

Sygn. akt I ACa 408/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 września 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Katowicach I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący :	SSA Piotr Wójtowicz
Sędziowie :	SA Joanna Kurpierz SO del. Ryszard Biegun (spr.)
Protokolant :	Małgorzata Korszun

po rozpoznaniu w dniu 29 września 2015 r. w Katowicach

na rozprawie

sprawy z powództwa R. C.

przeciwko Szpitalowi (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w M.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Katowicach

z dnia 22 grudnia 2014 r., sygn. akt I C 696/09,

1) oddala apelację;

2) zasądza od powoda na rzecz pozwanej 5 400 (pięć tysięcy czterysta) złotych z tytułu kosztów postępowania apelacyjnego.

SSO del. Ryszard Biegun	SSA Piotr Wójtowicz	SSA Joanna Kurpierz
-------------------------	---------------------	---------------------

Sygn. akt I ACa 408/15

UZASADNIENIE

Powód R. C. wniósł o zasądzenie od pozwanego Szpitala (...) spółki z o.o. na swoją rzecz kwoty 800.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia, a także

odszkodowania w wysokości 26.800 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa oraz renty w wysokości 1.200 zł miesięcznie płatnej do dziesiątego dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami, a także zasądzenia kosztów postępowania.

W uzasadnieniu wskazał, że w dniu 18 czerwca 2008r. w M. doszło pomiędzy powodem a pozwanym do zawarcia umowy o świadczenie usług medycznych. W ramach tej umowy pozwany zobowiązał się do odpłatnego wykonania na rzecz powoda świadczenia medycznego. Przed wykonaniem operacji powód uiścił na rzecz pozwanego szpitala kwotę 4.900 zł. W wyniku przeprowadzonej operacji stan powoda uległ znacznemu pogorszeniu, uskarża się na dolegliwości polegające na nieustającym bólu, niedowładzie kończyny dolnej lewej i zaburzenia zwieracza odbytu, zaburzenia wzdęcia oraz trudności w samodzielnym poruszaniu się. Pozwany w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów zastępstwa adwokackiego. Pozwany podkreślił, że powództwo powinno być oddalone jako bezzasadne, gdyż w pozwie nie wykazano istnienia związku przyczynowego między obecnym stanem zdrowia powoda a przeprowadzonym w okresie od 18 do 20 czerwca 2008r. leczeniem w pozwanym szpitalu.

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 22 grudnia 2014r. sygn. akt I C 696/09 Sąd Okręgowy w Katowicach orzekł, że :

1. oddała powództwo;
2. zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 12.217 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania;
3. nakazuje pobrać od powoda na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Katowicach kwotę 6.330,80 zł tytułem zwrotu wydatków tymczasowo poniesionych przez Skarb Państwa.

Sąd ten ustalił następujący stan faktyczny sprawy.

Powód R. C. od 1986r. zamieszkuje w N., z tym że regularnie przyjeżdża do Polski.

W 2006r. powód w N. rozpoczął leczenie w związku ze schorzeniami kręgosłupa. W dniu 30 października 2006r. rozpoznano u powoda: porażenie mięśnia strzałkowego po stronie lewej, zwężenie kanału rdzeniowego, stwierdzono bezwzględne zwężenie kanału rdzeniowego przy L3/4 pochodzenia kostnego i krążkowego, wysunięcie o szerokiej powierzchni oraz chorobę zwyrodnieniową stawów kręgosłupa L3-S1, brak wypadania krążków międzykręgowych, a także naczyniak krwionośny oraz liczne torbiele nerki.

Ponowne badanie powoda w odbyło się w dniu 27 czerwca 2007r. i w badaniu tym ustalono: bezwzględne zwężenie kanału rdzeniowego przy L3/4 pochodzenia kostnego i krążkowego. Dodatkowo po stronie lewej wewnątrzkanalowe wypadnięcie krążka międzykręgowego w tym samym segmencie z uciskiem korzenia nerwu L3 po tej samej stronie, wysunięcie krążków międzykręgowych L4/5 i L5/S1 o szerokiej powierzchni. Ponadto chorobę zwyrodnieniową stawów kręgosłupa od L3 do S1 oraz naczyniak krwionośny w trzonie kręgu L2.

Następne badanie powoda miało miejsce w dniu 9 lipca 2007r. Był on wtedy leczony ambulatoryjnie i jako diagnozę postawiono: rwę udowolędziową po stronie lewej z syndromem korzeniowym L3 i L4 przy zewnątrzotworowym wypadnięciu jądra galaretowatego w segmencie trzonów kręgów lędźwiowych L3/4, względne zwężenie kanału rdzeniowego w segmencie trzonów kręgów lędźwiowych L3/4, znany punkt ciężkości polineuropatia.

Ustalono z pacjentem nukleotomię zewnątrzotworową trzonów kręgów lędźwiowych L3/4 po stronie lewej. Stwierdzono, że nie będzie ona miała prawdopodobnie wpływu na istniejące od ponad roku osłabienie prostownika stopy oraz mięśnia czworogłowego. Przypuszczano, że jest ono spowodowane wykazaną polineuropatią. Wyznaczony został termin operacji na 24 lipca 2007r., której powód się nie poddał.

Kolejne badanie powoda z odbyło się w dniu 6 maja 2008r. Wykonano wtedy tomografię komputerową odcinka lędźwiowego kręgosłupa.

W ocenie badania stwierdzono: w porównaniu z poprzednim badaniem z czerwca 2007r. brak głęboko sięgających zmian dotyczących rozpoznania silnego lewostronnego zwężenia otworu międzykręgowego L3/4 przez materiał krążka międzykręgowego i zmiany kostne, niezmienny obraz silnego zwężenia kanału rdzeniowego L3/4, występującego w nieco mniejszym stopniu przy L4/5, osteochondrozę lędźwiowych krążków międzykręgowych z płaskimi wysunięciami, niezmienny obraz obustronnych torbieli nerek oraz naczynia krwionośnego przy L2.

W dniu 9 maja 2008r. powód wraz z żoną przyjechał w odwiedziny do Polski. W tym dniu powód przechodząc, przez trawnik u znajomych przewrócił się i poczuł jakiś uraz w kręgosłupie. Tego dnia spotkał się ze swoim znajomym doktorem A. M. (1), który pracuje w pozwanym szpitalu. Od niego dowiedział się o tym, że w szpitalu tym wykonywane są zabiegi endoskopowe kręgosłupa i że są one wykonywane przez doktora S. K..

Następnie doszło do konsultacji z doktorem K., który zaoferował, że może przeprowadzić tego typu operację, i oświadczył, że nie jest to poważny zabieg, który powinien pomóc powodowi w jego schorzeniach. Został więc umówiony termin operacji na dzień 18 czerwca 2008r.

W dniu 15 czerwca 2008r. powód wraz z żoną przyjechał ponownie z N. do Polski i tego samego dnia uczestniczył w uroczystościach urodzinowych znajomego J. K. (1) na lotnisku w M.. Powód sam prowadził samochód. W trakcie tych urodzin poruszał się samodzielnie.

W dniu 18 czerwca 2008r. powód zgłosił się do pozwanego szpitala.

Została podpisana ze szpitalem umowa o świadczenie usług medycznych i powód uiścił zapłatę 4.900 zł.

Następnie została przeprowadzona konsultacja przez doktora S. K. oraz doktora W. Ś., który przyjmował powoda do szpitala, lecz przy zabiegu nie uczestniczył.

Zabieg u powoda był przeprowadzony przez doktora S. K. przy asyście B. B..

Przed zabiegiem powód był poinformowany o istniejącym ryzyku powikłań pooperacyjnych.

Przed zabiegiem powód informował o incydencie, w którym doszło do potknięcia i przewrócenia się, i fakt ten został odnotowany w dokumentacji medycznej. Informacja ta nie wpłynęła na możliwość przeprowadzenia operacji, nie wymagała też przeprowadzenia dodatkowych badań.

Po zabiegu powód leżał na oddziale przez 2 dni.

Pierwszego dnia powód nie wstawał z łóżka, a drugiego był uruchamiany przez S. K. przy pomocy pielęgniarki i mógł przy pomocy żony i lekarza udać się do toalety. Dla ułatwienia przy wypisie korzystał on ze wózka inwalidzkiego.

W zaleceniach miał zapisany oszczędzający tryb życia przez 4 tygodnie i kontrola u doktora K..

Po zabiegu u powoda pojawił się większy niedowład kończyny lewej i informowano powoda, że po rehabilitacji powinien on ustąpić i powinna nastąpić poprawa tego stanu.

Po przeprowadzonej operacji powód uskarżał się na dolegliwości związane z kręgosłupem i w związku z tym po powrocie do N. w dniu 15 lipca 2008r. poddał się kolejnemu badaniu. Tego dnia wykonano tomografię komputerową odcinka lędźwiowego kręgosłupa i porównano wyniki badania z badaniem z dnia 6 maja 2008r.

W ocenie wskazano, że była operacja po stronie lewej w segmencie ruchowym kręgów L4-5 odcinka lędźwiowego z możliwym jeszcze do stwierdzenia tworzeniem się tkanki ziarninowej. Nie można rozgraniczać typowych dla ropni zmian wewnątrz kanału kręgowego oraz w przestrzeni okołokanałowej. Niezmienny obraz ucisku na korzeń nerwowy w otworze międzykręgowym kręgów 3-4 odcinka lędźwiowego po stronie lewej z wyraźną towarzyszącą reakcją zapaleniową. Wewnątrz kanału rdzeniowego brak zmian nowotworowych. Brak zmian zwężenia kanału rdzeniowego

kręgów 3-4 i 4-5 odcinka lędźwiowego. Oznaki uaktywnionych obecnie zmian zwyrodnieniowych stawów łuku kręgowego.

W dniu 23 lipca 2008r. powód zgłosił się do rehabilitacji w klinice ortopedycznej w M. i okazało się wówczas podczas badania, że wykształcił się syndrom ogona końskiego po stronie lewej, z niedoczulicą w okolicy odbytovej, po stronie lewej pośladkowej i wewnętrznej stronie uda, co spowodowało konieczność szybkiej konsultacji neurochirurgicznej celem dalszego wyjaśnienia i ewentualnego leczenia operacyjnego. Skontaktowano się z kliniką neurochirurgii w K. i stwierdzono brak możliwości przyjęcia i stwierdzono, że powód zażyczył sobie przyjęcia na neurochirurgię w B.. Ustalono, że powód nie nadaje się do rehabilitacji.

Następne badanie przeprowadzono u powoda w dniu 7 sierpnia 2008r. i przeprowadzono u niego mielografię lędźwiową i tomografię komputerową. W wyniku badania stwierdzono: w segmentach kręgu piersiowego P12 kręgu lędźwiowego L1 i L1/2 brak stenozy o wysokim stopniu, brak znacznych zmian zwyrodnieniowych. W segmencie L2/3 wysunięcie krążka międzykręgowego o nieznacznym stopniu, średniego stopnia przyrost Ligamenta flava i rozpoczynające się zmiany zwyrodnieniowe stawów kręgosłupa z następującym zwężeniem kanału rdzeniowego o średnim stopniu. W segmencie L3/4 przy zmianach zwyrodnieniowych stawów kręgosłupa przerost Ligamenta flava i po stronie lewej bocznie aż do obszaru wewnątrztorworowego wypadnięcie krążka międzykręgowego, zwężenie kanału rdzeniowego o dużym stopniu. W segmencie L4/5 rozległe wypadnięcie w małym stopniu w kierunku czaszkowym a głównie w kierunku kaudalnym obrócone w lewo średnio-boczne ze zwężeniem kanału rdzeniowego dużego stopnia przy jednoczesnych wyraźnych po stronie lewej zmianach zwyrodnieniowych stawów kręgosłupa w i przeroście Ligamenta flava. W segmencie L5/S1 brak wypadnięcia, brak wysunięcia. Tutaj zmiany zwyrodnieniowe stawów kręgosłupa średniego stopnia i przerost Ligamenta flava. Dodatkowo na wysokości S1 ma miejsce zwężenie kanału rdzeniowego przez tkankę o gęstości tkanek miękkich od strony lewej grzbietowo. Korzeń S1 po stronie lewej nie kontrastuje. W ocenie wskazano: zwężenie kanału rdzeniowego od strony lewej grzbietowo na wysokości L5/S1 najprawdopodobniej przez rozległą tkankę bliznowatą z niekontrastującym korzeniem S1 po stronie lewej. Duże w przeważającej części obrócone w stronę kaudalną po stronie lewej boczne wypadnięcie krążka międzykręgowego w segmencie L4/5. Po stronie lewej bocznie sięgające do obszaru wewnątrztorworowego wypadnięcie krążka międzykręgowego w segmencie L3/4 ze zwężeniem kanału rdzeniowego o wysokim stopniu.

Następnie w dniu 15 sierpnia 2008r. u powoda przeprowadzono w operację kręgosłupa w klinice w B.. Operacja ta zakończyła się powikłaniami i konieczna była kolejna operacja. Aktualnie stan powoda jest gorszy niż w operacją przeprowadzoną w pozwanym szpitalu.

Operacja przeprowadzoną u powoda przez pozwanego, nie była operacją bezwzględną. Bez przeprowadzenia tej operacji powód mógł funkcjonować z dolegliwościami, które występowały przed operacją.

Była ona przeprowadzona w sposób prawidłowy, nie można mówić o tym, że nastąpił jakiś błąd medyczny przy prowadzeniu operacji, jak również przy kwalifikowaniu powoda do operacji.

Badania, jakimi dysponowali lekarze przed dniem operacji powoda, były wystarczające, by ją przeprowadzić oraz by przeprowadzić stosowną kwalifikację do operacji.

Badanie obrazowe wykonane w dniu 15 lipca 2008r. nie wykazuje żadnych istotnych zmian o charakterze powikłań pooperacyjnych. Wykazało ono jedynie kompresję korzeni i stenozę kanału kręgowego, które to były efektem istniejącego, zaawansowanego procesu zwyrodnieniowego w obrębie lędźwiowego odcinka kręgosłupa u powoda.

Dodatkowe badania diagnostyczne w kontekście upadku powoda w dniu 9 maja 2008r. nie były konieczne, w szczególności w odniesieniu do kwalifikacji do leczenia operacyjnego. Nie trzeba było dokonywać specjalistycznych badań radiologicznych po doznanych przez powoda upadku, szczególnie w sytuacji, gdy nie stwierdza się nowych objawów patologicznych, na przykład ze strony narządów ruchu. Diagnostyka radiologiczna wykazałaby zmiany

pourazowe typu złamań układu kostnego, natomiast stan neurologiczny nie zmienia się w odniesieniu do stanu przed upadkiem i nie było podstaw, aby prowadzić szczegółowe badania radiologiczne.

Przejsiowe nasilenie istniejących deficytów, najczęściej w postaci zaburzeń ruchomości stopy, w okresie pooperacyjnym jest powikłaniem obserwowanym w praktyce klinicznej i zazwyczaj są to problemy czasowe, przemijające pod wpływem stosowanej terapii.

Z racji na przewlekły okres chorobowy (minimum 2 lata przed dokonaną w czerwcu 2008r. operacją) należało się liczyć z bardzo powolną poprawą, jak też należało brać pod uwagę że poprawa może w ogóle nie wystąpić.

Powikłania ropne w kanale kręgowym, rdzeniu kręgowym i okolicach kanału kręgowego, jakie wystąpiły po operacji w N., były powikłaniami ciężkimi i miały istotny wpływ na stan neurologiczny powoda.

Należy stwierdzić że zmiany o takim charakterze nie zostały uwidocznione w badaniu wykonanym w dniu 15 lipca 2008r., a zatem nie były one następstwem operacji przeprowadzonej w dniu 18 czerwca 2008r.

Z raportu operacyjnego Kliniki (...) w B. wynika, że uwidocznione tam uszkodzenie worka oponowego z usytuowanymi w nim masami zwyrodniałego krążka międzykręgowego, wraz z istniejącymi zrostami, przemawiają za procesem długoterminowym, a nie za mechanicznym uszkodzeniem śródoperacyjnym.

Gdyby doszło do uszkodzenia worka oponowego, a nawet korzeni w nim zawartych, podczas operacji, to nie znajdowałby się w tym miejscu fragment (czy też fragmenty) krążka międzykręgowego, a ponadto nie wykazano by masywnych zrostów, które są cechą przewlekłego procesu zapalnego, o wiele dłuższego, niż czas, jaki minął od operacji w czerwcu do ponownej operacji w sierpniu 2008r. Podkreślenia wymaga również, że w lipcu 2007r. powód był kwalifikowany do leczenia operacyjnego typu nukleotomii zewnątrztorowej, która miała być przeprowadzona 24 lipca 2007r.

Ustalając stan faktyczny Sąd oparł się przede wszystkim na zgromadzonej dokumentacji medycznej, a także na dwóch opiniach Instytutów. Opinii (...) w B. z dnia 25 lipca 2011r., opiniach uzupełniających z dnia 14 grudnia 2011r. i 27 lutego 2012r. oraz opinii (...) w T. - (...) w B. z dnia 16 grudnia 2013r. wraz z opinią uzupełniającą z dnia 20 czerwca 2014r..

Sąd ocenił, że obie opinie są jednoznaczne w stwierdzeniach, iż operacja wykonana przez pozwanego szpital została wykonana prawidłowo, brak było zaleceń do przeprowadzenia dodatkowych badań oraz do innej kwalifikacji powoda do leczenia. Stan powoda przed zabiegiem był już poważny, miał on już rok wcześniej zalecany w N. zabieg operacyjny, któremu się nie poddał. Przeprowadzony przez pozwanego zabieg był wykonany prawidłowo i brak jest możliwości stwierdzenia, że to fakt i sposób przeprowadzenia tego zabiegu skutkuje pogorszeniem stanu zdrowia powoda. U powoda bowiem proces chorobowy się rozwijał i pogłębiał, a ponadto został on poddany w N. innemu zabiegowi operacyjnemu w dużo poważniejszym zakresie, który to zabieg operacyjny był powikłany i w związku z tym nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia powoda.

Sąd wskazał, że dowody z zeznań świadków czy też zeznań powoda nie mogą wpłynąć na odmienną ocenę. Ocena kwalifikacji medycznej postępowania pozwanego wymaga wiadomości specjalnych, którymi dysponowały zespoły biegłych przygotowujące opinie. W tym zakresie Sąd w pełni podzielił opinie biegłych bez potrzeby szczegółowego przytaczania argumentów, które zostały w sposób bardzo rozbudowany przytoczone w obu opiniach.

Sąd uznał, że zarzuty powoda do tych opinii sprowadzają się w zasadzie jedynie do stwierdzenia, że nie można uznać za prawidłowy sposób leczenia, jeżeli stan powoda po leczeniu jest gorszy niż przed leczeniem. Tego typu stwierdzenie nie może być decydujące biorąc pod uwagę fakt, iż już przed leczeniem operacyjnym stan zdrowia powoda był poważny, a choroba kręgosłupa była posunięta do tego stopnia, że już rok wcześniej miał zalecony zabieg operacyjny.

Ponadto Sąd stwierdził, że po przeprowadzonym zabiegu powód nie poddał się rehabilitacji zgodnie z zaleceniami, a już w niespełna dwa miesiące po zabiegu przeszedł operację kręgosłupa w klinice w N..

W efekcie dokonanej oceny prawnej Sąd uznał, że powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie z uwagi na niewykazanie związku przyczynowego pomiędzy leczeniem powoda w placówce medycznej pozwanego a pogorszeniem stanu zdrowia powoda.

Bezspornym w sprawie był fakt zawarcia przez strony umowy o świadczenie usług medycznych oraz fakt pobytu powoda w placówce pozwanego w dniach 18-20 czerwca 2008r. i przeprowadzenie operacji endoskopowej.

Przedmiotem sporu było natomiast, czy pogorszenie stanu zdrowia powoda ma związek z przeprowadzoną operacją i czy jest ono zawinione przez pozwanego.

Zgodnie z treścią art. 445 par. 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Do oceny zachowań osób wykonujących usługi lecznicze w podmiotach świadczących tego rodzaju usługi zastosowanie znajduje odpowiedzialność deliktowa przewidziana w art. 415 k.c., oparta na zasadzie winy. Sąd zaznaczył, że świadczące usługi medyczne podmioty za szkodę wyrządzoną z winy osób wykonujących te usługi odpowiadają na podstawie art. 430 k.c., tj. na zasadzie ryzyka. Konieczne zatem do oceny odpowiedzialności pozwanej placówki za wyrządzoną stronie powodowej krzywdę było stwierdzenie, czy powód doznał uszczerbku na zdrowiu i czy uszczerbek ten pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym z zawinionymi zachowaniami osób świadczących w pozwanych placówkach usługi medyczne.

Przenosząc to na realia sprawy, Sąd Okręgowy stwierdził, że nie wystąpiły w niej wskazane wyżej przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej, a co za tym idzie-bezzasadne było żądanie zapłaty na rzecz powoda żądanej kwoty tytułem zadośćuczynienia, odszkodowania i renty.

W pierwszej kolejności Sąd wskazał, że nie zostało w sprawie wykazane, aby zachodził związek przyczynowy pomiędzy leczeniem powoda w szpitalu pozwanego a pogorszeniem jego stanu zdrowia.

Wynika to w sposób jednoznaczny z przeprowadzonych na potrzeby sprawy opinii instytutów – (...)w B. oraz (...) w T. – (...) w B.. Obie te opinie w sposób jednoznaczny stwierdziły, iż działania pozwanego, zarówno w zakresie kwalifikacji powoda do zabiegu, jak również jego wykonania były prawidłowe.

Także zachowanie lekarzy po zabiegu nie budziło zastrzeżeń biegłych i nie stwierdzono, by u powoda konieczne było wykonywanie dodatkowych badań. Ponadto należy mieć na względzie, że powód cierpi, co jest bezsporne, na liczne schorzenia ogólne, a także przed operacją miał zaawansowane schorzenie kręgosłupa, co powoduje narastanie procesu chorobowego, na który nałożyły się powikłania po operacji przeprowadzonej w B..

Uwzględniając wszystkie przytoczone okoliczności, Sąd uznał, że w sprawie nie wystąpiły podstawy od uwzględnienia żądań powoda w stosunku do pozwanego szpitala.

O kosztach orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. i art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

Apelację od tego wyroku złożył powód zaskarżając go w całości i zarzucając mu:

1. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 6 k.c. w zw. z art. 430 k.c. w zw. z art. 445 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i uznanie, że powód nie wykazał swych twierdzeń w zakresie istnienia adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy przeprowadzoną operacją a zaistniałym rozstrojem zdrowia stosownymi dowodami, podczas gdy zgromadzony w trakcie postępowania sądowego materiał dowodowy wykazał istnienie tego związku i pozostałych przesłanek odpowiedzialności pozwanego,

2. naruszenie prawa procesowego, które miało istotny wpływ na treść zaskarżonego wyroku, a zwłaszcza:

a. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez zaniechanie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego i w konsekwencji dokonanie oceny mocy i wiarygodności dowodów w sposób dowolny, z przekroczeniem granic swobodnej oceny dowodów, wbrew zasadom prawidłowego rozumowania oraz wbrew wskazaniom wiedzy i doświadczenia życiowego, zwłaszcza poprzez:

- nieprawidłową ocenę dowodu z opinii biegłych Zakładu Medycyny Sądowej (...) w B., w szczególności poprzez uznanie, że działania pozwanego w zakresie zabiegu były prawidłowe i uznanie, iż opinia wyklucza związek przyczynowy między zabiegiem a rozstrojem zdrowia powoda,
- nieprawidłową ocenę dowodu z opinii biegłych Zakładu Medycyny Sądowej (...) w T., w szczególności poprzez uznanie, że działania pozwanego w zakresie zabiegu były prawidłowe i uznanie, iż opinia wyklucza związek przyczynowy między zabiegiem a rozstrojem zdrowia powoda,
- nieprawidłową ocenę dowodu z zeznań świadków S. K., H. K., N. L., poprzez uznanie ich za wiarygodne, podczas gdy zeznania cechują się sprzecznością wewnętrzną jak i sprzecznością z innymi zgromadzonymi dowodami, a także świadkowie ci są powiązani gospodarczo i życiowo z pozwanym,
- nieprawidłową ocenę dowodu z zeznań świadków J. C., R. B., J. B., M. R., J. P., A. G., P. J., A. M. (1), J. S. i Z. A. przy analizie stanu zdrowia powoda przed zabiegiem oraz rozmiaru rozstroju zdrowia i jego bezpośredniego związku z dokonanym zabiegiem;

b. art. 328 § 2 k.p.c. poprzez sporządzenie uzasadnienia wyroku nie zawierającego elementów przewidzianych prawem, zwłaszcza poprzez niewyjaśnienie, które z ujawnionych w trakcie procesu dowodów Sąd uznał za wiarygodne, a którym odmówił wiarygodności;

a w konsekwencji:

3. błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę zaskarżonego wyroku, a zwłaszcza:

- błędne ustalenie, że operacja dokonana w dniu 18 czerwca 2008r. w szpitalu

pozwanego została wykonana w sposób prawidłowy i nie miała wpływu na gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia powoda R. C.,

- błędne ustalenie, że obecny stan zdrowia powoda R. C. jest wynikiem jego stopniowego pogarszania się uwarunkowanego wiekiem i istniejącymi schorzeniami, a nie nieprawidłowego wykonania u powoda operacji w szpitalu pozwanego w dniu 18 czerwca 2008r.,

- błędne ustalenie, że pomiędzy wykonaną u powoda operacją a jego rozstrojem zdrowia nie ma związku przyczynowego.

Mając powyższe na uwadze powód wnosił o:

zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa w całości,

zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania, z uwzględnieniem kosztów postępowania odwoławczego, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm prawem przepisanych;

ewentualnie, o:

uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji,

zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania procesowego, z uwzględnieniem kosztów postępowania odwoławczego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje :

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Apelacyjny podziela ocenę dowodów, ustalenia faktyczne i wywody prawne Sądu Okręgowego.

Zarzuty apelacji, mimo częściowej zasadności, jednak nie podważają trafności wydanego wyroku, nie mogły więc z prowadzić do jego zmiany.

Częściowo zasadny jest zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c.

Powód trafnie zarzuca, że Sąd I instancji nie wskazał, którym dowodom i z jakich przyczyn odmówił wiary. W realiach rozpoznawanej sprawy nie ma to jednak wpływu na treść wydanego wyroku. Skarżący nie ma słuszności, gdy podważa stanowisko tego Sądu co do przypisania pierwszoplanowej roli dowodowi z opinii instytutu naukowego i tym samym uznanie, że dowody osobowe, zwłaszcza z zeznań świadków, miały małą moc dowodową dla stwierdzenia istnienia przesłanek

odpowiedzialności pozwanego za stan zdrowia powoda. Wbrew apelacji Sąd Okręgowy odmówił zeznaniom świadków mocy dowodowej wskazując, co zresztą apelacja również podważa, stwierdzając, iż osobowe źródła dowodowe nie mogą wpłynąć na odmienną ocenę przyczyn pogorszenia się stanu zdrowia powoda.

Wypada stwierdzić, że wprawdzie brak jest w procedurze cywilnej hierarchii dowodów (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 15 listopada 2012r. I ACa 1024/12 LEX 1264345), lecz nie budziło wątpliwości, w tym powoda, który składał wnioski dowodowe o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego (instytutu), że w rozpoznawanej sprawie ten właśnie dowód ma podstawowe znaczenie. Przedmiot postępowania wymagał zasięgnięcia opinii podmiotów posiadających wiedzę specjalną. Sąd Okręgowy słusznie uznał, że treść zeznań świadków nie może decydować w sposób przesądzający, o ustaleniach faktycznych w sprawie w zakresie istotnym dla jej rozstrzygnięcia. Należy podzielić ugruntowane stanowisko orzecznictwa, że dla oceny dowodu z opinii biegłego nie są miarodajne niekonnekcyjne z nim oceny świadków i uczestników postępowania co do faktów będących przedmiotem opinii. (por. uzasadnienie postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64).

Wobec tego dowody z zeznań świadków nie mogły mieć decydującego znaczenia dla oceny zasadności powództwa, jednak Sąd Okręgowy powinien był się do nich odnieść.

W konsekwencji pominięcia w uzasadnieniu wyroku oceny niektórych

dowodów, częściowo zasadny jest również zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., lecz nie w zakresie błędnej oceny przeprowadzonych dowodów, bowiem te omówione Sąd ocenił prawidłowo, lecz samego jedynie braku ich wszechstronnego rozważenia, co zbliża ten zarzut do materii określonej powołanym już zarzutem naruszenia art. 328 par.2 kpc. Trzeba jednak zauważyć, że uznanie braku mocy dowodowej, a więc przyjęcie, iż dany dowód w sprawie nie może mieć realnego znaczenia dla budowania w oparciu o niego podstawy faktycznej orzeczenia, niezależnie od tego czy jego treść jest wiarygodna czy nie, czyniło zbędnym szerokie rozważanie kwestii wiarygodności dowodu jako takiego, skoro swą treścią nie mógł przyczynić się do wyjaśnienia sprawy. Osłabia to podnoszoną przez powoda negatywną wymowę braku szczegółowych rozważań Sądu Okręgowego w tej materii jako elementu wpływającego na treść zaskarżonego wyroku, chociaż nie czyniło całkowicie zbędnym odniesienie się do takich dowodów.

Częściowa zasadność powołanych zarzutów naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. i art. 233 § 1 k.p.c. nie daje podstaw do zmiany ustaleń faktycznych Sądu Okręgowego, a tym samym nie prowadzi do możliwości zmiany zaskarżonego wyroku i uwzględnienia żądania.

Zatem koniecznym było na etapie postępowania apelacyjnego uzupełnienie rozważań Sądu Okręgowego, w oparciu o art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. oraz przy uwzględnieniu art. 382 k.p.c., przez ustosunkowanie się do całości dowodów przeprowadzonych w sprawie, zwłaszcza w zakresie zarzutów powoda podniesionych w apelacji. Jedyne dla porządku trzeba wskazać, że wprawdzie art. 328 § 2 k.p.c. wymaga jedynie podania przyczyn, dla których sąd odmówił wiarygodności i mocy dowodowej określonym dowodom, lecz w sprawie, z racji zakresu zarzutów powoda, koniecznym było również wskazanie przyczyn, dla których podlegające ocenie w kategoriach prawdziwości zeznania świadków, Sąd Apelacyjny uważał za wiarygodne i mające moc dowodową.

Przed przystąpieniem do takiej oceny wypada przytoczyć stanowisko procesowe powoda odnośnie istnienia związku przyczynowego pomiędzy operacją wykonaną przez pozwanego a stanem zdrowia powoda, bowiem determinuje ono zakres oceny materiału dowodowego i zasadności jego stanowiska procesowego, skoro samo zdarzenie (operacja), jakie według powoda miało wywołać określony skutek (stan zdrowia), były bezsporne. Istota sporu w sprawie sprowadzała się więc do ustalenia związku przyczynowego między tym faktami. Stanowisko powoda było takie, iż w trakcie endoskopii doszło do uszkodzenia jatrogennego, w wyniku czego przerwano ciągłość worka oponowego i płyn mózgowo-rdzeniowy wyciekł do sąsiadującej okolicy, spowodował miejscowe zapalenie oraz przedostanie się do przestrzeni okołokręgosłupowej resztek usuwanego krążka międzykręgowego, co wywołało zrosty pozapalne tej okolicy, uciskało korzenie nerwowe, doprowadzając do powstania zespołu ogona końskiego. Powód wyprowadzał ten wniosek z dokumentacji medycznej złożonej do akt sprawy (k.791/2).

Zebrane w sprawie dowody nie dają podstaw do potwierdzenia powyższego stanowiska powoda.

Generalnie wypada zauważyć, że podważenie swobodnej oceny dowodów nie może polegać na wyprowadzeniu z nich odmiennych wniosków i ustaleń niż to uczynił sąd orzekający. Wskazuje się bowiem w orzecznictwie, że jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo-skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 września 2002r. II CKN 817/00 LEX 56906).

Uwzględnienie zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wykazania sprzeczności ocen sądu z zasadami doświadczenia życiowego, logicznego rozumowania i rzeczowego wiązania faktów. Apelacja powoda nie wypełniła tych wymogów.

Dodatkowe reguły oceny dowodów dotyczą dowodu o szczególnym charakterze w postaci opinii instytutu naukowego. Pomimo że podstawę oceny stanowi również art. 233 § 1 k.p.c., to dowód z opinii biegłego podlega ocenie Sądu Apelacyjnego również na podstawie takich kryteriów, jak zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej wniosków. Przedmiotem opinii biegłego nie jest przedstawienie faktów, lecz ich ocena na podstawie wiedzy fachowej (wiadomości specjalnych). Nie podlega ona zatem weryfikacji jak dowód na stwierdzenie faktów, na podstawie kryterium prawdy i fałszu. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 27 czerwca 2013r. I ACa 184/13 LEX 1353932).

Również oceniając pod kątem tych specyficznych przesłanek, nie ma podstaw do odebrania obu opiniom instytutów naukowych mocy dowodowej rozumianej jako zdolność przekonania sądu orzekającego do wniosków opinii opartych na

rozważeniu przez biegłych faktów będących przedmiotem opinii.

Na wstępie oceny dowodów z opinii instytutów naukowych należy wskazać, że Sąd Okręgowy doręczył pełnomocnikowi powoda odpis uzupełniającej opinii Zakładu Medycyny Sądowej(...) w T. (dalej także: (...) w T.), zakreślając termin 14 dni pod rygorem pominięcia (k.769), następnie pełnomocnik złożył wniosek o przedłużenie terminu do zajęcia stanowiska i ewentualnego złożenia zarzutów do dnia 31.08.2014r. (k.792). Sąd Okręgowy tego wniosku nie rozpoznał. Pomimo tego do dnia rozprawy w dniu 9.12.2014r. żadne dalsze stanowisko powoda w zakresie wskazanej opinii nie zostało złożone.

Wobec tego obecne zarzuty powoda, w szczególności te podważające okoliczności wynikające z opinii uzupełniającej (...) w T., należy uważać za spóźnione w rozumieniu 207 § 6 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c., a odrębną podstawą dla analogicznej oceny jest art. 381 k.p.c.

W świetle powyższego dalsze jeszcze, złożone dopiero na rozprawie apelacyjnej w dniu 29.09.2015r., wnioski dowodowe o dopuszczenie dowodu z dalszych opinii biegłych z zakresu medycyny (zresztą sformułowane ogólnikowo), należało uważać za spóźnione w myśl art. 381 k.p.c. Do tego, co należy podkreślić, że niezadowolenie strony z wyników dotychczasowych opinii, zwłaszcza gdy wypowiadało się kilka kompetentnych pod względem fachowym zespołów biegłych, nie może uzasadniać przeprowadzenia dowodu z opinii dalszych biegłych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 lutego 1974r., II CR 5/74 LEX 7407, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 lutego 2001r. II UKN 233/00 LEX 551017).

W tym miejscu należy tylko zaznaczyć jeszcze, że analogicznie należało ocenić wnioski dowodowe o dopuszczenie dowodu z przesłuchania świadków. Można jedynie dodać, że już przed Sądem Okręgowym powód złożył taki wniosek odnośnie świadków M. C. i J. K. (2), lecz go wycofał, wobec czego Sąd Okręgowy te wnioski pominął (k.255/2 i k.261). Do tego wniosek o dopuszczenie dowodu z przesłuchania świadków jako taki był spóźniony w rozumieniu art. 381 kpc, nie było bowiem żadnych przeszkód dla złożenia go, w tym samym czy szerszym zakresie, przed Sądem I instancji. Brak potrzeby przeprowadzenia obecnie tych dowodów wynikał również, z tego, że, jak już wskazano, nie mogły one negować wartości dowodowej opinii biegłych.

Konsekwencją takiego stanowiska było pominięcie również tych dowodów w postępowaniu apelacyjnym.

Niezależnie jednak od powyższej oceny zarzutów apelacji co do opinii (...) w T. jako spóźnionych, wypada przyjąć, że treść obu opinii biegłych nie daje podstaw do uznania zasadności przeciwnych twierdzeń powoda.

W pierwszej kolejności trzeba zaznaczyć, że powód ocenia opinie biegłych w sposób fragmentaryczny, akcentując tylko te ich fragmenty, które mają stanowić o zasadności podnoszonych w apelacji zarzutów, zwłaszcza odnoszących się do potencjalnego prawdopodobieństwa wpływu operacji w pozwanym szpitalu na obecny stan zdrowia powoda. Tymczasem jednak opinie te należy oceniać kompleksowo, uwzględniając całą ich treść, ta zaś nie potwierdza jest stanowiska.

Trzeba zaznaczyć, że wbrew pierwotnym twierdzeniom powoda wcale nie stwierdzono u niego tzw. zespołu ogona końskiego, ten bowiem charakteryzuje się występowaniem właściwych dla niego dolegliwości po obu stronach ciała, symetrycznie, a nie tylko po stronie lewej, jak u powoda. Wprost wynika to z opinii obu zespołów biegłych. Stan chorobowy powoda można określić jako lewostronny zespół korzeniowy o znacznym nasileniu, czy inaczej jednostronne neuropatie w obrębie korzeni lędźwiowych (por. opinie k.430, k.432, k.534, k.628, pkt.1 k.730).

Przy tym także nie ma znaczenia mocno zaznaczana przez powoda w apelacji okoliczność, że operacja nie miała charakteru bezwzględnie ratującego życie lub zdrowie powoda. Było to bezsporne i potwierdziły to obie opinie biegłych. Jednak z faktu, że powód nie musiał się poddać zabiegowi, nie można wnosić, że kryteria oceny postępowania medycznego w pozwanym szpitalu wobec powoda miałyby być zaostrzone. Ocenie podlega zabieg medyczny pod kątem zgodności z obecnymi standardami wiedzy medycznej, bez względu na okoliczności stanowiące o tym, że został podjęty. Krótko mówiąc, pacjent ma prawo oczekiwać spełnienia standardu właściwego dla określonej kategorii procedur medycznych, bez względu na to, czy poddaje się zabiegowi ze wskazań życiowych, czy jedynie dla poprawy

komfortu życia, czy wreszcie ze względów estetycznych, każdej bowiem kategorii przypisane są właściwe wymogi, jakie powinny zostać spełnione przy ich stosowaniu.

Przechodząc do meritum trzeba przypomnieć, że biegli z Zakładu Medycyny Sądowej (...) w B. (dalej: (...) w B.) w opinii z dnia 25.07.2011r. podali, że w badaniu MR wykonanym w dniu 15.07.2008r. nie widać zmian o charakterze powikłań pooperacyjnych lub związanych z przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym, w szczególności nie widać krwiaka (k.433). Biegli wskazali również, że nie można precyzyjnie stwierdzić, czy stan zapalny opisany w badaniu MR z dnia 15.07.2008r. powstał w wyniku zabiegu wykonanego przez pozwanego, mógł on być bowiem zarówno efektem stanu zapalnego po operacji, jak i stanem zapalnym samoistnym, nie związanym z przeprowadzoną operacją, ale wynikającym z nadmiernej aktywności ruchowej oraz stanu samoistnego zapalenia tzw. dictis (k.428). Biegli podnieśli, że uszkodzenie worka oponowego wraz z usytuowanymi w nim masami zwyrodniałego krążka międzykręgowego, wraz z istniejącymi zrostami, przemawiają za procesem długoterminowym, a nie za mechanicznym uszkodzeniem sródoperacyjnym (k.435). Biegli uznali, że wskazanie przez zespół n., iż operacja dokonana przez pozwanego doprowadziła do uszkodzenia worka oponowego jest niewłaściwa, nie znajduje uzasadnienia, a brak jest jednoznacznych danych dla zaprzeczenia faktowi, iż do takiego uszkodzenia mogło dojść podczas operacji, jaka odbyła się w szpitalu w N., gdy tymczasem z doświadczenia klinicznego wynika, że do uszkodzenia worka dochodzi w sytuacjach, gdy mamy do czynienia z reoperacją, częściej niż podczas operacji pierwotnych, z racji zmienionego już środowiska lokalnego po pierwszej operacji (k.537).

Stanowisko to biegli potwierdzili w opinii uzupełniającej z dnia 14.12.2011r. podając, że brak jest jednoznacznych danych, aby stwierdzić, iż po operacji w miejscu operowanym powstał krwiak powodujący stenozę i kompresję korzeni. Badanie MR, które wykazuje zmiany (zwięźnienie kanału kręgowego) zostało wykonane około miesiąca po przeprowadzonej operacji i nie wykazuje krwiaka (pkt. 10, k.533). Biegli skonstatowali, że brak jest jakichkolwiek danych aby powziąć podejrzenie, że operacja była przeprowadzona nieprawidłowo, zatem należy przyjąć, że była przeprowadzona prawidłowo (pkt. 8, k.533). W kolejnej opinii uzupełniającej z dnia 27.02.2012r. biegli podkreślili, że powołane badanie MR z dnia 15.07.2008r. nie wykazuje zmian potencjalnie jatrogennych, a jedynie kompresję korzeni i stenozę kanału kręgowego, które były efektem istniejącego, zaawansowanego procesu zwyrodnieniowego w obrębie lędźwiowego odcinka kręgosłupa u powoda. Biegli nie polemizowali z późniejszą opinią radiologiczną z sierpnia 2008r., ale zwracali na to uwagę, że w dacie wcześniejszej, tj. 15.07.2008r., zmian jatrogennych w badaniu nie ma, a ocena powoda wskazująca na istnienie ropnia jest nadinterpretacją, bowiem w opisie specjalistycznym takiego stwierdzenia nie ma. Dodali także, iż badanie KT i MR mogą tylko wykazać zmiany typu morfologicznego, ale z całą pewnością nie mogą wykazać zmian klinicznych typu „zespół końskiego ogona” (pkt. 5, k.627-628).

Konkluzja biegłych z (...) w B. była taka, że absolutnie nie można przypisać stanu, jaki rozwinął się u powoda w lipcu 2008r. i w okresie późniejszym, do operacji w Polsce (k.629).

Z powyższego wyводу prezentującego najistotniejsze rozważania i wnioski opinii (...) w B. nie wynika potwierdzenie tezy skarżącego jakoby biegli nie wykluczyli, że stan zapalny ujawniony w trakcie badania MR z dnia 15 lipca 2008r. mógł być efektem przeprowadzonej operacji oraz, że opinia nie wykluczyła, iż pogorszenie stanu zdrowia powoda mogło mieć charakter jatrogenny, spowodowany wykonaniem operacji w pozwanym szpitalu. Przeciwnie, odmienne wnioski zespół biegłych wyraził wprost i jednoznacznie.

Zbieżne z powyższym stanowisko zajęli biegli z Zakładu Medycyny Sądowej (...) w T. (dalej : (...) w T.). Podali, że w badaniu MR nie widać krwiaka ani stanu zapalnego (pkt. 8, k.48/2 opinii, k.730/2). Następnie biegli powtórzyli, że w badaniu MR nie stwierdzono krwiaka (pkt. 23, k.49 opinii, k. 731).

Przy tym biegli, władający medycznym językiem n., zauważyli, że tłumaczenie fragmentu dokumentacji medycznej powoda było błędne, a rzeczywista jej oryginalna treść nie dawała podstaw do formułowania tezy o potwierdzeniu istnienia stanu zapalnego czy ropnia. Biegli stwierdzili, że z obrazu MR nie wynika, aby występowały powikłania ropne. Jedynie, co jest widoczne, to wzmocnienie kontrastowe przy worku oponowym po stronie lewej, z pogrubieniem korzeni i ich połączeniem w konglomerat, co wskazuje na zapalenie opony miękkiej. Jednak pomimo użycia określenia

„zapalenie” nie oznacza to, że mamy do czynienia z infekcją, gdyż mogły to być tak zmiany infekcyjne (spowodowane bakteriami, wirusami, grzybami), jak i zmiany nieinfekcyjne, będące efektem podrażnienia opony pokrywającej korzenie ogona końskiego i/lub rdzeń kręgowy i korzenie rdzeniowe przez różne czynniki : chemiczne (np. leki podawane do worka oponowego lub zewnątrzoponowego), długotrwały ucisk na korzenie i stenoza, uszkodzenie worka oponowego w trakcie zabiegu.

Najistotniejsze stwierdzenia opinii biegłych z (...) w T. na jakich w pierwszej kolejności apelacja buduje swój wywód, stanowią, że trudno jednoznacznie stwierdzić, iż wykonany zabieg był bezpośrednią przyczyną stanu zapalnego, ale nie można tego wykluczyć, co wyjaśniono szerzej w pkt. 8 (pkt. 6 k.730); dalej biegli podali, że wspomniane zapalenie mogło być wywołane również uszkodzeniem worka oponowego w trakcie zabiegu, co dalej biegli rozwinęły stwierdzeniem, że w czasie zabiegu mogło dojść do niewielkiego uszkodzenia opony z następowym odczynem zapalnym.

Oceniając te wskazania biegłych w pierwszej kolejności trzeba zauważyć, że biegli wymieniają tę przyczynę tylko jako jedno z kilku równoprawnych i możliwych źródeł stanu zapalnego. Natomiast biegli nie wprowadzają w tym wypadku żadnej gradacji stopnia prawdopodobieństwa istnienia przyczyny w postaci uszkodzenia opony w trakcie zabiegu w relacji do innych potencjalnie możliwych przyczyn. Zatem wymowa tego stwierdzenia nie jest tego rodzaju jak sugeruje powód, tj., aby dawała realne podstawy dla przyjęcia stanowiska apelacji, jakie ta buduje na tym stwierdzeniu biegłych. W szczególności nie można abstrahować od dalszych wywodów biegłych. Przy ocenie nie można więc pominąć kolejnych jeszcze wyjaśnień zawartych w pkt. 23 opinii głównej, gdzie biegli wskazują, że stwierdzono cechy zapalenia opony miękkiej i pajęczej w obrębie worka oponowego, ale obecność zmian zapalnych nie musi oznaczać, że czynnikiem etiologicznym był czynnik infekcyjny i że pozostaje ono (zapalenie) w związku przyczynowo-skutkowym z przeprowadzoną operacją (k.731). W tym miejscu więc biegli niejako dystansują się od wcześniejszego stwierdzenia, osłabiając jego moc dowodową.

Powód obecnie akcentuje wystąpienie stanu zapalnego jako wyłącznej konsekwencji zabiegu. Tymczasem z obu opinii wynika, że źródło stanu zapalnego może być rozmaite. Wprawdzie można przyznać rację skarżącemu, że biegli z (...) w B. nie mieli wyraźnych podstaw, aby przyjąć, że powód wykazywał nadmierną aktywność ruchową po operacji, w każdym razie nie wyjaśnili, na czym oparli to stwierdzenie i jak, w realiach choroby powoda, rozumieli tę nadmierność. Jednak w żadnym wypadku nie dyskwalifikuje to ich wniosku o braku związku pomiędzy stanem zapalnym opony miękkiej a omawianym zabiegiem. Podana przyczyna była tylko jedną z hipotez, jakie przedstawili biegli z (...) w B., obok samoistnego powstania stanu zapalnego. Temat ten, w sposób wyżej opisany, szerzej omówili biegli z (...) w T. wskazując dalsze jeszcze możliwe liczne przyczyny stanu zapalnego. Również i oni, chociaż wprost wskazali, że możliwe było niewielkie uszkodzenie worka oponowego, to nie przypisali tej możliwości decydującego znaczenia i nie uznali istnienia podstaw do upatrywania w tej ewentualności głównej przyczyny obecnego stanu zdrowia powoda.

Trzeba zauważyć, że biegli z (...) w T. nie negowali stwierdzenia biegłych z (...) w B., że stwierdzone w sierpniu 2008r. uszkodzenie worka oponowego z usytuowanymi w nim masami zwyrodniałego krążka międzykręgowego, wraz z istniejącymi zrostami, przemawiają za procesem długoterminowym, a nie za mechanicznym uszkodzeniem śródoperacyjnym.

Podkreślenia wymaga również, że w obu opiniach zgodnie mowa jest o tym, że stwierdzony potem, w październiku 2008r., stan zapalny może być wynikiem operacji w N. przeprowadzonej w sierpniu 2008r. (k.434, pkt 6 in fine k.730 i pkt 8 in fine k.730/2).

Wiążąc te dwa stwierdzenia, wypada uważać, że chociaż możliwe, to jest bardzo mało prawdopodobne jest wystąpienie jako efektu zabiegu z dnia 18.06.2008r. tego rodzaju zrostów już w sierpniu 2008r., zwłaszcza gdy ewentualne (nie potwierdzone) uszkodzenie opony miało być małe i nie występował krwiak, a tylko stan zapalny, mogący w pierwszej kolejności być efektem odczynu po zabiegu, jak i skutkiem innych przyczyn.

Wobec próby powoda przypisania jego stanu zdrowia operacji w pozwanym szpitalu, należy w tym miejscu zwrócić uwagę na okoliczności odnoszące się do stanu zdrowia powoda przed operacją i umiejscowić je w całym procesie

jego leczenia. Rozważenie w tym kontekście skutków operacji dodatkowo czyni zasadnym uznanie, że nie ma podstaw, aby upatrywać w operacji bezpośredniej przyczyny obecnych schorzeń powoda. Otóż z obu opinii zespołów biegłych wynika, że stan zdrowia w zakresie istnienia schorzeń neurochirurgicznych powoda był, najogólniej mówiąc, niedobry. Powód już rok wcześniej był zakwalifikowany do podobnego zabiegu w N., ale nie zdecydował się na jego przeprowadzenie. U powoda już w 2006r. stwierdzono znaczny niedowład nerwu strzałkowego lewego i zespół stenozy kanału kręgowego, a w 2007r. stwierdzono polineuropatię, tj. zespół wskazujący na uszkodzenie wielu (kilku) różnych korzeni rdzeniowych (opinia pkt 8, k.629 – por. w tym względzie wyżej przytoczone szczegółowe ustalenia Sądu Okręgowego).

Ma to istotne znaczenie dla oceny następstw zabiegu, jakie powód wprost łączy z zabiegiem. Opinie biegłych w tym zakresie są całkowicie zbieżne. Biegli z (...) w B. stwierdzili, że z uwagi na przewlekły okres chorobowy (minimum 2 lata przed dokonaną w czerwcu 2008r. operacją) należało się liczyć z bardzo powolną poprawą, jak też należało brać pod uwagę że poprawa może w ogóle nie wystąpić (k.433). Biegli z (...) w T. stwierdzili, że w takim stanie zdrowia powoda z uwagi na przewlekłość i stopień zaawansowania zmian chorobowych poprawa mogła nie nastąpić od razu, co więcej w ogóle nie można nawet mówić o gwarancji całkowitej poprawy i powrotu do stanu fizjologicznego (opinia (...) w T. pkt 22 k.731). Dalej zaś, w opinii uzupełniającej, biegli z tego samego ośrodka stwierdzili wyraźnie, że brak poprawy po zabiegu operacyjnym nie dowodzi, iż kwalifikacja do zabiegu i sposób jego wykonania były nieprawidłowe. Brak poprawy może bowiem być następstwem neuropatii korzeniowej lub neuropatii cukrzycowej (pkt 6 opinii (...) w T. k.767). Pośrednio potwierdza to sam powód zeznając, że dr S. K. mówił mu, że to trudny zabieg, ale stan jego zdrowia może się poprawić o 40 % (k.125).

We wnioskach opinii obu zespołów biegłych, głównych i kolejnych uzupełniających, stwierdzono w sposób wyraźny i jednoznaczny, że operacja wykonana u powoda w dniu 18.06.2008r. została przeprowadzona w sposób prawidłowy (k.428, k.730/2).

Z powyższego wynika, że rozbieżności pomiędzy obiema opiniami dotyczą w istocie tylko dwóch zagadnień, a to możliwości uszkodzenia worka oponowego w czasie zabiegu (opinia (...) w T. dopuszcza taką ewentualność, opinia (...) w B. nie wskazuje na taką możliwość) oraz tego, czy powikłania po operacji w klinice w B., w N., miały wpływ na obecny stan neurologiczny powoda ((...) w B. udziela pozytywnej odpowiedzi – k.434, a (...) w T., odpowiedzi negatywnej. Co do pierwszej rozbieżności została ona już wyjaśniona, nie ma bowiem przesłanek aby stanowisko biegłych z (...) w T. uważać za dające realne podstawy do przypisania możliwości uszkodzenia worka oponowego w czasie operacji źródła stanu zdrowia powoda. Odnośnie drugiej rozbieżności należy z kolei uważać, że w sytuacji gdy również biegli z (...) w T. stwierdzili, iż stan zdrowia powoda był zły już przed operacją, w wyniku zabiegu poprawa mogła w ogóle nie nastąpić, a stan zapalny mógł powstać w czasie kolejnych operacji w N., to nie ma realnych przesłanek ku temu, aby tylko w oparciu o rozumowanie a contrario przypisywać obecny stan zdrowia powoda operacji wykonanej w pozwanym szpitalu. W żadnym razie treść wskazanych opinii nie może do takiego wniosku skłaniać.

Nie można podzielić stanowiska apelacji, że w prawidłowej ocenie dowodów dla Sądu, obok dwóch opinii biegłych sądowych sporządzone w toku procesu, miałyby być również złożona przez powoda opinia pozaprocesowa sporządzona przez Zakład Usług (...) z T.. Powód podnosił, że jej autorzy zwrócili uwagę na zaniechanie przeprowadzenia kontrolnego badania rezonansu magnetycznego w sytuacji, gdy powód skarżył się na ból odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz pogłębienie objawów niedowładu kończyny dolnej lewej, a to mogłoby wyjaśnić ewentualne przyczyny pogłębiania się zaburzeń neurologicznych; brak takich zachowań diagnostycznych okresu pooperacyjnego opiniujący uznali za niedbalstwo diagnostyczne, które mogło w konsekwencji doprowadzić do długotrwałego ucisku nie tylko korzeni nerwowych, ale i tego odcinka rdzenia kręgowego, a więc przerwania dróg przewodzących rdzenia kręgowego, potwierdzonego następnie rozpoznaniem w N. „zespołu ogona końskiego”, a operacja z dnia 15.08.2008r. nie zdołała już odwrócić utrwalonych i nieodwracalnych uszkodzeń przewodnictwa, co spowodowało trwałe kalectwo neurologiczne.

Odnosząc się do tego poglądu apelacji trzeba wskazać, że wprawdzie pozaprocesowa ekspertyza może stanowić dowód w sprawie mający znaczenie wyjaśnienia stanowiącego poparcie stanowiska strony z uwzględnieniem wiadomości

specjalnych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 lipca 2014r. II CSK 569/13 LEX 1532976, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 czerwca 1974r. II CR 260/74LEX nr 7517), to jednak w sprawie w żadnym wypadku nie można ww. ekspertyzy uważać za podważającą wyniki opinii biegłych sądowych. Ekspertyza czasowo znacznie poprzedzała opinie biegłych, nie mogła więc stanowić polemiki z nimi. Przede wszystkim jednak nie sposób stawiać na równi opinii biegłych sądowych z instytutu naukowego, o specjalnościach istotnych z punktu widzenia rozstrzyganej sprawy, z kompetencjami lekarza patomorfologa i specjalisty chorób kobiecych i położnictwa, będących autorami ekspertyzy (por. wyjaśnienia pełnomocnika powoda k.262). Kwestia ta nie wymaga dalszych rozważań. Można jedynie zaznaczyć, że zagadnienie, jakie poruszał powód, biegli szeroko omówili w obu opiniach zgodnie stwierdzając, że nie było błędem zaniechanie przez pozwanego diagnostyki po zabiegu, gdyż jest to bezcelowe z uwagi na towarzyszący zabiegowi obrzęk tkanek miękkich i wyciek krwi, a takie badanie w późniejszym terminie zostało zalecone (por. pkt. 7 k.427, pkt. 7 k.730/2, pkt. 13 k.767/2, por. także pkt. 2 k. 532, k.535 in fine).

Konkludując, treść obu opinii zespołów biegłych (instytutów naukowych) nie dawała przesłanek dla przyjęcia, że zabieg wykonany w pozwanym szpitalu był wadliwy, z naruszeniem zasad wiedzy medycznej, a co za tym idzie, aby był źródłem obecnego stanu zdrowia powoda. Tym samym omówione opinie nie wskazywały na istnienie adekwatnego związku przyczynowego między tymi faktami.

Również treść zeznań świadków nie może podważać wniosków obu opinii biegłych. Powód zarzucał z jednej strony, że Sąd Okręgowy nie uwzględnił zeznań świadków wskazanych przez powoda odnośnie jego stanu zdrowia przed i po zabiegu, z drugiej zaś podnosił, iż to zeznania świadków będących pracownikami pozwanego co do przebiegu jego pobytu w szpitalu, były niewiarygodne a fakty te zarazem stanowiły podstawę ustaleń biegłych, wpływając na wadliwość opinii.

W ocenie Sądu Apelacyjnego jednak zeznania żony powoda i jego znajomych, dotyczące stanu powoda po zabiegu, nie mogą stanowić dostatecznej podstawy dla budowania hipotezy o bezpośrednim wpływie operacji na obecny stan zdrowia powoda.

W pierwszej kolejności trzeba wskazać, że jeżeli powód kwestionuje zeznania świadków S. K. jako najbardziej zainteresowanego rozstrzygnięciem korzystnym dla pozwanego oraz świadków W. Ś., B. B., H. K., N. L., I. D. (1), R. K. (1), K. N. (1) jako osób osobiście (żona H. K.) lub zawodowo (podwładni na kierowanym przez niego oddziale szpitala) związanych ze świadkiem S. K. czy wreszcie powiązanych gospodarczo z pozwanym poprzez zatrudnienie (co dotyczyło wszystkich wskazanych świadków), to należy zauważyć, że samoistnie nie stanowi to podstawy do pozbawienia dowodów z ich zeznań cechy wiarygodności. Z natury rzeczy bowiem jest zazwyczaj tak, że wiedzę o faktach istotnych dla sprawy posiadają osoby powiązane w pewien sposób ze zdarzeniami stanowiącymi podstawę faktyczną pozwu, przez co to właśnie, ze względów pragmatycznych, one zostają wskazane jako świadkowie. Jednocześnie więc zwykle osoby te są powiązane związkami, najogólniej mówiąc natury społecznej (rodzinnej, zawodowej, przynależności organizacyjnej) z podmiotem, któremu usiłuje się przypisać odpowiedzialność za zdarzenie. Zarazem więc, wyjąwszy zdarzenia w ścisłym tego słowa znaczeniu incydentalne, te osoby najczęściej są połączone takimi więzami z uczestnikami zdarzeń. Generalne odmówienie wiary zeznaniom takich osób tylko dlatego, że mają związki osobiste czy gospodarcze ze stroną procesu, w istocie paraliżowałoby możliwość czynienia ustaleń, skoro a limine, według powoda, należałoby tym dowodom odmawiać wiary, nie czyniąc ich treści podstawą przyjęcia pewnych okoliczności faktycznych.

Prezentowany przez powoda tok rozumowania można by jednak zastosować także do świadków powołanych przez niego, bowiem była wśród nich jego małżonka (J. C.), powinowaci (żona brata A. G.), jak i wieloletni znajomi i koledzy (R. B., J. B., J. P., M. R.). Na treść tych zeznań również może bowiem wpływać relacja osobista świadków z powodem, dłuższa, bliższa i trwalsza, a zwłaszcza emocjonalnie bardziej wiążąca niż relacja pracownik-pracodawca. Widoczne u świadków, wprawdzie zupełnie zrozumiałe, współczucie dla sytuacji zdrowotnej i życiowej w jakiej znalazł się powód, realnie zdaje się wpływać na postrzeganie przez nich wstecz znaczenia zdarzeń dotyczących jego leczenia. Najistotniejsze jednak w sprawie jest to, że w tym wypadku chodzi o relacjonowanie faktów dotyczących stanu zdrowia powoda bezpośrednio po operacji, a więc gdy dla laika, zwłaszcza po ingerencji w tak wrażliwy organ jak

kregosłup, i przy uwzględnieniu typowo możliwego do wystąpienia pogorszenia stanu zdrowia, również w postaci uczucia w kończynach (co wynika z obu opinii biegłych), postrzeganie konsekwencji zabiegu przedstawia się jako nadzwyczaj poważne. To, co w stanie pooperacyjnym pacjenta, dla lekarza i pielęgniarki jest zwykłym stanem, nie będącym źródłem szczególnych emocji, nie wywołującym zaangażowania i nie prowadzącym do przyjęcia konieczności interwencji, dla laika urasta do postaci świadectwa poważnego stanu zdrowia.

Natomiast niewątpliwie zeznania świadków zgłoszonych przez powoda mogłyby mieć znaczenie dla ustalenia ewentualnej wysokości należnego mu zadośćuczynienia, jednak w sprawie brak było, jako takich, przesłanek dla jego przyznania.

Istotną dla oceny wiarygodności zeznań świadków będących pracownikami pozwanego jest treść dokumentacji medycznej w postaci karty wypisu ze szpitala, jak i dokumentacji z samego przebiegu leczenia (historia choroby k.22-23, karta

czynności pielęgnacyjnych k.15, konsultacja anestezyjologiczna k.18, karta znieczulenia k. 19). Wbrew sugestiom powoda nie ma żadnych podstaw do podważania jej wiarygodności. Wypis ze szpitala jest dokumentem wydanym samemu powodowi w dacie opuszczenia placówki pozwanego, w dniu 20.06.2008r., zatem pozwany nie miał następnie możliwości ingerowania w jego treść. Tymczasem ujawnione w nim zapisy ogólnie korespondują z treścią dokumentacji źródłowej.

Z historii choroby wynika, że w dniu 19.06.2008r., dzień po operacji, powód prawidłowo oddawał mocz. Podjęto wtedy próbę uruchomienia powoda, ale pojawiły się trudności w chodzeniu ze względu na niedowład lewej stopy, który się pogłębił (k.23). Wobec treści tego dokumentu nie można uważać, aby zbieżne z nią zeznania świadków będących pracownikami pozwanego, były niewiarygodne. Treść dokumentacji źródłowej jest w tym zakresie nawet jeszcze bardziej precyzyjna niż karta informacyjna leczenia szpitalnego, która mówi jedynie o samym uruchomieniu pacjenta, lecz z historii choroby wynika, że przyszło to powodowi z trudnością. To zaś koreluje również z zeznaniami świadków będących rodziną czy znajomymi powoda bądź zeznaniami jego samego.

W tym miejscu ponownie należy powrócić do kwestii postrzegania stanu zdrowia powoda przez niego samego, osoby mu bliskie oraz przez personel medyczny pozwanego. Za nieuzasadnione nawet nie tyle specjalistyczną wiedzą medyczną, ale zwykłym doświadczeniem życiowym należy uważać oczekiwania powoda, że po operacji, nawet małoinwazyjnej, lecz polegającej na rozcięciu powłok ciała na szerokości 10-12 cm, wnikięciu do wnętrza kregosłupa, dokonaniu tam zwłaszcza nacięcia i usunięcia tkanek, zaszyciu rany, w sytuacji gdy już uprzednio poruszał się z trudem, będzie on w stanie od razu bezproblemowo na nowo wdroyć się do chodzenia. W tym wypadku korzystanie z pomocy osoby trzeciej wydaje się zwykłą i naturalną rzeczą, a trudność w poruszaniu się wręcz oczywistością. Stąd nie można się zgodzić z tym, że wymowa faktu trudności z uruchomieniem powoda była świadectwem szczególnie negatywnych skutków zabiegu, rzutującym na ocenę jego prawidłowości. Z kolei z punktu widzenia personelu zdolność powoda po takim zabiegu do wstania z łóżka, poruszania się jako takiego i dojścia z pomocą innej osoby do toalety, chociaż z trudnością, przedstawia się jako nie budzący szczególnego zaskoczenia i nie wywołujący zaniepokojenia.

Wobec tego wpis w pooperacyjnej dokumentacji medycznej powoda, że został uruchomiony, tj. był pacjentem mobilnym, a contrario nie był pacjentem w stanie obłożności, był w pełni usprawiedliwiony (por. pkt. 5 opinii (...) w T. k. 767).

Powód jako wyraźne świadectwo braku wiarygodności stanowiska pozwanego wskazuje okoliczności odnoszące się do stosowania przez niego po zabiegu leków przeciwbólowych. Sprzeczność, jaką w tym zakresie zarzuca powód między zeznaniami świadka H. K. a zeznaniami innych świadków, w tym jej męża S. K., nie jest istotna na tyle, aby uważać je za niewiarygodne, bowiem ma tylko pozorny charakter. Powód podnosi, że H. K. zeznała, iż powód po zabiegu odmawiał przyjmowania jakichkolwiek leków przeciwbólowych, mimo że miał je zleczone, a świadek S. K. twierdził, że kontakt z powodem był ograniczony ze względu na liczne leki przeciwbólowe i nasenne, które powód otrzymał po zabiegu. Tymczasem świadek S. K. wyraźnie zeznał, że 2-3 godziny po zabiegu, było to wieczorem, widział się z powodem, stan jego był zbliżony do stanu przed zabiegiem, nic nie sygnalizował, był bezpośrednio po środkach znieczulających,

nasennych, kontakt z nim był ograniczony (k.150). Zatem ta sprzeczność, którą powód eksponuje, wynikała z tego, że w zeznaniu S. K. chodziło o stan powoda bezpośrednio po zabiegu, co wprost wynika z treści jego zeznań.

Powód, negując wiarygodność zeznań świadka S. K., zarzuca również, że ten twierdził, iż dla weryfikacji ewentualnych zmian pourazowych, jakich powód mógł doznać przed zabiegiem, wykonano tuż przed nim badania RTC; powód uważa obecnie to twierdzenie za nieprawdziwe gdyż nie ma oparcia w dokumentacji medycznej sporządzonej przez pozwanego. Tymczasem powód pomija dalszą część zeznań świadka S. K. gdzie ten podał, że zdjęcia znajdują się w pamięci cyfrowej aparatu rentgenowskiego i można je odzyskać. Powód natomiast nie wykazuje, aby we właściwym trybie procesowym wnosił do Sądu o zażądanie od pozwanego udostępnienia tych zdjęć, a zwłaszcza nie formułuje w apelacji zarzutu naruszenia prawa procesowego w postaci art. 233 § 2 k.p.c. przez brak uwzględnienia odmowy przez pozwanego złożenia wskazanych dowodów (zarzut taki mógłby zresztą odnieść skutek tylko wtedy, gdyby wniosek był złożony, Sąd go uwzględnił, lecz nie wyciągnął wobec pozwanego konsekwencji procesowych z jego zaniechania). Wobec powyższego usiłowanie negowania wiarygodności świadka w oparciu o ww. okoliczności nie może odnieść skutku.

Wbrew pogładowi apelacji, nie można zeznań świadka N. L. uważać za niewiarygodne. Powód zarzuca tym zeznaniom, że nie można uznać za prawdziwe twierdzenia co do uskarżania się powoda na dotychczasowe leczenie za granicą. Tymczasem tę samą okoliczność relacjonował świadek A. M. (1), zeznając, że powód przed operacją był krytycznie nastawiony do lekarzy niemieckich, którzy nie potrafili dać sobie rady z jego bólem kręgosłupa (k.258). Powód jednak zeznania tego właśnie świadka przytacza w uzasadnieniu apelacji jako wiarygodne. Tymczasem w sytuacji, gdy sam powód stwierdza, że podejmowane w N. zabiegi medyczne nie dawały stałego rezultatu, a on zdecydował się jednak na zabieg w Polsce, to w świetle zasad doświadczenia życiowego wiarygodne jest, iż wobec osób, jakie miały mu udzielić pomocy, wyrażał niezadowolenie z wcześniejszego sposobu leczenia w N..

Powód następnie upatruje braku wiarygodności zeznań N. L. i w tym, że będące świadkami (pielęgniarki I. D., R. K., K. N.) miały z nim styczność w czasie jego pobytu w szpitalu, lecz żadna nie widziała, aby po operacji samodzielnie poruszał się, bądź wychodził do ubikacji. Tymczasem racjonalnie oceniając należy uważać, że to, iż pielęgniarki miały styczność z powodem, wcale nie oznacza, że musiały być świadkami jego samodzielnego poruszania się. Musi być oczywiste, że zdarzenia, gdy powód w czasie pobytu w szpitalu pozwanego poruszał się po operacji, były ledwie jednostkowe, niewątpliwie okupione bólem i wysiłkiem. Stąd prawdopodobieństwo, że któraś z tych osób pełniąc zwykle czynności opiekuńcze (jak podawanie posiłków, pomiar ciśnienia, temperatury, itp.) miałyby widzieć ww. zdarzenia, jest nikłe. Wobec tego brak podania ich przez świadków nie stanowi o braku wiarygodności innych świadków, a jedynie o tym, że wiedza poszczególnych pracowników pozwanego, na podstawie ich informacji, jest inna.

Wbrew powodowi nie budzi wątpliwości prawdziwość zeznań N. L., że uskarżał się on na problemy z częstym oddawaniem moczu, skoro zostało to ujawnione w dokumentacji medycznej, w wywiadzie przedoperacyjnym i karcie leczenia szpitalnego. Fakt ten ma również potwierdzenie w zeznaniach świadka W. Ś., który przeprowadził wywiad.

Zagadnienie konieczności zażywania przez powoda środków przeciwbólowych bądź braku takiej potrzeby, jest przez powoda podnoszone jako świadectwo jego złego stanu zdrowia już zaraz po zabiegu. W ocenie Sądu Apelacyjnego, kwestię tę dobrze wyjaśnia zeznanie świadka W. Ś. (k.153/2), które z kolei wiąże się z wyjaśnieniem biegłych z (...) w T. (k.730). Oba te dowody są zbieżne w tym znaczeniu, że mówią, iż obiektywnym wskaźnikiem istnienia bólu (ten jest subiektywnie odbierany przez każdą osobę) jest konkretna dawka środków przeciwbólowych, jakiej domaga się pacjent dla skutecznego uśmierzenia bólu (rzecz jasna opinia ma walor obiektywny, pozytywnie weryfikując relację świadka opartą na jego doświadczeniu zawodowym). Z zeznań świadka Ś. wynika, że powód nie dostawał na żądanie leków przeciwbólowych. Oznacza to, że nie miał on szczególnie silnych dolegliwości bólowych wywołanych ingerencją w kręgosłup, tj. takich, które by wywołały konieczność aplikowania leków wywołanych tym faktem. Natomiast to, że pewne standardowe środki przeciwbólne powód musiał otrzymywać jest oczywiste i naturalne, biorąc pod uwagę opisane wyżej cechy zabiegu. W karcie leczenia mowa jest o takich lekach przeciwbólowych jak ketonal i myolastan. Również w karcie czynności pielęgnacyjnych uwidoczniono podawanie leków przeciwbólowych.

Analizując wreszcie to zagadnienie, w tym pod kątem zarzucanego przez powoda braku wiarygodności zeznań personelu pozwanego, trzeba wskazać, że istnienie bólu pooperacyjnego dla laika jest tak oczywiste, że wysuwanie przez świadków tezy o braku odczuwania przez powoda bólu byłoby pierwszą i oczywistą przyczyną brana pod uwagę przy rozważaniu ich zeznań i narażało ich na negatywną ocenę. Gdyby zeznania tych osób miały zostać uprzednio przygotowane, zapewne kwestia ta przedstawiałaby się odmiennie i, jak można uważać, nie pojawiłby się w nich wątek braku odczuwania bólu przez powoda. Jeśli zaś taki się jednak pojawił, to należy uważać go za wiarygodny, lecz widzieć nie tak jak powód, że świadkowie przeczą, iż odczuwał on ból i tym samym są niewiarygodni, lecz tak, że nie zgłaszał dolegliwości nietypowych, wymagających leków o ponadstandardowym charakterze. Stąd należy przyjąć, że nie ma sprzeczności między zeznaniami świadków mówiącymi o braku pobierania leków przeciwbólowych a dokumentacją medyczną poświadczającą ich stosowanie. Podkreślenia wymaga, że także biegli z (...) w B. w tej kwestii opisując zagadnienie stosowania leków przeciwbólowych mieli na myśli silny ból (pkt. 11 k.429).

Z kolei można wreszcie zadać, w istocie retoryczne, pytanie, a mianowicie, dlaczego powód miałby nie otrzymywać leków przeciwbólowych, gdyby faktycznie zgłaszał silne dolegliwości tego rodzaju. Brak jest jakichkolwiek racjonalnych podstaw, aby twierdzić, że gdyby takie zgłoszenie miało miejsce i istniały wskazania medyczne, to pomimo tego personel pozwanego nie byłby powodowi takich leków zalecił i zaaplikował. Należy to stanowczo wykluczyć, nie tylko uwzględniając to, że zajęcie stanowiska przeciwnego oznaczałoby po prostu, iż pracownikom powoda trzeba przypisać chęć szkodenia powodowi, wręcz narażenia na zbędne cierpienia, ale i uwzględniając, że powód był pacjentem z polecenia innego prominentnego pracownika szpitala, dr. M., a więc otoczonym większą nawet niż zwykle opieką, jak i w końcu i to, że dał się wcześniej poznać personelowi jako sympatyczna i rozmowna osoba.

Generalnie należy wskazać, że w odniesieniu do oceny zeznań świadków w osobach pracowników pozwanego powód popada w nielogiczność. Z jednej bowiem strony podnosi, że są one wewnętrznie sprzeczne w przedmiocie kilku okoliczności, zwłaszcza uruchamiana powoda po zabiegu czy podawania mu środków przeciwbólowych z czego powód wywodzi wniosek o braku ich wiarygodności, z drugiej zaś co do samej zasady podnosi generalny brak ich wiarygodności jako pochodzących od osób powiązanych z pozwanym. Przede wszystkim jednak, wbrew stanowisku apelacji, istnienie pewnych sprzeczności w zeznaniach świadków pozytywnie świadczy o ich wiarygodności, bowiem gdyby, jak chce powód, nosiły one cechy złożenia dla celów postępowania i obrony w nim interesów pozwanego, to wówczas powinny były przedstawiać całkowicie spójny i pozbawiony wewnętrznych sprzeczności obraz zdarzeń dotyczących pobytu powoda w placówce pozwanego, zwłaszcza tych, które eksponowane przez powoda mają wywołać wątpliwość co do ich wiarygodności. Tymczasem te zeznania zawierają takie rozbieżności, które zasadnie można tłumaczyć jako naturalne, a spowodowane upływem czasu i zawodną pamięcią świadków, wobec czego ich treść należy uważać za spontaniczną i relacjonującą odbierany przez świadków stan rzeczy, właśnie tak przez nich zapamiętany, a nie za relację przygotowaną dla potrzeb procesu. Stąd akcentowane przez powoda rozbieżności w zeznaniach co do tego czy powód przyjeżdżając do szpitala poruszał się przy pomocy kul ortopedycznych czy nie, przedstawiają się jako drugorzędne i nieistotne, a nie jako będące wyrazem braku prawdomówności tych osób.

Trzeba również zauważyć, że powód został zapamiętany przez personel pozwanego, gdyż był osobą charakterystyczną jako pacjent z N.. Wynika to z zeznań świadka N. L., jak i W. Ś., który podał, że zapamiętał powoda, bo mają mało pacjentów z N.. Powód został zapamiętany również dlatego, że był postrzegany jako rozmowny pacjent (świadkowie I. D., N. L., R. K.). Utrwalenie się samej osoby powoda w pamięci świadków, nie chroni ich jednak przed działaniem naturalnych procesów zapamiętywania i możliwości powstania pewnych luk w pamięci.

Analizując z kolei zeznania powoda trzeba zauważyć, że podał on, iż dr M. skontaktował go z dr. P., ten zalecił badania nerwu, wynik był bardzo niekorzystny, po czym lekarz ten powiedział mu, żeby się nie poddawał żadnym operacjom, bo to nic nie da i zostanie kaleką do końca życia (k.126). Świadek J. C., żona powoda, zeznała, że po operacji konsultował się on z lekarzem P. we W., lecz ten powiedział mu, że nic nie może pomóc (k.103). Tymczasem z zeznań świadka A. M. (1) wynika, że to on skontaktował powoda ze swoim kolegą, prof. S. P., kierownikiem Kliniki (...) we W., a po wizycie powód zadzwonił i wyraził zadowolenie z wizyty (k.258/2). Można dać wiarę świadkowi A. M., jako osobie rzeczywiście bezpośrednio niezaangażowanej w sprawę (choć także pracownikowi pozwanego), do którego zeznań,

sam powód się odwoływał. Z opisanych zeznań powoda i jego żony wynika, że obecnie celowo pomijają oni pewne okoliczności względnie nadają im inne znaczenie po to, aby kreować całkowicie negatywny obraz skutków operacji wykonanej w pozwanym szpitalu.

Generalnie zaś na wymowę twierdzeń powoda w sprawie wpływa jego stwierdzenie w czasie zeznań, że po operacji czuł się w miarę dobrze (k.125). W kontekście zaś twierdzeń dotyczących środków przeciwbólowych, to należy zauważyć, że powód podawał, iż przebywając po opuszczeniu szpitala u p. R., stosował się do zaleceń dr K., te zaś zawierały stosowanie leków przeciwbólowych (febropfen i myolastan – k. 14/2).

W świetle powyższej oceny dotyczącej odmiennego charakteru dowodów z opinii i zeznań świadków, należy konsekwentnie uważać, że zeznania świadków powołanych przez powoda nie mogą stanowić dostatecznej przesłanki dla czynienia ustaleń będących z kolei podstawą dla budowania podstawy faktycznej do uznania istnienia wysokiego prawdopodobieństwa związku przyczynowego pomiędzy zabiegiem a obecnym stanem zdrowia powoda.

Nie ma również podstaw, aby zeznania personelu medycznego pozwanego, jak i wytworzoną przez niego dokumentację medyczną, uważać za niewiarygodne, a przez to nie mogące stanowić podstawy wyjściowych ustaleń przyjmowanych przez biegłych sądowych jako przesłanki ich opinii.

Konkludując, niezasadność zarzutów naruszenia prawa procesowego, w stopniu wpływającym na treść zaskarżonego wyroku, czyniła niezasadnym zarzut dokonania błędnych ustaleń faktycznych.

Wobec tego nie mógł zostać uznany za zasadny zarzut naruszenia art. 6 kc.

Postępowanie dowodowe inicjowane przez powoda nie doprowadziło do powstania możliwości poczynienia ustaleń faktycznych zbieżnych z twierdzeniami pozwu, a przez to nie prowadziły od uznania zasadności twierdzeń pozwu.

Zebrany w sprawie materiał dowodowy nie dawał podstaw dla zastosowania mniej rygorystycznych reguł dotyczących ustalania związku przyczynowego w sprawach dotyczących błędów medycznych, przez stosowanie domniemania faktycznego z art. 231 k.p.c., w postaci tzw. dowodu prima facie. Wbrew apelacji, przede wszystkim zeznania świadków nie czyniły zasadnym przyjęcie, że stan zdrowia powoda po zabiegu był tak niedobry, jak obecnie on to przedstawia, a zatem aby dawał wystarczające podstawy dla przyjmowania, że to zabiegowi w pozwanej placówce można przypisać, wprawdzie nie w stopniu przesadzającym o pewności, lecz wystarczająco wysoce prawdopodobnym, że pogorszenie się stanu zdrowia powoda, jakie można obecnie obserwować, było jego bezpośrednim efektem. Z kolei treść opinii biegłych (...) w T., co do samej zasady dopuszczającej możliwość, że mogło dojść w trakcie zabiegu do niewielkiego uszkodzenia opony miękkiej, skonfrontowana z całością wywodów tego instytutu oraz (...) w B., wreszcie ze zgodnymi wnioskami obu opinii co do prawidłowego sposobu wykonania zabiegu, nie pozwalają dopatrywać się istnienia dostatecznego prawdopodobieństwa związku zabiegu z obecnym stanem zdrowia powoda.

Przyjęcie, że ustalenia faktyczne, poczynione na podstawie trafnej oceny dowodów, były prawidłowe, stanowiło o niezasadności zarzutu naruszenia prawa materialnego. W ustalonym stanie faktycznym sprawy nie można było uważać, że zostały spełnione, określone w art. 430 k.c. w zw. z art. 445 k.c., przy uwzględnieniu art. 415 kc i art. 361 kc, podstawy odpowiedzialności deliktowej pozwanego w postaci istnienia związku przyczynowego pomiędzy jego zachowaniem (zabiegiem medycznym) a stanem zdrowia powoda. Brak spełnienia tej przesłanki, z przyczyn już wyjaśnionych, czynił niemożliwym uznanie odpowiedzialności pozwanego. Zasadnie skutkowało to oddaleniem powództwa przez Sąd Okręgowy oraz apelacji powoda podważającej trafność tego rozstrzygnięcia.

Należy wyjaśnić, że znany jest Sądowi Apelacyjnemu pogląd orzecznictwa, że w tego rodzaju sprawach jak rozpoznawana sąd orzeka o roszczeniach, które wynikają z faktów przytaczanych przez powoda, aż do chwili zamknięcia rozprawy w pierwszej instancji. Związanie sądu granicami żądania obejmuje nie tylko wysokość i rodzaj dochodzonego świadczenia, ale także elementy motywacyjne uzasadniające żądanie. Do naruszenia art. 321 § 1 k.p.c. doszłoby zatem wtedy, gdy podstawą orzeczenia były okoliczności faktyczne, których powód nie objął swymi twierdzeniami. Dopuszczalne według art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. zadośćuczynienie pieniężne obejmuje

krzywdy będące rezultatem uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia. Przedmiotem ochrony na podstawie art. 19a ust. 1 ustawy z 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej nie jest zdrowie pacjenta, 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. Można przyjąć, że pierwszym przypadku czyn bezprawny polega na spowodowaniu uszkodzenia ciała lub wywołaniu rozstroju zdrowia, drugi zaś na naruszeniu prawa pacjenta do informacji, niezależnie od ostatecznej skuteczności przeprowadzonego zabiegu. Dlatego wymagają odrębnego rozważenia przesłanki odpowiedzialności każdego z tych czynów bezprawnych. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 grudnia 2009r. II CSK 337/09

LEX 686364).

W dacie wykonywania zabiegu obowiązywała ustawa z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej. (Dz. U. z dnia 14 października 1991r.), która stanowiła :

Art. 19.

1. Pacjent ma prawo do:

1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń - do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń,

2) informacji o swoim stanie zdrowia,

3) wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji,

4) intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,

5) umierania w spokoju i godności.

2. Przepis ust. 1 pkt 3 nie dotyczy świadczeń zdrowotnych, których udzielanie bez zgody pacjenta regulują odrębne przepisy.

Art. 19a.

1. W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta, o których mowa w art. 18 ust. 2 i ust. 3 pkt 1 oraz w art. 19 ust. 1 pkt 1-4 i ust. 3, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

Należy wskazać, że powód od początku objął podstawą faktyczną żądania pozwu (art. 187 § 1 pkt. 2 kpc) twierdzenia o tym, że nie został poinformowany o potencjalnych skutkach zabiegu jakiemu się poddał, jak i podnosił, że zabieg został wykonany niezgodnie z wymaganiami wiedzy medycznej. Można to uważać za poddanie Sądowi Okręgowemu pod rozwagę również żądania zadośćuczynienia z powodu naruszenia obowiązku informacyjnego ciążącego na lekarzu. Stąd dopuszczalne jest obecnie dokonywanie oceny czy te okoliczności faktyczne, dowiedzione przez powoda, mogą stanowić podstawę dla przypisania stronie pozwanej odpowiedzialności wobec powoda skutkującej zasądzeniem żadanego zadośćuczynienia.

Trzeba zaznaczyć, że w art. 19 a ww. ustawy odmienny niż w art. 445 § 1 k.c. w w. z art. 448 k.c jest przedmiot ochrony prawnej. Art. 445 § 1 k.c. rekompensuje skutki uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, natomiast art. 19a u.z.o.z. chroni godność, prywatność i autonomię pacjenta (por. art. 18 ust. 2 i ust. 3 pkt 1 oraz w art. 19 ust. 1 pkt 1-4 i ust. 3 u.z.o.z.), niezależnie od staranności i skuteczności zabiegu leczniczego. Artykuł 19a u.z.o.z. służy tylko osobie będącej pacjentem, ale zasięg jego oddziaływania wykracza poza sferę deliktową i mieści się również w sferze kontraktowej. Uznanie niezależności obu roszczeń, określających odpowiedzialność za oddzielne czyny

bezprawne, wyklucza ponadto uznanie art. 19a u.z.o.z. za przepis szczególny wobec regulacji kodeksowych. Takie stanowisko zajął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 29 maja 2007r. V CSK 76/07 OSNC 2008/7-8/91 formułując tezę, że roszczenie o zadośćuczynienie przewidziane w art. 445 § 1 k.c. oraz roszczenie o zadośćuczynienie będące następstwem zawinionego naruszenia praw pacjenta (art. 19a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm.) mają odrębny charakter, określając zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne.

Z powyższego wynika, że przedmiotem ochrony w art. 19a ustawy jest godność, prywatność i autonomia pacjenta. W sprawie będzie nią ostatnia przesłanka, a to autonomia pacjenta.

Wypada zauważyć, że art. 19a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.), utracił moc z dniem 5 czerwca 2009r., na podstawie ustawy z dnia 24 kwietnia 2009r. wprowadzającej ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009r. Nr 76, poz. 641). Obecnie zadośćuczynienie to reguluje art. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.), stanowiąc, że w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Ponieważ ostatnia ustawa nie zawiera wprost przepisów intertemporalnych, należy uznać, że obowiązuje ogólna reguła art. 3 kc stanowiącego, że ustawa nie ma mocy wstecznej, chyba że to wynika z jej brzmienia lub celu. Skoro nowa ustawa powieliła poprzednie rozwiązanie legislacyjne, to wypada uznać, że zastosowanie ma poprzedni przepis, bowiem z nowego nie wynika, aby celem ustawodawcy było zniweczenie skutków działania poprzedniej ustawy jak chodzi o określenie skutków naruszenia prawa pacjenta, określonego poprzednio w art. 19 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, oceniając stan faktyczny sprawy pod kątem regulacji art. 19 a ust. 1 ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, należy uważać, że wskazany przepis nie może stanowić podstawy do przyznania powodowi zadośćuczynienia.

Ustalenia te nie dają ku temu możliwości. Nie prowadzą one bowiem do wniosku, że zabieg jakiemu poddał się powód, był wykonany nieprawidłowo, a więc z naruszeniem zasad współczesnej wiedzy medycznej. W tym zakresie Sąd Apelacyjny odwołuje się do wcześniejszych rozważań.

Nie ma również podstaw, aby ustalić, że pozwany nie dopełnił wobec powoda obowiązku informacyjnego.

Powód zeznał, że lekarz S. K. nie poinformował go o potencjalnych zagrożeniach jakie wiążą się z planowanym zabiegiem (k.125). Nie można dać temu wiary. Sam powód wcześniej zeznał, że lekarz mówił mu, iż jest to trudny zabieg, a w razie powodzenia poprawa stanu zdrowia może wynosić ok. 40 %, a jeśli nie będzie komplikacji, to po dwóch dniach będzie mógł wrócić do domu (k.125). Z zeznań żony powoda, J. C., wynika, że powód chciał zrezygnować z zabiegu, telefonował do dr. S. K., lecz ten ostatecznie przekonał go do poddania się operacji (k.102); również według zeznań A. G., powołującej się na żonę powoda, powód miał nie chcieć zabiegu, ale dał się przekonać (k.105). Z tego wynika, że powód był informowany przez lekarza o możliwych negatywnych konsekwencjach zabiegu. Gdyby nie to, to trudno uważać, że powód miałby się tak zachowywać, iż wyraził zgodę na zabieg, umówił już jego terminu, a następnie wycofał się z tego. Natomiast tego, że ostatecznie do zabiegu przystąpił nie można rozumieć tak, iż lekarz zapewnił go, że wszystko przebiegnie pomyślnie. Wobec pacjenta, który już raz powziął tego rodzaju wątpliwości byłoby to pozbawione sensu i krótkowzroczne, zwłaszcza, że sam lekarz mówił powodowi, że zabieg jest trudny a jego pomyślny przebieg poprawi stan zdrowia o co najwyżej 40 %. Co więcej, tę relację pacjent - lekarz, należy umieścić w szerszym kontekście faktycznym. Powód już w 2007r. był w N. zakwalifikowany do operacji endoskopowej, lecz z racji ryzyka z niej zrezygnował. Lekarz S. K. o tym wiedział, nie sposób więc przypuszczać, że byłby nie asekurował się na wypadek niepowodzenia przedstawieniem pacjentowi realnych zagrożeń, skoro wiedzę o nich pacjent i tak już posiadał, zaś zaniechanie takiego poinformowania mogło narazić wiarygodność zawodową lekarza w oczach pacjenta.

Wobec ustalenia, że obowiązek informacyjny został dopełniony, a zabieg przeprowadzony prawidłowo, nie było możliwe uwzględnienie powództwa, a wobec tego zmiana zaskarżonego wyroku, na jakiegokolwiek podstawie prawnej możliwej do zastosowania do twierdzeń faktycznych pozwu.

Dlatego apelacja jako bezzasadna podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. i art. 99 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. przy uwzględnieniu § 6 pkt 7 w zw. § 12 pkt 2 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 (Dz. U. z 2013 r. poz. 490).

SSO del. Ryszard Biegun	SSA Piotr Wójtowicz	SSA Joanna Kurpierz
-------------------------	---------------------	---------------------