

Sygn. akt I ACa 810/21

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 lutego 2023 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSA Marek Machnij

po rozpoznaniu w dniu 17 lutego 2023 r. w Gdańsku

na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa G. S.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Elblągu

z dnia 2 lipca 2021 r. sygn. akt I C 276/18

- 1) oddala apelację,
- 2) nie obciąża powoda kosztami postępowania apelacyjnego należnymi na rzecz pozwanego.

Na oryginale właściwy podpis

**Sygn. akt: I ACa 810/21**

## UZASADNIENIE

Powód G. S. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. kwoty 150.000 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 9 lutego 2018 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za krzywdę, spowodowaną błędem w sztuce medycznej, popełnionym w placówce medycznej, ubezpieczonej przez pozwanego, w związku z zabiegiem usunięcia guza lewej ślinianki w dniu 28 września 2016 r. Ponadto powód żądał zasądzenia kwoty 10.000 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 9 lutego 2018 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta oraz renty w wysokości po 1.500 zł miesięcznie, począwszy od października 2016 r., z tytułu utraty możliwości zarobkowych w następstwie uszkodzenia nerwu twarzowego, przy czym powód skapitalizował to ostatnie roszczenie za okres od października 2016 r. do stycznia 2018 r., żądając z tego tytułu kwoty 24.000 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 9 lutego 2018 r. do dnia zapłaty.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa, kwestionując je co do zasady i co do wysokości.

Sąd Okręgowy w Elblągu wyrokiem z dnia 2 lipca 2021 r. zasądził od pozwanego na rzecz powoda 10.000 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 9 lutego 2018 r. do dnia zapłaty, oddalił powództwo w pozostałym zakresie i odstąpił od obciążania powoda kosztami procesu na rzecz pozwanego.

Z pisemnego uzasadnienia wyroku – w zakresie istotnym z punktu widzenia zaskarżenia apelacją – wynika, że Sąd pierwszej instancji ustalił, że w 2007 r. powód przebył operację guza lewej ślinianki przyusznej. Zabieg odbył się bez powikłań. Następnie powód przebył sarkoidozę płucną. Cierpi również na cukrzycę. W 2016 r. ujawniono u niego guza lewej ślinianki przyusznej z otaczającym zbliznowaceniem, w związku z czym został zakwalifikowany do zabiegu usunięcia wznowy guza. Ujawniono również ognisko odpowiadające węzłowi chłonnemu w tkance podskórnej, bocznie od ślinianki.

W związku z tym powód przyjęty został do Kliniki (...) w O., gdzie przebywał od dnia 27 września do dnia 2 października 2016 r. W dniu 28 września 2016 r. przeprowadzono w tym szpitalu u niego operację, podczas której – po odpreparowaniu i uwolnieniu nerwu twarzowego – wypreparowano guz, który usunięto wraz z resztą ślinianki, pozostawioną po zabiegu z 2007 r. Usunięty guz ślinianki określono jako f., z brakiem „utkania” ślinianki w usuniętym guzie. Zabieg odbył się bez powikłań. Po zabiegu nie stwierdzono upośledzenia czynności lewego nerwu twarzowego. Podczas pobytu powoda w powyższym szpitalu upośledzenia tego rodzaju nie ujawniły także przeprowadzane obserwacje lekarskie i pielęgniarskie (z dnia 29 i 30 września oraz 2 października). W dniu 2 października 2016 r. powód został wypisany w stanie ogólnym i miejscowym dobrym. W dniu 5 października 2016 r. w poradni przyszpitalnej usunięto mu szwy pooperacyjne rany.

Po nocy z dnia 5 na 6 października 2016 r. powód zauważył niedowład mięśni lewej połowy twarzy. W dniu 13 października 2016 r. zgłosił się do poradni otolaryngologicznej, gdzie został przyjęty przez lekarza, który go operował. Podczas wizyty zaaplikowano mu lek sterydowy w okolicę nerwu twarzowego.

Przeprowadzone u powoda w dniu 7 grudnia 2016 r. badanie (...) ujawniło ubytek czynnych włókien ruchowych po stronie lewego nerwu twarzowego w porównaniu ze stroną prawą i zdiagnozowało uszkodzenie lewego nerwu twarzowego bez przerwania ciągłości. W kwietniu 2017 r. powód został zakwalifikowany do zabiegu wszczepienia złotej płytki do powieki górnej. W dniu 12 kwietnia 2017 r. został przyjęty do Kliniki (...). Odstąpiono jednak od zabiegu ze względu na poprawę funkcjonowania nerwu.

W dniu 15 lutego 2018 r. powód otrzymał skierowanie na czynności orzecznicze w ZUS z rozpoznaniem neuropatii nerwu twarzowego po jego jatrogennym uszkodzeniu. Lekarz orzecznik ZUS w zaświadczeniu o stanie zdrowia wskazał, że stan powoda cechuje neuropatia, będąca skutkiem jatrogennego uszkodzenia nerwu twarzowego po operacji ślinianki. Powód został zakwalifikowany do grupy osób o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, począwszy od dnia 20 marca 2017 r.

Ze sporządzonej na polecenie Sądu pierwszej instancji opinii biegłych wynika, że przeprowadzony u powoda w dniu 28 września 2016 r. zabieg dotyczył radykalnego usunięcia ślinianki przyusznej lewej wraz z guzem. Został wykonany zgodnie z nauką i sztuką lekarską, przy zachowaniu należytej staranności personelu medycznego. W trakcie zabiegu nie doszło do ubytku czynnych włókien lewego nerwu twarzowego powoda ani nie doszło do przerwania ciągłości nerwu.

Określenie „uszkodzenie jatrogenne” oznacza niekorzystne dla pacjenta następstwo leczenia. Użycie tego sformułowania w dokumentacji medycznej sugerowało, że uszkodzenie nerwu twarzowego było wynikiem leczenia operacyjnego ślinianki przyusznej, ale posługiwanie się w dokumentacji medycznej wyrażeniami „pooperacyjne obwodowe porażenie” lub „jatrogenne uszkodzenie” w rzeczywistości nie świadczy o tym, że do tak opisanego uszkodzenia nerwu rzeczywiście doszło wskutek operacji z dnia 28 września 2016 r., skoro w epikryzie i obserwacjach lekarskich nie ma danych świadczących o jatrogennym uszkodzeniu nerwu ani wpisów, kiedy porażenie wystąpiło i jaki był jego odstęp czasowy od operacji.

Wynik badania histopatologicznego z dnia 9 października 2016 r. świadczy o dokładnym wypreparowaniu guza i określa jego charakter jako f.. F. (...) jest guzem łagodnym i nie powoduje wchłaniania nerwu twarzowego. Uszkodzenie nerwu twarzowego powoda polega na przerwaniu przewodnictwa części włókien ruchowych, bez przerwania ciągłości nerwu. Ustalenie bezpośredniej przyczyny tego uszkodzenia nie jest możliwe. Ubytek części czynnych

włókien lewego nerwu twarzowego datuje się u niego od dnia 8 października 2016 r., a nie od dnia zabiegu operacyjnego.

Rokowanie co do wyeliminowania u powoda porażenia lewego nerwu twarzowego jest niepomysłne i nie należy spodziewać się istotnej poprawy w stanie jego zdrowia. Następstwem trwałego ubytku części włókien ruchowych lewego nerwu twarzowego są u niego: brak marszczenia czoła, niedomykanie lewego oka, co powoduje wysychanie rogówki i zaburzenia widzenia, brak unoszenia brwi, opadający lewy kącik ust z wydzielaniem śliny. Jego cierpienia, wynikające ze schorzenia nerwu twarzowego, nie mają charakteru fizycznego, ale powodują istotne obniżenie komfortu życia we wszystkich aspektach. Dolegliwości bólowe nie są powodowane chorobą nerwu twarzowego, wynikają z rozpoznanego badaniem MR konfliktu nerwu trójdzielnego z tętnicami mózgu na dwóch poziomach. Powód może wykonywać prace niewymagające widzenia obuocznego i gwarantujące ochronę wzroku.

Zabieg operacyjny powoda z dnia 28 września 2016 r. był skomplikowany ze względu na zrosty i zbliznowacenia otaczające nerw twarzowy i guz. W trakcie zabiegu nie doszło do uszkodzenia lewego nerwu twarzowego. Takie uszkodzenie byłoby widoczne już w trakcie zabiegu. Także podczas pobytu w szpitalu (do dnia 2 października 2016 r.) nie stwierdzano objawów upośledzenia czynności lewego nerwu twarzowego. Powód zauważył porażenie nerwu twarzowego dopiero kilka dni po zabiegu operacyjnym i nie było ono związane z przebytą operacją. Nie można wykluczyć, że w okresie od opuszczenia szpitala do wystąpienia objawów uszkodzenia nerwu twarzowego mógł on być narażony na czynniki ryzyka uszkodzenia nerwu twarzowego.

Występujący u powoda nerwoból nerwu trójdzielnego lewego powodowany jest dwupoziomowym konfliktem naczyniowo – nerwowym na przebiegu tego nerwu i nie jest związany z przebytym w 2016 r. zabiegiem operacyjnym ślinianki przyusznej.

Nie można wykluczyć, że u powoda doszło do powikłania pooperacyjnego w postaci obrzęku tkanek w okolicy zabiegu operacyjnego, skutkującego uciskiem na naczynia odżywiające nerw twarzowy lub sam pień nerwu. Jeśli jednak do tego doszło, nie wywołało to porażenia nerwu twarzowego. U powoda po zabiegu z dnia 28 września 2016 r. nie doszło do wystąpienia tzw. ciasnoty pooperacyjnej. Po usunięciu guza ślinianki i powstaniu „łoża” po jego usunięciu, stosunki anatomiczne w miejscu zabiegu uległy poprawie i ciasnota, spowodowana pierwotnym występowaniem guza, ustąpiła. Uwolniona została przestrzeń odpowiadająca masie i objętości guza. Wystąpienie w tym przypadku ciasnoty pooperacyjnej jest bardzo wątpliwe. Z prawdopodobieństwem granicznym z pewnością ubytek części czynnych włókien nerwu twarzowego lewego VII u powoda nie miał związku z zabiegiem z dnia 28 września 2016 r.

Operacja usunięcia przyuszniczy lewej została przeprowadzona zgodnie ze sztuką medyczną, bez przerwania ciągłości nerwu twarzowego. Jeżeli zachowana jest ciągłość nerwu, nie można mówić o błędzie w sztuce. Nieznany jest mechanizm powstania porażenia nerwu twarzowego u powoda. W dokumentacji medycznej powoda nie ma wpisów wskazujących na rozpoznanie porażenia nerwu twarzowego. We wpisach lekarskich, w protokole operacyjnym i w obserwacjach codziennych lekarskich i pielęgniarzkich nie ma wpisu potwierdzającego porażenie nerwu twarzowego bezpośrednio po operacji. Uszkodzenie trzech nerwów czaszkowych: II (wzrokowego), V (trójdzielnego) i VII (twarzowego) nie mogło być zbiegiem okoliczności. Te trzy nerwy mają zupełnie różną lokalizację, nie komunikują się ze sobą. Jediną przyczyną, powodującą uszkodzenie tych trzech nerwów, może być sarkoidoza, na którą cierpi powód.

Operacja guzów przyuszniczy stanowi wyzwanie ze względu na różnorodność guzów oraz różnice w ich wielkości i lokalizacji. Cechuje ją znaczny stopień trudności, powinna być wykonywana przez doświadczonych chirurgów. Brak utkania ślinianki w materiale świadczy, że operacja guza mieszanego w 2007 r. została wykonana u powoda prawidłowo. Guz mieszany został usunięty wraz ze ślinianką. Po usunięciu guza mieszanego zdarzają się wznovy guza. Konieczna jest reoperacja, która niesie ze sobą znacznie większe ryzyko powstania porażenia nerwu twarzowego. Wznowa guza miała miejsce w przypadku powoda.

Badanie neurograficzne powoda z dnia 7 grudnia 2016 r. potwierdza uszkodzenie włókien, a nie gałązek nerwu. Badanie nie potwierdza przerwania ciągłości nerwu. Nie ma wpisów świadczących o porażeniu nerwu twarzowego VII bezpośrednio po operacji z dnia 28 września 2016 r. W karcie wypisowej ze szpitala nie ma mowy o porażeniu

nerwu twarzowego. Porażenie nerwu twarzowego VII, jeśli jest jatrogenne, występuje od razu, a nie po kilku dniach. Jeśli dojdzie do uszkodzenia nerwu twarzowego, jest to natychmiast widoczne, pacjent nie domyka oka i opada kącik ust. Przerwanie nerwu twarzowego oznacza, że osłonka nerwu i dodatkowo wszystkie włókna zostały uszkodzone. Porażenie w przypadku prawidłowo przeprowadzonej operacji guza przyusznicy występuje w wyniku uszkodzenia mikronaczyń odżywiających nerw. Przeważnie jest to odwracalne, w badaniu będzie wynik – ciągłość nerwu zachowana. W przypadku powoda oznacza to, że osłonka nerwu została zachowana, operujący lekarz nie przeciął nerwu ani go nie przerwał. Skoro zabieg wykonano w dniu 28 września 2016 r., a po wypisie ze szpitala powód miał zachowaną czynność nerwu twarzowego i do porażenia nerwu doszło dopiero po kilku dniach od operacji, to nie można przyjąć, że przyczyną uszkodzenia nerwu była niewłaściwie przeprowadzona operacja. Uszkodzone włókna przebiegają bowiem u powoda w nieuszkodzonej osłonce. S. nie była przeciwwskazaniem do wykonania operacji. Powstanie porażenia nerwu nastąpiło po zdjęciu szwów. F. nie nacieka nerwu, ale są guzy przyusznicy, które mogą naciekać nerwy, a skutkiem operacji guza przyusznicy, nawet niezłośliwego, może być porażenie nerwu twarzowego z powodu uszkodzenia mikronaczyń vasa nervorum niewidocznych podczas zabiegu. Są to mikroskopowe struktury znajdujące się wewnątrz pochewki nerwu. Ciąg przyczynowo – skutkowy nie został w tym przypadku zachowany. Odstęp czasowy kilku dni między operacją a wystąpieniem porażenia nerwu twarzowego nie pozwala na rozpoznanie jatrogennego porażenia tego nerwu.

Zabieg operacyjny, przeprowadzony u powoda, był zgodny z nauką i praktyką lekarską, należyta staranność została zachowana. Nie ma podstaw do przyjęcia, że porażenie nerwu twarzowego lewego, które zostało ujawnione dopiero po 7 – 8 dniach od operacji, było spowodowane operacją z dnia 28 września 2016 r., tj. że doszło do tego bez wpływu innych możliwych czynników, w tym przebiegu pooperacyjnego w postaci procesu gojenia i bliznowacenia. Uszkodzenia śródoperacyjne nerwu twarzowego, w tym bez przerwania ciągłości nerwu, manifestują się z reguły bezpośrednio po wykonanym zabiegu operacyjnym, po pełnym wybudzeniu pacjenta i ustąpieniu działania znieczulenia ogólnego, często przy pierwszej zmianie opatrunku.

Za negatywnym wpływem procesu pooperacyjnego przemawia fakt wystąpienia objawów porażenia dopiero po upływie kilku dni od operacji, a ponadto fakt, że w 2007 r. powód przebył pierwszą operację ślinianki przyusznej lewej. Kolejny zabieg operacyjny, dotyczący ślinianki przyusznej, w znacznym stopniu zwiększał ryzyko wystąpienia powikłań w postaci niedowładu lub porażenia nerwu twarzowego.

U powoda nie można całkowicie wykluczyć pooperacyjnego, miejscowego obrzęku tkanek, skutkującego w pewnym stopniu uciskiem na naczynia odżywcze nerwu VII twarzowego lewego, ale nie można przyjmować, że był to jedyny czynnik wywołujący ubytek części czynnych włókien tego nerwu, bez przerwania samej ciągłości nerwu. Porażenie wystąpiło w nieodległym czasie od zabiegu powoda z dnia 28 września 2016 r., a przyczyny tego porażenia są związane z zastosowanym leczeniem operacyjnym i przebiegiem pooperacyjnym. Zwrot „jatrogenne uszkodzenie nerwu twarzowego” w odniesieniu do powoda należy kwalifikować jako uszkodzenie, które następuje w wyniku zastosowanego przez lekarza uzasadnionego leczenia, w trakcie którego dochodzi do niezamierzonej komplikacji, podczas gdy sam zabieg i następne leczenie zostało przeprowadzone zgodnie z nauką i pragmatyką lekarską obowiązującą w tego rodzaju przypadkach oraz przy zachowaniu należytej staranności lekarskiej.

Już w trakcie operacji w 2007 r. wraz z usunięciem guza mieszanego dokonano u powoda częściowej resekcji ślinianki przyusznej lewej, więc w 2016 r. w chwili operacji ślinianka przyuszna lewa miała zmniejszoną wielkość i objętość. Nie można przyjmować, że u powoda nie występowały przed zabiegiem w 2016 r. nacieki lub blizny wchłaniające lewy nerw twarzowy lub jego niektóre włókna. Ubytek (uszkodzenie) części czynnych włókien lewego nerwu twarzowego powoda, który zmanifestował się w 7 – 8 dniu po zabiegu, ma charakter nieodwracalny. Przy trwałym ubytku części czynnych włókien lewego nerwu twarzowego nie istnieje możliwość całkowitego wyeliminowania pozostałości porażenia lewego nerwu twarzowego. Czynności rehabilitacyjne, w tym automasaże, są wskazane, ponieważ mogą powodować wzmacnianie osłabionych mięśni mimicznych twarzy.

Wdrożone u powoda leczenie przeciwbólowe, polegające na założeniu blokady przeciwbólowej, nie prowadziło do degradacji istniejących jeszcze nerwów lewej części twarzy, a tym samym do utrwalenia się paraliżu, uwzględniając

miejsce dokonanej blokady. Neuropatia datowana u powoda od kwietnia 2017 r., łącząca się ze skrajnymi i trudnymi do zniesienia bólami głowy, prawdopodobnie nie jest następstwem naruszenia tkanek miękkich przy nerwie V trójdzielnym przy operacji usunięcia guza lewej ślinianki przyusznej wykonanej w dniu 28 września 2016 r. W trakcie zabiegu operacyjnego z 2016 r. nie mogło dojść do uszkodzenia nerwu trójdzielnego.

Powód nie powinien wykonywać prac wymagających sprawnego narządu wzroku oraz związanych z narażeniem na złe warunki (przeciągi, niskie temperatury, zmienne temperatury). Nieznacznie podwyższony poziom glukozy w jego organizmie, jaki odnotowano w dniu 27 września 2016 r., wynoszący 109 mg/dl, nie mógł wywołać samoistnie uszkodzenia nerwu twarzowego lewego VII, ujawnionego w dniu 5 lub 6 października 2016 r. bez uszkodzenia jakiegokolwiek innego nerwu czaszkowego.

Pismem z dnia 11 stycznia 2018 r. powód zgłosił szkodę pozwanemu, domagając się przyznania kwoty 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia na podstawie art. 445 § 1 k.c., kwoty 10.000 zł tytułem zadośćuczynienia na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz renty w kwocie po 1.500 zł miesięcznie z tytułu utraty zdolności do pracy zarobkowej. Pozwany odmówił zaspokojenia tych roszczeń, powołując się na brak błędu w sztuce medycznej personelu medycznego ubezpieczonego szpitala i fakt wyrażenia przez powoda zgody na zabieg usunięcia guza ślinianki lewej po uprzednim poinformowaniu o możliwych powikłaniach pooperacyjnych.

W świetle powyższych ustaleń Sąd pierwszej instancji doszedł do wniosku, że powództwo było jedynie częściowo zasadne, a mianowicie w zakresie roszczenia wywodzonego z naruszenia obowiązku informacyjnego. Zasada odpowiedzialności pozwanego była bezsporna, jednak materiał dowodowy nie dawał podstaw do przyjęcia, że szkoda powoda, polegająca na porażeniu nerwu twarzowego po stronie lewej, była następstwem zawinionego działania personelu medycznego ubezpieczonej przez pozwanego placówki leczniczej. Z zebranego materiału dowodowego nie wynika bowiem, aby wykonany u powoda zabieg operacyjnego usunięcia guza ślinianki lewej był obciążony błędem medycznym bezpośrednio prowadzącym do wykształcenia porażenia nerwu twarzowego po stronie lewej.

Sąd Okręgowy oparł się na opinii biegłych z zakresu dwóch specjalizacji medycznych: otolaryngologa T. S. (1), otolaryngologa J. K. oraz neurologa J. S. (1), którzy ocenili przebieg leczenia powoda i wykonanie u niego zabiegu operacyjnego z dnia 28 września 2016 r. Kluczowy dla rozważań był okres od dnia 28 września do dnia 6 października 2016 r., tj. od wykonania zabiegu usunięcia guza przyuszniczy do zdiagnozowania u powoda porażenia nerwu twarzowego. Wnioski biegłych otolaryngologów i biegłego neurologa wskazują, że zabieg został wykonany zgodnie z nauką i sztuką lekarską, przy zachowaniu i dołożeniu należytej staranności personelu medycznego. Wnioski biegłych miały priorytetowe znaczenie dla Sądu Okręgowego, który uznał ich opinie za wiarygodne, oceniając, że zostały sporządzone w sposób rzetelny, a ich wnioski są logiczne, spójne, należycie umotywowane, poparte stosownymi odwołaniami do treści dokumentacji medycznej powoda i opracowań naukowych, opisujących przypadki medyczne o zbliżonych symptomach, jak dające się zaobserwować u powoda. W konsekwencji całokształt ustaleń poczynionych w sprawie w oparciu o dostępny materiał dowodowy nie pozwolił na przyjęcie istnienia znacznego stopnia prawdopodobieństwa, że stan zdrowia powoda, związany z porażeniem nerwu twarzowego, był wynikiem nieprawidłowo przeprowadzonego zabiegu operacyjnego usunięcia guza przyuszniczy lewej. Personel medyczny szpitala wykonał zabieg z należyłą starannością i nie doprowadził do przerwania nerwu twarzowego powoda, przy jednoczesnym poinformowaniu powoda o ryzyku i powikłaniach związanych z tego typu zabiegiem, na wykonanie którego powód wyraził pisemną zgodę. Nie można więc mówić o błędzie w sztuce medycznej, generującym odpowiedzialność odszkodowawczą na gruncie przepisów art. 444 § 1 i 2 k.c. oraz art. 445 § 1 k.c.

W związku z tym oddaleniu w całości podlegały roszczenia powoda z tytułu zadośćuczynienia i renty ze względu na niewykazanie akcesoryjnej odpowiedzialności pozwanego za szkodę, która miała zostać spowodowana przez szpital, w którym był on leczony, a którego odpowiedzialność rozpatrywana była przez pryzmat art. 430 k.c.

Powód zaskarżył powyższy wyrok apelacją w części oddalającej powództwo w oparciu o zarzuty:

1) naruszenia art. 361 § 1 k.c. w zw. z art. 31 ust. 1 oraz art. 34 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty przez błędną wykładnię, polegającą na ocenie, że związek między zachowaniem personelu lekarskiego a szkodą musi być bezpośredni,

2) błędnego ustalenia, że powód zauważył porażenie nerwu twarzowego kilka dni po zabiegu operacyjnym i porażenie nerwu nie jest związane z przebytą operacją, a ciąg przyczynowo – skutkowy między operacją a wystąpieniem porażenia nerwu nie został zachowany,

3) naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. i art. 285 § 1 k.p.c. przez wybiórcze rozważenie zebranego w sprawie materiału dowodowego, co przejawiało się:

a) w bezrefleksyjnej afirmacji przez Sąd wyrywkowej wypowiedzi biegłego neurologa J. S. (1), zawartej w opinii pisemnej z dnia 19 września 2019 r., że po usunięciu guza ślinianki uwolniona została przestrzeń odpowiadająca masie i objętości guza, co czyniło niemal niemożliwym wystąpienie ciasnoty pooperacyjnej i istnienie jatrogennego źródła ujawnionej tydzień później dysfunkcji powoda, podczas gdy ten biegły na rozprawie w dniu 5 marca 2020 r. stwierdził, że stanowisko lekarzy otolaryngologów z ubezpieczonego szpitala, w myśl którego u powoda wystąpiło jatrogenne, pooperacyjne porażenie nerwu twarzowego jest nadrzędne nad jego stanowiskiem, z dokumentu zdjęciowego dołączonego do pisma procesowego powoda z dnia 8 czerwca 2020 r. wynika, że długość cięcia operacyjnego zastosowanego u powoda w kształcie litery (...) wynosiła około 10 cm, a z opinii biegłego J. K. z dnia 22 stycznia 2021 r. wynika, że guz miał wielkość około 9 mm, pooperacyjny obrzęk tkanek połączony z pooperacyjnym procesem gojenia i bliznowacenia oraz faktem przeprowadzenia powtórnej operacji ślinianki przyusznej miał istotny wpływ na zaistniały u powoda paraliż lewej części twarzy,

b) bezrefleksyjnej afirmacji przez Sąd wypowiedzi biegłego S. w opinii z dnia 23 listopada 2018 r., że jedyną przyczyną powodującą uszkodzenie tych trzech nerwów może być sarkoidoza, podczas gdy nie ma żadnych wpisów w dokumentacji medycznej, potwierdzających występowanie u powoda neurosarkoidozy, biegły neurolog S. w opinii z dnia 19 września 2019 r. wykluczył wystąpienie u powoda uszkodzenia nerwu II i V, a na rozprawie w dniu 5 marca 2020 r. zgodził się z opinią prywatną specjalisty neurologa N., że nie ma żadnych podstaw do formułowania wniosków o istnieniu u powoda neurosarkoidozy, a nerwy czaszkowe II i V u powoda nie są uszkodzone; biegły neurolog wskazał przy tym, że biegły otolaryngolog S. jest mniej kompetentny w zakresie wypowiadania się o nerwach czaszkowych,

c) dokonaniu przez Sąd dowolnej oceny nieuwzględniającej jednoznacznych związków przyczynowo – skutkowych przez przyjęcie założenia, że procesy gojenia i bliznowacenia rany pooperacyjnej, jakie wywołały paraliż lewej części twarzy powoda, nie wynikały z zabiegu operacyjnego z dnia 28 września 2016 r.

Na tych podstawach powód wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku przez zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kwoty 150.000 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 9 lutego 2018 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za krzywdę, zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda renty z tytułu utraconej możliwości zarobkowania w wysokości po 1.500 zł miesięcznie, począwszy od października 2016 r., a ponadto zasądzenie od pozwanego kosztów procesu za obie instancje według norm przepisanych.

Pozwany wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie od powoda kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie, a jej zarzuty były bezzasadne.

Po dokonaniu ponownej oceny materiału procesowego w ramach postępowania apelacyjnego w granicach wywiedzionej apelacji, należy w pierwszej kolejności stwierdzić, że Sąd Okręgowy przeprowadził postępowanie dowodowe w sposób prawidłowy, a poczynione ustalenia faktyczne, zawarte w wyodrębnionej redakcyjnie części uzasadnienia zaskarżonego wyroku, znajdują odzwierciedlenie w treści zgromadzonych w sprawie dowodów. W

związku z tym Sąd Apelacyjny – stosownie do art. 387 § 2<sup>1</sup> pkt 1 k.p.c. – aprobuje te ustalenia i przyjmuje za własne, czyniąc je częścią uzasadnienia swojego wyroku i nie dostrzegając potrzeby ich ponownego szczegółowego przytaczania.

Zauważyć jednocześnie wypada, że Sąd Okręgowy trafnie zakwalifikował stosunek prawny między stronami, poddając objęte pozwem roszczenia ocenie na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 444 § 1 i 2 k.c. i art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 430 k.c., przy czym – z uwagi na kierunek i zakres zaskarżenia apelacją – przedmiotem rozważań Sądu Apelacyjnego objęta jest obecnie jedynie ocena roszczeń o zapłatę zadośćuczynienia w kwocie 150.000 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie za krzywdę, która zdaniem skarżącego wynika z błędnie przeprowadzonego u niego zabiegu operacyjnego, a także o zasądzenie renty w kwocie 1.500 zł miesięcznie, uzasadnianej tymi samymi okolicznościami. Wobec tego Sąd Apelacyjny generalnie podzielił także ocenę prawną Sądu pierwszej instancji i przyjął ją za własną, co powoduje, że konieczne i wystarczające jest jedynie szczegółowe odniesienie się do zarzutów apelacyjnych sformułowanych przez powoda (por. art. 387 § 2<sup>1</sup> pkt 2 k.p.c.).

W pierwszej kolejności zauważyć wypada, że w wyniku przyjęcia prawidłowej kwalifikacji materialnoprawnej roszczeń powoda Sąd pierwszej instancji trafnie rozłożył między stronami ciężar dowodu co do spornych okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy. W szczególności zasadnie uznał, że powoda obciążało wykazanie przesłanek odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela odpowiadającego w tej sprawie w granicach odpowiedzialności jednostki medycznej, w której przeprowadzony został przedmiotowy zabieg z dnia 28 września 2016 r. Rzeczą powoda było więc wykazanie nie tylko tego, że niewątpliwie doznał poważnej szkody niematerialnej w postaci cierpień wynikających z uszkodzenia ciała lub wywołania u niego rozstroju zdrowia, ale także, i to przede wszystkim, że cierpienia te wynikają z zawinionego działania lub zaniechania personelu szpitala, za który odpowiedzialność ponosi pozwany ubezpieczyciel oraz że między tym działaniem lub zaniechaniem zachodzi normalny (adekwatny) związek przyczynowy, o którym mowa w art. 361 § 1 k.c. Ponadto w odniesieniu do roszczenia o rentę z art. 444 § 2 k.c. powinien dodatkowo wykazać utratę zdolności do pracy zarobkowej albo ograniczenie takiej zdolności oraz adekwatny (normalny) związek między zawinionym działaniem lub zaniechaniem personelu szpitala, za który odpowiada pozwany ubezpieczyciel a powyższymi skutkami.

W ślad za tym wskazać należy, że Sąd pierwszej instancji prawidłowo ocenił roszczenia powoda w zakresie objętym apelacją jako niewykazane i również tę ocenę podziela Sąd Apelacyjny, w czym wyraża się istota oceny sprawy dokonanej przez Sąd odwoławczy. Nie kwestionując faktów doznania przez powoda szkody niematerialnej w postaci cierpień fizycznych i psychicznych wynikających z odniesionego uszczerbku na zdrowiu ani nie znajdując podstaw do podważania tezy powoda o ograniczeniu jego zdolności do wykonywania pracy zarobkowej, decydujące znaczenie nadać należy temu, że w aktach sprawy nie znajduje się żaden dowód pozwalający na przypisanie winy pracownikom szpitala, za którego pozwany odpowiada jako jego ubezpieczyciel w zakresie OC.

Podkreślić trzeba, że Sąd pierwszej instancji przeprowadził bardzo obszerne postępowanie dowodowe, które w zasadzie odpowiadało inicjatywie powoda, a następnie bardzo skrupulatnie i przekonująco ocenił zebrany materiał dowodowy, na podstawie którego doszedł do wniosków o niezasadności tych roszczeń powoda, których dotyczy wniesiona przez niego apelacja. Dokumentacja medyczna, dotycząca powoda, została poddana ocenie trzech niezależnych od siebie biegłych sądowych: biegłego otolaryngologa T. S. (1), biegłego otolaryngologa J. K. oraz biegłego neurologa J. S. (1). Każdy z biegłych sporządził opinię podstawową w oparciu o badanie przedmiotowe powoda, jego dokumentację medyczną oraz akta sprawy, a następnie biegli (T. S. w czterech pisemnych opiniach uzupełniających, a J. S. w pisemnej opinii uzupełniającej oraz ustnie na rozprawie) wyczerpująco ustosunkowali się do podnoszonych przez powoda zastrzeżeń. Ogółem w postępowaniu dowodowym przeprowadzonym przez Sąd Okręgowy zgodnie z inicjatywą powoda biegli z odpowiednich specjalności aż dziewięćkrotnie wypowiadali się na temat oceny prawidłowości zachowania personelu (...) Szpitala (...) w O., w szczególności w odniesieniu do zabiegu wykonanego u powoda w dniu 28 września 2016 r. W żadnym wypadku nie dopatryli się jednak okoliczności nie tylko wskazujących wprost na popełnienie błędu przez ten personel, ale także na istnienie choćby wysokiego prawdopodobieństwa popełnienia takiego błędu.

Formułowane przez powoda pod adresem biegłych zarzuty są natomiast polemiczne i sprowadzają się do akcentowania pojedynczych rozbieżności w oderwaniu od kontekstu i całokształtu wypowiedzi każdego z trzech biegłych. Tymczasem podkreślenia wymaga, że w zakresie kluczowym z punktu widzenia oceny zasadności roszczeń powoda wszyscy biegli, i to niezależnie od siebie, dochodzili do tożsamej konstatacji o braku możliwości kategorycznego przypisania błędu w sztuce medycznej personelowi szpitala, za który odpowiedzialność ponosi pozwany ubezpieczyciel. Dwóch biegłych lekarzy otolaryngologów oraz biegły lekarz neurolog, oceniając przypadek powoda – każdy przez pryzmat swoich specjalizacji – jednogłośnie stwierdzili w swoich opiniach, że odstęp czasowy, jaki zachodzi między zabiegiem a wystąpieniem u powoda objawów porażenia nerwu twarzowego, a także wykazany badaniami przedmiotowymi fakt nieprzerwania ciągłości tego nerwu podczas powyższego zabiegu, wykluczają możliwość przyjęcia, że doszło do błędu w sztuce medycznej. Każdy z biegłych wyraził stanowcze i umotywowane wnioski niepotwierdzające stanowiska skarżącego, że personel (...) szpitala ponosi winę za wystąpienie u powoda objawów porażenia nerwu twarzowego.

Oczywiste jest przy tym, że stwierdzenie popełnienia błędu w sztuce medycznej wymaga wiadomości specjalnych, więc zasadniczo może być wykazane w procesie wyłącznie dowodem z opinii biegłego. Wobec tego nie są wystarczające i przekonujące kontrargumenty apelacji, formułowane z powołaniem się na jednostkowe wypowiedzi lekarzy, będące w istocie opiniami prywatnymi, których walor dowodowy sprowadza się do wsparcia stanowiska procesowego strony wiadomościami specjalnymi. Opinie prywatne nie stanowią bowiem przeciwdowodu dla opinii biegłego sądowego, wykonanej na zlecenie sądu. W sytuacji, w której trzech niezależnych od siebie biegłych sądowych, nie potwierdziło zawinionego działania personelu szpitala, nie może świadczyć o istnieniu takiego błędu twierdzenie dr. nauk medycznych J. N. – specjalisty neurologa, że przy zabiegu usunięcia ślinianki w dniu 28 września 2016 r. doszło do jatrogennego uszkodzenia nerwu twarzowego, ponieważ specjalista ten nie powiązał tego wniosku z jakąkolwiek przesłanką ani nie wyjaśnił, z czego wniosek ten miałby wynikać (k. 273), zwłaszcza nie wskazał okoliczności nieuwzględnionych lub wadliwie ocenionych przez biegłych sądowych, wobec których jego stanowisko pozostawało w kontrze.

Reasumując, Sąd Apelacyjny wskazuje, że o ile nawet można byłoby zgodzić się ze skarżącym, że zachodzą wątpliwości co do faktycznej przyczyny wystąpienia u powoda objawów porażenia nerwu twarzowego, ponieważ przeprowadzone w tej sprawie opinie biegłych wskazują jednoznacznie, że przyczyna ta jest nieznaną, to ewentualne wątpliwości muszą być rozstrzygane na korzyść strony pozwanej zgodnie z zasadami rozkładu ciężaru dowodu w niniejszej sprawie. Podstawowe znaczenie ma to, że żaden z przeprowadzonych dowodów nie pozwala na przyjęcie wniosku, że w stanie faktycznym sprawy doszło do zawinionego działania personelu szpitala. Przeciwnie, wszyscy biegli konsekwentnie wskazują, że zabieg operacyjny z dnia 28 września 2016 r. został wykonany zgodnie z zasadami sztuki medycznej oraz że podczas tego zabiegu niewątpliwie nie doszło do przerwania ciągłości nerwu twarzowego, co świadczyłoby o błędzie, ponadto że fakt braku objawów porażenia tego nerwu u powoda natychmiast po zakończonej operacji uniemożliwia przyjęcie, że ich wystąpienie jest następstwem zabiegu.

Zauważyć można, że podobnie jak tendencyjnie i wybiórczo skarżący interpretował treść zebranej dokumentacji medycznej oraz opinii biegłych, tak samo podszedł on do treści pisemnego uzasadnienia zaskarżonego wyroku, próbując zdyskredytować je przez wskazywanie na istnienie niedokładności lub sprzeczności w argumentacji Sądu pierwszej instancji. Z tego punktu widzenia wziąć jednak trzeba pod uwagę, że Sąd ten w części zawierającej opis ustalonego stanu faktycznego (od strony trzeciej do trzynastej) bardzo często po prostu przytaczał treść dokumentacji medycznej lub opinii biegłych, które oczywiście miały różną zawartość, co jedynie prima facie mogłoby wskazywać na niespójność stanowiska w/w Sądu, ale po całościowej analizie uzasadnienia zaskarżonego wyroku nie można mieć wątpliwości ani co do tego, jakie okoliczności faktyczne o charakterze istotnym dla rozstrzygnięcia zostały uznane przez ten Sąd za udowodnione, ani co do tego, w jaki sposób dokonał on oceny zebranych dowodów oraz oceny prawnej ustalonego stanu faktycznego.

Nie zasługiwały więc na uwzględnienie zarzuty dokonania przez Sąd pierwszej instancji błędnych i wzajemnie wykluczających się ustaleń faktycznych oraz naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. przez przekroczenie granic swobodnej



oceny dowodów. Podkreślić trzeba, że w gruncie rzeczy powód oczekuje, aby sądy orzekające dokonały korzystnych dla niego ustaleń faktycznych wbrew treści sporządzonych przez odpowiednich biegłych opinii. Nie jest to jednak możliwe, mimo powszechnie głoszonej zasady, że sąd jest najwyższym biegłym, ponieważ nie może to oznaczać, że sąd może zignorować wnioski specjalistów i oprzeć się na własnych wnioskach lub ocenach w takim zakresie, w jakim konieczne jest posiadanie wiadomości specjalnych niedostępnych dla sądu orzekającego. W związku z tym chociaż powód (lub jego pełnomocnik) jest subiektywnie przekonany o swojej racji, to nie może domagać się, aby sądy orzekające obu instancji wbrew wyczerpującym i rzetelnym opiniom biegłych odmiennie oceniły kwestię popełnienia błędu medycznego przez personel (...) szpitala.

Skoro fakt zawinonego działania lub zaniechania personelu powyższego szpitala nie został w tej sprawie wykazany, w gruncie rzeczy zbędne jest wdawanie się w szczegółowe dywagacje nad adekwatnym związkiem przyczynowym w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. Rozważanie tej przesłanki byłoby bowiem celowe jedynie wtedy, gdyby ustalono, że w ogóle doszło do jakichś nieprawidłowości podczas wykonywania u powoda zabiegu w dniu 28 września 2016 r. W związku z tym odnośnie do sformułowanego w tym zakresie zarzutu apelacji wskazać jedynie należy, że nie jest zrozumiałe powoływanie się przez powoda na art. 31 ust. 1 oraz art. 34 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, gdyż przepisy te nie mają żadnego znaczenia w kontekście twierdzenia, że związek między zachowaniem personelu lekarskiego a szkodą nie musi być bezpośredni.

Kwestia ta jest natomiast uregulowana w art. 361 k.c., zgodnie z którym powszechnie przyjmuje się w doktrynie i orzecznictwie, że związek przyczynowy musi być adekwatny, przez co rozumie się, że szkoda musi być normalnym następstwem działania lub zaniechania. W niniejszej sprawie fakt istnienia związku między szkodą powoda a zawinionym działaniem lub zaniechaniem personelu medycznego nie budziłby wątpliwości, ale jedynie wówczas gdyby zostało ustalone, że doszło do tzw. błędu w sztuce, czego jednak powód nie wykazał.

Nawet mając na uwadze przyjmowaną niekiedy w tzw. procesach medycznych koncepcję, że ze względu na charakter okoliczności, związanych ze skomplikowanymi bardzo często zabiegami lub leczeniem, wykazanie związku przyczynowego może być nader utrudnione, wobec czego można uznać za wystarczające wykazanie istnienia jedynie dostatecznie wysokiego prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego między zachowaniem personelu medycznego a szkodą, to pogląd ten nie może iść aż tak daleko, aby na tej podstawie przyjmować również domniemanie istnienia zawinonego zachowania personelu.

W przeciwnym razie oznaczałoby to w gruncie rzeczy, że odpowiedzialność placówki medycznej powstaje w każdym przypadku wystąpienia u pacjenta szkody po przeprowadzonym leczeniu, nawet jeśli nie ma dowodów potwierdzających niezgodność zachowania personelu tej placówki z zasadami wiedzy i sztuki medycznej. Do tego zaś sprowadza się stanowisko powoda, który oczekuje, że z faktu wystąpienia u niego objawów porażenia nerwu twarzowego lewego po zabiegu, ale nie podczas jego wykonywania lub bezpośrednio po nim, zostanie wyprowadzony wniosek, że musiało to wynikać z popełnienia jakiegoś błędu przez osoby wykonujące u niego zabieg w dniu 28 września 2016 r. Takie oczekiwanie nie może jednak zostać zaspokojone, skoro biegli nie stwierdzili istnienia choćby dostatecznie uzasadnionego prawdopodobieństwa (nie mówiąc tym bardziej o pewności), że wskazywane przez powoda następstwa były wynikiem błędu medycznego popełnionego podczas tego zabiegu.

Kierując się powyższymi względami, Sąd Apelacyjny uznał, że powód nie zdołał skutecznie podważyć ustaleń faktycznych i wniosków przyjętych przez Sąd pierwszej instancji, wobec czego oddalił apelację na podstawie art. 385 k.p.c. jako pozbawioną usprawiedliwionych podstaw.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Apelacyjny orzekł na mocy art. 102 k.p.c., uznając, że mimo przegrania sprawy przez powoda zachodzi szczególnie uzasadniony przypadek przemawiający za nieobciążaniem go kosztami tego postępowania, zważywszy na jego aktualną sytuację finansową i zdrowotną oraz niewątpliwe subiektywne przekonanie o zasadności jego stanowiska, a także na to, że udział pozwanego ograniczył się do złożenia lakonicznej odpowiedzi na apelację, która niewątpliwie nie wymagała od jego pełnomocnika istotnego nakładu pracy lub czasu.

SSA Marek Machnij