

Sygn. akt I ACa 76/13

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 grudnia 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Magdalena Pankowiec (spr.)
Sędziowie	:	SA Elżbieta Bieńkowska SA Jarosław Marek Kamiński
Protokolant	:	Urszula Westfal

po rozpoznaniu w dniu 17 grudnia 2013 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa **A. R.**

przeciwko (...) **Szpitalowi (...) w O.**

**o zapłatę**

na skutek apelacji obu stron

od wyroku Sądu Okręgowego w Olsztynie

z dnia 18 października 2012 r. sygn. akt I C 667/10

**I. zmienia zaskarżony wyrok:**

a) **w punkcie I w ten sposób, że zasądza od pozwanego (...) Szpitala (...) w O. na rzecz powoda A. R. 100.000 (sto tysięcy) zł z ustawowymi odsetkami od 7 czerwca 2010 r.;**

b) **w punkcie II w ten sposób, że zasądza od pozwanego na rzecz powoda 4.050 zł tytułem zwrotu kosztów procesu;**

c) **w punkcie III i IV w ten sposób, że nakazuje ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Olsztynie 5.215,17 zł brakujących kosztów sądowych;**

**II. oddala apelację pozwanego;**

**III. zasądza od pozwanego na rzecz powoda 3.200 zł tytułem zwrotu kosztów instancji odwoławczej;**

**IV. nakazuje ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Olsztynie 750 zł brakujących kosztów sądowych.**

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Okręgowy w Olsztynie zasądził od pozwanego (...) Szpitala (...) w O. na rzecz powoda A. R. 75.000 zł z dochodzonych 100.000 zł zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia 18 października 2012 r.; oddalił powództwo w pozostałym zakresie i rozstrzygnął o kosztach. Powyższy wyrok wydał na podstawie następujących ustaleń i oceny prawnej.

Powód dochodzi roszczenia w związku z wadliwym jego zdaniem leczeniem oczu, wykonanym przez pozwanego szpital. Ma aktualnie 59 lat, z zawodu jest kierowcą - mechanikiem. Pracował na stanowisku kierowcy autobusu MPK do lutego - marca 2009 r. W okresie od 14.05.1998 r. do 7.03.2001 r. jego stan oczu był zadawalający i pozwalał pracować na stanowisku kierowcy autobusu. Z dokumentacji medycznej z tego okresu wynika, że 30 grudnia 1997 r. prawe oko powoda doznało urazu, w wyniku czego podczas leczenia stwierdzono pourazowe podwichnięcie soczewki oka prawego z pourazową krótkowzrocznością tego oka, co wymagało korekcyjnej okularowej. Dodatkowo występowała hipotonia tego oka.

Powód leczył się i kontrolował stan oczu w przychodni. W lutym 2009 r. odmówiono mu wystawienia zaświadczenia o zdolności do pracy z uwagi na stan wzroku i od tego czasu był na zwolnieniu lekarskim. 7.08.2009 r. złożył wniosek o przyznanie renty. 29.09.2009 r. przyznano rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy. Korzysta z niej do chwili obecnej. W dokumentacji medycznej powoda z ZUS wynika, że z uwagi na prawidłową ostrość wzroku po korekcji, nie stwierdzono po wypadku z 1997 r. uszczerbku na zdrowiu.

W okresie od 6.08.2008 r. do 9.02.2009 r. stwierdzono pogorszenie widzenia okiem prawym – do 0,4 – 0,6, wysięk w komorze przedniej, wzrost tylny na godz. 5, obecność krwi w ciele szklistym i wylewy podsiatkówkowe. Oko lewe bez zmian. Po leczeniu (iniekcje okołogałkowe, krople przeciwzapalne, atropina), po okresie lekkiej poprawy, nastąpiło pogorszenie i 9.02.2009 r. skierowano powoda na leczenie do pozwanego (...) Szpitala (...) w O.. 9.04.2009r. zgłosił się do poradni pozwanego i został zakwalifikowany do operacji. Przebywał po raz pierwszy w tym szpitalu od 16.06.2009 r. do 26.06.2009 r. Wykonano operację: (...) + endofotokoagulację siatkówki + usunięcie błon nasiatkówkowych + endotamponadę SF6 oka prawego. Następnie w okresie leczenia w przychodni od 3.07.2009 r. do 17.08.2009 r. stwierdzono płaskie odwarstwienie siatkówki od 4.30 do 8.30, częściowo zabezpieczone barażem. W kolejnym badaniu 22.07.2009 r. stwierdzono dalsze powiększenie się odwarstwienia i powoda zakwalifikowano do ponownej witrektomii. W szpitalu stwierdzono: V. = poczucie światła z lokalizacją od skroni górnej i zmętnienie soczewki korowo-jądrowe. Dno oka – całkowite odwarstwienie siatkówki. 20.08.2009 r. wykonano zabieg operacyjny: (...) + endofotokoagulacja + tamponada powietrzem oka prawego. W okresie późniejszego leczenia stwierdzono całkowitą utratę widzenia okiem prawym, brak poczucia światła, gałkę zmierzającą do zaniku. Dodatkowo pojawiły się zmiany zakrzepowe w lewym oku.

Przesłuchany w sprawie świadek S. Z. - lekarz wykonujący oba zabiegi operacyjne - zeznał, że leczenie przebiegało źle. Po zabiegu wycięcia ciała szklistego z krwią w oku prawym był kontrolowany w poradni, stwierdzono lokalne odwarstwienie siatkówki w części górnej niewielkie i można je było zabezpieczyć laserem. Jednak powód się na zalecony zabieg nie zgłosił. Zgłosił się do kontroli po około miesiącu, kiedy siatkówka była całkowicie odwarstwiona i został skierowany na ponowny zabieg.

Z dokumentacji wynika, że według zaleceń poszpitalnych powód miał zgłosić się na badanie kontrolne w poradni p 3.07.2009 r. Stawił się na badanie kontrolne. Stwierdzono płaskie odwarstwienie siatkówki i mały pęcherzyk. Znajduje się tam również zapis, że leczenie utrzymano - 10.07. kontrola + laser. Stawił się na następne badanie kontrolne 22.07.2009 r. - ustalono termin kolejnej operacji - z uwagi na powiększenie się odwarstwienia. W tym kontekście ocenił, że zeznania świadka do końca nie potwierdzają stan wynikający z dokumentów.

Sąd podzielił opinię biegłego lekarza okulisty, uznając ją za przekonującą, albowiem popartą wszechstronną wiedzą i doświadczeniem biegłego, jak również i jego dorobkiem naukowym. W opinii tej biegły wyszczególnił jakie ma zastrzeżenia do przebiegu leczenia powoda w pozwanym szpitalu.

Odnośnie okresu leczenia od 16.06.2009r. do 26.06.2009r. miał następujące uwagi :

- brak badania USG gałki ocznej przed operacją, które to badanie jest w ocenie biegłego niezbędne przed takim zabiegiem,
- brak panfunduskopii oka prawego z opisem zmian w siatkówce. Biegły wskazał bowiem, że nie przekonuje go opis „... szczegóły dna oka nie do oceny ...” przy ostrości V. = 0,4,
- brak planu leczenia – dlaczego zdecydowano się na witrektomię?,
- brak dokładnego opisu zabiegu, jedynie „przebieg śródoperacyjny bez powikłań”.

Podobne uwagi przedstawił odnośnie okresu leczenia od 18.08.2009 r. do 27.08.2009 r. Wskazał również, że dokumentacja dotycząca leczenia powoda jest niepełna, jej uzupełnienie pozwoliłoby wydać pełniejszą opinię. Jednak po dostarczeniu oryginalnej dokumentacji medycznej nie zmienił wniosków. Jednocześnie podał, że w dokumentacji brakuje niektórych badań, jego zdaniem niezbędnych przed kwalifikacją powoda do dużej operacji okulistycznej. Dodatkowo zaopiniował, że rozpoznanie - wylew krwi do ciała szklanego oka - zostało postawione w oparciu o podstawowe badanie okulistyczne, bez potwierdzenia badaniem usg i panfunduskopią ze zdjęciem. Powód przy przyjęciu do szpitala widział stosunkowo dobrze, co wskazuje, że wylew krwi do ciała szklanego był niewielki i rokował dobrze co do samoistnej resorpcji. Niewielkie wylewy krwi do ciała szklanego leczą się przede wszystkim zachowawczo z obserwacją chorego. Podniósł również, że brak w dokumentacji badań obrazowych uniemożliwia obiektywną ocenę lokalizacji błon nasiatkówkowych w oku. Z reguły małe błony obwodowe - a takie przypuszczalnie występowały u powoda (wskazuje na to dobre widzenie centralne, bez zniekształceń obrazu) obserwuje się i wkracza chirurgicznie dopiero wtedy, gdy dają większe zaburzenia widzenia. Ryzyko wystąpienia powikłania po operacji w wypadku oka pourazowego wzrasta i powikłanie to może doprowadzić do utraty widzenia i zaniku gałki ocznej. Ryzyko uszkodzenia i odwarstwienia siatkówki przy zabiegu witrektomii przez „ pars plana” zawsze istnieje. Jednak przy oku „zdrowym” jest stosunkowo niewielkie i wynosi 0,05%-0,3 %, przy oku pourazowym znacząco wzrasta 2-8%.

W konsekwencji Sąd ocenił, iż powód nie może być obciążany wynikłymi w trakcie operacji komplikacjami, których można było uniknąć przy dołożeniu należytej staranności. Nie podzielił tym samym przeciwstawnej tezy pozwanego, iż nie można mu przypisać odpowiedzialności za konsekwencje wynikłe z przedwczesnej albo nazbyt pochopnej kwalifikacji powoda do zabiegów.

Wskazał, że zgodnie art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity: Dz. U. 2007 r. Nr 14 poz. 89) - w wersji obowiązującej do dnia 5.06.2009 r. - pacjent ma prawo m.in. do świadczeń zdrowotnych, obejmujących badanie i poradę lekarską, odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej. Po tej dacie odpowiedzialność pozwanego wynika z przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j. Dz. U. z 2012 r., nr 159) – art. 6 ust. 1 aktualnie brzmi: pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Według art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity: Dz. U. 2008 r. Nr 136 poz. 857) lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością.

Nie zgodził się z tezą świadka - lekarza przeprowadzającego dwukrotnie operację powoda, że niepowodzenie leczenia spowodowane było tym, że oko było pourazowe, a pacjent dopuścił się zaniedbań - nie zgłosił na badanie. Odwołał się do opinii biegłego, wskazując na jego wysokie kwalifikacje i doświadczenie praktyczne. Tenże przytoczył ewidentne błędy w postępowaniu lekarzy, przede wszystkim na etapie wstępnym. Błędna kwalifikacja powoduje dalsze konsekwencje w przyjętej niewłaściwej metodzie leczenia. Biegły wyraźnie wskazał, jakich badań niezbędnych

przy kwalifikacji powoda do - jak to określił „dużej operacji okulistycznej” pozwany nie wykonał. W wypadku ich przeprowadzenia być może do takich skutków w zdrowiu powoda by nie doszło, bowiem biegły wskazał na inną – w jego ocenie bardziej właściwą metodę leczenia powoda.

W ocenie prawnej przywołał jako podstawę odpowiedzialności pozwanego art. 471 k.c. w zw. z art. 474 k.c. w zbiegu z odpowiedzialnością deliktową. Stosunek świadczenia zdrowotnego ma charakter zobowiązaniowy. Świadczeniodawca usług z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego jako kontrahent Narodowego Funduszu Zdrowia, ponosi odpowiedzialność cywilną w razie wyrządzenia pacjentowi szkody przy ich udzielaniu. Szkada na osobie, niezależnie czy powstała wskutek niewykonania czy też nienależytego wykonania zobowiązania, jest równocześnie czynem niedozwolonym. (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 6.02.1963r., (...) 96/62, OSNC 1964/5/95). W ramach odpowiedzialności kontraktowej możliwe jest domaganie się naprawienia szkody niemajątkowej. Odnosi się to zwłaszcza do pewnych typów umów, w tym także do umów o świadczenie usług medycznych (por. wyroki Sadu Najwyższego z dnia 9.08.2005r., IVCK 69/05 i z dnia 17.12.2004r., II CK 303/04).

Przesłankami odpowiedzialności są - fakt powstania szkody poprzez niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy oraz związek przyczynowy pomiędzy nimi. Oceniał, że pozwany ponosi odpowiedzialność za niezachowanie należytej staranności w rozumieniu art. 472 k.c. Przepis art. 471 k.c. zawiera domniemanie, że niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania jest następstwem okoliczności, za które dłużnik ponosi odpowiedzialność. Personelowi szpitala i lekarzowi operującemu można przypisać winę w postaci niedołożenia należytej staranności przy kwalifikacji powoda do zabiegu operacyjnego. Pacjent bowiem miał prawo oczekiwać zajęcia się nim w sposób profesjonalny i z najwyższą starannością, oczekiwaną w takich sytuacjach.

W kwestii związku przyczynowo - skutkowego odwołał się do opinii biegłego, według której nie można wykluczyć, że przyjęcie innej metody leczenia, dokładniejsza i ostrożniejsza diagnostyka, mogły przynieść inny efekt. Usg jest badaniem standardowym, jego niewykonanie jest jaskrawym zaniedbaniem. Postępowanie pozwanego winno być tym bardziej staranne, skoro wiadomym było o stanie oka prawego, że jest ono po urazie i z podwichniętą soczewką.

Sąd Okręgowy odwołał się do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09, w którym m.in. wskazano, że jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają wspomniane powyżej kwalifikacje (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganą wobec lekarza, jak to formułuje się w niektórych wypowiedziach, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Pojęcie bezprawności należy rozumieć szeroko jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego; wśród nich mieści się przeprowadzanie zabiegów operacyjnych zgodnie ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny.

Opinia biegłego dała generalnie odpowiedź na to, jakie procedury medyczne powinny być zastosowane, aby zapobiec powstałym komplikacjom i nie doprowadzić do pogorszenia stanu zdrowia powoda. Przy tego typu sytuacjach nigdy

nie ma gwarancji całkowitego powodzenia leczenia, jednak pozwany nie wykazał, że zastosował wszystkie możliwe i dostępne metody leczenia i badania. Biegły zaś wskazał na ewidentne zaniedbania i błędy w diagnostyce.

Sąd Okręgowy podzielił również pogląd wyrażony w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 29 października 2003 r., III CK 34/02, iż ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny, obejmuje tylko zwykle powikłania pooperacyjne. Taka zgoda nie obejmuje komplikacji powstałych wskutek pomyłki lekarza, błędnej diagnostyki, niewykonanie podstawowych badań przed kwalifikacją do operacji. Zachowania personelu szpitalnego i lekarzy leczących powoda nie cechował profesjonalizm. Pacjent ma prawo oczekiwać, że jego indywidualny przypadek, nawet jeżeli jest on zakwalifikowany do rutynowej operacji, będzie potraktowany z najwyższą, należytą starannością, wymaganą w tego typu przypadkach. Ma prawo oczekiwać, że zostaną mu wykonane niezbędne według aktualnej wiedzy medycznej badania dla postawienia prawidłowej diagnozy i przyjęcia właściwej metody leczenia. Wówczas, przy takim indywidualnym podejściu, możliwość zastosowania błędnej procedury medycznej będzie w większym stopniu wyeliminowana.

W świetle art. 4 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j. Dz. U. z 2012r , nr 159) w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego. Zawinione naruszenie praw pacjenta (niedochowanie należytej staranności podczas kwalifikacji przed pierwszym zabiegiem operacyjnym, co spowodowało przyjęcie błędnej metody leczenia powoda) wywołało u powoda krzywdę (szkodę), za którą należna mu jest „odpowiednia” suma tytułem zadośćuczynienia.

Za „odpowiednią” Sąd uznał kwotę 75.000 złotych. Wziął pod uwagę fakt nieodwracalności dokonanego uszkodzenia (kalectwo powoda), przewidywane konsekwencje tego zabiegu (prawdopodobna konieczność całkowitego usunięcia gałki ocznej), a więc również i aspekt estetyczny, cierpienie, uciążliwość leczenia, ból, niepewność co do rezultatu leczenia, utrudnienia w życiu osobistym, rodzinnym i zawodowym związane z procesem leczenia, niemożność powrotu do wykonywania dotychczasowej pracy oraz ograniczenia w poszukiwaniu innej. Ustawowe odsetki przyznał, biorąc pod uwagę treść art. 817§ 2 k.c.

Wyrok ten zaskarżyły apelacją obie strony. Powód w części oddalającej powództwo, pozwany w części je uwzględniającej.

Powód zarzucił:

1. Naruszenie art. 445 par 1 k.c. polegające na zasądzeniu na rzecz powoda kwoty zadośćuczynienia rażąco zaniżonej w stosunku do jego krzywdy;
2. Naruszenie art. 817 par 2 k.c. poprzez jego zastosowanie, pomimo, że spór nie toczył się przeciwko towarzystwu ubezpieczeń;
3. Naruszenie art. 481 par 1 k.c. w zw. z art. 455 k.c. polegające na oddaleniu żądania odsetek za okres poprzedzający datę wyrokowania;

Wniósł o zmianę wyroku w zaskarżonej części poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda roszczenia objętego żądaniem pozwu w całości oraz zasądzenie na jego rzecz powoda kosztów procesu za obie instancje

Pozwany zarzucił:

1. Naruszenie prawa procesowego:
  - a) art. 233 § 1 k.p.c poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów w szczególności przez przyjęcie, iż leczenie u pozwanego było dokonane w sposób nieprawidłowy, podczas gdy na podstawie opinii biegłego nie można wysunąć takich wniosków, z uwagi na fakt, iż biegły nie wskazuje wprost czy ewentualny brak badań mógl w tym

przypadku spowodować negatywne konsekwencje w leczeniu powoda, a ponadto nie wskazuje czy wymagane badania mogły być wykonane w innej placówce przed rozpoczęciem leczenia powoda u pozwanego;

b) pominięcie przy ocenie materiału dowodowego okoliczności wskazującej na podjęte przed bardziej inwazyjnym leczeniem powoda, metody laserowej, która miała zabezpieczyć odwarstwienie siatkówki oka.

2. Błąd w ustaleniach faktycznych, polegający na przyjęciu, iż nie wykazał się należyta starannością podczas leczenia powoda z uwagi na charakter i rozmiar powstałych efektów ubocznych, gdy Sąd Okręgowy nie wziął pod uwagę, iż powód nie zastosował się do wszystkich zaleceń lekarza prowadzącego i nie pojawił się na wcześniej zaplanowanym badaniu kontrolnym, co mogło zniweczyć szanse na pozytywny wynik leczenia.

Wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa, ewentualnie uchylenie wyroku i przekazanie do ponownego rozpoznania.

### **Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:**

W pierwszej kolejności wymaga ustosunkowania apelacja pozwanego, w której została zanegowana zasada odpowiedzialności. Jest ona nieuzasadniona.

Wbrew zarzutom skarżącego Sąd Apelacyjny nie dopatrył się naruszenia reguły wyrażonej w art. 233 § 1 k.p.c. przy ocenie materiału dowodowego. Sąd Okręgowy przeanalizował wnikliwie przeprowadzone w sprawie dowody, spośród których najistotniejszą stanowiła opinia biegłego okulisty wraz z jej uzupełnieniami. Opinia ta została dodatkowo rozszerzona w postępowaniu apelacyjnym. Jej końcowe wnioski, w szczególności przedstawione w toku ustnego przesłuchania biegłego, jednoznaczne w swojej wymowie, nie pozostawiają wątpliwości co do prawidłowości ustalenia, że personel szpitala dopuścił się uchybień w zakresie diagnostyki, poprzestając na badaniu podstawowym i nie przeprowadzając koniecznych badań obrazkowych. W konsekwencji na samym wstępie obrał gorzej rokującą i obarczoną poważnym ryzykiem powikłań metodę postępowania - zamiast leczenia zachowawczego - zabieg operacyjny. Biegły odnosząc się do dostępnej w aktach dokumentacji medycznej logicznie wyjaśnił, dlaczego taki tok postępowania nie był prawidłowy, a także wskazał, co należało zrobić dla osiągnięcia z wysokim stopniem prawdopodobieństwa pomyślnego rezultatu leczenia. W konsekwencji przedstawił przekonująco uzasadniony wniosek, że obszernie opisane w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, przytoczone już w części wstępnej niniejszego uzasadnienia, uchybienia, doprowadziły powoda do utraty widzenia w jednym oku i postępującego zaniku gałki ocznej. Sąd Apelacyjny te ustalenia w pełni podziela i uznaje za swoje, dlatego nie ma potrzeby ich ponownego przytaczania w tym miejscu.

Nawiązując natomiast do treści analizowanego zarzutu trzeba wskazać, że skuteczne jego postawienie polegać powinno na przytoczeniu okoliczności świadczących o tym, że sąd błędnie uznał niektóre dowody za wiarygodne lub też błędnie odmówił konkretnym dowodom mocy dowodowej, uznając je za niewiarygodne. Sytuacja taka może mieć miejsce także w razie naruszenia zasad logiki formalnej odnośnie relacji pomiędzy ustalonymi dowodami, a wyprowadzanymi na tym tle wnioskami, związków przyczynowo – skutkowych, albo w razie przyjęcia rozumowania wbrew zasadom doświadczenia, lub też w sytuacji, gdy materiał dowodowy został zebrany z naruszeniem zasad postępowania. Zarzut nie został w taki sposób skonstruowany. Sprowadza się bowiem do stwierdzenia, że z opinii nie wynika, że brak badań mógłby wywołać negatywne konsekwencje w leczeniu powoda, podczas gdy biegły wprost wskazał, że ich niewykonanie przed „dużą operacją okulistyczną” było ewidentnym zaniedbaniem diagnostycznym prowadzącym do pochopnego, jego zdaniem, zakwalifikowania powoda do zabiegu.

Dalsza część zarzutu nie nawiązuje do oceny materiału dowodowego, ale sprowadza się do przypisania Sądowi obowiązku „ustalenia, czy powód dysponował wcześniej badaniami, czy też zostały one wykonane w innej placówce medycznej”. Skarżący podnosząc tę tezę nie dostrzega, że w obowiązującym, kontradiktoryjnym modelu procesu cywilnego, wykazanie takiej okoliczności, wobec tego, że w dostarczonej do akt dokumentacji medycznej ani nie ma wyników tych badań, ani wzmianki o tym, że były przeprowadzone, należy do pozwanego (art. 3 k.p.c.). Sąd, przy braku jego inicjatywy dowodowej w tym kierunku, trafnie przyjął, że fakt ten nie został udowodniony. Negatywne tego

konsekwencje ponosi pozwany (art. 6 k.c.). Nie sposób wykluczyć, że wyniki potrzebnych badań, o których mowa w opinii na k. 82, bądź bardziej szczegółowy opis, albo cyfrowy zapis operacji, pozwoliłyby pozytywnie zweryfikować jego tezę o konieczności przeprowadzenia obciążonej wysokim ryzykiem operacji. Wobec ich braku, a opierając się na dostępnej w aktach dokumentacji, biegły zakwestionował prawidłowość obranego toku leczenia. Podniósł bowiem, że według zawartych tam zapisów powód widział stosunkowo dobrze, co wskazuje, że wylew krwi do ciała szklistego był niewielki i dobrze rokował co do samoistnej resorpcji. Jego zdaniem, było to możliwe nawet przy występowaniu błon nasiatkówkowych, o których mowa w opisie operacyjnym i mogących stanowić do niego wskazanie, ponieważ brak zaburzeń widzenia sugerował, że były to małe błony obwodowe, co powinno skłonić do leczenia zachowawczego (k. 167).

Odnosząc się do dalszego argumentu, w którym skarżący nawiązując do opinii biegłego podnosi, że w wypadku operacji oka pourazowego, nie da się uniknąć powikłań, trzeba stwierdzić, że jest to zdanie nieprawdziwe w świetle opinii biegłego na k. 168 akt sprawy, nadto wyrwane z całego jej kontekstu. Biegły, jak wyżej wskazano, zanegował w ogóle celowość przeprowadzenia operacji, zwłaszcza zaś obciążonej dużym ryzykiem powikłań. W związku z tym traci na znaczeniu kolejny podnoszony argument, że personel szpitala nie dopuścił się jakiegokolwiek zaniedbania w trakcie tego zabiegu. Dla porządku więc tylko trzeba przypomnieć, że inne wnioski wypływają z opinii biegłego na k.167 i jego uzupełniającego przesłuchania na rozprawie apelacyjnej. W jej toku biegły krytycznie odniósł się do metody obranej przy pierwszej operacji (nie wykonanie jednoczasowego usunięcia zwichniętej soczewki, co spowodowało konieczność kolejnej interwencji chirurgicznej). Dodatkowo po analizie dokumentacji z leczenia, wykluczył stanowczo, aby zarzucane powodowi zaniedbanie - niezgłoszenie się na zabieg laserowy, niekorzystnie zaważyło na przebiegu leczenia. Wnioskom opinii nie mogą być przeciwstawiane zeznania świadka - lekarza prowadzącego leczenie powoda. Rzeczą tego ostatniego jest bowiem tylko dostarczenie wiedzy o faktach, co podlega weryfikacji w konfrontacji z innymi dowodami, także z punktu widzenia wiadomości specjalnych biegłego. Świadek był nadto lekarzem prowadzącym leczenie powoda i operatorem. Nie kwestionując jego prawdomówności, trzeba jednak stwierdzić, że przedstawiał tylko własne spostrzeżenia oraz ocenę zasadności stosowanych przez siebie wobec powoda procedur, przez co jego zeznania nie mają waloru obiektywnego przekazu. Nie znalazły też pełnego odzwierciedlenia w prowadzonej także przez niego dokumentacji medycznej. Ta zaś z kolei posłużyła biegłemu do wyprowadzenia zgoła odmiennych wniosków, które nie zostały podważone.

Postawione zarzuty okazały się zatem nieskuteczne. Co do samej zasady była też prawidłowa ocena prawna, jakkolwiek Sąd Okręgowy błędnie wskazał na zbieg odpowiedzialności *ex delicto* i *ex contractu*. Nie występuje bowiem w przypadku korzystania ze świadczeń publicznej opieki zdrowotnej, które oferowane są nie na podstawie umownej, ale z racji przysługiwania ubezpieczonym ustawowego do nich uprawnienia. Sąd Okręgowy trafnie jednak wyeksponował wykazane w postępowaniu okoliczności świadczące o zawinieniu personelu szpitala, co pozwala przyjąć, że jego odpowiedzialność kształtuje norma art. 430 k.c. Według jednolicie przyjmowanych w orzecznictwie poglądów znajduje on bowiem zastosowanie w stosunku do odpowiedzialności jednostek szpitalnych, na rachunek których lekarze zatrudnieni w tych jednostkach wykonują czynności z zakresu diagnozy i terapii. (wyrok SA we Wrocławiu z dnia 2 marca 2012 r., I ACa 123/12, LEX nr 1238466). Dla przyjęcia zaś wymaganego w tym przepisie stosunku nadrzędności i podporządkowania nie ma znaczenia rodzaj więzi prawnej łączącej podmiot świadczący usługi medyczne z jego personelem (umowa o pracę bądź umowa cywilnoprawna) – por. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10. Sąd Okręgowy trafnie także przywołał art. 6 ust. 1 ustawy o ochronie praw pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, według którego pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Nie ma już potrzeby przytaczania po raz kolejny w tym miejscu, jak dalece w przypadku powoda odbiegały one od obowiązującego standardu, do którego nawiązał trafnie cytując wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09.

Powód nie sformułował osobnego, mogącego być dochodzonym kumulatywnie na podstawie art. 4 ust. 1 powołanej ustawy i art. 448 k.c. roszczenia, aczkolwiek przywoływał nieobowiązujący już w dacie zdarzenia przepis art. 19 a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zawierający podobną regulację. Nie było też ono przedmiotem wyrokowania przez Sąd Okręgowy. Sąd Apelacyjny ograniczył się zatem do oceny powództwa tylko w aspekcie art. 445 § 1 k.c.,

jakkolwiek nie bez znaczenia dla ostatecznego wyniku sprawy pozostaje skala i ranga uchybień wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, jaskie miały miejsce w toku leczenia powoda.

Sąd Apelacyjny podziela także ocenę, że między tymi zaniedbaniami i aktualnym stanem narządu wzroku powoda zachodzi związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. Wskazuje się w literaturze, że ustalenie związku przyczynowego opiera się w znacznej mierze na rozumowaniu redukcyjnym, co - siłą rzeczy - nie daje nigdy wyniku stuprocentowego, lecz tylko wnioski prawdopodobne, oparte na wiedzy i doświadczeniu życiowym sędziego, a także wiadomościach specjalnych biegłego. Biegły okulista nie tylko wskazał na uchybienia, jakie wystąpiły w toku leczenia powoda według obranej metody (dwukrotny zamiast jednokrotnego zabieg operacyjny, czego można było uniknąć – k.167, opinia ustna z rozprawy apelacyjnej), ale przede wszystkim zakwestionował samą metodę jako niebezpieczną i gorzej dla powoda rokującą niż leczenie zachowawcze. Wyraził przy tym pogląd, że leczenie nieinwazyjne, połączone z monitorowaniem stanu oka nie doprowadziłoby do utraty widzenia, a nawet pozwoliłoby powodowi zachować zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy. W orzecznictwie przyjmuje się jednolicie - por. jako reprezentatywny wyrok SN z 17.06.1969r., (...) 165/69, OSPiKA 1970, poz. 155, że skoro istnienie związku przyczynowego, jeśli chodzi o zdrowie ludzkie nie może być absolutnie pewne, do przyjęcia go wystarcza ustalenie z wystarczającą dozą prawdopodobieństwa, w oparciu o całokształt okoliczności sprawy. Tak rozumiany związek przyczynowy został wykazany.

Powyższe prowadzi do oddalenia apelacji pozwanego, o czym Sąd Apelacyjny orzekł stosownie do art. 385 k.p.c.

Uzasadniona okazała się natomiast apelacja powoda.

W orzecznictwie na tle art. 445 k.c. przyjmuje się, że wysokość zadośćuczynienia ma charakter ocenny, dlatego przy jego określaniu sądy zachowują duży zakres swobody (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 165/07, OSNC-ZD 2008, nr 3, poz. 66). Zgodnie z utrwalonym poglądem, korygowanie przez sąd drugiej instancji zasądzonego zadośćuczynienia może być aktualne tylko wtedy, gdy przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy, mających wpływ na jego wysokość, jest ono niewspółmiernie nieodpowiednie, czyli albo rażąco wygórowane, albo rażąco niskie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 listopada 2004 r., I CK 219/04, LEX nr 146356). Kryteriami istotnymi przy ustalaniu odpowiedniej sumy zadośćuczynienia są rodzaj naruszonego dobra, zakres i rodzaj rozstroju zdrowia, czas trwania cierpień, wiek pokrzywdzonego, intensywność ujemnych doznań fizycznych i psychicznych, rokowania na przyszłość, stopień winy sprawcy (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 2006 r., IV CSK 99/05, niepubl.).

Okoliczności te nie zostały odpowiednio wyważone przez Sąd Okręgowy przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia należnego powodowi. Jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że konsekwencje pierwotnego urazu nie mogą obciążać pozwanego, zostało wykazane, że właściwie zastosowane leczenie rokowało powodzeniem i nie powinno było doprowadzić nie tylko do utraty wzroku, ale także możliwości wykonywania dotychczasowej pracy zarobkowej. Powód jest obecnie rencistą, mimo że z racji wieku powinien być człowiekiem aktywnym zawodowo. Jakkolwiek widzi, posługiwanie się tylko jednym okiem nie tylko powoduje dyskomfort, ale także narzuca ograniczenia w życiu codziennym. Sąd Okręgowy nie nadał także właściwej rangi prawidłowo przez siebie ustalonej okoliczności, że przeszedł dwukrotnie zabiegi operacyjne, których celowość została zakwestionowana. Naraziły go na zbędne cierpienia, stanowiły - z racji stosowania środków znieczulających i przeciwbólowych, obciążenie dla organizmu. Doznał dyskomfortu psychicznego związanego z długotrwałym bezskutecznym leczeniem, pobytem w szpitalu, niepewnym rokowaniem co do stanu pogarszającego się w jego toku wzroku. Obecnie jest w fazie zanikania gałki ocznej, co pomijając podniesiony w uzasadnieniu aspekt estetyczny, istotny dla zewnętrznego postrzegania powoda przez jego samego i osoby trzecie, wiąże się z intymnym negatywnym przeżyciem z powodu obumarcia części własnego organizmu. Realna jest także konieczność poddania się kolejnemu zabiegowi – usunięcia gałki ocznej. Słusznie też zostało podniesione, że jakkolwiek zachował widzenie, jego pespektywy na przyszłość, jeśli chodzi o stan wzroku, trzeba gorzej oceniać niż w przypadku osób widzących na dwoje oczu.



Doznany przez powoda uszczerbek jest ogromny i nieodwracalny, dlatego wywołana nim krzywda powinna być kompensowana odpowiednio wysoką sumą pieniężną. W ocenie Sądu Apelacyjnego, żądana przez powoda kwota zadośćuczynienia nie może być uznana za nadmierną, nieodpowiednią w rozumieniu art. 445 § 1 k.c.

Uzasadniony jest także zarzut naruszenia art. 455 k.c. i art. 817 k.c.

Jak słusznie zostało podniesione w apelacji, ten ostatni przepis nie ma zastosowania do innych podmiotów będących dłużnikami, poza ubezpieczycielem. Tylko bowiem w tym przypadku, z uwagi na specyfikę relacji wierzyciela i podmiotu zobowiązanego, roszczenie o zadośćuczynienie ma charakter terminowy. W każdym zaś innym jest świadczeniem bezterminowym, które co do zasady staje się wymagalne niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do jego spełnienia. Sądowi Apelacyjnemu znane są poglądy orzecznictwa i literatury, stosownie do których odsetki od zadośćuczynienia przyznawane mogą być także od innej daty (np. wyrokowania - art. 316 k.p.c.), z uwagi na jego ocenny, poddany uznaniu sądu charakter. W składzie rozpoznającym niniejszą sprawę przychyła się jednak do tych, w których autorzy, co do zasady opowiadają się za wynikającym z art. 481 § 1 k.c. podmiotowym prawem wierzyciela do uzyskania odsetek w przypadku opóźnienia dłużnika ze spełnieniem świadczenia pieniężnego. Pogląd przeciwny premiowałby bowiem nieprawidłowe zachowanie dłużnika, który bez żadnych konsekwencji mógłby uchylić się od spełnienia świadczenia aż do czasu rozstrzygnięcia przez sąd. Odmowa zasądzenia odsetek od zadośćuczynienia (mających także charakter waloryzacyjny) mogłaby nastąpić, gdyby w przypadku ich zasądzenia łączna należność przysługująca od dłużnika stanowiłaby sumę, która odbiega od uznawanej za stosowną i prowadzi do nieuzasadnionego wzbogacenia wierzyciela. W tym jednak przypadku, wobec spowodowania poważnego, nieodwracalnego uszczerbku w najistotniejszym z dóbr osobistych człowieka, zasądzenie żądanej kwoty wraz z odsetkami nie wywoła takiego skutku.

Z tych względów Sąd Apelacyjny, podzielając w całości stanowisko powoda, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił wyrok i orzekł uwzględniając w pełni żądanie pozwu. W konsekwencji rozstrzygnięcie o kosztach procesu za obie instancje nastąpiło także, zgodnie z wnioskiem apelacji, po myśli art. 98 § 1 k.p.c.