

Sygn. akt I ACa 636/16

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 listopada 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

**Przewodniczący : SSA Krystyna Golinowska ( spr .)**

**Sędziowie : SA Anna Cesarz**

**SA Jacek Pasikowski**

Protokolant: stażysta Iga Kowalska

po rozpoznaniu w dniu 25 listopada 2016 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa **Z. P. (1)**

przeciwko **Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w P. i (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.**

o zadośćuczynienie i odszkodowanie

na skutek apelacji powódki i pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w P.

od wyroku Sądu Okręgowego w Płocku

z dnia 23 listopada 2015 r. sygn. akt I C 467/13

**1. oddala obie apelacje;**

**2. zasądza od Z. P. (1) z tytułu zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym na rzecz:**

a) **Wojewódzkiego Szpitala (...) w P. kwotę 900 (dziewięćset) złotych;**

b) **(...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwotę 2.700 (dwa tysiące siedemset) złotych.**

**Sygn. akt I ACa 636/16**

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 23 listopada 2015 r. Sąd Okręgowy w Płocku zasądził od Wojewódzkiego Szpitala (...) w P. i (...) S.A w W. na rzecz Z. P. (1) kwotę 20000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 21 lutego 2013 r. do dnia zapłaty z tym, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości spełnionego świadczenia (pkt 1.), oddalił powództwo w pozostałej części (pkt 2.), nakazał pobrać od pozwanych „in solidum” na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Płocku kwotę 908 zł tytułem zwrotu części kosztów procesu (pkt 3.) oraz odstąpił od obciążenia powódki kosztami procesu ponad dotychczas przez nią poniesionymi (pkt 4.).

Sąd pierwszej instancji poczynił następujące ustalenia faktyczne, które Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje za własne:

W dniu 29 czerwca 2010 r. powódka wychodząc z domu potknęła się na schodach, doznając obrażeń, w związku z którymi została przewieziona do Wojewódzkiego Szpitala (...) w P. w godzinach wieczornych.

Wobec rozpoznania złamania otwartego wieloodłamowego obu kości goleni w 1/3 obwodowej z przemieszczeniem powódka została zakwalifikowana w trybie ostro dyżurowym do operacji, która miała miejsce tego samego dnia o godzinie 21.00, po wykonaniu niezbędnych badań diagnostycznych. Powódkę operował lekarz specjalista ortopeda W. Ż.. Zabieg polegał na zespoleniu odłamu dystalnego z odłamem pośrednim i odbył się bez powikłań. Powódka wyraziła zgodę na zabieg operacyjny i na znieczulenie do zabiegu.

Następnego dnia po zabiegu Z. P. (1) została poinformowana przez lekarza o tym, że doznała „ wieloodłamowego złamania nogi” i była operowana. Nie poinformowano jej o konieczności wykonania operacji korekcyjnej.

30 czerwca 2010 r. pobrano posiew z rany operacyjnej. W badaniu stwierdzono obecność bakterii staphylococcus koagulazo - ujemny z oznaczoną lekoodpornością i wrażliwością na antybiotyki.

7 lipca 2010 r. podczas wieczornego obchodu powódka usłyszała rozmowę lekarzy, którzy stwierdzili, że jest „stan zapalny operowanej nogi i konieczna jest korekta”. Powódka poprosiła lekarza dyżurującego, który przyszedł na salę, na której leżała powódka i stwierdził, że „ czasami tak bywa, że trzeba czasami coś poprawić”. Nie udzielił jej żadnych innych informacji. Powódka była bardzo zaniepokojona, że czeka ją kolejna operacja. Skontaktowała się wówczas ze swoim mężem, który następnego dnia był u ordynatora oddziału. Tam uzyskał informację, że konieczna jest reoperacja.

8 lipca 2010r. powódka na własną prośbę została wypisana z pozwanego szpitala w stanie ogólnie dobrym, bez gorączki, bez podawania dolegliwości bólowych. W karcie informacyjnej wpisano „rana chirurgiczna czysta, cechy gojenia przez rychłozrost”. W karcie informacyjnej widnieje także zapis, iż poinformowano pacjentkę o konieczności reoperacji.

8 lipca 2010 r. o godz. 9.00 powódka została przyjęta w (...), gdzie tego samego dnia przeprowadzono zabieg oczyszczenia rany pooperacyjnej. Wstępne rozpoznanie to stwierdzenie „przy śrubokrętach wycieku surowiczego, obrzękniętej skóry, mocno zaczerwienionej, bolesności przy dotyku, cechy infekcji”. Następnego dnia pobrano materiał z rany do badania bakteriologicznego. Uzyskano wynik ujemny.

W dniu 10 lipca 2010 r. powódka została zwolniona do domu. Kontrolę gojenia przeprowadzono w ambulatorium C.. W dniu 30 lipca 2010 r., w oddziale chirurgii ogólnej tej samej placówki przeprowadzono reoperację. Następnie powódka podjęła leczenie rehabilitacyjne, w trybie ambulatoryjnym, które zakończyło się w listopadzie 2011r.

Powódka zapłaciła za zabieg operacyjny oczyszczenia otwartego złamania kwotę 1930 zł, a za zabieg operacyjny zespolenia kości piszczelowej 5940 zł.

Kilkakrotnie była też na wizytach kontrolnych, za co zapłaciła łącznie 150 zł.

Powódka poniosła również koszt zdjęcia rentgenowskiego, za które zapłaciła 174 zł.

Pozwany szpital posiadał umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w (...) SA.

Dokonując oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego Sąd Okręgowy pozytywnie ocenił opinię biegłego chirurga ortopedy oraz biegłych z zakresu bakteriologii i zakażeń szpitalnych. Wskazał, że sporządzone opinie nie nasuwają zastrzeżeń co do sfery logicznej jak i motywacyjnej. Wszelkie zgłaszane zarzuty co do opinii biegłego ortopedy zostały zaś wyczerpująco i logicznie wyjaśnione w opiniach uzupełniających.

W ocenie biegłego w wypadku leczenia chirurgicznego przewidziane są standardy przeprowadzenia każdej procedury medycznej. Zgodnie z nimi niezbędna obsada przy operacji rekonstrukcji złamanych odłamów kości podudzia i ich zespolenia wymaga obecności lekarza operatora, lekarza asystenta (w przypadkach skomplikowanych nawet dwóch), lekarza anestezjologa, pielęgniarki instrumentariuszki, pielęgniarki anestezjologicznej oraz personelu pomocniczego (salowa). Każde ograniczenie osobowe takiego zespołu jest nieproceduralne i może powodować utrudnienia

przeprowadzenia, w sposób optymalny, założeń przedoperacyjnych. Jednocześnie jednak biegły stwierdził, że w przedmiotowej sprawie został osiągnięty zakładany efekt operacyjny. U powódki zaszła konieczność rekonstrukcji na skutek zbiegu następujących okoliczności: skomplikowanego charakteru złamania, jednoosobowej obsady podczas zabiegu i zakażenia rany. Biegły nie był w stanie określić jednoznacznie na ile niekompletna obsada zespołu operacyjnego, uniemożliwiła uzyskanie pełnego ustawieniu odłamów, a tym samym powodowała konieczność rekonstrukcji.

Kierując się opinią biegłego oraz treścią dokumentacji medycznej z pozwanego szpitala i (...), Sąd Okręgowy przyjął, że stan zapalny w obrębie kończyny wystąpił u powódki już w pozwanym szpitalu. Podkreślił, że powódka została przyjęta do C. bezpośrednio po wyjściu z pozwanego szpitala. Wystąpienie procesu zapalnego zostało w odpowiednim czasie poddane prawidłowemu leczeniu. Nie wystąpiły w związku z tym żadne dodatkowe negatywne okoliczności, które miałyby wpływ na przedłużenie leczenia, liczbę niezbędnych operacji, odczuwanie dolegliwości oraz zaburzyć proces leczenia złamania powódki. Proces leczenia był kontynuowany w C. i zakończył się zrostem odłamów kończyny oraz powrotem funkcji kończyny. Kierując się opinią biegłych z zakresu bakteriologii i zakażeń szpitalnych, która nie była kwestionowana przez żadną ze stron, Sąd meriti stwierdził, że postępowanie personelu pozwanego szpitala było prawidłowe i zgodne ze sztuką lekarską. Zakażenie rany miało bowiem charakter zakażenia pierwotnego, a nie wtórnego.

Sąd meriti dał również wiarę zeznaniom powódki, zwłaszcza w zakresie tego, iż nie została poinformowana o możliwości reoperacji następnego dnia po zabiegu, lecz dopiero 7 lipca 2010 r. podczas wieczornego obchodu. Mało logicznym wydaje się, że powódka wiedziała o planowanej korekcji wcześniej, skoro uzyskując świadomie wiedzę o konieczności reoperacji podjęła natychmiast decyzję o zmianie placówki leczenia.

Sąd I instancji oddalił wniosek pełnomocnika powódki o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego ortopedy jako spóźniony, jak również wniosek pełnomocnika pozwanego szpitala o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego konsultanta medycznego w zakresie procedur medycznych uznając go za zbędny dla rozstrzygnięcia sprawy.

Na podstawie takich ustaleń faktycznych, Sąd Okręgowy uznał, że w realiach rozpoznawanej sprawy nie zostały wykazane przesłanki odpowiedzialności pozwanego szpitala, na podstawie art. 430 k.c. Zauważył, że odpowiedzialność za szkody wyrządzone pacjentom w toku leczenia powstaje, jeśli szkoda zaistniała z winy personelu medycznego szpitala, czy to umyślnej, czy nieumyślnej i pozostaje w normalnym związku przyczynowym z działaniem lub zaniechaniem personelu medycznego szpitala (art. 361 § 1 k.c.). Odpowiedzialność szpitala, jako osoby prawnej jest więc odpowiedzialnością na zasadzie ryzyka, ale za zawinione działania personelu medycznego (art. 415 k.c.). Może to być wina lekarza, personelu medycznego lub wina organizacyjna. Dla odpowiedzialności placówki medycznej wystarczy tzw. wina anonimowa, gdy zostanie dowiedzione, że popełniono zaniedbanie, na skutek którego pacjent doznał szkody, chociaż nie można ustalić, który z lekarzy leczących pacjenta lub kto z personelu medycznego dopuścił się winy.

Dalej stwierdził, że ciężar dowodu zaistnienia przesłanek odpowiedzialności deliktowej spoczywa zgodnie z dyspozycją art. 6 k.c. na stronie powodowej.

Kwestią podstawową było zatem ustalenie, czy postępowanie pracowników pozwanego szpitala w zakresie diagnostyki i wykonanego zabiegu operacyjnego powódki było prawidłowe w świetle zasad wiedzy i sztuki medycznej i czy skutkiem tego postępowania był stan zapalny powódki i konieczność przeprowadzenia zabiegu rekonstrukcyjnego. W realiach rozpoznawanej sprawy nie został wykazany dostatecznie wysoki stopień prawdopodobieństwa w tym zakresie. Jak wynika z poczynionych ustaleń, wspartych wnioskami opinii biegłego ortopedy, decyzja o jak najszybszym przeprowadzeniu operacji w pozwanym szpitalu była ze wszech miar prawidłowa. Powódka doznała bowiem złamania bardzo skomplikowanego i bardzo trudnego technicznie do prawidłowego zaopatrzenia chirurgicznego. Decydował o tym jego wieloodłamowy charakter, duże obrażenia tkanek miękkich w znaczny sposób pozbawiający ukrwienia odłamy kostne, trudności w uzyskaniu stabilnej repozycji odłamów. Dodatkowym, bardzo znaczącym powikłaniem był fakt, że było to złamanie otwarte. Postępowanie diagnostyczne oraz wdrożone leczenie od momentu przyjęcia

powódki do szpitala do czasu wypisu z tej placówki, było zgodne z wiedzą i sztuką lekarską, mimo mankamentu w postaci jednoosobowej obsady chirurgicznej podczas zabiegu operacyjnego. Jednakże, choć w przedmiotowej sprawie lekarz operujący nie mógł uzyskać pełnego odtworzenia uszkodzonych struktur i zapewnić im warunków do ich wygojenia, to zabieg operacyjny spełnił mimo wszystko swoje założenia przedoperacyjne, ale nie uzyskano pełnej repozycji odłamów i ich pełnej stabilizacji. Te warunki miała spełnić druga operacja o charakterze korekcyjnym, zaproponowana przez pozwanego szpital. Jednoosobowa obsada zespołu operacyjnego stanowiła znaczne utrudnienie w prawidłowym wykonaniu zabiegu, nie dawała jednak pełnej gwarancji prawidłowego przeprowadzenia zabiegu.

Niezależnie od różnic w zapisach zawartych w dokumentacji pozwanego szpitala i (...) dotyczących stanu rany pooperacyjnej, nie budzi wątpliwości, że nie doszło do zakażenia szpitalnego. Infekcja nastąpiła bowiem w momencie urazu. Postępowanie okołoperacyjne z zastosowaniem antybiotyku augmentinu i implantacją gąbki z gentamycyną miejscowo było prawidłowe, stanowiło zgodną z rekomendacjami oraz skuteczną profilaktykę rozwoju infekcji rany. Brak jest zatem podstaw do przypisania pozwanemu szpitalowi odpowiedzialności z tytułu powstania stanu zapalnego.

Wprawdzie leczenie stanu zapalnego nastąpiło dopiero w nowej placówce, ale pamiętać należy, że powódka, mimo zaproponowanego dalszego leczenia, na własne żądanie opuściła pozwanego szpital. Ponadto, w związku z leczeniem stanu zapalnego nie wystąpiły żadne dodatkowe negatywne okoliczności, które miałyby wpływ na przedłużenie leczenia, liczbę niezbędnych operacji, odczuwanie dolegliwości oraz zaburzało proces leczenia złamania i rehabilitacji u powódki.

Wobec wykluczenia koniecznej przesłanki w postaci związku przyczynowego między działaniem pozwanego szpitala a uszczerbkiem na zdrowiu powódki podstawy jego odpowiedzialności nie może stanowić art. 430 k.c. W tych warunkach żądanie zasądzenia zadośćuczynienia na podstawie art. 445 § 1 k.c. oraz odszkodowania obejmującego koszty leczenia w C. na podstawie art. 444 §1 k.c. okazało się niezasadne.

Następnie Sąd Okręgowy stwierdził, że z uwagi na przytoczoną przez powódkę podstawę faktyczną odnoszącą się również do zaniedbań, jakich dopuścili się lekarze pracujący w pozwanym szpitalu, częściowo zasadne okazało się żądanie zasądzenia zadośćuczynienia w oparciu o przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r., poz. 159) - dalej określanej jako ustawa o prawach pacjenta).

Wskazał, że zgodnie z art. 4 ust. 1 powołanej ustawy w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Jak wyjaśniono w orzecznictwie Sądu Najwyższego roszczenia o zadośćuczynienie uregulowane w art. 445 § 1 k.c. oraz w art. 4 ust.1 ustawy o prawach pacjenta mają odrębny charakter, gdyż określają zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne (np. wyrok SN z dnia 29 maja 2007 r., sygn. akt V CSK 76/07). Samodzielność obu roszczeń potwierdza rodzaj podmiotu uprawnionego do świadczenia pieniężnego, którym jest "pacjent", a zakres tego pojęcia jest węższy od użytego w kodeksie cywilnym terminu "poszkodowany". Najistotniejszym elementem odróżniającym oba roszczenia o zadośćuczynienie jest przy tym przedmiot ochrony. Przedmiotem ochrony na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta nie jest bowiem zdrowie pacjenta, jak w przypadku art. 445 § 1 w zw. z art. 444 § 1 k.c., ale jego autonomia rozumiana, jako swoboda decyzji o niepoddawaniu się interwencji medycznej, nawet wtedy, gdy wydaje się ona w pełni racjonalna, zgodna z zasadami wiedzy medycznej i dobrze rokująca, co do swych rezultatów. Ochrona prawna na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta obejmuje także naruszenie prawa do właściwego standardu opieki medycznej mogące wywoływać u pacjenta ujemne doznania psychiczne, dyskomfort, utratę zaufania do leczących, nawet jeśli nie spowodowało szkód medycznych. Do przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta nie jest przy tym konieczne spełnienie przesłanki szkody na osobie, może być ono przyznane za sam fakt naruszenia i nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia takiej szkody (wyrok SN z dnia 27 kwietnia 2012 r., V CSK 142/11).

Zdaniem Sądu I instancji w działaniach lekarzy w stosunku do powódki można dopatrzeć się naruszenia: prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, udzielanych z należyłą starannością w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i

sanitarnym (art. 6 ust.1 i 8 ustawy), prawa do godności (art. 20) i prawa do informacji ( art. 9 ust.1). Zauważył, że pacjent ma prawo oczekiwać, że jego indywidualny przypadek będzie potraktowany z najwyższą, należytą starannością. Do obowiązków lekarzy należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarazanie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Wzorzec zachowania lekarza jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie.

Biegły ortopeda podkreślił w swojej opinii, że dokonanie przedmiotowej operacji w składzie jednoosobowym, bez zapewnienia co najmniej w przypadku drugiego chirurga stanowi naruszenie standardów obowiązujących w tym zakresie. W ocenie Sądu meriti, placówka która podejmuje się świadczenia usług lekarskich powinna być w pełni przygotowana zarówno lokalowo i sprzętowo, jak i personalnie do świadczenia tych usług. Podkreślił, że pozwanym jest szpital wojewódzki i choć obecnie nie obowiązują już przepisy określające stopień referencyjności, to jednak od takiego rodzaju placówki pacjent ma prawo wymagać świadczenia usług w sposób kompleksowy i o określonym standardzie.

Art. 9 ust. 1 i 2 ustawy o prawach pacjenta stanowi, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, która powinna zostać przekazana w przystępnej formie. Uprawnienia te korespondują z obowiązkiem lekarza do udzielania takich informacji nałożonym mocą art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634). W judykaturze powszechnie przyjmuje się, że zaniechanie przez lekarza obowiązku poinformowania pacjenta o wszystkich konsekwencjach wynikających z zastosowanej metody leczenia (lub diagnostyki) w tym o stopniu i możliwym zakresie powikłań narusza dyspozycje wyżej wskazanych przepisów. Podkreśla się również, że zasada autonomii woli pacjenta jest jedną z podstawowych zasad prawa medycznego i wyrazem odejścia od paternalistycznego modelu relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem, a także stanowi wyraz poszanowania podmiotowości pacjenta w procesie leczenia. Podstawowym przejawem prawa pacjenta do samostanowienia jest możliwość swobodnego wyrażania lub odmowy zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego, czego skutkiem musi być szerokie ujęcie zakresu informacji, co do której pacjent ma prawo.

W przedmiotowej sprawie lekarz prowadzący, jak wykazało postępowanie dowodowe, nie poinformował pacjentki niezwłocznie po przeprowadzeniu operacji o konieczności ponownego zabiegu operacyjnego w sposób dla niej zrozumiały ani też o stanie zapalnym, co więcej nie wpisał informacji o stanie zapalnym w dokumentacji pozwanej. Sąd meriti zaznaczył, że pacjent z reguły jest laikiem i nie ma pojęcia o zawiłościach diagnozowania, terapii, leczenia, stąd też przyjąć należy, że lekarz powinien uczynić wszystko, by w sposób zrozumiały przekazać mu podstawowe informacje dotyczące leczenia. Do takiej informacji należała niewątpliwie informacja o konieczności kolejnego zabiegu. W ocenie Sądu, jest to istota staranności zawodowej lekarza.

Opisane wyżej działania niewątpliwie doprowadziły do ujemnych doznań psychicznych, dyskomfortu oraz utraty zaufania do leczących przez powódkę i wypisania się z pozwanej placówki na własne żądanie.

W tych warunkach Sąd Okręgowy uznał za uprawniony wniosek, że doszło do opisanych powyżej naruszeń prawa powódki do właściwego standardu opieki medycznej i informacji, co uzasadnia przyznanie jej zadośćuczynienia na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta. Krzywda z tego tytułu nie może być jednak zrównana, jeśli chodzi o kompensatę pieniężną, z podlegającą reżimowi art. 444 § 1 k.c. w związku z art. 445 § 1 k.c. Nie spowodowała bowiem następstw w postaci pogorszenia stanu zdrowia, przy tym w stopniu prowadzącym przynajmniej do zwiększenia uciążliwości leczenia. Wyrażała się jedynie w odczuwalnych w sferze psychiki konsekwencjach naruszenia wymienionych powyżej dóbr osobistych oraz innych uprawnień powódki chronionych przepisami ustawy o ochronie praw pacjenta. W konsekwencji Sąd I instancji uznał, że kwotą adekwatną jest w tych okolicznościach 20000 zł. Świadomość, że przez tydzień od operacji lekarz nie poinformował jej o konieczności zabiegu korekcyjnego (kolejnej

operacji), jak i przekazywanie informacji w sposób naruszający jej prywatność i godność (głośno w obecności innych pacjentek leżących na sali, bez zbliżenia się do łóżka powódki) stanowiły istotną dolegliwość po jej stronie.

Z uwagi na fakt, że pozwany szpital był w okresie hospitalizacji powódki ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w pozwanym towarzystwie ubezpieczeń, przejęło ono odpowiedzialność w tym zakresie (art. 4 oraz 11 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych). Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ma charakter gwarancyjny. Oba podmioty odpowiadają przy tym według tzw. solidarności niewłaściwej (in solidum).

Rozstrzygnięcie o odsetkach ustawowych Sąd Okręgowy uzasadnił treścią przepisu art. 481 § 1 k.c. i art. 817 § 1 k.c. w zw. z art. 17 § 1 k.c. i art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych i art. 817 § k.c., zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie. Zaznaczył, że pozwany był zawiadomiony o szkodzie i żądaniach powódki przed złożeniem powództwa, zgodnie z jednak z zasadą nieorzekania ponad żądanie (art. 321 § 1 k.p.c.), odsetki zostały zasądzone zgodnie z żądaniem od dnia wniesienia pozwu.

Rozstrzygając o kosztach sądowych Sąd wskazał, że strona pozwana przegrała proces w 23 % i na zasadzie art. 113 u.k.s.c. nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa kwotę 908 zł.

O kosztach procesu Sąd orzekł zgodnie z art. 102 k.p.c. i obciążył powódkę kosztami już przez nią poniesionymi tj. opłatą sądową w kwocie 800zł i zaliczką wpłaconą na poczet wynagrodzenia biegłego.

Powyższy wyrok zaskarżyła apelacją powódka oraz pozwany Wojewódzki Szpital (...) w P..

Powódka zaskarżyła orzeczenie w części oddalającej powództwo (pkt 2.), zarzucając mu:

I. mające istotny wpływ na wynik sprawy naruszenie przepisów

postępowania, a mianowicie:

1. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie przez Sąd Okręgowy granic

swobodnej oceny dowodów i dokonanie jej w sposób dowolny bez wszechstronnego rozważenia materiału sprawy oraz poprzez dokonanie ustaleń sprzecznych z treścią zgromadzonego materiału dowodowego, polegające na:

a) dowolnej ocenie opinii biegłego lekarza ortopedy, sprowadzającej się wyłącznie do oceny jej wniosków, z pominięciem jej pozostałej treści i niepoddanie tego dowodu pełnej analizie pod względem podstaw merytorycznych, wewnętrznej spójności, logiczności wniosków oraz korelacji z innymi przeprowadzonymi w sprawie dowodami,

b) błędnych ustaleniach dotyczących przebiegu leczenia skarżącej, bez uwzględnienia treści dokumentacji medycznej z obu placówek, pod opieką których pozostawała oraz opinii biegłego ortopedy, jak również zeznań powódki,

c) zaniechaniu dokonania oceny dokumentacji medycznej prowadzonej przez pozwanego szpital w zakresie jej wiarygodności, kompletności i poprawności prowadzenia,

d) pominięciu okoliczności, że pozwany szpital prowadził dokumentację medyczną powódki w sposób nierzetelny, co uniemożliwiło na jednoznaczne ustalenie przebiegu jej leczenia w tej jednostce,

1. art. 227 i 286 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii innego lekarza ortopedy, mimo że treść opinii sporządzonej przez powołanego w sprawie biegłego jest niejasna i wewnętrznie niespójna oraz nie odnosi się do istotnych szczegółów procesu leczenia powódki, w tym m.in. do opieki medycznej i diagnostycznej po przeprowadzeniu operacji w dniu 29 czerwca 2010 r.,

I. mający istotny wpływ na wynik sprawy błąd w ustaleniach faktycznych, polegający na:

1. przyjęciu, że pomiędzy postępowaniem personelu medycznego pozwanego szpitala, a stanem zdrowia powódki, w tym koniecznością przeprowadzenia dwóch dodatkowych operacji nie istnieje związek przyczynowy, podczas gdy w świetle wydanych w sprawie opinii związek taki istnieje, skoro biegły ortopeda stwierdził wprost, że z uwagi na nienależytą obsadę zespołu operacyjnego nie było możliwe zapewnienie optymalnego efektu leczniczego,

2. nieprawidłowym przyjęciu, że nie doszło do uchybienia przez personel pozwanego szpitala sztuce medycznej skutkującej rozstrojem zdrowia powódki i koniecznością poddania jej kolejnym zabiegom ortopedycznym i chirurgicznym, podczas gdy z materiału dowodowego wynika, iż pozwany szpital popełnił co najmniej trzy błędy, tj.:

a) błąd organizacyjny polegający na niewłaściwej organizacji pracy i niezapewnieniu obsady lekarskiej pozwalającej na właściwe i kompleksowe wykonanie zabiegu ortopedycznego, co skutkowało koniecznością jego wykonania w niekompletnym składzie, niezapewniającym osiągnięcia pożądanego efektu,

b) błąd terapeutyczny polegający na przeprowadzeniu zabiegu, mimo braku możliwości uzyskania pożądanego rezultatu, możliwego do uzyskania w pełnej obsadzie zespołu operacyjnego, co naraziło powódkę na konieczność czyszczenia rany, ponownego ustawienia kości, dodatkowy ból i dyskomfort fizyczny i psychiczny,

c) błąd diagnostyczny polegający na braku należytej diagnostyki pooperacyjnej i dopuszczeniu do niekontrolowanego rozwoju zakażenia rany pooperacyjnej, co spowodowało konieczność oczyszczenia rany w (...),

1. błędnym przyjęciu, że naruszeniem praw pacjenta w niniejszej sprawie było wyłącznie nieinformowanie powódki o jej stanie zdrowia, choć pozwany szpital dopuścił się również innych zaniedbań, a mianowicie nieprawidłowo prowadził dokumentację medyczną i nie zagwarantował świadczenia medycznego w standardzie odpowiadającym wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej,

I. naruszenie przepisów prawa materialnego, a mianowicie:

1) art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i oddalenie powództwa w zasadniczej części, w sytuacji gdy z ustalonych w sprawie okoliczności wynika, że w sprawie wystąpiły przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego szpitala także w związku z błędami w sztuce lekarskiej popełnionymi w trakcie leczenia skarżącej,

2) art. 361 § 1 k.c. przez błędne uznanie, że pomiędzy postępowaniem personelu pozwanego szpitala a koniecznością przeprowadzenia dodatkowych zabiegów polegających na oczyszczeniu rany operacyjnej oraz operacji korekcyjnej nie zachodzi związek przyczynowy, choć z ustaleń sprawy wynika, iż w przypadku prawidłowej obsady zespołu operacyjnego i prawidłowej diagnostyki pooperacyjnej dodatkowych zabiegów można byłoby uniknąć.

W konkluzji skarżąca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa w całości, ewentualnie o jego uchylenie i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania. Nadto wniosła o zasądzenie kosztów procesu za obie instancje na swoją rzecz.

Pozwany szpital zaskarżył wyrok w części uwzględniającej powództwo (pkt 1., 3. i 4.), zarzucając mu:

1. naruszenie prawa materialnego, to jest:

- art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta w zw. z art. 448 k.c. przez ich niewłaściwe zastosowanie i przyznanie zadośćuczynienia w sytuacji braku zawinionego naruszenia praw powódki jako pacjenta w pozwanej placówce i braku wykazania związku przyczynowego między winą i rzekomym naruszeniem,

- art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta przez jego błędne zastosowanie w sytuacji braku naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej w stosunku do powódki,

- art. 8 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta przez jego błędne zastosowanie w sytuacji braku naruszenia prawa powódki do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym, przy braku naruszenia przez personel szpitala zasad etyki zawodowej,

- art. 20 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta przez jego błędne zastosowanie w sytuacji braku naruszenia prawa powódki do poszanowania jej intymności i godności w czasie udzielania jej świadczeń zdrowotnych,

- art. 9 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta przez jego błędne zastosowanie w sytuacji należytego informowania powódki o stanie jej zdrowia,

- art. 448 k.c. poprzez przyznanie zadośćuczynienia w kwocie zawyżonej i nieodpowiedniej do stopnia ewentualnych naruszeń praw powódki jako pacjenta;

2. naruszenie przepisów postępowania, to jest:

- art. 328 § 2 w zw. z art. 233 § 1 k.p.c. przez brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego w zakresie naruszenia prawa powódki do informacji oraz naruszenia jej godności i prywatności oraz uwzględnienie powództwa, w sytuacji gdy prawidłowa ocena materiału dowodowego powinna prowadzić do jego oddalenia w całości, z uwagi na fakt niewykazania jakichkolwiek naruszeń po stronie pozwanego szpitala oraz winy wymaganej przez przepis art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta,

- art. 328 § 2 w zw. z art. 233 § 1 k.p.c. przez dowolne ustalenie, że przeprowadzając jednoosobowo przedmiotowy zabieg skarżący naruszył obowiązujące standardy, w sytuacji gdy brak jest jakiegokolwiek przepisu statuującego rzekome standardy w tym zakresie, a także z uwagi na fakt, że zabieg ten był zabiegiem ratującym życie i dochowanie rzekomych standardów musiałyby doprowadzić do opóźnienia w jego wykonaniu, co zagrażałoby życiu pacjentki,

- sprzeczność ze zgromadzonym materiałem dowodowym ustalenia, że lekarz udzielał powódce informacji głośno w obecności innych pacjentek, bez zbliżania się do jej łóżka, co pozostaje w sprzeczności z zeznaniami samej powódki,

- sprzeczność ze zgromadzonym materiałem dowodowym ustalenia, że personel szpitala nie wpisał stanu zapalnego do dokumentacji medycznej w sytuacji nie było podstaw do jego rozpoznania, o czym świadczy odnotowany w dokumentacji poziom współczynnika (...),

- sprzeczność ze zgromadzonym materiałem dowodowym ustalenia, że ujemne doznania psychiczne powódki wynikały z faktu naruszenia przez personel jej prawa do informacji, godności i prywatności, w sytuacji gdy z materiału sprawy wynika, iż powodem wypisania się powódki ze szpitala było – jej zdaniem – nieprawidłowe leczenie, które miało doprowadzić do konieczności reoperacji,

- art. 113 § 1 u.k.s.c. przez nałożenie na skarżącego obowiązku pokrycia kosztów postępowania w sytuacji niezasadności powództwa.

Na podstawie tak sformułowanych zarzutów pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie na swoją rzecz od powódki kosztów postępowania za obie instancje, ewentualnie o jego uchylenie i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania.

W odpowiedzi na apelację pozwanego szpitala powódka wniosła o jej oddalenie i zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

W odpowiedzi na apelację powódki pozwany szpital wniósł o jej oddalenie i zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego za postępowanie apelacyjne. Nadto wniósł o rozpoznanie, na podstawie art. 380 k.p.c., postanowienia Sądu I instancji o przywróceniu powódce terminu do uzupełnienia braków formalnych apelacji.



### **Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:**

Apelacje obu stron okazały się niezasadne.

Na wstępie Sąd Apelacyjny stwierdza, że brak jest podstaw do zakwestionowania prawidłowości postanowienia z dnia 17 lutego 2016 r. o przywróceniu powódce terminu do opłacenia apelacji. Powódka powołała się na niedyspozycję zdrowotną, która uniemożliwiła jej zachowanie terminu do opłacenia apelacji. Zważyć należy, że jest ona osobą starszą, zatem przekonujące są jej wyjaśnienia odnośnie do wyłączenia, wskutek choroby możliwości dokonania wpłaty.

Odnosząc się w pierwszej kolejności do apelacji powódki kwestionującej oddalenie powództwa w zakresie żądania zasądzenia zadośćuczynienia za skutki błędu medycznego, podzielić należy stanowisko Sądu Okręgowego, że skarżąca nie sprostowała wymogowi udowodnienia przesłanek odpowiedzialności pozwanego szpitala na podstawie art. 430 k.c.

Podkreślić przy tym należy, że ocena powyższa została dokonana na podstawie wszechstronnej analizy zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego w oparciu o kryteria określone w art. 233 § 1 k.p.c. Nie budzi również zastrzeżeń oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego specjalisty lekarza ortopedy. Trafnie bowiem przyjął Sąd I instancji, że wniosek w tym przedmiocie był spóźniony. Biegły ortopeda traumatolog dr W. L. (1) wydał opinię pisemną podstawową i uzupełniającą. Po jego wysłuchaniu, na rozprawie w dniu 26 listopada 2014 r. w obecności profesjonalnego pełnomocnika powódki nie złożył on zastrzeżeń do złożonych wyjaśnień ani nie zgłosił wniosku dowodowego o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego (protokół rozprawy k. 303 – 308). Na kolejnym terminie rozprawy podtrzymał jedynie wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu bakteriologii i zakażeń szpitalnych (protokół rozprawy z dnia 4 marca 2015 r. k. 335). Dopiero na rozprawie w dniu 9 listopada 2015 r. kolejny pełnomocnik powódki, działający jako zastępca dotychczasowego, na podstawie art. 37 a ustawy z dnia 26 maja 1982 r. Prawo o adwokaturze (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 615), zgłosił wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego z zakresu ortopedii oraz o uzupełnienie opinii przez biegłego bakteriologa. Oba wnioski zostały oddalone jako spóźnione (protokół rozprawy k. 395 – 397). Wobec tej decyzji procesowej powódka reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika nie zgłosiła zastrzeżenia w trybie art. 162 k.p.c. co do naruszenia przepisów postępowania, a tym samym pozbawiła się możliwości powoływania się na uchybienia w tym zakresie na etapie postępowania apelacyjnego.

Zaznaczyć jednak należy, że w sprawie nie została też wykazana merytoryczna potrzeba uzupełnienia materiału dowodowego przez dopuszczenie kolejnych opinii biegłych. Przede wszystkim wnioski opinii sporządzonych zarówno przez biegłego ortopedę, jak i biegłych z zakresu bakteriologii i zakażeń szpitalnych nie zostały podważone. Przypomnieć należy, że opinia biegłego, podobnie jak inne dowody podlega ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., lecz odróżniają ją szczególne kryteria dokonania tej oceny. Stanowią je zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej wniosków, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej. Skoro przedmiotem opinii biegłego nie jest przedstawienie faktów, lecz ich ocena na podstawie wiedzy fachowej (wiadomości specjalnych), nie podlega ona weryfikacji, jak dowód na stwierdzenie faktów, na podstawie kryterium prawdy i fałszu (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 lutego 2015 r., IV CSK 275/14 oraz uzasadnienie wyroku tego Sądu z dnia 7 lipca 2005 r., II UK 277/04 i wymienione w nim orzecznictwo). Wreszcie podkreślić należy, że Sąd nie jest obowiązany dążyć do stanu, że złożoną opinią będą przekonane strony. Wystarczy, że opinia jest przekonująca dla sądu, który ocenia, czy biegły wyjaśnił wątpliwości zgłoszone przez stronę (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 1998 r., II UKN 55/98). Biorąc pod uwagę powyższe kryteria, w odniesieniu do okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia, analizowane dowody - jak trafnie przyjął Sąd meriti - zasługują na pozytywną ocenę. Błąd medyczny, którego dopuszczenie się miało uzasadniać odpowiedzialność pozwanego szpitala, na zasadzie art. 430 k.p.c., zdaniem skarżącej miało skutkować koniecznością poddania się przez nią dwóm kolejnym zabiegom operacyjnym, związanym z zakażeniem (czyszczenie rany pooperacyjnej) i reoperacją złamanej kończyny (korekta ustawienia odłamów kostnych). Odnośnie do pierwszego zarzutu jest on całkowicie nietrafny, gdyż biegli z zakresu bakteriologii i zakażeń szpitalnych jednoznacznie wykluczyli, by u powódki doszło do zakażenia szpitalnego rany pooperacyjnej. Świadczy o tym rodzaj wyhodowanych bakterii oraz doznanego przez nią urazu, w szczególności jego otwarty charakter. Biegli jednoznacznie

wskazali na pierwotny (endogeny) charakter zakażenia, które wystąpiło już w chwili urazu. Ponadto stwierdzili, że postępowanie okołoperacyjne z zastosowaniem antybiotyku i implantowaniem miejscowo gąbki z gentamycyną stanowiło zgodną z rekomendacjami profilaktykę rozwoju infekcji rany. Wreszcie, nie sposób pominąć, że wystąpienie procesu zapalnego zostało poddane prawidłowemu leczeniu i okazało się w pełni skuteczne, nie zaburzając istotnie procesu leczenia złamania u powódki. Wprawdzie proces leczenia stanu zapalnego nastąpił w nowej placówce, lecz decyzję o wypisaniu się z pozwanego szpitala podjęła sama powódka i brak jest podstaw do uznania, że postępowanie pozwanego w tym zakresie okazałoby się nieskuteczne. Na powyższą ocenę nie może mieć wpływu eksponowana w apelacji kwestia wadliwości w prowadzeniu dokumentacji lekarskiej skarżącej (do czego Sąd odwoławczy odniesie się w dalszej części uzasadnienia), bowiem sama powódka zeznała, że w pozwanej placówce dostrzeżono objawy zakażenia i rozpoczęto jego leczenie, początkowo stosując rivanol. Dalsze leczenie nie zostało zaś wdrożone wyłącznie z powodu wypisania się Z. P. (1) ze szpitala. Brak jest przy tym podstaw do przyjęcia, że objawy zakażenia były widoczne zaraz po zabiegu. Przeczą temu wyniki badań wykonanych u powódki, jak i jej zeznania, z których wynika, że cechy stanu zapalnego ujawniły się dopiero pod koniec jej pobytu w pozwanym szpitalu. Taka sekwencja zdarzeń jawi się też jako logiczna konsekwencja stosowania profilaktyki rozwoju infekcji, która w pierwszym okresie po operacji okazała się skuteczna, w tym znaczeniu że opóźniła jej rozwój. Zauważyć wreszcie należy, że zgłaszając wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego bakteriologa skarżąca nie wskazała jakichkolwiek argumentów poprawnych jurydycznie i logicznie, które mogłyby podważyć wnioski powyższej opinii.

Odnośnie do opinii lekarza specjalisty ortopedy traumatologa jej mankamentem, zdaniem skarżącej, ma być uchylene się przez biegłego od rozstrzygnięcia, czy jednoosobowa obsada chirurgiczna podczas przedmiotowego zabiegu operacyjnego wpłynęła na sposób jego przeprowadzenia oraz na jego skutki. Pomijając okoliczność, że jednoznaczne przesądzenie tej kwestii mogłoby się okazać niemożliwe, dla oceny zasadności powództwa w płaszczyźnie przesłanek z art. 430 k.c. nie było konieczne. W wydanej w sprawie opinii biegły stwierdził bowiem, że wykonany u powódki zabieg operacyjny spełnił swoje założenia, jakimi była stabilizacja odłamów kostnych, którą co istotne należało przeprowadzić bardzo szybko ze względu na charakter złamania i jego niezwykle skomplikowany charakter. Wprawdzie biegły wyjaśnił, że z tego powodu operacja powinna zostać przeprowadzona w większej obsadzie, składającej się z operatora oraz asystenta, ale jednocześnie nie wskazał żadnego błędu w działaniu operatora dr Ż.. Przeciwnie stwierdził, że poprawne przeprowadzenie tak skomplikowanej operacji bez udziału asysty świadczy o jego wysokich kwalifikacjach. W takiej sytuacji nie ma podstaw do ustalenia odpowiedzialności pozwanego szpitala, bowiem nie doszło do powstania u powódki szkody będącej skutkiem wadliwości zabiegu. Jak wyjaśnił biegły ortopeda wprawdzie nie uzyskano pełnej repozycji odłamów i ich pełnej stabilizacji, ale nie takie były założenia zabiegu. Powódka całkowicie pomija niebudzącą wątpliwości w świetle opinii biegłego okoliczność, że przeprowadzony u niej zabieg miał charakter ratującego zdrowie, bowiem złamanie było wieloodłamowe, otwarte, a ponadto wystąpiły znaczne obrażenia tkanek miękkich, co powodowało, że brak szybkiego zaopatrzenia chirurgicznego mógł zagrozić ich żywotności (opinia uzupełniająca biegłego W. L. k. 229, wyjaśnienia k. 305). Skoro zabieg mimo zbyt małej obsady został przeprowadzony prawidłowo z medycznego punktu widzenia nie sposób przypisać pozwanemu odpowiedzialności w trybie art. 430 k.p.c.

Co prawda zgodzić się należy z powódką, że przeprowadzony u niej zabieg nie doprowadził do osiągnięcia optymalnego skutku w postaci pełnej stabilizacji odłamów, jednak nie został przeprowadzony dowód pozwalający na ustalenie, że większa obsada osiągnięcie takiego skutku gwarantowała. Przeciwnie biegły stwierdził, że takiego założenia poczynić nie można, ponieważ w wypadku tak skomplikowanego złamania jak u powódki zawsze trzeba liczyć się z koniecznością zabiegu rekonstrukcyjnego, niezależnie od obsady zespołu operacyjnego. Jest bowiem oczywiste, że w medycynie zachowanie wszelkich procedur czy to określonych normatywnie, czy też – jak w niniejszej sprawie – wynikających z zasad sztuki lekarskiej nie zawsze gwarantuje optymalny, czy choćby zakładany efekt medyczny, gdyż zależy to od wielu współistniejących czynników, związanych przede wszystkim z cechami danego urazu, przebiegu choroby, czy ogólnym stanem i osobniczymi cechami pacjenta. W przeciwnym razie zachowanie określonych procedur eliminowałoby możliwość zaistnienia znanych medycznie powikłań, a tak nie jest. Zauważyć również należy, że mimo zwrócenia uwagi na przeprowadzenie zabiegu w nieoptymalnej obsadzie biegły ortopeda nie miał wątpliwości co do tego, że w sensie medycznym nie było uzasadnienia do zmiany placówki medycznej przez powódkę, zaś postępowanie personelu tej placówki nie spowodowało pogorszenia możliwości jej wyleczenia (ustne wyjaśnienia do opinii k. 304).

Dostrzec również należy, że biegły ortopeda wyjaśnił, iż jednoosobowa obsada przy tego typu zabiegach stanowi dość powszechną praktykę, co z kolei czyniło zbędnym prowadzenie postulowanego przez stronę pozwaną dowodu na okoliczność braku podstawy normatywnej obligującej do przeprowadzania operacji w rozszerzonej obsadzie. Okoliczność tę biegły W. L. przyznał, co nie dezawuuje jednak trafności należycie umotywowanej konkluzji jego opinii co do celowości zastosowania rozszerzonej obsady w przypadku przedmiotowego zabiegu operacyjnego w płaszczyźnie zasad sztuki lekarskiej i doświadczenia. Z wyżej omówionych przyczyn uchybienie w tym zakresie nie doprowadziło do wystąpienia po stronie powódki szkody, bowiem mimo trudności zabieg został przeprowadzony prawidłowo, co wyłącza odpowiedzialność cywilnoprawną strony pozwanej w trybie art. 430 k.p.c. Mieć też trzeba na uwadze, na co również zwracał uwagę Sąd Okręgowy, że w tzw. procesach lekarskich nie jest konieczne wykazanie związku przyczynowego o charakterze bezpośrednim i stanowczym, lecz wystarczy ustalenie odpowiedniego stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia następstw typowych. Jednak nawet tak rozumiany związek przyczynowy, określony w art. 361 § 1 k.c. musi zachodzić pomiędzy ewidentnie nieprofesjonalnym i niestarannym, a więc zawinionym zachowaniem strony pozwanej, a szkodą na zdrowiu powstałą u pacjenta (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 2014 r., sygn. akt II CSK 296/13). Nie jest zatem wystarczające istnienie jakiegokolwiek prawdopodobieństwa, że w płaszczyźnie przyczynowości jedno zdarzenie jest następstwem innego, ale wymagane jest istnienie odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa, które nie zostało w rozpoznawanej sprawie wykazane.

Przechodząc do oceny żądania zasądzenia zadośćuczynienia na podstawie art. 448 k.c. w związku z naruszeniem praw pacjenta, w pierwszej kolejności odnieść się należy do zarzutów apelacji pozwanego szpitala kwestionujących zasadę odpowiedzialności z tego tytułu. Jak trafnie stwierdził Sąd Okręgowy ustawa o prawach pacjenta konstruuje katalog praw pacjenta, których naruszenie może skutkować przyznaniem zadośćuczynienia. Celem tej regulacji nie jest ochrona zdrowia pacjenta, lecz jego autonomia. Do przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta nie jest konieczne, co pomija skarżący szpital, spełnienie przesłanki szkody na osobie. Może być ono przyznane za sam fakt naruszenia i nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia takiej szkody. Ochrona prawna na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta obejmuje, poza naruszeniem skatalogowanych w ustawie praw pacjenta, w tym jego dóbr osobistych, także naruszenie prawa do właściwego standardu opieki medycznej mogące wywoływać u pacjenta ujemne doznania psychiczne, dyskomfort, utratę zaufania do leczących, nawet jeśli nie spowodowało szkód medycznych (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 27 listopada 2014 r., sygn. akt I ACa 745/14).

Pacjent ma bowiem prawo oczekiwać, że jego indywidualny przypadek będzie potraktowany z najwyższą, należytą starannością. Udzielane mu świadczenia zdrowotne powinny odpowiadać zasadom wiedzy medycznej oraz uwzględniać aktualny jej poziom w zakresie diagnostyki i leczenia, tak aby nie narażać pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia. Wzorzec zachowania lekarza musi być przy tym budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., sygn. akt V CSK 287/09). W tych warunkach przeprowadzenie przedmiotowego zabiegu operacyjnego w jednoosobowej obsadzie chirurgicznej wskazuje na naruszenie uprawnień skatalogowanych w art. 6 ust. 1 i 8 ustawy o prawach pacjenta.

W świetle prawidłowo ustalonej podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, trafnie przyjął Sąd Okręgowy, że doszło do naruszenia prawa pacjenta do informacji. Przede wszystkim powódka nie została poinformowana o niepełnym skutku przeprowadzonego zabiegu ani o dalszych planowanych zabiegach leczniczych, co doprowadziło do podjęcia przez nią w sposób gwałtowny decyzji o zmianie placówki leczniczej. Zeznania powódki w tym zakresie są w pełni wiarygodne. Przez kilka dni powódka nie zgłaszała żadnych zastrzeżeń, wykazując zaufanie do personelu medycznego szpitala, będąc przekonana o powodzeniu wykonanego u niej zabiegu operacyjnego. Dopiero będące dla niej zaskoczeniem informacje o niezakończonym leczeniu i stwierdzeniu stanu zapalnego, początkowo jedynie zasłyszane z rozmowy prowadzonej przez lekarzy w czasie obchodu, a następnie potwierdzone przez dr Ż., który przyszedł do powódki na jej wyraźną prośbę skierowaną po tym obchodzie spowodowały podjęcie nagłej i natychmiastowej decyzji o zmianie placówki leczniczej. Nie da się wytłumaczyć przebiegu tych zdarzeń w inny sposób aniżeli całkowitym zaskoczeniem powódki co do istnienia powikłań wymagających przeprowadzenia reoperacji. Znajduje to potwierdzenie także w zeznaniach świadka P., męża powódki. Gdyby powódka od początku wiedziała o planowanym

zabiegu rekonstrukcyjnym uwagi wymienione przez lekarzy w trakcie obchodu w dniu 6 lipca 2010 r. nie byłyby dla niej zaskoczeniem, nie domagałaby się właśnie w tym dniu, bezpośrednio po obchodzie wyjaśnień od lekarza dyżurnego.

Nie można podzielić stanowiska pozwanego szpitala, że kwestię informacji udzielanych pacjentce przesądza treść dokumentacji lekarskiej. W świetle zasad oceny dowodów, dowodowi z dokumentacji medycznej ustawodawca nie przyznał wyższej mocy dowodowej. Dokumenty tego rodzaju mają charakter dokumentów prywatnych w rozumieniu art. 245 k.p.c., zaś dokument prywatny nie dowodzi materialnej prawdziwości zawartego w nim oświadczenia. W konsekwencji sąd zobowiązany jest do dokonania oceny dokumentu prywatnego jako dowodu w sprawie, zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów (art. 233 k.p.c.). Sąd Apelacyjny w pełni podziela argumentację wyrażoną w pisemnych motywach zaskarżonego rozstrzygnięcia co do braku podstaw do dania wiary zapisowi w dokumentacji medycznej o powiadomieniu powódki o konieczności korekacji ustawienia oraz wiarygodności zeznań powódki i zapisów dokumentacji (...) odnośnie do wystąpienia cech stanu zapalnego. Dodatkowo zauważyć należy, że o nienależyтым sposobie prowadzenia tej dokumentacji świadczy również fakt, iż jest ona niekompletna, bowiem zapisy w indywidualnej karcie zaleceń lekarskich kończą się na 5 lipca 2010 r. (k.99), zaś karta obserwacji lekarskiej nie zawiera zapisu z dnia 7 lipca 2010 r. (k. 97). Tymczasem z zeznań powódki wynika, że właśnie ostatniego jej pobytu w pozwanym szpitalu dostrzeżone zostały objawy stanu zapalnego. Wprawdzie zgodnie z wyjaśnieniami biegłego ortopedy należy przyjąć, że stan zapalny może rozwinąć się bardzo szybko i nie musiał być obserwowany przez cały czas pobytu Z. P. w pozwanej placówce, jednak nie sposób przyjąć, że w kolejnej placówce medycznej, do której powódka została przewieziona w dniu 8 lipca 2010 r., tego samego dnia podjęto zabieg oczyszczenia rany przy braku jakichkolwiek cech jej infekcji, uzyskując na jego przeprowadzenie zgodę pacjentki. Zaznaczyć zaś należy, że objawy zakażenia opisane w dokumentacji C. są jednoznaczne i widoczne dla każdego pacjenta także nieposiadającego wiedzy medycznej.

Słusznie zatem przyjął Sąd Okręgowy, że w okolicznościach rozpoznawanej sprawy doszło do naruszenia prawa do informacji określonej w art. 9 ust.1 ustawy o prawach pacjenta, trafnie konstatując przy tym, że tak podstawowe informacje dotyczące leczenia jak rzeczywisty wynik przeprowadzonego zabiegu operacyjnego i konieczność dalszego leczenia w postaci rekonstrukcji ustawień, które będzie miało postać kolejnej operacji powinny zostać przekazane pacjentce niezwłocznie po przeprowadzeniu operacji i co istotne w sposób dla niej zrozumiały. W innym wypadku przekazywanie jakichkolwiek informacji nie osiąga zamierzonego celu w płaszczyźnie praw pacjenta chronionych analizowaną ustawą z dnia 6 listopada 2008 r., a także z punktu widzenia obowiązków lekarza określonych w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634).

Sąd Apelacyjny nie podziela natomiast kwalifikacji zachowania się lekarza dyżurnego udzielającego wyjaśnień powódce w dniu 6 lipca 2010 r. po wieczornym obchodzie, jako naruszenia prawa do godności w rozumieniu art. 20 ustawy o prawach pacjenta. Prawdłowo ustalony stan faktyczny w tym zakresie sprowadza się do stwierdzenia, że lekarz na życzenie powódki udzielił jej informacji na sali chorych, przy łóżku pacjentki. Nieuprawnione było przypisanie takiemu zachowaniu, co nastąpiło dopiero w rozważaniach prawnych Sądu meriti, naruszenia godności poprzez udzielenie informacji głośno, bez zbliżenia się do łóżka powódki, w obecności innych pacjentek. Materiał zgromadzony w sprawie nie dawał podstaw do tego rodzaju ustaleń i nie zostały one poczynione, zatem jako dowolne jawi się przypisanie pozwanemu naruszenia praw pacjenta w omawianym zakresie.

Mimo powyższej korekty wniosków wywiedzionych przez Sąd I instancji na podstawie prawidłowo ustalonej podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, nie wywołuje wątpliwości twierdzenie, że doszło do naruszenia praw pacjenta i miało ono charakter zawiniony. Zaznaczyć należy, że ustawa o prawach pacjenta w art. 4 ust. 1 nie definiuje pojęcia winy, co oznacza że trzeba je rozumieć analogicznie jak na gruncie prawa cywilnego. Należy zatem przyjąć, że zawinienie to nic innego jak naruszenie staranności co najmniej w formie niedbalstwa, czyli niedołożenie należytej staranności, jaka jest w danych okolicznościach wymagana dla właściwego zachowania od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Jak wskazuje się w piśmiennictwie treść praw pacjenta określonych wspomnianą ustawą, w związku z naruszeniem których możliwe jest konstruowanie roszczenia z art. 4 ust. 1 ustawy wskazuje, że krzywda z tego tytułu pozostaje zazwyczaj jedynie w sferze przeżyć psychicznych pacjenta. Z tego powodu zadośćuczynienie powinno być ustalone

na poziomach umiarkowanych, skoro jego przyznanie nie jest związane z wyrządzeniem szkody w majątku poszkodowanego ani szkody na osobie w postaci rozstroju zdrowia czy uszkodzenia ciała. Niemniej jednak nie można zapominać, że zadośćuczynienie ma funkcję kompensacyjną. Jego wysokość ma zrekompensować krzywdę i musi być każdorazowo ustalana przy uwzględnieniu zindywidualizowanych okoliczności związanych z naruszeniem konkretnego prawa.

Konkludując prawidłowo przyjął Sąd I instancji, że krzywda z tego tytułu nie może być zrównana, jeśli chodzi o kompensatę pieniężną, z podlegającą reżimowi art. 444 § 1 w zw. z art. 445 § 1 k.c. Nie spowodowała bowiem następstw w postaci pogorszenia stanu zdrowia powódki. Wyrażała się w odczuwalnych w sferze psychiki konsekwencjach naruszenia innych niż życie i zdrowie, wymienionych powyżej uprawnień powódki chronionych przepisami ustawy o ochronie praw pacjenta. W tych warunkach kompensata ustalona przez Sąd Okręgowy na poziomie 20000 zł w odniesieniu do tego rodzaju krzywdy musi być uznana za adekwatną. Z całą stanowczością nie jest to kwota rażąco zawyżona, jak zarzucił pozwany szpital, a tylko w takiej sytuacji uzasadniona byłaby ingerencja Sądu Apelacyjnego w treść rozstrzygnięcia co do wysokości zasądzonej należności, której ustalenie pozostawione zostało uznaniu sędziowskiemu. Trafnie ocenił Sąd Okręgowy, że skutkiem zaniedbań lekarzy pozwanej placówki wywołały u powódki ujemne doznania psychiczne, dyskomfort oraz utratę zaufania do pozwanego szpitala a w konsekwencji wypisanie się z niego na własne żądanie. W ustalonym stanie faktycznym poczucie krzywdy po stronie powódki i jej dezorientacja co do rzeczywistego stanu zdrowia i leczenia wywołane niestarannym wykonywaniem obowiązków przez lekarzy były w pełni usprawiedliwione. Poza powyższymi okolicznościami trzeba też wziąć pod uwagę skalę zaniedbań lekarzy, której stopień ocenić należy jako średni.

Powódka w złożonej apelacji nie sformułowała wprost zarzutów odnośnie do wysokości zasądzonej kwoty zadośćuczynienia, celowe wydaje się więc jedynie wskazanie, że jest to kwota relatywnie wysoka, zważywszy na brak stwierdzonego skutku uchybienia, jednak w tych konkretnych okolicznościach - z przyczyn wyżej omówionych - usprawiedliwiona.

Mając na uwadze powyższe Sąd Apelacyjny oddalił obie apelacje na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. Zauważyć należy, że w pozwany ubezpieczyciel nie zaskarżył przedmiotowego wyroku w zakresie rozstrzygnięcia o częściowym uwzględnieniu powództwa. Wobec powyższego zwrotowi na jego rzecz podlegała należność z tytułu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu odwoławczym ustalona na podstawie § 12 ust. 1 pkt 2 w zw. z § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (t.j. Dz.U. z 2013 r., poz. 490).

W relacji między powódką a pozwanym szpitalem uwzględnić należało, że każda ze stron przegrała w całości wniesioną przez siebie apelację. Z uwagi na znaczną różnicę w wysokości kosztów zastępstwa procesowego w II instancji ustalonych przy uwzględnieniu wynagrodzenia w stawce podstawowej, należności z tego tytułu nie mogły zostać zniesione. Od powódki na rzecz pozwanego (...) w P. zasądzeniu podlegała kwota 2700 zł (w.p.z. 68844 zł). Na rzecz powódki z kolei pozwany winien zwrócić kwotę 1800 zł (w.p.z. 20000 zł). W konsekwencji po dokonaniu wzajemnej kompensaty tych należności zasądzono od powódki na rzecz pozwanego szpitala kwotę 900 (2700 – 1800) zł.

Z tych wszystkich względów Sąd Apelacyjny orzekł jak w sentencji wyroku.