

Sygn. akt I ACa 702/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 lutego 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Krzysztof Chojnowski
Sędziowie	:	SA Jarosław Marek Kamiński SO del. Grażyna Wołosowicz (spr.)
Protokolant	:	Elżbieta Niewińska

po rozpoznaniu w dniu 25 lutego 2019 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa **P. K. (1) i H. K.**

przeciwko (...) **S.A. w W.**

o zapłatę i rentę

na skutek apelacji powodów

od wyroku Sądu Okręgowego w Olsztynie

z dnia 24 lipca 2018 r. sygn. akt I C 337/16

I. apelację;

IIzasądza od powódki H. K. na rzecz pozwanego kwotę 500 (pięćset) zł tytułem zwrotu części kosztów zastępstwa pozwanego w instancji odwoławczej i odstępuje od obciążania powódki pozostałą częścią, a powoda P. K. (1) całością tych kosztów.

K. J. M. G. W.

UZASADNIENIE

Powodowie H. K. i P. K. (1) wnosili o zasądzenie od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. kwot po 150.000 zł każde z nich wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wymagalności roszczenia do dnia zapłaty, z czego 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia i 50.000 zł tytułem odszkodowania. Ponadto P. K. (1) wniósł o przyznanie na jego rzecz od pozwanego renty w wysokości 1.000 zł miesięcznie. Powodowie żądali również zasądzenia solidarnie na ich rzecz od pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych.

Uzasadniając swoje żądania wskazywali na szereg nieprawidłowości w postępowaniu personelu medycznego (...) w G., począwszy od wadliwego przeprowadzania procesu diagnostycznego, po błędny proces terapeutyczny, które doprowadziło do powstania ropnego zapalenia otrzewnej, zawału mięśnia sercowego oraz ostrej niewydolności krążeniowo-oddechowej, co było bezpośrednią przyczyną zgonu Z. K. (1) (ojca powoda i męża powódki). W odniesieniu do żądania renty powód wskazał, że z uwagi na jego zły stan zdrowia – schizofrenia i depresja dwubiegunowa, ojciec co miesiąc przekazywał mu dobrowolnie kwotę 1.000 zł. Podniósł, że renta stanowiąca jego jedyny dochód nie zapewnia mu minimalnych warunków, zwłaszcza, gdy po przekazaniu alimentów na rzecz syna do dyspozycji powoda pozostaje kwota 230 zł. Z uwagi zaś na dochód rzędu 6.000 zł uzyskiwany z emerytury oraz zysku z prowadzenia lecznicy weterynaryjnej, ojca powoda stać było na dokonywanie na jego rzecz tego typu przysporzeń. Jako podstawę prawną dochodzonego roszczenia powodowie wskazali art. 446 k.c. w zw. z art. 822 k.c., podnosząc, iż odejście męża i ojca było dla nich wielkim ciosem, spowodowało wiele strat moralnych i cierpień psychicznych.

Pozwany (...) S.A. w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powodów solidarnie na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych. Przyznawał, że łączyła go ze (...) w G. umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Podkreślał, że personel medyczny ubezpieczonej placówki postępował zgodnie z obowiązującym obecnie procedurami medycznymi i wiedzą medyczną. Wskazał ponadto, że Z. K. (2) był obciążony samoistnymi schorzeniami oraz każdorazowo – najpierw przed zabiegiem kolonoskopii, później podczas pierwszej i drugiej operacji był informowany o możliwych powikłaniach – mimo to wyrażał na powyższe zgodę. Niezależnie od kwestionowania samej zasady odpowiedzialności, pozwany kwestionował również wysokość dochodzonych przez powodów roszczeń. Natomiast w zakresie żądania renty i stosownego odszkodowania podniósł, że nie zostały one w żaden sposób udowodnione.

Wyrokiem z dnia 24 lipca 2018 r. Sąd Okręgowy w Olsztynie oddalił powództwo (pkt I) i nie obciążył powodów kosztami procesu na rzecz pozwanego (pkt II).

Z ustaleń poczynionych przez Sąd Okręgowy wynikało, że w dniu 6 maja 2013 r. Z. K. (1) (76 lat), mąż powódki H. K. i ojciec powoda P. K. (1) oraz P. K. (2) został przyjęty na podstawie skierowania na Oddział (...) sp. z o.o. z siedzibą w G.. Powodem przyjęcia do placówki było krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego i w związku z tym podejrzenie występowania w jelicie grubym polipów. Po wykonaniu podstawowych badań pacjent został zakwalifikowany do wykonania diagnostycznego badania kolonoskopii, który miał się odbyć w dniu następnym w Pracowni Endoskopowej tego szpitala. Lekarz, operator wyznaczony dla Z. K. (1), posiadał ponad 10-letnie doświadczenie w wykonywaniu tego typu zabiegów.

Aby stworzyć korzystne warunki do zabiegu, przeddzień jego wykonania podano Z. K. (1) środki na przeczyszczenie, a następnie oczyszczono jelita poprzez ich wypłukanie. Przed przeprowadzeniem badania Z. K. (1) został poinformowany o jego przebiegu, konsekwencjach i możliwych powikłaniach. Ponadto wskazano mu na możliwość kojarzenia badania diagnostycznego kolonoskopii z zabiegiem terapeutycznym, tzn. ewentualnym usunięciem polipa bądź polipów, zamiast wykonywania ich usunięcia w drodze operacji chirurgicznej. Po podpisaniu zgody na badanie, lekarz przystąpił do jego wykonania. W pierwszej kolejności dokonał badania per rectum, czyli podstawowego badania odbytu, które nie wykazało zmian. Następnie przeszedł do badania kolonoskopii. Wprowadził kolonoskop do kątnicy i poprzez zastawkę do przyzastawkowego odcinka jelita krętego. W okolicy zgięcia wątrobowego lekarz stwierdził 5 drobnych polipów siedzących o średnicy do 3-4 mm, a w górnej części zstępnicy 1 podłużny polip o wymiarach ok 8x3 mm na krótkiej szypule. W odbytnicy na wysokości ok 13 cm ujawniła się duża zmiana polipowo-guzowata, wypełniająca całe światło jelita. Zmiana ta była trudna do oceny przez lekarza z powodu swojego dużego rozmiaru, przesuwalna, sprawiająca wrażenie uszypułowanej. Przed nią zlokalizowany był uszypułowany polip o średnicy 20 mm. Poza tym w całym jelicie badanego umiejscowione były również liczne uchyłki, tj. zagłębienia, które mogły powstać z różnych przyczyn np. zaparcie pacjenta. Uchyłki te powodują osłabienie ściany jelita, które stają się w tym miejscu cieńsze. Lekarz dokonał usunięcia uwidocznionych małych polipów okrężnicy pętlą diatermiczną i pobrał wycinki do badania histopatologicznego. Natomiast uznając, że duży polip jest zmianą nowotworową, postanowił – zgodnie z prawidłową praktyką lekarską – że spróbuje przynajmniej częściowo go usunąć. Wycięcie te miało umożliwić

mu ocenę jak wyglądają jego tkanki. Jeśli okazałyby się nieresekcyjny, miał odstąpić od dalszego odcinania. Operator założył, że usunięcie całkowite, czy nawet częściowe polipa jest bezpieczne i daje większe możliwości do badania histopatologicznego oraz w przypadku całkowitego jego usunięcia byłoby zabiegiem kończącym. Duży polip znajdował się w okolicy esicy-odbytnicy, aczkolwiek każdorazowo podczas badania kolonoskopijnego nie jest możliwe dokładne ustalenie granicy pomiędzy tymi odcinkami jelita grubego z powodu jego elastycznej budowy. Również podczas tego badania nie jest możliwe ustalenie do jakiej głębokości sięga polip. Z obrazu kolonoskopu wynikało, że punkt wyjścia polipa znajduje się w odbytnicy badanego, czyli w miejscu, gdzie usuwanie polipów jest stosunkowo bezpieczne. Powyższe przekonało lekarza o zasadności usunięcia polipa – w całości bądź części. Dokonał założenia na niego pętli (polip był bardzo twardy) myśląc, że jest ona w środkowej części polipa, włączył prąd, który miał go odciąć. W czasie tego rękoczynu pacjent zasygnalizował ból. Po jego wyjęciu na zewnątrz okazało się, że nałożona na niego pętla zsunęła się do samej jego podstawy, tzw. szypuły oraz, że polip był dość długi, a przede wszystkim, że faktycznie wyrastał z granicy połączenia odbytnicy z esicą, a nie jak odczytał to lekarz z obrazu monitora – z odbytnicy. Usunięcie w przeważającej części polipa spowodowało przedziurawienie przewodu esico-odbytniczego. Na ścianie jelita powstał duży otwór rzędu 2-2,5cm, a na jego brzegach pozostały strzępy tkankowe (pozostałości polipa). Tak jak z małych polipów, materiał z dużego polipa również został zabezpieczony do badania histopatologicznego.

Operator wykonujący zabieg zaczął podejrzewać, że w wyniku usunięcia dużego polipa, nastąpiło powstanie perforacji jatrogennej. O swoich przypuszczeniach natychmiast poinformował lekarza Oddziału Wewnętrznego oraz pacjenta. Co prawda przed zabiegiem wyplukano pacjentowi treść jelita, jednakże po jego przebicciu, samoczynnie gromadzona treść z jelita mogła przedostawać się do jamy otrzewnej. Z. K. (1) niezwłocznie został przewieziony wraz z lekarzem z Oddziału Wewnętrznego do pracowni rentgenowskiej, gdzie wykonano mu na stojąco zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej, które wskazywało obecność powietrza pod kopułami przepony, co było potwierdzeniem powstania perforacji. Pacjent zaczął mieć wzdęcia oraz bóle w podbrzuszu.

W tej sytuacji można było dokonać chirurgicznego zaszywania otworu w jelicie Z. K. (1), albo dokonać jego odcinkowej resekcji. Z uwagi na podejrzenie, że częściowo wycięty polip – z uwagi na wielkość i twardość oraz pozostałość jego resztek wokół otworu – ma charakter nowotworowy, właściwym sposobem było leczenie chirurgiczne polegające na odcinkowej resekcji jelita grubego z zachowaniem bezpiecznych marginesów. Po konsultacji z lekarzem chirurgiem i lekarzem internistą-gastrologiem pacjent wyraził zgodę na zalecane leczenie oraz związane z nim ryzyko, które – zgodnie z właściwą praktyką lekarską – winno być dokonane w przeciągu 6-12 godzin już przy wystąpieniu objawów otrzewnowych.

Wobec powyższego, m.in. również celem przeciwdziałaniu zakażeniu, przewieziono Z. K. (1) w trybie pilnym na Oddział (...) Spółki z o.o. z siedzibą w G.. Z uwagi na zajęcie całego bloku operacyjnego poddano go tzw. naprawczemu zabiegowi operacyjnemu dopiero po około 4-5 godzin od kolonoskopii. Mimo to, czas ten mieścił się w dopuszczalnej normie okresowej do przeprowadzenia tego typu zabiegów. W międzyczasie podano pacjentowi płyny, antybiotyki i zlecono przeprowadzenie niezbędnych badań. Po przygotowaniu sali operacyjnej przystąpiono do zabiegu, podczas którego wykonano odcinkową resekcję jelita grubego kilka centymetrów poniżej otworu i kilka powyżej otworu perforacji, a następnie wykonano zespolenie obu części jelita grubego – koniec do końca. Było to zespolenie dwuwarstwowe, bez trudności technicznych. Podczas zabiegu pobrano posiew i wykonywano terapię celowaną. Dolną część jelita zamknięto staplerem, tj. szwem mechanicznym zamykającym jelito w sposób mechaniczny, resztę jelita zespolono ręcznie szwem dwuwarstwowym. Po operacji zostały założone dreny dla potrzeb kontroli okolicy zespolenia i odprowadzania treści surowiczej. Po jej zakończeniu zastosowano wobec pacjenta przez kilka dni głodówkę. Podawano mu antybiotyk empiryczny.

Dalej, Sąd Okręgowy ustalił, że m.in. w wyniku uporczywych odruchów wymiotnych, kaszlu i napięcia powłok brzusznych w dniu 10 maja 2013 r. u pacjenta doszło do rozejścia się rany pooperacyjnej, wylania się z niej treści płynnych – wysięku oraz ukazania się jelita. W związku z tym podjęto natychmiastową decyzję o reoperacji, którą przeprowadzono w ciągu godziny od zauważania powyższego rozejścia. Podczas trwania operacji przeprowadzono kontrolę szczelności zespolenia jelita – zastępnicy z odbytnicą, przez podanie płynu pod ciśnieniem poprzez rurkę założoną do odbytu. Stwierdzono śladowy wyciek na tylnej ścianie jelita. W tej sytuacji podjęto decyzje o wyłączeniu

tego nieszczelnego zespolenia z przepływu treści jelitowej i wykonaniu wyłonienia jelita grubego. Podczas otwarcia jamy brzusznej nie stwierdzono w niej wysięku patologicznego, świadczącego o rozległym zapaleniu otrzewnej. Wysięk był lokalny, znajdujący się w wyżej wskazanym miejscu zespolenia. Jamę brzuszłą wypłukano solą fizjologiczną, a po kontroli hemostazy, w jamie brzusznej pozostawiono dwa dreny (w miednicy mniejszej za zespoleniem i w lewej okolicy podśledzionowej). U pacjenta po tej operacji prowadzono żywienie pozajelitowe. Po otrzymaniu wyników posiewów zmieniono antybiotyk na szerokowachlarzowy.

Syn Z. P. K. naciskał, aby w ramach żywienia pozajelitowego podać antybiotyk, którym dysponował, zamiast szpitalnego. Z uwagi na procedury medyczne nie mogło dojść do tego rodzaju zmiany.

Każdorazowo podawano pacjentowi antybiotyk odpowiedni do stanu jego zdrowia, po otrzymaniu wyników posiewów ewentualnie poddawano go zmianom bądź modyfikacjom.

W dniu 16 i 17 maja 2013 r. oceniono, że stan ogólny pacjenta poprawia się, nadal nie gorączkował, parametry życiowe utrzymywały się w granicach normy, brzuch był miękki, perystaltyka jelit prawidłowa, rana oczyszczała się, płukano jamę brzuszłą przez dren silikonowy. Wykonywane było badanie prokalcytoniny – markeru procesu zapalnego i infekcji bakteryjnej, pod kątem zakażenia septycznego. Wynik wskazywał na jej spadek, co oznaczało, że w organizmie pacjenta dochodzi do wygaszenia procesów zapalnych. Tym samym podawany antybiotyk działał na florę bakteryjną chorego.

W godzinach porannych w dniu 18 maja 2013 r. stan zdrowia Z. K. (1) pogorszył się. Pacjent podawał ogólne osłabienie, jednakże bez dolegliwości ze strony brzucha. W czasie zmiany opatrunku na ranie pooperacyjnej stwierdzono niewielkie krwawienie w środkowej części rany. Wobec czego zdjęto szwy w tej części i ewakuowano z tkanki podskórnej niewielką ilość starych strzępów krwi. Nie stwierdzono natomiast rozejścia się powięzi. Lekarz zbadał brzuch pacjenta i stwierdził jego miękkość z leniwą perystaltyką jelit oraz pojedynczymi podwyższanymi tonami, lekko poddętego. Wobec zalegania do 200 ml jasno-żółtej treści, stwierdził rozpoznanie ropnia wewnątrzbrzuszego i założył sondę żołądkową. O swoim rozpoznaniu i potrzebie zabiegu operacyjnego poinformowano pacjenta i rodzinę, która nie wyraziła zgody na zabieg w(...).

W godzinach wieczornych dnia 18 maja 2018 r. Z. K. (1) zagorączkował do 38°C. Podczas osłuchania płuca fizykalnie nie były zmienione, brzuch był miękki z tkliwością w lewym podbrzuszu miernie nasiloną w okolicy stomii jelitowej i drenu w lewym podbrzuszu. W drenie znajdowała się niewielka ilość treści jelitowo-ropnej. Na wniosek rodziny, po wcześniejszym uzgodnieniu miejsca w szpitalu w O. i zorganizowaniu transportu, pacjenta przekazano transportem lotniczym do Oddziału (...) w O. celem dalszego leczenia operacyjnego.

Z. K. (1) zmarł w (...) w O. w dniu(...) Przyczyną zgonu było rozległe ropne zapalenie otrzewnej, zawał mięśnia sercowego oraz ostra niewydolność oddechowo-krażeniowa.

W trakcie całego pobytu Z. K. (1) na oddziałach(...) tj. od dnia 6 maja 2013 r. do dnia 18 maja 2013 r. jego stan cały czas był monitorowany badaniami, obserwacjami klinicznymi oraz licznymi badaniami laboratoryjnymi. Jeśli chodzi o materiał do posiewu bakteriologicznego to w każdej placówce szpitalnej jest on pobierany w trakcie operacji. Jednakże nie jest on pobierany przy każdym zabiegu – zazwyczaj takie pobieranie następuje, gdy jest tzw. wysięk. Lekarze z oddziałów, na których przebywał Z. K. (1) w dniach 10, 13 i 15 maja 2013 r. przeprowadzali konsultację internistyczną i diabetologiczną. Przed każdą operacją konsultowano się z anestazjologiem. Stosowano farmakoterapię odpowiednią do stanu pacjenta, w tym również antybiotykoterapię, którą wdrożono już w dniu 7 maja 2013 r., a następnie modyfikowano w oparciu o wyniki posiewów. Krótki okres między zabiegowy oraz konieczność zapewnienia ciągłości pracy przewodu pokarmowego, były wskazaniem do zastosowania żywienia pozajelitowego. Dnia 11 maja 2013 r. pacjenta zakwalifikowano do leczenia żywieniowego i założono wkłucie centralne. Nie było potrzeby wcześniejszego wprowadzenia tego typu żywienia, albowiem organizm pacjenta nie był wyniszczony, ani nie tracił on masy ciała. W czasie kolejnych dni pobytu stan pacjenta był stabilny, nie gorączkował, nie zgłaszał również dolegliwości bólowych. W trakcie badań jego brzuch był miękki, a perystaltyka prawidłowa. Cały czas monitorowano jego poziom glukozy we krwi i parametry ciśnienia tętniczego ze względu na współistniejące u pacjenta schorzenia internistyczne. W

przypadku cukrzycy insulinozależnej na jaką cierpiał Z. K. (1) nie było wskazań do zastosowania określonego sposobu podania insuliny. Natomiast poziom glukozy we jego krwi był cały czas podwyższony pomimo stosowania intensywnej terapii przez pompę insulinową. Worek stomijny odbierał treść jelitową. Kontynuowano antybiotykoterapię oraz żywienie pozajelitowe. Nie było konieczności podawania krwi. Każdorazowo przed wejściem na blok operacyjny z Z. K. (1) stosowano procedurę sterylizacji sali, ze względu na obecność bakterii E. coli (...). Nie stosowano na jego ranę opatrunku vacuum, albowiem nie było go na wyposażeniu. Nie stosowano również kamizelek chroniących przed rozejściem się ran pooperacyjnych powłok brzusznych.

Przed zabiegiem kolonoskopii oraz każdą z przeprowadzonych operacji w (...)pacjent podpisywał świadomą zgodę za ich wykonanie, przy czym został poinformowany o ich przebiegu, konsekwencjach i możliwych powikłaniach.

Z dalszych ustaleń Sądu I instancji wynikało, że pacjent zarówno podczas badania kolonoskopii, jak również podczas każdej z operacji, znajdował się w tzw. „dużej grupie ryzyka”, był bowiem wieloletnim cukrzykiem typu II, chorował na neuropatię cukrzycową, hiperlipamię, nadciśnienie tętnicze, miał wadę zastawkową serca, był otyły, miał zmiany nowotworowe w jelicie grubym oraz był osobą starszą – 76-letnią.

Na skutek zawiadomienia złożonego przez syna zmarłego – P. K. (2) Prokurator Prokuratury Rejonowej w Giżycku w dniu 5 lipca 2013 r. pod sygn. I Ds. 573/15 wszczął śledztwo w sprawie zaistniałego w okresie od 6 maja 2013 r. do dnia 18 maja 2013 r. G. narażenia Z. K. (1) przez lekarzy i personel medyczny (...)na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, poprzez nieudzielenie właściwej opieki medycznej, w szczególności niezgodne ze sztuką medyczną wykonanie zabiegów operacyjnych, na skutek czego Z. K. (2) zmarł w dniu (...) tj. o przestępstwo określone w art. 160 § 2 k.k. w zb. z art. 155 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k. Wobec braku znamion czynu zabronionego Prokurator Prokuratury Rejonowej w Giżycku postanowieniem z dnia 15 grudnia 2015 r. na podstawie art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k. umorzył je. Powyższe postanowienie zaskarżył pokrzywdzony P. K. (2) i pełnomocnik pokrzywdzonej H. K. adw. A. U.. Uznając, że oba zażalenia są niezasadne Sąd Rejonowy w Kętrzynie w sprawie II Kp 85/16 wydał postanowienie, w którym nie uwzględnił ich oraz utrzymał w mocy postanowienie z dnia 15 grudnia 2015 r. o umorzeniu śledztwa w sprawie I Ds. 573/15.

W maju 2013 r. (...) S.A. w W. łączyła ze (...)z siedzibą w G. umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej zawarta na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej stwierdzona polisą nr (...).

Powodowie dokonali zgłoszenia szkody pismem z dnia 16 maja 2016 r. Na żądanie ubezpieczyciela, po sprecyzowaniu i udokumentowaniu roszczenia, które sprowadzało się do dołączenia kserokopii dokumentacji medycznej zmarłego Z. K. (1), pozwany wszczął postępowanie likwidacyjne. Ostatecznie pismem z dnia 4 lipca 2016 r. pozwany poinformował powodów, że nie znajduje podstaw do przyjęcia odpowiedzialności cywilnej po stronie ubezpieczonego, a w konsekwencji ubezpieczyciela.

Z. K. (1) był doktorem nauk weterynaryjnych. Mimo swojego wieku – 76 lat, nadal był aktywny zawodowo. Prowadził prywatną praktykę weterynaryjną oraz nadzór weterynaryjny nad rzeźnią. Mimo, że jeden z synów – P. K. (3) był już dorosły, miał własną rodzinę – żonę i dziecko, z powodu jego złego stanu zdrowia (schizofrenia i depresja dwubiegunowa), od około 10 lat wspierał go finansowo. Przeważnie przekazywał mu raz w miesiącu kwotę ok 1.000 zł, ewentualne inne drobne kwoty na jego osobistą prośbę.

Powód P. K. (1) w dalszym ciągu nie pracuje, utrzymuje się z renty socjalnej w wysokości 640 zł z tytułu umiarkowanego stopnia niepełnosprawności. Nadal jest leczony w zakresie schizofrenii i depresji dwubiegunowej. Po orzeczeniu rozwodu z żoną, na mocy postanowienia Sądu zobowiązany jest ponosić koszty utrzymania syna w wysokości 400 zł. Poza tym ponosi koszty „życia”, jak inni ludzie. Obecnie mieszka wraz z matką. Otrzymuje od niej co miesiąc kwotę 200 zł.

W tak ustalonym stanie faktycznym, Sąd Okręgowy uznał powództwo za niezasadne. Podkreślił, że w sprawie podstawę prawną odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego jako ubezpieczyciela Szpitala stanowi art. 822 k.c. i zaznaczył, że do odpowiedzialności świadczeniodawcy usług z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego stosuje się reżim kontraktowy. Zauważył następnie, że umowa o świadczenie usług medycznych jest umową starannego działania, nie zaś umową rezultatu, co oznacza, że lekarzowi wykonującemu zabieg, czy stosującemu terapię leczniczą, nie można przypisać odpowiedzialności za brak osiągnięcia wyniku w postaci wyleczenia choroby, zlikwidowania dolegliwości bólowych, czy też poprawy stanu estetycznego. Sąd Okręgowy wskazał też, że odpowiedzialność kontraktowa po stronie dłużnika powstanie, jeżeli spełnione zostaną łącznie przesłanki w postaci: niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania umownego; szkody majątkowej wierzyciela, obejmującej rzeczywiście poniesioną stratę (*damnum emergens*) oraz utraconych korzyści (*lucrum cessans*); istnienia związku przyczynowego między niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem zobowiązania umownego a szkodą wierzyciela (rozumianego jako normalne następstwo działania lub zaniechania, z którego szkoda wynika), po czym wyjaśnił, że to na placówce medycznej ciążył obowiązek wykazania należytego wykonania umowy, tj. że swoje obowiązki wykonała z należytą starannością.

Po omówieniu konstrukcji winy o charakterze diagnostycznym i terapeutycznym, Sąd Okręgowy oceniał czy uszkodzenie jelita Z. K. (1) w wyniku przeprowadzonego badania kolonoskopii było zawinione i czy dalsze procedury medyczne stosowane wobec pacjenta były prawidłowe. W tej mierze za wiarygodne uznał przede wszystkim zeznania świadka P. W., lekarza, który w dniu 7 maja 2013 r. dokonywał przedmiotowego zabiegu. Wskazał, iż świadek ten podkreślił, że podczas wykonywania zabiegu, w odbytnicy badanego ujawniła się duża zmiana polipowo-guzowata, wypełniająca całe światło jelita. Uznając, że jest on zmianą nowotworową oraz znajduje się w tzw. bezpiecznej części jelita, postanowił ją usunąć. Dalej świadek opisał cały zabieg oraz wskazał, że dopiero po jego przeprowadzeniu i wyjęciu polipa na zewnątrz okazało się, że wyrastał on z granicy połączenia odbytnicy z esicą, czyli miejsca gdzie może nastąpić perforacja. Usunięcie polipa spowodowało przedziurawienie przewodu esico-odbytniczego i powstanie na ścianie jelita dużego otworu rzędu 2-2,5cm. Świadek zeznał następnie, że od razu o podejrzeniach perforacji jelita zawiadomił lekarza Oddziału Wewnętrznego oraz samego pacjenta. Wypowiedzi wymienionego Sąd Okręgowy uznał za wyważone, konkretne, rzeczowe i szczegółowe, a także znajdujące odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej oraz opinii biegłych, pozytywnie odnoszącej się do reakcji lekarza na podejrzenie powstania perforacji.

Za wiarygodne uznał również zeznania świadka W. G. (1), J. C., J. P. i A. S. (1), oceniając ich zeznania za jasne, treściowo pokrywające się, a przy tym znajdujące odzwierciedlenie w opinii biegłych i dokumentacji medycznej. Przy dokonywaniu ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie, Sąd Okręgowy dał również wiarę zeznaniom świadków E. C. (lekarza internisty) oraz A. S. (2) (lekarza internisty, diabetologa), które podczas zeznań wskazały, że przeprowadzono z nimi konsultacje lekarską odnośnie leczenia Z. K. (1).

Za nieistotne dla rozstrzygnięcia sprawy Sąd Okręgowy uznał natomiast zeznania świadka M. B., lekarza szpitala w O., który podał, że nie przypomina sobie przypadku Z. K. (1) oraz nie wie czego dotyczy sprawa. Analogicznie Sąd ten ocenił także zeznania świadka P. K. (2) w zakresie, w jakim świadek wskazywał, że jego ojciec został przyjęty na oddział wewnętrzny, celem wykonania zabiegu w stanie ogólnym dobrym. Zdaniem Sądu Okręgowego, twierdzeniom tym przeczyła potrzeba diagnostyki w postaci zabiegu kolonoskopii w warunkach szpitalnych. Sąd miał też na uwadze, że świadek mógł nie posiadać pełnej wiedzy odnośnie rzeczywistego stanu zdrowia ojca. Z kolei zarzut niedopuszczalnego czasu oczekiwania na operację, podniesiony podczas zeznań, Sąd Okręgowy ocenił jako nietrafny w konfrontacji z powołanymi wyżej zeznaniami pozostałych świadków – lekarzy chirurgów i opinią biegłych. Tak samo ocenił próbę zakwestionowania prawidłowości podawanych antybiotyków, wskazując, iż w tej kwestii decydująca była opinia biegłych. Sąd Okręgowy zauważył też, że prawidłowość podawania Z. K. (3) antybiotyku potwierdzała dokumentacja medyczna, wypowiedzi lekarzy oraz opinie biegłych. Oceniając zaś kwestionowaną przez świadka dietę, żywienie i zbyt późne włączenie choremu jedzenia pozajelitowego, wskazując przy tym na jego osłabienie, Sąd Okręgowy uwzględnił, że mimo posiadania przez zeznającego syna zmarłego pokrewnego wykształcenia kierunkowego, nie jest on specjalistą w zakresie diabetologii (zmarły leczył się na cukrzycę). Nieprawidłowość tezy świadka co do niekonsultowania się lekarzy prowadzących chorego z lekarzami innych specjalności oraz niepoddawania chorego badaniom i należytej

obserwacji, zdaniem Sądu, wyjawiała treść kompletu dokumentacji medycznej, wskazania tam przeprowadzania kompleksowych badań, tj. badań podstawowych i badań dodatkowych określających stan jego zdrowia oraz opisu poszczególnych czynności lekarzy i pielęgniarek dokonywanych przy pacjencie.

Przy ocenie prawidłowości zastosowanych wobec Z. K. (1) przez personel medyczny pozwanego szpitala procedur leczniczych i diagnostycznych, Sąd Okręgowy posiłkował się wnioskami wynikającymi z opinii zespołu dwóch biegłych specjalistów z zakresu medycyny sądowej i chirurgii T. I. i P. M.. Posiłkowo, na wniosek pełnomocnika powodów, Sąd Okręgowy skorzystał też z opinii pisemnej i uzupełniającej opinii pisemnej zespołu trzech biegłych z Wydziału Lekarskiego Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej (...) im. P. we W. – B. Ś., P. S. i J. T., sporządzonej w toku prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie I Ds. 573/15, której wnioski okazały się zbieżne z opinią wydaną w niniejszej sprawie. Wskazał, że zarówno biegli, którzy zostali powołani w sprawie, jak również biegli powołani w sprawie prowadzonego postępowania przygotowawczego, w każdej ze swych opinii – czy to pisemnych, pisemnych uzupełniających, czy też ustnych uzupełniających stwierdzili, że cały proces diagnostyczno-leczniczy podczas pobytu pacjenta w(...) w G. był prawidłowy. Sąd Okręgowy opinię sporządzoną na piśmie i uzupełniająco na rozprawie, uznał za zasługującą w całości na uwzględnienie, argumentując, iż była ona przekonująca, jasna i spójna. Opinia pozostawała w korelacji z wnioskami wyciągniętymi przez zespół biegłych powołanych przez Prokuraturę. Dlatego też, Sąd Okręgowy oddalił wniosek powodów o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych, w tym w szczególności onkologa oraz świadka S. S.. Zaznaczył, że powołani w sprawie biegli wyjaśnili ostatecznie, że opinia onkologa nic by tu nie zmieniła.

Za spóźniony Sąd I instancji uznał zaś wniosek o dopuszczenie dowodu z zeznań świadka, który badał Z. K. (1) w początkowym okresie jego choroby, argumentując, iż powyższe należało zgłosić na początkowym etapie postępowania, a nie po ponad 3 latach jego prowadzenia. Wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych, w ocenie Sądu Okręgowego, był powoływany jedynie dla zwłoki i mógłby jedynie prowadzić do przewlekłości procesu. Pełnomocnik powodów nie wykazał przy tym, aby sporządzona przez biegłych opinia była wadliwa, bądź obciążona takimi brakami, które ją dyskwalifikują.

Mając więc na uwadze zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, w tym opinię biegłych lekarzy, Sąd Okręgowy stwierdził, że brak było podstaw do przypisania odpowiedzialności pozwanemu, uznając, iż strona pozwana wykazała, że lekarzom (...)nie można było przypisać zawinonego działania lub zaniechania, sprzecznego z zasadami sztuki i wiedzy lekarskiej, świadczącego o niezachowaniu przez nich należytej staranności, jakiej przeciętnie wymaga się od osób zawodowo zajmujących się leczeniem i diagnostyką osób chorych. Skoro zaś sama kwestia zasady odpowiedzialności pozwanego upadła, za zbędne Sąd I instancji uznał odnoszenie się do zasadności żądania wysokości zadośćuczynienia, odszkodowania oraz renty.

Z uwagi na ocenę sytuacji majątkowej powodów dokonaną podczas orzekania o zwolnieniu ich od kosztów sądowych, jak również subiektywne przeświadczenie o zasadności wytoczonego powództwa, uznając, że w niniejszej sprawie zachodzi wypadek szczególnie uzasadniony, na podstawie art. 102 k.p.c., Sąd Okręgowy nie obciążył powodów kosztami procesu na rzecz strony pozwanej.

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego w Olsztynie z dnia 24 lipca 2018r. wywiedli powodowie H. K. i P. K. (1), zaskarżając powyższy wyrok w części oddalającej powództwo. Zaskarżonemu wyrokowi zarzucili:

1) ***błąd w ustaleniach faktycznych, polegający na stwierdzeniu, że przyjęcie zmarłego Z. K. (1) do (...) (obecnie w restrukturyzacji) miało miejsce z powodu krwawienia z odbytu, podczas gdy faktycznie nastąpiło ono w celach diagnostycznych, a krwawienie, o którym pisze Sąd Okręgowy w uzasadnieniu wyroku nie miało miejsca w dniu zgłoszenia się pacjenta do wymienionej placówki, ani w dacie badania; nie stwierdzono go w dokumentacji medycznej, a okoliczność taka nie wynika również z treści zeznań świadków poza P. W., który wskazuje, że „zdaje [mu] się, iż istniało podejrzenie krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego”;***

2) **naruszenie przepisów postępowania, mające istotny wpływ na wynik sprawy, to jest:**

a) **art. 286 k.p.c. w zw. z art. 217 § 1 k.p.c. i art. 162 k.p.c. poprzez bezpodstawne oddalenie wniosków dowodowych o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii innego zespołu biegłych sądowych z zakresu medycyny sądowej i chirurgii oraz lekarzy mikrobiologa, anestezjologa i chirurga onkologa, podczas gdy opinia pierwotna, uzupełniająca i przesłuchanie biegłych sądowych lekarzy P. M. i T. I. nie wyjaśniły okoliczności istotnych celem rozstrzygnięcia sprawy, nie dały odpowiedzi na liczne zastrzeżenia do opinii pierwotnej i uzupełniającej stawiane przez powodów (przy czym druga z nich przygotowywana była przez biegłych bez dostępu do akt sprawy, w tym dokumentacji medycznej zmarłego Z. K. (1)), a treść wyjaśnień dokonanych przez nich podczas rozprawy w dniu 10 lipca 2018 r. (w szczególności rozbieżności pomiędzy materiałem dowodowym, a stwierdzeniami biegłych; brak uzasadnienia tez, stawianych jako jednoznaczne i w ocenie biegłych niewątpliwe; uporczywe nieustosunkowanie się przez nich do wątpliwości podnoszonych przez powodów; pierwotne wskazywanie na konieczność dopuszczenia dowodu z opinii biegłego lekarza onkologa, z której następnie biegli się wycofali) stawia pod znakiem zapytania ich rzetelność oraz dokonanie całościowej i starannej analizy materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie,**

b) **art. 217 § 1 k.p.c. w zw. z art. 162 k.p.c. poprzez niezasadne oddalenie wniosku o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z zeznań świadka prof. dr hab. med. S. S., który wykonywał badanie histopatologiczne wycinka jelita grubego u zmarłego Z. K. (1), podczas gdy w świetle forsowanej przez biegłych w treści sporządzonych w niniejszej sprawie opinii tezy o zaawansowanej chorobie nowotworowej wymienionego pacjenta koniecznym stało się wyjaśnienie tej okoliczności, w tym przebiegu badania histopatologicznego i płynących z niego wniosków, w szczególności stadium wymienionej choroby oraz możliwości rozpoznania nowotworu przez lekarza operatora wykonującego kolonoskopię, czego ewentualna świadomość winna znaleźć odzwierciedlenie w procesie dalszego leczenia,**

c) **art. 233 § 1 k.p.c. poprzez:**

- **dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, prowadzącej do przyjęcia, że stan zmarłego Z. K. (1) przez cały czas pobytu w (...) ulegał poprawie, co jest nielogiczne w świetle okoliczności, iż pacjent zmarł; przy czym u pacjenta podczas jego przyjęcia do (...) w O. stwierdzono rozlane zapalenie otrzewnej i szereg innych objawów świadczących o jego krytycznym stanie (co nie znajduje odzwierciedlenia w dokumentacji medycznej (...)) które nie mogły wystąpić w ciągu zaledwie kilkudziesięciu minut jego transportu helikoptrem,**
- **dokonanie sprzecznej z zasadami logiki i doświadczenia życiowego oceny zeznań świadka lekarza P. W., a nadto pominięcie, pomimo dania im wiary w całości, wskazywania przez niego, iż „jest [on] przyczyną tego nieszczęścia” wynikało ze świadomości niezachowania należytej staranności; nadto lekarz ten wielokrotnie wskazywał w swoich zeznaniach, że gdyby wiedział, iż guz usytuowany jest w esicy, to nie podjąłby się próby jego odcięcia, czemu Sąd Okręgowy również nie nadał odpowiedniego znaczenia,**
- **pominięcie, że z treści zeznań świadka lekarza A. S. (1) (protokół rozprawy SR w Giżycku z dnia 18.11.2016 r. s. 7) wynika, iż kiedy pełnił on dyżur w (...) w dniu przeniesienia zmarłego Z. K. (1) do(...) w O., „nie podobało [mu] się coś z tym brzuchem, zaczęła się tkliwość w miejscu, gdzie nie powinno boleć. Pacjent zrobił się «szybszy», niespokojny, miał przyspieszone tętno”; przy czym świadek ten - będący wszak doświadczonego lekarzem - zeznał również, że „objawy zapalenia otrzewnej i martwicy stomii oraz rozejścia zespolenia nie pojawiają się nagle, na to trzeba kilka, kilkanaście godzin”,**

- pominięcie, że z treści zeznań świadka lekarza chirurga W. G. (2), ordynatora Oddziału (...) (...) który przeprowadzał u zmarłego Z. K. (1) resekcję jelita wynika, że od perforacji do operacji nie powinno upłynąć więcej niż 6 godzin (protokół przesłuchania z dnia 15.11.2016 r. s. 3), gdy tymczasem biegli sądowi P. M. i T. I. wskazywali, że operacji tego rodzaju pacjent winien zostać poddany w ciągu 6-12 godzin; treść przytoczonych zeznań, biorąc od uwagę, że zostały one złożone przez lekarza chirurga operatora, z wieloletnim doświadczeniem zawodowym, kierującego oddziałem chirurgii ogólnej, stawia pod wątpliwość rzetelność opinii biegłych sądowych dopuszczonej w niniejszej sprawie i rodzi pytanie o to, jaki naprawdę - biorąc pod uwagę przypadek tego konkretnego pacjenta i okoliczności, w których doszło do perforacji - winien być czas reakcji na to zdarzenie i czy upływ czasu do momentu rozpoczęcia operacji miał znaczenie dla dalszego przebiegu procesu leczenia; okoliczność ta nie została dostatecznie wyjaśniona, wobec czego zasadnym było dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii innego zespołu biegłych.

Wskazując na tak sformułowane zarzuty, powodowie wniesli o zmianę wyroku Sądu Okręgowego w zaskarżonej części i zasądzenie od pozwanego Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych S.A. w W. na rzecz powódki H. K. kwoty 150.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia wymagalności roszczenia do dnia zapłaty oraz na rzecz P. K. (1) kwoty 150.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia wymagalności roszczenia do dnia zapłaty i kwoty 1.000 zł miesięcznie, płatnej do 10-go dnia każdego miesiąca z góry, wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w przypadku uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat, płatnej od dnia wymagalności roszczenia, a także o zasądzenie od pozwanego na rzecz powodów zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa prawnego za obie instancje według norm przepisanych, o ile nie zostanie przedłożony spis kosztów.

Domagali się również: dopuszczenia i przeprowadzenia dowodu z zeznań świadka prof. dr hab. med. S. S., na okoliczność przebiegu procesu leczenia zmarłego Z. K. (1), w szczególności badania histopatologicznego jelita grubego przeprowadzonego na zlecenie (...) przez wymienionego świadka jako diagnozującego w (...)z(...)w E.; dopuszczenia i przeprowadzenia dowodu z opinii innego zespołu biegłych sądowych z zakresu medycyny sądowej i chirurgii oraz lekarzy mikrobiologa, anestezyjologa i chirurga onkologa; zwrócenia się do (...) o nadesłanie skierowania otrzymanego ze(...)wraz z materiałem do badania pochodzącym od pacjenta Z. K. (1), ewentualnie udzielenie informacji, czy na tym dokumencie lub innych posiadanych przez wymienione laboratorium wskazano miejsce pobrania posiewu do badania.

W piśmie procesowym, stanowiącym uzupełnienie apelacji, powodowie zarzucili ponadto naruszenie przepisów postępowania, mające istotny wpływ na wynik sprawy również w zakresie przepisu art. 299 k.p.c. w zw. z art. 217 § 1 k.p.c. i art. 162 k.p.c. poprzez bezpodstawne oddalenie wniosku dowodowego o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z przesłuchania powodów, podczas gdy w sprawie pozostały niewyjaśnione fakty istotne dla rozstrzygnięcia sprawy, dotyczące przebiegu procesu leczenia zmarłego Z. K. (1) w (...) wydarzeń mających miejsce w czasie pomiędzy perforacją jelita, a pierwszą operacją, dolegliwości zgłaszanych przez zmarłego Z. K. (1) w toku procesu leczenia, działań podejmowanych przez personel medyczny (...) wątpliwości i zastrzeżeń co do przebiegu leczenia zgłaszanych zarówno przez samego zmarłego Z. K. (1), jak i członków jego rodziny, sytuacji życiowej i materialnej H. K. i P. K. (1) oraz jej pogorszenia w związku ze śmiercią Z. K. (1).

Wskazując na powyższe, powodowie wniesli o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z przesłuchania powodów w charakterze strony postępowania; ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

W odpowiedzi pozwany wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie od powodów na jego rzecz kosztów procesu za II instancję, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

SĄD APELACYJNY USTALIŁ I ZWAŻYŁ, CO NASTĘPUJE:

Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie.

Sąd Apelacyjny za prawidłowe uznał ustalenia faktyczne Sądu I instancji, czyniąc je również podstawą własnego rozstrzygnięcia. W wyniku niewadliwie, a przy tym skrupulatnie przeprowadzonego postępowania dowodowego, Sąd Okręgowy ustalił wszystkie istotne dla rozstrzygnięcia sporu okoliczności, które znajdowały odzwierciedlenie w materiale spawy. Z niewadliwych ustaleń Sądu Okręgowego wynikało, że w trakcie przeprowadzania kolonoskopii u Z. K. (1) doszło do uszkodzenia jelita grubego, jego perforacji przez co niezbędne okazało się podjęcie zabiegów naprawczych oraz antybiotykoterapii. Dokonując ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie, Sąd Okręgowy podzielił wnioski zawarte w przeprowadzonej w sprawie opinii biegłych. W ocenie Sądu Apelacyjnego, złożone opinie nie budzą wątpliwości, co do poprawności wywiedzionych w nich wniosków. W ich ocenie, uszkodzenie jelita grubego nie jest wynikiem zaniedbania, czy nienależytej staranności, a tym bardziej błędu lekarskiego. Stanowi ono jedno z możliwych powikłań, które dodatkowo było trudne do przewidzenia. Również kolejne zabiegi tj. operacje naprawcze zostały przeprowadzone prawidłowo. Co więcej, u powoda wystąpiło szereg czynników ryzyka, jak: wiek, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroba nowotworowa.

Odnosząc się do poszczególnych zarzutów zaprezentowanych w apelacji powodów, wskazać należy, iż niesłusznie zarzucają skarżący jakoby Sąd I instancji dopuścić się miał popełnienia błędu w ustaleniach faktycznych, ustalając, że przyjęcie Z. K. (1) do (...)w G. miało miejsce z powodu krwawienia z odbytu. Rzecz bowiem w tym, iż informacja o istnieniu takiej dolegliwości w dniu przyjęcia Z. K. (1) do niniejszej placówki medycznej, wprost wynika ze złożonej do akt niniejszej sprawy dokumentacji medycznej zmarłego (k. 107, 120).

Chybiony okazał się także zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Wymaga bowiem podkreślenia, iż zgodnie z ugruntowanym już stanowiskiem orzecznictwem, dla skutecznego postawienia zarzutu naruszenia powołanej normy prawnej nie jest wystarczające przekonanie strony o innej niż przyjął to sąd, wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu. Konieczne jest wykazanie, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, gdyż tylko takie uchybienie może być przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Jeżeli zaś z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawało się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami, lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej, albo wbrew zasadom doświadczenia życiowego nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo – skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 września 2002 r., IV CKN 1316/00; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2000 r., I CKN 1169/99).

W niniejszej sprawie apelujący takiego wyводу jednak nie przedstawili, ograniczając się w zasadzie do zaprezentowania własnej, subiektywnej oceny faktów ustalonych przez Sąd I instancji. Generalnie zarzuty w tym zakresie sprowadzają się do forsowania korzystnej dla powodów oceny stanu faktycznego, zmierzającej do wykazania, iż personel medyczny (...)w G. przeprowadził wobec Z. K. (1) zarówno zabieg kolonoskopii, jak i kolejne zabiegi operacyjne z naruszeniem zasad sztuki medycznej. Powodowie, w ramach niniejszego zarzutu – poza kwestionowaniem dokonanej przez Sąd Okręgowy oceny zeznań przesłuchanych w sprawie świadków w osobach: P. W., A. S. (1) oraz W. G. (2) – kwestionowali również wartość dowodową opinii biegłych sądowych z zakresu medycyny sądowej P. M. i T. I.. Wbrew jednak odmiennym wywodom skarżących, uwypuklony w apelacji fragment zeznań świadka W. G. (2), nie podważa rzetelności złożonej przez biegłych sądowych opinii. Oczywistym jest bowiem, że ocena prawidłowości postępowania personelu medycznego (...) placówki medycznej, w tym także ustalenie dopuszczalnych ram czasowych, w których przeprowadzona winna zostać operacja wywołana wystąpieniem u Z. K. (1) perforacji,

wymagała wiedzy specjalnej, a zatem dopuszczenia dowodu z opinii biegłego sądowego. Mimo jednak posiadania wieloletniego doświadczenia i praktyki lekarskiej, dowód z zeznań niniejszego świadka nie posiada waloru dowodu z takiej opinii, a zatem nie mógł stanowić wymaganego w sprawie źródła wiedzy specjalnej.

Sąd I instancji prawidłowo ocenił także zeznania pozostałych, powołanych w złożonym środku odwoławczym świadków w osobach P. W. i A. S. (1). Trafnie dał im wiarę wskazując, iż zeznania te korespondowały z pozostałym zebrany w sprawie materiałem dowodowym. Oceny tej z pewnością nie podważa natomiast zapatrywanie apelacji jakoby stwierdzenie przez świadka P. W., iż „jest przyczyną tego nieszczęścia” miało wynikać ze świadomości niezachowania przez lekarza należytej staranności. Prawdą jest, że świadek ten posłużył się takim sformułowaniem, niemniej nie może ująć uwadze, że wskazał on następnie, iż zdarzenie to nie mogło być jego błędem (protokół rozprawy z dnia 15 listopada 2016 r., k. 741). Emocjonalna wypowiedź świadka P. W. nie powinna być rozpatrywana w kategoriach „przyznania się do winy”. Oczywistym jest bowiem, że niepowodzenie przeprowadzonego przez świadka zabiegu mogło powodować po jego stronie poczucie winy. Okoliczność ta sama w sobie nie może jednak przesądzać – jak chcą tego powodowie – o niezachowaniu przez lekarza należytej staranności.

Podobnie, z uwypuklonych przez powodów w apelacji fragmentów wypowiedzi świadka A. S. (1) nie sposób wywodzić wadliwego postępowania personelu medycznego (...)w G. wobec zmarłego Z. K. (1). Fakt, iż świadek ten zeznał, że kiedy badał Z. K. (1) dostrzegł pewne nieprawidłowości nie przesądza jeszcze o tym, że po stronie niniejszej placówki medycznej doszło do zarzucanych przez skarżących zaniedbań. Przeciwnie, analizując całą wypowiedź świadka A. S. (1) wnioskować należy, że postępowanie medyczne wobec Z. K. (1) było prawidłowe. Po pierwsze, treść zeznań owego świadka jednoznacznie wskazuje, iż świadek ten swoje wątpliwości co do stanu zdrowia Z. K. (1) zgłosił samemu pacjentowi, który jednak odmówił zgody na przeprowadzenie dalszego leczenia, w tym operacyjnego. Po wtóre, stan zdrowia Z. K. (1) mógł dawać podstawę do takich podejrzeń. Uwadze ująć bowiem nie może, że Z. K. (1) przeszedł w nieodległym czasie inwazyjne zabiegi medyczne, a przy tym znajdował się w tzw. dużej grupie ryzyka, wywołanego nie tylko chorobą nowotworową, ale też nadciśnieniem tętniczym, otyłością, zaawansowanym wiekiem oraz przede wszystkim – cukrzycą typu II.

Reasumując, wbrew odmiennej ocenie apelujących, Sąd Okręgowy nie uchybił rygorom art. 233 § 1 k.p.c., co do sposobu gromadzenia i oceny materiału dowodowego. W złożonej apelacji nie zostały zaś wskazane tego rodzaju okoliczności, które mogłyby stanowić przejaw nielogiczności czy też dowolności w ocenie dowodów przez Sąd I instancji. Niniejszy zarzut można zatem odczytać jedynie jako próbę polemiki skarżących z niewadliwymi ustaleniami tego Sądu.

Nie mają też racji powodowie zarzucając naruszenie art. 286 k.p.c. w zw. z art. 217 § 1 k.p.c. i art. 162 k.p.c. poprzez oddalenie wniosków dowodowych o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii innego zespołu biegłych sądowych z zakresu medycyny sądowej i chirurgii oraz lekarzy mikrobiologa, anestezjologa i chirurga onkologa. Same tylko niezadowolające powodów konkluzje, płynące ze sporządzonych w sprawie opinii biegłych sądowych z zakresu medycyny sądowej P. M. i T. I., nie mogą však stanowić podstawy do przewlekania postępowania. Zwrócić należy uwagę, że stosownie do art. 286 k.p.c. sąd może zażądać dodatkowej opinii od innych biegłych jedynie w razie potrzeby, przy czym zgodnie z ugruntowanym już stanowiskiem judykatury, potrzeba powołania kolejnego dowodu z opinii biegłego tożsamej specjalności nie może być wynikiem jedynie niezadowolenia strony z dotychczasowej opinii. Gdyby bowiem przyjąć stanowisko odmienne, sąd byłby zobligowany do uwzględniania kolejnych wniosków strony aż do momentu złożenia opinii w pełni ją satysfakcjonującej, co jest niedopuszczalne (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 639/99). Potrzeba zażądania dodatkowej opinii winna wynikać natomiast z tego, że złożona w sprawie opinia jest niezupełna lub niejasna. Okoliczność taka nie miała jednak miejsca na gruncie niniejszej sprawy. Sporządzone w sprawie opinie, na podstawie których Sąd Okręgowy ustalił poprawność postępowania medycznego wobec Z. K. (1), wyjaśniły však wszystkie okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia sporu. Podkreślenia bowiem wymaga, że opinia biegłych M. i I. jest prawidłowa, zwieńczona kategorycznymi wnioskami. Sąd Apelacyjny nie znajduje żadnych podstaw do podważenia konstatacji biegłych w niniejszej sprawie, tym bardziej iż są one zbieżne z

wnioskami opinii opracowanej w sprawie karnej dotyczącej zarzutu narażenia przez pracowników(...) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia bądź ciężkiego uszczerbku na zdrowiu - przez zespół innych biegłych z (...) we W..

W ocenie Sądu Apelacyjnego, sformułowane w apelacji zarzuty i twierdzenia podważające miarodajność przedmiotowej opinii nie mogą zatem przynieść oczekiwanego przez skarżących rezultatu. Nie sposób nie dostrzec, że w zasadzie stanowią one powtórzenie uprzednio zgłoszonych zastrzeżeń, do których biegli odnieśli się już w opiniach uzupełniających.

W przekonaniu Sądu Apelacyjnego, w wywodach apelacji nie zostały wskazane tego rodzaju okoliczności, które mogłyby stanowić przejaw nielogiczności, czy dowolności w stanowisku zajęтым przez biegłych co do przestrzegania właściwych procedur przez lekarzy zajmujących się Z. K. (1).

Powołani tak w sprawie niniejszej, jak i w sprawie prowadzonego postępowania przygotowawczego biegli sądowi, jednoznacznie stwierdzili, że cały proces diagnostyczno-leczniczy stosowany wobec Z. K. (1) w(...) w G. był prawidłowy, a przy tym nie noszący cech zaniedbania, czy braku staranności. Powodowie, kwestionując złożone w sprawie opinie w wywiedzionych zastrzeżeniach, nie przedstawili zaś argumentów osłabiających ich wymowę. Dodać także należy, że wbrew odmiennym sugestiom apelujących, zarówno opinia zasadnicza, jak i obie opinie uzupełniające (pisemna i ustna) sporządzone przez biegłych z zakresu medycyny sądowej P. M. i T. I. odnoszą się do zarzutów podnoszonych przez stronę powodową i czynią to prawidłowo. Nie sposób zatem uznać, aby istotne dla sprawy zagadnienia nie zostały w sposób dostateczny wyjaśnione. Z tych względów również i Sąd Odwoławczy nie znalazł podstaw do dopuszczenia dowodu z opinii innych biegłych sądowych.

Oczekiwanego przez powodów skutku nie mogły też odnieść wywody apelacji odnośnie naruszenia przez Sąd Okręgowy art. 217 § 1 k.p.c. w zw. z art. 162 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku o przeprowadzenie dowodu z zeznań powodów oraz świadka profesora S. S. na okoliczność przeprowadzenia u Z. K. (1) badania histopatologicznego i płynących z niego wniosków, w szczególności co do stadium choroby oraz możliwości rozpoznania nowotworu przez lekarza wykonującego kolonoskopię. Trafnie zważył Sąd I instancji, że dowód z zeznań zawnioskowanego przez stronę skarżącą świadka był spóźniony, albowiem powodowie winni byli zgłosić przedmiotowy wniosek już we wstępnej fazie procesu, czego jednak nie uczynili. Trzeba też podkreślić, że w świetle art. 258 k.p.c. rolą świadków jest podawanie faktów, nie zaś – jak chcą tego skarżący – wygłaszanie fachowych opinii. Ze sformułowanej przez apelujących tezy dowodowej wynika natomiast, iż świadek w osobie S. S. miałby de facto złożyć nową opinię w sprawie, zmierzającą do podważenia wniosków wynikających ze sporządzonych dotychczas opinii biegłych lekarzy sądowych. Taka forma dowodzenia jest jednak niedopuszczalna na gruncie obowiązującej procedury cywilnej. Niewątpliwym jest bowiem, że ustawodawca wobec świadka i biegłego sądowego w postępowaniu dowodowym przewidział zgoła odmienne funkcje. Otóż, rzeczą świadka jest jedynie komunikowanie jego spostrzeżeń o faktach, zaś rolą biegłego jest dokonanie oceny tych faktów. Powodowie nie mogą zatem skutecznie zwalczać dowodu z opinii biegłych, dowodem z zeznań świadka, jakkolwiek posiadającego wiedzę medyczną, czy też zeznaniami złożonymi w charakterze strony.. Z tych przyczyn, Sąd Apelacyjny nie uwzględnił także zgłoszonego w apelacji wniosku o przeprowadzenie dowodu z zeznań świadka S. S..

Sąd Odwoławczy oddalił także wniosek o przesłuchanie powodów w charakterze strony, albowiem dowód ten nie mógł mieć znaczenia w sprawie, skoro jej meritum sprowadzało się w istocie do oceny czy postępowanie personelu medycznego(...) w G. było zgodne ze wskazaniami sztuki lekarskiej, które to zagadnienie mogło zostać wyjaśnione wyłącznie przy wykorzystaniu wiadomości specjalnych biegłego. Traktując o tej problematyce opinie biegłych sądowych nie mogły być więc przeciwstawiane ferowanej przez stronę powodową odmiennej ocenie wynikających z tych opinii wniosków.

W tym stanie rzeczy, nie znajdując podstaw do postulowanej modyfikacji zaskarżonego wyroku, Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 385 k.p.c., oddalił apelację powodów.

Zważywszy na szczególne okoliczności sprawy, które usprawiedliwiały subiektywne przekonanie skarżących o zasadności powództwa, a także trudne położenie majątkowe i życiowe powodów, zwłaszcza powoda dotkniętego poważnym schorzeniem psychicznym ograniczającym jego możliwości zarobkowe - na podstawie art. 102 k.p.c., Sąd

Apelacyjny za słuszne uznał odstąpienie od obciążania powoda P. K. (1) całością kosztów postępowania odwoławczego, zaś powódkę H. K. obciążył tymi kosztami jedynie w części, zasądzając od niej na rzecz pozwanego kwotę 500 zł.

K. J. M. G. W.