



Sygn. akt II CSK 654/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 maja 2016 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Marian Kocon (przewodniczący)

SSN Władysław Pawlak

SSN Antoni Górski (sprawozdawca)

Protokolant Anna Banasiuk

w sprawie z powództwa G. R.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej [...] oraz

Powszechnemu Zakładowi Ubezpieczeń Spółce Akcyjnej

o zapłatę i ustalenie,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 20 maja 2016 r.,

skargi kasacyjnej strony pozwanej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej [...]

od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 3 czerwca 2015 r.,

oddala skargę kasacyjną;

zasądza od pozwanego na rzecz powoda 5.400 (pięć tysięcy czterysta złotych) zwrotu kosztów zastępstwa prawnego w postępowaniu kasacyjnym.

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 24 września 2014 r. Sąd Okręgowy w Ł. zasądził od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej [...] i Powszechnego

Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej na rzecz G. R.: kwotę 350.000,00 złotych tytułem zadośćuczynienia z bliżej określonymi w sentencji wyroku ustawowymi odsetkami; kwotę 47.555,79 złotych tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami; tytułem renty wyrównawczej: po 5.358,00 za okres od dnia 1 listopada 2008 roku do dnia 31 grudnia 2008 roku, po 10.396,00 złotych za okres od dnia 1 stycznia 2009 roku do dnia 31 grudnia 2009 roku, po 12.401,00 złotych za okres od dnia 1 stycznia 2010 roku i na przyszłość, płatne do dnia 10-go każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat z tym zastrzeżeniem, że zapłata którejkolwiek z kwot wymienionych w punktach 1.1-3 przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z obowiązku świadczenia do wysokości dokonanej zapłaty oraz, że odpowiedzialność Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej ograniczona jest do wysokości sumy gwarancyjnej w kwocie 2.000.000,00 złotych. Ponadto Sąd I instancji ustalił odpowiedzialność Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej [...] i Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej za następstwa przedmiotowego zdarzenia, mogące powstać u G. R. w przyszłości; oddalił powództwo w pozostałej części i orzekł o kosztach postępowania.

Od wyroku Sądu Okręgowego apelacje wnieśli obydwaj pozwani. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej [...] zaskarżył wyrok Sądu I instancji w całości. Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna zaskarżył wyrok I instancji w zakresie pkt I oraz pkt II.

Wyrokiem z dnia 3 czerwca 2015 r. Sąd Apelacyjny zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że zasądził od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej [...] i Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej na rzecz G. R. kwoty: 175.000,00 złotych tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami; 23.777,89 złotych tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami; tytułem renty wyrównawczej po 2.679,00 złotych za okres od dnia 1 listopada 2008 roku do dnia 31 grudnia 2008 roku, po 5.198,00 złotych za okres od dnia 1 stycznia 2009 roku do dnia 31 grudnia 2009 roku, po 6.200,50 złotych za okres od dnia 1 stycznia 2010 roku i na przyszłość, płatne do dnia 10-go każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat, z tym zastrzeżeniem, że zapłata którejkolwiek z kwot wymienionych w punktach I. 1-3

przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z obowiązku świadczenia do wysokości dokonanej zapłaty oraz, że odpowiedzialność Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej ograniczona jest do wysokości sumy gwarancyjnej w kwocie 500.000 złotych i oddalił powództwo w pozostałym zakresie.

W sprawie ustalono, że powód od 2001 r. był leczony ambulatoryjnie w Poradni Neurologicznej z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego z bólami promieniującymi po stronie barku oraz ograniczeniem ruchomości prawej kończyny górnej. Pierwsze dolegliwości związane z chwilowym bezwładem nóg powód zaczął odczuwać w latach 2003-2004. Problemy zdrowotne powoda z czasem nasilały się. W dniu 18 kwietnia 2007 r. powód był konsultowany neurochirurgicznie i nie zakwalifikowano go do zabiegu operacyjnego. Rok później po konsultacji neurochirurgicznej powód został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego. Po zabiegu stan neurologiczny powoda pogorszył się: w momencie wypisu stwierdzono zaburzenia czucia w obrębie kończyn dolnych z głębokim niedowładem tych kończyn oraz znaczny stopień zaburzenia funkcji zwieraczy.

Sąd Okręgowy ustalił, że pogorszenie stanu zdrowia powoda było związane z progresją samoistnego schorzenia w postaci postępującego procesu neurodegeneracyjnego oraz przeprowadzonymi w pozwanym Szpitalu zabiegami, które nie gwarantowały poprawy stanu neurologicznego powoda. Sąd podkreślił, że zachodziły trudności z jednoznacznym rozpoznaniem przyczyny złego stanu zdrowia powoda. Wysunięto podejrzenie jamistości rdzenia kręgowego. Z opinii biegłych jednoznacznie wynikało, że interwencja zabiegowa neurochirurgiczna, która obarczona jest dużym - 25% ryzykiem powikłań - nie gwarantuje w takich sytuacjach poprawy stanu neurologicznego pacjenta. Obraz badań przeprowadzonych u powoda przed zabiegiem wskazywał na zmiany neurodegeneracyjne, co oznacza, że należało skoncentrować na leczeniu zachowawczym, a nie operacyjnym.

Sąd Okręgowy zaznaczył, że biegli wprawdzie nie wskazali wprost na błąd medyczny, jednakże z opinii wynika, że w tym konkretnym przypadku decyzja o wdrożeniu leczenia operacyjnego była kontrowersyjna. Ponadto przed drugim zabiegiem po raz kolejny postawiono niewłaściwe rozpoznanie (guza), do czego

według opinii biegłych nie było podstaw. Według opinii biegłych, ten zabieg również nie był konieczny. Powyższe ustalenia dały Sądowi Okręgowemu podstawę do stwierdzenia, że doszło do błędu decyzyjnego i terapeutycznego, polegającego na wyborze niewłaściwej metody leczenia.

Sąd Okręgowy zwrócił także uwagę, że w aktach sprawy znajduje się zgoda powoda na przeprowadzenie zabiegu, ale z dokumentacji nie wynika, na ile była to zgoda „świadoma” w rozumieniu art. 34 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i dentysty, tzn. czy powód został poinformowany o wysokim prawdopodobieństwie wystąpienia stanu, w jakim znajduje się obecnie.

Odnosząc się do wysokości przyznanego zadośćuczynienia Sąd pierwszej instancji uznał, że w sytuacji powoda i przy 100% uszczerbku na zdrowiu jest ono uzasadnione w całości. Sąd Okręgowy miał na uwadze, że w wyniku operacji przeprowadzonych przez pozwanego ad. 1 doszło u powoda do trwałych zmian w układzie neuroruchowym, uniemożliwiających normalne życia. Powód nie może poruszać się samodzielnie, nie kontroluje oddawania moczu ani stolca, przez większość czasu pozostaje w łóżku, zmuszony jest do korzystania z wózka inwalidzkiego, a także musi poddawać się obciążającej uciążliwej rehabilitacji bez nadziei na wyzdrowienie. Niepełnosprawność powoda wpłynęła na powstanie u niego zaburzeń psychicznych w postaci dystymii oraz odcisnęła piętno na całym jego życiu. Jako osoba niesprawna ruchowo powód stał się całkowicie zależny od otoczenia. Dyskomfort wywołany silną zależnością od innych osób wywołuje u powoda drażliwość, co dodatkowo pogarsza samopoczucie powoda. W świetle powyższego krzywda powoda jest znaczna i ma charakter trwały.

Sąd Okręgowy uwzględnił także roszczenie odszkodowawcze powoda, dokonując trzech korekt w stosunku do sformułowanego żądania, oraz ustalił odsetki ustawowe w sposób analogiczny do odsetek od zadośćuczynienia.

Sąd Okręgowy uznał istnienie po stronie powoda interesu prawnego w ustaleniu odpowiedzialności strony pozwanej za następstwa, jakie mogą ujawnić się w przyszłości i na podstawie art. 189 k.p.c. odpowiedzialność tę ustalił.

Sąd Okręgowy zaznaczył, że z uwagi na różne podstawy odpowiedzialności pozwanych ich odpowiedzialność jest odpowiedzialnością *in solidum* co oznacza, że spełnienie świadczenia przez jednego z nich zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty.

Rozpoznając apelacje pozwanych Sąd II instancji podzielił ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Okręgowy i przyjął je za własne.

W ocenie Sądu Apelacyjnego niezasadnie jednak przyjęto, że doszło do błędu medycznego oraz że obecny stan zdrowia powoda pozostaje wyłącznie w adekwatnym związku przyczynowym z przeprowadzonym przez pozwanego szpitala zabiegiem operacyjnym.

Sąd Apelacyjny, opierając się na opinii biegłych, wskazał, że medycyna dopuszcza w pewnych przypadkach zastosowanie leczenia, w tym operacyjnego, pomimo braku pewności co do rozpoznania klinicznego. Decyzja o wdrożeniu leczenia operacyjnego w maju 2008 roku nie wyczerpywała jednoznacznie kryteriów błędu medycznego. Samo podjęcie zaś decyzji o operacji, biorąc pod uwagę postawione rozpoznanie, było w ocenie biegłych instytutu prawidłowe, aczkolwiek obarczone dużym ryzykiem pogorszenia stanu zdrowia.

W ocenie Sądu Apelacyjnego powód nie wykazał, że pozwanemu można przypisać winę w postawieniu diagnozy, która zresztą do chwili obecnej nie została definitywnie określona. Przy wykazaniu błędu medycznego należy nadto wykazać, że wyrządzona szkoda jest wynikiem naruszenia przez lekarzy wymaganej staranności. Dopiero pomyślne przeprowadzenie tego dowodu może stanowić podstawę do ustalenia niedbalstwa lekarza, którego w takiej sytuacji procesowej obciąża przeprowadzenie przeciwdowodu stwierdzającego, że w danej sytuacji nie było możliwe zachowanie większej staranności.

Sąd Apelacyjny podzielił jednak pogląd Sądu Okręgowego, że przesłanką skutkującą powstaniem odpowiedzialności pozwanego szpitala jest brak wyrażenia przez powoda świadomej zgody na zabieg. Z zeznań powoda i jego żony wynika, że przed operacją nie rozmawiał z żadnym lekarzem na temat możliwych komplikacji i prognoz co do poprawy stanu zdrowia, w związku z czym nie zdawał sobie sprawy, z jakim ryzykiem wiąże się przeprowadzenie zabiegu.

Zgoda pacjenta w rozumieniu art. 32 ust. 1, 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. Sama aprobata pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie spełnia wymogów art. 32 ust. 1, 34 ust. 1 ustawy, co sprawia, że działanie lekarza w takiej sytuacji jest działaniem podjętym w warunkach bezprawności.

Sąd Apelacyjny podkreślił, że ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2012.159 ze zm.) wprowadziła w art. 18 wymóg, aby w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgoda na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza przyjmowała formę pisemną. Przed wyrażeniem zgody pacjent ma prawo do uzyskania przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Z kolei w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2015.464), dalej: „u.z.l. i l.d.” wskazano, iż zgoda pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego może być wyrażona ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym (art. 32 ust. 7 ustawy). Wyjątek od powyższych sytuacji stanowi przypadek, gdy lekarz wykonuje zabieg operacyjny albo stosuje metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta - wówczas obowiązany jest uzyskać jego pisemną zgodę.

Bezprawność działania pozwanego w tym zakresie uzasadnia przypisanie mu odpowiedzialności za wyrządzoną powodowi szkodę w postaci rozstroju zdrowia, a w konsekwencji uprawnia powoda do dochodzenia roszczeń wynikających z art. 444 § 1 i 445 k.c. Sąd Apelacyjny uznał jednak, że obecny stan zdrowia nie jest wyłącznie następstwem bezprawnie przeprowadzonego zabiegu

operacyjnego. Z opinii Instytutu wynika, że obserwacja dynamiki schorzenia w latach 2005 - 2008 wskazuje, iż schorzenie neurodegeneracyjne i związane z tym patologiczne objawy wyraźnie postępowały. Nie można zatem wykluczyć, że przy wdrożeniu leczenia zachowawczego i zaniechaniu leczenia operacyjnego aktualny stan kliniczny powoda mógłby być taki sam. Wobec niemożności oddzielenia następstw zabiegu operacyjnego od skutków postępującej samoczynnie choroby powoda należało uznać, że pozwany Szpital odpowiada jedynie w połowie za szkodę, ponieważ jedynie w tej części można mówić o adekwatnym związku przyczynowym pomiędzy bezprawnym działaniem pracowników Szpitala a szkodą w postaci ustalonego sprawie aktualnego stanu zdrowia powoda.

Sąd Apelacyjny uznał, że w niniejszej sprawie adekwatną kwotą będzie połowa przyznanej przez Sąd Okręgowy sumy zadośćuczynienia tj. 175.000 złotych.

Sąd Apelacyjny doszedł także do przekonania, że pozwany wobec bezprawności swego działania powinien połowicznie partycypować w kosztach odszkodowania i ustalonej przez Sąd pierwszej instancji renty wyrównawczej na rzecz powoda.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego nie ma podstaw do przypisania odpowiedzialności strony pozwanej za szkodę na osobie powoda na przyszłość, gdyż powód nie ma interesu prawnego w ustaleniu tejże odpowiedzialności.

Sąd Apelacyjny zmienił również zaskarżony wyrok w zakresie ograniczenia odpowiedzialności Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki akcyjnej do wysokości sumy gwarancyjnej do kwoty 500.000 złotych. Pozwany ubezpieczyciel już w odpowiedzi na pozew z dnia 2 sierpnia 2011 r. wskazał na ograniczenie jego odpowiedzialności z polisy nr [...] do sumy gwarancyjnej w wysokości 2.000.000 złotych do wyczerpania, z podlitem 500.000 złotych na szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach ginekologii, chirurgii, ortopedii, anestezjologii. W ocenie Sądu Apelacyjnego operacja neurochirurgiczna powoda bez wątpienia była zabiegiem chirurgicznym, zatem nie ma podstaw do ustalenia odpowiedzialności tego pozwanego do kwoty objętej sumą gwarancyjną 2.000.000 złotych.

Od wyroku Sądu Apelacyjnego skargę kasacyjną złożył pozwany, zaskarżając go w części, tj. co do punktu 1 – I, III, IV, V; 2; 3. W ramach pierwszej podstawy kasacyjnej skarżący zarzucił naruszenie art. 31 ust. 1 w zw. z art. 32 ust. 1 w zw. z art. 34 ust. 1 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, art. 444 § 1 k.c. w zw. z art. 445 k.c., art. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W ramach drugiej podstawy kasacyjnej skarżąca zarzuciła naruszenie art. 321 § 1 k.p.c., 231 k.p.c., art. 378 § 1 k.p.c. Na tej podstawie skarżący wnosił o uchylenie wyroku Sądu Apelacyjnego w zaskarżonej części.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Nieusprawiedliwiony jest zarzut skargi naruszenia art. 31 ust. 1 w zw. z art. 32 ust. 1 i w zw. z art. 34 ust. 1 i 2 u.z.l.i l.d. Przede wszystkim podkreślić należy, iż jest rzeczą bezsporną w doktrynie i w orzecznictwie, że ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny, spoczywa na lekarzu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 303/04, OSP 2005, nr 11, poz. 131), przy czym sama aprobatą pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda w rozumieniu art. 32 i 34 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i dentysty (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2012 r., III CSK 227/11, OSNC – ZD 2013, nr 1, poz. 23). W rozpoznawanej sprawie ten obowiązek należytego poinformowania powoda powinien być wykonany ze szczególną skrupulatnością, skoro dokonujący wcześniej konsultacji choroby powoda, uznany specjalista prof. A. M., uznał, że zabieg operacyjny nie przyniesie poprawy zdrowia pacjenta. Na marginesie trzeba dodać, że ten sceptycyzm konsultanta podzielili biegli sądowi, przytaczając dane statystyczne, według których powodzenie tego typu operacji (poprawa stanu zdrowia po drenażu jamy syringomielicznej) przynosi poprawę stanu zdrowia pacjenta (w zależności od źródeł badań) od 20 do 55 %, a pogorszenie w 25 %. W tej sytuacji, skoro Sądy obu Instancji ustaliły, że powód nie został poinformowany o stopniu skomplikowania zabiegu operacyjnego i możliwych negatywnych jego konsekwencjach, konstruowanie zarzutu kasacyjnego naruszenia przytoczonych

na wstępie przepisów przez dokonanie ich błędnej wykładni sprowadzającej się do zanegowania tych ustaleń, jest procesowo bezskuteczne (art. 398³ § 3 k.p.c.). Sąd Apelacyjny podkreślił, że zgodnie z art. 34 ust. 1 u.z.l. i l.d. obowiązkiem lekarza dokonującego operacji było uzyskanie na jej wykonanie pisemnej zgody. Skarżący błędnie odczytuje to stwierdzenie Sądu, jako pogląd, że chodzi tu o formę tej zgody pod rygorem nieważności. Sąd wyraźnie stwierdził bowiem, że pozwany nie wykazał, „choćby dowodami osobowymi”, że powód został poinformowany o możliwości wystąpienia negatywnych skutków zabiegu; „w szczególności możliwości paraliżu”, co świadczy o tym, że prawidłowo traktował wymóg formy pisemnej z tego przepisu, jako formę dla celów dowodowych. W tym kontekście dodać należy, że bezpodstawna jest pretensja skarżącego o niezastosowanie przez Sąd domniemania faktycznego z art. 231 k.p.c., które, jego zdaniem, przemawia za tym, że powód miał pełną świadomość możliwych konsekwencji zabiegu operacyjnego, któremu się poddawał. Materiał dowodowy zebrany w sprawie, oceniony dostatecznie wszechstronnie przez Sąd Apelacyjny nie dawał podstaw do przyjęcia takiego domniemania. Czyni to także niezasadnym zarzut naruszenia art. 378 § 1 k.p.c.

Skoro zatem ostaje się ustalenie o braku udzielenia powodowi należycie objaśnionej informacji, tym samym należy przyjąć, że nie wyraził on skutecznej zgody na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, co nadaje działaniom lekarzy pozwanego szpitala cechy czynu niedozwolonego i uzasadnia odpowiedzialność deliktową zakładu opieki zdrowotnej za negatywne skutki tego zabiegu, nawet gdy, jak to ostatecznie ustala Sąd na podstawie opinii biegłych, w działaniach leczniczych wobec powoda, mimo kontrowersyjności samej decyzji o przeprowadzaniu operacji, ostatecznie nie można dopatrzeć się błędu medycznego. Odmienny pogląd skarżącego, którego zdaniem roszczenie powoda ogranicza się w takiej sytuacji tylko do roszczenia o zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta, jest nieuzasadniony. Jak to bowiem wyjaśnił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 29 maja 2007 r., V CSK 76/07, (OSNC 2008, nr 7 – 8, poz. 91), roszczenie o zadośćuczynienie przewidziane w art. 445 1 k.c. oraz roszczenie o zadośćuczynienie będące następstwem zawinionego naruszenia praw pacjenta mają odrębny charakter, określając odrębne zasady odpowiedzialności

sprawców za odrębne czyny bezprawne. W razie zatem ustalenia, że w wyniku przeprowadzonej operacji bez należytej zgody powoda, stan jego zdrowia pogorszył się, powodowi przysługuje co do zasady roszczenie o zadośćuczynienie na podstawie art. 445 § 1 k.c. oraz roszczenia odszkodowawcze na podstawie art. 444 § 1 i 2 k.c., niezależnie od ewentualnego zadośćuczynienia za naruszenie jego prawa pacjenta. Przyznanie powodowi przez Sąd świadczeń z kodeksu cywilnego nie może być w żadnym traktowane jako orzekanie ponad żądanie, jak to bezpodstawnie zarzuca skarżący, formułując zarzut uchybienia art. 321 k.p.c., w sytuacji, kiedy w pozwie zgłoszono oba te żądania, tj. żądanie zadośćuczynienia za doznany rozstrój zdrowia (300.000 zł) oraz roszczenie o zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta (50.000 zł.).

Rzecz jasna, odpowiedzialność odszkodowawcza pozwanego może mieć miejsce tylko w razie ustalenia, że pomiędzy przeprowadzonym u powoda zabiegiem operacyjnym bez uzyskania uprzedniej właściwie objaśnionej jego zgody a pogorszeniem stanu zdrowia zachodzi normalny związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. Ustalenie istnienia tego związku w niniejszej sprawie jest bardzo trudne. Trudność bierze się stąd, że, jak to stwierdzili biegli, schorzenie neurodegeneracyjne, na które cierpi powód, ma charakter przewlekły i postępujący, w związku z tym nie ma pewności, jaki byłby obecny stan zdrowia powoda, gdyby zabiegu operacyjnego nie przeprowadzono. Wątpliwości w tym zakresie powiększa fakt wadliwie prowadzonej pooperacyjnej dokumentacji szpitalnej dotyczącej powoda, która - jak to potwierdzili biegli - jest niekompletna, zawiera niepotwierdzone pieczętą służbową wpisy, miejscami jest nieczytelna, a nawet są w niej sprzeczności. Te ostatnie dotyczą tak podstawowej kwestii, jak ta, czy po zabiegu operacyjnym powód mógł poruszać się samodzielnie za pomocą balkonika, jak to wynikało z zapisu lekarskiego, czy też stał się pacjentem leżącym u którego pojawiły się nawet odleżyny, jak to wynika z raportów pielęgniarskich i z zeznań jego żony, do czego skłaniali się biegli w opinii uzupełniającej na rozprawie z dnia 26 czerwca 2013 r. W takich sytuacjach, przy ocenie związku przyczynowo – skutkowego Sąd Najwyższy dopuszcza kierowanie się kategorią stopnia prawdopodobieństwa, a nie pewności. W wyroku z dnia 22 lutego 2012 r., IV CSK 254/11, niepubl., stanowiącym swoiste podsumowanie dotychczasowego

orzecznictwa w tej materii, Sąd Najwyższy stwierdził, że w sprawach o naprawienie szkód medycznych wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest – ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych – zadaniem trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. Dlatego też istnienie w tych sprawach związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą z reguły nie może być ustalone w sposób absolutnie pewny, a tym samym wymaganie tu całkowitej pewności byłoby w znacznej liczbie wypadków nierealne.

Sąd Apelacyjny, biorąc pod uwagę, że nie da się oddzielić w sprawie następstw przeprowadzonych dwu zabiegów operacyjnych wykonanych u powoda w pozwanym szpitalu od trwającego w jego organizmie samoczynnego, postępującego procesu neurodegeneracyjnego, przypisał pozwanemu odpowiedzialność za szkodę w połowie. Wbrew zarzutom skarżącego, ocena ta nie nosi cech dowolności. Jest rzeczą oczywistą, że w takiej, jak rozpoznana sprawa, sąd musi mieć pewien margines swobodnej oceny, pod warunkiem, że ocena ta opiera się na uwzględnieniu całokształtu materiału dowodowego. Sąd zaś ustalił, że stan zdrowia powoda po wyjściu ze szpitala pogorszył się i ustalenie to oparł nie tylko na treści zapisów dokumentacji szpitalnej pozwanego, lecz zostało to potwierdzone w niespełna po miesiącu od drugiej operacji, bo w dniu 15 lipca 2008 r. przy przyjmowaniu powoda do szpitala w T. Stwierdzono wówczas po raz pierwszy u niego masywny niedowład kończyn dolnych i oceniono, że powód jest zależny od pomocy innych osób przy wykonywaniu wszystkich czynności życia codziennego. W tej sytuacji trzeba uznać, że Sąd był uprawniony, aby przyjąć, że to przyspieszone pogorszenie stanu zdrowia powoda należy w pewnym stopniu łączyć z przeprowadzonymi zabiegami operacyjnymi w pozwanym szpitalu. Określenie wysokości stopnia tego przyczynienia jest materią, która należy do zakresu swobody oceny sędziowskiej. Ocena tej dokonują sędziowie w swoim sumieniu, opierając się na wynikach postępowania dowodowego i na własnym doświadczeniu zawodowym. Skarżący nie wykazał, aby te granice ocenne zostały w niniejszej sprawie przez Sąd Apelacyjny przekroczone, stąd zarzuty skargi kasacyjnej naruszenia art. 445 § 1, art. 444 § 1 i 2 k.c. oraz art. 361 § 1 k.c. trzeba uznać za nieusprawiedliwione, co skutkuje jej oddaleniem (art. 389¹⁴ w zw. z art. 98 § 1 k.c.).

kc

db