

Sygn. akt I ACa 904/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 czerwca 2018 roku

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Artur Kowalewski (spr.)
Sędziowie:	SSA Tomasz Żelazowski SSA Halina Zarzeczna
Protokolant:	sekr. sądowy Emilia Startek

po rozpoznaniu w dniu 23 maja 2018 roku na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa M. K. (1)

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Szpitalowi (...) w S.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 13 września 2017 roku, sygn. akt I C 278/13

I. oddala apelację;

II. odstępuje od obciążania powoda kosztami zastępstwa procesowego pozwanego w postępowaniu apelacyjnym;

III. przyznaje od Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Szczecinie na rzecz adwokata M. O. kwotę 5.400 (pięć tysięcy czterysta) złotych powiększoną o należny podatek VAT tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu powodowi w postępowaniu apelacyjnym.

Tomasz Żelazowski Artur Kowalewski Halina Zarzeczna

Sygn. akt I ACa 904/17

UZASADNIENIE

Powód M. K. (1) wniósł o zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) w S. kwoty 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 sierpnia 2012 r. do dnia zapłaty, oraz kwoty 1000 zł miesięcznie tytułem renty w związku z utratą możliwości zarobkowych, płatnej z góry do 10 każdego miesiąca

z ustawowymi odsetkami w przypadku zwłoki w zapłacie każdej renty oraz ustalenie odpowiedzialności pozwanego za wszelkie konsekwencje mogące ujawnić się w przyszłości a będące skutkiem błędu lekarzy. Powód wniósł również o zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu. Roszczenia powód wywodził ze skutków nieprawidłowego leczenia w pozwanym Szpitalu złamania prawego obojczyka, jakiego doznał w dniu 24 lipca 2008 r.

Pozwany Samodzielny Publiczny Szpital (...) w S. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa, zasądzenie od powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa prawnego, podnosząc zarzut przedawnienia roszczeń zgłoszonych w oparciu o przepis art. 442⁽¹⁾ § 1 k.c. Niezależnie od powyższego wskazał, że proces leczenia zastosowany u powoda był zgodny z aktualną wiedzą z zakresu ortopedii, a powikłania jakie u niego wystąpiły są typowymi dla doznanego urazu.

Wyrokiem z dnia 13 września 2017 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie oddalił powództwo, odstąpił od obciążania powoda kosztami postępowania należnymi stronie pozwanej oraz przyznał adwokatowi M. O. kwotę 8856 zł tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu w postępowaniu pierwszoinstancyjnym

Podstawę tego orzeczenia stanowiły następujące ustalenia faktyczne i ich ocen prawna.

M. K. (1) w 2008 r. miał 48 lat. Jest postawnym mężczyzną z wagą na poziomie 105 kg. Powód z wykształcenia jest mechanikiem – kierowcą. Zawodowo pracował od 1974 r., początkowo w Stoczni (...), a w późniejszym okresie jako kierowca zawodowy samochodów ciężarowych. Były okresy kiedy powód pracował na czarno. Ostatnią umowę zlecenie miał zawartą z H. i R. J. prowadzącymi działalność jako (...). Zgodnie z umową jego wynagrodzenie miesięczne wynosiło 1100 zł. Umowa została zawarta w dniu 1 lipca 2008 r., zaś rachunek powód wystawił 31 lipca 2008 r. Składki z tytułu tej umowy zostały przekazane dopiero w dniu 14 sierpnia 2008 r.

W latach 90 – tych powód doznał złamania obojczyka lewego, które leczone było operacyjnie. Ponownego złamania tego obojczyka powód doznał w lipcu 2013 r. Początkowo również zastosowano leczenie zachowawcze wobec postawy powoda, który samowolnie opuścił Izbę Przyjęć Szpitala (...) a następnie w dniu 12 sierpnia 2013 r. przeprowadzono zabieg operacyjny.

Powód M. K. (1) w dniu 24 lipca 2008 r. doznał urazu w postaci złamania obojczyka prawego, z którym zgłosił się do pozwanego szpitala w dniu 26 lipca 2008 r., w godzinach przedpołudniowych, gdzie został przyjęty przez lekarza P. J.. W trakcie badania wykonano powodowi dwa zdjęcia RTG kości barku i ramienia, potwierdzono uraz – złamanie obojczyka prawego z przemieszczeniem odłamu dalszego ku dołowi, bez kontaktu odłamów. Założono powodowi zewnętrzny stabilizator kości – łopatką, obojczyk, klatka piersiowa w postaci ósemkowego opatrunku gipsowego na okres 4 tygodni, wyznaczając termin kontroli na dzień 2 sierpnia 2008 r. W trakcie wizyty powód nie był informowany o możliwości leczenia złamania operacyjnie.

Podczas badania kontrolnego w dniu 2 sierpnia 2008 r. lekarz S. P. rozpoznał u powoda następstwa złamania kończyny górnej. Na podstawie wyników kontrolnego zdjęcia RTG kości barku i ramienia nie stwierdzono nowych przemieszczeń, a warunki do zrostu złamanego obojczyka uznano za prawidłowe. Lekarz nie stwierdził potrzeby leczenia operacyjnego i nie konsultował się z pierwszym lekarzem dyżurnym. Zalecono kontrolę w Poradni Ortopedycznej za 4 tygodnie i noszenie ręki w chuście trójkątnej. W dokumentacji uczyniono adnotację, że nie wystawiono zwolnienia lekarskiego z uwagi na brak kompletu dokumentów.

W dniu 27 sierpnia 2008 r. powód był na wizycie u R. A. – specjalisty w chirurgii urazowej i ortopedii w Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy, przez którego został skierowany ponownie do szpitala z rozpoznaniem złamania obojczyka prawego z przemieszczeniem odłamów w celu wykonania operacji. Decyzja zapadła po wykonaniu zdjęcia RTG, na którym stwierdzono brak zrostu i znaczne oddalenie odłamów. Powód również w późniejszym okresie wielokrotnie korzystał z porad tego lekarza i opierał się na jego opinii dotyczącej nieprawidłowości jego leczenia, poczynając od momentu podjęcia decyzji o leczeniu zachowawczym.

Decyzję o równoległych konsultacjach w dwóch różnych ośrodkach powód podjął, gdyż nie odpowiadał mu sposób leczenia w pozwanym szpitalu., chciał zasięgnąć opinii innego lekarza ortopedy.

W dniu 2 września 2008 r. lekarz T. B. po przybyciu powoda na Izbę Przyjęć pozwanego szpitala nie stwierdził podstaw do jego hospitalizacji. Lekarz B. K. wobec braku zrostu zakwalifikował powoda do leczenia operacyjnego, wyznaczając termin stawienia się do szpitala nazajutrz.

W dniu 3 września 2008 r. powód został poddany w Katedrze i Klinice Ortopedii i Traumatologii Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) w S. leczeniu operacyjnemu w postaci otwartego nastawienia złamania z wewnętrzną stabilizacją (płyta LCP). Przy przyjęciu stwierdzono opóźnione gojenie złamania obojczyka prawego. Powód wyraził zgodę na przeprowadzenie zabiegu. W dniu 4 września 2008 r. został wypisany w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem utrzymania chusty trójkątnej przez okres 6 tygodni, zakazu obciążania operowanej kończyny, usunięcia szwów w 12 dobie po zabiegu w warunkach ambulatoryjnych, kontroli w Poradni Ortopedycznej za 6 tygodni.

W dniu 16 września 2008 r. powód ponownie zgłosił się do lekarza R. A. z Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy z Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej. Kolejna konsultacja u tego lekarza miała miejsce w dniu 4 listopada 2008 r., w trakcie której stwierdził odczyn zapalny w okolicy rany.

Po około miesiącu po operacji powód zaczął odczuwać znaczne dolegliwości bólowe w miejscu operowanym, drętwienie kończyny, pojawiła się wysoka temperatura. Jeszcze przed wyznaczonym terminem wizyty pooperacyjnej, w dniu 11 października 2008 r. powód zgłosił się na Izbę Przyjęć pozwanego szpitala, gdzie został przyjęty przez lekarza S. P.. Powód zgłosił nasilenie dolegliwości bólowych operowanej kończyny. Lekarz stwierdził, że rany są zagojone. Nie było żadnego wysięku z rany, opóźnionego gojenia, czy innych niepokojących objawów. Temperatura w chwili wizyty utrzymywała się na poziomie 36,5°C. Lekarz zalecił kontrolę jak przy wypisie, a ponadto przepisał powodowi leki.

Lekarz nie stwierdził wówczas potrzeby hospitalizacji powoda, czy wdrożenia leczenia operacyjnego. Nie zostały zlecone nowe zdjęcia RTG.

Powód domagał się od lekarza poszerzonej diagnostyki, uważając że stan ręki nie jest zadowalający. W ocenie powoda w tym dniu doszło do destabilizacji zespolenia i zapalenia.

Wizyta nie została odnotowana w dokumentacji Izby Przyjęć. Lekarz na wypisie ze szpitala dokonał odrębnej adnotacji o wizycie i spostrzeżeniach z wizyty.

Dwa tygodnie później wobec wystąpienia silnego obrzęku i otwarcia rany, powód ponownie zgłosił się na Izbę Przyjęć pozwanego szpitala. Wizyta miała miejsce w dniu 20 października 2008 r. Lekarz T. B. po wykonaniu zdjęcia RTG kości barku i ramienia, stwierdził następstwa otwartej rany kończyny górnej oraz brak podstaw do hospitalizacji powoda. Tożsame zdarzenie miało miejsce 23 października 2008 r., przy czym lekarzem przyjmującym powoda na Izbie Przyjęć był K. R.. Rozpoznał u powoda następstwa otwartej kończyny górnej.

Na początku listopada 2008 r. powód udał się na konsultację do R. A. z Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy. Lekarz stwierdził odczyn zapalny w okolicy rany operacyjnej.

W dniu 9 listopada 2008 r. powód badany przez M. K. (2) nie został przyjęty na Oddział.

W dniu 10 listopada 2008 r. z rozpoznaniem septycznego obłuzowania stabilizacji zespolenia obojczyka prawego został skierowany do Kliniki Ortopedii i Traumatologii, w której przebywał do dnia 17 listopada 2008 r. W trakcie tego pobytu zastosowano leczenie operacyjne, w tym dokonano oczyszczenia rany z wycięciem tkanek infekcyjnych, pobraniem materiału do badania histopatologicznego, usunięciem zespolenia i miejscową terapią octaniseptem.

W pobranym wymazie z rany na podstawie posiewu beztlenowego nie stwierdzono bakterii. Jednak w posiewie tlenowym wyizolowano gronkowca MSSA (staphylococcus aureus).

Po opuszczeniu szpitala w dniach 24 listopada 2008 r. i 28 stycznia 2009 r. powód odbył kolejne konsultacje u lekarza R. A..

W dniu 7 kwietnia 2009 r. u powoda wykonano USG tkanek miękkich, w trakcie którego stwierdzono, że obojczyk prawy o nierównych zarysach i przerwanej ciągłości. Odlamy nie stoją w osi, brzeżne powierzchnie odłamów kostnych o nieregularnym zarysie, zrost nieuwidoczny, pomiędzy odłami widoczna jest niejednorodna masa tkankowa o umiarkowanym unaczynieniu w badaniu power doppler, w którą zatopiony jest fragment kostny średnicy 0,3 cm. Masywne zmiany bliznowate w tkankach miękkich uniemożliwiły ocenę splotu ramiennego.

W kolejnym badaniu – tomografii komputerowej aorty piersiowej wykonanym w dniu 8 maja 2009 r. u powoda stwierdzono stan po wieloodłamowym złamaniu prawego obojczyka bez cech kośćcozrostu; widoczny ślad po śrubach zespolenia. Nie można wykluczyć zapalenia kości obojczyka (pogrubienie okostnej, zmieniona architektura kości). Żył pachowa prawa o szczelinowatym świetle (stan po zakrzepicy?).

Na podstawie tego badania w dniu 21 maja 2009 r. powoda zakwalifikowano do wtórnej osteosyntezy obojczyka z użyciem czynników wzrostowych oraz antybiotyku na nośniku (gąbka garmacynowa).

W trakcie hospitalizacji w pozwanym szpitalu, która miała miejsce w okresie 9 – 12 czerwca 2009 r., powód został poddany zabiegowi operacyjnemu, w trakcie którego wycięto staw rzekomy oraz otaczającą kostninę. Dokonano także restabilizacji z użyciem płyty LCP 7 – otworowej i miejscowej aplikacji własnopochodnego czynnika wzrostowego płytko – pochodnego.

Decyzją Powiatowego Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności z dnia 16 listopada 2009 r. został zaliczony do osób niepełnosprawnych w stopniu umiarkowanym. Orzeczenie zostało wydane do 30 listopada 2010 r.

Kolejną decyzją Powiatowego Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności z dnia 8 grudnia 2010 r. powód został zaliczony do stopnia niepełnosprawności umiarkowanego. Orzeczenie zostało wydane do dnia 31 grudnia 2012 r. a jako datę niepełnosprawności wskazano 24 lipca 2008 r. W uzasadnieniu decyzji wskazano, że powód ma naruszoną sprawność organizmu, która wymaga udzielenia częściowej pomocy innym osobom. Jednocześnie wskazano, że powód może podjąć zatrudnienie w warunkach pracy chronionej i wskazane jest przekwalifikowanie; ponadto że schorzenia powodują ograniczenia, okresowe utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu.

Wyrokiem z dnia 2 grudnia 2014 r. wydanym w sprawie IX U 290/13 Sąd Rejonowy Szczecin – Centrum w Szczecinie IX Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zaliczył powoda do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności od 23 czerwca 2009 r. do 30 listopada 2014 r. i ustalił, że powód może podjąć zatrudnienie w warunkach pracy chronionej na przystosowanym stanowisku pracy.

Decyzją z dnia 17 grudnia 2010 r. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w S. przyznał powodowi pomoc w postaci zasiłku stałego w wysokości 444 zł miesięcznie od 1 grudnia 2010 r. do 31 grudnia 2012 r.

W okresie od 9 grudnia 2011 r. do 12 stycznia 2012 r. powód przebywał na oddziale rehabilitacyjnym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w C. w związku ze złamaniem obojczyka prawego i trzykrotnym leczeniem operacyjnym z powodu opóźnionego zrostu kostnego (wrzesień 2008 r.), stanem zapalnym obojczyka (listopad 2008 r.) i stawem rzekomym (czerwiec 2009 r.). Odnotowano przewlekły ból kręgosłupa szyjnego na tle zmian zwyrodnieniowych i dyskopatii oraz podejrzenie przykurczu Volkmana. Zastosowano w trakcie tego pobytu leczenie w postaci farmakoterapii, kinezyterapii, fizykoterapii (masaż podwodny, laser, masaż klasyczny, masaż limfatyczny, wirowy, parafinę, galwanizację).

W okresie 2010 - 2012 powód kilkakrotnie zgłaszał się na Izbę Przyjęć pozwanego szpitala. Takie wizyty miały miejsce w dniach 16 stycznia 2010 r., 27 sierpnia 2011 r., 30 marca 2012 r. W trakcie żadnej z tych wizyt nie stwierdzono konieczności przyjęcia powoda do szpitala.

W dniu 30 marca 2012 r. w trakcie badania stwierdzono u powoda ograniczenie ruchomości stawu ramiennego: odwodzenie do 90 stopni czynne, bierne do 100, zgięcie do 90 stopni, ograniczenie rotacji zewnętrznej. W badaniu stwierdzono cechy porażenia nerwu łokciowego. Zalecono wówczas usunięcie zespolenia z obojczyka prawego w trybie planowanym.

W dniu 12 maja 2009 r., kiedy trwał jeszcze proces leczenia, powód za pośrednictwem swojego pełnomocnika adw. M. O. złożył do Sądu Lekarskiego przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w S. wniosek o wszczęcie postępowania z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy. We wniosku powód szczegółowo opisał sekwencję zdarzeń i podsumował, że analiza przedstawionego przez niego stanu faktycznego prowadzi do wniosku, że obecne dolegliwości występujące u powoda są efektem błędu w sztuce lekarskiej, do którego doszło zarówno w trakcie wstępnego leczenia urazu złamania obojczyka prawego, jak i zastosowanego w późniejszym okresie leczenia operacyjnego, którego w efekcie doprowadziło do zainfekowania rany. Sąd Lekarski nie dostrzegł żadnych nieprawidłowości w procesie leczenia powoda.

Na początku 2010 r. powód skierował do Prokuratury Rejonowej Szczecin – Zachód w Szczecinie zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa w przedmiocie nieumyślnego narażenia powoda w okresie od 26 lipca 2008 r. do 12 czerwca 2009 r. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu przez osoby, na których ciążył obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo w związku z nieprawidłowym udzieleniem opieki medycznej przez lekarzy pozwanego Szpitala tj. o czyn z art. 160 § 2 i 3 k.k. Zawiadomienie powoda skutkowało wszczęciem śledztwa w sprawie 3 Ds 419/10. W ramach tego postępowania w dniu 18 października 2010 r. zostało zlecone sporządzenie opinii. W opinii z dnia 19 czerwca 2011 r. Instytut - Zakład Medycyny Sądowej z K. stwierdził, że decyzję lekarza o zastosowaniu leczenia zachowawczego (nieoperacyjnego) należy uznać za błędną. Postępowanie karne, które toczyło się wyłącznie w sprawie (ad rem) zostało umorzone w 2011 r.

Podejmując działania w postaci skierowania skargi do sądu lekarskiego, czy zawiadomienia do prokuratury powód kierował się własnymi przekonaniem o nieprawidłowości leczenia, ale opierał się również na opinii lekarza R. A. z Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy. Lekarz ten stwierdził, że u powoda powinno być zastosowane leczenie operacyjne i po 6 tygodniach od zastosowania leczenia zachowawczego ten lekarz stwierdził brak zrostu i znaczne oddalenie odłamów.

W odczuciu powoda od samego początku proces leczenia jego złamania nie przebiegał prawidłowo. Po zdjęciu gipsu i stwierdzeniu konieczności przeprowadzenia zabiegu operacyjnego powód był przekonany, że wcześniejsze decyzje z lipca i sierpnia 2008 r. co do leczenia zachowawczego za pomocą gipsu ósemkowego były chybione i nieprawidłowe.

U powoda prawidłowo przeprowadzono diagnostykę złamania obojczyka i zastosowano akceptowalną metodę leczenia zachowawczego. Leczenie zachowawcze nie było jednak postępowaniem optymalnym. Preferowanym rozwiązaniem było leczenie operacyjne. Jest to rekomendowana metoda leczenia złamań obojczyka. Leczenie operacyjne złamań obojczyka po urazie daje największe szanse za zrost i uzyskanie repozycji odłamów i ich stabilizację. Nieprawidłowość postępowania polegała na akceptacji braku repozycji odłamów przy wypisie oraz przy wizycie kontrolnej. Odroczenie rozwiązania operacyjnego do września 2008 r. zdeterminowało gorsze warunki gojenia i zrostu kostnego a także możliwość pełnej repozycji. W sytuacji wdrożenia leczenia operacyjnego w sierpniu 2008 r. leczenie powoda mogło być krótsze.

Opóźniony zrost kostny, staw rzekomy są powikłaniami złamań prawidłowo leczonych i nie można ich przypisać wyłącznie nieprawidłowej decyzji w dniu ujawnienia złamania. Te powikłania mogą wystąpić również w prawidłowo wykonanych zespoleniach i być pochodną właściwości organizmu powoda. Odroczenie o ponad miesiąc leczenia operacyjnego mogło zwiększyć prawdopodobieństwo ich wystąpienia, gdyż najbardziej optymalnym momentem do wykonania zespolenia złamania kości jest okres do 14 dni od chwili urazu.

Leczenie powoda od chwili decyzji o podjęciu leczenia operacyjnego we wrześniu 2008 r. było prowadzone w sposób prawidłowy, na jakość jego efektu rzutowała nieprawidłowa decyzja z lipca 2008 r. i 2 sierpnia 2008 r. kiedy mimo braku repozycji odłamów nie podjęto decyzji o leczeniu operacyjnym.

Nie stwierdzono u powoda schorzeń neurologicznych, które mogłyby mieć związek z przebytym złamaniem obojczyka prawego i nieprawidłowymi decyzjami w początkowej fazie leczenia powoda. Nie stwierdzono u powoda uszkodzenia prawego splotu barkowego. Stwierdzone u powoda ograniczenia ruchomości w stawie barkowym prawym i lewym nie czynią powoda niezdolnym do pracy w zawodzie kierowcy zarówno w stosunku do samochodów osobowych, dostawczych, jak i ciężarowych.

Powód wymaga kontynuacji leczenia rehabilitacyjnego głównie z powodu następstw jakim było złamanie obojczyka prawego oraz w przeszłości lewego i wynikających z tego ograniczeń ruchomości w stawach barkowych. Powód jest zdolny do samodzielnej egzystencji i nie wymaga zaopatrzenia w środki ortopedyczne ani pomocnicze.

Powikłania w postaci zakrzepicy żyły pachowej prawej są wyłącznym następstwem urazu, bowiem w chwili urazu i w mechanizmie w jakim dochodzi do złamania trzonu obojczyka dochodzi do znacznego ucisku na struktury dołu pachowego (żyłę, tętnicę i nerw), co może prowadzić do różnorodnego ich uszkodzenia. U powoda doszło do uszkodzenia wewnętrznych struktur żyły pachowej i procesu zakrzepowego.

Od 2008 r. powód nie pracuje. Nie przysługują mu żadne świadczenia z ubezpieczenia społecznego. Otrzymuje świadczenia z Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w postaci zasiłku stałego i zasiłków celowych. Na mieszkanie ma przyznany dodatek mieszkaniowy. Powód ma prawo jazdy. Jeszcze w latach 80 – tych rozwiódł się z żoną. Nie ma obecnie nikogo na utrzymaniu. Mieszkanie, w którym mieszka jest mieszkaniem komunalnym i jest zadłużone na kwotę około 4 tys. zł.

Pismem z dnia 10 sierpnia 2012 r. powód bezskutecznie wezwał pozwanego do zapłaty kwoty dochodzonych pozwem.

W tak ukształtowanym stanie faktycznym roszczenia powoda, mające podstawę w przepisach art. 445 § 1 k.c. w związku z art. 444 § 2 k.c. w związku z art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. a także art. 361 § 1 k.c. oraz art. 189 k.p.c., nie zasługiwały w ocenie Sądu Okręgowego na uwzględnienie.

Podkreślił, że kluczową okolicznością sporną był fakt zaistnienia w procesie leczenia powoda błędu lekarskiego, który powód wiązał z osobą lekarza S. P., w tym decyzją o kontynuowaniu wobec niego leczenia zachowawczego w dniu 2 sierpnia 2008 r. a także zdarzeniami jakie miały miejsce w dniu 11 października 2008 r., kiedy według powoda miało dojść do destabilizacji zespolenia, a wymieniony lekarz nie przeprowadził żadnej pogłębionej diagnostyki. Roszczenia powoda związane były zatem z odpowiedzialnością deliktową i podstawowe znaczenie w tym przypadku miał przepis art. 415 k.c., a nadto art. 416 k.c. w zw. z art. 430 k.c. Dla przypisania danemu podmiotowi odpowiedzialności deliktowej muszą zostać spełnione kumulatywnie następujące przesłanki: powstanie szkody, zawinione działanie lub zaniechanie sprawcy i związek przyczynowy pomiędzy takim zachowaniem a powstaniem szkody. Dla przyjęcia odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga się uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.). Ciężar wykazania tych przesłanek, zgodnie z art. 6 k.c., spoczywał na powodzie.

Wyjaśniając pojęcie błędu lekarskiego, powodującego odpowiedzialność prawną pozwanego, Sąd Okręgowy wskazał, że składają się na nie następujące elementy: postępowanie (działanie lub zaniechanie) niezgodne ze współczesnymi i obowiązującymi powszechnie podstawowymi zasadami wiedzy lekarskiej, wina lekarza, ujemny skutek. Podkreślił, że odróżnić je należy od powikłania, które stanowi określoną, niekiedy atypową, reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych.

Zadośćuczynienie i żądanie renty dochodzone w niniejszym postępowaniu - jak każde roszczenie majątkowe - charakteryzuje się określoną trwałością w czasie, ograniczoną jedynie terminem przedawnienia (por. art. 117 § 1 k.c.). Obecnie kwestię przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym reguluje art. 442¹ k.c. Powód prezentował w tym postępowaniu stanowisko, że jego roszczenia nie uległy przedawnieniu, gdyż terminem od którego przedawnienie roszczeń mogło być liczone jest data sporządzenia opinii na potrzeby postępowania karnego, co miało miejsce w dniu 19 czerwca 2011 r. Przy podzieleniu stanowiska powoda istotnie uznać

należałoby, że termin przedawnienia nie upłynął na moment składania pozwu, co z kolei miało miejsce w dniu 15 marca 2013 r. Sąd Okręgowy jednak takiego poglądu nie podzielił.

Odwołując się do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 lipca 2016 r., V CSK 680/15, wskazał, że początek określonego w art. 442¹ § 1 k.c. trzyletniego przedawnienia należy łączyć z faktyczną wiedzą poszkodowanego o osobie obowiązanej do naprawienia szkody, czyli z uzyskaniem takich informacji, które - oceniając obiektywnie - pozwalają z wystarczającą dozą prawdopodobieństwa przypisać sprawstwo konkretnemu podmiotowi. Muszą one być informacje na tyle dokładne, by umożliwiły poszkodowanemu wystąpienie na drogę sądową i wypełnienie obowiązku wynikającego z art. 187 § 1 k.p.c. W tym orzeczeniu Sąd Najwyższy stanął na stanowisku, że trzyletni termin przedawnienia przewidziany w art. 442¹ § 1 k.c. biegnie od dnia, w którym poszkodowany rzeczywiście dowiedział się o szkodzie i osobie obowiązanej do jej naprawienia, a nie od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności mógł się o tej osobie dowiedzieć. Stanowisko procesowe powoda jest jednak sprzeczne z jego twierdzeniami. Powód słuchany w charakterze strony co najmniej dwukrotnie w ramach tego procesu wskazał, że jeszcze w 2008 r. miał wiedzę o błędach jakie zaistniały w procesie jego leczenia w pozwanym szpitalu. Powód przyznał, że praktycznie od samego początku nie do końca wierząc lekarzom, którzy go leczyli w tej jednostce medycznej, sam podjął decyzję o równoległym zasięgnięciu konsultacji u lekarza specjalisty z zakresu chirurgii z Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy – R. A.. To na bazie opinii tego lekarza powód zainicjował dwa postępowania – jedno przed sądem lekarskim, drugie zaś przed Prokuraturą w związku z uzasadnionym podejrzeniem popełnienia przestępstwa z art. 160 k.k., zmierzające do ustalenia błędów medycznych. Pierwsze z tych postępowań zostało zainicjowane już w dniu 12 maja 2009 r., kiedy de facto trwał jeszcze proces leczenia powoda. O ile na tym etapie powód utrzymywał, że nie tylko brak leczenia, ale również nieprawidłowości w leczeniu operacyjnym, które doprowadziły do zainfekowania rany, stanowiły błędy medyczne; o tyle kierując na początku 2010 r. zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa powód określił wyraźnie granice czasowe, w których doszło w jego ocenie do działań i zaniechań medycznych traktowanych jako błędy medyczne. To zawiadomienie skutkowało wszczęciem sprawy 3 Ds 419/10.

W ocenie Sądu Okręgowego, już na tym etapie, kierując zarówno wiosek do sądu lekarskiego, jak też i zawiadomienie do prokuratury powód po pierwsze czuł się osobą skrzywdzoną, jak również znał źródło swojej krzywdy. Na nic zdają się tłumaczenia, że dopiero opinia wydana w sprawie karnej utwierdziła go w tym przekonaniu. Wszak powód kilkakrotnie podkreślał, że o błędzie popełnionym przez lekarzy pozwanego szpitala miał świadomość już w chwili zdjęcia gipsu, kiedy dowiedział się o braku zrostu i konieczności przeprowadzenia operacji. Nie można tracić z pola widzenia, że powód od samego niemal początku wykazywał ograniczone zaufanie do metod leczenia stosowanych w pozwanym szpitalu, przypadek swój bowiem konsultował z innym chirurgiem i jego opinia miała dla niego istotne znaczenie i utwierdzała go w przekonaniu, że doszło do błędu medycznego. To właśnie ta opinia była podstawą formułowania czy to zawiadomienia o podejrzeniu możliwości popełnienia przestępstwa, czy skargi do sądu lekarskiego. Powód w zainicjowanych postępowaniach nie poszukiwał wsparcia swojego przekonania, ani jego potwierdzenia, lecz ukarania winnych jego krzywdy.

To z kolei nie jest obojętne dla oceny momentu posiadania przez powoda wiedzy o tym kto jest odpowiedzialny za przebieg jego leczenia i przyczynę jego szkody. Z punktu widzenia regulacji art. 442¹ k.c. chodzi bowiem nie o chwilę, w której poszkodowany uzyskał pewność co do osoby sprawcy, lecz o chwilę uzyskania takich informacji, które - oceniając obiektywnie - pozwalają z wystarczającą dozą prawdopodobieństwa przypisać sprawstwo konkretnemu podmiotowi. W wyroku z dnia 17 maja 2006 r., I CSK 176/05, Sąd Najwyższy przyjął, że „... poszkodowany powinien zachować się w swoich sprawach w sposób zapobiegliwy. Jeżeli więc, po powstaniu pierwszych podejrzeń co do osoby sprawcy poszkodowany ma możliwość zdobycia dalszych informacji potwierdzających te podejrzenia, bieg 3 - letniego terminu należy liczyć od chwili, w której przy zachowaniu należytej staranności mógł być takie dalsze informacje zdobyć.”.

Podzielając to stanowisko, Sąd I instancji uznał, że powód najpóźniej w dniu skierowania wniosku/skargi do Sądu Lekarskiego (12 maja 2009 r.) miał wiedzę o szkodzie i osobie za nią odpowiedzialnej, stąd najpóźniej od tego dnia biegł trzyletni termin przedawnienia roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia. Podkreślił w tym kontekście, że

prawo cywilne opiera się na założeniu ochrony osób należycie dbających o swoje interesy. Skoro powód ochrony swoich interesów domagał się na płaszczyźnie innych uregulowań, to nie istniały również żadne przeszkody w wytoczeniu powództwa, czy też podjęcia innej formy działania, która skutkowałaby przerwaniem biegu przedawnienia zgłoszonych roszczeń cywilnych (np. wezwanie do próby ugodowej).

W ocenie Sądu Okręgowego, w sprawie nie zachodziły żadne wyjątkowe, czy nadzwyczajne okoliczności, które pozwalałyby bronić się przez powoda przed przedawnieniem przy zastosowaniu art. 5 k.c.

Roszczenie o rentę z art. 444 § 2 k.c. jest świadczeniem okresowym, do którego również, zastosowanie ma art. 442¹ § 1 k.c., przy czym poszczególne zaległe raty przedawniają się z upływem lat trzech (art. 118 k.c.). Powód żądał tych świadczeń od wytoczenia powództwa 15 marca 2013 r., stąd należało przyjąć, że nie uległo ono przedawnieniu. Jednakże nie czyni to żądania powoda w tym zakresie zasadnym, bowiem powód nie wykazał związku przyczynowego pomiędzy działaniami pozwanego a pogorszeniem jego stanu zdrowia i niemożnością znalezienia czy kontynuowania pracy w zawodzie. Do takich wniosków prowadzi opinia biegłych, którzy wprost wskazali, że nie stwierdza się u powoda schorzeń neurologicznych, które mogłyby mieć związek z przebytym złamaniem obojczyka prawego i nieprawidłowymi decyzjami w początkowej fazie leczenia powoda, jak również, że stwierdzone u powoda ograniczenia ruchomości w stawie barkowym prawym i lewym nie czynią powoda niezdolnym do pracy w zawodzie kierowcy zarówno w stosunku do samochodów osobowych, dostawczych, jak i ciężarowych. Powód podjął nieudolną próbę zakwestionowania opinii w tej części poprzez powołanie się na inne opinie wydane w postępowaniu z zakresu ubezpieczeń, jakie zostały sporządzone w 2014 r. na potrzeby postępowania sądowego w przedmiocie rozpoznania odwołania powoda od decyzji Powiatowego Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności. Opinie wydane w innym postępowaniu nie wiążą ani sądu, jak również innego zespołu opiniującego. Poza tym ocena następowała na chwilę opiniowania.

Obowiązkiem powoda, któremu nie podołał, było wykazanie, że potencjalne zarobki w granicach jej obecnych możliwości, byłyby niższe niż przed wypadkiem. Samo zatrudnienie powoda przed wypadkiem budzi, zdaniem Sądu I instancji, wątpliwości. Umowa bowiem została zawarta w miesiącu, w którym powód złamał obojczyk. Składki na ubezpieczenie zostały odprowadzone dopiero w połowie sierpnia 2008 r. Poza tym z dokumentacji medycznej wynika, że powodowi nie wystawiono zwolnienia z pracy, gdyż nie posiadał odpowiednich dokumentów. W sprawie także nie zostały naprowadzone żadne okoliczności dotyczące wysokości wynagrodzenia. Jakkolwiek żądana kwota jest niższa aniżeli najniższe wynagrodzenie, jednakże nie oznacza to, że powód zwolniony jest z jakiegokolwiek dowodzenia. Jeśli zatem dodać, że w opinii sądowej sporządzonej na potrzeby niniejszego postępowania biegli, którzy przecież badali powoda i mieli z nim osobisty kontakt wykluczyli, by powód na skutek nieprawidłowości w procesie leczenia, jak również samego urazu został pozbawiony możliwości wykonywania pracy żądanie renty uznać należało za całkowicie bezzasadne.

Nie wykazał także powód zasadności żądania ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za następstwa spowodowane rzekomym rozstrojem zdrowia wywołanego błędem medycznym. Biegli wyraźnie w opinii wskazali, że powód wymaga dalszej rehabilitacji, przy czym w dużej mierze to od niego samego zależy. Kontynuacja ćwiczeń rehabilitacyjnych, z których wiele może być wykonywanych przez powoda w miejscu zamieszkania, według biegłych - może w sposób istotny poprawić zakres ruchomości jego stawów barkowych, natomiast jest wyłącznie zależne od jego zaangażowania w proces rehabilitacji i dyscypliny w wykonywaniu zleconych ćwiczeń.

Uchodzi uwadze powoda, że jego stan zdrowia jest wypadkową dwóch elementów, przy czym dominującym jest sam uraz jakiego powód doznał z przyczyn niezależnych od pozwanego szpitala, drugim jest wyłącznie stwierdzone opóźnione przez miesiąc przeprowadzenie zabiegu operacyjnego. Warto także zauważyć, że z opinii biegłych nie wynika by za aktualny stan powoda obciążać właśnie szpital. W opinii wyraźnie podkreślono, że u powoda prawidłowo przeprowadzono diagnostykę złamania obojczyka i zastosowano akceptowalną metodę leczenia zachowawczego. Biegli uznali leczenie zachowawcze jako postępowaniem nieoptymalne, gdyż preferowanym rozwiązaniem było leczenie operacyjne, które daje największe szanse za zrost i uzyskanie repozyycji odłamów i ich stabilizację. Jednocześnie według opinii wyłącznie decyzje podjęte w dniu 26 lipca 2008 r. i w dniu 2 sierpnia 2008 r. nie były

prawidłowe, a nieprawidłowość postępowania polegała na akceptacji braku repozycji odłamów przy wypisie oraz przy wizycie kontrolnej. Wszystkie pozostałe zastrzeżenia powoda co do prawidłowości przebiegu procesu jego leczenia nie zostały potwierdzone przez biegłych. Opóźniony wzrost kostny, staw rzekomy biegli uznali za powikłania złamań nawet prawidłowo leczonych. Również w odniesieniu do powikłań w postaci zakrzepicy żyły pachowej prawej biegli wyjaśnili, że są one wyłącznym następstwem urazu, bowiem w chwili urazu i w mechanizmie w jakim dochodzi do złamania trzonu obojczyka dochodzi do znacznego ucisku na struktury dołu pachowego (żyłę, tętnicę i nerw), co może prowadzić do różnorodnego ich uszkodzenia.

Powód w toku całego postępowania odwoływał się do zdarzeń z dnia 11 października 2008 r., kiedy po raz kolejny został przyjęty przez lekarza S. P.. Zdaniem powoda w tym dniu doszło do destabilizacji zespolenia po leczeniu operacyjnym i wskazany lekarz nie wykazał żadnej inicjatywy by to ustalić. Podczas gdy dwa tygodnie później ta destabilizacja została stwierdzona. Powód nie jest precyzyjny formułując takie twierdzenia, a co więcej nie są one zgodne z ustaleniami faktycznymi poczynionymi przez Sąd Okręgowy, bowiem stwierdzenie destabilizacji zespolenia nastąpiło miesiąc po wskazanej wizycie. Powód pomija milczeniem okoliczność, że od momentu wskazanej wizyty był badany jeszcze przez trzech lekarzy i żaden z nich takiej destabilizacji nie stwierdził.

Sąd Okręgowy podkreślił, że biegli nie stwierdzili żadnych innych uchybień w procesie leczenia powoda po wrześniu 2008 r. czemu dali wyraz w opinii głównej wskazując, że leczenie powoda, od chwili podjęcia decyzji o podjęciu leczenia operacyjnego, było prowadzone w sposób prawidłowy.

Sąd Okręgowy nie uznał za potrzebne dalsze uzupełnianie opinii w kierunku postulowanym przez powoda. Nawet jeśli wystąpił brak reakcji na zgłaszane przez powoda dolegliwości bólowe, to jak wyjaśnić kolejne wizyty powoda po wskazanej dacie i również brak reakcji ze strony zupełnie innych lekarzy. Dodatkowo zauważył, że ból jest kwestią bardzo indywidualną i jego natężenie wcale nie jest miarą nieprawidłowości w procesie leczenia. Okoliczność ta również nie świadczy o zasadności roszczeń powoda, bo przecież około tygodnia później (20 października 2008 r.) u powoda wdrożona głębsza diagnostyka – wykonano kolejne zdjęcie RTG, które niczego nie wykazało, a na pewno nie destabilizację zespolenia, co usilnie stara się dowieść powód. Nie ma możliwości by na dzień 11 października 2008 r. ta destabilizacja występowała i objawiała się gorączką (czego jednak badanie kliniczne nie wykazało) i bólem a w dniu 20 października 2008 r. na zdjęciu RTG nie było żadnego śladu takiej destabilizacji, czy procesu zapalnego. Żaden z lekarzy aż do listopada 2008 r. nie stwierdził zaczerwienienia rany, wysięku z rany, co nakładałoby większą czujność i z pewnością diagnostykę w tym kierunku.

W konsekwencji Sąd Okręgowy uznał, że pozwanemu nie można przypisać odpowiedzialności za doznany przez powoda uszczerbek na zdrowiu na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. Przeprowadzone wobec powoda leczenie operacyjne ostatecznie było prawidłowe, a za błąd lekarzy nie może w szczególności zostać uznana destabilizacja leczonego operacyjnie złamania a także inne powikłania. Ponadto ani pozwany, ani jego personel, wobec zastosowania prawidłowej opieki okołoperacyjnej, nie ponoszą odpowiedzialności za wywołanie u powoda zakażenia. Zresztą powód zwłaszcza po wydaniu opinii okoliczności tej nie podtrzymywał, skupiając się wyłącznie na braku skierowania go na leczenie operacyjne w chwili stwierdzenia złamania obojczyka oraz w dniu wizyty kontrolnej tj. 2 sierpnia 2008 r. Dążył również usilnie do wyjaśnienia okoliczności związanych z jego wizytą w pozwanym szpitalu w dniu 11 października 2008 r. O ile w przypadku pierwszego elementu – braku podjęcia decyzji o leczeniu operacyjnym powoda w dniu 26 lipca 2008 r. i 2 sierpnia 2008 r. można za biegłymi przyjąć, że był to element nieoptymalny w procesie leczenia powoda, to w drugim przypadku Sąd nie jest w stanie doszukać się jakichkolwiek nieprawidłowości, które przełożyłyby się na wynik leczenia powoda. Jednocześnie zastrzec należy, że aktualny stan powoda nie jest wyłącznym następstwem zaniechania pozwanego szpitala. Jak wyraźnie zaznaczyli biegli aktualny stan zdrowia powoda to wynik urazu, jakiego powód doznał.

Złamanie jakiego doznał powód było złamaniem skomplikowanym, wieloodłamowym. Destabilizacja zastosowanego zespolenia nie może być traktowana jako błędnie wykonany zabieg. Jak wyjaśnili biegli, jest to normalne powikłanie przeprowadzonego zabiegu i jego wystąpienie nie może być ujmowane w kategoriach jakiegokolwiek błędu medycznego.

Ostatecznie Sąd Okręgowy uznał, że w pozwanym szpitalu nie doszło do nieprawidłowości w odniesieniu do podjętego w następstwie doznanego przez powoda urazu, procesu leczenia powoda, w tym w zakresie wyboru metod leczniczych, ich realizacji. W tym zakresie podzielił wnioski opinii: głównej i uzupełniającej, bowiem są one rzetelne, uwzględniają wszystkie istotne okoliczności sprawy i opierają się na przedstawionej dokumentacji medycznej powoda oraz jego badaniu. Biegli w sposób spójny, logiczny i szczegółowy przygotowali opinię główną, a na zastrzeżenia i wątpliwości Sądu i stron odpowiedzi w sposób rzeczowy i wyczerpujący, przedstawiając argumentację obranego stanowiska przez pryzmat posiadanej przez nich wiedzy specjalnej z zakresu medycyny.

Nie uszło uwadze Sądu Okręgowego, iż nie wszystkie zastosowane wobec powoda w pozwanym Szpitalu procedury były prawidłowe. Jak zauważyli biegli, nieoptymalnym było podjęcie decyzji o leczeniu zachowawczym powoda przez miesiąc od stwierdzenia złamania obojczyka. Jednakże ta decyzja nie przekłada się wprost na uszczerbek na zdrowiu powoda. Biegli wyraźnie wskazali, że to nieprawidłowe postępowanie mogło leżeć u podstaw przedłużonego leczenia złamania obojczyka prawego powoda, przy jednoczesnym podkreśleniu że również w trakcie leczenia operacyjnego zastosowanego prawidłowo może dojść do powikłań w postaci zrostu opóźnionego i stawu rzekomego. W takiej sytuacji pozwananemu szpitalowi nie można jednak przypisać skutku w postaci uszczerbku na zdrowiu, co automatycznie eliminuje odpowiedzialność na podstawie art. 445 i 444 k.c. Ewentualne roszczenie powoda w takiej sytuacji mogłoby być oceniane w płaszczyźnie przepisu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r., poz. 1318), jednak i w zakresie tego roszczenia także należało uwzględnić podniesiony przez pozwanego zarzut przedawnienia i w całej rozciągłości podtrzymać argumentację, jaka legła u podstaw jego uwzględnienia.

W zakresie oceny materiału dowodowego Sąd Okręgowy podkreślił, że dowód z zeznań świadka S. P. uznał za wiarygodne, poza tymi ich fragmentami, w których świadek przyjął pozycję biegłego, dokonując oceny zastosowanego leczenia zachowawczego. W zakresie zeznań powoda wskazał, że stanowiły one podstawę ustaleń faktycznych jedynie częściowo. Z uwagi na pojawiające się nieścisłości, oraz sprzeczność z dokumentacją medyczną, nie dał wiary powodowi co do tego, że już w dniu 11 października 2008 r. doszło u niego do destabilizacji zespolenia kości obojczyka. Za przekonujące uznał wydane w sprawie opinie instytutu naukowego – Uniwersytetu (...) w K.. Zostały one bowiem sporządzone przez kompetentnych specjalistów z dziedziny chirurgii urazowo – ortopedycznej, internistę, specjalistę chorób zakaźnych i specjalistę medycyny sądowej, specjalistę neurologa i chirurgii ogólnej i naczyniowej. Instytut naukowy i biegli sporządzając opinie oparli się na całokształcie zebranego w sprawie materiału dowodowego, dokonując jego szczegółowej analizy w kontekście tez dowodowych wynikającej z postanowienia o przeprowadzeniu dowodu z opinii biegłego oraz opinii uzupełniających. Przedstawione w opiniach wnioski są wystarczające dla udzielenia odpowiedzi na pytanie czy wobec powoda popełniony został błąd medyczny oraz czy postępowanie w zakresie dotyczącym leczenia powoda przez pozwany Szpital było prawidłowe. W opiniach odniesiono się do kwestii związanych z zastosowanym wobec powoda leczeniem zachowawczym i operacyjnym złamania oraz powikłań jakie wystąpiły. Ocena działań lekarzy została dokonana w oparciu o zasady sztuki lekarskiej, rzetelności i prawidłowości całego procesu leczniczego w tym zakresie. Tezy sformułowane w opiniach są na tyle kategorycznie i były tak uargumentowane, że zdaniem Sądu pozwalały na uznanie wniosków opinii za jasne i logiczne, co pozwalało na ich uwzględnienie w ramach ustalania stanu faktycznego.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 98 § 1 i 2 k.p.c., oraz art. 100 k.p.c. w zw. z art. 102 k.p.c. uznając, że sytuacja osobista i majątkowa powoda oraz charakter sprawy przemawiają za odstąpieniem od obciążania go obowiązkiem zwrotu pozwananemu poniesionych przez niego kosztów.

Powyższy wyrok w całości zaskarżył apelacją powód M. K. (1), zarzucając:

I. naruszenie art. 442¹ k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, a w konsekwencji uznanie, iż na moment składania pozwu, tj. dnia 15 marca 2013 roku doszło do przedawnienia roszczenia w sytuacji, gdy należało uznać, że roszczenie powoda nie uległo przedawnieniu, gdyż terminem od którego przedawnienie roszczeń w niniejszej sprawie jest data sporządzenia opinii na potrzeby postępowania karnego (sygn. akt 3 Ds. 419/10), tj. 19 czerwca 2011 roku, kiedy

to powód dowiedział o osobie sprawcy oraz możliwości zakwalifikowania pierwotnie błędnego doboru metody jego leczenia jako błąd w sztuce lekarskiej;

II. naruszenie art. 5 k.c. poprzez jego niezastosowanie polegające na przyjęciu, że podniesiony przez stronę pozwaną zarzut przedawnienia roszczeń należy uznać za wykonywanie prawa przez uprawnionego korzystające z ochrony, podczas gdy w sprawie powinien znaleźć zastosowanie wskazany powyżej przepis, stanowiący, że czynienie ze swojego prawa użytku, który jest sprzeczny z zasadami współżycia społecznego nie jest uważane za wykonywanie prawa przez uprawnionego i nie korzysta z ochrony;

III. naruszenie art. 444 § 2 k.c. w zw. z art. 361 § 2 k.c. poprzez ich niezastosowanie, skutkujące nieprzyznaniem powodowi renty wyrównawczej z tytułu częściowej utraty zdolności do pracy zarobkowej, pomimo tego iż powód wykazał, że na skutek podjęcia błędnych decyzji przez lekarzy pozwanego Szpitala oraz błędnego doboru metod leczenia przebytego przez niego złamania utracił częściowo ww. zdolność do pracy zarobkowej;

IV. naruszenie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. w zw. z art. 444 §1 k.c. w zw. z art. 445 §1 k.c. poprzez uznanie, że pozwanemu Szpitalowi nie można przypisać odpowiedzialności za doznany przez powoda uszczerbek na zdrowiu, gdyż jego działania były prawidłowe (pomimo dopuszczenia przez pozwanego Szpitala do wystąpienia oczywistych nieprawidłowości w procedurach medycznych zastosowanych wobec powoda, tj. pierwotnie wadliwy dobór metody leczenia, a w konsekwencji przeprowadzenie koniecznej operacji złamanego obojczyka z miesięcznym opóźnieniem, co doprowadziło do powstania powikłań), co skutkowało oddaleniem powództwa o zapłatę zadośćuczynienia i renty oraz ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość.;

V. naruszenie art. 227 k.p.c. w zw. z art. 217 § 2 k.p.c. poprzez oddalenie, postanowieniem z dnia 31 sierpnia 2017 roku wniosku powoda z dnia 5 lipca 2017 roku o przeprowadzenie dowodu z pisemnej opinii uzupełniającej w sytuacji, gdy sporządzenie tej opinii pozwoliłoby na ustalenie, czy brak reakcji na dolegliwości bólowe, jakie wystąpiły u M. K. (1) w okresie po dokonaniu zabiegu, miały wpływ na dalszy stan jego zdrowia, w szczególności czy podjęcie diagnostyki i ustalenie przyczyn zgłaszanych dolegliwości, mogły wstrzymać wystąpienie powikłań i powstanie ewentualnie kolejnych.

Wskazując na te uchybienia powód wniósł o zmianę zaskarżonego orzeczenia przez uwzględnienie powództwa i orzeczenie zgodnie z żądaniem pozwu tj.:

- zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 sierpnia 2012 roku;
- zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda renty w kwocie 1 000 złotych miesięcznie, płatnej z góry do 10 dnia każdego miesiąca na wskazany rachunek bankowy powoda wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku zwłoki w zapłacie każdej raty;
- ustalenie, że pozwany ponosi odpowiedzialność za dalsze, mogące wystąpić w przyszłości skutki powstałych błędów lekarzy;

Wniósł nadto o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania, tym kosztów zastępstwa procesowego za I oraz II instancję według norm prawem przepisanych.

W odpowiedzi na apelację pozwany Samodzielny Publiczny Szpital (...) w S. wniósł o jej oddalenie i zasądzenie na swoją rzecz od powoda kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda nie zasługiwała na uwzględnienie.

Wstępnie zaznaczenia wymaga, że Sąd I instancji w sposób niewadliwy zgromadził w sprawie materiał dowodowy i w konsekwencji prawidłowo ustalił stan faktyczny, odpowiadający treści zaoferowanych przez strony dowodów. Tym samym Sąd Apelacyjny przyjął go za własny. W sytuacji bowiem, gdy sąd odwoławczy orzeka na podstawie materiału zgromadzonego w postępowaniu w pierwszej instancji nie musi powtarzać dokonanych ustaleń, gdyż wystarczy stwierdzenie, że przyjmuje je za własne (por. np. orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 1935 r., C III 680/34. Zb. Urz. 1936, poz. 379, z dnia 14 lutego 1938 r., C II 21172/37 Przegląd Sądowy 1938, poz. 380 i z dnia 10 listopada 1998 r., III CKN 792/98, OSNC 1999, nr 4, poz. 83). Niezależnie od powyższego wskazać należy, że jak jednolicie wskazuje się w judykaturze, obowiązek rozpoznania sprawy w granicach apelacji (art. 378 § 1 k.p.c.), oznacza związanie sądu odwoławczego zarzutami prawa procesowego (tak Sąd Najwyższy min. w uchwale z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07), za wyjątkiem oczywiście tego rodzaju naruszeń, które skutkują nieważnością postępowania.

Odnosząc się do argumentów apelacji, do których rozważenia sprowadzał się zakres kognicji sądu odwoławczego, w pierwszej kolejności odnieść się należało do zarzutu naruszenia przez Sąd I instancji art. 442¹ k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie a w konsekwencji uznanie roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia za przedawnione. Wedle skarżącego, początek biegu terminu przedawnienia wiązać należy z datą sporządzenia opinii na potrzeby postępowania karnego (sygn. akt 3 Ds. 419/10), tj. 19 czerwca 2011 roku, w której wskazane zostały uchybienia w procesie leczenia złamanego obojczyka w pozwanym szpitalu. Stanowiska powoda w tym zakresie Sąd Apelacyjny nie podziela.

Nie powtarzając niekwestionowanych w apelacji poglądów prawnych Sądu I instancji dotyczących wykładni przepisu art. 442¹ k.c., w brzmieniu mającym zastosowanie w niniejszej sprawie (tj. sprzed jego nowelizacji obowiązującej od dnia 27 czerwca 2017 r.), w szczególności użytego w jego § 1 pojęcia „wiedzy poszkodowanego o osobie odpowiedzialnej do naprawienia szkody”, zaakcentowania wymaga - na co słusznie zwrócił uwagę sam skarżący - że ustalenie wiedzy poszkodowanego o szkodzie i jej sprawcy dla oznaczenia biegu terminu przedawnienia nie stanowi rekonstrukcji rzeczywistego stanu świadomości poszkodowanego, lecz przypisanie mu świadomości wystąpienia szkody/identyfikacji osoby sprawcy, opartego na obiektywnie sprawdzalnych okolicznościach, uwzględniających min. właściwości podmiotowe poszkodowanego, dostępną mu wiedzę o okolicznościach wyrządzenia szkody oraz zasady doświadczenia życiowego, w szczególności co do powiązania zaistniałej szkody z określonym czynem niedozwolonym (podobnie min. Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 31 sierpnia 2017 r. VI ACa 893/16). Nadto wskazać w tym kontekście należy i to, że powzięcie wiadomości co do osoby obowiązanej do naprawienia szkody nie może być utożsamiane z momentem, w którym poszkodowany, w innym postępowaniu, znajduje potwierdzenie swojego wcześniejszego przekonania i swojej wcześniejszej wiedzy w tym przedmiocie (vide: uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 25 października 2007 r., II PK 78/07). Innymi słowy, stan wiedzy o osobie sprawcy nie może być wiązany z uzyskaniem pewności w tym przedmiocie, lecz wyznacza go w okolicznościach konkretnego przypadku data, w której uzewnętrznione zachowania poszkodowanego wskazywały na istnienie jego przeświadczenia w zakresie identyfikacji sprawcy. Taki zaś charakter posiada, w ocenie Sądu Apelacyjnego, min. zgłoszenie żądania ukarania sprawcy czynu niedozwolonego.

Powyższe uwarunkowania prawne powód w apelacji pomija. Jego argumentacja oparta jest na sprzecznym ze zgromadzonym materiałem procesowym założeniu, że przed wydaniem opinii biegłych w postępowaniu karnym posiadał jedynie wątpliwości co do prawidłowości procesu leczenia, a wiedzę w tym zakresie nabył dopiero z tej opinii. Oczywiście błędnie w tym kontekście dekoduje on znaczenie stanowiska Sądu Najwyższego, zawarte w wyroku z dnia 13 stycznia 2004 roku, sygn. akt V CK 172/03. W orzeczeniu tym Sąd ten nie wyraził bowiem w żadnej mierze poglądu, że analizowane pojęcie może być relatywizowane do wiedzy o charakterze obiektywnym. Jak wskazywał bowiem sam skarżący, istotny jest w tym zakresie wyłącznie stan świadomości poszkodowanego, a zatem element o charakterze subiektywnym. Zaakceptowanie ww. koncepcji powoda, oznaczałoby bowiem, że przesłanka wiedzy oznaczałaby obiektywny stan bezwarunkowej pewności poszkodowanego co do osoby sprawcy. Ta zaś – w ujęciu obiektywnym – może być uzyskana dopiero w wyniku orzeczenia ustalającego ten fakt, jako prawotwórczą przesłankę, dla oceny poddanej pod osąd kwestii. Oznaczałoby to w praktyce, że roszczenia z czynów niedozwolonych w praktyce nigdy nie ulegałyby przedawnieniu. Nie jest również tak, jakoby argumentem za forsowaną w apelacji koncepcją mógł

być brak specjalistycznej wiedzy powoda z dziedziny medycyny. Norma art. 442¹ § 1 k.p.c. nie uzależnia zastosowania instytucji przedawnienia od poziomu wiedzy z określonej dziedziny, posiadanej przez osobę poszukującą ochrony, wiążąc ją wyłącznie z wiedzą faktyczną o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia. Nie ma zatem w tym kontekście znaczenia pozyskanie specjalistycznej wiedzy medycznej o uwarunkowaniach, w jakich winno odbywać się leczenie powoda, ale samo jednoznaczne przeświadczenie poszkodowanego o sprawstwie określonego podmiotu.

Prezentowanej w apelacji koncepcji przeczą dowodu przeprowadzone w sprawie, w tym zeznania samego powoda. W trakcie pierwszego przesłuchania na rozprawie w dniu 16 grudnia 2013 r. stwierdził on jednoznacznie, że już po drugiej operacji **wiadomo** było, że z jego leczeniem coś jest nie tak, bo doszło do uszkodzenia nerwu (vide: transkrypcja przesłuchania powoda k. 365v). Bezsprzeczne jest zaś, że operacja ta miała miejsce w trakcie pobytu powoda w pozwanym szpitalu w dniach od 10 do 17 listopada 2018 r. Powód, przesłuchany po raz drugi, na rozprawie w dniu 31 sierpnia 2017 r. stwierdził, że jak zdjęto mu gips to miał zastrzeżenia do procesu leczenia, i **wiedział** że postąpiono w stosunku do niego niewłaściwie (e- protokół od 00:21 minuty). Nie jest zatem tak, jak wskazuje apelujący, jakoby konsultacje przeprowadzane z R. A. pozwoliły jedynie na powzięcie przez apelującego wątpliwości, że dobrany sposób leczenia może być nieodpowiedni. Konsultacje te (co nota bene przeczy twierdzeniu apelacji, że powód nie uzyskiwał informacji z zakresu specjalistycznej wiedzy medycznej dotyczącej sposobu leczenia tego rodzaju urazów), nie wywołały u powoda powstania wątpliwości co do tego, że jest leczony prawidłowo, lecz utwierdzały go w jego własnym przekonaniu, że leczenie jest nieprawidłowe. O istnieniu wątpliwości w potocznym tego słowa znaczeniu mówić jedynie w początkowym etapie leczenia, kiedy powód miał założony opatrunek gipsowy. Z czasem zaś, w czym utwierdzały go opinie R. A., niewątpliwie nabierał on przekonania, że zastosowany sposób leczenia zachowawczego był niewłaściwy, a swoją świadomość w tym zakresie definiował przez pryzmat wiedzy o tym fakcie. Już to tylko dyskwalifikuje tezę apelacji, jakoby były to jedynie przypuszczenia powoda, wymagające dodatkowej weryfikacji w oparciu o wiedzę specjalną, uzyskaną w toku postępowania karnego ze sporządzonej na jego potrzeby opinii. Istotne jest bowiem jedynie to, jak poszkodowany - w ujęciu subiektywnym - ocenił zaistniałą sytuację (w kategoriach domysłu, przypuszczenia, wiedzy). Z powołanych zeznań powoda jednoznacznie wynika, że wiedział (subiektywnie) o zaistnieniu nieprawidłowości w procesie jego leczenia jeszcze w roku 2008 r., co niweczy zarzut apelacji dotyczący naruszenia art. 442¹ k.c.

Tego rodzaju pogląd jednoznacznie wspiera treść wniosku z dnia 12 maja 2009 r. o wszczęcie postępowania z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy, który w imieniu powoda sporządził profesjonalny pełnomocnik (k. 39 – 40). Wprost wskazano w nim bowiem, że „ analiza przedstawionego stanu faktycznego prowadzi do wniosku, iż obecne dolegliwości występujące u M. K. (1) są efektem błędu w sztuce lekarskiej, do którego doszło zarówno w trakcie wstępnego leczenia urazu złamania obojczyka prawego, jak i również zastosowanego w późniejszym leczeniu operacyjnego (...)”. W piśmie tym brak jest jakiegokolwiek treści dających asumpt do wnioskowania, że jego autor posiada wątpliwości co do prawdziwości ww. tezy, a jego intencją jest poszukiwanie argumentów dla wsparcia swoich przypuszczeń, podejrzeń w tym przedmiocie. Wręcz przeciwnie, wynika z niego, że domaga się on ukarania winnych zaistniałego stanu rzeczy. Identyczny charakter posiadało zawiadomienie złożone do Prokuratury Rejonowej Szczecin – Zachód w Szczecinie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa z art. 160 § 2 i 3 k.k.

W konsekwencji Sąd Okręgowy prawidłowo przyjął, że najpóźniejszą datą, z którą wiązać należy początek biegu terminu przedawnienia roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia, jest dzień 12 maja 2009 r. W tym bowiem dniu powód jednoznacznie uzewnętrznił swoje przekonanie (istniejące - jak wskazano - już wcześniej) co do tego, że w procesie jego leczenia w pozwanym szpitalu nastąpiły nieprawidłowości

Dokonując na użytej dalszych wywodów syntezy i uwypuklenia najważniejszych zagadnień dotyczących prawnych uwarunkowań, w jakich dokonywana jest ocena sprzeczności zarzutu przedawnienia z klauzulami generalnymi przewidzianymi w art. 5 k.c., podkreślenia wymaga, że w judykaturze jednolicie eksponuje się konieczność zachowania powściągliwości i rygorystyczności w odniesieniu do możliwości nieuwzględnienia zarzutu przedawnienia roszczenia wierzyciela. Podkreśla się bowiem wyjątkowy charakter sytuacji, w której wierzyciel mógłby dochodzić roszczenia mimo stwierdzenia stanu przedawnienia (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2003 r., V CK 399/02).

W każdym razie niezbędne będzie wykazanie przez wierzyciela, że podniesienie przez dłużnika zarzutu przedawnienia narusza in concreto zasady współzycia społecznego (por. także uzasadnienie uchwały Sądu Najwyższego z dnia 17 lutego 2006 r., III CZP 94/05). Uznanie zarzutu przedawnienia za nadużycie prawa i uwzględnienie przez sąd przedawnionego roszczenia możliwe jest jedynie wyjątkowo, gdy indywidualna ocena okoliczności w rozstrzyganej sprawie wskazuje, iż opóźnienie w dochodzeniu przedawnionego roszczenia jest spowodowane szczególnymi przesłankami uzasadniającymi to opóźnienie (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 grudnia 2011r., I CSK 238/11).

Podkreślenia przy tym wymaga, że istotą stosowania art. 5 k.c. stosowania, jest – w zakresie zarzutu przedawnienia - wyłącznie weryfikacja skutków wyroku oddalającego powództwo, do czego niezbędne jest uprzednie ustalenie, że prawotwórcze przesłanki tej odpowiedzialności zaistniały. Innymi słowy, badaniu w tym zakresie podlegają wyłącznie okoliczności dotyczące konsekwencji wydania takiego wyroku, a nie te, które dotyczące materialnoprawnych przesłanek dochodzonego roszczenia, w tym samego zarzutu przedawnienia. Już zatem tylko z tego punktu widzenia za całkowicie irrelevantną prawnie uznać należało tą część argumentacji powoda, w której odwoływał się on do faktu uzyskania obiektywnej wiedzy o nieprawidłowościach sposobu leczenia z opinii sporządzonej na potrzeby postępowania przygotowawczego w sprawie o sygnaturze 3 Ds. 419/10, bowiem dotyczyła ona okoliczności istotnych dla oceny zasadności zgłoszonego przez pozwanego zarzutu przedawnienia, a nie przyczyn uchybienia przez powoda terminowi do wniesienia powództwa o zapłatę zadośćuczynienia. Teza o „zwodzeniu” powoda w jego wiedzy, min. orzeczeniem Sądu Lekarskiego, jest przy tym wyłącznie ujęciem tego samego zagadnienia z innej strony. Nie podlega zaś zakwestionowaniu wniosek, że ze strony pozwanego powód nie doznał jakichkolwiek utrudnień w możliwości wniesienia powództwa przed upływem terminu przedawnienia.

Okolicznością, której znaczenia dla kierunku oceny zasadności zarzutu naruszenia art. 5 k.c. nie sposób przecenić, jest dyskrecjonalizm w stosowaniu tego przepisu. Jak słusznie bowiem podnosi się w judykaturze (tak min. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 września 2012 r.,-09-13, V CSK 409/11), przyjęcie, że w danej sprawie z uwagi na całokształt okoliczności skorzystanie z zarzutu przedawnienia stanowi nadużycie prawa, podmiotowego ma charakter uznaniowy, a wobec tego jest przejawem dyskrecjonalnej władzy sądu meriti. Dlatego też skuteczność podniesienia w skardze kasacyjnej tego rodzaju zarzutu uzależniona od tego, czy dokonanej przez ten sąd ocenie można przypisać cechy dowolności. Tym samym ustawodawca przyznał sądowi orzekającemu prawo dokonania oceny na podstawie swobodnego uznania, a zatem jej zakwestionowanie w toku instancyjnym może mieć miejsce tylko wówczas, gdy uwarunkowaniach konkretnej sprawy w ogóle nie poddawały się pozytywnej weryfikacji z punktu widzenia dyspozycji art. 5 k.c. (w przypadku jego zastosowania), bądź też w oczywisty sposób winny być na tej podstawie pozytywnie ocenione (w przypadku niezastosowania tego przepisu).

Stanowisko przedstawione w apelacji, tak zdefiniowanych kryteriów weryfikacji stanowiska Sądu I instancji oczywiście nie spełnia. Sąd ten uwzględnił bowiem wszystkie istotne argumenty, przemawiające na korzyść powoda, do których zaliczyć należy w istocie rzeczy charakter dochodzonego roszczenia, uznając je – w całokształcie uwarunkowań niniejszej sprawy – jako niewystarczające do zniweczenia skutków podniesionego przez pozwanego zarzutu przedawnienia. Swoje stanowisko w tym zakresie w sposób szczegółowy uzasadnił, a jego zasadniczym motywom nie sposób postawić zarzutu dowolności. Jak przy tym wynika z apelacji, powód uzasadniając ten zarzut skoncentrował się na ww. okolicznościach, które w ogóle dla jego oceny, nie mają znaczenia. W szczególności nie zarzucił, aby ze strony pozwanego doznał jakichkolwiek utrudnień w możliwości wniesienia powództwa przed upływem terminu przedawnienia. Nie wskazał, jaką konkretną zasadę współzycia społecznego uwzględnienie zarzutu przedawnienia narusza. Oczekiwanie, że nie zostanie on uwzględniony tylko z uwagi na charakter roszczenia z art. 445 § 1 k.c. nie znajduje jakiegokolwiek jurydycznego uzasadnienia. Jego zaakceptowanie oznaczałoby bowiem stworzenie – oczywiście sprzecznie z prawem - kategorii roszczeń, które nie podlegają przedawnieniu tylko z uwagi na swój charakter.

W konsekwencji, powództwo o zapłatę zadośćuczynienia podlegało oddaleniu bez potrzeby badania materialnoprawnych przesłanek jego skuteczności wynikających z art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. (zasada odpowiedzialności) oraz art. 445 § 1 k.c. (przesłanki roszczenia o zadośćuczynienia). W tym zatem zakresie za obojętne dla rozstrzygnięcia sprawy uznać należało zarzuty dotyczące zarówno niekompletności materiału procesowego, jak

i wadliwego przyjęcia przez Sąd Okręgowy braku odpowiedzialności pozwanego za uszczerbek na zdrowiu powoda. Niezrozumiały był przy tym zarzut naruszenia przez Sąd I instancji art. 444 § 1 k.p.c. w sytuacji, gdy powód przewidzianego w nim roszczenia odszkodowawczego nie dochodził.

Przechodząc do omówienia tej części apelacji, która dotyczyła oddalonego powództwa o zapłatę renty wyrównawczej, zaznaczenia wymaga, że jego podstawę prawną stanowił art. 444 § 2 k.c. i wynikająca z niego przesłanka utraty zdolności do pracy zarobkowej. Jak wskazuje się w judykaturze, podstawą obliczenia renty wyrównującej tego rodzaju szkodę powinno być ustalenie faktycznych możliwości podjęcia przez poszkodowanego działalności zarobkowej. Przy ocenie tej zdolności należy ustalić zarobki, jakie poszkodowany przypuszczalnie osiągnąłby, gdyby nie uległ wypadkowi. Następnie trzeba je zestawić z zarobkami, jakie poszkodowany może osiągnąć, wykorzystując ograniczoną zdolność do pracy (tzw. metoda różnicy) – tak min. Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 1 marca 2018 r., I PK 95/17. Wypada mieć przy tym na uwadze, że poszkodowany jest obowiązany wykorzystać zachowaną zdolność do zarobkowania, jeżeli utracił tę zdolność tylko częściowo. Cięży więc na nim obowiązek minimalizowania szkody w granicach swoich możliwości. Dlatego, przy ustalaniu renty należy uwzględnić wysokość potencjalnych zarobków, które poszkodowany mógłby uzyskać, gdyby podjął zarobkowanie w rozmiarze wyznaczonym przez jego ograniczone możliwości (por. orzeczenia Sądu Najwyższego: z dnia 5 marca 1965 r., II PR 50/65, OSNCP 1965 Nr 11, poz. 195; z dnia 4 października 2007 r., I PK 125/07). Tych uwarunkowań apelacja zupełnie nie uwzględnia. Sam powód wskazał bowiem w treści zarzutu z pkt III apelacji, że utracił zdolność do pracy jedynie częściowo. Oznacza to, że uwzględnieniu – przy ocenie tego roszczenia - podlegać muszą zachowane przez niego zdolności do zarobkowania. Jeśli zważyć, że dochodzone świadczenie zostało określone przez powoda na kwotę odpowiadająca jego zarobkom uzyskiwanym bezpośrednio przed wypadkiem – 1000 zł., która jest niższa od minimalnego wynagrodzenia obowiązującego w Polsce, rzeczą powoda było przedstawienie dowodów wykazujących na to, że od daty, od której domagał się zasądzenia tego świadczenia, nie posiadał możliwości uzyskania tego rodzaju dochodów ramach zachowanych możliwości zarobkowych, czego bezspornie zaniechał. Podkreślenia przy tym wymaga, że wyłącznie miarodajny dla ustalenia zdolności powoda do podjęcia zatrudnienia - z uwagi na konieczność posłużenia się wiedzą specjalną - był dowód z opinii Uniwersytetu (...) w K.. W jej treści zaś jednoznacznie wskazano, że powód zachował zdolność do świadczenia pracy, także w wyuczonym zawodzie kierowcy. Wbrew skarżącemu, jakiegokolwiek odmienne wnioski w tym zakresie nie wynikają ze sporządzonej na użytek postępowania karnego opinii Zakładu Medycyny Sądowej (...) (k. 46 – 57). Jej przedmiotem było bowiem wyłącznie ustalenie, na potrzeby tego postępowania, czy leczenie powoda w pozwanym szpitalu było prawidłowe i czy pomiędzy ewentualnymi uchybieniami w tym zakresie, a jego aktualnym stanem zdrowia istnieje związek przyczynowy. Poza sferą ocen tej opinii całkowicie pozostawała natomiast kwestia możliwości wykonywania przez powoda dotychczasowej pracy zarobkowej, czy też szerzej, zachowania przez niego zdolności do podjęcia jakiegokolwiek zatrudnienia. Abstrahując zatem od tego, że opinia ta nie mogła mieć w niniejszej sprawie tego rodzaju charakteru, jaki usiłuje jej nadać skarżący, z uwagi na obowiązująca w procesie cywilnym zasadę bezpośredniości, to z jej treści nie wynikają dla niego jakiegokolwiek pozytywne skutki w tym zakresie. Dostrzec należy i to, że zarzut apelacji i jego uzasadnienie, dotyczący oddalenia przez Sąd I instancji wniosku powoda o przeprowadzenie dowodu z uzupełniającej pisemnej opinii ww. instytutu naukowego, w ogóle nie obejmuje kwestii potrzeby uzupełnienia opinii w zakresie odnoszącym się do wskazanych wyżej przesłanek roszczenia rentowego. Bez tego zaś zakwestionowanie wniosków wynikających z tej opinii nie mogło być skuteczne. Jak bowiem słusznie wskazał Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 24 kwietnia 2018 r., I ACa 1201/17, specyfika oceny dowodu z opinii biegłego wyraża się w tym, że sfera merytoryczna kontrolowana jest przez sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności tej opinii z zasadami doświadczenia życiowego, logiki i wiedzy powszechnej. Odwołanie się przez sąd - a tak uczynił Sąd I instancji - do tych kryteriów oceny stanowi należyte i wystarczające uzasadnienie przyczyn uznania opinii biegłego za przekonującą.

Nie umknęło Sądowi Apelacyjnemu to, że z przeprowadzonych w sprawie – w tym uzupełniająco na etapie postępowania odwoławczego – dowodów z orzeczeń Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w S. wynika, że powód jest osobą zaliczoną do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, przy czym z aktualnie obowiązującego orzeczenia z dnia 29 września 2017 r. wynika, że nie jest on zdolny do pracy (k. 506). Zauważyć wszakże należy, że to rzeczą powoda było zaferowanie dowodów, z których wynikałoby, że taki stan rzeczy jest

wynikiem skutków leczenia złamania obojczyka prawego w pozwanym szpitalu. Dopiero wówczas możliwe byłoby bowiem przyjęcie, że utrata przez powoda zdolności zarobkowych wskazana w tym orzeczeniu pozostaje w normalnym, adekwatnym związku przyczynowym w rozumieniu art. 361 § 2 k.c., z tym leczeniem. Jakikolwiek dowody nie zostały przez niego w tym przedmiocie zaoferowane. Brak jest przy tym, w ocenie Sądu Apelacyjnego, podstaw do formułowania tego rodzaju tezy, w oparciu o okoliczności już ujawnione w toku procesu. Sam powód wskazał w apelacji, że skutki tego leczenia związane są z bólami ręki, problemami neurologicznymi (wykluczonymi przez instytut), przykurczami palców. Tymczasem, jak zaobserwował Sąd Apelacyjny w trakcie dwóch rozpraw, widoczną dolegliwością powoda są problemy ze sprawnym poruszaniem się, których nie było w trakcie jego badania przez opiniujących lekarzy w maju 2016 r. (k. 325). Już tylko z tej przyczyny brak jest jakiegokolwiek podstaw do wnioskowania – bez wiedzy specjalnej – że wynikająca z treści orzeczenia z dnia 29 września 2017 r. niezdolność powoda do podjęcia pracy jest konsekwencją powikłań zaistniałych w wyniku leczenia w pozwanym szpitalu. Nie można przecież, już tylko z opisanych wyżej przyczyn wykluczyć, że jest ona następstwem innych, nie pozostających w związku z tym leczeniem schorzeń, które się u powoda ujawniły. Wnioski dowodowe nie zostały przez skarżącego w tym przedmiocie zgłoszone.

Dodatkowo Sąd Apelacyjny wskazuje, że podziela wątpliwości Sądu I instancji co do zgodności z rzeczywistym stanem rzeczy przedłożonej przez powoda – dla wykazania uzyskiwanych przez niego bezpośrednio przed wypadkiem zarobków – umowy zlecenia zawartej z H. i R. J. (k. 43). Abstrahując bowiem od tego, że wyłącznie miarodajna dla określenia możliwości zarobkowych, z punktu widzenia treści art. 444 § 2 k.c., kwota dochodu netto wynosi jedynie 792,76 zł., trafnie zwrócił uwagę Sąd Okręgowy, że składki z tytułu tej umowy odprowadzone zostały dopiero 14 sierpnia 2008 r., sama umowa zawarta została wyłącznie na miesiąc, w którym powód złamał obojczyk, zaś powodowi nie wystawiono zwolnienia lekarskiego, gdyż nie posiadał odpowiednich dokumentów. Jeśli dodatkowo zważyć, że sam powód wskazywał, że były okresy, w których bądź to pozostawał bez zatrudnienia, bądź też pracował „ma czarno”, a do akt nie zostały przedłożone dokumenty, z których wynikałoby, że przy podejmowaniu oficjalnego zatrudnienia, choćby o u tego samego pracodawcy, zasadą było ich zawieranie na tak krótkie, miesięczne okresy, wątpliwości co do autentyczności tej umowy jawić się muszą jako istotne. Kwestia ta ma wszakże dla analizowanego zagadnienia znaczenie uboczne, a to w związku z opisanymi wyżej uwarunkowaniami, samoistnie czyniącymi żądanie zasądzenia renty nieuzasadnionym.

Z opisanych wyżej przyczyn powództwo podlegać musiało w całości oddaleniu, bez potrzeby szczegółowego badania kwestii prawidłowości procesu leczenia złamanego obojczyka prawego powoda w pozwanym szpitalu, z którym to zagadnieniem powiązany był zarzut niekompletności materiału procesowego w zakresie opinii Uniwersytetu (...) w K.. Sąd Apelacyjny w pełni podziela pogląd wyrażony przez Sąd Najwyższy, że sąd drugiej instancji jest obowiązany zamieścić w swoim uzasadnieniu wyłącznie takie elementy, które ze względu na treść apelacji i zakres rozpoznania są potrzebne do rozstrzygnięcia sprawy, ale nie ma zarazem obowiązku wyrażania szczegółowego stanowiska do wszystkich poglądów prezentowanych przez strony, jeżeli nie mają one istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 16 marca 2012 r., sygn. IV CSK 373/11, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 października 1998 r., sygn. II UKN 282/98, OSNP 1999/23/758).

Jedynie zatem kierunkowo - bez nadmiernie szczegółowego rozwijania zaprezentowanych tez - w odniesieniu do tej części apelacji, Sąd II instancji wskazuje, że poddanie ocenie sądu odwoławczego postanowienia Sądu Okręgowego oddalającego wniosek o przeprowadzenie dowodu z pisemnej, uzupełniającej opinii instytutu wymagało, obok zgłoszenia zastrzeżenia, o którym mowa w art. 162 k.p.c., również zaskarżenia tego orzeczenia w trybie art. 380 k.p.c., w ramach apelacji. Jak słusznie wskazał Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia z dnia 25 października 2017 r., II PZ 23/17, warunkiem koniecznym przeprowadzenia oceny niezaskarżalnego postanowienia na podstawie art. 380 k.p.c., jest zamieszczenie w środku zaskarżenia wniosku w tym przedmiocie. Jeżeli w sprawie występuje zawodowy pełnomocnik, wniosek powinien być sformułowany jednoznacznie, gdyż nie ma podstaw do przypisywania pismom wnoszonym przez takiego pełnomocnika treści wprost w tych pismach niewyrażonych. W braku takiego wniosku przeprowadzenie kontroli nie jest dopuszczalne. Pogląd powyższy urzeczywistnia opisany pogląd – jednolicie prezentowany na tle art. 378 § 1 k.p.c. - o związaniu sądu odwoławczego zarzutami naruszenia prawa procesowego.

Skoro zatem nie został zgłoszony przez powoda, powiązany z zarzutem nieprzeprowadzenia tego dowodu wniosek o poddanie decyzji procesowej Sądu I instancji z dnia 31 sierpnia 2017 r. w tym przedmiocie kontroli instancyjnej, to tym samym kwestia ta co do zasady nie mogła podlegać badaniu w ramach procedury odwoławczej. Dodatkowo Sąd Apelacyjny zauważa w tej materii, że wedle skarżącego dowód ten, pozwoliłoby na ustalenie, czy brak reakcji na dolegliwości bólowe, jakie wystąpiły u M. K. (1) w okresie po dokonaniu zabiegu, miały wpływ na dalszy stan jego zdrowia, w szczególności czy podjęcie diagnostyki i ustalenie przyczyn zgłaszanych dolegliwości, mogły wstrzymać wystąpienie powikłań i powstanie ewentualnie kolejnych. Zarówno w samym zarzucie, jak i uzasadnieniu apelacji skarżący nie wyjaśnił jednak, jakie to ma znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy. Związku takiego nie dopatruje się również sąd odwoławczy. Sąd Okręgowy wyjaśnił, że same dolegliwości zgłaszane przez powoda nie mogły oddziaływać na ustalenie, że w październiku 2008 r. doszło do uszkodzenia zespolenia obojczyka dokonanego operacyjnie i apelacja tego nie kwestionuje. W istocie rzeczy nie wiadomo zatem, jakie powikłania w kontekście odczuwanego bólu i podstawy faktycznej roszczenia, skarżący miał tutaj na myśli. Zarzut ten nie poddawał w konsekwencji merytorycznej kontroli.

Co się zaś tyczy oceny samego procesu leczenia powoda w pozwanym szpitalu, Sąd Apelacyjny nie podziela ostatecznej konkluzji Sądu Okręgowego, że zastosowanie nieprawidłowej metody leczenia w jego początkowej fazie (założenie opatrunku gipsowego, zamiast leczenia operacyjnego) nie jest zdarzeniem, z którym wiązać można odpowiedzialność pozwanego za negatywne skutki zdrowotne, jakie powstały u powoda. Nie kwestionując bowiem tezy, że także w trakcie przeprowadzonego w pierwszej kolejności leczenia operacyjnego mogło dojść do powikłań w postaci zrostu opóźnionego i stawu rzekomego, zauważyć trzeba, że Sąd I instancji nie uwzględnił w rozważaniach prawnych, w dostatecznym stopniu, tych elementów opinii Uniwersytetu (...) w K., w których zwrócono uwagę na konsekwencje zbyt późnego wdrożenia u powoda leczenia operacyjnego, a które Sąd ten opisał w części faktograficznej uzasadnienia zaskarżonego wyroku. I tak w opinii podstawowej z maja 2016 r. stwierdzono, że decyzja o leczeniu zachowawczym nie była z punktu widzenia poglądów obowiązujących w roku 2008 r. postępowaniem optymalnym, a zdecydowanie preferowanym rozwiązaniem było wówczas leczenie operacyjne. Nieprawidłowość również polegała na akceptacji braku repozycji odłamów przy wypisie powoda ze szpitala i w trakcie wizyt kontrolnych, kiedy to należało hospitalizować powoda i wdrożyć leczenie operacyjne. Stwierdzone wówczas ustawienie odłamów było bowiem całkowicie nieakceptowalne. Samo odroczenie operacji do września 2008 r. zdeterminowało gorsze warunki gojenia i zrostu kostnego, a także możliwość pełnej repozycji (k. 327 – 327v). Wnioski te zostały rozwinięte i jednoznacznie dookreślone w opinii uzupełniającej z maja 2017 r., w której wprost wskazano, że zastosowanie leczenia operacyjnego stwarzało realnie wysoką szansą na niepowikłany zrost i dobrą ruchomość kończyny w stawie barkowym (k. 422). Już tylko z tych przyczyn teza Sądu Okręgowego o braku związku przyczynowego między zastosowaną, nieoptymalną metodą leczenia zachowawczego, a aktualnym stanem zdrowia powoda, jest zbyt daleko idąca. Rzecz bowiem nie w tym, czy zaistniałe powikłania mają charakter typowy dla tego rodzaju zabiegów operacyjnych, jaki ostatecznie został u powoda przeprowadzony we wrześniu 2008 r. Kluczowa jest w tym zakresie odpowiedź na pytanie, czy prawdopodobieństwo niepowikłanego leczenia, w przypadku jego optymalnego prowadzenia, byłoby istotnie wyższe. W świetle przedstawionych wyżej konkluzji opinii, udzielić na nie należy – zdaniem Sądu Apelacyjnego – odpowiedzi twierdzącej.

W odniesieniu do tzw. procesów medycznych, w orzecznictwie i doktrynie wyrażany jest pogląd, który sąd Apelacyjny podziela, że ustalenie przyczyny utraty lub pogorszenia zdrowia nie jest z reguły możliwe w sposób absolutnie pewny i dlatego wystarczy określenie z wysoką dozą prawdopodobieństwa możliwości jej wystąpienia (zob. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA 1970/7-8, z dnia 4 listopada 2005 r., V CK 182/05; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 17 stycznia 2006 r., I ACa 1983/04). W pełni racjonalne pozostaje założenie, które przyświeca tej zasadzie, że w tego rodzaju sprawach na ogół nie jest praktycznie możliwe stwierdzenie z całkowitą pewnością, że przyczynę szkody stanowiło konkretne zdarzenie. Dopuszczalne jest zatem ustalenie tego faktu na podstawie dowodów pośrednich, o ile zachodzi wysokie prawdopodobieństwo jego zajścia (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 21 marca 1997 r., I ACa 107/97, Wokanda 1998/7/34). W wyroku z dnia 13 czerwca 2000 r. (sygn. akt V CKN 34/00) Sąd Najwyższy stwierdził, iż wykazanie znacznego prawdopodobieństwa związku

przyczynowego między określonymi działaniami szpitala a stanem zdrowia chorego pozwala przyjąć, że powód spełnił obowiązek wynikający z art. 6 k.c.

Sąd Apelacyjny uważa zatem, iż w tego typu procesach odszkodowawczych sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, poprzestać na ustaleniu odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa pomiędzy działaniem (zaniechaniem) sprawcy a powstałą szkodą (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 23 października 2002 r., II CKN 1185/00, z dnia 24 maja 2005 r., V CSK 654/04, z dnia 26 listopada 1998 r., III CKN 4/98, z dnia 17 października 2007 r., II CSK 285/07, z dnia 17 listopada 2010 r., CSK 467/10, z dnia 4 kwietnia 2012 r., CSK 402/11, czy z dnia 8 maja 2014 r., V CSK 353/13). Taki bowiem dowód pewności – ze względu na specyfikę procesów medycznych – często nie jest możliwy do przeprowadzenia.

W realiach niniejszej sprawy tego rodzaju wysokie prawdopodobieństwo niepowikłanego leczenia powoda, w przypadku zastosowania, w pierwszej kolejności, leczenia operacyjnego, w świetle opinii Uniwersytetu (...) w K., w ocenie Sądu Apelacyjnego, zachodziło, co rodzic mogło odpowiedzialność pozwanego za wynikające z tego uchybienia konsekwencje dla stanu zdrowia powoda. Uwzględnieniu dochodzonych pozwem roszczeń w jakiegokolwiek części, stały wszakże na przeszkodzie opisane wyżej uwarunkowania wskazujące na przedawnienie żądania zadośćuczynienia, oraz niewykazanie konstytutywnych przesłanek roszczenia o zapłatę renty, przewidzianych w art. 444 § 2 k.c. Z tych przyczyn należało orzec jak w punkcie I sentencji, na podstawie art. 385 k.p.c.

Z tożsamyh, jak w przypadku kosztów postępowania pierwszoinstancyjnego przyczyn, tj. z uwagi na charakter dochodzonego roszczenia, sytuację osobistą i majątkową powoda, a nadto fakt, że jego subiektywne poczucie pokrzywdzenia, trudne a limine do samodzielnego zweryfikowania, znalazło potwierdzenie w ustalonych w toku procesu nieprawidłowościach w procesie jego leczenia, Sąd Apelacyjny uznał, że zachodzi wypadek szczególny, wyjątkowy w rozumieniu art. 102 k.p.c., uzasadniający orzeczenie o kosztach postępowania apelacyjnego wedle zasady słuszności. Dlatego orzeczono jak w punkcie II wyroku.

O kosztach nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu w postępowaniu apelacyjnym, Sąd odwoławczy orzekł w punkcie III wyroku, na podstawie § 2 ust. 1 w zw. z § 4 ust. 1 i 3 w zw. z § 8 pkt 7 w zw. z § 16 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 roku w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (Dz.U. 2016.1714 ze zm.).

SSA T. Żelazowski SSA A. Kowalewski SSA H. Zarzeczna