



Sygn. akt V CSK 153/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 czerwca 2019 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Jacek Grela (przewodniczący)

SSN Małgorzata Manowska (sprawozdawca)

SSN Joanna Misztal-Konecka

w sprawie z powództwa A. I.

przeciwko [...] Szpitalowi [...] w W.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym

w Izbie Cywilnej w dniu 13 czerwca 2019 r.,

skargi kasacyjnej powódki od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...]

z dnia 6 lipca 2017 r., sygn. akt I ACa [...],

1) oddala skargę kasacyjną

**2) nie obciąża powódki obowiązkiem zwrotu pozwanemu
kosztów postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 6 lipca 2017 r. Sąd Apelacyjny w [...], w sprawie o zapłatę, z powództwa A. I. przeciwko [...] Szpitalowi [...] w W., na skutek apelacji strony pozwanej od wyroku Sądu Okręgowego w W. z dnia 3 listopada 2016 r., zmienił zaskarżony wyrok w punktach I, III, IV i V w ten sposób, że powództwo oddalił.

W sprawie ustalono następujące okoliczności faktyczne.

Dnia 10 sierpnia 2010 r. w pozwanym Szpitalu przeprowadzono u powódki badanie endoskopowe z powodu nawracających, nietypowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej i trudności w przełykaniu. Przed rozpoczęciem badania powódka otrzymała pisemną informację o przebiegu badania i możliwych powikłaniach, z której wynikało, że zdarzają się one niezwykle rzadko i wyjątkowo może nastąpić przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (zwłaszcza przełyku). Powódka po pobieżnym zapoznaniu się z dokumentem, wyraziła zgodę na badanie, które przeprowadzono w trybie ambulatoryjnym około godziny 16-17 przez lekarza medycyny J. L. - specjalistę chorób wewnętrznych, gastroenterologa z 25-letnim stażem pracy. Podczas zabiegu w gabinecie obecne były pielęgniarka oraz córka powódki. Przy wprowadzeniu gastroskopu do przełyku, wystąpiły trudności z przełknięciem przez A. I. aparatu, przez co lekarz wysunęła wziernik z gardła i ponowiła próbę, przy czym, tym razem, aparat został wprowadzony do dróg oddechowych (tchawicy) zamiast przewodu pokarmowego, przez co został ponownie wycofany przez lekarza i ostatecznie odstąpiono od badania, wyznaczając kolejny termin. Krótco po opuszczeniu gabinetu zabiegowego na szyi powódki wystąpiła opuchlizna. Lekarz J. L. natychmiast zbadała powódkę, zdiagnozowała odmę podskórną i skierowała pacjentkę w trybie pilnym na Oddział Gastroenterologii. Badania RTG i TK klatki piersiowej wykazały obecność odmy śródpiersiowej i podskórnej w zakresie tkanek miękkich szyi, zmiany zapalne i płyn w dolnym polu płuca prawego oraz naciek obejmujący środkową i dolną część przełyku. Stan powódki kilkakrotnie konsultowano telefonicznie z innymi lekarzami w tym torakochirurgiem, który zalecił specjalistyczne badanie, na które powódka nie wyraziła zgody. Ostatecznie u pacjentki rozpoznano zapalenie śródpiersia

dolnego w przebiegu mikroperforacji, jako powikłanie gastrokopii. W dniu 13 sierpnia 2010 r. powódka została przewieziona do Katedry i Kliniki Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej Samodzielnego Publicznego Szpitala [X.] w W. celem dalszej diagnostyki i leczenia. Wykonane badania nie potwierdziły podejrzenia perforacji przełyku. Dnia 20 sierpnia 2010 r. A. I. została przekazana do dalszego leczenia w pozwanym Szpitalu. Powtórne badanie TK klatki piersiowej wykazało ropień śródpiersia tylnego z płynem w obu jamach opłucnowych. Następnie powódka została przewieziona transportem lotniczym do Kliniki Chirurgii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w W., gdzie po specjalistycznych badaniach stwierdzono duży ropień, który uciskał i nieco przemieszczał przełyk. W lewym płucu wykryto ropień, a ponadto uwidoczniono wolny płyn w obu jamach opłucnowych.

Ostatecznie chirurgicznie ewakuowano ropień śródpiersia. W dniu 17 września 2010 r. powódka w stanie ogólnym stabilnym, prawie zadowolającym, została wypisana do domu, z zaleceniem kontroli i ewentualnego leczenia przeciwzapalnego. W trakcie całej hospitalizacji A. I. znajdowała się w ciężkim stanie. Była bardzo osłabiona, miała problemy z mówieniem, nie mogła chodzić, przyjmować pokarmów. Wobec powyższych okoliczności, pismem z dnia 15 lutego 2011 r., profesjonalny pełnomocnik powódki wezwał stronę pozwaną do zapłaty 100 000 zł, w tym 40 000 zł tytułem odszkodowania za 40 % uszczerbek na zdrowiu, powstały w wyniku przeprowadzonego w dniu 10 sierpnia 2010 r. zabiegu gastrokopii, oraz 60 000 zł tytułem zadośćuczynienia za cierpienia fizyczne i psychiczne wynikające ze stale odczuwanego bólu oraz możliwości powstania ewentualnych negatywnych skutków zabiegu w przyszłości. Decyzją z dnia 14 kwietnia 2011 r. ubezpieczyciel Szpitala odmówił zaspokojenia zgłoszonych roszczeń wskazując, że szkoda nie została wyrządzona czynem niedozwolonym, a zdarzenie należy uznać za powikłanie. Finalnie A. I. po ostatecznym sprecyzowaniu żądania, domagała się 60.000 zł, z tytułu zadośćuczynienia za krzywdę doznaną wskutek wadliwego wykonania zabiegu endoskopii przewodu pokarmowego oraz 40 000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę związaną z nieprawidłową terapią skutków wadliwie przeprowadzonego badania. Strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa podnosząc, że próba

wprowadzenia endoskopu była powikłana wystąpieniem odmy podskórnej i śładowej odmy śródpiersia, co nastąpiło bez winy lekarza. Po rozpoznaniu powikłań natychmiast podjęto wszystkie niezbędne działania medyczne. Nadto strona pozwana podniosła zarzut przedawnienia roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia za krzywdę związaną z leczeniem powikłań.

W wyniku rozpoznania sprawy Sąd Okręgowy w W., wyrokiem z dnia 3 listopada 2016 r., zasądził od [...] Szpitala [...] w W. na rzecz A. I., kwotę 50 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 28 lutego 2011 r., a dalej idące powództwo oddalił. Jak przyjął Sąd I instancji, badanie endoskopowe nie zostało prawidłowo przeprowadzone i skutkowało wywołaniem u powódki rozstroju zdrowia i to w rozmiarze sięgającym stanu zagrożenia życia. W efekcie nieudanego badania doszło do perforacji gardła, powstania odmy podskórnej, a następnie do zapalenia śródpiersia. Jak zważył Sąd Okręgowy, odwołując się do art. 415 k.c., art. 8 ustawy z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 4 ustawy z dnia 05 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty i art. 8 kodeksu etyki lekarskiej, lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowania diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas, nie narażając pacjentów na pogorszenie ich stanu zdrowia. W ocenie Sądu I instancji, ustalone okoliczności pozwalały na ocenę, że wskazane wymagania nie zostały dochowane. Przeprowadzenie badania przez lekarza J. L. uchybiało obowiązkowi przewidzianym powyższymi przepisami, wobec czego zostały zakwalifikowane przez Sąd I instancji, jako „błąd w sztuce lekarskiej”. Sąd ten zważył, że w sprawach o błędy lekarskie nie wymaga się, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny, a wystarczające jest ustalenie istnienia związku przyczynowego, z dużą dozą prawdopodobieństwa, co, w ocenie Sądu Okręgowego, zostało w procesie wykazane. W rezultacie Sąd Okręgowy w W. przyjął, że powódce należy zadośćuczynienie w kwocie 50.000 zł, kompensujące krzywdę doznaną wskutek negatywnych następstw nieprawidłowo przeprowadzonego w dniu 10 sierpnia 2010 r. badania gastrokopowego.

Apelację od wyżej wskazanego wyroku Sądu Okręgowego wniósł [...] Szpital

[...] w W. domagając się jego zmiany poprzez oddalenie powództwa. Zarzucił niewłaściwe ustalenie stanu faktycznego i przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, polegające na przyjęciu przez Sąd I instancji stanowiska sprzecznego z materiałem dowodowym, w szczególności opinią biegłego sądowego.

W ocenie Sądu II instancji apelacja podlegała uwzględnieniu, pomimo że zarzuty i wnioski apelacyjne, budziły, zdaniem tego Sądu, poważne zastrzeżenia proceduralne. Sąd Odwoławczy stwierdził, że przed Sądem Okręgowym w W. dokonano błędnej oceny dowodów, w szczególności z opinii biegłego, sprzecznie z regułami określonymi w art. 233 § 1 k.p.c., co, w efekcie, skutkowało wadliwymi ustaleniami faktycznymi i wnioskami nieznajdującymi potwierdzenia w materiale dowodowym. Sąd Apelacyjny w [...] podkreślił, że istotą sporu było ustalenie, czy wystąpienie powikłań, to jest: odma śródpiersia i odma podskórna, ropień, było wynikiem nieprawidłowo przeprowadzonego badania, co determinowało przesłankę warunkującą uwzględnienie roszczeń odszkodowawczych. Na podstawie zgromadzonego, obszernego materiału dowodowego, w tym zwłaszcza, na podstawie opinii biegłego gastroenterologa, zdaniem Sądu II instancji, nie sposób było wyprowadzić wniosku, że badanie endoskopowe obarczone było błędami z winy lekarza. Uszkodzenie gardła znajduje się, bowiem, wśród możliwych powikłań prawidłowo przeprowadzonego zabiegu, o czym powódka wiedziała wyrażając zgodę na badanie, przez co przyjęła na siebie ryzyko ich powstania.

Skargę kasacyjną od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...] wniosła powódka. Na podstawie art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c. skarżąca zarzuciła naruszenie prawa materialnego, to jest art. 4, art. 31 ust. 1 oraz art. 32 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej: UZL) w związku z art. 415 oraz art. 430 k.c. przez uznanie, że wyrażenie zgody przez pacjenta na zabieg panendoskopii oznaczało objęcie zakresem dozwolonego ryzyka również niezwykle rzadko występujące niepowodzenie medyczne kauzalnie powiązane z tym zabiegiem (jatrogenną perforację przełyku), co miało ekskulpować – również w zakresie winy nieumyślnej - lekarza przeprowadzającego badanie, a w konsekwencji również pozwany szpital - podczas gdy wyrażenie zgody wyłącza bezprawność, a nie winę oraz skuteczne jest jedynie w zakresie zwykłych skutków zabiegu, o których pacjent został

wyraźnie poinformowany. Na podstawie art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c. skarżąca zarzuciła naruszenie prawa procesowego, to jest:

1. art. 227, art. 232 zdanie drugie w zw. z art. 391 § 1 i art. 382 k.p.c. przez brak przeprowadzenia z urzędu uzupełniającego postępowania dowodowego pomimo dostrzeżenia, że dowody zebrane w toku postępowania przed Sądem I instancji nie stanowią kompletnego materiału dowodowego - co miało istotny wpływ na wynik sprawy, bowiem w rezultacie Sąd II instancji uznał roszczenie powódki za nieudowodnione, orzekając odmiennie od Sądu I instancji;
2. art. 278 § 1 w zw. z art. 391 § 1 oraz art. 381 k.p.c. przez brak dopuszczenia z urzędu dowodu z opinii innego biegłego lekarza gastroenterologa i poczynienie ustaleń faktycznych nie mających pełnego odzwierciedlenia w już przeprowadzonej opinii w tym zakresie, a bezwzględnie wymagających wiadomości specjalnych - co miało istotny wpływ na wynik sprawy - ponieważ odmienna ocena dowodu z opinii biegłego dr med. H. K. była faktycznie „ustaleniem” w zakresie kluczowej dla rozstrzygnięcia okoliczności faktycznej, która mogła być stwierdzona wyłącznie przez biegłego.

W konkluzji skarżąca wniosła o uchylenie w całości zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu w [...] do ponownego rozpoznania, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i orzeczenie co do istoty sprawy, to jest oddalenie apelacji pozwanego.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną, pozwany Szpital wnosił o jej oddalenie.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna jest bezzasadna.

Przede wszystkim zastrzec należy, że rozpoznaniu przez Sąd Najwyższy podlega roszczenie powódki związane wyłącznie ze zdarzeniem polegającym na przeprowadzeniu w pozwanym Szpitalu zabiegu endoskopowego. Sąd Okręgowy w W. zasądził bowiem na rzecz A. I. tytułem zadośćuczynienia kwotę 50 000 zł w związku z tym właśnie zdarzeniem. Powództwo w zakresie dotyczącym roszczenia związanego z dalszym procesem terapeutycznym, zostało

prawomocnie oddalone przez Sąd I instancji.

Ograniczając zatem rozważania do powyższego zagadnienia, Sąd Najwyższy uznał, że zarzuty naruszenia prawa procesowego są bezzasadne. Wbrew twierdzeniom skarżącej, nie istniała potrzeba uzupełnienia materiału dowodowego przez Sąd II instancji, w szczególności przez dopuszczenie przez ten Sąd z urzędu dowodu z opinii innego biegłego lekarza gastroenterologa, niż biegły H. K.. Sąd Apelacyjny nie stwierdził bowiem, że materiał dowodowy był niekompletny, czy też niewystarczający dla oceny roszczeń powódki.

Sama powódka wskazała w skardze kasacyjnej, że potrzeba takiego uzupełnienia powstała „w domyśle”. Sąd II instancji dokonał natomiast odmiennej oceny materiału dowodowego, niż to uczynił Sąd Okręgowy, stwierdzając, że wnioski końcowe wyprowadzone przez Sąd I instancji, nie wynikają ze zgromadzonego materiału dowodowego, co nie oznacza, że w materiale tym zachodzą braki. W sprawie brak było również podstaw do dopuszczenia dowodów z urzędu. Zgodnie z art. 232 k.p.c., strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Sąd może dopuścić dowód niewskazany przez stronę. Wobec wiodącej zasady kontrydiktoryjności w polskim procesie cywilnym, opierającej się na aktywności dowodowej stron przyjmowano, że wyjątek od tej zasady, w postaci inkwizycyjności, powinien mieć miejsce li tylko wyjątkowo. Najpełniejsze stanowisko w tym zakresie, zawierające przegląd dotychczas wyrażanych w judykaturze poglądów przedstawił Sąd Najwyższy w uzasadnieniu uchwały składu siedmiu sędziów z dnia 19 maja 2000 r. (III CZP 4/00, OSNC 2000, nr 11, poz. 195), a następnie w wyroku z dnia 11 grudnia 2014 r. (IV CA 1/14, OSNC 2015/12/149). W ostatnim z powołanych orzeczeń Sąd Najwyższy wskazał, że trudno bronić generalną tezę, że rola art. 232 zdanie drugie k.p.c. sprowadza się obecnie tylko do wypadków wyjątkowych, takich jak podejrzenie prowadzenia procesu fikcyjnego, zamiar stron obejścia prawa albo rażąca nieporadność jednej ze stron. Teza ta daje się uzasadnić, ale tylko wtedy, gdy sąd, mimo oczywistej potrzeby albo wręcz konieczności, nie podjął inicjatywy dowodowej z urzędu; w tych wyjątkowych sytuacjach można twierdzić - powołując się na interes publiczny - że uprawnienie sądu staje się obowiązkiem. Sąd Najwyższy wskazał dalej, że z orzeczeń podejmujących problem

przeprowadzenia dowodu niewskazanego przez strony wynika, że Sąd Najwyższy stan przemawiający za skorzystaniem z uprawnienia przewidzianego w art. 232 zdanie drugie k.p.c. opisywał za pomocą różnych formuł; wskazywał, że taka sytuacja zachodzi, gdy może dojść do naruszenia elementarnych zasad, jakimi kieruje się sąd przy wymierzaniu sprawiedliwości (por. wyrok z dnia 4 stycznia 2007 r., V CSK 377/06), istnieje wysokie prawdopodobieństwo zasadności dochodzonego roszczenia (por. wyroki z dnia 5 września 2008 r., I CSK 117/08, nie publ., z dnia 14 lipca 2006, II CSK 64/06 i z dnia 24 sierpnia 2011 r., IV CSK 551/10), zachodzi potrzeba przeciwstawienia się niebezpieczeństwu wydania oczywiście nieprawidłowego orzeczenia (por. wyroki z dnia 15 stycznia 2010 r., I CSK 199/09, nie publ., z dnia 27 kwietnia 2012 r., V CSK 202/11, nie publ., i z dnia 14 lutego 2013 r., II CSK 295/12, nie publ.), dowód jest niezbędny do wydania słusznego wyroku, zgodnego z rzeczywistym stanem rzeczy (por. wyrok z dnia 6 grudnia 2012 r., III CSK 62/12, nie publ.) albo może zapobiec pozbawieniu powoda ochrony prawnej w zakresie słusznego co do zasady roszczenia (por. wyrok z dnia 22 marca 2012 r., IV CSK 330/11, nie publ.).

Sąd Najwyższy rozpoznający niniejszą sprawę podziela powyższy pogląd, stwierdzając jednocześnie, że w rozpoznawanej sprawie nie zachodziła potrzeba dopuszczenia dowodu z urzędu. Zaznaczyć należy, że powódka w toku postępowania przed Sądami obu instancji reprezentowana była przez profesjonalnego pełnomocnika. Mimo to, Sąd I instancji znaczną część istotnych dowodów dopuścił z urzędu, dążąc do wnikliwego wyjaśnienia sprawy. Fakt, że ocena tych dowodów przez Sąd II instancji była odmienna, niż ocena dokonana przez Sąd Okręgowy, nie stanowi sam w sobie podstawy do uzupełnienia materiału dowodowego. Skarżąca nie wskazała żadnych dalszych okoliczności faktycznych, które wymagałyby ustaleń za pomocą opinii biegłego. Nie jest taką okolicznością w szczególności niepowodzenie w udowodnieniu swoich twierdzeń. Nie jest taką okolicznością również to, że wnioski opinii biegłego nie są zgodne z twierdzeniami powódki, szczególnie w sytuacji, gdy powódka nie sformułowała konkretnych zarzutów w stosunku do opinii dotychczasowych.

Nieskuteczne okazały się także, podniesione w skardze kasacyjnej, zarzuty naruszenia prawa materialnego. Wbrew twierdzeniom skarżącej, Sąd Apelacyjny w

[...] prawidłowo rozróżnił i omówił zagadnienia powikłania zabiegu medycznego oraz błędu w sztuce lekarskiej. Powołując się na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2016 r. (IV CSK 396/15) Sąd II instancji wskazał, że niepowodzenie medyczne objęte jest pojęciem dozwolonego ryzyka, a poinformowany o nim pacjent, wyrażając zgodę na zabieg, przyjmuje je na siebie. Ryzykiem pacjenta nie są natomiast objęte komplikacje powstałe wskutek błędu lekarskiego, a więc powikłanie, które zostało zawinione przez lekarza. Zasadnie Sąd Apelacyjny uznał, że perforacja przełyku (w wypadku powódki doszło do mikroperforacji gardła) należy do jednego z możliwych powikłań endoskopii. Niewątpliwie powódka została poinformowana o możliwości takiego powikłania. Zostało ono wprost wymienione w informacji dla pacjenta, a oprócz tego (w związku z możliwością tego powikłania) zadano pacjentowi dodatkowe pytania (k - 80). Powódka udzieliła odpowiedzi na zadane przez Szpital pytania i podpisała formularz informacyjny, co oznacza, że była świadoma ryzyka powikłania w postaci perforacji przełyku. Ze strony pozwanego Szpitala zachowano zatem należyłą staranność w zakresie obowiązku informacyjnego pacjenta. Dla wyniku niniejszej sprawy istotne zatem było, czy do powyższego powikłania doszło w sposób zawiniony przez lekarkę wykonującą zabieg endoskopii. To bowiem, że określony negatywny skutek zabiegu medycznego może być jednym z powikłań, nie wyklucza przyjęcia jednocześnie, że był on wynikiem błędu w sztuce lekarskiej. Materiał dowodowy, jakim dysponował Sąd Apelacyjny był wystarczający do stwierdzenia, że mikroperforacja gardła u powódki nie była wynikiem zawinionego działania lekarki J. L. (choćby w najbliższej postaci tej winy ani też wynikiem pomyłki). Z materiału wynika, że zabieg endoskopii wykonany został zgodnie ze sztuką lekarską (opinia biegłego k - 228). Jak ustaliły Sądy obu instancji, przy aktualnym poziomie sprzętu medycznego badanie endoskopii wykonuje się pod kontrolą wzroku. Poza kontrolą lekarza jest jedynie moment połykania i przejścia przez górny zwieracz przełyku. Potem cały przełyk i dalsze odcinki przewodu pokarmowego objęte badaniem oceniane są wzrokowo przez lekarza. W pewnych sytuacjach, ze względu na indywidualne warunki anatomiczne pacjenta, istnieją trudności z wejściem do przełyku. Sposób pokonania tych trudności jest zależny od wykonującego badanie lekarza. Technika zabiegu, manipulacje endoskopem, często konieczność lekkiego nacisku, czy

warunki anatomiczne, mogą przemieścić końcówkę endoskopu, najczęściej do zachyłka gruszkowatego, często do tchawicy (k - 338). Logika wskazuje, że właśnie w tym momencie, pozostającym z przyczyn obiektywnych, poza kontrolą wzroku lekarza przeprowadzającego badanie, doszło do mikroperforacji gardła u powódki. Sąd Okręgowy wskazał przy tym na okoliczności faktyczne, które - jego zdaniem - świadczyły o popełnieniu przez J. L. błędu w sztuce (pojawienie się śladów krwi na końcówce endoskopu oraz drugie wprowadzenie endoskopu do tchawicy). Sąd Apelacyjny poczynił odmienne ustalenia w tej kwestii uznając, że ustalenia Sądu Okręgowego wynikają z dowolnej, a nie swobodnej oceny materiału dowodowego. Ocena Sądu Apelacyjnego w tej kwestii jest prawidłowa, gdyż Sąd I instancji dokonał nadinterpretacji materiału dowodowego wyciągając wnioski, które z niego nie wynikają. W tym stanie rzeczy słuszne było przyjęcie przez Sąd II instancji, że mikroperforacja gardła u skarżącej była powikłaniem badania gastrokopii niezawinionym przez lekarza, oraz że zbędne było uzupełnianie materiału dowodowego przez Sąd II instancji. Brak jakichkolwiek podstaw do uznania, że konkluzje opinii innego biegłego gastroenterologa różniłyby się od konkluzji opinii biegłego H. K. co do tego, że w określonym momencie zabiegu lekarz przeprowadzający badanie nie ma kontroli wzrokowej nad ułożeniem endoskopu. Okoliczności natomiast, że zabieg został wykonany nieprawidłowo, Sąd Okręgowy czerpał z zeznań powódki (zakwestionowanych przez Sąd Apelacyjny) i własnych domniemań nie znajdujących potwierdzenia w materiale dowodowym. Brak jakichkolwiek przekonujących dowodów, jak słusznie uznał Sąd II instancji, aby mikroperforacja gardła u powódki była wynikiem zawinionego błędu w sztuce lekarskiej.

Dodatkowo wskazać należy, że z zeznań lekarza I. K. wynika, iż perforacja gardła, jaka może nastąpić podczas badania gastrokopii, nie jest wyjątkowym powikłaniem (jak twierdzi skarżąca) i zdarza się przy prawidłowo wykonanym zabiegu. Do Szpitala, w którym pracuje świadek przywożonych jest miesięcznie kilku pacjentów z takim powikłaniem z różnych placówek medycznych (k. 172).

W tym stanie rzeczy uznać należało, że Sąd II instancji nie dopuścił się naruszenia prawa materialnego, to jest art. 4, art. 31 ust. 1 oraz art. 32 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej: UZL) w związku z art. 415

oraz art. 430 k.c.

Z przytoczonych względów Sąd Najwyższy, wobec bezzasadności podstaw kasacyjnych, na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c. oraz 102 w zw. z art. 398²¹ k.p.c., orzekł jak w sentencji.

jw