Sygn. akt I ACa 443/12

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 sierpnia 2012 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Maria Iwankiewicz (spr.)
Sędziowie:	SSA Małgorzata Gawinek SSA Artur Kowalewski
Protokolant:	sekretarz sądowy Piotr Tarnowski

po rozpoznaniu w dniu 25 lipca 2012 r. na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa H. P.

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

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 30 kwietnia 2012 r., sygn. akt I C 44/10

I. ***oddala apelację;***

II. ***odstępuje od obciążenia powódki kosztami zastępstwa strony pozwanej w postępowaniu apelacyjnym.***

SSA M. Gawinek SSA M. Iwankiewicz SSA A. Kowalewski

Sygn. akt I ACa 443/12

UZASADNIENIE

Powódka H. P. wniosła pozew przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Szpitalowi (...) w S., domagając się zasądzenia od pozwanego na rzecz powódki kwoty 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia za ból i cierpienie doznane na skutek błędów w leczeniu złamania kości lewej ręki doznanego w dniu 1 grudnia 2006 roku z ustawowymi odsetkami do dnia zapłaty oraz kwoty 30.000 zł tytułem odszkodowania za szkody powstałe wskutek błędów w leczeniu złamania kości lewej ręki doznanego w dniu 1 grudnia 2006 roku z ustawowymi odsetkami do dnia zapłaty, a nadto zasądzenia od pozwanego na rzecz powódki kosztów postępowania według norm przepisanych.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości i o zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych. Podniósł, że zabieg operacyjny u powódki został wykonany zgodnie z zasadami sztuki medycznej, a po zabiegu wystąpiły spodziewane powikłania braku zrostu i wtórnej deformacji łokcia, wynikające jednak z następstw doznanego urazu, a nie techniki operacyjnej. Pozwany podkreślił, że w przypadku powódki nie można mówić o błędzie ani w kwalifikacji do zabiegu, ani w jego wykonaniu, gdyż złe wyniki leczenia wielofragmentowych dostawowych złamań części obwodowej kości ramiennej są powszechnie opisywane w piśmiennictwie i interpretowane jako następstwa tego szczególnie niekorzystnego uszkodzenia kości, jakiego doznała powódka, niezależnie od sposobu rozwiązania pooperacyjnego.

Powódka w piśmie procesowym z dnia 31 października 2011 roku podniosła, że z dokumentacji medycznej nie wynika, aby złożyła oświadczenie, w którym potwierdziłaby fakt poinformowania jej przez lekarzy o wszelkich możliwych powikłaniach. Powódka nie miała wiedzy o wszystkich okolicznościach i nie dokonała świadomego wyboru metody leczenia. Z tego względu jej zgodę na zabieg należy uznać za wadliwą.

Na rozprawie w dniu 18 kwietnia 2012 roku strona powodowa oświadczyła, że domaga się tytułem zadośćuczynienia kwoty 130.000 zł, zaś tytułem odszkodowania kwoty 50.000 zł.

Wyrokiem z dnia 30 kwietnia 2012 roku Sąd Okręgowy w Szczecinie oddalił powództwo i odstąpił od obciążenia powódki kosztami procesu na rzecz pozwanego.

Sąd pierwszej instancji wydał wyrok tej treści po dokonaniu ustaleń faktycznych, z których wynika, że powódka H. P. w dniu 1 grudnia 2006 roku idąc chodnikiem potknęła się i upadła, uderzając łokciem lewej ręki o chodnik. W wyniku tego zdarzenia powódka H. P. doznała złamania części dalszej kości ramiennej lewej, polegające na złamaniu nadkłykciowym, wieloodłamowym, zmiażdżeniowym lewej kości ramiennej przebiegające przez staw łokciowy. Powódka H. P. po tym zdarzeniu udała się na Ogólną Izbę Przyjęć Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) w S., gdzie udzielono jej pomocy polegającej na unieruchomieniu kończyny w chuście trójkątnej, zalecając stawienie się w dniu następnym w Klinice Ortopedii celem leczenia operacyjnego. W dniu 2 grudnia 2006 roku powódka H. P. została przyjęta do Kliniki Ortopedii Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) w S., gdzie w dniu 3 grudnia 2006 roku przeprowadzono zabieg operacyjny nastawienia odłamów ze stabilizacją metalowymi śrubami. Przed zabiegiem operacyjnym powódka H. P. podpisała oświadczenie, że została poinformowana i zrozumiała celowość oraz konieczność przeprowadzenia zabiegu operacyjnego. W treści oświadczenia wskazano, jakie jest rozpoznanie i proponowane leczenie polegające na operacyjnym nastawieniu i ustabilizowaniu odłamów. Powyższy zabieg operacyjny został przeprowadzony w sposób prawidłowy pod względem technicznym, uzyskując korzystne ustawienie odłamów z nieznacznym przemieszczeniem kłykcia przyśrodkowego kości ramiennej. Prawidłowo przebiegało również leczenie pooperacyjne. W dniu 5 grudnia 2006 roku powódka H. P. została wypisana ze szpitala i następnie znajdowała się pod opieką poradni ortopedycznej. Ponadto powódka przechodziła rehabilitację. W późniejszym okresie u powódki nadal występowały dolegliwości związane ze złamaną ręką, w szczególności przykurcz i niewładność ręki. W lipcu 2007 roku powódka H. P. została przyjęta do Kliniki Ortopedii Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) w S. celem leczenia operacyjnego powikłań powstałych w gojeniu złamania - obluzowania implantów zespalających i powstaniem stawu rzekomego. W dniu 4 lipca 2007 roku u powódki wykonano operacyjnie usunięcie obluzowanego materiału zespalającego z lewej kości ramiennej. Obecnie u powódki widoczne jest przebyte złamanie nadkłykciowe, wieloodłamowe, zmiażdżeniowe lewej kości ramiennej przezstawowe leczone operacyjnie, powikłane obluzowaniem odłamów kostnych i wytworzeniem stawu rzekomego, powodujące znaczne ograniczenie ruchomości w lewym stawie łokciowym. Powyższe uszkodzenia ciała skutkują u powódki 30 % uszczerbkiem na zdrowiu. W przypadku powódki dalsze rokowania są niepewne. Złamanie ręki doznane przez powódkę należą do uszkodzeń ciała sprawiających duże trudności w leczeniu i obarczone są wysokim stopniem powikłań takich jak brak zrostu, wytworzenie się stawu, przykurcz i deformacja łokcia. Powikłania te mieszczą się w granicach ryzyka, jaki się wiąże się z przeprowadzeniem zabiegu operacyjnego i są niezależnymi od wykonującego zabieg powikłaniami. Możliwe są dwie strategie leczenia: leczenie zachowawcze oraz leczenie operacyjne, przy czym leczenie operacyjne związane jest z większymi szansami na odzyskanie choć częściowej ruchomości w stawie łokciowym, podczas gdy w przypadku leczenia zachowawczego

te szanse są znikome. Wybór strategii zależy od stanu zdrowia pacjenta, decyzji podjętej przez pacjenta i wyrażenia zgody na leczenie operacyjne, a także od możliwości szpitala i umiejętności lekarza. Celem leczenia jest prawidłowe wygojenie złamania z uzyskaniem pełnej sprawności i funkcji kończyny, jednak w przypadku tego typu złamań szanse na powrót do stanu funkcjonalnego jak przed wypadkiem są znikome. W praktyce najczęściej uzyskuje się jedynie częściowy powrót sprawności kończyny. Leczenie zgodne z obowiązującymi standardami, przestrzeganie zaleceń lekarskich jedynie może zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań, jednak nie jest w stanie im zapobiec.

Sąd Okręgowy ustalił nadto, że powódka H. P. ma obecnie 66 lat, jest emerytką i z tego tytułu otrzymuje świadczenie w wysokości 940 złotych miesięcznie.

W oparciu o powyższe ustalenia Sąd pierwszej instancji uznał powództwo za nieuzasadnione. Wskazał, że dla przypisania danemu podmiotowi odpowiedzialności deliktowej na podstawie art. 415 k.c. konieczne jest łączne spełnienie następujących przesłanek: powstanie szkody, czyn niedozwolony i związek przyczynowy pomiędzy czynem niedozwolonym a powstaniem szkody. W sprawie spór dotyczył tego, czy do wywołania u powódki rozstroju zdrowia doszło w następstwie bezprawnego i zawinionego zachowania pracowników pozwanego zakładu opieki zdrowotnej, a tym samym, czy można przypisać im czyn niedozwolony pozostający w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą doznaną przez powódkę. Podstawowe znacznie miało w tej sytuacji ustalenie, czy przeprowadzone u powódki leczenie zostało wykonane w sposób prawidłowy i zgodny z zasadami sztuki lekarskiej. Sąd Okręgowy czyniąc ustalenia w tym zakresie oparł się przede wszystkim na dowodach z opinii Uniwersytetu M. K. w T. oraz korespondujących z nią dowodach z dokumentów, w postaci dokumentacji medycznej powódki. Z powyższej opinii wynika jednoznacznie, że leczenie powódki - zarówno leczenie operacyjne, jak i leczenie pooperacyjne - zostało przeprowadzone przez pozwanego w sposób prawidłowy, zgodny z zasadami sztuki medycznej oraz obowiązującymi standardami leczenia, zaś powstałe powikłania mieściły się w granicach ryzyka związanego za przeprowadzonym zabiegiem. Tym samym zdaniem tego Sądu w oparciu o powyższą opinię nie można przypisać pozwanej dopuszczenia się czynu niedozwolonego, polegającego na przeprowadzeniu leczenia w sposób niezgodny z obowiązującą sztuką lekarską.

Sąd Okręgowy wziął jednak pod uwagę, że strona powodowa podniosła zarzut, że zachowanie pozwanej było bezprawne, albowiem powódka nie wyraziła w sposób należyty zgody na przeprowadzone leczenie operacyjne. Sąd ten zauważył, że z historii choroby wynika, że przed zabiegiem operacyjnym powódka H. P. podpisała oświadczenie, że została poinformowana i zrozumiała celowość i konieczność przeprowadzenia zabiegu operacyjnego. W treści oświadczenia wskazano przedmiot rozpoznania i proponowane leczenie. Z tego dokumentu - pomimo tego, że na pierwszej stronie historii choroby brak oświadczenia powódki o wyrażeniu zgody na proponowane leczenie - wynika jednoznacznie, że powódka zgodziła się na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego polegającego na nastawieniu i stabilizacji złamanej ręki. Jednocześnie strona powodowa trafnie w ocenie tego Sądu podnosiła, że nie został przeprowadzony żaden dowód, na podstawie którego można było uznać za wykazane, iżby powódka została poinformowana o możliwych powikłaniach wynikających z przyjętej metody leczenia. Ma to istotne znaczenie w świetle art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Podkreślił Sąd pierwszej instancji, że w judykaturze przyjmuje się, że brak tak wyrażonej zgody nadaje zachowaniu lekarza cechy czynu niedozwolonego, co uzasadnia odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej za wszystkie negatywne następstwa wykonanego zabiegu - nawet wówczas, gdy był on wykonany zgodnie z zasadami sztuki medycznej.

W powyższym kontekście Sąd Okręgowy podkreślił jednak, że niezbędną przesłanką odpowiedzialności deliktowej jest normalny związek przyczynowy pomiędzy czynem niedozwolonym a powstaniem szkody. Natomiast z opinii Uniwersytetu M. K. w T. wynika, że obecny stan zdrowia powódki, w tym również istniejące u niej powikłania, nie są następstwem samego leczenia powódki, lecz doznanego przez nią urazu. W powyższej opinii jednoznacznie wskazano, że złamanie ręki doznane przez powódkę należą do uszkodzeń ciała sprawiających duże trudności w leczeniu i obarczone są wysokim stopniem powikłań takich jak brak zrostu, wytworzenie się stawu, przykurcz i deformacja łokcia. Powikłania te mieszczą się w granicach ryzyka, jaki się wiąże się z przeprowadzeniem zabiegu operacyjnego i są niezależnymi od wykonującego zabieg powikłaniami. Z tak sformułowanych wniosków opinii należy wyprowadzić wniosek, że powikłania powstałe u powódki mają swoje źródło w urazie doznanym przez nią,

i są normalnym następstwem powstałego u niej uszkodzenia ciała, a tym samym do ich powstania nie przyczyniło się w żaden sposób leczenie zastosowane przez pozwanego. Z tego względu jak przyjął Sąd Okręgowy nie można uznać, że pozwany ponosi odpowiedzialność za szkodę doznaną przez powódkę na skutek istnienia tego rodzaju schorzeń. W rezultacie nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego zakładu opieki zdrowotnej, co uzasadnia oddalenie powództwa w niniejszej sprawie.

Sąd Okręgowy wskazał nadto, że powódka nie wykazała wysokości szkody majątkowej, a roszczenie o zadośćuczynienie było w jego ocenie zawyżone. O kosztach procesu Sąd ten orzekł na podstawie art. 102 k.p.c.

Apelację od tego wyroku w części, tj. do kwoty 50.000 zł dotyczącej pkt. 1, wywiodła powódka, domagając się jego zmiany w zaskarżonym zakresie poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kwoty 50.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz zasądzenia od pozwanego na rzecz powódki kosztów procesu za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu odwoławczym według norm przepisanych, ewentualnie uchylenia pkt.1 zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania. Zaskarżonemu orzeczeniu apelująca zarzuciła:

- naruszenie przepisów prawa materialnego poprzez ich błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie, a w szczególności:

a) art. 31 ust. 1 w zw. z art. 34 ust.2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty poprzez przyjęcie, że brak wymaganej pisemnej zgody pacjenta na zabieg leczniczy o wysokim ryzyku powikłań nie wpływa na bezprawność czynności podjętych przez lekarza oraz odpowiedzialność placówki leczniczej, ***podczas gdy*** w przypadku nie poinformowania pacjenta o skutkach zabiegu operacyjnego oraz nie uzyskaniu zgody na obraną metodę leczenia odpowiedzialność za możliwe do przewidzenia skutki zabiegu ponosi szpital, a nie zaakceptowane przez pacjenta czynności zabiegowe uznać należy za bezprawne;

b) art. 415 k.c. poprzez przyjęcie, że w przypadku braku pisemnej zgody pacjenta na przeprowadzenie wybranej metody leczenia lekarzowi podejmującemu się wykonania zabiegu leczniczy nie można przypisać winy uzasadniającej roszczenie o zadośćuczynienie, ***podczas gdy*** zachowaniem, za które podmiotowi można przypisać odpowiedzialność deliktową, może być również zaniechanie polegające na niewykonaniu określonego działania, jeżeli na podmiocie tym ciążył ustawowy (wskazany w art. 31 ust. 1 w zw. z art. 34 ust.2 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty) obowiązek jego podjęcia;

c) art. 445 §1 k.c. w zw. z art. 444 §1 k.c. poprzez przyjęcie, że dochodzona przez powódkę kwota zadośćuczynienia za doznaną krzywdę jest wysoce wygórowana i nie jest adekwatna do aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa, ***podczas gdy*** zadośćuczynienie ma służyć złagodzeniu negatywnych doznań i przedstawić ekonomicznie odczuwalną wartość, a ze względu na indywidualizm każdego przypadku oraz nacechowanie krzywdy subiektywizmem bezzasadnym jest relatywizowanie in abstracto zadośćuczynienia i powoływanie się jedynie na ogólne przesłanki sytuacji społeczno-gospodarczej przy ocenie dochodzonej sumy tejże kompensaty;

- naruszenie przepisów postępowania mających wpływ na treść zapadłego w sprawie orzeczenia, a w szczególności: ***art. 233 k.p.c.*** poprzez dowolne dokonanie oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, a w konsekwencji dokonanie ustaleń stanu faktycznego w sposób sprzeczny z zebranym w sprawie materiałem dowodowym oraz zasadami logiki wyrażające się w:

a) przyjęciu, że powódka była poddana operacji na Oddziale Ginekologicznym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w P. i domaga się odszkodowania za błąd w sztuce lekarskiej popełniony w związku z operacją ginekologiczną, ***podczas gdy*** powódka w lipcu 2001 roku nie przechodziła operacji ginekologicznej i nie była hospitalizowana w powyższej placówce leczniczej, a w niniejszej sprawie dochodzi kwoty zadośćuczynienia i

odszkodowania za błąd w sztuce lekarskiej Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) w S. w związku z operacją po uszkodzeniu lewej ręki polegającym na wieloodłamowym złamaniu kości ramiennej;

b) przyjęciu, że powódka w chwili orzekania była 66-letnią rencistką, podczas gdy powódka (ur. (...)) do dnia dzisiejszego pobiera świadczenia emerytalne;

c) przyjęciu na podstawie opinii sądowo-lekarskiej biegłych Uniwersytetu M. K. w T. (...) w B., że pozwanemu nie można przypisać dopuszczenia się czynu niedozwolonego, polegającego na przeprowadzeniu leczenia w sposób niezgodny z obowiązującą sztuką lekarską, ***podczas gdy*** zgodnie z pkt. 14-18 przedmiotowej opinii obowiązkiem szpitala powinno być uzyskanie pisemnej zgody pacjentki na zabieg operacyjny, a z dokumentacji lekarskiej powódki wynika, że nie wyraziła ona takiej zgody, w konsekwencji czego zgoda na zabieg leczniczy była wadliwa, a leczący ponosi odpowiedzialność za wszelkie późniejsze powikłania;

d) przyjęcie, że powódka wyraziła prawidłową i świadomą zgodę na proponowane leczenie, tj. przeprowadzenie zabiegu operacyjnego polegającego na nastawieniu i stabilizacji złamanej ręki, podczas gdy stwierdzenie to pozostaje w sprzeczności z innym ustaleniem sądu in meriti, w którym przyznał, że powódka słusznie zwróciła uwagę na brak w dokumentacji lekarskiej przedłożonej przez pozwanego dokumentu, potwierdzającego poinformowanie pacjentki o możliwych powikłaniach wynikających z obranej metody leczenia, co nadaje zachowaniu lekarza prowadzącego cechy czynu niedozwolonego i uzasadnia odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej;

e) przyjęcie na podstawie wniosków opinii sądowo - lekarskiej biegłych Uniwersytetu M. K. w T. (...) w B. jakoby wszelkie konsekwencje i powikłania pourazowe i pooperacyjne powódki były niezależne od czynności podjętych przez pozwanego, ***podczas gdy*** zgodnie z treścią przedmiotowej opinii z uwagi na rażące braki w dokumentacji lekarskiej powódki oraz naruszenie podstawowych obowiązków w toku leczenia, to szpital ponosi odpowiedzialność za powikłania, z jakimi do dnia dzisiejszego boryka się strona powodowa, co uzasadnia odpowiedzialność deliktową szpitala na mocy art. 415 k.c.

f) uznanie, że ze względu na brak zastrzeżeń w opinii sądowo-lekarskiej biegłych Uniwersytetu M. K. w T. (...) w B. co do techniki przeprowadzenia leczenia operacyjnego oraz pooperacyjnego przez stronę pozwaną, pozwanemu nie można przypisać odpowiedzialności za powikłania występujące u powódki po przeprowadzonych zabiegach, podczas gdy w sprawach o zadośćuczynienie niedopuszczalnym jest aby pozwany, który nie zapewnił stronie powodowej możliwości świadomego wyboru sposobu metody leczenia, powoływał się na okoliczność, że dana szkoda nastąpiłaby także wskutek tzw. przyczyny rezerwowej, czyli leczenia farmakologicznego.

W odpowiedzi na apelację pozwany wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja okazała się niezasadna.

Przeprowadzona przez Sąd Okręgowy ocena dowodów nie narusza reguł określonych w art. 233 § 1 k.p.c. i zarzut apelacyjny w tej mierze należało uznać za nietrafny. Dokonane na podstawie tej oceny ustalenia faktyczne znajdują odzwierciedlenie w treści zgromadzonych w sprawie dowodów. Z takich ustaleń Sąd pierwszej instancji wywiódł w pełni zasadne wnioski, zaś sposób rozumowania prowadzący do nich i przyjęty w uzasadnieniu wyroku jest rozważny oraz obejmuje także twierdzenia strony powodowej podniesione już w toku postępowania pierwszoinstancyjnego, którego powtórzeniem jest stanowisko zawarte w apelacji. Takie ustalenia i argumentację prawną Sąd Apelacyjny w pełni aprobuje i przyjmuje za własne, co czyni zbytecznym ponowne szczegółowe ich przytaczanie w tym miejscu.

Nieskutecznym okazał się również zarzut, odnoszący się do rzeczywiście błędnych informacji, które znalazły się w części historycznej uzasadnienia zaskarżonego wyroku na stronie 222 (a nie jak utrzymywała strona apelująca – w ustaleniach faktycznych), odnośnie operacji powódki na Oddziale Ginekologicznym Samodzielnego Publicznego

Zakładu Opieki Zdrowotnej w P., domagania się przez nią odszkodowania za błąd w sztuce lekarskiej popełniony w związku z operacją ginekologiczną, jak i określeniu jej jako rencistki. Analiza ustaleń faktycznych i rozważań prawnych zawartych w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku (nie odnoszących się przecież do operacji ginekologicznej, lecz do operacji związanych z doznanym przez powódkę złamaniem lewej kości ramiennej) prowadzi bowiem do oczywistej konkluzji, że kwestionowany fragment uzasadnienia znajduje się w jego części wstępnej, nie stanowi ustaleń faktycznych Sądu pierwszej instancji, jest wynikiem oczywistej omyłki pisarskiej i nie odnosi się do przedmiotowej sprawy, czego w pełni świadomy był Sąd Okręgowy. Taka omyłka nie mogła zatem świadczyć w żadnej mierze o braku rozpoznania istoty sprawy czy braku skrupulatnej oceny materiału dowodowego w sprawie, czemu zresztą przeczy w sposób oczywisty niezwykle szczegółowe i wnikliwe uzasadnienie zaskarżonego wyroku także w części poświęconej rozważaniom. Takiemu stanowisku nie przeczy także błąd popełniony przez ten Sąd w oznaczeniu wieku powódki w momencie orzekania (66 lat zamiast 68 lat), nie mający istotnego znaczenia dla wyniku sprawy, a jak można przypuszczać będący wynikiem omyłkowego posłużenia się podanymi przez nią danymi przed jej przesłuchaniem w dniu 14 lipca 2010 r., bez ich zaktualizowania na moment orzekania.

Sąd pierwszej instancji słusznie przyjął, że w ustalonym stanie faktycznym przepis art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. w zw. z art. 416 k.c. jest materialnoprawną podstawą odpowiedzialności pozwanego Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) w S. wobec powódki w związku z zabiegiem operacyjnym z 3 grudnia 2006 r. oraz z lipca 2007 r. Powódka H. P. dochodziła swoich roszczeń w ramach reżimu deliktowej odpowiedzialności odszkodowawczej, domagając się od pozwanego Szpitala naprawienia szkody wyrządzonej z winy jego podwładnego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności. Powódka wywodziła zatem skutki prawne w postaci powstania obowiązku pozwanego naprawienia poniesionej przez nią szkody z faktu wyrządzenia jej szkody, pozostającej w adekwatnym związku przyczynowym z zawinionym, bezprawnym zachowaniem się lekarza jako podwładnego strony pozwanej. Bez znaczenia jest zaś dla takiej odpowiedzialności to, który z pracowników szpitala w sposób zawiniony wyrządził ewentualnie szkodę. Przyjmowana jest bowiem w takim wypadku reguła winy anonimowej. Odpowiedzialność odszkodowawcza zatrudniającej lekarza jednostki służby zdrowia, aktualizuje się jedynie wtedy, gdy zatrudnionym w nim pracownikom przypisać można, co najmniej niedbalstwo w postaci działań czy zaniechań, w zakresie przeprowadzanych procedur medycznych - w tym wszelakich zabiegów.

Jak słusznie ustalił Sąd pierwszej instancji, a czego apelacja wniesiona przez powódkę w istocie nie kwestionuje, pozwany nie ponosi odpowiedzialności za błąd w technice lekarskiej w ramach przeprowadzonego u powódki zabiegu operacyjnego w dniu 3 grudnia 2006r. W przekonywujący sposób kwestia ta rozstrzygnięta została przez Sąd Okręgowy, który oparł się w głównej mierze na opinii sądowo – lekarskiej, z której jednoznacznie wynika, że zabieg został wykonany bez zastrzeżeń, leczenie powódki zostało przeprowadzone przez pozwanego w sposób prawidłowy, a uszczerbek na zdrowiu jaki wystąpił u niej po zabiegu mieścił się w granicach ryzyka związanego za przeprowadzonym zabiegiem.

Wobec tego, przesłanki skutkującej powstaniem odpowiedzialności deliktowej pozwanego na dalszym etapie postępowania przed Sądem pierwszej instancji strona powodowa zaczęła upatrywać w okoliczności nieudzielenia przed wykonaniem zabiegu operacyjnego pełnej informacji wymaganej w myśl art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2011.277.1634 j.t. ze zm.), zwanej dalej „ustawą", i stąd za następstwa tego zabiegu, choćby prawidłowo przeprowadzonego. W tej sytuacji na powódce spoczywał obowiązek wykazania, że zawinione zachowanie lekarza polegało na wykonaniu zabiegu operacyjnego bez uprzedniego uzyskania niezbędnej zgody pacjenta w sposób wymagany w art. 34 ust. 2 w zw. z art. 31 ust. 1 ustawy i jego następstwem była powstała u niej szkoda.

Sąd Okręgowy prawidłowo w oparciu o zeznania świadka A. B., opinię biegłych oraz historię choroby powódki (vide: k. 69) doszedł do wniosku, że H. P. wyraziła zgodę na samo wykonanie zabiegu operacyjnego nastawienia i stabilizacji złamanej ręki zgodnie z dyspozycją art. 34 ust. 1 ustawy. Także sama powódka w swoich zeznaniach przyznała, że podpisała zgodę na operację (k. 119), a zatem uznać należało, że przy zastrzeżeniu w art. 34 ust. 1 ustawy dla tej czynności formy pisemnej jedynie dla celów dowodowych fakt wyrażenia takiej zgody został wykazany.

Inną kwestią, którą akcentowała strona powodowa, była jednak okoliczność zaniechania udzielenia powódce informacji zgodnie z art. 31, który to wymóg statuuje art. 34 ust. 2 ustawy. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta - powódkę na zabieg operacyjny lekarz miał bowiem obowiązek udzielić jej przystępnej informacji o jej stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Ustalenia zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku potwierdzają, że powódka wykazała istnienie okoliczności, których ciężar dowodu na niej spoczywał, a mianowicie wykonania zabiegu bez uprzedniego przekazania jej takiej pełnej informacji o metodach leczenia i możliwych zmian w jej stanie zdrowia, która pozwalała jej wyrazić w pełni uświadomioną, objaśnioną zgodę na zabieg. Tego rodzaju okoliczność przyznał sam przesłuchany w sprawie w charakterze świadka lekarz A. B., który asystował przy przedmiotowym zabiegu operacyjnym, a przeciwieństwa tego strona pozwana nie wykazała. Jednak jak ocenili biegli sądowi w wydanej opinii w przypadku urazu doznanego przez powódkę możliwe są dwie strategie leczenia: leczenie zachowawcze oraz leczenie operacyjne, przy czym leczenie operacyjne związane jest z większymi szansami na odzyskanie choć częściowej ruchomości w stawie łokciowym, podczas gdy w przypadku leczenia zachowawczego te szanse są znikome. Mimo wszystko więc uznać należało, że pacjentka powinna zostać poinformowana także o takiej drugiej metodzie (leczenie zachowawcze) i związanych z nią szansach na poprawę w jej stanie zdrowia, choć z wysokim prawdopodobieństwem wynikającym z zasad doświadczenia życiowego można przewidywać, że nie zmieniłoby to decyzji powódki. Z opinii biegłych wynika bowiem niezbicie, że pozostawienie urazu powódki bez interwencji chirurgicznej łączyłoby się z daleko większym uszczerbkiem na jej zdrowiu. Metoda leczenia operacyjnego była więc jedyną, która dawała szanse na częściową naprawę w większości nieodwracalnych skutków upadku powódki i doznanych uszkodzeń ręki przy uwzględnieniu faktu klasyfikowania tego urazu w granicach najwyższego możliwego stopnia skomplikowania.

W piśmiennictwie wyraźnie podkreśla się, że zgoda pacjenta w rozumieniu art. 34 ust. 1 ustawy musi być zgodą "objaśnioną", "poinformowaną", a więc świadomie akceptującą przez pacjenta zrozumiałe przezeń ryzyko dokonania zabiegu i przejęcie na siebie tego ryzyka. Dopiero taka zgoda pacjenta wyłącza bezprawność interwencji lekarza. Samo zaś uzyskanie formalnej zgody pacjenta bez poinformowania go o dostępnych metodach, ryzyku i następstwach zabiegu powoduje, że jest to zgoda "nieobjaśniona" i jako taka jest wadliwa, wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi, nawet gdy postępuje zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej (por. także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 303/04, OSP 2005/11/131; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 29 września 2005 r., I ACa 236/05, LEX nr 175206). Ze stanowiska zajętego w niniejszej sprawie przez Sąd Okręgowy, zgodnego zresztą z poglądem powódki wynikało więc, że lekarz nie dochował ustawowego obowiązku udzielenia jej pełnej informacji z art. 31 ust. 1 ustawy wskutek co najmniej niedbalstwa. Przeto konsekwencją takiego ustalenia była prawidłowa ocena Sądu pierwszej instancji, że brak takiej zgody mogłoby kwalifikować działanie lekarza przeprowadzającego u niej zabieg w dniu 3 grudnia 2006 r. w kategorii czynu niedozwolonego (bezprawnego i zawinionego). Chybiony był wobec tego zarzut naruszenia art. 31 ust. 1 w zw. z art. 34 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz art. 415 k.c. i art. 233 § 1 k.p.c., w tym sensie, że apelujący nietrafnie zinterpretował ocenę Sądu Okręgowego, który przecież uznał brak pełnej informacji powódki za czyn niedozwolony lekarza.

Wbrew odmiennym zapatrywaniom apelującej, pomimo takiego stwierdzenia nie istnieje jednak wewnętrzna sprzeczność w rozumowaniu i ocenie prawnej Sądu pierwszej instancji, prowadzącym do oddalenia powództwa w całości wobec nie wykazania wszystkich ustawowych przesłanek koniecznych do przypisania odpowiedzialności deliktowej pozwanemu Szpitalowi. Nie można bowiem tracić z pola widzenia, że wymagane jest nie tylko stwierdzenie uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia, które wystąpiło w przypadku powódki (w postaci braku zrostu, rzekomego stawu, przykurczu i deformacji łokcia), oraz czynu niedozwolonego po stronie lekarza, lecz również – co należy mocno zaakcentować - istnienie adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy tymi dwoma elementami. Stwierdzić należy zatem, że samo przyjęcie zaistnienia winy nie decyduje jeszcze o odpowiedzialności lekarza, jeżeli między jego zachowaniem a szkodą nie ma związku przyczynowego. Związek przyczynowy pełni bowiem podwójną funkcję: warunkuje powstanie odpowiedzialności odszkodowawczej (art. 361 § 1 k.c.) oraz określa jej granice (art. 361 § 2 k.c.). Innymi słowy, na gruncie rozpoznawanej sprawy chodzi o to, aby ów zabieg operacyjny z 3 grudnia

2006 r. przeprowadzony – jak ustalono – w warunkach braku pełnej, uświadomionej zgody pacjentki był w ogóle normalną przyczyną powstania u powódki wymienionych powyżej uszczerbków na jej zdrowiu, bez względu na to czy zabieg został wykonany zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej. Tak jednak w niniejszym przypadku się nie stało, co zostało przekonywująco umotywowane przez Sąd Okręgowy, posiłkującego się przy tym wnioskami wynikającymi z opinii sądowo-lekarskiej, opisującymi etiologię schorzeń doznanych przez H. P.. Jakkolwiek więc można podzielić zapatrywanie apelującej, że co do zasady w przypadku braku prawidłowo wyrażonej zgody ryzyko związane z leczeniem obciąża szpital, to jednak w konkretnym przypadku powódki doznany przez nią uszczerbek na zdrowiu, na który się powołuje i który został stwierdzony przez biegłych, nie jest wynikiem leczenia w pozwanym Szpitalu i jest od niego przyczynowo niezależny.

Sąd Apelacyjny podziela ocenę Sądu Okręgowego, że w świetle art. 415 k.c. nie można obciążać odpowiedzialnością pozwanego Szpitala za schorzenia, które były faktycznie wynikiem rozległości doznanego urazu, a nie przeprowadzonego zabiegu, zaś do tego właśnie sprowadzałoby się stanowisko apelującej. Biegli sądowi uznali, że stwierdzone u powódki powikłania w postaci braku zrostu, rzekomego stawu, przykurczu i deformacji łokcia należy traktować jako „powikłania" niezależne od leczenia prowadzonego u pozwanego a wynikające z rozległości jej urazu. Nie można więc zdaniem Sądu Odwoławczego w tej sytuacji mówić nawet dosłownie o ww. schorzeniach jako „powikłaniach" w rozumieniu następstw leczenia, albowiem należą one po prostu do skutków, jakie spowodował stwierdzony u niej pierwotnie a doznany w dniu 1 grudnia 2006 r. uraz w postaci złamania nadkłykciowego, wieloodłamowego, zmiażdżeniowego lewej kości ramieniowej, które było niezwykle poważnym urazem, co akcentowali biegli. W takim przypadku odzyskanie przez pacjenta w ogóle jakiejkolwiek ruchliwości w stawie łokciowym (gdyż odzyskanie całkowitej ruchomości jest w zasadzie niewykonalne), jak stwierdzili biegli możliwe jest tylko w przypadku leczenia operacyjnego. Praktycznie więc powódce pozostawała jedynie metoda zabiegu operacyjnego, albowiem leczenie zachowawcze skutkowałoby brakiem jakiejkolwiek poprawy ruchomości złamanej ręki. Samych schorzeń w postaci niedowładów tej ręki, co nie w pełni satysfakcjonuje powódki, nie sposób traktować w kategorii rezultatów czy komplikacji operacji w pozwanym Szpitalu. Pojawienie się trudności ze zrostem kości, a w konsekwencji istnienie przykurczów i ograniczenia ruchomości w lewym stawie łokciowym miało swe źródło w urazie doznanym przez powódkę (złamanie wieloodłamowe, zmiażdżeniowe), będącym następstwem powstałego u niej uszkodzenia ciała, a zatem do ich powstania nie przyczynił się sposób leczenia u pozwanego. Takie schorzenia, jakie stwierdzono u powódki należy traktować jako immanentne skutki doznanego złożonego złamania kości, a nie jego leczenia (czy to zachowawczego czy operacyjnego). Stąd nie sposób ich w rzeczywistości traktować jako formy ryzyka czy komplikacji związanych z samym zabiegiem operacyjnym. Innymi słowy - w świetle opinii biegłych - odzyskanie w ogóle jakiejkolwiek ruchomości w tym stawie (a wręcz – jak przyznała H. P. - w stopniu umożliwiającym jej z powrotem prowadzenie samochodu), nawet gdy nadal ruchomość ta nie jest pełna, należałoby ujmować nie w kategorii szkody, lecz raczej sukcesu lekarzy przeprowadzających zabieg przy tak skomplikowanym urazie. Warto podkreślić, że biegli jednoznacznie ocenili sposób wykonania zabiegu i jego wynik jako dobry, przy uwzględnieniu rozległości zmian urazowych kości i stawu łokciowego. Nie można wszakże wymagać od lekarzy, aby każde leczenie kończyło się całkowitym wyzdrowieniem pacjenta, bez względu na inne okoliczności sprawy, np. charakter pierwotnego schorzenia, które w przypadku H. P. uniemożliwiało osiągnięcie takiego pozytywnego wyniku leczenia. Biegli nie dopatrzyli się także błędu lekarskiego ani w postępowaniu przed zabiegiem operacyjnym (unieruchomienie) ani w leczeniu pooperacyjnym.

Sąd Apelacyjny konkludując powyższe rozważania pragnie uwypuklić fakt, że samo nawet niewłaściwe poinformowanie pacjenta przez lekarza przed zabiegiem o powikłaniach nie stanowi podstawy odpowiedzialności deliktowej na zasadzie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. w zw. z art. 444 i 445 k.c., o ile doznany przez niego uszczerbek na zdrowiu nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym z przeprowadzonym zabiegiem, gdyż działanie lekarza w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. musi skutkować powstaniem szkody by odpowiedzialność taka była możliwa. O takiej relacji pomiędzy operacją przeprowadzoną u powódki a uszczerbkiem na zdrowiu H. P. nie sposób zasadnie mówić na kanwie okoliczności faktycznych niniejszej sprawy. Raz jeszcze wypada podkreślić, że powstałe i obecnie istniejące u H. P. schorzenia były wynikiem doznanego przez nią pierwotnie w dniu 1 grudnia 2006 r. rozległego urazu lewej kończyny górnej, i nie są w żadnym razie następstwem jej leczenia przeprowadzonego w pozwanym Szpitalu.

Były one niezależne od tego leczenia i jak ocenili biegli w opinii sądowo-lekarskiej leczenie to było prawidłowe, a wręcz dało szanse na zmniejszenie ujemnych skutków tego urazu. W wyniku takiego ustalenia przesłanki odpowiedzialności deliktowej pozwanego określone w ww. przepisach prawnych nie zostały spełnione, co słusznie przyjął Sąd pierwszej instancji.

W ten sposób uchylał się spod kontroli instancyjnej zarzut ewentualnego rażącego wygórowania kwoty dochodzonej przez powódkę tytułem zadośćuczynienia, którą to kwotę - na marginesie - sama zresztą istotnie obniżyła w wywiedzionej apelacji.

Kończąc wywody prawne Sąd Apelacyjny wskazuje, że rozpoznając niniejszą sprawę miał również na uwadze, że Sąd Okręgowy właściwie ocenił zgłoszone przez powódkę reprezentowaną przez profesjonalnego pełnomocnika żądanie, zgodnie z jej jednoznacznie wyrażoną wolą jako roszczenie przewidziane w art. 444 i art. 445 k.c., będące następstwem uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia. Zaznaczyć trzeba, że samo żądanie zadośćuczynienia w związku z naruszeniem praw pacjenta z tytułu naruszenia dóbr osobistych jest roszczeniem zupełnie innym, mającym odrębną podstawę faktyczną i prawną. Do niedawna zadośćuczynienie w związku z naruszeniem praw pacjenta dochodzone było w oparciu o art. 19 a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007r. nr 14 poz. 89 ze zm.), który to przepis 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 2012r. poz. 159 ze 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. Sąd Odwoławczy podziela przy tym stanowisko Sądu Najwyższego (wyrażone m.in. w wyroku z dnia 29 maja 2007 r., V CSK 76/07, OSNC 2008/7-8/91; i z dnia 22 września 2011 r., V CSK 401/10, LEX nr 964492), że oba takie roszczenia o zadośćuczynienie mają odrębny charakter, określając zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne. Art. 445 § 1 k.c. rekompensuje skutki uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, natomiast art. 19a u.z.o.z. (a obecnie art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) chroni godność, prywatność i autonomię pacjenta, niezależnie od staranności i skuteczności zabiegu leczniczego. Tego rodzaju roszczenie o zadośćuczynienie przewidziane w art. 4 cyt. ustawy w związku z art. 448 k.c. nie zostało jednak zgłoszone przez powódkę. H. P. reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika łączyła brak właściwego jej poinformowania przed zabiegiem z rzekomymi jego następstwami w postaci uszkodzeń ciała i z tego tytułu żądała zasądzenia na jej rzecz zadośćuczynienia w oparciu o art. 445 k.c. Natomiast nie zarzucała naruszenia jej dóbr osobistych, nie wskazywała jakiego rodzaju i charakteru krzywda wiążę się tylko z naruszeniem jej praw jako pacjenta, niezależnie od jej schorzeń nie zgłaszając z tego tytułu odrębnego roszczenia. Niewątpliwie zaś sąd nie może wyrokować co do przedmiotu, który nie był objęty żądaniem ani zasądzać ponad żądanie z uwagi na zakaz wyrażony wart. 321 § 1 k.p.c. Co więcej - w postępowaniu apelacyjnym nie można rozszerzyć żądania pozwu ani występować z nowymi roszczeniami (art. 383 k.p.c.).

W związku z przedstawioną powyżej argumentacją Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 385 k.p.c., oddalił apelację powódki.

W punkcie II. Sąd Odwoławczy zdecydował nie obciążać jej kosztami postępowania apelacyjnego na rzecz pozwanego na podstawie art. 102 k.p.c. z uwagi na sytuację materialną i osobistą powódki. Wpływ na uznanie, że zachodzi tu przypadek szczególny miał także skomplikowany charakter tej sprawy i w pewnym sensie dające się zrozumieć subiektywne poczucie powódki o jej pokrzywdzeniu.

SSA M. Gawinek SSA M. Iwankiewicz SSA A. Kowalewski