



Sygn. akt V CSKP 35/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 lutego 2021 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Marta Romańska (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Krzysztof Strzelczyk

SSN Maria Szulc

w sprawie z powództwa B. K.
przeciwko (...) Centrum Onkologii w O.
o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym
w Izbie Cywilnej w dniu 25 lutego 2021 r.,
skargi kasacyjnej powoda od wyroku Sądu Apelacyjnego w (...)
z dnia 11 października 2018 r., sygn. akt I ACa (...),

1) oddala skargę kasacyjną;

2) zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 2.700 (dwa tysiące siedemset) zł tytułem kosztów postępowania.

UZASADNIENIE

Powód B. K. wniósł o zasądzenie od (...) Centrum Onkologii w O. kwoty 300.000 zł tytułem zadośćuczynienia i odszkodowania, kwot po 1.500 zł tytułem renty płatnej do 10-go każdego miesiąca, poczynwszy od sierpnia 2015 r. na

pokrycie jego zwiększonych potrzeb, a także ustalenia odpowiedzialności za przyszłe następstwa zabiegu, który przeszedł 1 kwietnia 2010 r.

Pozwany (...) Centrum Onkologii w O. wniósł o oddalenie powództwa.

Wyrokiem z 21 lutego 2018 r. Sąd Okręgowy w O. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od 17 kwietnia 2013 r., kwotę 9.160,87 zł tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami od 17 kwietnia 2013 r. oraz ustalił odpowiedzialność pozwanego na przyszłość za skutki zabiegu medycznego z 1 kwietnia 2010 r., a w pozostałej części powództwo oddalił.

Sąd Okręgowy ustalił, że powód, u którego w styczniu 2010 r. rozpoznano: polipy okrężnicy, uchyłkowatość esicy, przewlekłe zapalenie żołądka, wypadnięcie tylnego płata zastawki mitralnej, 3 lutego 2010 r. w Wojewódzkim Centrum Medycznym w O. poddał się kolonoskopii jelita grubego. Rozpoznanie polipa z naciekiem nowotworowym w zstępnicy potwierdzone zostało w badaniu histopatologicznym wycinka z 8 lutego 2010 r.

1 kwietnia 2010 r. wykonano u powoda w pozwanym Centrum zabieg zwiadowczego otwarcia jamy brzusznej i lewostronnej hemikolektomii. Kilkakrotne badanie zstępnicy, esicy i odbytnicy nie wykazało jednak zmian podejrzanych. Kierując się opisem kolonoskopii, z którego wynikało, że zmiana nowotworowa znajduje się na wysokości 40 cm, chirurg wyciął powodowi część zstępnicy i esicy, a końce jelit zespolił end to end dwoma warstwami szwów. Kontrola jamy brzusznej nie wykazała innych zmian. Pooperacyjne leczenie przebiegło bez istotnych powikłań. 12 kwietnia 2010 r. powód został wypisany ze szpitala z zaleceniem dalszej kontroli ambulatoryjnej.

W badaniu histopatologicznym usuniętego jelita przeprowadzonym 12 kwietnia 2010 r. nie stwierdzono zmian poza uchyłkiem. W kolonoskopii pooperacyjnej przeprowadzonej 22 lipca 2010 r. na głębokości 40 cm stwierdzono płaski polip z centralnym wgłobieniem, a badanie histopatologiczne potwierdziło, że jest to naciek nowotworowy *Adenocarcinoma med iocriter ditferentialum*.

Od 13 września 2010 r. powód był ponownie hospitalizowany w pozwanym Centrum z ustalonym rozpoznaniem wstępnym: rak zstępnicy, w stanie ogólnym dobrym, stan po usunięciu esicy. Został zakwalifikowany do reoperacji, którą wykonano 21 września 2010 r. Śródoperacyjnie stwierdzono guza zstępnicy bliżej zagięcia wątrobowego. Wykonano lewostronną hemikolektomię z zespoleniem end to end szwem dwuwarstwowym pojedynczym. Pozostawiono dren w jamie brzusznej. Założono szwy warstwowe powłok. W badaniu histopatologicznym usuniętego jelita z 28 września 2010 r. stwierdzono w połowie nadesłanego 18,0 cm odcinka jelita grubego na odcinku 2,2 cm owrzodziały guz grubości do 0,3 cm zajmujący 1/2 obwodu jelita, w badaniu mikroskopowym: *adenocarcinoma*, przerzuty nowotworowe do pobranych i nadesłanych okolicznych węzłów chłonnych. Leczenie pooperacyjne przebiegło bez istotnych powikłań i powód został wypisany do domu 5 października 2010 r. w stanie ogólnym dobrym. Zalecono dalszą kontrolę ambulatoryjną. W drodze do domu stan ogólny powoda znacznie się pogorszył. Powód wrócił do szpitala z rozpoznaniem wstępnym: rak zstępnicy, niepełna drożność jelit, stan po wykonanej lewostronnej hemikolektomii i po przebytej resekcji esicy. Celem przyjęcia była obserwacja i leczenie zachowawcze.

7 października 2010 r. ze względu na utrzymujące się objawy kliniczne i obrazowe niedrożności jelit wykonano u powoda zwiadowcze otwarcie jamy brzusznej. Śródoperacyjnie stwierdzono: wielopoziomową niedrożność jelita cienkiego i wstępnicy, zespolenia jelit, ich przeciekanie ścienne powodujące przepuszczającą niedrożność oraz znaczne już rozdęcie jelit. Pętle jelita cienkiego były wyslizgnięte pod wykonane zespolenie. Wykonano uwolnienie zrostów oraz resekcję jelita cienkiego na odcinku około 20 cm z zespoleniem jelitowym end to end. Resekowano znacznie zwężone zespolenie po lewostronnej hemikolektomii, a następnie po uwolnieniu zagięcia wątrobowego wykonano zespolenie zagięcia wątrobowego z odbytnicą end to side. Pozostawiono drenaż płuczący jamy brzusznej. Powłoki zamknięto pojedynczymi szwami.

15 października 2010 r. stwierdzono, że brzuch powoda jest nadal wzdęty i utrzymuje się leniwa perystaltyka jelitowa. W ranie pooperacyjnej stwierdzono pojawienie się treści jelitowej. W trybie pilnym wykonano ponowną relaparotomię. Okazało się, że w wykonanym zespoleniu zagięcia wątrobowego z odbytnicą

wystąpiła 1,0 cm przetoka. Wykonano nieskuteczną próbę jej uszczelnienia. Założono jednolufowy odbyt sztuczny na zagięciu wątrobowym okrężnicy. Zamknięto dalszy odcinek odbytnicy. Założono drenaże przepływowe. Na powłoki założono szwy antywentracyjne. Ustalono rozpoznanie pooperacyjne: rak zstępnicy, stan po resekcji esicy, stan po hemikolektomii lewostronnej, stan po zwiadowczym otwarciu jamy brzusznej, uwolnieniu zrostów, resekcji odcinkowej jelita cienkiego (czczego), resekcji zespolenia poprzecznicy z zstępnicą i wykonaniu następowego zespolenia prawego zagięcia wątrobowego z odbytnicą koniec do boku z szynowaniem tego zespolenia na drenie przez odbytnicę, niedrożność jelit, zapalenie otrzewnej.

Po zabiegu powód przebywał na oddziale intensywnej opieki z ostrą niewydolnością płucną w następstwie zabiegu chirurgicznego i ostrym zapaleniem otrzewnej. 19 listopada 2011 r. w stanie ogólnym dobrym został wypisany do domu. Zalecono kontrole w poradni stomijnej.

Od 21 do 27 stycznia 2011 r. i od 21 do 23 lutego 2011 r. powód był poddany chemioterapii.

6 grudnia 2011 r. powód był hospitalizowany z podejrzeniem wznowy nowotworu w okolicy przedkrzyżowej. 12 grudnia 2011 r. wykonano laparotomię zwiadowczą. Uwidoczniono niepoliczalną ilość zrostów, które usunięto. Zamknięto przetokę poprzecznicy. Stwierdzono obecność tworów guzowatych w miejscu kikuta esiczo – odbytniczego o wymiarach 5,0 cm x 5,0 cm, który w całości usunięto. Badaniem mikroskopowym śródoperacyjnym stwierdzono, że guz ma charakter przewlekłe zapalny. Wykonano resekcję odcinkową jelita czczego długości ok. 3,0 cm z powodu widocznego zbliznowacenia i zwężenia. Odtworzono ciągłość przewodu pokarmowego. Wykonano zespolenie zagięcia wątrobowego okrężnicy z odcinkiem esiczo-odbytniczym. 16 grudnia 2011 r. stwierdzono objawy nieszczelności zespolenia. Wykonano relaparotomię. Przy użyciu stapera zamknięto jelito powyżej i poniżej zespolenia. Odcinek proxymalny wyłoniono jako odbyt sztuczny. Jamę brzuszną zamknięto z pozostawieniem drenażu. 10 stycznia 2012 r. powód został wypisany z rozpoznaniem: stan po lewostronnej hemikolektomii z powodu raka, podejrzenie wznowy w okolicy przedkrzyżowej. Zalecono dalszą kontrolę w poradni stomijnej.

25 czerwca 2012 r. powód został skierowany do poradni pulmonologicznej ze względu na utrzymujący się płyn w prawej jamie opłucnowej z podejrzeniem przerzutów nowotworowych do jamy opłucnowej. Ostatecznie w badaniach płuc u powoda nie stwierdzono zmian nowotworowych.

6 listopada 2012 r. powód był hospitalizowany w pozwanym Centrum. 13 listopada 2012 r. odtworzono powodowi ciągłość przewodu pokarmowego. Po otwarciu jamy brzusznej uwolniono ze zrostów bardzo liczne pętle jelita cienkiego przemieszczone do wielokomorowych przepuklin brzusznych. Wykonano zespolenie staplerowe end to end z odbytnicą. Powłoki zamknięto нефизjologicznie ze względu na braki i ubytki powłok i przepukliny brzuszne. Leczenie pooperacyjne przebiegło bez istotnych powikłań. 28 listopada 2012 r. powód został wypisany z zagojoną raną pooperacyjną

Powód stał się całkowicie niezdolny do pracy. Życie powoda podczas pobytów szpitalu, jak również w domu było wielokrotnie zagrożone. Powód nigdy nie zaakceptował wyłonienia stomii, było to dla niego źródłem cierpienia fizycznego i psychicznego. Przez cały okres leczenia powód był pacjentem leżącym. Prócz bólu odczuwanego w związku z chorobą, skarżył się także na ból kręgosłupa wywołany stałym przebywaniem w jednej pozycji. W czasie, gdy miał wyłonią stomię przyjmował leki Tramal i Ketonal, Nospa oraz środek wytwarzany przez farmaceutę. Obecnie powód też skarży się na stałe bóle brzucha, przyjmuje leki przeciwbólowe. Ma kłopoty ze snem, często budzi się w nocy z uwagi na odczuwany ból. Podczas pobytu w szpitalu i w domu powód korzystał z pomocy żony i dzieci. W dalszym ciągu leczy się onkologicznie. Leczy się prywatnie, wizyty odbywają się co 2-3 miesiące, a koszt wizyty wynosi średnio 150 zł plus koszt dojazdu około 50 zł. Obecnie powód nie może podnosić większych ciężarów, kłopot sprawiają mu również dłuższe spacery. Powód stale musi nosić specjalny pas ochronny, co wywołuje dyskomfort. Wymaga również specjalnej diety. Powód nie może wyjeżdżać na dalsze odległości jeżeli nie ma zapewnionego dostępu do toalety. Aktualnie powód przebywa na emeryturze i pobiera świadczenie w wysokości 3.800 zł netto. Koszt dojazdów do placówek medycznych i na konsultacje lekarskie w czasie, gdy powód leczył się u pozwanego wyniósł łącznie 9.160,87 zł.

Na podstawie dowodu z opinii biegłych Sąd Okręgowy stwierdził, że zabieg operacyjny 1 kwietnia 2010 r. oraz dalsze leczenie powoda zostały przeprowadzone przez lekarzy pozwanego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia nowotworów jelita grubego oraz z należytą starannością. Założony przez lekarzy zakres resekcji jelita grubego na głębokości 40 cm był prawidłowy, ale nie dość radykalny, a kolejne zabiegi operacyjne miały związek z tym, że zakres resekcji jelita grubego okazał się niedostateczny. Określenie sytuacji jako błędu medycznego nie jest jednak zasadne, gdyż decyzja o zakresie resekcji jelita grubego została podjęta w czasie trwania zabiegu, przy braku możliwości wykonania kolonoskopii śródoperacyjnej. Nowotwory złośliwe jelita grubego często powstają na miejscu wcześniej powstałego, niezłośliwego gruczolaka, który może przyjmować postać miękkiego, kruchego polipowatego guza, wrastającego w światło jelita i nawet przy rozmiarze przekraczającym 2 cm może być trudny do zlokalizowania w badaniu jelita przez chirurga w trakcie operacji. Stopień zamknięcia światła jelita przez guza jest widoczny tylko w badaniu kolonoskopii lub (nie zawsze) w badaniach obrazowych (np. tomografia komputerowa), ale nie w wizualnej ocenie śródoperacyjnej. Chirurg w trakcie operacji widzi bowiem jelito od zewnątrz i nie jest w stanie określić, na ile zamknięte przez guz jest światło jelita. Można przyjąć, że dwucentymetrowy guz, który nie powoduje całkowitej niedrożności przewodu pokarmowego może zostać niezauważony. Chirurg prowadzący operację powinien wykonać resekcję tego odcinka jelita, na które wskazywała kolonoskopia przedoperacyjna, i w trakcie zabiegu wykonanego u powoda uczynił to, a następnie rozciąć usunięty fragment jelita i sprawdzić, czy guz faktycznie się tam znajdował, czego nie uczynił, tłumacząc to obawą przed zniszczeniem preparatu do badania histopatologicznego. Nawet rozcięcie usuniętego fragmentu jelita grubego nie daje pewności, że usunięty został właściwy w kontekście rozpoznania onkologicznego fragment jelita. Taka sytuacja może się zdarzyć wówczas, gdy poza chorobą nowotworową jelita występują w nim inne nienowotworowe schorzenia, np. jak uchyłki u powoda.

Długość resekowanego w trakcie zabiegu fragmentu jelita odpowiadała opisowi kolonoskopii. Gdyby chirurg trzymał się tylko wniosków z kolonoskopii

wskazujących na umiejscowienie guza w zstępnicy, to wymaganą onkologicznie operacją byłaby tzw. lewa hemikolektomia, czyli usunięcie całej lewej połowy jelita grubego, wraz z częścią esicy. Taki zakres resekcji podyktowany jest anatomicznym ukrwieniem tej części jelita grubego. Wnioski z kolonoskopii wysuwają jedynie podejrzenie, iż guz znajduje się w zstępnicy. Zakres jelita usuniętego powodowi przy pierwszym zabiegu odpowiadał dostępnym danym klinicznym o jego lokalizacji, ale guza nowotworowego w tym akurat fragmencie jelita grubego nie było. Raport pooperacyjny zawiera informację, że kilkakrotne badanie zstępnicy, esicy i odbytnicy nie wykazało zmian podejrzanych. Guz nowotworowy jelita grubego był usytuowany wewnątrz światła jelita. Taki guz palpacyjnie jest najczęściej tworem miękkim i przy jego średnicy ok. 2,0 cm jest trudny do identyfikacji. Guzy tej średnicy nie powodują obturacji jelita, co nie uwidacznia się na zewnątrz jelita w postaci powiększenia lub widocznego przewężenia. Rozpoznana zmiana nowotworowa u powoda mogła być śródoperacyjnie niezauważalna.

Po operacji wykonanej 1 kwietnia 2010 r. powód poddany został kolejnym zabiegom operacyjnym oraz licznym chirurgicznym zabiegom ambulatoryjnym, związanym z powikłaniami stomii jelitowej. Ryzyko ciężkich powikłań pooperacyjnych, takich jak: nieszczelność zespolenia jelitowego, pooperacyjna niedrożność jelita, krwotok, zapalenie otrzewnej, ciężkie, ogólnoustrojowe powikłania septyczne, zawierają się w przedziale od 5 do 15% takich zabiegów. Na ogólne ryzyko powikłań pooperacyjnych wpływa cały szereg czynników. Jednym z nich jest też historia chirurgiczna chorego, a więc to, czy jest to pierwsza, czy kolejna operacja w tym samym obszarze ciała. Z historii leczenia operacyjnego u powoda wynika, że jedynie operacja wykonana 21 września 2010 r. miała bezpośredni związek z błędem popełnionym przy pierwszym zabiegu 1 kwietnia 2010 r. Wszystkie kolejne operacje wykonane po 21 września 2010 r. były następstwem powikłań leczenia chirurgicznego i nie miały bezpośredniego związku z pierwszym zabiegiem, za wyjątkiem odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego, który miał charakter rekonstrukcyjny (naprawczy). Wyłonienie stomii w trakcie operacji wykonanej 15 października 2010 r. było następstwem ciężkich powikłań chirurgicznych po operacji wykonanej 7 października 2010 r. Powód miał

stomię do 13 listopada 2012 r. Decyzja o niepodejmowaniu prób jej zamknięcia wynikała ze względów onkologicznych. Wynik badania histopatologicznego po usunięciu właściwego odcinka jelita, w którym znajdował się nowotwór wykazał, iż naciek komórek nowotworowych guza przekraczał całą grubość ściany jelita (cecha T3), zaś w 6 na 12 zbadanych regionalnych węzłach chłonnych znajdowały się przerzuty nowotworu. Przy takim zaawansowaniu choroby nowotworowej ryzyko pojawienia się przerzutów odległych lub wznowy miejscowej nowotworu jest wysokie i sięga około 60-70%. Powodowi zaproponowano leczenie uzupełniające w postaci chemioterapii, którą otrzymywał w okresie od stycznia 2011 r. do września 2011 r. Jakikolwiek leczenie chirurgiczne jest w tym okresie przeciwwskazane. Pierwsza próba zamknięcia stomii możliwa zatem była dopiero około 2 miesiące od podania ostatniej dawki chemioterapii i została podjęta, ale skończyła się niepowodzeniem. Od czasu leczenia operacyjnego w grudniu 2011 r., aż do sierpnia 2012 r., u powoda utrzymywały się istotne dla stanu ogólnego dolegliwości ze strony układu oddechowego i pokarmowego, które były przeciwwskazaniem do podejmowania prób odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego. Dopiero 21 sierpnia 2012 r. stwierdzono, że powstały warunki do usunięcia stomii.

Nie było zakażenia salmonellą w okresie przebywania powoda na oddziale chirurgicznym.

Sąd Okręgowy uznał powództwo za częściowo zasadne. Nie zgodził się z biegłymi, że jedynie operacja wykonana 21 września 2010 r. miała bezpośredni związek z błędem diagnostycznym popełnionym w trakcie zabiegu 1 kwietnia 2010 r. Przy ustalaniu odpowiedzialności pozwanego i wysokości należnego powodowi zadośćuczynienia wziął pod uwagę cały przebieg choroby powoda w kontekście przebytych zabiegów operacyjnych i cierpień z tym związanych. Oceniał, że po pierwszej operacji 1 kwietnia 2010 r. nie wystąpiły powikłania. Zatem gdyby powodowi wtedy usunięto właściwy fragment jelita, to należy przyjąć z dużą dozą prawdopodobieństwa, że do takich powikłań, jakie wystąpiły później by nie doszło.

Biorąc pod rozwagę cały proces leczenia i dolegliwości powoda Sąd Okręgowy ustalił kwotę zadośćuczynienia na 150.000 zł uznając, że będzie ona stanowiła odpowiednią sumę pieniężną w rozumieniu art. 445 k.c., kompensując doznane przez powoda krzywdy, a jednocześnie pozwoli na złagodzenie skutków niematerialnych zdarzenia i zapewni mu odpowiednią satysfakcję moralną. Mimo błędu popełnionego przy pierwszej operacji, dalsze decyzje lekarzy pozwanego były właściwe, nakierowane na ratowanie życia pacjenta. Proces leczenia był długi, ale zakończył się pozytywnie dla powoda.

Sąd Okręgowy ustalił odszkodowanie na kwotę 9.160,87 zł, obejmującą koszty dojazdów powoda do szpitali i wyjaśnił, że był w tym zakresie związany podstawą faktyczną żądania. Powód wnosił o zwrot własnych kosztów dojazdu do placówek medycznych, a nie osób z rodziny, które sprawowały nad nim opiekę.

Sąd Okręgowy oddalił żądanie zasądzenia na rzecz powoda renty z tytułu zwiększonych potrzeb, wskazując, że powód nie udowodnił ani tego, żeby jego potrzeby zwiększyły się w następstwie zdarzeń, za które odpowiedzialność można przypisać pozwanemu ani też wysokości tych zwiększonych potrzeb. Uwzględnił natomiast żądanie powoda co do ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za skutki zabiegu z 1 kwietnia 2010 r.

Wyrokiem z 11 października 2018 r. Sąd Apelacyjny w (...) oddalił apelację powoda od wyroku Sądu Okręgowego z 21 lutego 2018 r.

Sąd Apelacyjny zaakceptował ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego oraz w pewnym zakresie ocenę prawną tego Sądu i stwierdził, że lekarz nie ponosi odpowiedzialności na zasadzie ryzyka ani odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia. Zakwestionował stanowisko Sądu Okręgowego o istnieniu przyczynowego powiązania między uchybieniem diagnostycznym popełnionym przy wykonywaniu u powoda zabiegu z 1 kwietnia 2012 r. a powikłaniami, których powód doznał po przeprowadzeniu u niego kolejnych zabiegów. Stwierdził, że brak jest podstaw do wnioskowania, iż odłożenie w czasie usunięcia dotkniętej zmianą nowotworową części jelita spowodowało istotne nasilenie procesu chorobowego u powoda i przełożyło się na dalsze leczenie onkologiczne. Powód od 12 kwietnia 2010 r.

zdawał sobie sprawę z niepowodzenia pierwszej operacji, znał rozpoznanie i nie zdecydował się wcześniej na zabieg usunięcia zmiany nowotworowej.

Oceniając wysokość kwoty zasądzonej na rzecz powoda na podstawie art. 445 k.c. tytułem zadośćuczynienia, Sąd Apelacyjny uznał jej wysokość za dostateczną do skompensowania tej krzywdy, którą należało powiązać przyczynowo z następstwami uchybienia diagnostycznego popełnionego 1 kwietnia 2012 r. Błędnie i wbrew opinii biegłych Sąd Okręgowy uznał bowiem, że pozwany ponosi odpowiedzialność nie tylko za konieczność przeprowadzenia kolejnej operacji (z 21 września 2010 r.), ale i za powikłania po niej. Nie sposób prognozować, czy gdyby w trakcie pierwszej operacji, po rozcięciu usuniętego fragmentu jelita i nie stwierdzeniu w nim zmian nowotworowych, doszło do poszerzenia pola operacyjnego w celu usunięcia guza, to taki przedłużający się i obejmujący szersze pole operacyjne zabieg nie doprowadziłby do powikłań. Niepowodzenie pierwszego zabiegu skutkowało koniecznością reoperacji przeprowadzonej 21 września 2010 r., a dalsze zabiegi związane z powikłaniami pooperacyjnymi nie są powiązane przyczynowo z uchybieniami diagnostycznymi przy pierwszym zabiegu. Krzywdę powoda, za którą przyczynowo odpowiada pozwany Sąd Apelacyjny określił jako niepotrzebne cierpienia związane z pierwszą operacją, która nie przyniosła efektów, koniecznością pogodzenia się z tym faktem, oczekiwaniem na kolejną, jak i samą jej uciążliwością, nawet gdyby do powikłań nie doszło.

Sąd Apelacyjny wskazał, że jego ingerencja w wysokość zadośćuczynienia byłaby możliwa jedynie wtedy, gdyby było ono rażąco zawyżone lub niższe, a taka sytuacja nie ma miejsca w sprawie.

Sąd Apelacyjny stwierdził, że w kontekście oceny o braku powiązania przyczynowego pomiędzy leczeniem powikłań kolejnych zabiegów wykonanych u powoda a błędem diagnostycznym popełnionym w trakcie zabiegu 1 kwietnia 2010 r., odszkodowanie ustalone przez Sąd Okręgowy przekracza rozmiar szkody podlegającej naprawieniu, która może obejmować wyłącznie wydatki podniesione przez powoda w związku z leczeniem w okresie pomiędzy kwietniem a wrześniem 2010 r. Sąd Apelacyjny zaakceptował obliczenia Sądu Okręgowego odnoszące się

do tych kosztów dojazdów do placówek medycznych, które objęte zostały podstawą faktyczną żądania.

Sąd Apelacyjny za niezasadny uznał zarzut naruszenia art. 444 § 2 k.c., gdyż zwiększone aktualnie potrzeby powoda w stosunku do tych, które zaspakajał przed zabiegiem z 1 kwietnia 2010 r. nie pozostają w związku przyczynowym z błędem diagnostycznym, za który odpowiada pozwany. Potrzeby te wynikają z powikłań pooperacyjnych doznanych przez powoda oraz jego choroby nowotworowej. Niezależnie od tego Sąd Apelacyjny stwierdził, że powód nie uzasadnił wysokości żądanej renty i nie wykazał przesłanek określonych w art. 444 § 2 k.c., które by mogły usprawiedliwiać jej przyznanie.

W skardze kasacyjnej od wyroku z 11 października 2018 r. powód zarzucił, że zaskarżony wyrok został wydany z naruszeniem prawa materialnego, to jest: - art. 444 § 1 k.c. przez przyjęcie, iż do podstawy wyliczenia odszkodowania należnego powodowi nie należą się koszty dojazdów do placówek medycznych żony powoda w celu pielęgnacji powoda; - art. 445 § 1 k.c. przez rażąco niskie określenie wysokości należnego powodowi zadośćuczynienia; - art. 444 § 2 k.c. przez uznanie, że nie zaistniały przesłanki zasądzenia renty z tytułu zwiększonych potrzeb powoda.

Powód zarzucił też, że zaskarżone orzeczenie zostało wydane z naruszeniem prawa procesowego, to jest: art. 233 § 1 i § 2 k.p.c. w związku z art. 231 k.p.c. przez przyjęcie, iż powód nie udowodnił zwiększonych potrzeb, jak i ich skali, art. 322 k.p.c. przez niezastosowanie tego przepisu; - art. 381 k.p.c. przez pominięcie dowodu z dokumentacji zdjęciowej powoda w postępowaniu apelacyjnym chociaż potrzeba powołania się na ten dowód powstała dopiero po doręczeniu uzasadnienia wyroku Sądu Okręgowego.

Powód wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kwoty 140.839,13 zł z ustawowymi odsetkami od 17 kwietnia 2013 r., na którą składa się kwota 121.499,46 zł tytułem zadośćuczynienia i kwota 19.339,67 zł tytułem odszkodowania, kwot po 1.500 zł tytułem renty płatnej do 10 każdego miesiąca, począwszy od sierpnia 2015 r. względnie uchylenie

zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna jako nadzwyczajny środek zaskarżenia prawomocnych orzeczeń może opierać się tylko na tych podstawach, które ustawodawca przewidział w art. 398³ k.p.c., a obowiązkiem skarżącego jest ich przytoczenie i uzasadnienie. Sprostanie temu wymaganiu jest osiągalne dla skarżącego w związku z koniecznością działania z fachowym pełnomocnikiem, do którego należy sporządzenie i wniesienie skargi kasacyjnej. Z art. 398 § 1 k.p.c. wynika, że Sąd Najwyższy nie może wyjść poza sformułowane przez skarżącego podstawy powołane w skardze kasacyjnej i poszukiwać z urzędu innych błędów wyroku sądu drugiej instancji lub postępowania przed tym sądem niewskazanych przez skarżącego. Skarga kasacyjna służy przy tym usunięciu błędów w wykładni i stosowaniu prawa przez sądy powszechne, nie zaś wyjaśnianiu podstawy faktycznej wydawanych przez nie orzeczeń. Z tego powodu w art. 398³ § 3 k.p.c. ustawodawca przyjął, że podstawą skargi kasacyjnej nie mogą być zarzuty dotyczące ustalenia faktów lub oceny dowodów, a w art. 398¹³ § 2 k.p.c. zastrzegł, iż Sąd Najwyższy jest związany ustaleniami faktycznymi stanowiącymi podstawę zaskarżonego orzeczenia.

Z powyższego wynika, że sformułowany przez powoda zarzut naruszenia przez Sąd Apelacyjny art. 233 § 1 i § 2 k.p.c. w związku z art. 231 k.p.c. musi być uznany za niedopuszczalny. Odnosi się on bowiem wprost do ustaleń faktycznych, które zdaniem powoda Sąd Apelacyjny powinien był poczynić w sprawie na gruncie przedstawionego mu materiału dowodowego.

Bezzasadnie powód zarzuca naruszenie przez Sąd Apelacyjny art. 381 k.p.c. przez pominięcie w postępowaniu apelacyjnym dowodu z dokumentacji zdjęciowej powoda. Przepis ten upoważnia sąd do pominięcia w postępowaniu apelacyjnym takich dowodów, które strona mogła powołać w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji, chyba że potrzeba ich powołania powstała później. Stan fizyczny powoda miał istotne znaczenie przy ocenie zasadności roszczeń, których

dochodził w niniejszym postępowaniu, dlatego przedstawienie obrazujących go zdjęć powinno ewentualnie nastąpić w postępowaniu przed Sądem pierwszej instancji. Nie sposób zatem przyjąć, że dopiero zapoznanie się przez powoda z uzasadnieniem tego Sądu spowodowało konieczność przestawienia zdjęć dołączonych do apelacji. Trzeba też zauważyć, że stan fizyczny miejsc na ciele powoda, których dotyczyły kolejne zabiegi operacyjne wynika też z dokumentacji medycznej zebranej w sprawie i opinii biegłych sporządzonych na zlecenie Sądu Okręgowego. Zdjęcia przedstawione przez powoda nie są zatem jedynym źródłem wiedzy o okolicznościach, które powód chciał przy im pomocy wykazać. Osobną kwestią jest natomiast to, w jakim zakresie okoliczności te miały znaczenie dla wyniku postępowania w sprawie.

Rodzaj i wysokość roszczeń, których powód dochodził w niniejszej sprawie w ramach zgłoszonych żądań, którymi Sąd *meriti* były związane stosownie do art. 321 § 1 k.p.c., została określona w pozwie. Żądań tych powód w toku postępowania nie zmieniał, nie precyzował i nie uzupełniał. Trzeba przy tym zaznaczyć, że musiałoby to nastąpić przed zamknięciem rozprawy przed Sądem pierwszej instancji, gdyż zmiana, w tym rozszerzenie żądania pozwu przed Sądem drugiej instancji jest wykluczona. Powód w pozwie domagał się zasądzenia kwoty 300.000 zł, na którą poza zadośćuczynieniem składało się też odszkodowanie w kwocie 28.500,54 zł, obejmujące koszty dojazdów na konsultacje, badania, wizyty oraz kwot po 1.500 zł miesięcznie renty na zaspokojenie jego zwiększonych potrzeb. Przed zamknięciem rozprawy 7 lutego 2018 r. powód podtrzymał żądania zgłoszone w pozwie, a wywodził je z art. 445 § 1 oraz art. 444 § 1 i 2 k.c. Przepisy te wskazują na roszczenie o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę, jako powstające wtedy, gdy przez czyn niedozwolony pozwanego powstanie szkoda na osobie powoda, polegająca na uszkodzeniu ciała lub wywołaniu rozstroju zdrowia. Warunkiem ich zastosowania jest zatem w pierwszej kolejności stwierdzenie, że miał miejsce czyn niedozwolony, za który pozwany odpowiada - jak w niniejszej sprawie - na zasadzie winy lub - wyjątkowo - ryzyka. W następnej kolejności oznaczenia wymaga ten uszczerbek w dobrach niematerialnych i materialnych powoda, który można powiązać przyczynowo z czynem niedozwolonym. Związek przyczynowy, o którym mowa w art. 361 § 1 k.c. ma

zatem dla odpowiedzialności deliktowej podwójne znaczenie, gdyż nie tylko stanowi samodzielną przesłankę tej odpowiedzialności, ale także wyznacza zakres szkody przypisywalnej pozwanemu. Zarówno zadośćuczynienie jak i odszkodowanie przyznawane na podstawie art. 445 § 1 oraz art. 444 § 1 i 2 k.c. musi pozostawać w związku przyczynowym działaniem lub zaniechaniem sprawcy, ocenionym jako bezprawne i przez niego zawinione.

W niniejszej sprawie, niezależnie od przeciwnego stanowiska biegłych, Sąd Okręgowy konieczność poddania się przez powoda wszystkim kolejnym zabiegom, jak i wystąpienie w związku z nimi powikłań, powiązał z uchybieniem polegającym na zaniechaniu w trakcie pierwszego zabiegu 1 kwietnia 2010 r. rozcięcia usuniętej powodowi części jelita w celu stwierdzenia, czy jest w nim widoczna zmiana nowotworowa. Sąd Apelacyjny inaczej niż Sąd Okręgowy ocenił rodzaj następstw na zdrowiu powoda, które można przyczynowo powiązać z zaniechaniem poszerzenia diagnostyki w trakcie operacji przeprowadzonej 1 kwietnia 2010 r., a był do tego uprawniony rozpoznając sprawę na skutek wyłącznie apelacji powoda, gdyż właściwa kwalifikacja prawna ustalonych okoliczności faktycznych mieści się w zakresie stosowania prawa materialnego. Jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w uchwale składu siedmiu sędziów z 31 stycznia 2007 r. - zasadzie prawnej - III CZP 49/07 (OSNC 2008, nr 6, poz. 55), sąd drugiej instancji rozpoznający sprawę na skutek apelacji nie jest związany przedstawionymi w niej zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa materialnego, wiążą go natomiast zarzuty dotyczące naruszenia prawa procesowego; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania. Swoją ocenę o braku powiązania przyczynowego pomiędzy pewnymi cierpieniami doznanymi przez powoda w procesie leczenia nowotworu jelita grubego i wydatkami, jakie w związku z tym powód poczynił a zaniedbaniem diagnostycznym popełnionym w trakcie operacji z 1 kwietnia 2010 r., Sąd Apelacyjny oparł na wynikach dowodów z opinii biegłych. Wyjaśnił przy tym, że zasądzone na rzecz powoda zadośćuczynienie uznaje za wystarczające do skompensowania tej krzywdy, którą przyczynowo wiąże z bezprawnym działaniem przypisanym pozwanemu. W skardze kasacyjnej powód nie sformułował zarzutu naruszenia art. 361 § 1 k.c., a zatem Sąd Najwyższy nie może ingerować w oceny

Sądu Apelacyjnego odnoszące się do przypisanego pozwanemu zakresu odpowiedzialności za spowodowanie rozstroju zdrowia powoda.

Wysokość zadośćuczynienia przyznana powodowi w celu skompensowania krzywdy powiązanej przyczynowo z zaniedbaniem pozwanego, a opisanej przez Sąd Apelacyjny jako niepotrzebne cierpienia związane z pierwszą operacją, która nie przyniosła efektów, koniecznością pogodzenia się z tym faktem, oczekiwaniem na kolejną, jak i samą jej uciążliwością, nawet gdyby do powikłań nie doszło, niewątpliwie nie jest zaniżona, zwłaszcza, że ustalona została w nawiązaniu do mierników wartości z 2013 r. Jak podkreśla się w orzecznictwie, ocenny charakter kryteriów wyznaczających wysokość zadośćuczynienia i związana z tym znaczna swoboda sądu orzekającego w określeniu należnej z tego tytułu sumy, którą powinien respektować sąd kasacyjny, powodują, że podniesiony w skardze kasacyjnej zarzut naruszenia przez sąd drugiej instancji art. 445 § 1 k.c. przez zawyżenie, czy jak w sprawie niniejszej zaniżenie zadośćuczynienia, może być uwzględniony tylko w razie wykazania oczywistego naruszenia zasad jego ustalania (zob. wyroki Sądu Najwyższego z 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03, OSNC 2005, nr 2, poz. 40 i z 26 listopada 2009 r., III CSK 62/09, niepubl.).

Gdy chodzi o odszkodowanie, którego zasądzenia żądał powód, to trzeba zauważyć, że oznaczył je w pozwie na kwotę 28.500,54 zł, a wyliczenie to uszczegółowił w sporządzonych przez siebie tabelach, w których podał siedzibę placówki medycznej, do której dojeżdżał w konkretnym dniu oraz odległość, którą musiał przebyć w kilometrach oraz cenę paliwa. Z zestawienia nie wynika, kto poza powodem miałby wykonywać przejazdy na opisanych trasach. Pobyty powoda w niektórych placówkach objętych zestawieniem były niezależne od tego uchybienia, za które odpowiedzialność przypisana została pozwanemu. Tak przykładowo ocenić trzeba dojazdy powoda na chemioterapię, której poddany został z uwagi na chorobę nowotworową i stopień jej nasilenia. W sprawie nie ustalono, że powód nie wymagałby chemioterapii, gdyby w trakcie zabiegu 1 kwietnia 2010 r. poszerzono pole operacyjne i usunięto już wówczas część jelita objętą zmianą nowotworową. Zgłoszonego żądania odszkodowawczego powód nie zmienił i nie sprecyzował, co spowodowało, że Sąd Okręgowy obliczył w nawiązaniu do metody zaproponowanej

przez powoda wysokość kosztów dojazdu na leczenie powiązane przez ten Sąd przyczynowo z zdarzeniem, za które odpowiedzialność przypisał pozwanemu i zasądził z tego tytułu na jego rzecz kwotę 9.160,87 zł.

W uchwale składu siedmiu sędziów z 22 lipca 2020 r., III CZP 31/19, Sąd Najwyższy wyjaśnił, że poszkodowany, który doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, może domagać się na podstawie art. 444 § 1 k.c. odszkodowania z tytułu kosztów opieki sprawowanej nad nim nieodpłatnie przez osoby bliskie. Niewątpliwie jednak powód nie objął żądaniem tego rodzaju wydatków, gdyż nie sposób dostrzec ich zgłoszenia w tabelach przedstawionych przy pozwie, mających obrazować sposób obliczenia ostatecznie zażądaney kwoty odszkodowania.

Upoważnienie do zasądzenia odpowiedniej sumy pieniężnej według oceny sądu przewidziane przez art. 322 k.p.c. należy do szczególnych zasad orzekania, a kompetencja przyznana sądowi na podstawie tego przepisu ma charakter fakultatywny. Dopuszczalność zastosowania art. 322 k.p.c. jest uzależniona od spełnienia szeregu przesłanek. Art. 322 k.p.c. może być wykorzystany tylko w niektórych kategoriach spraw i dopiero wtedy, gdy powód wykazał samą zasadność roszczenia, a wątpliwa pozostaje tylko jej wysokość. Do zastosowania art. 322 k.p.c. może dojść, gdy sąd uzna, że ścisłe udowodnienie wysokości żądania było niemożliwe lub nader utrudnione. W poglądach doktryny przeważa stanowisko, że niemożność udowodnienia wysokości dochodzonego roszczenia usprawiedliwiająca zastosowanie art. 322 k.p.c. powinna mieć charakter obiektywny. Taka obiektywna niemożliwość udowodnienia wysokości dochodzonego roszczenia oznacza, że określone środki dowodowe nie istnieją i nie istniały lub też istniały, lecz z jakichś przyczyn zaginęły, a nadmierne utrudnienia w prowadzeniu dowodów zachodzą, gdy ścisłe wykazanie wysokości dochodzonego żądania jest zbyt kosztowne i nie pozostaje w żadnym stosunku do żadanego przedmiotu albo grozi zbyt długim przedłużeniem postępowania. Zastosowanie art. 322 k.p.c. jest możliwe po wyczerpaniu wszystkich dopuszczalnych środków dowodowych i stwierdzeniu, że ścisłe udowodnienie żądania jest niemożliwe lub nader utrudnione. Oznacza to, że strona powinna przedstawić dowody także na okoliczność wysokości szkody lub wyjaśnić przyczyny braku takiej możliwości, gdyż art. 322 k.p.c. ma zastosowanie

wtedy, gdy powód wyczerpał dostępne i znane mu środki dowodowe, a pomimo tego wysokość szkody pozostaje nieudowodniona (szerzej w wyroku Sądu Najwyższego z 31 stycznia 2019 r., V CSK 599/17, niepubl.). Niewątpliwie powód w niniejszej sprawie nie zaoferował dowodów mogących posłużyć ustaleniu, w jakiej jeszcze postaci (poza kosztami dojazdu) szkodę poniósł w związku ze zdarzeniem, za które odpowiedzialność przypisana została pozwanemu i jaka była jej wysokość.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c., Sąd Najwyższy orzekł, jak w pkt 1.

Ze względu na charakter rozpoznanej sprawy i sytuację życiową powoda, w związku z tym, że oznaczona przez niego w skardze kasacyjnej wartość przedmiotu zaskarżenia nieznacznie tylko przekraczała próg oznaczony w § § 2 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. poz. 1800), Sąd Najwyższy na podstawie tego przepisu w związku z § 10 ust. 4 pkt 2 oraz art. art. 100 k.p.c. w związku z art. 398²¹ i art. 391 § 1 k.p.c., zasądził na rzecz pozwanego kwotę 2.700 zł tytułem kosztów postępowania kasacyjnego.

ke