

Sygn. akt I ACa 1074/17

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 kwietnia 2018 r.

**Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:**

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

**Sędziowie: SA Wiesława Kuberska**

**del. SO Elżbieta Zalewska-Statuch**

**Protokolant: st. sekr. sąd. Julita Postolska**

**po rozpoznaniu w dniu 19 kwietnia 2018 r. w Łodzi na rozprawie**

**sprawy z powództwa L. M.**

**przeciwko Szpitalowi Wojewódzkiemu im. (...) II w B.**

**o zadośćuczynienie**

**na skutek apelacji obu stron**

**od wyroku Sądu Okręgowego w Piotrkowie Trybunalskim**

**z dnia 13 kwietnia 2017 r. sygn. akt I C 1156/15**

- 1. z apelacji strony pozwanej zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że oddala powództwo w całości i nie obciąża powódki kosztami procesu;**
- 2. oddala apelację powódki;**
- 3. nie obciąża powódki kosztami postępowania apelacyjnego.**

**Sygn. akt I ACa 1074/17**

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 13 kwietnia 2017 r. Sąd Okręgowy w Piotrkowie Trybunalskim zasądził od Szpitala Wojewódzkiego im. (...) II w B. na rzecz L. M. kwotę 30000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 8 października 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty (pkt 1.), w pozostałej części oddalił powództwo (pkt 2.), nie obciążył powódki kosztami procesu (pkt 3.) oraz brakującymi kosztami sądowymi od oddalonej części powództwa (pkt 5.) oraz nakazał pobrać od strony pozwanej na rzecz Skarbu Państwa kwotę 2884 zł z tytułu zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych od uwzględnionej części powództwa (pkt 4.).

(wyrok – k. 291)

Powyższe orzeczenie Sąd Okręgowy oparł na następujących ustaleniach faktycznych:

W dniu 10 sierpnia 2012 r. powódka L. M. została poddana w pozwanym szpitalu planowemu zabiegowi cholekcystektomii klasycznej w związku z zapaleniem pęcherzyka żółciowego. Przebieg pooperacyjny był

niepowikłany. Powódce podawano ketonal w kroplówce, nie robiono jej żadnych zastrzyków ani nie informowano o podaniu leku przeciwzakrzepowego.

Po około 8 dniach od wyjścia ze szpitala powódka zaczęła źle się czuć, miała trudności z oddychaniem, była słaba. Dwa dni później, podczas zdjęcia szwów w szpitalu lekarz poinformował ją, że odczuwane dolegliwości są następstwem przeprowadzonego zabiegu operacyjnego. W związku z pogarszającym się samopoczuciem i narastającą dusznością, w dniu 27 sierpnia 2012 r. L. M. została przyjęta do Oddziału Kardiologicznego pozwanego szpitala. W badaniu angiografii TK klatki piersiowej stwierdzono duży materiał zatorowy w okolicy podziału obu tętnic płucnych typu „jeździec”, powodujący zwężenie światła sięgające ponad 95%. W badaniu USG doppler żył kończyn dolnych nie stwierdzono cech zakrzepicy w układzie żył głębokich i powierzchownych. Powódka miała prawidłowe wyniki stężenia białka C i S we krwi, które oznaczono w celu ustalenia przyczyn ewentualnej patologii. U powódki zastosowano intensywne leczenie przeciwkrzepliwie z pozytywnym skutkiem. Została wypisana ze szpitala w dniu 5 września 2012 r. Pozostaje wymaga dożywotniego leczenia, musi przyjmować leki na rozrzedzenie krwi i regularnie badać jej krzepliwosć. Cierpi też na uporczywą anemię, nadciśnienie tętnicze i płucne oraz prawokomorową niewydolność krążenia. Schorzenie, które przeszła skutkuje obniżoną tolerancją wysiłku fizycznego, wyklucza uprawianie turystyki górskiej, pracę na nocnych zmianach, ogranicza długie podróże samolotowe, utrudnia leczenie stomatologiczne.

Na podstawie opinii biegłego z zakresu chirurgii naczyniowej i torakochirurgii Sąd I instancji ustalił, że z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością materiałem zatorowym u powódki była skrzeplina pochodząca z dolnych partii układu żylnego kończyn dolnych. Fakt niewidocznienia u powódki innych zmian zakrzepowych w układzie żylnym nie wyklucza prawdopodobieństwa spowodowania zatoru tętnicy płucnej przez materiał zatorowy, który stanowiła pojedyncza skrzeplina. Wystąpiła u niej ciężka postać zatorowości płucnej zagrażającej życiu. Przebyta zatorowość płucna może skutkować zaburzeniami krążenia płucnego albo zmianami serca, natomiast nie spowodowała u niej stałego ani długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Według modelu oceny ryzyka zakrzepicy żyłnej tzw. skali C. u powódki występowało co najwyżej średnie ryzyko powikłań zakrzepowych (na poziomie 3 - 4 pkt). Główną przyczyną stosowania profilaktyki przeciwzakrzepowej jest wzgląd na obniżenie ryzyka zakrzepicy żyłnej i zatorowości płucnej, natomiast nie gwarantuje ona wyeliminowania takiego ryzyka. W okresie pooperacyjnym u pacjentów utrzymuje się okres tzw. katabolizmu pooperacyjnego. W tym przypadku trwał on około 5 – 10 dni, kiedy dochodzi do przestrojenia organizmu i wystąpienia wielu zmian, w tym w metabolizmie białek i układzie krzepnięcia krwi.

Na podstawie opinii biegłego kardiologa Sąd meriti ustalił, że po przebyciu zatorze płucnym u powódki nie nastąpiło trwałe naruszenie sprawności organizmu w zakresie układu krążenia. Po zakończeniu leczenia nie wystąpiły u niej nieprawidłowości w zakresie układu krążenia.

Na podstawie takich ustaleń Sąd Okręgowy uznał zgłoszone roszczenie za częściowo zasadne. Na wstępie wskazał, że zgłoszone przez powódkę roszczenie odszkodowawcze należy rozpatrywać na podstawie przesłanek określonych w art. 415 i 430 k.c. Przyjęcie winy jako przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej oznacza, że wystarczający do jej przyjęcia jest każdy nawet najmniejszy stopień zawinienia, do granic culpa levissima, przy przyjęciu, że wina sprowadza się do możliwości postawienia sprawy zarzutu niewłaściwego zachowania się. Z kolei dominujące w doktrynie i orzecznictwie szerokie ujęcie bezprawności oznacza sprzeczność zachowania się sprawcy nie tylko z przepisami prawa, ale też zasadami współżycia społecznego, czy też zdrowego rozsądku.

Dalej Sąd I instancji podniósł, że w ustalonym stanie faktycznym nie budzi kontrowersji, że w czasie pobytu w oddziale chirurgicznym pozwanego szpitala powódka wymagała stosowania profilaktyki przeciwzakrzepowej z uwagi na czynniki ryzyka w postaci wieku ponad 40 lat, otyłości oraz żyłaków. Strona pozwana powołując się na zapisy dokumentacji medycznej twierdziła, że taka profilaktyka była stosowana, czemu powódka zaprzeczyła kwestionując tym samym wiarygodność dokumentacji sporządzonej przez pozwaną w zakresie podawania jej leku przeciwzakrzepowego o nazwie F.. Odwołując się do przepisu art. 253 k.p.c., Sąd meriti stwierdził, że skoro zakwestionowany dokument nie pochodzi od osoby zaprzeczającej, jego prawdziwość powinna udowodnić strona pozwana jako podmiot, który chciał z niego skorzystać. Pozwany szpital nie zaoferował dowodów na tę okoliczność,

natomiast z zeznań powódki wynika, że w czasie jej hospitalizacji podawano jej tylko ketonal w kroplówce, nie informowano jej o stosowaniu jakiegokolwiek innego leku, jak również nie robiono jej zastrzyków podskórnych, za pomocą których podaje się fragmin. W tych warunkach, w ocenie Sądu Okręgowego, brak jest podstaw do przyjęcia, że podczas leczenia L. M. stosowano niezbędną profilaktykę przeciwzakrzepową, wobec nieudowodnienia tej okoliczności przez stronę pozwaną. Istnieją zatem podstawy do przypisania personelowi pozwanej placówki sprzecznego z nakazem działania bezprawnego zaniechania w tym zakresie, co zwiększało stopień ryzyka powstania zakrzepicy żyłnej i zatorowości płucnej. Zaniechanie to było przy tym sprzeczne z obiektywnym wzorcem należytej staranności lekarza.

Odnosząc się do zagadnienia związku przyczynowego między zaniechaniem zastosowania profilaktyki przeciwzakrzepowej a skutkiem w postaci rozwoju u powódki zakrzepicy żyłnej i zatoru płucnego, Sąd I instancji podkreślił, że biorąc pod uwagę hipotetyczny charakter przebiegu zdarzeń nie jest wymagane jednoznaczne ustalenie, że gdyby podjęto zgodne ze wskazaniami wiedzy medycznej i dostępnymi metodami działanie nie wystąpiłaby szkoda. Wystarczające jest dowiedzenie, że nakazane działanie znacznie zmniejszyłoby prawdopodobieństwo wystąpienia szkody. Sąd meriti podniósł, że przeprowadzony u powódki zabieg operacyjny stanowił poważny czynnik ryzyka powstania zakrzepicy żyłnej ze względu na unieruchomienie pacjenta oraz utrzymywanie się tzw. katabolizmu pooperacyjnego. Jednocześnie stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej obniża dwukrotnie ryzyko zatorowości płucnej. Tym samym należało przyjąć, że podanie powódce leku przeciwzakrzepowego z dużym prawdopodobieństwem zapobiegłoby powstaniu zakrzepicy żyłnej oraz zatoru płucnego. W związku z tym, zdaniem Sądu Okręgowego, istnieje znaczne prawdopodobieństwo związku przyczynowo – skutkowego między zaniechaniem pracowników strony pozwanej właściwych działań leczniczych, a rozwojem schorzenia u powódki. Przemawia za tym również fakt, że przeprowadzone u niej badania stężenia białka C i S w krwi nie potwierdziły genetycznego obciążenia zakrzepicą, zaś badanie żył kończyn dolnych nie wykazało cech zakrzepicy w układzie żył głębokich. Nadto objawy zatorowości wystąpiły u powódki w krótkim czasie po przeprowadzeniu przedmiotowego zabiegu operacyjnego.

Dalej Sąd I instancji zaznaczył, że w związku z nieudowodnieniem przez stronę pozwaną, że w okresie okołoperacyjnym zastosowano u niej profilaktykę przeciwzakrzepową, nie podzielił wniosków opinii biegłego chirurga prof. M. G. (1) co do braku błędu w leczeniu powódki w pozwanym szpitalu, jak również braku związku przyczynowego między jej leczeniem a wystąpieniem u niej zatoru płucnego. Wnioski opinii były bowiem oparte na założeniu, że w trakcie jej hospitalizacji stosowano profilaktykę przeciwzakrzepową zgodnie z zapisami w dokumentacji medycznej.

W tych warunkach, Sąd meriti uznał, że zaktualizowały się wszystkie przesłanki odpowiedzialności deliktowej strony pozwanej, co uzasadniało przyznanie na rzecz powódki zadośćuczynienia na podstawie art. 445 k.c. Określając wysokość należności z tego tytułu Sąd Okręgowy uwzględnił rozmiar krzywdy, mając na uwadze że mimo sukcesu zastosowanego leczenia przeciwkrzepliwego, powódka wymaga dożywotniego leczenia obejmującego comiesięczne badanie krzepliwości krwi i stosowanie doustnej antykoagulacji, co łącznie z ograniczeniami w funkcjonowaniu wskazuje na znaczne uciążliwości. Z drugiej strony wziął pod rozwagę, że zator płucny nie wywołał trwałego ani długotrwałego uszczerbku na zdrowiu powódki i uznał, iż w realiach rozpoznawanej sprawy odpowiednią sumę zadośćuczynienia będzie stanowił kwota 30000 zł, która będzie też spełniała kompensacyjną funkcję tego świadczenia.

Orzeczenie o odsetkach od zasądzonej kwoty Sąd Okręgowy uzasadnił treścią przepisów art. 481 § 1 i 2 w zw. z art. 455 k.c.

Sąd I instancji oddalił powództwo w pozostałej części jako bezzasadne, w tym w zakresie żądania ustalenia odpowiedzialności strony pozwanej za szkody, które mogą wystąpić u powódki w przyszłości, wskazując że z ustalonego stanu faktycznego nie wynika, aby takie prawdopodobieństwo realnie występowało. Nie potwierdziły tego wydane w sprawie opinie biegłych lekarzy chirurga i kardiologa.

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu i kosztach sądowych Sąd meriti uzasadnił treścią art. 102 k.p.c. oraz art. 113 ust. 4 u.k.s.c. w zw. z art. 100 i 102 k.p.c.

Powyższe orzeczenie zaskarżyły obie strony.

Pozwany we wniesionej apelacji zakwestionował zasadę swojej odpowiedzialności, zaskarżając wyrok w zakresie punktu 1,3 i 4 w całości i zarzucając mu:

1. naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, to jest

art. 233 § 1 k.p.c. poprzez:

- zaniechanie całościowej oceny dowodów i ustalenie stanu faktycznego wyłącznie na podstawie zeznań powódki w zakresie niezastosowania u niej profilaktyki przeciwzakrzepowej, związku przyczynowego pomiędzy rzekomym brakiem tej profilaktyki a powstaniem szkody, a także w zakresie rozmiarów samej szkody,

- uznanie, z pominięciem zasad logiki i doświadczenia życiowego, zeznań powódki za w pełni wiarygodne, podczas gdy są one wewnętrznie sprzeczne, zwłaszcza w części rzekomego podłożenia przez pozwanego Indywidualnej Karty Zleceń Lekarskich i w konsekwencji przyjęcie, że nie zaaplikowano jej leku przeciwzakrzepowego o nazwie F.,

- pominięcie wniosków płynących z dokumentów znajdujących się w historii choroby powódki, w tym historii pielęgnowania, która nie była przez nią kwestionowana oraz podpisanego przez nią indywidualnego planu opieki, które pozostawały w związku z zakwestionowanym dokumentem, tj. Indywidualną Kartą Zleceń Lekarskich i potwierdzały, że wobec powódki planowano, a następnie wykonywano zalecenia lekarskie, w tym profilaktykę zakrzepową,

- pominięcie wniosków płynących z opinii biegłych z zakresu chirurgii ogólnej oraz kardiologii, że zastosowanego wobec powódki leczenie było zgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz że bezpośrednia przyczyna powstania u niej zatoru nie została ustalona w 2012 r. i nie może być ustalona obecnie, a powstały w 17 dobie po operacji zator płucny należy traktować jako samoistne powikłanie, co w konsekwencji doprowadziło do niezasadnego przyjęcia, że postępowanie lekarzy w pozwanym szpitalu było nieprawidłowe i jako takie stanowiło przyczynę powstania u powódki szkody;

2. naruszenie prawa materialnego, to jest art. 430 w zw. z art. 415 i art. 361 k.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie odpowiedzialności pozwanego szpitala za powikłanie, które wystąpiło u powódki w postaci zatoru płucnego pomimo braku wykazania przesłanek odpowiedzialności w postaci winy, związku przyczynowego i szkody, co doprowadziło w konsekwencji do niezasadnego zasądzenia na rzecz powódki zadośćuczynienia.

Z ostrożności procesowej, w razie nieuwzględnienia powyższych zarzutów, pozwany zarzucił także naruszenie następujących przepisów prawa materialnego:

a) art. 445 § 1 k.c. poprzez jego błędną wykładnię i przyjęcie, że odpowiednią sumę

zadośćuczynienia należnego powódce stanowi kwota 30000 zł,

b) art. 481 § 1 k.c. poprzez jego błędną wykładnię i przyjęcie, że pozwany

pozostawał w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia na rzecz powódki, podczas gdy okoliczności niniejszej sprawy wskazują, że skarżący nie miał możliwości wcześniejszego niż data wyrokowania ustalenia okoliczności koniecznych do ustalenia swojej odpowiedzialności i wysokości należnego powódce zadośćuczynienia, mimo zachowania należytej staranności, co w konsekwencji powoduje, że zasądzone odsetki są sprzeczne z zasadami współżycia społecznego.

W oparciu o tak sformułowane zarzuty skarżący szpital wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz zmianę rozstrzygnięcia o kosztach procesu, a także o zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych. Pozwany domagał się również dopuszczenia dowodu z zeznań świadków w osobach lekarzy J. W. i J. P. na okoliczność prawdziwości dokumentu w postaci Indywidualnej Karty Zleceń Lekarskich znajdującego się w historii choroby powódki. Wskazał jednocześnie, że przeprowadzenie tych dowodów ma charakter czysto techniczny, bowiem nie ma żadnej możliwości, żeby po tak długim czasie ktokolwiek pamiętał okoliczność zastosowania u powódki rutynowej terapii. Podniósł też, że autentyczność tego dokumentu wynika także z innych dowodów.

(apelacja pozwanego – k. 320 – 330)

Powódka zaskarżyła wyrok w zakresie punktu 2, w części oddalającej powództwo z tytułu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę co do kwoty 20000 zł oraz w części oddalającej roszczenie o ustalenie odpowiedzialności strony pozwanej na przyszłość, zarzucając mu:

1. naruszenie prawa materialnego, to jest art. 445 § 1 k.c. przez jego błędną

wykładnię i uznanie kwoty 30000 zł za odpowiednią sumę zadośćuczynienia, co pozostaje w sprzeczności z całokształtem materiału dowodowego;

2. naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, to jest

art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów wyrażającej się w daniu wiary opiniom biegłym z dziedziny chirurgii naczyniowej prof. M. G. (1) oraz z dziedziny kardiologii S. O. w zakresie, w jakim biegli stwierdzili, że wskutek przebytej zatorowości płucnej powódka nie doznała trwałego ani długotrwałego uszczerbku na zdrowiu;

3. błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, że nie ma podstaw do

przyjęcia, iż u powódki mogą wystąpić w przyszłości dalsze skutki rozpoznanego schorzenia, co skutkowało niezasadnym oddaleniem żądania ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość, w sytuacji gdy stan zdrowia powódki od czasu feralnego zabiegu nadal nie ustabilizował się i grozi pogorszeniem.

W konkluzji powódka wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez podwyższenie zasądzzonego zadośćuczynienia do kwoty 50000 zł oraz ustalenie odpowiedzialności strony pozwanej za szkody, które mogą u powódki zaistnieć w przyszłości, a także o zasądzenie od pozwanego na rzecz skarżącej kosztów postępowania za obie instancje według norm przepisanych.

(apelacja powódki – k. 343 – 346)

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

Apelacja strony pozwanej zasługiwała na uwzględnienie.

Na wstępie wskazać jednak należy, że w odniesieniu do zasady odpowiedzialności pozwanego szpitala, nie sposób podzielić podniesionych w uzasadnieniu apelacji wywodów odnośnie do braku podstaw do przyjęcia, że pomiędzy przypisanym personelowi pozwanego zaniechaniem a wystąpieniem u powódki szkody nie istnieje normalny związek przyczynowy. Argumentacja skarżącego w tym zakresie nawiązuje do wniosków płynących z opinii biegłego sądowego lekarza chirurga, że profilaktyka przeciwzakrzepowa nie zapobiega w stu procentach możliwości wystąpienia u pacjenta po operacji zakrzepicy żyłnej i zatoru płucnego. Nie podważając w żaden sposób konkluzji wspomnianej opinii, podzielić należy stanowisko Sądu I instancji, że w tzw. procesach lekarskich nie jest wymagane jednoznaczne ustalenie, że gdyby podjęto zgodne ze wskazaniem wiedzy medycznej i dostępnymi metodami działanie, to szkoda nie wystąpiłaby. W odniesieniu do przesłanki związku przyczynowego w rozpoznawanej sprawie wystarczające

było dowiedzenie, że nakazane działanie znacznie zmniejszyłoby prawdopodobieństwo wystąpienia szkody. Sąd Okręgowy prawidłowo ustalił, że przeprowadzony u powódki zabieg operacyjny stanowił poważny czynnik ryzyka powstania zakrzepicy żyłnej ze względu na unieruchomienie pacjenta oraz utrzymywanie się tzw. katabolizmu pooperacyjnego. Niewadliwie przyjął również, że stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej obniża dwukrotnie ryzyko zatorowości płucnej. Wnioski takie płynęły z niezakwestionowanej przez pozwanego opinii biegłego sądowego z zakresu chirurgii ogólnej i naczyniowej prof. M. G.. Tym samym uprawnione było wnioskowanie, że podanie powódce leku przeciwzakrzepowego z dużym prawdopodobieństwem zapobiegłoby powstaniu zakrzepicy żyłnej oraz zatoru płucnego. Ustalony stopień prawdopodobieństwa uznać zatem należy za wystarczający do ustalenia związku przyczynowego w rozumieniu art. 361 k.c., gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączości przyczyny.

Powyższe uwagi mają jednak wyłącznie charakter porządkujący, bowiem istnienie związku przyczynowo – skutkowego należy badać dopiero po ustaleniu, że doszło do zawinonego działania bądź zaniechania pozwanego. W realiach rozpoznawanej sprawy podstawowe znaczenie ma zatem ocena, czy personelowi medycznemu Szpitala Wojewódzkiego w B. można przypisać zaniechanie polegające na zaniechaniu zastosowania u powódki właściwej profilaktyki przeciwzakrzepowej.

Ustalenia Sądu I instancji, że takiej profilaktyki nie zastosowano nie można podzielić, bowiem jest ono wynikiem oceny materiału dowodowego dokonanej z naruszeniem reguł określonych w art. 233 § 1 k.p.c. W istocie Sąd Okręgowy uchylił się od przeprowadzenia oceny dowodów, wskutek błędnego zastosowania art. 253 k.p.c. Stwierdził mianowicie, że pozwany dowodził okoliczności zastosowania leku F. w określonych dawkach i czasie przedkładając dokumentację medyczną powódki z okresu jej hospitalizacji w oddziale chirurgicznym szpitala w B. w sierpniu 2012 r., czyli za pomocą dokumentu prywatnego, którego prawdziwości zaprzeczyła powódka. Dalej przyjął, że skoro pozwany nie dowiódł prawdziwości tego dokumentu, brak jest podstaw do przyjęcia, że podczas leczenia L. M. zastosowano u niej niezbędną profilaktykę przeciwzakrzepową. Stanowisko takie wydaje się wynikać z błędnego zdekodowania pojęcia prawdziwości dokumentu prywatnego w rozumieniu art. 253 k.p.c. Zaznaczyć należy, że odmiennie niż w przypadku dokumentu urzędowego, dokument prywatny stanowi wyłącznie dowód tego, że zawarte w nim oświadczenie pochodzi od osoby, która go podpisała (wystawcy). Dokumenty prywatne korzystają zatem wyłącznie z domniemania autentyczności (prawdziwości). Domniemanie to oznacza, że z samego faktu przedłożenia dokumentu należy wywieść wniosek o jego pochodzeniu od osoby, który na dokumencie figuruje jako jego wystawca. Dokument prywatny nie dowodzi natomiast materialnej prawdziwości zawartego w nim oświadczenia. Materialna moc dowodowa dokumentu prywatnego zależy natomiast od jego treści merytorycznej i rozstrzyga o niej sąd według ogólnych zasad oceny dowodów, a więc na podstawie art. 233 § 1 k.p.c. Podobnie jak w wypadku innych dowodów, sąd ocenia, czy dowód ten ze względu na jego indywidualne cechy i okoliczności obiektywne zasługuje na wiarę, czy nie. Z dokumentem prywatnym nie wiąże się zatem domniemanie prawne, iż jego treść przedstawia rzeczywisty stan rzeczy.

Przepis art. 253 k.p.c. reguluje zagadnienie ciężaru dowodu przy obalaniu domniemania, z którego korzystają dokumenty prywatne. Skoro dokumenty prywatne nie korzystają z domniemania prawdziwości zawartego w nich oświadczenia, powyższy przepis w ogóle nie miał zastosowania w sprawie. Rzecz w tym, że powódka nie zaprzeczała autentyczności dokumentu (a więc jego pochodzenia od pozwanego). Twierdziła natomiast, że w jego treści wskazano nieprawdę co do podania jej leku F., gdyż w rzeczywistości nie podano jej żadnego leku przeciwzakrzepowego. Jeżeli, jak wynika z treści art. 245 k.p.c., dokument prywatny nie korzysta z domniemania zgodności z prawdą, a właśnie temu zaprzeczyła powódka, bezprzedmiotowe było stosowanie w rozpoznawanej sprawie art. 253 k.p.c.

Jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 czerwca 2004 r., IV CK 474/03 dokument prywatny nie korzysta z domniemania zgodności z prawdą oświadczeń w nich zawartych, co jednak nie oznacza, że są one niezgodne z rzeczywistością. O materialnej mocy dowodowej dokumentu prywatnego, zależnej od jego treści rozstrzyga sąd według ogólnych zasad oceny dowodów, zgodnie z art. 233 § 1 k.p.c. Samo zaś zaprzeczenie niezgodności treści wytworzonego przez pozwanego dokumentu z rzeczywistością nie podważa ich formalnej mocy dowodowej. Podlegają one ocenie według ogólnych zasad i skonfrontowaniu z całokształtem materiału dowodowego.

Przenosząc powyższe uwagi na grunt przedmiotowej sprawy, okolicznością niesporną jest, że strona pozwana nie zaferowała innych dowodów dla wykazania przebiegu leczenia powódki i stosowanych wobec niej procedur medycznych poza dokumentacją medyczną. Jak trafnie wskazał pozwany szpital sposób prowadzenia takiej dokumentacji jest normatywnie uregulowany. Obowiązek jej wytworzenia i sposób jej prowadzenia został przewidziany w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 186) oraz wydanych na jej podstawie przepisach wykonawczych. W obowiązującym stanie prawnym każdy podmiot udzielający świadczeń medycznych ma zatem ustawowy obowiązek sporządzenia dokumentacji medycznej. Nie zmienia to oczywiście wcześniej zasygnalizowanego stanowiska, że dokumenty wytworzone w powyższym trybie nie mają charakteru dokumentów urzędowych, lecz są dokumentami prywatnymi w rozumieniu art. 245 k.p.c. Z drugiej strony, z uwagi na okoliczności powstawania wspomnianej dokumentacji mają ten walor, że jest ona sporządzana bezpośrednio w trakcie leczenia. Ponadto, nie może ująć z pola widzenia, że dowodzenie przez zakład opieki zdrowotnej szczegółów leczenia pacjenta, które miało miejsce kilka lat wcześniej przy pomocy innych środków dowodowych, zwłaszcza zeznań świadków byłoby utrudnione, bądź niemożliwe. W szczególności zeznania na okoliczność podania konkretnego leku złożone po upływie długiego czasu przez pracownika szpitala, który codziennie ma kontakt z kilkoma lub kilkunastoma pacjentami obarczone byłyby co najmniej poważnymi wątpliwościami co do realności zapamiętania takich zdarzeń, a w konsekwencji co do ich wiarygodności. Jak trafnie wskazał apelujący szpital możliwość odtworzenia szczegółów leczenia po tak długim czasie jest praktycznie zerowa. Mając powyższe na uwadze, jak również brak spełnienia przesłanek z art. 381 k.p.c., Sąd Apelacyjny uznał za zbędne uzupełnienie materiału dowodowego, co skutkowało nieuwzględnieniem wniosków dowodowych zgłoszonych w apelacji pozwanego.

Niezależnie od stwierdzenia braku podstaw do uzupełnienia postępowania dowodowego, podkreślić należy, że celem postępowania apelacyjnego jest ponowne rozpoznanie sprawy w granicach apelacji, a nie jedynie kontrola zasadności zaskarżonego orzeczenia. Z tego względu Sąd odwoławczy nie jest związany stanem faktycznym ustalonym przez Sąd I instancji. Zgodnie z zasadą wyrażoną w art. 382 k.p.c. podstawą orzekania Sądu II instancji, jest cały materiał zebrany w postępowaniu przed sądem I instancji oraz w postępowaniu apelacyjnym, co oznacza, że Sąd odwoławczy ma obowiązek rozważenia całości zgromadzonego materiału pod kątem jego wartości dowodowej i znaczenia dla rozstrzygnięcia sporu. Brak związania sądu odwoławczego ustaloną przez Sąd I instancji podstawą faktyczną rozstrzygnięcia oznacza, że Sąd II instancji może przyjąć własną, odmienną od ustalonej przez Sąd I instancji podstawę faktyczną.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, analiza materiału sprawy nie daje podstaw do uznania za niewiarygodną treści dokumentacji medycznej przedstawionej przez stronę pozwaną w zakresie zastosowania u powódki profilaktyki przeciwwakrzepowej. Po pierwsze, jej zastosowanie zostało zaznaczone w podpisanym przez powódkę dokumencie (...) sporządzonym w dniu 9 sierpnia 2012 r., a więc w dacie przyjęcia do oddziału chirurgicznego szpitala (str. 15 dokumentacji znajdującej się w kopercie k. 84 akt). Jest to dowód na rutynowe stosowanie w pozwanym szpitalu profilaktyki przeciwwakrzepowej u pacjentów. Podobny dokument znajduje się również w dokumentacji dotyczącej pobytu powódki w oddziale kardiologicznym pozwanego (koperta k. 83). Oznacza to, że dokumenty nazwane (...) standardowo są sporządzane w pozwanym szpitalu, co również pozytywnie wpływa na ich wartość dowodową. Zaordynowanie leku o nazwie F. przez 3 dni, od 10 do 12 sierpnia 2012 r. w dawce 2500 jednostek zostało potwierdzone w treści dokumentu o nazwie (...). Wpis dotyczący powyższego leku znajduje się w środkowej części dokumentu, między innymi zleceniami. Analizowany zapis nie nosi cech dopisku, nie został nadpisany, znajduje się w odrębnej rubryce, identycznie jak pozostałe zalecenia, np. dotyczące leku przeciwbólowego o nazwie K., którego podawania powódka nie kwestionuje. Zapis nie zawiera żadnych przeróbek ani skreśleń. Poza tym poza podpisami lekarza ordynującego jego podanie, na wspomnianym dokumencie znajdują się podpisy pielęgniarek wykonujących zlecenia lekarskie (k. 10 dokumentacji znajdującej się w kopercie k. 84). Wreszcie wykonanie zleceń „według (...)” zostało stwierdzone w kolejnym dokumencie o nazwie „Historia Pielęgowania - D. W.”. Zapisy dokonane w tym dokumencie zostały sporządzone i podpisane przez kilka pielęgniarek i również nie noszą żadnych dopisków, skreśleń czy przeróbek, które by wzbudzały wątpliwości co do ich prawdziwości (str. 41 – 42 dokumentacji znajdującej się

w kopercie k. 84). W efekcie brak jest podstaw do stwierdzenia wadliwości analizowanej dokumentacji medycznej, biorąc pod uwagę jej zawartość i sposób sporządzenia.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego również zeznania powódki, w konfrontacji z pozostałym materiałem sprawy nie zdołały podważyć wiarygodności powyższej dokumentacji. Swoje stanowisko o niepodaniu jej leku przeciwzakrzepowego powódka opierała w pierwszym rzędzie na twierdzeniu, że winien on zostać podany podskórnie, poprzez iniekcję w brzuch, zaś – jak zeznała – nie podawano jej zastrzyków w ten sposób. Niewątpliwie opisany sposób iniekcji jest charakterystyczny, co nie oznacza jednak, że musi być zapamiętany przez pacjenta. Zauważyć jednak należy, że z treści ulotki leku F. załączonego do akt przez stronę powodową wynika, iż podaje się go podskórnie, dożylnie lub w postaci infuzji dożylniej (ulotka k. 128). W sprawie bezsporna jest zaś okoliczność, że u powódki wykonano wkłucie obwodowe (założenie wenflonu), umożliwiające podawanie leków dożylnie, co potwierdza kolejny dokument zawarty w dokumentacji medycznej, a mianowicie „Karta obserwacji wkłuc obwodowych” (str. 35 dokumentacji znajdującej się w kopercie k. 84). Okoliczność tę potwierdza również sama powódka. Oznacza to, że brak wkłuc podskórnych, w brzuch mimo standardowego podawania leku F. w profilaktyce przeciwzakrzepowej w takiej formie, nie dowodzi w żaden sposób niepodania leku o nazwie F. w sposób przewidziany przez jego producenta. Nadto całkowicie nieprzekonujące są twierdzenia powódki co do rzekomego braku karty indywidualnych zleceń lekarskich w czasie pierwszego przeglądania dokumentacji medycznej z oddziału chirurgicznego, biorąc pod uwagę, że nie była ona w stanie wyjaśnić, kiedy konkretnie ją przeglądała.

Kolejny argument podniesiony przez powódkę dotyczy przebiegu jej hospitalizacji w oddziale kardiologicznym, podczas której miano wykonać badania wykluczające występowanie u niej genetycznej skłonności do zaburzeń krzepliwości krwi. Podkreślić jednak należy, że biegły lekarz chirurg naczyń, którego opinia została oceniona pozytywnie oceniona przez Sąd I instancji, zaś jej wnioski nie nasuwają zastrzeżeń Sądu odwoławczego, gdyż są jasne i stanowcze, szczegółowo odniósł się do tych kwestii i wyjaśnił, że u powódki nie przeprowadzono pełnych badań diagnostycznych w kierunku ewentualnej trombofilii, poprzestając na oznaczeniu stężenia białka C i S, co nie stanowi pełnych badań koagulologicznych, które pozwalałyby na ocenę stanu układu krzepnięcia u powódki. Nie przeprowadzono też badań genetycznych. Z kolei fakt nieuwidocznienia zmian zakrzepowych w układzie żylnym w badaniu dopplerowskim naczyń, nie wyklucza prawdopodobieństwa spowodowania zatoru tętnicy płucnej przez materiał zatorowy, który stanowiła pojedyncza skrzeplina (opinie uzupełniające – k. 142 – 143 oraz k. 209 – 210). Jednocześnie biegły wyjaśnił, że zastosowanie przedmiotowego leku przez 3 dni w dawce 2500 jednostek było prawidłowe, zgodne z polskimi wytycznymi (...). Wskazał, że zastosowanie heparyny drobnocząsteczkowej w ilości 5000 jednostek nie wyeliminowałoby ani nie zmniejszyłoby ryzyka wystąpienia zatoru płucnego dwa tygodnie później. Z kolei czas jej podawania był zgodny z zaleceniem aby stosować ją w okresie pooperacyjnym do chwili uruchomienia pacjenta, co nastąpiło u powódki dwie doby po operacji. Co więcej takie szybkie uruchomienie pacjenta jest dla niego korzystne. Wreszcie biegły potwierdził, że u powódki występowało jedynie średnie ryzyko powikłań zakrzepowych według tzw. skali C. (opinie uzupełniające biegłego M. G. – k. 142 – 143 i k. 252 – 254).

Twierdzenia powódki o niepodaniu leku F. nie można też zbudować na treści karty informacyjnej z jej pobytu w oddziale chirurgicznym. W dokumencie tym w rubryce (...) wskazano na przeprowadzenie samych zabiegów „cholecystectomy i drainage hili hepatici”. Nie wskazywano więc w ogóle na podawanie jakichkolwiek leków, choć jak już zaznaczono fakt podawania powódce K. jest bezsporny (karta informacyjna s. 3 dokumentacji znajdującej się w kopercie k. 84). Nie jest zatem trafny zarzut powódki, że w powyższym dokumencie nie wymieniono wszystkich podawanych jej leków, skoro nie wymieniono żadnego, co jest konsekwencją istoty terapii pod postacią zabiegu chirurgicznego, który został dokładnie opisany. Z kolei leczenie w oddziale kardiologicznym sprowadzało się do farmakoterapii i dlatego w karcie wypisowej zostały wyszczególnione podawane leki (koperta k. 83).

Odnieść się również trzeba do zeznań świadka M. M. (2), męża powódki. Odnośnie do przebiegu pierwszej hospitalizacji świadek oświadczył, że kiedy był w szpitalu u żony nie podawano jej żadnych leków, co nie ma istotnego znaczenia dla wyniku postępowania. Stwierdził nadto, że w czasie drugiej hospitalizacji, po ujawnieniu zatoru, personel oddziału kardiologicznego mówił, że żonie nie podano leków przeciwzakrzepowych. Odnośnie do przebiegu drugiej hospitalizacji podobne twierdzenia znalazły się również w zeznaniach złożonych przez powódkę.



Jednocześnie wskazała ona, że na oddziale kardiologicznym była pytana o podawane na oddziale chirurgicznym leki, w szczególności zastrzyki, natomiast nie wie, czy konfrontowano to z dokumentacją medyczną. Z drugiej strony twierdził, że „mówiono, że w dokumentach nie było informacji o podaniu powódce leku przeciwzakrzepowego”. Stwierdzono bowiem, że nie ma śladów na ciele. Dodać należy, że według twierdzeń świadka M. M. (2) jednak „nikt nie oficjalnie nie powiedział” (zeznania świadka M. M. – e-protokół (...):10:55 – 00:14:29, zeznania powódki e – protokół (...):32:20 – 00: 41:33 płyta k. 288). W zeznaniach powódki i jej męża widoczna jest zatem wzajemna sprzeczność co do rzeczywiście uzyskanych przez nich informacji od personelu oddziału kardiologicznego. W celu potwierdzenia tych okoliczności, niezbędne było więc ich skonfrontowanie i potwierdzenie z zeznaniami świadków, którzy mieli przekazywać małżonkom M. powyższe informacje, co pozwoliłoby również na ustalenie, skąd powzięto takie przypuszczenie, jakie ślady na ciele miały powstać po trzech iniekcjach podskórnych i być widoczne po upływie dwóch tygodni, a także czy konfrontowano to z personelem oddziału chirurgicznego oraz dokumentacją medyczną z tego oddziału. Dowody takie nie zostały jednak zaoferowane, co czyni powyższe, dalekie od precyzji twierdzenia gołosłownymi. W efekcie Sąd odwoławczy uznał, że zeznania powódki i jej męża nie zdołały podważyć jednoznacznych zapisów w dokumentacji medycznej powódki, które zostały omówione wyżej.

Z tych wszystkich względów Sąd Apelacyjny uznał, że materiał zgromadzony w sprawie nie dał podstaw do przypisania zachowaniu pracowników szpitala w B. skutku w postaci spowodowania wystąpienia u powódki zatoru płucnego, jako następstwa niezastosowania u niej właściwej profilaktyki przeciwzakrzepowej. W konsekwencji, w ustalonym stanie faktycznym, nie ma podstaw do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego za powyższy skutek, wobec braku podstawowej przesłanki, a mianowicie winy.

Z tych wszystkich względów Sąd Apelacyjny zmienił zaskarżony wyrok i oddalił powództwo, o czym orzeczono na mocy art. 386 § 1 k.p.c., w uwzględnieniu apelacji strony pozwanej.

Mając na uwadze powyższe rozstrzygnięcie apelacja powódki skierowana do zakresu uwzględnionego roszczenia stała się bezprzedmiotowa i podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania za obie instancje Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 102 k.p.c., który wyraża zasadę słuszności w orzekaniu o kosztach procesu, stanowiąc wyjątek od zasady odpowiedzialności za wynik procesu. Ocena, czy w konkretnej sprawie zaistniał „wypadek szczególnie uzasadniony”, należy do sądu, który uwzględniając całokształt zaistniałych w niej okoliczności, kierując się poczuciem sprawiedliwości, rozstrzyga czy wspomniany przepis znajduje zastosowanie. Zdaniem Sądu Apelacyjnego za odstępniem od obciążenia powódki kosztami ostatecznie oddalonego w całości powództwa, przemawiała jej szczególna sytuacja życiowa związana ze stanem zdrowia, usprawiedliwiająca poczucie pokrzywdzenia. W tych warunkach, obciążenie jej obowiązkiem zwrotu pozwanemu kosztów postępowania, pozostawałoby w sprzeczności z tak ukształtowaną zasadą słuszności, prowadząc do pogłębienia poczucia krzywdy. Ponadto, porównanie sytuacji obu stron, w kontekście skutków, jaki wydany w sprawie wyrok dla nich wywołuje, czyni zatem zasadnym wniosek, że uciążliwość związana z brakiem możliwości uzyskania zwrotu poniesionych kosztów, nie ma charakteru wyprzedzającego w stosunku do konsekwencji, jakie dotknęły powódkę.

Z tych wszystkich względów orzeczono jak w sentencji wyroku