

Sygn. akt VI ACa 1063/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 lutego 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący - Sędzia SA – Ewa Stefańska (spr.)

Sędzia SA – Urszula Wiercińska

Sędzia SO (del.) – Marcin Strobel

Protokolant: – st. sekr. sąd. Ewelina Murawska

po rozpoznaniu w dniu 6 lutego 2014 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa E. M. (1)

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu (...) Szpitalowi (...) w W. i (...) Spółka Akcyjna (...) w W.

o odszkodowanie, zadośćuczynienie i ustalenie

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 11 lutego 2013 r.

sygn. akt IV C 1320/07

I oddala apelację;

II nie obciąża powódki obowiązkiem zwrotu na rzecz pozwanych kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Sygn. akt VI ACa 1063/13

UZASADNIENIE

Powódka E. M. (1) wnosila o zasądzenie od pozwanego (...) Szpitala (...) w W. na jej rzecz kwoty 250.000 zł wraz z odsetkami tytułem zadośćuczynienia, kwoty 9.893 zł wraz z odsetkami tytułem odszkodowania, a także ustalenia odpowiedzialności pozwanego za ewentualne przyszłe następstwa wadliwego leczenia powódki. Jako podstawę faktyczną roszczeń E. M. (1) wskazała okoliczność, że na skutek braku zdiagnozowania właściwego schorzenia, a co za tym idzie braku wdrożenia prawidłowego leczenia oraz kontynuowania leczenia nieistniejącego schorzenia, powódka przez ponad dwa lata życia była osobą głęboko upośledzoną fizycznie i odczuwała ogromne dolegliwości bólowe. Powyższe roszczenia powódka wiązała z pobytem na Oddziale (...) pozwanego Szpitala w dniach 24-31 lipca 2002 r. Jako podstawę prawną tych roszczeń wskazała art. 415, 444 § 1 i 445 § 1 k.c.

Pozwany (...) Szpital (...) w W. wnosił o oddalenie powództwa, podnosząc, że nie ponosi on odpowiedzialności za wystąpienie i rozwój u powódki niejasnej choroby układu nerwowego, w szczególności, że nadal ostateczne rozpoznanie choroby powódki jest sprawą otwartą.

Postanowieniem z dnia 17 stycznia 2008 r. Sąd Okręgowy w Warszawie wezwał do udziału w sprawie w charakterze pozwanego Towarzystwo (...) S.A. w W. (obecne: (...) Spółka Akcyjna (...) w W.), które także wniosło o oddalenie powództwa.

Wyrokiem z dnia 11 lutego 2013 r. Sąd Okręgowy w Warszawie oddalił powództwo w całości.

Wyrok Sądu Okręgowego został wydany w oparciu o poniższe ustalenia faktyczne i rozważania prawne.

W wieku jednego roku i trzech miesięcy u E. M. (1) stwierdzono dziecięce porażenie mózgowe. Początkowo na krótkich dystansach powódka poruszała się samodzielnie, lecz w miarę upływu czasu jej stan zdrowia ulegał pogorszeniu. Od 10-go roku życia powódka mogła poruszać się wyłącznie na aktywnym wózku inwalidzkim lub podtrzymywana pod rękę przez inną osobę. W wieku 13 -tu lat powódka nie była w stanie samodzielnie poruszać się na wózku, zaś w wieku 14 -tu lat pojawiły się u niej bolesne napięcia mięśni. Pomimo stosowania leków rozluźniających, napięcia te były coraz częstsze. Powódka miała trudności z trzymaniem głowy w pionie, wykonywaniem precyzyjnych czynności, samodzielnym jedzeniem i piciem. W wieku 16 -tu lat powódka była całkowicie uzależniona od pomocy innych osób.

Począwszy od 1999 r. E. M. (1) pozostawała pod stałą opieką (...) W. Ż., z rozpoznaniem czterokończynowego porażenia mózgowego. Z uwagi na pogorszenie stanu zdrowia, w 2002 r. powódka została przyjęta do Instytutu (...) w W., gdzie zdiagnozowano u niej zapalenie stawów. Następnie w dniach 28-29 marca 2002 r. powódka była hospitalizowana w Klinice (...) pozwanego Szpitala, skąd została wypisana z zaleceniem zgłoszenia się do ambulatorium Kliniki (...) celem konsultacji i dalszego leczenia pod opieką lekarza pierwszego kontaktu. W czerwcu 2002 r. powódka przybyła na Izbę Przyjęć Szpitala (...), z uwagi na atak spastyczności połączony z wymiotami po zażyciu leku T.. Stan zdrowia powódki ulegał systematycznie pogorszeniu: napięcia mięśni stały się długotrwałe, wystąpiła bezsenność, utrata apetytu, zaburzenia funkcjonowania układu pokarmowego. W związku z tymi objawami zwiększano dawki leków przeciwbólowych i rozkurczowych.

W czerwcu 2002 r. powódka skorzystała z konsultacji w klinice (...) pozwanego Szpitala, skąd - w celu dalszej diagnostyki - została skierowana na Oddział (...) tego Szpitala, na którym przebywała w dniach 24-31 lipca 2002 r. Przy przyjęciu do szpitala powódka nie przedstawiła żadnej dokumentacji medycznej. Postawiono wstępne rozpoznanie jej schorzeń w postaci dziecięcego porażenia mózgowego, reumatoidalnego zapalenia stawów i niedokrwistości z niedoborem żelaza. Podczas pobytu w szpitalu wykonano powódce badania: rezonans magnetyczny, EEG i USG jamy brzusznej, które nie wykazały żadnych nieprawidłowości. U powódki nie zaobserwowano ruchów mimowolnych, w tym dystonicznych. Wypisano ją z zaleceniem przyjmowania leków rozkurczowych, antydepresyjnych i nasennych.

Jednakże stan zdrowia E. M. (1) nadal się pogarszał: napięcia mięśni nasilały się, powódka nie mogła utrzymać głowy, miała wzdęcia i stałe zaparcia, mówiła mniej wyraźnie, miała trudności z gryzieniem i oddychaniem, a później także z siedzeniem, załatwianiem potrzeb fizjologicznych, trzymaniem przedmiotów w rękach. Powódka nadal pozostawała pod stałą opieką (...) W. Ż.. Odyta w lipcu 2003 r. konsultacja neurologiczna potwierdziła mózgowe porażenie dziecięce i zespół dystoniczny. Również badanie przeprowadzone w dniu 2 października 2003 r. w Poradni Chorób (...) Instytutu (...) wskazywało na dziecięce porażenie mózgowe i napadowy zespół dystoniczny. Przeprowadzone w dniu 16 października 2003 r. badanie genetyczne wykluczyło istnienie u powódki rdzeniowego zaniku mięśniowego, zaś badanie EMG z dnia 13 grudnia 2003 r. wykazało prawidłową szybkość przewodzenia w nerwach, bez wyraźnych uszkodzeń komórek przednich rdzenia.

E. M. (1) poszukiwała pomocy u różnych lekarzy. W październiku 2004 r. zgłosiła się na prywatną wizytę do neurologa K. S., która stwierdziła, że postępujące objawy chorobowe nie pozwalają na zdiagnozowanie u powódki dziecięcego porażenia mózgowego i podała jej lek M.. Po podaniu dwóch dawek tego leku objawy w postaci napięcia mięśni zaczęły

ustępować. W 2005 r. u powódki zaobserwowano ruchy pływawicze. W dniu 20 października 2005 r. powódka była konsultowana przez neurologa J. S., który zalecił rozważenie ponownej próby leczenia L-dopą. Potrzeba skorzystania z tej konsultacji była spowodowana nasilającym się u powódki od roku ślinieniem, zanikiem mięśni obręczy barkowej i biodrowej, a także nasilającymi się zaburzeniami połykania i mowy. W 2006 r. powódka była hospitalizowana w Instytucie (...), gdzie postawiono diagnozę postępującego zespołu pozapiramidowego o nieustalonej etiologii. W lipcu 2007 r. rozpoznano u powódki dystonię uzależnioną od L-dopy. Natomiast w październiku 2010 r. w Klinice (...) wskazano u powódki na podejrzenie dystonii legawy (DYT 5) jako przypadek do dalszej obserwacji, a także zaburzenia gospodarki lipidowej z zaleceniami dalszego leczenia w poradni (...) i u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Zalecono kontynuowanie leczenia w Poradni (...) i ewentualnie w Poradni (...).

Sąd Okręgowy wskazał, że podstawą ustalenia stanu faktycznego w przedmiotowej sprawie były dowody z dokumentów, a także opinie biegłych sądowych M. U. (1), W. Ż. i J. B., które zostały uznane za rzetelne i fachowe. Jako częściowo niewiarygodne ocenił Sąd pierwszej instancji zeznania świadka H. D. w zakresie, w jakim twierdziła, iż nie brała udziału w leczeniu powódki, E. M. (2), która jako matka powódki nie była obiektywna w postrzeganiu rzeczywistości, a także samej powódki w zakresie, w jakim twierdziła, iż nie została wysłuchana przez lekarzy podczas wywiadu. Za wiarygodne Sąd Okręgowy uznał natomiast zeznania świadków A. P. (1), A. F. i J. S.. Zaś zeznania świadka E. R. niewiele wniosły do okoliczności faktycznych przedmiotowej sprawy.

Sąd pierwszej instancji wskazał, że podstawą oceny roszczeń powódki było ustalenie, czy w pozwanym Szpitalu doszło do mylnego rozpoznania u niej choroby nieistniejącej i naruszenia jej dobra osobistego w postaci zdrowia. Swoje roszczenie powódka opierała bowiem na twierdzeniu, że w pozwanym Szpitalu popełniono błąd diagnostyczny, czym naruszono jej prawo do otrzymania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej oraz bezzwłocznego uzyskania czynności diagnostycznych i leczniczych, z czym wiązała także naruszenie jej dóbr osobistych. Powódka wskazywała na winę pozwanego Szpitala w ujęciu obiektywnym - polegającą na niezachowaniu przez jego personel medyczny wysokiego stopnia staranności, a także w ujęciu subiektywnym - polegającą na niewiedzy i zaniechaniach lekarzy.

W ocenie Sądu Okręgowego powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie, ponieważ powódka nie udowodniła, aby postępowanie personelu medycznego pozwanego Szpitala było niezgodne z prawem, istniejącym stanem wiedzy medycznej, bądź cechowało się niedbalstwem. Sąd pierwszej instancji wskazał, że za błąd w sztuce medycznej uważa się takie działania lub zaniechania lekarza, które są obiektywnie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i praktyki medycznej. Dlatego stwierdzenie błędu w sztuce lekarskiej wymaga zbadania, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował lub mógł dysponować lekarz, było zgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej.

Sąd pierwszej instancji wyjaśnił, że w piśmiennictwie wyróżnia się trzy rodzaje błędów lekarskich: diagnostyczne, rozpoznania (prognozy) i terapeutyczne (lecznicze). Błąd diagnostyczny ma miejsce wówczas, gdy lekarz stawia niewłaściwą diagnozę na skutek postępowania obiektywnie nieprawidłowego w świetle zasad medycyny. Błąd ten występuje w postaci błędu pozytywnego, tj. rozpoznania u pacjenta choroby nieistniejącej, bądź błędu negatywnego, tj. nierozpoznania choroby albo rozpoznania innej choroby niż ta, na którą pacjent rzeczywiście cierpi. Przyczynami popełniania błędów diagnostycznych są: pominięcie podczas wywiadu lekarskiego pytań istotnych dla rozpoznania choroby, niezalecenie odpowiednich badań specjalistycznych, mylna ocena objawów obiektywnie wystarczających do postawienia trafnej diagnozy, bądź zaniechanie weryfikacji wyników badań budzących uzasadnione wątpliwości. Ściśle skorelowany z błędem diagnostycznym jest błąd rozpoznania, który może polegać na: wydaniu przez lekarza zaświadczenia o częściowej niezdolności do pracy pacjentowi całkowicie niezdolnemu do jej wykonywania, bądź przekazanie pacjentowi błędnych informacji na temat prognozowanego stanu jego zdrowia. Natomiast błąd terapeutyczny (leczniczy) jest popełniany w razie wyboru przez lekarza metody leczenia obiektywnie nieodpowiedniej z punktu widzenia medycznego dla danego przypadku. Błąd ten może być pierwotny, gdy rozpoznanie było prawidłowe, lecz dobrano niewłaściwą terapię, bądź wtórny, gdy jest następstwem błędnej diagnozy.

Zdaniem Sądu Okręgowego sam fakt popełnienia błędu medycznego nie jest wystarczający do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej lekarzowi, za którego działania i zaniechania na podstawie art. 430 k.c. odpowiada placówka medyczna. Konieczne jest bowiem łączne spełnienie także dalszych przesłanek, tj. poniesienia szkody przez pacjenta, zawinonego charakteru błędu, a także istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy szkodą, a działaniem lekarza. Tymczasem w przedmiotowej sprawie żadna z powyższych przesłanek nie wystąpiła.

Sąd pierwszej instancji wskazał, że diagnozowanie, a następnie leczenie pacjenta, to złożony proces, podczas którego na podstawie obserwacji i wyników badań lekarz ustala jednostkę chorobową i metodę leczenia choroby. Proces ten może być obarczony błędami z uwagi na złożoność funkcjonowania organizmu człowieka. Dlatego z błędem medycznym mamy do czynienia jedynie w sytuacji, gdy podczas procesu leczenia z winy personelu medycznego popełniono błąd, którego nie powinno się popełnić z uwagi na takie okoliczności, jak: wiedza medyczna, diagnostyka, doświadczenie.

Sąd Okręgowy podkreślił, że według biegłych sądowych, którzy sporządzili opinie w przedmiotowej sprawie, diagnoza postawiona w pozwanym Szpitalu była diagnozą jedną z możliwych i bardzo wiarygodną, aczkolwiek z perspektywy czasu niewyczerpującą. Biegły sądowy W. Ż. nie znalazł podstaw do podważenia rozpoznania dokonanego w 2002 r. w warunkach klinicznych i ambulatoryjnych pozwanego Szpitala, zaś biegła sądowa J. B. uznała, że brak było podstaw do wdrożenia u powódki leczenia typowego dla uszkodzeń układu pozapiramidowego, a w szczególności, w czasie pobytu powódki w pozwanym Szpitalu nie było wskazań do zastosowania L- dopy.

Zdaniem Sądu pierwszej instancji, ocenę prawidłowości procesu diagnozowania powódki należy odnieść do momentu, w którym dokonywano weryfikacji jej stanu zdrowia w pozwanym Szpitalu, a nie do chwili obecnej, albowiem w okresie dziesięciu lat wiedza medyczna o schorzeniach mogła zmienić się diametralnie. Sąd Okręgowy wskazał, że aktualnie żaden z biegłych sądowych nie był w stanie wydać jednoznacznej opinii opartej na założeniu, że ocena diagnostyki powódki powinna uwzględniać realia z 2002 r., co wiązałoby się z koniecznością wyeliminowania aktualnej wiedzy o tych schorzeniach. Jednakże z opinii tych jednoznacznie wynika, że lekarzom pozwanego Szpitala nie można przypisać błędu w sztuce medycznej. Pozwanemu nie można zarzucić bezprawności działania przy diagnozowaniu E. M. (1), gdyż lekarze, którzy działają zgodnie z zasadami wiedzy medycznej oraz w celu wyleczenia pacjenta, postępują zgodnie z prawem. Bezprawne jest tylko działanie wykraczające poza zasady wiedzy i etyki lekarskiej, zaś lekarze pozwanego Szpitala kierowali się wiedzą medyczną aktualną w czasie diagnozowania pacjentki.

W ocenie Sądu Okręgowego, nie istnieją przesłanki odpowiedzialności deliktowej pozwanego Szpitala za doznaną przez powódkę szkodę niemajątkową (roszczenie o zadośćuczynienie) i majątkową (roszczenie o odszkodowanie). E. M. (1) zgłosiła się do pozwanego Szpitala ze skierowaniem obejmującym diagnozę porażenia mózgowego i wzmoczonego napięcia mięśniowego. Podczas jej pobytu w Klinice (...) stwierdzono czterokończynowy niedowład o charakterze spastycznym (objawy Babińskiego i Rossolimo, wzmoczone napięcie, niedowład, wygórowane odruchy, stopotrząs). Nie zaobserwowano natomiast u powódki żadnych ruchów mimowolnych, w tym dystonicznych. Powódce wykonano badania (MRI głowy i rdzenia szyjnego, EEG, badania biochemiczne, USG wątroby), które wykluczyły szereg chorób neurologicznych powodujących niedowład spastyczny. Z opinii biegłych sądowych wynika, że na tym etapie choroby nie istniała potrzeba wykonywania powódce innych badań.

Sąd pierwszej instancji zauważył, że wykonane powódce w kolejnych latach badania genetyczne oraz badania elektrofizjologiczne mięśni i nerwów, wypadły prawidłowo. Ponadto powódka już po pobycie w Klinice (...) pozwanego Szpitala była konsultowana przez neurologa specjalistę od spraw układu pozapiramidowego J. S., który nie rozpoznał u niej zespołu pozapiramidowego. Dopiero w 2004 r. powódka zgłosiła się do doktor K. S., która podała jej lek M., objawowo zmniejszający napięcie w niektórych chorobach układu pozapiramidowego, zwłaszcza w chorobie Parkinsona. Po podaniu tego leku u powódki nastąpiła częściowa poprawa, przy czym w 2005 r. zaobserwowano u niej ruchy płasawicze, których wystąpienie może świadczyć o poszerzeniu się objawów zespołu pozapiramidowego w ramach ewolucji choroby.

Zdaniem Sądu Okręgowego nie sposób podzielić stanowiska powódki, że pozwany Szpital mógł podać jej powyższy lek „na próbę”, albowiem zakład opieki zdrowotnej lecząc pacjentów nie może na nich eksperymentować. Nie ma również racji powódka twierdząc, że następnie doszło u niej do rozpoznania dystonii wrażliwej na lewodopę, albowiem diagnoza taka nie została sformułowana przez żadnego z neurologów i przeczą jej wyniki badań (badanie kofaktora biopertyny, aktywności hydroksylazy tyrozyny, badania DNA). Sąd pierwszej instancji podkreślił, że obraz choroby powódki ulegał sukcesywnie zmianie, więc retrospektywna ocena możliwości poznawczych lekarzy nie może prowadzić do wykazania błędu w diagnostyce, a także nie pozwala na ustalenie ich winy w ujęciu subiektywnym. W dacie diagnozowania powódki w pozwanym Szpitalu jej objawy chorobowe nie były jeszcze tak zaawansowane, jak to miało miejsce w 2004 r. W szczególności u powódki nie zaobserwowano wówczas ruchów mimowolnych, w tym dystonicznych, co mogłoby wskazywać na chorobę układu pozapiramidowego.

Według Sądu Okręgowego również w późniejszym okresie rozpoznanie schorzenia powódki nie było jednoznaczne. W karcie informacyjnej sporządzonej w lipcu 2006 r. w Klinice (...) jako rozpoznanie wpisano „postępujący zespół piramidowy o niejasnej etiologii”, zaś na wydanym przez doktor K. S. zaświadczeniu wpisano jako rozpoznanie „uogólniony zespół pozapiramidowy, zaburzenia syntezy dopaminy endogennej”. Sąd pierwszej instancji wskazał, że lekarze w pozwanym Szpitalu podjęli próbę rzetelnego zdiagnozowania choroby powódki i w wyniku przeprowadzenia niezbędnych badań wykluczyli istnienie szeregu schorzeń powodujących niedowład spastyczny. Jednakże choroba ta do chwili obecnej nie została zdiagnozowana i leczone są jedynie jej objawy, a nie przyczyna. Natomiast leczenie podjęte przez doktor K. S. w Instytucie (...) oparte było na historii leczenia powódki w innych placówkach medycznych i ocenie jego skuteczności.

Zdaniem Sądu pierwszej instancji, w oparciu o opinie biegłych sądowych brak jest podstaw do przyjęcia, że lekarze pozwanego Szpitala dopuścili się błędu w sztuce medycznej w zakresie diagnozowania i leczenia E. M. (1), co uzasadniało oddalenie powództwa w całości. Wskazał, że powódka nie udowodniła prawdziwości twierdzenia, że profesor F. w lipcu 2002 r. nie był na urlopie i nieskonsultowanie z nim jej przypadku wynikało ze złej woli pozwanego Szpitala. Jednakże uznał, iż powyższa okoliczność nie miała dla oceny przedmiotowej sprawy istotnego znaczenia, albowiem diagnoza „dystonii wrażliwej na lewodopę” została postawiona przez pełnomocnika powódki, a nie przez któregośkolwiek z lekarzy, zaś objawy choroby układu pozapiramidowego ujawniły się u powódki dopiero po trzech latach od opuszczeniu pozwanego Szpitala. Ponadto, zdaniem Sądu Okręgowego, gdyby roszczenia powódki istniały, to zgodnie z art. 442¹ § 1 k.c. uległyby przedawnieniu w 2006 r.

Od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie apelację wniosła powódka E. M. (1).

Apelacją z dnia 26 marca 2010 r. powódka zaskarżyła wyrok w całości i wносиła o jego zmianę poprzez uwzględnienie powództwa w całości, ewentualnie uchylenie zaskarżonego wyroku oraz przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania. Powódka zarzuciła wyrokowi Sądu Okręgowego:

- naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, tj.:

1) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i przekroczenie swobodnej oceny dowodów w wyniku poczynienia ustaleń sprzecznych z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego i wobec przeprowadzenia oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wybiórczo, skutkujących przyjęciem, że materiał dowodowy zgromadzony w sprawie nie daje podstaw do uwzględnienia powództwa;

2) art. 328 § 2 k.p.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, polegające na przyjęciu błędnych ustaleń faktycznych w zakresie przebiegu diagnostyki i leczenia powódki w pozwanym szpitalu, skutkujących wadliwą oceną materiału dowodowego i oddaleniem powództwa, braku wskazania dowodów, na których Sąd pierwszej instancji oparł się dokonując ustalenia faktów oraz braku wyjaśnienia, dlaczego niektórym dowodom Sąd ten dał wiarę, a inne uznał za niewiarygodne;

3) art. 6 k.c. i art. 232 k.p.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że powódka nie wykazała przesłanek konstruujących odpowiedzialność deliktową pozwanego Szpitala, a w efekcie odpowiedzialność pozwanego ubezpieczyciela, a także poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, ponieważ w sytuacji, gdy powódka wykazała okoliczności stanowiące podstawę dla przyjęcia odpowiedzialności pozwanych za szkodę, to pozwani przeciwstawiając się, że są odpowiedzialni za brak właściwej diagnozy choroby powódki, powinni byli udowodnić, że szkoda powstała bez udziału pozwanego Szpitala;

- naruszenie prawa materialnego, tj.:

1) art. 442 § 1 i 3 k.c. przez błędne ustalenie, że w sprawie doszło do przedawnienia roszczeń powódki;

2) § 13 pkt 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. Nr 88, poz. 966) poprzez niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że w pozwanym Szpitalu nie naruszono obowiązku zebrania wywiadu lekarskiego i wykazania w dokumentacji medycznej powódki uzyskanych w czasie wywiadu informacji dotyczących powódki;

3) art. 361 § 1 k.c. w zw. z art. 415 k.c. i art. 430 k.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie, polegające na przyjęciu, że nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności deliktowej pozwanego Szpitala, a w konsekwencji naruszenie art. 822 § 4 k.c. przez brak stwierdzenia przesłanek odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela;

4) art. 362 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że zachowanie powódki polegające na braku kontynuowania leczenia w pozwanym Szpitalu po pobycie w nim w lipcu 2002 r. stanowiło jej zaniedbanie;

5) art. 444 § 1 k.c. w zw. z art. 322 k.p.c. oraz art. 445 § 1 k.c. poprzez ich niezastosowanie w następstwie przyjęcia, że nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności deliktowej pozwanego Szpitala, a przez to ustalenie, że roszczenia powódki są nieuzasadnione, jak również ustalenie, że powódka nie wykazała wysokości doznanej szkody i krzywdy;

6) naruszenie art. 23 k.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że nie doszło w związku z leczeniem powódki w pozwanym Szpitalu do naruszenia dobra osobistego powódki w postaci zdrowia;

7) art. 448 k.c. w zw. z art. 23 k.c. poprzez jego niezastosowanie w następstwie przyjęcia, że nie doszło do naruszenia dobra osobistego powódki w postaci zdrowia, a przez to ustalenie, że roszczenia powódki są nieuzasadnione;

8) art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej poprzez jego niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że nie doszło w związku z leczeniem powódki w pozwanym szpitalu do naruszenia praw pacjenta w postaci prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej;

9) art. 448 k.c. w zw. z art. 19 a ust. 1 i art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej poprzez jego niezastosowanie w następstwie przyjęcia, że nie doszło do zawinionego naruszenia praw pacjenta, a przez to ustalenie, że roszczenia powódki są nieuzasadnione;

10) art. 37 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie w następstwie przyjęcia, że lekarze pozwanego Szpitala nie naruszyli obowiązku skonsultowania się z innymi specjalistami i zasięgnięcia ich opinii w razie wątpliwości diagnostycznych powziętych w świetle wymagań wiedzy medycznej;

11) art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie w następstwie przyjęcia, że powódka uzyskała w pozwanym Szpitalu prawidłowe świadczenia zdrowotne w odpowiednim czasie;

12) art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP oraz art. 3 i 33 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej poprzez ich niewłaściwe zastosowanie w następstwie przyjęcia, że powódce zapewniono prawidłową opiekę i świadczenia zdrowotne w pozwanym Szpitalu;

13) art. 189 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie w następstwie przyjęcia, że nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności deliktowej pozwanego Szpitala, a w efekcie przesłanki odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela, a przez to ustalenie, że roszczenia powódki są nieuzasadnione.

Pozwany (...) Szpital (...) w W. wnosił o oddalenie apelacji.

Pozwany (...) S.A. (...) w W. wnosił o oddalenie apelacji i zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów procesu.

Sąd Apelacyjny zważył:

Apelacja powódki nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Okręgowy dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych i Sąd Apelacyjny w całości przyjmuje je za własne. Także rozważania prawne Sądu pierwszej instancji są w większości prawidłowe.

W przedmiotowej sprawie powódka domagała się zasądzenia in solidum od pozwanych na jej rzecz zadośćuczynienia i odszkodowania, a także ustalenia odpowiedzialności pozwanych za ewentualne przyszłe następstwa wadliwego jej diagnozowania i leczenia. Jako podstawę faktyczną roszczeń E. M. (1) wskazała okoliczność, że na skutek braku zdiagnozowania właściwego schorzenia, a co za tym idzie braku wdrożenia prawidłowego leczenia oraz kontynuowania leczenia nieistniejącego schorzenia, powódka przez ponad dwa lata życia była osobą głęboko upośledzoną fizycznie i odczuwała ogromne dolegliwości bólowe. Swoje roszczenia powódka wiązała z pobytem na Oddziale (...) pozwanego Szpitala w dniach 24-31 lipca 2002 r., zaś jako podstawę prawną tych roszczeń wskazała art. 415, 444 § 1 i 445 § 1 k.c. Zarzucała również, że pozwany Szpital dopuścił się naruszenia jej dobra osobistego w postaci zdrowia. Sąd pierwszej instancji oddalił powództwo w całości uznając, że powódka nie udowodniła, aby do niezdiagnozowania schorzenia powodującego u niej objawy w postaci m.in. napięcia mięśni, trudności z gryzieniem, oddychaniem i załatwianiem potrzeb fizjologicznych, doszło z winy lekarzy pozwanego Szpitala, a także, aby ich działania i zaniechania były bezprawne.

W apelacji E. M. (1) zarzuciła przede wszystkim naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez wadliwe odczytanie przez Sąd pierwszej instancji postawy faktycznej żądania pozwu, mającej polegać na przypisaniu pozwanemu Szpitalowi choroby głównej powódki, a raczej jej źródła. Powódka wyjaśniła, iż w rzeczywistości zarzuca pozwanemu Szpitalowi, że: przy przyjęciu do szpitala nie przeprowadzono z nią wywiadu; nie przeprowadzono prawidłowej i wyczerpującej diagnostyki zgodnej z aktualną wiedzą medyczną, bagatelizując występujące u niej objawy chorobowe; nie zapewniono jej specjalistycznej opieki w postaci konsultacji z szerszym gronem specjalistów; niezasadnie podtrzymano dotychczasową diagnozę dziecięcego porażenia mózgowego; zastosowano jedynie leczenie objawowe, nie przeprowadzając próby L-dopy celem ustalenia, czy powódka cierpi na chorobę układu pozapiramidowego; nie zapewniono jej niezwłocznego dostępu do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego jest to zarzut niezasadny, albowiem zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. powinien dotyczyć dokonanej przez Sąd oceny wiarygodności i mocy dowodów, a nie przedmiotu wyrokowania. Dodatkowo stwierdzić należy, że Sąd pierwszej instancji - pomimo użycia nieprecyzyjnego sformułowania w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku - zbadał roszczenie powódki w takim zakresie, jaki wynikał z pozwu, a obecnie został wskazany w apelacji. Jednakże w dalszej części uzasadnienia powyższego zarzutu powódka twierdziła, że Sąd pierwszej instancji dokonał ustaleń faktycznych sprzecznych z materiałem dowodowym, co doprowadziło go do błędnego wniosku, że pozwany Szpital nie popełnił błędu diagnostycznego i terapeutycznego. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, zarzut w tej części jest również niesłuszny.

W przedmiotowej sprawie stan faktyczny został ustalony przez Sąd Okręgowy prawidłowo, zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów, która wymaga, aby sąd oceniał materiał dowodowy w sposób logiczny, spójny i zgodny z zasadami doświadczenia życiowego. Należy podzielić utrwalony w orzecznictwie pogląd, że do naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. mogłoby dojść tylko wówczas, gdyby skarżący wykazał uchybienie podstawowym regułom służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów, tj. regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów (por. m. in. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2005 r., sygn. III CK 314/05, Lex nr 172176). Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo wbrew zasadom doświadczenia życiowego nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo-skutkowych, przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (por. m.in. uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 27 lutego 2007 r., sygn. I ACa 1053/06, Lex nr 298433).

Dlatego skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, to bowiem może być jedynie przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie o innej niż przyjął sąd wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie, niż ocena sądu (por. m.in. uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 27 kwietnia 2006 r., sygn. I ACa 1303/05, publ. LEX nr 214251). Tymczasem powódka w apelacji ograniczyła się do polemiki z ocenami Sądu pierwszej instancji, nie stawiając im żadnych konkretnych zarzutów mogących stać się podstawą uznania rozumowania Sądu Okręgowego za nielogiczne, bądź niezgodne z zasadami doświadczenia życiowego, a przez to wadliwe.

W szczególności nie ma racji powódka zarzucając błędne ustalenie przez Sąd pierwszej instancji, że przy przyjęciu do pozwanego Szpitala przeprowadzono z nią wywiad. Z zeznań przesłuchanej w charakterze świadka matki powódki E. M. (2), która była obecna przy przyjęciu córki do Szpitala, wynika bowiem, że „Dr D. wysłuchała całej historii choroby. Dr P. też zbierała wywiad po przyjęciu do szpitala.” (k. 232 akt). Sąd Okręgowy trafnie więc ustalił, że wywiad o pacjentce został na izbie przyjęć zebrany. Inną kwestią jest to, że zdaniem powódki wywiad ten był zbyt pobieżny, gdyż nie doprowadził do postawienia kompletnej i wyczerpującej diagnozy jej choroby. Powódka w apelacji zarzuciła, że w pośpiechu nie da się opisać kilkunastu lat ciężkiej choroby, jej objawów, przebiegu i leczenia. Jednakże należy zauważyć, że celem wywiadu przy przyjęciu pacjenta do szpitala jest jedynie ocena jego stanu zdrowia pod kątem zasadności przyjęcia na jeden z oddziałów, a nie pełna lub częściowa jego diagnostyka, której może służyć pobyt na oddziale.

Z powyższym zarzutem powódka wiąże zarzut naruszenia § 13 pkt 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. Nr 88, poz. 966), które obowiązywało w czasie jej pobytu w pozwanym Szpitalu. Z przepisu tego wynika, że historia choroby w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala powinna zawierać istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta oraz ewentualnych obserwacji, wyniki badań dodatkowych i dane o postępowaniu lekarskim przy przyjęciu do szpitala oraz uzasadnienie przyjęcia. Powódka jednak nie wskazała na istnienie normalnego związku przyczynowego między ewentualnymi brakami w dokumentacji dotyczącej etapu jej przyjęcia do pozwanego Szpitala z prawidłowością diagnostyki, której pacjentka została poddana na oddziale.

Powódka stawiając pozwanemu Szpitalowi zarzut wadliwej diagnostyki podstawowe znaczenie przypisuje okoliczności, że zatrudnieni w nim lekarze powinni wiedzieć, iż jej choroba mogła nie być porażeniem mózgowym, albowiem nie jest to choroba postępująca. Ponieważ u powódki występowała progresja objawów chorobowych, jej zdaniem lekarze powinni przeprowadzić diagnostykę ukierunkowaną na wykrycie innego schorzenia, a w szczególności chorób układu pozapiramidowego. Ponadto według powódki pozwany Szpital powinien zapewnić jej wszystkie dostępne w tamtym okresie badania diagnostyczne, a także opiekę najlepszych specjalistów, czego zaniechał. Opiekującą się nią na oddziale neurolog dr A. P. (2) zarzuciła, że błędnie zasugerowała się dotychczasowym

rozpoznaniem choroby, zamiast podjąć nowe działania zmierzające do postawienia nowego rozpoznania. Zarzuciła, że efektem błędnej diagnozy było wadliwe leczenie, które nie prowadziło do poprawy jej stanu zdrowia.

W ocenie Sądu Apelacyjnego brak jest podstaw do przyjęcia, że diagnozując powódkę lekarze zatrudnieni w pozwanym Szpitalu nie dochowali należytej staranności, bądź postępowali niezgodnie z aktualnymi zasadami wiedzy medycznej. Konkluzję tę potwierdzają opinie biegłych sądowych.

Ze sporządzonej w kwietniu 2009 r. opinii biegłego sądowego specjalisty neurologa i psychiatry dr n. med. M. U. (2) wynika, że „od 2004 r. powódka zaczęła zażywać M., po którym wystąpiła częściowo poprawa. Nie stwierdzono u niej wówczas dystonii. Nie ustalono dotychczas w sposób jednoznaczny przyczyny schorzenia.” Biegły ten stanowczo stwierdził, że „podczas pobytu w pozwanym szpitalu nie dopuszczono się istotnych nieprawidłowości w procesie diagnostycznym i w leczeniu powódki”. W ocenie biegłego „brak jest podstaw do kwestionowania rozpoznania u powódki mózgowego porażenia dziecięcego. Rozpoznanie to zostało ustalone w okresie wcześniejszym i nie budzi ono wątpliwości. Niedobór dopaminy w zespole pozapiramidowym w organizmie jest jej przyczyną. Porażenie mózgowie jest schorzeniem postępującym, stosowane w jego terapii leki mogą jedynie spowolnić jego przebieg”.

Biegły dr n. med. M. U. (2) w opinii pisemnej wprawdzie stwierdził, że „podczas pobytu w szpitalu istniały wskazania do zastosowania u powódki preparatów z grupy L-dopy” (k. 524-525 akt). Jednakże następnie w opinii ustnej wyjaśnił, że skupił się na aktualnym stanie zdrowia powódki, która w jego ocenie cierpi na zespół pozapiramidowy, będący następstwem niedoboru dopaminy. Stwierdził również, że ponieważ w 2002 r. pacjentka została przyjęta do pozwanego Szpitala na krótko i tylko w celach diagnostycznych (a nie terapeutycznych), zaś jej stan neurologiczny nie pogarszał się, nie było wówczas bezwzględnych wskazań do leczenia jej M. lub innymi lekami z tej grupy chemicznej (k. 578 akt).

Także zdaniem biegłego sądowego specjalisty neurologa i psychiatry dr n. med. W. Ż., który opinię pisemną sporządził w marcu 2010 r., u powódki „nadal istnieją objawy organicznego uszkodzenia układu nerwowego w postaci niedowładu spastycznego i jest on związany z uszkodzeniem okołoporodowym, co odpowiada mózgowemu porażeniu dziecięcemu”. Według biegłego, u badanej istnieje postać „obustronnego porażenia spastycznego”, w przebiegu którego mogą istnieć również zaburzenia ze strony układu pozapiramidowego pod postacią ruchów ateotycznych. Biegły nie znalazł podstaw do podważenia prawidłowości rozpoznania klinicznego z hospitalizacji w pozwanym Szpitalu w 2002 r. Wskazał, że u powódki „na istniejące wcześniej objawy mózgowego porażenia dziecięcego w postaci niedowładu spastycznego kończyn dolnych, mogły nałożyć się objawy pozapiramidowe związane klinicznie ze schorzeniem podstawowym, o czym świadczy dynamika narastania zaburzeń chodu, dysfunkcja kończyn górnych, zaburzenia mowy. Byłaby to postać mieszana mózgowego porażenia dziecięcego, w której mogły istnieć objawy dyskinetyczne, ataktyczne (móźdzkowe)”.

Biegły sądowy dr n. med. W. Ż. jednoznacznie uznał, że „konsultacja neurologiczna w dniu 5 kwietnia 2002 r. nie dawała podstaw do stwierdzenia objawów pozapiramidowych, jak i zaburzeń móźdzkowych w postaci dyzmetrii”, jednakże u pacjentki „stwierdzony już w 2003 r. zespół dystoniczny, w 2007 r. uznany został jako schorzenie układu pozapiramidowego w postaci dystonii uzależnionej od L-dopy”. Według biegłego powódka cierpi na mózgowie porażenie dziecięce i dystonię uzależnioną od L-dopy. W leczeniu mózgowego porażenia dziecięcego do tej pory obowiązuje leczenie objawowe i dlatego stosowane leki miorelaksujące i przeciwbólowe były w pełni uzasadnione. Biegły nie był w stanie odpowiedzieć na pytanie, czy już podczas pobytu powódki w pozwanym Szpitalu występowały zaburzenia w zakresie stężenia amin biogennych, a w szczególności dopaminy, jako wynik mózgowego porażenia dziecięcego, czy też ujawnionych objawów dystonii uzależnionej od L-dopy. Stwierdził również, że nie może przypuszczać, jakie byłyby efekty, gdyby wdrożono wcześniej leczenie L-dopą, ponieważ tak złożony przypadek kliniczny, tj. mózgowie porażenie dziecięce plus dystonia uzależniona od L-dopy, jest dla niego niecodzienny. Biegły dr n. med. W. Ż. podzielił stanowisko biegłego dr n. med. M. U. (2) co do prawidłowości rozpoznania i sposobu leczenia powódki w pozwanym Szpitalu (k. 620-622 akt).

Natomiast ze sporządzonej w listopadzie 2011 r. opinii biegłego sądowego specjalisty neurologii dziecięcej lek med. J. B. wynika, że „dostępna dokumentacja zawiera dane wskazujące na fakt, iż w czasie wielokrotnych hospitalizacji w 2002 r. powódka nie prezentowała objawów uszkodzenia dróg pozapiramidowych. Stwierdzono natomiast objawy uszkodzenia dróg piramidowych - niedowład spastyczny czterokończynowy o dużym nasileniu” (k. 758 akt). Według biegłej „stwierdzana od wieku 6 lat progresja objawów - stopniowa utrata funkcji chodu, stopniowe narastanie niedowładu spastycznego, aż do pełnego inwalidztwa - wykracza poza definicję MPDz i nasuwa podejrzenie współistnienia procesu postępującego degeneracyjnego w zakresie ośrodkowego układu nerwowego”. Biegła stwierdziła, że „wzmianka o pojawieniu się objawów dystonicznych (świadczących o uszkodzeniu dróg pozapiramidowych) niezwiązanych z MPDz u powódki zawarta jest dopiero w konsultacji neurologicznej z 23 lipca 2003 r.”.

W opinii uzupełniającej ze stycznia 2012 r. biegła sądowa lek med. J. B. wyjaśniła, że „niedobór dopaminy powoduje objawy uszkodzenia dróg pozapiramidowych” (k. 775 akt). Natomiast w opinii uzupełniającej z marca 2012 r. biegła wskazała, że „progresja objawów u powódki nie może być jedyną podstawą do jednoznacznego wykluczenia stwierdzanego od wieku dziecięcego MPDz. Może być podstawą do podejrzenia współistnienia MPDz i innego schorzenia postępującego. W trakcie hospitalizacji w 2002 r. stwierdzono w ocenie neurologicznej niedowład spastyczny czterokończynowy, a więc uszkodzenie dróg piramidowych. Nie było więc podstaw do wdrożenia leczenia typowego dla uszkodzeń układu pozapiramidowego” (k. 792 akt).

Zdaniem Sądu Apelacyjnego powołane opinie biegłych jednoznacznie wskazują, że pozwanemu Szpitalowi nie można zarzucić, aby w 2002 r. zatrudnieni w nim lekarze diagnozowali powódkę niezgodnie z zasadami aktualnej wiedzy i sztuki medycznej. Skoro do chwili obecnej przyczyna schorzenia powódki nie została jednoznacznie ustalona, zaś jej leczenie lekiem M. miało charakter wyłącznie objawowy, nie można zasadnie twierdzić, że podczas tygodniowego pobytu na Oddziale (...) możliwa była kompleksowa diagnoza złożonego schorzenia powódki.

Pomimo leczenia w szpitalach o wysokim stopniu referencyjności, powódka nie została dotychczas precyzyjnie zdiagnozowana. W karcie informacyjnej Kliniki (...) w W., w którym powódka była hospitalizowana w okresie od 27 września do 4 października 2010 r., jako rozpoznanie podano „Podejrzenie Dystonii Segawy (DYT 5). Przypadek do dalszej obserwacji” (k. 729 akt). Przy tym, w czasie pobytu pacjentki w tym Szpitalu kierownikiem Kliniki (...) był prof. dr hab. med. A. F., który uczestniczył w jej diagnozowaniu. Natomiast w podpisanej przez specjalistę neurologii dziecięcej dr n. med. K. S. epikryzie leczenia w Instytucie (...) z dnia 7 lipca 2011 r. wskazano, że „ze względu na postępujący zespół pozapiramidowy o niejasnej etiologii” powódce wykonano dodatkowe badanie (k. 723 akt).

W uzasadnieniu apelacji powódka przytacza wyrwane z kontekstu zdania pochodzące z opinii biegłych sądowych i wywodzi z nich korzystne dla siebie wnioski. Jednakże lektura opinii biegłych w całości nie pozostawia wątpliwości co do tego, że żaden z nich nie dopatrywał się po stronie lekarzy pozwanego Szpitala błędu diagnostycznego, ani błędu w terapii. Przy tym, z opinii biegłej lek med. J. B. wynika, że zgodnie z dokumentacją medyczną podczas hospitalizacji w 2002 r. powódka nie prezentowała objawów uszkodzenia dróg pozapiramidowych, zaś wzmianka o pojawieniu się objawów dystonicznych pojawiła się dopiero podczas konsultacji neurologicznej z 23 lipca 2003 r. Również według biegłego dr n. med. W. Ż. konsultacja neurologiczna w dniu 5 kwietnia 2002 r. nie dawała podstaw do stwierdzenia objawów pozapiramidowych, zaś zespół dystoniczny został stwierdzony u pacjentki w 2003 r. Natomiast dr n. med. M. U. (2) interesował się tylko aktualnym stanem zdrowia powódki i nie potrafił wypowiedzieć się na temat objawów, jakie występowały u niej w 2002 r. Trudno więc zarzucić lekarzom pozwanego Szpitala, że nie zastosowali u powódki środka M. celem leczenia objawów, które u niej jeszcze nie wystąpiły.

E. M. (1) wyciąga błędne wnioski również z zeznań przesłuchanego w charakterze świadka prof. dr hab. med. A. F., twierdząc, że jej schorzenie nie jest szczególnie nietypową i rzadką chorobą. Tymczasem z faktu, że rozpoznawanie dystonii jest znane od 1908 r. nie można wywieść takiej konkluzji. Biegły sądowy dr n. med. W. Ż. stwierdził bowiem, że tak złożony przypadek kliniczny, jak mózgowie porażenie dziecięce plus dystonia uzależniona od L-dopy, jest dla niego niecodzienny. Także pozostali biegli wskazywali na złożoność tego przypadku. Przy tym, dokonując oceny choroby powódki należy mieć na względzie po pierwsze - okoliczność, że według biegłych podczas pobytu w pozwanym

Szpitalu u pacjentki nie występowały jeszcze objawy pozapiramidowe, a po drugie - fakt, że diagnostyka pacjentki w kolejnych placówkach medycznych była dokonywana z wykorzystaniem istniejącej już dokumentacji medycznej oraz z uwzględnieniem nasilających się objawów choroby powódki. Jednakże pomimo tej przewagi, schorzenie powódki nie zostało dotychczas jednoznacznie zdiagnozowane.

W ocenie Sądu Apelacyjnego nie ma racji powódka twierdząc w apelacji, że gdyby wykonano jej dodatkowe badania diagnostyczne i skonsultowano jej przypadek z prof. dr hab. med. A. F., uzyskałaby trafną diagnozę dwa lata wcześniej, niż miało to miejsce w rzeczywistości. Po pierwsze - powódka nie precyzuje, wykonanie jakich konkretnie badań miałyby doprowadzić do tego skutku, ograniczając się do kwestii podania L-dopy, pomimo że w czasie pobytu w pozwanym Szpitalu nie miała jeszcze objawów pozapiramidowych. Po drugie - powódka nie wykazała, że sam fakt skonsultowania jej przypadku z prof. dr hab. med. A. F. doprowadziłby do postawienia trafnej diagnozy już w 2002 r., skoro konsultacja, jaką odbyła w 2010 r. w Wojewódzkim Szpitalu (...) w W. skutkowałą sformułowaniem diagnozy podejrzenia choroby, a nie jej stwierdzeniem.

Błędny jest również pogląd powódki, że Sąd Okręgowy naruszył art. 6 k.c. i art. 232 k.p.c. w ten sposób, że obciążył ją ciężarem udowodnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności deliktowej pozwanego. W szczególności to nie pozwany Szpital powinien wykazywać, że „podjął wszelkie czynności zmierzające do postawienia wyczerpującej diagnozy”, lecz na E. M. (1) spoczywał obowiązek udowodnienia, że pozwany nie dochował należytej staranności w procesie jej diagnozowania. Zgodnie bowiem z treścią art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. W przedmiotowej sprawie osobą taką jest właśnie powódka.

Nie ma również racji powódka zarzucając Sądowi Okręgowemu naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. poprzez niewskazanie dowodów, na których oparte zostały powołane ustalenia faktyczne. Zgodnie z tym przepisem uzasadnienie wyroku powinno zawierać wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, a mianowicie: ustalenie faktów, które sąd uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej, oraz wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa. W ocenie Sądu Apelacyjnego uzasadnienie zaskarżonego wyroku zawiera wszystkie powyższe elementy, przez co możliwa była jego kontrola instancyjna.

Wobec braku skuteczności kwestionowania przez powódkę ustaleń faktycznych Sądu pierwszej instancji, niezasadne są również podniesione przez nią zarzuty naruszenia prawa materialnego, tj. art. 361 § 1 k.c. w zw. z art. 415 k.c. i art. 430 k.c. poprzez przyjęcie, że nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności deliktowej pozwanego Szpitala, a w konsekwencji naruszenia art. 822 § 4 k.c. przez niestwierdzenie przesłanek odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela. Skoro bowiem lekarze pozwanego Szpitala nie popełnili błędu w diagnozowaniu i terapii E. M. (1), nie ma podstaw do przyjęcia powstania odpowiedzialności pozwanych wobec powódki. W konsekwencji nie zasługują na uwzględnienie również zarzuty naruszenia art. 362 k.c., art. 444 § 1 k.c. w związku z art. 322 k.p.c., art. 445 k.c., a także art. 189 k.p.c.

W apelacji powódka wskazała, że obowiązująca w dacie jej pobytu w pozwanym Szpitalu ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.) w art. 19 ust. 1 pkt 1 przewidywała, że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej. Natomiast zgodnie z jej art. 19a ust. 1, w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd mógł przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Jednakże ponieważ z opinii biegłych jednoznacznie wynika, że powódka otrzymała w pozwanym Szpitalu świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom wiedzy medycznej, brak jest podstaw do przyjęcia, że doszło do naruszenia jej praw jako pacjenta.

Powódka odwołała się też do treści ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.), która w art. 30 stanowi, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Natomiast z jej art. 37 wynika, że w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na

wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie. Jednakże, w ocenie Sądu Apelacyjnego, powódka nie udowodniła, aby lekarze pozwanego Szpitala naruszyli powyższe normy. Brak jest bowiem podstaw do uznania, że powódce odmówiono udzielenia pomocy lekarskiej, skoro przyjęto ją do szpitala celem diagnozowania, zaś skonsultowanie się ze specjalistą oznacza lekarza posiadającego specjalizację w danej dziedzinie, niekoniecznie z tytułem naukowym profesora (por. M. Kapko, Komentarz do art.37 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Lex/el. 2008).

Nie ma racji również powódka twierdząc, że Sąd Okręgowy naruszył art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP oraz art. 3 i 33 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej poprzez wadliwe przyjęcie, że powódce zapewniono prawidłową opiekę i świadczenia zdrowotne w pozwanym Szpitalu. Z powołanych przepisów Konstytucji RP wynika, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia i obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Natomiast z powołanych przepisów ustawy wynika, że publiczny zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym. W ocenie Sądu Apelacyjnego z powyższych norm powódka mogła wywodzić swoje prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, jednakże nie dotyczą one zakresu tych świadczeń. Dlatego nie mogą być na nich oparte te zarzuty, które powódka sformułowała w apelacji.

Wadliwy jest też zarzut naruszenia art. 23 k.c. i art. 448 k.c., albowiem przede wszystkim powódka nie wykazała, aby pozwany Szpital naruszył jej dobro osobiste w postaci zdrowia, nie wskazała nawet, w jaki sposób miałyby to nastąpić. Tymczasem rozstrój zdrowia u powódki był skutkiem jej stanu chorobowego, a nie podjętej przez pozwanego Szpitala diagnostyki tego schorzenia. Ponadto działanie lekarzy pozwanego Szpitala nie miało cech bezprawności, zaś w judykaturze utrwalony jest pogląd, że pokrzywdzony może żądać kompensaty krzywdy od ponoszącego winę (por. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 12 grudnia 2002 r., sygn. akt V CKN 1581/00, OSNC 2004, nr 4, poz. 53).

Wobec nieudowodnienia przez E. M. (1) istnienia dochodzonych pozwem roszczeń, nieceowe jest rozpatrywanie podniesionego w apelacji zarzutu naruszenia art. 442¹ § 1 i 2 k.c., albowiem w sytuacji nieistnienia roszczeń, kwestia ich ewentualnego przedawnienia jest bezprzedmiotowa.

Podstawą orzeczenia Sądu Apelacyjnego był art. 385 k.p.c. O kosztach orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c. Nieobciążenie powódki obowiązkiem zwrotu na rzecz pozwanych kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym jest uzasadnione jej szczególną sytuacją zdrowotną.