

Sygn. akt I ACa 1112/15

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 czerwca 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSA Robert Obrębski

Sędziowie: SA Beata Byszewska (spr.)

SA Marta Szerel

Protokolant: Weronika Trojańska

po rozpoznaniu w dniu 19 maja 2016 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa T. K.

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

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 25 marca 2015 r. sygn. akt I C 288/12

**I. oddala apelację;**

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

Beata Byszewska Robert Obrębski Marta Szerel

Sygn. akt I ACa 1112/15

## UZASADNIENIE

W pozwie złożonym 9 marca 2012 r. powódka T. K. wniosła o zasądzenie od pozwanych Wojewódzkiego Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w W. (dalej Szpital (...)) i (...) S.A. z siedzibą w W. (dalej (...)) in solidum kwoty 600 000 zł tytułem zadośćuczynienia za uszkodzenie ciała wraz z ustawowymi odsetkami od 20 kwietnia 2009 r. w stosunku do (...), a od 29 lipca 2009 r. w stosunku do Szpitala; kwoty 100 000 zł tytułem naruszenia dobra osobistego powódki w postaci praw pacjenta wraz z ustawowymi odsetkami od daty wniesienia pozwu; kwoty 5 000 zł tytułem miesięcznej renty na zwiększone potrzeby płatnej do 10. dnia każdego miesiąca począwszy od marca 2006 r. z odsetkami ustawowymi w razie uchybienia terminowi płatności; kwoty 26 909,44 zł tytułem utraconych dochodów za okres od 2007 r. do 31 lipca 2011 r. wraz z ustawowymi odsetkami od 1 sierpnia 2011 r.; kwoty 6 043,24 zł tytułem renty wyrównawczej za utracone dochody od 1 sierpnia 2011 r. do 29 lutego 2012 r. z ustawowymi odsetkami od kwot 863,32 zł za kolejne miesiące; kwoty 863,32 zł tytułem miesięcznej renty za utracone dochody począwszy od 1 marca 2012 r., płatnej do 10. dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi w razie uchybienia terminowi płatności;

powódka domagała się ponadto ustalenia odpowiedzialności pozwanych na przyszłość za następstwa zdarzenia z 23 i 24 marca 2006 r. oraz zwrotu kosztów procesu. Jako podstawę faktyczną roszczenia powódka wskazała poddanie jej w pozwany szpitalu dwóm nieudanym operacjom, które jedynie pogorszyły jej stan zdrowia, skutkując wystąpieniem niedowładu czterokończynowego.

W odpowiedzi na pozew Szpital (...) wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania.

(...) wniosło o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania, przyznając objęcie szpitala ochroną ubezpieczeniową, zastrzegając, iż suma gwarancyjna wynosi 500 000 zł.

Z dniem 30 września 2012 roku SPZOZ Wojewódzki Szpital (...) w W. został zlikwidowany, jego majątek i zobowiązania przeszły na Województwo (...). Województwo (...) wstąpiło do postępowania w charakterze pozwanego.

Wyrokiem z dnia 25 marca 2015 r. Sąd Okręgowy w Warszawie oddalił powództwo i odstąpił od obciążania powódki obowiązkiem zwrotu kosztów procesu.

Powyższy wyrok zapadł po dokonaniu przez Sąd Okręgowy następujących ustaleń faktycznych i rozważań prawnych:

Od 2004 do 2006 r. T. K. pracowała jako sprzedawca w sklepie w Z.. Od 2004 r. towarzyszyły jej bóle górnego odcinka kręgosłupa, z czasem nasilone do tego stopnia, że znacząco utrudniały funkcjonowanie, m.in. pracę, podnoszenie ciężarów. Pozostawała pod opieką przychodni w Z., przez około rok stosowano wobec niej nieinwazyjne metody leczenia. Pod koniec czerwca 2005 r. T. K. skierowano do poradni specjalistycznej z powodu rwy ramiennej bez poprawy w leczeniu zachowawczym. W sierpniu 2005 r. T. K. zgłosiła się do poradni neurochirurgicznej Szpitala (...) z bólami okolicy szyjnej. W badaniu z dnia 30 września 2005 r. u T. K. ujawniono zniesienie fizjologicznej lordozy szyjnej, drobną wypuklinę krążka międzykręgowego na poziomie C4-5, przepuklinę jądra miażdżystego krążka na poziomie C5-6, wypuklinę krążka na poziomie C6-7 – uciskające worek oponowy oraz cechy zwyrodnienia (dehydratacja, obniżenie wysokości) krążka międzykręgowego C5-6.

Dnia 6 marca 2006 r. T. K. skierowano do szpitala z rozpoznaniem wypukliny dyskowej kręgosłupa szyjnego. Ogólna diagnoza była prawidłowa. Rutynowe leczenie chorych na dyskopatię kręgosłupa szyjnego obejmuje próbę czterotygodniowego leczenia rehabilitacyjnego, stosowanie kołnierza. Rutynowe leczenie przepukliny jądra miażdżystego to rewizja tarczy międzykręgowej, usunięcie mas zwyrodniałego jądra i wstawienie implantu. Skierowanie chorego cierpiącego na ból na operację nie jest co do zasady błędem medycznym.

W dniach od 20 marca do 6 kwietnia 2006 r. T. K. przebywała w Klinice (...) celem przeprowadzenia leczenia operacyjnego. U chorej przeprowadzono wywiad i badania wstępne. Nie miało miejsca badanie kontrolne rezonansem magnetycznym, jednak nie było ono bezwzględnie konieczne. Pacjentka wskazała na bóle okolicy karku i prawej ręki utrzymujące się od roku. Rozpoznanie obejmowało dyskopatię C5-6, rwę barkowo-ramienną. T. K. odbyła rozmowę z lekarzem na temat zabiegu i podpisała na niego zgodę na pozostawionym jej formularzu. W dniu 23 marca 2006 r. przeszła zabieg usunięcia wypukliny i osteofitów z dojścia przedniego po lewej stronie w znieczuleniu ogólnym. Zastosowano usztywnienie międzytrzonowe implantem o gr. 6 mm. Po operacji u pacjentki stwierdzono niedowład czterokończynowy. Wdrożono rutynowe leczenie farmakologiczne neuroprotektoryjne i przeciwobrzękowe. Badanie tomograficzne nie wskazywało na przemieszczenie implantu, krwawienie, ani inną ewidentną przyczynę obrzęku i ucisku na rdzeń kręgowy. Następnego dnia pacjentka przeszła badanie rezonansem, które ujawniło nieprawidłowości w okolicy rdzenia od poziomu C4-5 do C7, mielopatię. Mąż T. K. podpisał zgodę na reoperację i została ona poddana rewizji w miejscu operacji, poszerzeniu odbarczenia. Podczas zabiegu operator nie stwierdził przemieszczenia implantu, zdecydował się na powiększenie przestrzeni dla rdzenia kręgowego. Po reoperacji początkowo nie zanotowano poprawy funkcji kończyn, wdrożono rehabilitację. W przypadku T. K. doszło do ciężkiego zaburzenia krążenia w rdzeniu szyjnym o nieustalonej przyczynie wyjściowej. Chorą przewieziono do Szpitala (...) celem dalszego leczenia z rozpoznaniem dyskopatii, mielopatii szyjnej i niedowładu czterokończynowego.

Od 6 kwietnia do 7 czerwca 2006 r. T. K. przebywała na Oddziale Terapii i Rehabilitacji Neurologicznej z rozpoznaniem wtórnej mielopatii szyjnej, niedowładu czterokończynowego. Stwierdzono u niej zaburzenia zwieraczowe, zachowanie czucie wibracji, brak ruchów czynnych rąk, brak funkcji podporowej nóg. Została poddana kinezy- i fizykoterapii z poprawą sprawności ruchowej. Pacjentkę wypisano do domu z dysfunkcją ruchów precyzyjnych dłoni, z zaleceniem kontynuowania rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym i sanatoryjnym, badań kontrolnych, przyjmowania farmaceutyków.

T. K. była rehabilitowana w trybie szpitalnym i uzdrowiskowym w 2006, 2007 i 2008 r., każdorazowo w wymiarze trzech tygodni, z rozpoznaniem mielopatii szyjnej i niedowładu czterokończynowego, otrzymywała zalecenia kontynuowania terapii. W 2009 r. miały miejsce dwa takie pobyty.

Od dnia 17 marca 2007 r. ZUS przyznał T. K. rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy do końca lutego 2008 r., przedłużoną do końca lutego 2013 r. W kolejnych latach ZUS kontynuował wypłatę świadczeń z tytułu częściowej niezdolności do pracy.

W badaniu rezonansem z 3 lipca 2007 r. u T. K. stwierdzono dolegliwości kręgosłupa lędźwiowego.

Orzeczeniem z 24 lipca 2009 r. T. K. została uznana za częściowo niezdolną do pracy i zdolną do samodzielnej egzystencji, zaś 30 lipca 2009 r. – za niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym od marca 2006 r. z powodu upośledzenia narządu ruchu, choroby neurologicznej.

W badaniu rezonansowym w styczniu 2011 r. u T. K. ujawniono liczne nieprawidłowości w obszarze kręgosłupa szyjnego, przy czym obraz tego badania jest typowy dla obecności implantu zastosowanego u chorej.

W lutym 2011 r. w związku z bólami kręgosłupa została skierowana do neurochirurga, który stwierdził niedowład spastyczny z utrwalonym uszkodzeniem rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym. Była w miarę możliwości rehabilitowana, korzystała m.in. z rehabilitacji sanatoryjnej.

T. K. chodzi z trudnościami, dotknięta jest asymetrycznym niedowładem czterokończynowym, asymetryczną spastyką, zaburzeniami czucia. Objawy świadczą o wybiórczym uszkodzeniu rdzenia na poziomie C5-C6. Tego typu uszkodzenie, jakie stwierdzono u T. K., w obecnym stanie wiedzy medycznej jest trwałe. Uszczerbek na jej zdrowiu może się powiększać i zbliżać do 100%. Z uwagi na objawy narastania spastyki może wystąpić konieczność leczenia operacyjnego. Brak jest ewidentnych wskazań, aby stan zdrowia pacjentki był wynikiem błędu w działaniu personelu Szpitala (...) w prowadzeniu u niej terapii – w tym operacji – schorzenia kręgosłupa szyjnego.

W dniach 12 i 19 marca 2009 r. do Sądu Rejonowego dla Warszawy-Śródmieścia i Sądu Rejonowego dla Warszawy Pragi-Północ wpłynęły wnioski T. K. o zawezwanie Szpitala (...), lekarza P. B. (1) i (...) do próby ugodowej w przedmiocie zapłaty kwoty 1 200 000 zł tytułem zadośćuczynienia, 270 672 zł tytułem kosztów opieki, miesięcznej renty w wysokości 10 000 zł (zwiększone potrzeby), miesięcznej renty w wysokości 2 000 zł (zmniejszenie widoków na przyszłość).

Na przełomie czerwca i lipca 2011 r. pełnomocnik pacjentki prowadził korespondencję elektroniczną z ubezpieczycielem szpitala.

W piśmie z 25 lipca 2011 r. (...) powiadomił pełnomocnika T. K. o podtrzymaniu dotychczasowego stanowiska, tj. odmowy uznania roszczeń pacjentki.

Oceniając zgłoszone przez powódkę roszczenia, Sąd Okręgowy wskazał, że odpowiedzialność deliktowa wywodzona ogólnie z art. 415 k.c. (wina własna zakładu opieki zdrowotnej za błędy organizacyjne, brak higieny, niedostatki sprzętu, wadliwe procedury, itp.) i art. 430 k.c. (wina personelu medycznego) wymaga wykazania łącznie trzech przesłanek: powstania szkody, rozumianej jako uszczerbek w dobrach prawnie chronionych osoby poszkodowanej; winy sprawcy; związku przyczynowego pomiędzy poniesionym uszczerbkiem, a konkretnym zachowaniem sprawcy.

W myśl art. 822 § 1, 2 i 4 k.c. odpowiedzialność za szkody wyrządzone osobom trzecim przez lekarza/placówkę medyczną ponosi także ich ubezpieczyciel, który może zostać pozwany w tym samym lub odrębnym postępowaniu.

Dalej Sąd Okręgowy wskazał, że zaistnienie po stronie powódki uszczerbku na zdrowiu i krzywdy wskutek doznania rozstroju zdrowia nie budziło wątpliwości, zaś kwestią sporną pozostawało, czy można pozwanych – ubezpieczyciela i następcę prawnego placówki medycznej – obciążyć z tego tytułu odpowiedzialnością. Zachowanie lekarzy czy też innego personelu medycznego musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Placówka medyczna ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez wskazane podmioty. 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 zakładu opieki zdrowotnej. Tym samym wina zostaje odniesiona do dostrzeżonych wadliwości w działaniu zespołu ludzi lub funkcjonowaniu określonej struktury organizacyjnej. Wina może mieć postać winy umyślnej lub nieumyślnej. Winę nieumyślną kwalifikować zaś należy jako niedbalstwo czyli niezachowanie należytej staranności w stosunkach danego rodzaju, niezbędnej do uniknięcia skutku, którego sprawca nie chciał wywołać. Zgodnie zaś z art. 355 k.c. dłużnik zobowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju. Staranność ogólna, to staranność przeciętna oczekiwana od dłużnika. Dokonując oceny należytej staranności dłużnika należy każdorazowo brać pod uwagę okoliczności konkretnego stanu faktycznego, nie można również pomijać uwarunkowanej doświadczeniem życiowym możliwości i powinności przewidywania następstw odpowiednich zdarzeń (podobnie Sąd Najwyższy w wyroku z 23.10.2003 r., sygn. V CK 311/03).

Sąd Okręgowy podkreślił, że mimo, iż w orzecznictwie w procesach o „błędy medyczne” wykształcił się pogląd, że związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a szkodą nie musi być ustalony w sposób pewny, to jednak niezbędne przesłanki odpowiedzialności deliktowej lekarza/szpitala muszą zostać wykazane łącznie i nie wystarczy, aby charakteryzował je niski lub średni stopień prawdopodobieństwa.

Natomiast z opinii biegłych nie wynika, aby kwalifikacja powódki do zabiegu operacyjnego i sposób jego przeprowadzenia, czy też opieka pooperacyjna były przyczyną aktualnego stanu zdrowia pacjentki. Z opinii wynika, że brak jest potwierdzenia niewłaściwego postępowania personelu Szpitala (...). Rutynowe leczenie chorych na dyskopatię kręgosłupa szyjnego może polegać na terapii zachowawczej i noszeniu kołnierza ortopedycznego, jednak za każdym razem dany przypadek wymaga indywidualnej analizy wskazań. Powódka przechodziła roczne leczenie rehabilitacyjne w przychodni w Z., zanim jej lekarz podjął decyzję o skierowaniu pacjentki do poradni neurochirurgicznej. Biegły neurochirurg nie raz podkreślał, że wybór metody leczenia jest wypadkową wielu okoliczności. W świetle faktu, że powódka cierpiała na narastające bóle i leczenie zachowawcze nie przynosiło poprawy, nie było podstaw do uznania leczenia operacyjnego za przedwczesne i niewłaściwe co do zasady. Biegli nie dopatrzili się błędu na tym etapie leczenia. Ani ortopeda ani neurochirurg nie stwierdzili, aby dalsze leczenie zachowawcze wobec powódki było niezbędne, bądź by istniały przeciwwskazania do operacji. Po analizie obrazu badania MR z września 2005 r. biegli potwierdzili przesłanki kwalifikacji powódki do zabiegu operacyjnego. Z kolei, w opinii biegłego neurochirurga, rutynowe zabiegi leczenia przepukliny jądra miazdżystego, którą to chorobą została dotknięta powódka, polegają właśnie na operacyjnym usunięciu nieprawidłowych mas oraz wstawieniu implantu. Decyzja lekarza kierującego powódkę na operację – P. B. (1) – nie odbiegała zatem od przyjętego kanonu postępowania i standardu powszechnie oferowanego pacjentom w Polsce.

Zebrany w sprawie materiał dowodowy nie dostarczył, zdaniem Sądu Okręgowego, potwierdzenia na okoliczność nieprawidłowego przebiegu operacji z dnia 23 marca 2006 r. pod kątem zawinionego zachowania lekarzy. Sama zbieżność czasu i miejsca powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego powódki nie jest wystarczającą przesłanką do uznania, że zespół dopuścił się błędu, czy to z powodu niewiedzy, czy np. nieostrożności. Operacja przebiegała prawidłowo i pomyślnie. Leczenie toczyło się rutynowo do momentu wystąpienia powikłania niebędącego następstwem jakiegokolwiek błędu lekarskiego.

Powtórzenie badania MR przed samą operacją z dnia 23 marca 2006 r. nie było niezbędne w takim przypadku, jaki miał miejsce u powódki. W czasie operacji nie stosowano szczególnego sposobu monitorowania wskaźników

(potencjały wywołane), lecz żaden ówczesnie obowiązujący przepis prawa lub standard leczenia nie wskazywał na obowiązek jego wdrożenia, ani też biegły nie stwierdził, że mogłoby to wpłynąć na wynik operacji. Biegły neurochirurg zawarł w opinii uzupełniającej wnioszek o braku konieczności stosowania śródoperacyjnych technik neurofizjologicznych w przypadku braku konfliktu masy przepukliny z rdzeniem szyjnym. Zastosowanie, bądź nie, skali ASIA nie miało wpływu na wystąpienie powikłania, jako że skala ta służy ocenie postępów regeneracji, a rehabilitacja siłą rzeczy ma miejsce post factum. Biegły nie stwierdził związku między stanem pooperacyjnym pacjentki, a doborem strony podejścia do miejsca operowanego, pozostawieniem w organizmie drenu Redona i spongostanu, jak też fragmentu przepukliny, zaprzeczył teorii niewłaściwego osadzenia implantu. Zdaniem Sądu Okręgowego, wskazane w opinii biegłego okoliczności faktyczne nie dowodzą w sposób logiczny, iż to operator w istocie dopuścił się błędu podczas usuwania przepukliny i wszczepiania implantu. Zbyt daleko idący i nieuprawniony jest uproszczony wniosek o konstrukcji: doszło do uszkodzenia rdzenia, zatem operator popełnił błąd.

Sąd Okręgowy podkreślił, że nie można zapominać o możliwości występowania w medycynie powikłań wynikających z naturalnych reakcji organizmu, w związku z którymi nie można przypisać lekarzowi/placówce medycznej winy. Operacja mogła być impulsem wyzwalamym niepożądane reakcje w dotkniętym procesem chorobowym organizmie chorego, czemu nie dało się w 100% zapobiec i co nie było rezultatem zastosowania niewłaściwych środków farmakologicznych, opatrunkowych, narzędzi, przecięcia, zgniecenia, niewłaściwych tkanek (itp.) – a jedynie tego typu przyczyny, mające swe źródło w braku staranności, niezachowaniu standardów, mogą stanowić podstawę nałożenia na lekarza/szpital odpowiedzialności odszkodowawczej wobec pacjenta. Biegły neurochirurg nie doszukał się mechanicznych uszkodzeń worka oponowego u powódki po zabiegach w Szpitalu (...), a zatem nie sposób jest przyjąć tezę o dokonaniu przez operatora uszkodzenia rdzenia, znajdującego się jeszcze głębiej.

Dalej Sąd Okręgowy wskazał, że biegły neurochirurg zaprzeczył, aby na stan powódki miała wpływ reoperacja w dniu następnym i nie uznał jej przeprowadzenia za błąd.

Sąd Okręgowy podkreślił, że niemożność ustalenia definitywnej i sprawczej przyczyny powstania określonego skutku dla zdrowia pacjenta nie oznacza automatycznie, że personel medyczny ponosi winę za ten stan, albo że dokumentacja medyczna jest niekompletna. Biegły stanowczo zaprzeczył sugestii strony powodowej, aby przedstawiona dokumentacja zdradzała ślady manipulacji. Dla biegłego dokumentacja ta była zrozumiała. Twierdzenie o istnieniu odpowiedzialności pozwanych z tytułu uszkodzenia rdzenia pacjentki w trakcie operacji w dniu 23 marca 2006 r. nie zostało udowodnione, ani nawet uprawdopodobnione w wystarczająco wysokim stopniu. Biegły neurochirurg w swych rozważaniach na temat przedmiotowego przypadku medycznego kolejno obalał wiele z hipotez stawianych przez obie strony w przedmiocie przyczyn wystąpienia uszkodzenia rdzenia, zarówno te powołujące się na samoistny udar i dekompresję, jak i te mogące wskazywać na winę personelu szpitala – niedostateczne rozpoznanie, brak dodatkowego badania, niedostateczne monitorowanie, błędną technikę operacyjną, przemieszczenie implantu, ucisk rdzenia.

Biegli nie dopatrzili się w terapii powódki po dniu 23 marca 2006 r. zaniedbań i błędów personelu Szpitala, które skutkowałyby pogorszeniem jej stanu lub przeoczeniem szans na poprawę tego stanu – w porównaniu ze stanem jaki rzeczywiście zaistniał.

Odnosząc się do zarzutu powódki związanego z udzieleniem zgody na zabieg, Sąd Okręgowy podniósł, że obowiązki informacyjne w służbie zdrowia i prawa pacjenta zostały wskazane w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz art. 18-19 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (odpowiednio: tekst jedn. Dz.U. z 2005 r., nr 226, poz. 1946; Dz.U. z 1991 r., nr 91, poz. 408 ze zm., które to akty prawne zawierają przepisy relewantne dla rozstrzygnięcia sprawy z uwagi obowiązywanie w czasie zaistnienia zdarzeń, z których wywodzone są w sprawie skutki prawne).

Zgodnie z art. 19a ww. ustawy z 30 sierpnia 1991 r. – w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta, o których mowa w art. 18 ust. 2 (ochrona danych pacjenta) i ust. 3 pkt 1 (udostępnianie dokumentacji choremu) oraz w art. 19 ust. 1 pkt 1-4 (odpowiedni standard udzielanych świadczeń zdrowotnych, informacja o stanie zdrowia, poinformowana zgoda,

intymności i poszanowanie godności) i ust. 3 (opieka bliskich, kontakt, opieka duszpasterska), sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

Sąd Okręgowy dalej podniósł, że w uzasadnieniu wyroku z dnia 17 grudnia 2004 roku (sygn. akt II CK 303/04, OSP 2005, nr 11, poz. 131) Sąd Najwyższy wskazał, że o wyrażeniu przez pacjenta zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego można mówić tylko wówczas, gdy została ona poprzedzona udzieleniem pacjentowi przystępnej informacji w zakresie określonym w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza. Zgoda pacjenta, świadomie akceptującego zrozumiałe przez niego ryzyko dokonania zabiegu wyłącza bezprawność interwencji lekarza.

W piśmiennictwie wyraźnie podkreśla się, że zgoda pacjenta musi być zgodą "objaśnioną", "poinformowaną", a więc świadomie akceptującą zrozumiałe przezeń ryzyko dokonania zabiegu i przejęcie na siebie tego ryzyka. Dopiero taka zgoda pacjenta wyłącza bezprawność interwencji lekarza. Sama aprobata pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda w jurydycznym tego słowa znaczeniu, a więc jako spełniająca wymogi art. 31 ust. 1 w zw. z art. 34 ust. 2 ustawy, co z kolei skutkuje uznaniem, że działanie lekarza w takiej sytuacji jest działaniem podjętym w warunkach bezprawności. W sposób szczególnie kładzie się nacisk na obowiązek lekarza w tym zakresie, przy czym dostrzega się konieczność odzwierciedlenia odpowiedniego pouczenia na piśmie. Podkreśla się przy tym, że stopień konkretności informacji musi być wysoki, w przeciwnym razie ogólnikowa informacja i tym samym zgoda nie wywoła skutków prawnych, a udzielenie informacji pacjentowi nie jest prawem lekarza, lecz jego obowiązkiem. Zakres obowiązku informacji nie zależy od tego, co sądzi lekarz, ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba, będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, aby podjąć „poinformowaną” i inteligentną decyzję wobec proponowanego leczenia (tak: Małgorzata Świdorska w "Zgoda pacjenta na zabieg medyczny", Toruń 2007, str. 78-79, str. 133-138, Mirosław Nestorowicz w „Prawo medyczne” Toruń 2001, str. 111-120; Marian Filar, Sławomir Krześ, Elwira Marszałkowska – Krześ, Piotr Zaborowski w „Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej” Wydawnictwo Prawnicze Lexis – Nexis Warszawa 2005, str. 196-200). W wyroku z dnia 29 grudnia 1969 roku (II CR 564/69, OSPIKA 1970, z. 10, poz. 202) Sąd Najwyższy wskazał, że „w przypadku, gdy brak tzw. wskazań bezwzględnych do wykonania zabiegu, jest szczególnie niezbędne, by lekarz pouczył pacjenta, że proponowany zabieg może wprawdzie, i normalnie powinien, przynieść poprawę, może jednak także wywołać stany zapalne i pogorszenie. Chodzi o to, aby pacjent z całą świadomością poddał się zabiegowi albo z niego zrezygnował, nie chcąc ponosić ryzyka”. Zabieg medyczny wykonany bez uświadomionej zgody pacjenta jest czynnością bezprawną nawet wówczas, gdy wykonany jest zgodnie z zasadami wiedzy (tak Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z 31.03.2006 roku, I ACa 973/05, OSA 2008/1/2).

Sąd Okręgowy wskazał, że w aktach sprawy znajduje się podpisana przez pacjentkę zgoda na przeprowadzenie pierwszego zabiegu, w której wskazano, że poinformowano ją o przyczynach stanu klinicznego, istocie leczenia, jego zaletach. Dalej widnieje zapis o ryzyku wystąpienia głównych rodzajów powikłań, takich jak utrata funkcji kończyn, uszkodzenie mózgu, niedowład, krwotoki, działania uboczne przetaczania krwi, podania leków, zakrzepy zatory, ostatecznie – utrata życia, ewentualnie inne niespodziewane powikłania. Hospitalizacja powódki była poprzedzona dwoma wizytami w przychodni przyszpitalnej. Tam po raz pierwszy przedstawiono powódce propozycję leczenia operacyjnego. Z przesłuchania powódki wynika, że czuła ona, iż porozumienie z personelem Szpitala było utrudnione, natomiast bezsprzecznie jeszcze przed operacją rozmawiała z lekarzem, a formularz zgody został jej przedstawiony do przeczytania. Było to na dzień przed zabiegiem. Powódka z całą pewnością miała możliwość swobodnego i dokładnego zapoznania się z treścią zgody. Nie była to również pierwsza rozmowa pacjentki z lekarzem na temat leczenia metodą operacyjną. Twierdzenia powódki na temat rodzaju i zakresu udzielonych powódce wyjaśnień co do leczenia i powikłań ograniczyły się w zasadzie do stwierdzenia, że lekarz rozmawiał z nią żartując, nie powiedziano jej „nic”. Twierdzenie to stoi w sprzeczności z zeznaniami personelu Szpitala, zwłaszcza operatora, który oświadczył, iż każdy pacjent jest informowany o założeniach leczenia i towarzyszącym mu ryzyku.

Wobec powyższej sprzeczności, mając na uwadze, iż oba powyższe twierdzenia padły ze strony osób zainteresowanych w nakreśleniu odmiennego obrazu rzeczywistości, Sąd Okręgowy podkreślił, że poszukiwał potwierdzenia jednej z ww.

tez w pozostałym materiale dowodowym i ogólnych zasadach logiki i doświadczenia życiowego. Faktem jest, iż upływ czasu i wielość pacjentów utrudnia lekarzowi zapamiętanie treści rozmowy z każdym z nich indywidualnie. Trudno jednak zakładać, aby lekarz mający wieloletnią praktykę w zawodzie i wykształcone standardy postępowania nagle i bez przyczyny zaniedbał przedstawienia jednemu z pacjentów informacji o jego stanie zdrowia i możliwych skutkach wdrożonego leczenia, potraktował tego jednego pacjenta gorzej niż pozostałych. Powódka nie przywołała żadnych swoich pytań, na które lekarz rzekomo odmówił odpowiedzi. Strony nie zaoferowały innego materiału dowodowego na okoliczność przebiegu uzyskiwania zgody na zabieg, stąd nie można całkiem pominąć w sprawie istnienia dokumentu podpisanego przez lekarza i powódkę, a zawierającego jej oświadczenie o zapoznaniu się z istotą operacji i ryzykiem.

Sąd Okręgowy wskazał także, że nie podzielił zarzutu powódki jakoby formularz zgody był wadliwie skonstruowany, nie zawierał informacji o możliwości wystąpienia powikłania w postaci uszkodzenia rdzenia w mechanizmie jak u powódki, gdyż treść zgody obejmuje ostrzeżenie o ryzyku wystąpienia utraty funkcji kończyn, niedowładów. W ocenie Sądu Okręgowego, dla pacjenta bardziej zrozumiała będzie właśnie taka informacja, prosto i jasno przedstawiająca konsekwencje, z jakimi być może pacjentowi przyjdzie się zmierzyć, niż ostrzeżenie o ryzyku wystąpienia uszkodzenia rdzenia, co dla pacjenta – laika – nie będzie niosło w sobie żadnego znaczenia, zrozumienia zagrożenia. Zabieg powódki był planowy i nie miał na celu ratowania życia, a poprawę stanu zdrowia. Wówczas obowiązki informacyjne lekarzy są znaczące, wyższe, niż przy zabiegach nagłych, niemniej jednak w tym przypadku obowiązki te należy uznać za spełnione, skoro powódce przedstawiono rzadkie i ciężkie ryzyka, jak zgon, utrata funkcji kończyn.

Zgoda powódki na zabieg z 23 marca 2006 r. była w ocenie Sądu Okręgowego, zgodą świadomą, a zastrzeżenia podnoszone przez powódkę na etapie postępowania sądowego są w pewnym stopniu rezultatem jej subiektywnej oceny, zabarwionej przeżytą traumą. W przekonaniu Sądu Okręgowego udzielenie prawidłowej zgody oznacza brak bezprawności działania personelu medycznego pozwanego szpitala, a w konsekwencji brak jego odpowiedzialności cywilnej z tego tytułu. Wskazana konkluzja dotyczy również późniejszych działań personelu medycznego, uzyskania zgody na reoperację w dniu 24 marca 2006 r. i rzekomego uchylania się od udzielania powódce informacji o przebiegu terapii. Powódce przed reoperacją udzielono takich informacji, jakie na daną chwilę były dostępne, a ustalenie przyczyn niedowładu i rokowania sprawiły trudność samym lekarzom w związku z nadzwyczajnym charakterem tego zdarzenia.

Odnosząc się do twierdzenia powódki, że zgoda pacjenta na zabieg nie może obejmować uszkodzenia innego narządu, Sąd Okręgowy podkreślił, że odnosi się to do sytuacji, gdy lekarz przez nieuwagę, nieostrożność, pomyłkę, wyrządził szkodę w ciele pacjenta, która nie powinna się zdarzyć w razie prawidłowego działania. W tej sprawie rdzeń powódki doznał uszczerbku, lecz nie stwierdzono, aby było to rezultatem zawinionego działania operatora, skoro worek oponowy po zabiegach był nienaruszony, ani badania, ani rewizja nie ujawniły przeciętych lub inaczej uszkodzonych naczyń, itp., które nie powinny były być uszkodzone w normalnym przebiegu operacji.

Dokumentacja medyczna powódki zawierała dane i wyniki badań umożliwiające biegłym sądowym wydanie opinii o przebiegu leczenia, diagnozie, rozpoznaniu. Zaprzeczono sugestii jakoby nosiła ślady preparowania, uchylania się od rzetelnego raportowania postępów leczenia. Według biegłych pozwoliła odtworzyć obraz zachowania personelu szpitala. Subiektywne odczucie pacjenta, nie będącego w stanie dostrzec w dokumentacji tego to specjaliści, bądź niezadowolonego z obrazu ujawnionego w tej dokumentacji, nie jest wystarczające do obciążenia placówki medycznej odpowiedzialnością z art. 19a ustawy z 30 sierpnia 1991 r.

Sąd Okręgowy z powyższych przyczyn nie znalazł podstaw do uwzględnienia roszczeń powódki, których podstawę prawną stanowiły przepisy art. 444 § 2 k.c., art. 445 § 1 k.c., art. 448 k.c. w zw. z art. 19a ww. ustawy i art. 189 k.p.c. i oddalił powództwo.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy rozstrzygnął na podstawie art. 102 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku wniosła powódka, zaskarżając wyrok w części, tj. w zakresie, w którym powództwo zostało oddalone, wnosząc o jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania w pierwszej instancji celem kontynuowania postępowania dowodowego, a także o zasądzenie na rzecz powódki kosztów procesu od każdego

z pozwanych oraz o nieobciążanie powódki kosztami z uwagi na zawilość problematyki faktycznej i prawnej związanej z meritem sprawy, jak też – z uwagi na źle rokujący stan zdrowia powódki.

Powódka zarzuciła zaskarżonemu wyrokowi:

**1. sprzeczność ustaleń stanu faktycznego z zabranym w sprawie materiałem dowodowym i przedwczesne oddalenie wniosków dowodowych, w szczególności – wniosku dowodowego o dopuszczenie dowodu z opinii uzupełniającej biegłego neurochirurga o treści jak w piśmie z dnia 23.02.2015 r. oraz nie wskazanie powodów oddalenia wniosków dowodowych w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku;**

**2. naruszenie art. 361 § 1 k.c. przez błędną jego wykładnię i niewłaściwe zastosowanie przy ustalaniu kwestii związku przyczynowego, jak też - błąd w ustaleniach stanu faktycznego, pominięcie twierdzeń biegłego co do możliwej przyczyny uszkodzenia rdzenia kręgowego dla celów ustalenia związku przyczynowego oraz stopnia jego prawdopodobieństwa oraz w kontekście twierdzeń składanych w tym zakresie przez samą stronę pozwaną Województwo (...), a wskazujących na jedną z możliwych przyczyn uszkodzenia rdzenia, a przyjmowaną przez biegłego neurochirurga jako istotnie hipotetycznie możliwą (ucisk na rdzeń podczas wbijania implantu (klatki- cage) w przestrzeń między kręgami kręgosłupa);**

3. błąd w ustaleniach stanu faktycznego, bezpodstawne danie wiary lekarzowi P. B. (1) co do faktu udzielenia powódce T. K. wymaganej informacji co do zabiegu, jego istotnych następstw niebezpiecznych dla zdrowia oraz bezpodstawną odmowę dania wiary w tym zakresie zeznaniom powódki T. K.

**- mimo braku w tym zakresie jakichkolwiek przesłanek w materiale dowodowym do przyjęcia, iż P. B. (1) zeznaje prawdę w zakresie przyczyny operacji w dniu 23.03.2006 r. (deklarowany przez niego pierwotny/przedoperacyjny/ ucisk rdzenia kręgowego, wbrew opinii biegłego neurochirurga, nie miał miejsca) („sygnał rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym bez zmian ogniskowych. Z tego opisu wynika, że anatomicznie nie ma mowy o ucisku rdzenia”) przy jednoczesnej negatywnej ocenie treści formularza zgody dokonanej przez biegłego neurochirurga;**

4. błąd w ustaleniach stanu faktycznego, dokonanie ustaleń co do udzielenia powódce T. K. przez lekarza P. B. (1) wymaganej informacji co do zabiegu i jego istotnych następstw niebezpiecznych dla zdrowia w oparciu jedynie o niewiarygodne zeznanie P. B. (1), iż „każdy pacjent jest informowany o założeniach leczenia i towarzyszącym ryzyku” w sytuacji, gdy: a/ powódka zeznawała odmiennie w zakresie tych okoliczności, b/ zeznania P. B. (1) są niewiarygodne w kontekście zeznań powódki oraz biegłego neurochirurga, który podważył w swoich opiniach wiarygodność wypowiedzi P. B. (1) przez podważenie wskazywanej przez niego przyczyny pierwotnej operacji w postaci ucisku na rdzeń kręgowy, jak i wskazywanego przez P. B. (2) zagrożenia w przypadku nie wykonania pierwotnej operacji w postaci zagrożenia w postaci uszkodzenia rdzenia;

5. pominięcie zeznań powódki T. K. i dokonanie niewłaściwej ich oceny w kontekście pozostałego materiału dowodowego - tj. treści formularza zgody, zeznań lekarzy-operatorów P. B. (1) oraz M. Z., opinii biegłego neurochirurga;

6. błąd w ustaleniach stanu faktycznego przez przyjęcie, iż można ustalenia oprzeć na dokumencie formularza zgody podpisanym przez powódkę i zawierającym jej oświadczenie o zapoznaniu się z istotą operacji i ryzykiem w sytuacji - treści opinii biegłego neurochirurga, niewiarygodności lekarza P. B. (1) (vide zarzuty ad. 2, 3, 4 i ich uzasadnienie), przebiegu spotkania z P. B. (1) przed operacją opisanego przez powódkę podczas przesłuchania w dniu 28.02.2014 r. jako jedyne, na którym podpisała druk formularza zgody;

7. błąd w ustaleniach stanu faktycznego i skutkujący dokonaniem przez Sąd ustaleń, iż: a/ powódka „z całą pewnością miała możliwość swobodnego i dokładnego zapoznania się z treścią zgody”



b/ „nie była to również pierwsza rozmowa pacjentki z lekarzem na temat leczenia metodą operacyjną”

c/ „twierdzenia powódki na temat rodzaju i zakresu udzielonych powódce wyjaśnień co do leczenia i powikłań ograniczyły się w zasadzie do stwierdzenia, że lekarz rozmawiał z nią żartując, nie powiedziano jej nic”

- w kontekście opinii neurochirurga, w sytuacji, gdy powódka w swoich zeznaniach opisała przebieg jedynego spotkania podczas, którego rozmowa dotyczyła podpisania formularza zgody na operację, a sąd w tym zakresie „wprost” nie odmówił wiary zeznaniom powódki, a jedynie bezkrytycznie oparł ustalenia na twierdzeniach P. B. (1) nie odnoszących się do tej konkretnej operacji i konkretnej osoby, a dotyczących ogólnych zasad objaśniania pacjentom ryzyk dot. zabiegu;

8. błąd w ustaleniach stanu faktycznego przez przyjęcie, iż lekarz działał w warunkach świadomej zgody i wypełnił ciężący na nim obowiązek udzielenia powódce informacji o odpowiednim stopniu konkretności, w sposób adekwatny do rodzaju zabiegu i wiążących się z tym ryzyk, w sposób zrozumiały dla powódki, przy jednoczesnym pominięciu treści zebranego w sprawie materiału dowodowego, tj. zeznań powódki oraz treści zastrzeżeń biegłego neurochirurga w tym zakresie, treści formularza zgody;

9. błąd w ustaleniach stanu faktycznego co do tego, iż powódka objęła świadomą zgodą „uszkodzenie rdzenia kręgowego” mimo, iż jest to inny organ niż operowany i znajduje się poza zasięgiem pola operacyjnego albowiem przedmiotem pola operacyjnego są kręgi szyjne kręgosłupa, jak też - iż powódka objęła świadomą zgodą ryzyko wystąpienia „niedowładu czterokończynowego”;

10. nie wyjaśnienie sprzeczności w materiale dowodowym, dokonanie ustaleń z pominięciem części materiału dowodowego, dowolna ocena materiału dowodowego, dokonanie ustaleń i oceny materiału dowodowego z pominięciem treści opinii biegłego neurochirurga, treści zeznań świadków i powódki;

11. naruszenie przepisu art. 6 k.c., art. 444 par. 2 k.c., art. 445 par. 1 k.c., art. 448 k.c., art. 19a i 19 ust. 1 pkt. 1-4 ustawy z 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 31 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty przez niewłaściwą ich wykładnię i ich niewłaściwe zastosowanie, błąd w ustaleniach stanu faktycznego co do okoliczności stanu faktycznego mogących stanowić desygnaty wskazanych norm, pominięcie materiału dowodowego co do okoliczności stanu faktycznego mogących stanowić desygnaty wskazanych norm.

Powódka wniosła także o uzupełnienie postępowania dowodowego poprzez dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii biegłego neurochirurga celem udzielenia odpowiedzi na konkretne pytania.

Pozwani wnieśli o oddalenie apelacji i zasądzenie od powódki na swoją rzecz kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

Zarzuty podniesione przez powódkę dotyczą dwóch kwestii, tj. udowodnienia, że za uszkodzenie rdzenia powódki odpowiada personel szpitala oraz świadomej zgody powódki na zabieg.

Trafnie wskazał Sąd Okręgowy, że odpowiedzialność podmiotu prowadzącego zakład opieki zdrowotnej (podmiotu leczniczego) za szkodę wyrządzoną z winy lekarza zatrudnionego w tej jednostce lub też prowadzącego indywidualną praktykę lekarską na podstawie łączącej ich umowy o świadczenie usług medycznych, opiera się na art. 415 k.c. i art. 430 k.c. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 02 marca 2012 r., I ACa 123/12, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011r., IV CSK 308/10). Nadto wskazać należy, że odpowiedzialność z art. 430 k.c. oparta jest na zasadzie ryzyka i zwierzchnik nie może się od niej uwolnić poprzez wykazanie braku winy w wyborze, czy w nadzorze. Jedyną okolicznością egzoneracyjną stanowi brak winy podwładnego (por. W. Dubis (w:) Kodeks..., s. 761). Zasada ryzyka jako podstawa odpowiedzialności przyjęta w omawianym przepisie nadaje tej odpowiedzialności charakter obiektywny. Odpowiedzialność tę określa się, w pewnym uproszczeniu, jako odpowiedzialność za skutek (por. G.

Bieniek (w:) Komentarz..., s. 339; wyrok Sąd Najwyższy z dnia 14 marca 2012 r., II CSK 343/11 LEX nr 1163192). Odpowiedzialność tę uzasadnia się zasadą cuius commodum eius periculum (czyj zysk, tego odpowiedzialność). Warto dodać, że zarówno w doktrynie, jak i orzecznictwie przyjmuje się, że zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność na podstawie art. 430 k.c. niezależnie od formy zatrudnienia lekarza w danej placówce. Stanowisko takie przedstawił Sąd Apelacyjny w Łodzi w uzasadnieniu wyroku z dnia 18 marca 2013 r. (sygn. akt I ACa 852/12), uznając, że w świetle treści powołanego przepisu pozwana placówka medyczna zawsze będzie ponosiła odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez lekarza, jako podwładnego, jeżeli działanie lub zaniechanie lekarza będzie zawinione. A zatem konsekwencją przyjęcia odpowiedzialności podwładnego jest odpowiedzialność jego zwierzchnika na podstawie art. 430 k.c. Przesłankami odpowiedzialności opartej na art. 430 k.c. są: szkoda wyrządzona osobie trzeciej przez podwładnego, wina podwładnego, oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności. Mając na uwadze zasadę rozkładu ciężaru dowodu wynikającą z art. 6 k.c. stwierdzić należy, że to na powódce spoczywał ciężar wykazania wszystkich powyższych przesłanek, co także trafnie przyjął Sąd pierwszej instancji.

Podnieść więc należy, że 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 (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 kwietnia 1975 r., II CR 140/75, niepubl.). Zakład medyczny ponosi odpowiedzialność w przypadku winy podwładnego, rozumianej zgodnie z treścią art. 415 k.c. i nie jest wymagane wykazanie przez poszkodowanego winy po stronie placówki medycznej, gdyż odpowiada ona na zasadzie ryzyka w sposób bezwzględny, wyłączający możliwość ekskulpacji (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18 marca 2013 r. (sygn. akt I ACa 852/12). Warto powołać też wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 19 czerwca 2013r. (I ACa 368/13, LEX nr 1339346), w którym stwierdzono, że aby mówić, że dane zachowanie jest zawinione należy badać nie tylko, czy jest ono obiektywnie bezprawne, lecz również, czy sprawca dochował należytej staranności od niego wymaganej, a jeżeli tego nie uczynił, to z jakich przyczyn.

Sąd Okręgowy wskazał, że zaistnienie po stronie powódki uszczerbku na zdrowiu i krzywdy wskutek doznania rozstroju zdrowia nie budził wątpliwości. Jednak powódka nie udowodniła by personel medyczny wykonujący czynności lecznicze w stosunku do niej dopuścił się w sposób zawiniony czynu niedozwolonego, którego następstwem było uszkodzenie rdzenia kręgowego, co więcej mimo ułatwień dla strony powodowej w wykazaniu istnienia związku przyczynowego między działaniem lekarza, a szkodą, to jednak w okolicznościach tej sprawy powódka nie wykazała, że z wysokim prawdopodobieństwem za uszkodzenie rdzenia odpowiada personel szpitala. Sąd Okręgowy na podstawie opinii biegłych wywiódł, że proces leczenia i podjęte decyzje diagnostyczno-terapeutyczne w pozwanej placówce były zgodne ze standardami i współczesną wiedzą medyczną, a biegli nie stwierdzili niewłaściwego postępowania personelu Szpitala (...). Operacja przebiegła prawidłowo i pomyślnie, jednak wystąpiło powikłanie nie będące wynikiem jakiegokolwiek błędu lekarskiego.

Poglądy te zasługują na akceptację.

Wbrew odmiennemu stanowisku powódki, ustalenia faktyczne zostały przez Sąd Okręgowy dokonane prawidłowo. Formułując powyższy zarzut skarżąca w istocie kwestionuje prawidłowość postępowania dowodowego, rzutującego w konsekwencji na ustalenia składające się na podstawę faktyczną rozstrzygnięcia. Ponieważ zaś prawna kwalifikacja stanu faktycznego jest pochodną ustaleń, o prawidłowym zastosowaniu bądź niezastosowaniu prawa materialnego można mówić dopiero wówczas, gdy ustalenia stanowiące podstawę wydania zaskarżonego wyroku pozwalają na ocenę tej kwestii (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 listopada 2002r. IV CKN 1532/00. Lex nr 78323). Wskazuje się w orzecznictwie, że skuteczne podniesienie zarzutu poczynienia ustaleń sprzecznych z materiałem dowodowym nie może polegać na zaprezentowaniu ustalonego przez skarżącego, na podstawie własnej oceny dowodów, stanu faktycznego, a wymaga wskazania przy użyciu argumentów jurydycznych rażącego naruszenia dyrektyw oceny dowodów wyrażonych w art. 233 § 1 k.p.c. (vide: wyrok Sądu Najwyższego z 18 czerwca 2004 r. sygn. akt II CK 369/03 LEX nr 174131). Powódka nie podniosła zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., zaś kwestionując ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji w sposób wybiórczy i wyrwany z kontekstu powołuje fragmenty opinii biegłego

neurochirurga, dodając do nich własny komentarz, podnosząc wątpliwości co do słuszności stwierdzeń biegłego, a także dokonując własnej oceny faktów ustalonych w sprawie. Taka subiektywna ocena powódki, nawet poparta silnym przekonaniem o słuszności swych racji, nie podważa skutecznie ustaleń poczynionych przez Sąd Okręgowy. W konsekwencji nie podważa także tych ustaleń, które doprowadziły Sąd Okręgowy do wniosku, że w przypadku operacji powódki doszło do powikłania. Znamienne jest, że powódka w ogóle nie kwestionuje opinii biegłego ortopedy, w tej części zaś Sąd pierwszej instancji uwzględnił wnioski opinii ortopedy, jako zbieżne ze stanowiskiem biegłego neurochirurga.

W tym miejscu- odnosząc się do zarzutów wadliwych ustaleń faktycznych przywołać należy niekwestionowane ostatecznie i pomijane przez powódkę w apelacji, stanowcze twierdzenia biegłego ortopedy S. M., że stan powódki nie wynikał z błędu lekarskiego, a z powodu powikłanego przebiegu choroby, co mogło nastąpić bez operacji, zaś w świetle wiedzy medycznej diagnoza i decyzja co do sposobu leczenia powódki były prawidłowe, a sam zabieg konieczny (k-234). A także biegłego neurochirurga M. S., który podkreślał to zarówno w opinii pisemnej, jak i opiniach uzupełniających stanowiących odpowiedź na liczne pytania stron, że decyzja o operacji, jak również sama operacja była prawidłowa, reoperacja pozostała bez wpływu na stan zdrowia powódki, wszelkie standardy leczenia zostały dochowane, a w działaniach personelu medycznego nie stwierdzono błędu, zaś doszło do ciężkiego powikłania w postaci uszkodzenia funkcji rdzenia szyjnego z klinicznym obrazem w postaci głębokiego niedowładu czterokończynowego, którego mechanizm jest niemożliwy do ustalenia. Było to ciężkie powikłanie po rutynowej operacji dyskopatii szyjnej, przebiegającej włącznie z neuralgią, niezwykle rzadkie, a uszkodzenie krążenia w tętnicy rdzeniowej przedniej wręcz niespotykane. Biegły wyjaśnił dalej, że to nie oznacza, iż niemożliwe do wystąpienia, opisywane w literaturze neurologicznej, ale niezwykle rzadkie (k-266, 394, 404, 413, 426). Nadto biegły szeroko odpowiadając na pytania stron rozważał możliwe przyczyny uszkodzenia rdzenia, żadnej z nich nie uznał za bezpośrednią czy wiodącą przyczynę, uznając konsekwentnie, że ustalenie tej przyczyny w przypadku powódki nie jest możliwe (k-490).

Nadto wskazać należy, że wnioski dowodowe zawarte w apelacji, które w istocie zmierzały bądź do ustalenia rozumienia niektórych pojęć (rutynowa operacja czy rutynowa procedura), prawidłowości rozpoznania w dokumentacji medycznej bądź do poszukiwania dalszych hipotetycznie możliwych przyczyn uszkodzenia rdzenia ewentualnie ich wykluczenia były nieprzydatne do rozpoznania sprawy. Zostały one trafnie oddalone przez Sąd Okręgowy. Powódka nie zawarła w apelacji wniosku o dokonanie kontroli prawidłowości postanowienia dowodowego. W myśl art. 380 k.p.c. warunkiem rozpoznania niezaskarżalnych postanowień, które miały wpływ na wynik sprawy, jest zamieszczenie w środku zaskarżenia stosownego wniosku. Gdy taki środek wnosi profesjonalny pełnomocnik, wniosek taki powinien być jednoznacznie sformułowany (wyrok Sadu Najwyższego z 17 grudnia 2009 r., IV CSK 270/09, Lex nr 677901). Nadto wskazać należy, że sąd nie ma obowiązku dopuszczenia dowodu z opinii kolejnego biegłego bądź kolejnych opinii uzupełniających, gdy opinia dotychczasowa jest niekorzystna dla strony oraz gdy strona nie zgadza się z wnioskami opinii już w sprawie wydanej i nie uznaje argumentów biegłego co do podnoszonych przez nią zarzutów. Potrzebą dla sięgnięcia po kolejną opinię biegłego nie może być jedynie niezadowolenie strony z niekorzystnego dla niej wydzwieku konkluzji opinii. W przeciwnym razie sąd byłby zobligowany do uwzględnienia kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki złożona zostałaby opinia w pełni ją zadowalająca, co jest niedopuszczalne. Zatem niezadowolenie strony z treści sporządzonej opinii, jak również jej sprzeczność z twierdzeniami faktycznymi zaprezentowanymi przez taką stronę, nie stanowi samo w sobie powodu do dopuszczenia dowodu z kolejnej opinii biegłego.

Z tych przyczyn Sąd Apelacyjny nie uwzględnił wniosków dowodowych strony powodowej, uprzednio oddalonych przez Sąd Okręgowy, uznając, że nie były przydatne do rozstrzygnięcia niniejszej sprawy.

Mając powyższe na względzie, należy podzielić przekonanie Sądu pierwszej instancji, że nie wynikają z materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie, cechy naganne jak niewiedza, nieostrożność lub niedbalstwo personelu medycznego Szpitala (...). Wręcz przeciwnie materiał dowodowy wskazuje, a szczególnie z opinii biegłych wynika, że

nie doszło do błędów w diagnostyce czy leczeniu. Trafne było zatem stanowisko Sądu Okręgowego, że w sprawie nie wykazano, że przyczyną uszkodzenia rdzenia u powódki było zaniedbanie personelu medycznego.

W takich okolicznościach nie jest wystarczający tzw. dowód prima facie, oparty na konstrukcji domniemań faktycznych, a zwalnający stronę ponoszącą ciężar dowodu od zmuszonego udowadniania wszystkich etapów związku przyczynowego między pierwotnym zdarzeniem sprawczym a szkodą. Wymaga on bowiem jednak wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych pozwalających traktować je jako oczywiste (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 02 czerwca 2010 roku, III CSK 245/09). Dowód prima facie nie wystarcza więc przy braku możliwości ustalenia przyczyny uszkodzenia rdzenia kręgowego u powódki. Tylko po wykazaniu z przeważającym prawdopodobieństwem (graniczącym z pewnością), przez powódkę, że do uszkodzenia rdzenia kręgowego doszło wskutek błędu personelu medycznego pozwanego czy to na etapie diagnostyki czy leczenia, można byłoby uznać odpowiedzialność pozwanego szpitala w niniejszej sprawie. Biegły neurochirurg konsekwentnie twierdził, że nie można ustalić przyczyny uszkodzenia rdzenia u powódki. Powódka więc nie tylko nie udowodniła ale także nie uprawdopodobniła w stopniu wysokim, że za stan jej zdrowia ponosi odpowiedzialność personel szpitala. Ustalenia faktyczne i ocena prawna Sądu Okręgowego w tym zakresie była prawidłowa.

W związku z tym zarzuty dotyczące wadliwych ustaleń faktycznych co do odpowiedzialności personelu medycznego Szpitala (...) za uszkodzenie rdzenia kręgowego u powódki, jak również zarzut naruszenia art. 361 § 1 k.c. były nieuzasadnione.

Powódka podnosiła także, że Sąd Okręgowy dokonał wadliwych ustaleń faktycznych odnośnie wyrażenia przez powódkę świadomej zgody na zabieg, szczególnie, że uzyskała wymaganą informację co do przebiegu zabiegu i jego możliwych następstw oraz obejmowała ona tą zgodą „uszkodzenie rdzenia kręgowego” oraz wystąpienie „niedowładu czterokończynowego”.

Powyższe zarzuty powódki również nie były zasadne, abstrahując od tego, że część z tych zarzutów była niezrozumiała (zarzuty nr 10, 11) lub nieprecyzyjna (zarzut nr 8).

Zgłaszając zarzut braku świadomej zgody na zabieg, powódka winna wykazać, że przed zabiegiem nie udzielono jej żadnych informacji lub, że informacja, której udzielono była niewystarczająca. Poza sporem w tej sprawie jest, że powódka otrzymała dokument (formularz) zgody, zalegający w aktach, który podpisała. Wbrew zarzutom apelacji, powódka nie udowodniła, aby nie miała możliwości zapoznania się z treścią dokumentu. Z zeznań samej powódki wynika, że lekarz umożliwił powódce spokojne zapoznanie się z tym dokumentem. Sąd Okręgowy trafnie w świetle zasad doświadczenia życiowego, uznał, że lekarz, który rozmawia z wieloma pacjentami, także przed wykonywanymi zabiegami operacyjnymi, mógł nie pamiętać rozmowy z powódką, ale to nie oznacza, że nie udzielił powódce odpowiednich informacji o zabiegu i możliwych komplikacjach. Zeznania w tym zakresie świadka B. należy uznać za szczere, bowiem w obliczu tej trudnej, również dla niego jako lekarza sytuacji, nie usiłował „przypominać” sobie, co dokładnie powiedział powódce. Bez znaczenia dla wiarygodności zeznań tego świadka jest okoliczność, że biegły w odmienny sposób niż to podał lekarz W. B. wskazał na przyczynę zabiegu u powódki, skoro, jak to już podano, zasadniczo świadek nie pamiętał rozmowy z powódką, to również mógł nie pamiętać dokumentacji lekarskiej powódki. Sąd Okręgowy zatem prawidłowo przyjął, że informacja udzielona przez lekarza w zestawieniu z formularzem zgody na zabieg była wystarczająca. Tym bardziej, że powódka nie podawała, ani aktualnie w apelacji także nie podnosi, jakie kwestie w toku rozmowy przed zabiegiem nie zostały poruszone i w jakim zakresie nie miała świadomości co do przebiegu zabiegu, a także możliwych ryzyk. Stanowisko powódki stoi także w sprzeczności z treścią formularza zgody na zabieg, który zawiera szereg informacji, jest napisany przystępnym językiem, wskazuje także, jakie negatywne skutki dla zdrowia pacjenta może mieć zabieg, w tym wskazuje na takie skutki, jakich ostatecznie doznała powódka.

Wobec powyższego podzielić należy argumentację Sądu Okręgowego, że twierdzenie powódki jakoby przed operacją nie uzyskała żadnych informacji („nie powiedziano jej nic”), jawi się jako gołosłowne w świetle podpisanego przez powódkę dokumentu zgody na zabieg, który dotyczy, wbrew zarzutom powódki tego konkretnego rodzaju operacji, a zawiera informacje o istocie leczenia, jego zaletach, ale także możliwych powikłaniach, wśród których wymienione są

m.in. „utrata funkcji kończyn”, „niedowład”. Trafnie Sąd Okręgowy ocenił, że informacje zawarte w formularzu zgody są o wiele bardziej zrozumiałe dla pacjenta-laika w kwestiach medycznych niż gdyby zawierały, tak jak to wskazuje w apelacji powódka informację o możliwości wystąpienia powikłania w postaci uszkodzenia rdzenia, czego osoba nie posiadająca wiedzy medycznej może nie powiązać ze skutkiem w postaci niedowładu lub utratą funkcji kończyn. Tym bardziej, że wskazanie na konkretne skutki uszkodzenia rdzenia jest łatwiejsze do wyobrażenia i zrozumienia dla pacjenta.

W tym miejscu wskazać trzeba, że Sąd Apelacyjny podziela poglądy wyrażone przez Sąd Najwyższy, który wskazał, że nie można uznać, że nieskuteczna jest zgoda wyrażona na piśmie w formie podpisanego dokumentu, choćby druk nie został wypełniony w sposób umożliwiający identyfikację zabiegu objętego zgodą. W tym wypadku przedmiot zgody podlega dowodzeniu wszelkimi środkami dowodowymi (art. 74 § 2 k.c.). Nie można domagać się od lekarza, aby uprzedzał pacjenta o wszelkich mogących wystąpić komplikacjach, zwłaszcza takich, które zdarzają się niezmiernie rzadko, mając charakter incydentalny (por. wyrok z dnia 8 lipca 2010 r., II CSK 117/10). Nie można zatem zapominać, że powódka zapoznała się z formularzem zgody i go podpisała, zawierał on wskazanie o ryzykach, w tym także wskazano na możliwe negatywne skutki operacji, które dotknęły powódkę. Natomiast z opinii biegłego neurochirurga jasno wynika, że uszkodzenie rdzenia, takie jak w przypadku powódki, jest niezwykle rzadkim, ale jednak możliwym powikłaniem. Pacjent wyrażając zgodę na zabieg, a zdaniem Sądu Apelacyjnego, ustalenie przez Sąd pierwszej instancji, że powódka wyraziła świadomą zgodę na zabieg jest prawidłowe, bierze na siebie ryzyko powikłań pooperacyjnych. Udzielenie przez pacjenta uświadomionej zgody na zabieg wyłącza bezprawność lekarza.

Z tych wszystkich przyczyn zarzuty wadliwych ustaleń odnośnie wyrażenia przez powódkę świadomej zgody na zabieg oraz naruszenia prawa materialnego wskazane w punkcie 11 zarzutów apelacji nie zasługiwały na uwzględnienie.

Już tylko na marginesie wskazać trzeba, że powódka domagała się we wnioskach apelacji jedynie uchylecia zaskarżonego wyroku, uzasadniając to koniecznością uzupełnienia postępowania dowodowego, zaś nie jest to ustawowa przesłanka uchylecia orzeczenia przez sąd odwoławczy.

Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny oddalił apelację powódki na podstawie art. 385 k.p.c.

Rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego zapadło w oparciu o art. 102 k.p.c., gdyż w ocenie Sądu Apelacyjnego w okolicznościach niniejszej sprawy zachodzi szczególnie uzasadniony wypadek umożliwiający odstąpienie od obciążania powódki obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz pozwanych. Zgodnie bowiem z art. 102 k.p.c. w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Sposób skorzystania z przepisu art. 102 k.p.c. jest suwerennym uprawnieniem jurysdykcyjnym sądu orzekającego i do jego oceny należy przesądzenie, czy wystąpił szczególnie uzasadniony wypadek, który uzasadnia odstąpienie, a jeśli tak, to w jakim zakresie, od generalnej zasady obciążenia kosztami procesu strony przegrywającej spór (wyrok SN z 19 maja 2006 r., sygn. III CK 221/05, Legalis). Ustalenie, czy w danych okolicznościach zachodzą "wypadki szczególnie uzasadnione", ustawodawca pozostawia swobodnej ocenie sądu, która następuje niezależnie od przyznanego zwolnienia od kosztów sądowych (wyr. SN z 22.11.2006 r., V CSK 292/06, Legalis).

W odniesieniu do zasady słuszności w art. 102 k.p.c. określone zostały przesłanki, których zaistnienie warunkuje możliwość obciążenia strony przegrywającej jedynie częścią kosztów albo nieobciążania jej w ogóle tymi kosztami. Obejmują one wystąpienie w sprawie wypadków szczególnie uzasadnionych, które powodują, że zasądzenie kosztów na rzecz wygrywającego przeciwnika w całości, a nawet w części, byłoby sprzeczne z powszechnym odczuciem sprawiedliwości oraz zasadami współżycia społecznego. Zalicza się do tych "wypadków" okoliczności związane z przebiegiem postępowania, jak charakter dochodzonego roszczenia, jego znaczenie dla strony, przedawnienie roszczenia, subiektywne przekonanie o zasadności roszczenia.

W niniejszej sprawie niewątpliwie powódka jest osobą, która doznała szkody w postaci uszkodzenia rdzenia, przebieg procesu daje podstawy do stwierdzenia, że poczucie krzywdy powódki jest niezwykle silne. Wyniki postępowania

dowodowego nie dały podstaw do obarczenia pozwanych odpowiedzialnością za szkodę powódki, tym niemniej zanim to nastąpiło, powódka mogła subiektywnie przypuszczać, że jest inaczej.

Dlatego, w ocenie Sądu Apelacyjnego w sytuacji powódki zachodzi szczególnie uzasadniony wypadek umożliwiający zastosowanie art. 102 k.p.c.

Marta Szerel Robert Obrębski Beata Byszewska