinicznej J. D. uznając ją za zupełną, jasną i logiczną.

Sąd Okręgowy nie dał wiary zeznaniom świadka M. S. w tej części, w której podał, że u T. M. podczas leczenia w pozwanym Szpitalu została wykonana tomografia komputerowa. W dokumentacji medycznej leczenia T. M. w pozwanym Szpitalu brak jest potwierdzenia wykonania tego rodzaju badania, zaś sam świadek podał, że nie pamięta matki powoda, a informacje odnośnie jej leczenia posiada z dokumentacji medycznej.

Za niewiarygodne Sąd pierwszej instancji uznał też zeznania powoda, w tej części w której podał, że przy wypisie z pozwanego Szpitala T. M. poinformowano, że jest wyleczona. Przede wszystkim taka informacja nie została zawarta w dokumentacji medycznej leczenia, a ponadto twierdzenia powoda pozostają w sprzeczności z zeznaniami świadków J. S. (1), J. S. (2) i M. S., będących lekarzami udzielającymi pomocy medycznej T. M.. Sąd Okręgowy dostrzegł ponadto, że twierdzenie powoda pozostaje w sprzeczności z powszechną wiedzą dotyczącą chorób nowotworowych, przy których dynamice i możliwości pojawienia się wznowy po dłuższym czasie brak jest zwykle pewności co do wyleczenia. Trudno zatem uznać, że taką informację lekarze przekazali matce powoda, czy też powodowi.

Na podstawie przepisu art. 217 § 3 k.p.c. Sąd pierwszej instancji oddalił wniosek powoda o wydanie kolejnej uzupełniającej opinii biegłego onkolog uznając, że okoliczności na wykazanie których powyższy dowód miałby być przeprowadzony (), zostały już dostatecznie wyjaśnione, bowiem powód ponownie zgłosił takie same pytania, jak przed wydaniem poprzedniej opinii uzupełniającej.

W tak ustalonych okolicznościach sprawy Sąd Okręgowy uznał powództwo M. M. oparte na podstawie art. 446 § 4 k.c., ewentualnie na art. 446 § 3 k.c. za niezasadne, bowiem powód nie wykazał odpowiedzialności pozwanego Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum (...)im. (...)w Ł. stosownie do zasadach ogólnych określonych w art. 430 k.c. Sąd pierwszej instancji zaakcentował przy tym, że powód jako osoba najbliższa zmarłej może dochodzić naprawienia szkody w sytuacji, gdy skutek uszkodzenia działa lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego. Dla przypisania odpowiedzialności za tak definiowaną szkodę konieczne jest jednak wykazanie związku przyczynowego w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. między szkodą a zachowaniem dłużnika.

Zdaniem Sądu pierwszej instancji z materiału dowodowego zebranego w sprawie, a w szczególności z opinii wydanej w tej sprawie przez biegłego sądowego specjalistkę onkologii klinicznej J. D. wynika, że T. M. była prawidłowo leczona w pozwanym Szpitalu. Powołując się na wnioski opinii Sąd Okręgowy uznał, że lekarze udzielający T. M. pomocy medycznej w wyżej wskazanym okresie podczas jej hospitalizacji w pozwanym Szpitalu wykonali swoje obowiązki z należytą starannością (art. 355 k.c.), zgodnie z zasadami sztuki medycznej, mając na celu wyłącznie jej dobro i zdrowie. Postępowanie lekarzy było prawidłowe (adekwatne do objawów zgłaszanych przez T. M. i wyników przeprowadzanych u niej badań) i zgodne z zasadami sztuki lekarskiej oraz nauki medycznej. Zatem w takich okolicznościach, brak jest podstaw do przypisania tym lekarzom jakiegokolwiek zawinonego działania/zaniechania wobec T. M.. Nadto – w związku z tym, że nie popełniono błędu medycznego w pozwanym Szpitalu – brak jest adekwatnego związku przyczynowego rozumieniu art. 361 § 1 k.c. pomiędzy postępowaniem lekarzy zatrudnionych w powyższym Szpitalu, a śmiercią T. M..

O kosztach postępowania Sąd Okręgowy orzekł w oparciu o art. 102 k.p.c.

Wynagrodzenie pełnomocnika z urzędu zostało określone w oparciu o § 8 pkt 6 w zw. z § 4 ust. 2 i ust. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy pranej udzielonej przez adwokata z urzędu.

Powyższe orzeczenie zaskarżył apelacją powód w części oddalającej powództwo, zarzucając naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. przez dokonanie dowolnej oceny dowodów zebranych w sprawie i błędne przyjęcie, że pozwany nie ponosi odpowiedzialności za skutki zabiegu, podczas gdy w ocenie powoda z całości materiału dowodowego - a zwłaszcza ze złożonych przez niego zeznań wynika, iż T. M. w okresie od września 2012 roku do dnia 27 czerwca 2013 roku hospitalizowana w pozwanym Szpitalu z rozpoznaniem raka piersi padła ofiarą błędu diagnostycznego i leczniczego, wskutek czego błędnie wypisano ją do domu w stanie zagrożenia życia i udzielono nieprawdziwych informacji, że jest zdiagnozowana i całkowicie wyleczona, co zdaniem powoda przesądza o odpowiedzialności pozwanego szpitala

W oparciu o powyższe zarzuty skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa, względnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy sądowi 1 instancji do ponownego rozpoznania i pozostawienie temu sądowi rozstrzygnięcia w przedmiocie kosztów postępowania apelacyjnego, a nadto o zasądzenie pomocy prawnej udzielonej z urzędu powodowi, które nie zostały uiszczone w jakimkolwiek zakresie.

W uzasadnieniu apelacji skarżący podjął polemikę z oceną opinii biegłej z zakresu onkologii i zarzucił Sądowi pierwszej instancji, iż zaniechał weryfikacji tej opinii w drodze dopuszczenia dowodu z kolejnej opinii innego biegłego, co pozwoliłoby dokonać rzetelnych i pełnych ustaleń w odniesieniu do prawidłowości leczenia matki powoda.

W odpowiedzi na apelację strona pozwana wniosła o jej oddalenie i zasądzenie od powoda kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda jest niezasadna.

Przede wszystkim wypada przypomnieć, że powód w toku całego postępowania nie określił podstawy prawnej dochodzonego roszczenia pieniężnego, ograniczając się do stwierdzenia, iż kwoty wskazanej w pozwie dochodzi z tytułu niewłaściwego zdiagnozowania i leczenia w pozwanym Szpitalu jego matki T. M.. Rację ma Sąd pierwszej instancji zwracając uwagę, że obowiązujący porządek prawny nie daje podstaw dla wystąpienia przez stronę z roszczeniem odszkodowawczym wywodzonym z samego faktu wadliwego leczenia osoby bliskiej, a ochronę w tego rodzaju sytuacjach przyznaje wyłącznie bezpośrednio poszkodowanemu. Jedynie w sytuacji, w której wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego, ustawodawca w art. 446 k.c. przewidział możliwość dochodzenia ściśle określonych roszczeń przez inne osoby. Unormowanie zawarte w powołanym przepisie jest zatem wyjątkiem od zasady, że roszczenia odszkodowawcze zostają przyznane jedynie osobom bezpośrednio poszkodowanym, w szczególności tym, przeciwko którym był skierowany czyn niedozwolony. Wniesienie roszczeń przewidzianych w art. 446 k.c. umożliwia dopiero śmierć poszkodowanego na skutek doznanego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Analizowany przepis określa podmiotowy i przedmiotowy zakres naprawienia tak definiowanej szkody. Zobowiązany do naprawienia szkody jest podmiot, który ponosi odpowiedzialność deliktową za uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia, a w konsekwencji śmierć bezpośrednio poszkodowanego. Dla zasadności roszczeń z art. 446 k.c. nie ma znaczenia, czy śmierć poszkodowanego bezpośrednio nastąpiła natychmiast, czy dopiero po upływie jakiegoś czasu od zdarzenia. Istotne jest, aby śmierć pozostawała w adekwatnym związku przyczynowym w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. z uszkodzeniem ciała lub wywołaniem rozstroju zdrowia. W związku przyczynowym ze śmiercią i zdarzeniem ją powodującym muszą pozostawać także uszczerbki osób uprawnionych na podstawie przepisu art. 446 k.c.

Przekładając powyższe rozważania na okoliczności rozpatrywanej sprawy należy zatem przyjąć, że podstaw prawnych żądania zgłoszonego w pozwie można upatrywać w przepisie art. 446 § 4 k.c. lub ewentualnie w art. 446 § 3 k.c. W przypadku obu rozważanych norm prawa materialnego, obowiązkiem powoda wynikającym z art. 6 k.c. w związku z art. 232 zdanie pierwsze k.p.c. było wykazanie wszystkich przesłanek odpowiedzialności deliktowej strony pozwanej, a zatem nie tylko ewentualnego zawinionego błędu diagnostycznego lub terapeutycznego strony pozwanej, ale także tego, że to właśnie ów błąd spowodował uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia T. M., a w konsekwencji jej śmierć.

Odpowiedzialność placówki medycznej może być oparta na zasadzie art. 415 k.c. i 416 k.c., jeżeli podczas leczenia w pozwanej placówce służby zdrowia wskutek popełnionych zaniedbań bądź w wyniku tzw. "winy organizacyjnej" - niezapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu, niezapewnienia właściwych warunków leczenia, właściwego sprzętu, właściwego i wykwalifikowanego personelu, dojdzie do szkody. Przesłanką tak definiowanej odpowiedzialności deliktowej jest subiektywnie zawinione i bezprawne zachowanie, szkoda oraz w odniesieniu do roszczeń wywodzonych z art. 446 k.c. - adekwatny związek przyczynowy między owym zachowaniem a śmiercią pacjenta. Odpowiedzialność szpitala może także wynikać z przepisu art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. Wówczas jej przesłankami jest wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności. Także w tej sytuacji obowiązkiem występującego z roszczeniami wywodzonymi z art. 446 k.c. jest wykazanie, iż następstwem zawinionego zachowania personelu medycznego jest śmierć poszkodowanego wskutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała.

Innymi słowy, nie każdy błąd w diagnostyce lub leczeniu pozostaje relewantny prawnie na gruncie przepisu art. 446 § 4 k.c. lub art. 446 § 3 k.c., ale jedynie taki, który po pierwsze, wynika z zawinionego działania lub zaniechania placówki medycznej lub podległego jej personelu, a po wtóre, wywołał rozstrój zdrowia lub uszkodzenie ciała pacjenta, których skutkiem była jego śmierć. Trafne pozostaje zatem stanowisko Sądu Okręgowego, iż w tym kontekście bez znaczenia pozostają ewentualne wadliwości w leczeniu zmian skórnych (wysypki) u matki powoda, bowiem zostały one następnie skutecznie wyleczone w Szpitalu w B. i z pewnością nie stanowiły przyczyny zgonu T. M.. Podobnie bez znaczenia w świetle przepisu art. 446 k.c. w związku z art. 415 k.c. lub art. 446 k.c. w związku z art. 430 k.c. i art. 415 k.c. pozostają okoliczności dotyczące informacji o stanie zdrowia T. M., jaką rzekomo przekazano jej w pozwanym Szpitalu.

Skarżący oparł apelację na zarzucie naruszenia przepisu prawa procesowego tj. art. 233 § 1 k.p.c. i wyrażonej w nim zasady swobodnej oceny dowodów, podejmując polemikę z dowodem z opinii biegłej sądowej z zakresu onkologii klinicznej i negując ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji, z których wynikało, że postępowanie personelu pozwanego Szpitala w trakcie diagnozowania i leczenia T. M. było prawidłowe, zgodne ze standardami medycznymi.

Przepis art. 233 § 1 k.p.c. wyraża zasadę swobodnej oceny dowodów i wynika z niego obowiązek wyprowadzenia z materiału dowodowego wniosków logicznie poprawnych i znajdujących pokrycie w tych dowodach. Do kryteriów oceny wiarygodności i mocy dowodowej należą m.in. doświadczenie życiowe, poprawność logiczna, prawdopodobieństwo wystąpienia określonych zdarzeń. Jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z zasadami doświadczenia życiowego, to ocena ta musi być uznana za prawidłową, chociażby w równym stopniu z tego samego materiału dowodowego można byłoby wysnuwać wnioski odmienne. Dlatego zarzut apelacji, dla swojej skuteczności, nie może polegać na przedstawieniu przez skarżącego własnej wersji wydarzeń. Skarżący musi wykazać, że oceniając materiał dowodowy, sąd popełnił uchybienie polegające na braku logiki w wiązaniu faktów z materiałem dowodowym albo też, że wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej lub wreszcie, że sąd wbrew zasadom doświadczenia życiowego nie uwzględnił jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo-skutkowych. Oznacza to, że rolą skarżącego jest obalenie wersji zdarzeń przyjętych przez sąd, nie zaś zbudowanie własnej (tak SN w orzeczeniach z dnia: 10 stycznia 2002 r. w sprawie III CKN 572/99; z dnia 27 września 2002 r. w sprawie II CKN 817/00, LEX nr 56906).

Subiektywna ocena strony nie jest zatem skuteczną przesłanką podważenia dokonanej przez Sąd pierwszej instancji oceny dowodu, o którym mowa w art. 278 k.p.c., a do tego sprowadza się polemika powoda przedstawiona w uzasadnieniu apelacji. Apelujący dla wykazania nierzetelności opinii biegłej sądowej dr J. D. odwołuje się wyłącznie do własnych zeznań i bliżej nieokreślonych prywatnych opinii innych lekarzy, z którymi konsultował dokumentację medyczną zmarłej. Należy podkreślić, że dowód z opinii biegłego podlega ocenie Sądu, jak każdy inny dowód przy zastosowaniu kryteriów wynikających z art. 233 § 1 k.p.c., niemniej z uwagi na swoją specyfikę oraz fakt, iż ocenę tę przeprowadza Sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, należy zastosować szczególne dla tego typu dowodu kryteria oceny, jak poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska, stopień stanowczości wyrażanych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (tak SN w wyroku z dnia 15 listopada 2002 r. V CKN 1354/00, LEX nr 77046).

W judykaturze zgodnie przyjmuje się że opinia biegłego nie może być weryfikowana, a zwłaszcza dyskwalifikowana w całości bądź co do wniosków, bez posłużenia się wiedzą specjalistyczną. Sąd może ją zatem ocenić pod względem fachowości, rzetelności, zachowania reguł logicznego rozumowania, nie może jednak nie podzielić merytorycznych poglądów biegłego bez odwołania do innego dowodu przeprowadzonego w trybie art. 278 k.p.c. (podobnie SN w wyroku z dnia 5 lutego 2014 r. w sprawie V CSK 140/13, LEX nr 1458681). W realiach sporu strona powodowa nie zdołała z zachowaniem powyższych wymogów podważyć spójnych wniosków opinii biegłej. Dowodem, który apelujący mógłby skutecznie przeciwstawić konkluzji opinii biegłej sądowej z pewnością nie są jego zeznania i wyrażona w nich subiektywna ocena procesu leczenia w pozwanym Szpitalu. Mimo też apelacji, w toku całego postępowania powód nie przedstawił także żadnej prywatnej opinii dla ewentualnego poparcia i wyjaśnienia twierdzeń pozwu. Ponownie należy podkreślić, że ustalenia wymagające wiadomości specjalnych, aby mogły stać się składnikiem materiału dowodowego poddanego ocenie, muszą przybrać formę określoną w art. 278 i nast. k.p.c. (tak SA w Białymstoku w wyroku z dnia

29 maja 2019 r. w sprawie I ACa 797/18, LEX nr 2713669). Tymczasem powód reprezentowany przez fachowego pełnomocnika nie wnioskował o przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego sądowego z zakresu onkologii.

Jak przy tym trafnie wskazał Sąd Okręgowy, opinia biegłej sądowej dr J. D. jest spójna, logiczna, wskazuje podstawy wnioskowania biegłej i odnosi się do wszystkich zastrzeżeń podnoszonych przez powoda. Należy zgodzić się z Sądem pierwszej instancji, iż nie istniała potrzeba dalszego uzupełnienia opinii, bowiem pytania zawarte w piśmie procesowym pełnomocnika powoda z dnia 29 grudnia 2017 r. (k 301 -302 akt) stanowią powtórzenie pytań z punktów 2, 3, 7, 8, 9 z pisma procesowego z dnia 1 sierpnia 2017 r. (k 282 – 284 akt), do których biegła w wyczerpujący sposób odniosła się w opinii uzupełniającej z dnia 16 października 2017 r. To że treść owej opinii uzupełniającej nie satysfakcjonowała powoda, nie oznacza iż istniała obiektywnie uzasadniona potrzeba ponownego udzielenia przez biegłą odpowiedzi na te same pytania. Zgodnie z art. 286 k.p.c. sąd może, a zatem nie musi, zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Potrzeba ustnego wyjaśnienia opinii lub zażądania dodatkowej opinii winna wynikać z tego, że dotychczas złożona opinia jest niepełna lub niejasna. Nie zachodzi potrzeba uzupełnienia opinii, jeżeli w przekonaniu sądu opinia wyznaczonego biegłego jest na tyle kategoryczna i przekonująca, że wystarczająco wyjaśnia zagadnienia wymagające wiadomości specjalnych, a z taką sytuacją mamy do czynienia w rozpatrywanej sprawie.

Wypada także zaznaczyć, że apelujący nie zarzuca w apelacji naruszenia przepisów procesowych tj. art. 217 § 3 k.p.c. i art. 286 k.p.c., które stanowiły podstawę oddalenia wniosku o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii uzupełniającej biegłej z zakresu onkologii klinicznej, co samo w sobie wyklucza kontrolę tego rodzaju uchybień z urzędu przez Sąd Apelacyjny (vide zasada prawna – uchwała 7 sędziów SN z dnia 31 stycznia 2008 r. w sprawie III CZP 49/07, OSNC 2008/6/55). Dodatkowo, oddalenie wskazanego wniosku dowodowego na rozprawie w dniu 15 lutego 2018 r. nie zostało opatrzone zastrzeżeniem pełnomocnika powoda w trybie art. 162 k.p.c., co wyklucza możliwość skutecznego powoływania się na naruszenie przepisów art. 217 § 3 k.p.c. i art. 286 k.p.c. w apelacji.

Mimo braku zarzutu naruszenia przepisu art. 232 zdanie drugie k.p.c., w uzasadnieniu apelacji pojawia się teza, iż wobec braku stosownego wniosku powoda, Sąd pierwszej instancji zobligowany był dopuścić z urzędu dowód z opinii innego biegłego sądowego w celu weryfikacji opinii wydanej przez biegłą dr J. D.. Ponownie zatem wypada zaznaczyć, że w świetle art. 286 k.p.c. obowiązek dopuszczenia dowodu z opinii dalszych biegłych powstaje wtedy, gdy zachodzi taka potrzeba, a więc wtedy, gdy przeprowadzone już opinie zawierają istotne luki, są niekompletne, bo nie odpowiadają na postawione tezy dowodowe, niejasne, czy nienależycie uzasadnione lub nieweryfikowalne, tj. gdy przedstawiona ekspertyza nie pozwala organowi orzekającemu zweryfikować zawartego w niej rozumowania, co do trafności wniosków końcowych (tak m. in. SN w postanowieniu z dnia 18 kwietnia 2013 r. w sprawie III CSK 243/12, LEX nr 1353200; podobnie w wyroku z dnia 27 lipca 2010 r. w sprawie II CSK 119/10, LEX nr 603161). Sąd nie jest natomiast zobligowany do dopuszczenia dowodu z opinii innego biegłego tylko z tej przyczyny, że opinia już wydana w sprawie jest niekorzystna dla jednej ze stron sporu. Nie ma także podstaw, by konieczność wydania kolejnej opinii wiązać z potrzebą „weryfikacji” już wydanej opinii, jeśli w ocenie Sądu jest ona spójna, logiczna i wyjaśnia wszystkie zagadnienia wymagające wiadomości specjalnych.

Dodatkowo nie sposób uznać, by w realiach sporu po stronie Sądu pierwszej instancji aktualizowała się potrzeba działania w tym zakresie z urzędu. Choć istotnie w zdaniu drugim art. 232 k.p.c. ustawodawca przewidział dla Sądu uprawnienie do przeprowadzenia dowodu z urzędu, to jest to co do zasady uprawnienie sądu, a nie jego obowiązek. Czynność ta ma charakter fakultatywny i dyskrecyjny. Jedynie w wyjątkowych wypadkach uprawnienie z art. 232 zdanie drugie k.p.c. może przerodzić się w obowiązek sądu. Judykatura i piśmiennictwo zgodnie wskazują, że obowiązek sądu materializuje się w sytuacji, gdy proces zmierza do obejścia prawa, a także w razie rażącej nieporadności strony działającej bez adwokata lub radcy prawnego, której - wobec niepodjęcia przez nią właściwych czynności, mimo stosownych pouczeń sądu - grozi naruszenie interesu podlegającego szczególnej ochronie. Na sądzie spoczywa także obowiązek skorzystania z uprawnienia z art. 232 zdanie drugie k.p.c., gdy zachodzi podejrzenie prowadzenia przez strony procesu fikcyjnego (vide uzasadnienie uchwały 7 sędziów SN z dnia 19 maja 2000 r. w sprawie III CZP 4/00, OSNC 2000/11/195; wyrok SN z dnia 29 czerwca 2009 r. w sprawie V CSK 460/08, Lex nr 584780; wyrok SN z dnia 22 marca 2007 r. w sprawie III CSK 375/06, Lex nr 308863; postanowienie SN z dnia 12

maja 2011 r. w sprawie III CSK 238/10, Lex nr 9644730). Nie budzi wątpliwości, że żadna z tych okoliczności nie wystąpiła w rozpatrywanej sprawie.

Jedynie uzupełniająco warto zauważyć, że dowody zawnioskowane przez powoda i przeprowadzone w sprawie zmierzały wyłącznie do oceny prawidłowości postępowania strony pozwanej w procesie diagnozowania i leczenia T. M.. Żaden z zaoferowanych przez powoda dowodów, w tym także dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu onkologii - w świetle tezy dowodowej zakreślonej w piśmie pełnomocnika powoda z dnia 22 grudnia 2016 r. - nie został powołany dla wykazania niezbędnej przesłanki odpowiedzialności pozwanego Szpitala w postaci związku przyczynowego między zarzucanym zachowaniem pozwanego a śmiercią matki powoda. Analizując przyczynowość zaniechania w piśmiennictwie przyjmuje się, że chodzi o taką sytuację, w której określona przyczyna nie wywołałaby skutku w postaci szkody, gdyby pomiędzy tę przyczynę a skutek włączyło się określone działanie, do którego jednak nie doszło. Inaczej ujmując, gdyby doszło do pożądanego działania, szkoda by nie powstała (tak Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania. Część ogólna pod red. J. Gudowskiego, WKP 2018, teza 7 do art. 361 k.c.). Tymczasem zebrany w sprawie materiał dowodowy, niezależnie od jego oceny, nie dostarcza żadnych podstaw dla wywiedzenia tak rozumianego związku przyczynowo – skutkowego między hipotetycznym zaniechaniem strony pozwanej w zakresie diagnostyki i leczenia w okresie od ostatniego badania RTG z dnia 7 grudnia 2012 r., które nie wykazało żadnych zmian w płucach, do daty, w której T. M. opuściła pozwaną placówkę tj. do dnia 27 czerwca 2013 r., a śmiercią pacjentki i to nawet przy zastosowaniu złagodzonych wymogów dowodowych w odniesieniu do procesów cywilnych związanych ze szkodą na osobie wywołaną wadliwym leczeniem. Także w odniesieniu do tzw. procesów lekarskich istnienie związku przyczynowego jest możliwe do przyjęcia jedynie wtedy, gdy zostanie ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa. Reasumując, zebrane dowody nie dawały podstaw dla ustalenia, iż hipotetyczne wcześniejsze zdiagnozowanie zmian w płucach i wdrożenie wobec T. M. chemioterapii stosowanej w uogólnionej chorobie nowotworowej, o której mowa w opinii uzupełniającej biegłej (k 305 akt), dawałoby istotne szanse uniknięcia skutku w postaci zgonu pacjentki.

Z tych względów, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację powoda jako bezzasadną.

O kosztach postępowania apelacyjnego należnych stronie pozwanej Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 102 k.p.c., obciążając powoda jedynie ich częścią w wysokości 2.000 zł. Sąd Apelacyjny miał w tym zakresie na uwadze sytuację życiową i majątkową powoda ujawnioną w toku postępowania incydentalnego związanego z udzieleniem stronie zwolnienia od kosztów sądowych, a także silne subiektywne przekonanie powoda o zasadności dochodzonego roszczenia, które podlegało weryfikacji w toku postępowania dowodowego przeprowadzonego w sprawie. O ile jednak to subiektywne przekonanie na etapie postępowania przed Sądem pierwszej instancji uzasadniało odstąpienie od obciążenia powoda kosztami procesu w całości, o tyle decydując się na wniesienie apelacji, strona przegrywająca proces przed Sądem pierwszej instancji powinna liczyć się z możliwością jej oddalenia i koniecznością zwrotu przeciwnikowi kosztów poniesionych w postępowaniu apelacyjnym. Z tych przyczyn, zasadne było obciążenie powoda na zasadzie art. 102 k.p.c. obowiązkiem zwrotu na rzecz strony pozwanej części poniesionych przez nią kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

O wynagrodzeniu pełnomocnika z urzędu Sąd Apelacyjny orzekł w oparciu o § 8 pkt 7 w zw. z § 4 ust. 2 i ust. 3 i §16 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz.18).