



WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 czerwca 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący - Sędzia SA – Marzanna Góral
Sędzia SA – Zbigniew Stefan Cendrowski
Sędzia SO (del.) – Joanna Zaporowska (spr.)
Protokolant: st. sekr. sąd. Monika Likos

po rozpoznaniu w dniu 28 maja 2013 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa Adama Sandauera

przeciwko Skarbowi Państwa reprezentowanemu przez Ministra Zdrowia
i Wojewodę Mazowieckiego

o odszkodowanie, zadośćuczynienie, rentę, ustalenie i nakazanie

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 16 sierpnia 2012 r. sygn. akt II C 278/06

- 1. oddała apelację,**
- 2. zasądza od Adama Sandauera na rzecz Skarbu Państwa reprezentowanego przez Wojewodę Mazowieckiego kwotę 5 400 (pięć tysięcy czterysta) zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w instancji odwoławczej,**
- 3. nakazuje pobrać od Adama Sandauera na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie kwotę 17 160 (siedemnaście tysięcy sto sześćdziesiąt) zł tytułem opłaty od apelacji.**



UZASADNIENIE

Powód Adam Sandauer, pozewem z dnia 3 kwietnia 2001 r., domagał się zasądzenia solidarnie na jego rzecz od Skarbu Państwa reprezentowanego przez Ministra Zdrowia i Wojewodę Mazowieckiego kwoty 300.000 zł., tytułem odszkodowania za błędy w leczeniu wraz z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pozwu, kwot po 3.600 zł. miesięcznie tytułem renty, płatnej do dnia 10-go każdego miesiąca, wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku zwłoki w płatności którejkolwiek raty od kwietnia 2001 r. oraz nakazanie pozwanemu Ministrowi Zdrowia, aby w terminie 3 miesięcy od uprawomocnienia się wyroku skierował powoda do kompetentnego ośrodka leczniczego w celu wyleczenia go z dolegliwości, których nabawił się podczas pobytów w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie przy ul. Stępińskiej 19/25 i w Centralnym Szpitalu Klinicznym Akademii Medycznej w Warszawie przy ul. Banacha 1a, w których to Szpitalach był wadliwie leczony w 1994 r. Wniósł też o ustalenie odpowiedzialności za skutki wadliwego leczenia na przyszłość.

W piśmie z dnia 9 listopada 2001 r. powód sprecyzował powództwo wskazując, że w ramach żądanej kwoty 300.000 zł. wnosi o zasądzenie zwrotu poniesionych kosztów leczenia w wysokości 15.859 zł., utraconych zarobków w wysokości 126.000 zł. oraz zadośćuczynienia za cierpienia w wysokości 158.141 zł. Powód wskazał również, że od momentu popełnienia błędu lekarskiego w marcu 1994 r. przeszedł 13 naprawczych zabiegów operacyjnych, a więc znaczna szkoda, którą ten błąd wyrządził była diagnozowana w ciągu następnych kilku lat.

Pozwany Skarb Państwa – Minister Zdrowia wniósł o oddalenie powództwa, podnosząc zarzut przedawnienia, wskazał na brak swojej legitymacji biernej oraz niewykazanie, że doszło do błędu medycznego.

Pozwany Skarb Państwa – Wojewoda Mazowiecki podniósł brak odpowiedzialności Wojewody za wskazane w pozwie placówki zdrowia, niewykazanie popełnienia błędów w tych placówkach, a także brak uzasadnienia do zasądzenia renty.

Pozwany podniósł również zarzut przedawnienia, wskazał, że Wojewoda nie jest organem założycielskim żadnej z wskazanych placówek służby zdrowia.

Sąd Okręgowy wyrokiem z dnia 18 sierpnia 2012 r. oddalił powództwo i zasądził od Adama Sandauera na rzecz Skarbu Państwa – Ministra Zdrowia i Wojewody Mazowieckiego kwoty po 1.000 złotych, tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego, zaś koszty sądowe przejął na rachunek Skarbu Państwa.

Sąd Okręgowy poczynił następujące ustalenia faktyczne:

Adam Sandauer, urodzony w dniu 17 grudnia 1950 r., został przyjęty do Szpitala Czerniakowskiego przy ul. Stępińskiej w Warszawie w dniu 14 lutego 1992 r., gdzie przebywał do dnia 17 lutego 1992 r. Podawał, że ma uczucie przeszkody w gardle, nasilające się podczas połykania i długiego mówienia. Adam Sandauer wyraził pisemną zgodę na wykonanie direktoskopii. Została mu usunięta przez prof. Andrzeja Kukwę torbiel wielkości wiśni na fałdzie językowo – nagłośniowym.

Powód przebywał ponownie w tym szpitalu w okresie od 19 do 26 sierpnia 1992 r. Został przyjęty z powodu utrzymujących się, a nawet nasilających, dolegliwości ze strony gardła i krtani w postaci uczucia przeszkody po prawej stronie szyi. W dniu 24 sierpnia 1992 r. prof. Andrzej Kukwa, przy asyście dra Więclawskiego, wykonał direktoskopię i ezofagoskopię.

Następnie Adam Sandauer był leczony w Klinice Otolaryngologii Instytutu Chirurgii Akademii Medycznej przy ul. Banacha w Warszawie w okresie od dnia 14 do dnia 19 lutego 1993 r. Został przyjęty z rozpoznaniem skrzywienia przegrody nosa i polipami zatoki szczękowej lewej, w celu wykonania operacji przegrody nosa i prawej zatoki szczękowej. W dniu 16 lutego 1993 r. dr Andrzej Krzeski, przy asyście prof. Grzegorza Jaczewskiego wykonał zabieg operacyjny: septoplastykę, plastykę lejka sitowego i usunięcie polipów nosa (endoskopowe).

Powód ponownie przebywał w tej Klinice od dnia 22 do dnia 23 marca 1993 r., celem kontrolnego badania endoskopowego. W dniu 22 marca 1993 r. wykonano mu endoskopię nosa, a w dniu 2 lipca 1993 r. endoskopię sitowia prawego.

Adam Sandauer był ponownie leczony w Szpitalu Czerniakowskim na Oddziale Laryngologii w okresie od dnia 13 do dnia 16 sierpnia 1993 r. W dniu 13 sierpnia 1993 r. wykonano zabieg diagnostyczny: otwarcie zatoki klinowej prawej i konchoplastykę małżowin nosowych dolnych obustronnie. Na tym samym oddziale powód przebywał następnie w dniach 23-24 września 1993 r. z rozpoznaniem zapalenia przewlekłego zatoki szczękowej i klinowej po stronie lewej. W dniu 23 września 1993 r. prof. Andrzej Kukwa przeprowadził zabieg operacyjny endoskopowy – kontrolę zatoki klinowej.

i szczękowej lewej. Ponownie pacjent przebywał na tym oddziale w dniach 21-26 października 1993 r. z rozpoznaniem przewlekłego zapalenia zatoki czołowej i klinowej. Przeprowadzono funkcjonalną endoskopową operację zatok. Następnie Adam Sandauer był na tym oddziale w dniach 2-6 grudnia 1993 r. z rozpoznaniem przewlekłego zapalenia zatok szczękowych i klinowych. W dniu 2 grudnia 1993 r. prof. Kukwa i dr Krajewski wykonali zabieg operacyjny septoplastyki i directoscopii.

Kolejna wizyta pacjenta na tym oddziale miała miejsce w dniach 10-14 marca 1994 r. z rozpoznaniem przewlekłego zapalenia zatok i zwapnienia więzadła rylcowo – gnykowego. Adam Sandauer w dniu 10 marca 1994 r. wyraził pisemną zgodę na proponowane leczenie i zabieg operacyjny FEOZ usunięcia więzadła rylcowo – gnykowego po stronie prawej i usunięcie brodawki. W dniu 11 marca 1994 r. dr Krajewski, przy asyście prof. Kukwy, wykonał operację usunięcia wyrostka rylcowo – gnykowego po stronie prawej z dojścia zewnętrznego. Z pobranego wymazu z nosa w dniu 4 marca 1994 r. wyhodowano gronkowca złocistego.

Adam Sandauer przebywał następnie w dniach 18-21 lipca 1994 r. w Klinice Otolaryngologii Akademii Medycznej przy ul. Banacha w Warszawie z rozpoznaniem stanu po operacji skrócenia wyrostka rylcowatego prawego i subiektywnym uczuciem duszności napadowej. Pacjent zgłaszał, że okresowe uczucie duszności jest spowodowane, jego zdaniem, obniżaniem się kości gnykowej i wklonowywaniem w jej obręb chrząstki tarczowatej. W trakcie badania i kilkugodzinnego pobytu w klinice nie zaprezentował duszności. W trakcie pobytu w klinice, po zbadaniu pacjenta i wykonaniu badań, nie stwierdzono żadnych zmian, które zobiektywizowałyby subiektywne dolegliwości chorego.

Na zlecenie Adama Sandauera w dniu 18 października 1994 r. wykonano u niego badanie usg, które nie wykazało żadnych nieprawidłowości. Natomiast w opisie badania elektromiograficznego z dnia 3 listopada 1994 r. zapisano: „próba tężyczkowa wybitnie dodatnia”.

W opisie badania tarczycy (scyntygrafii) z dnia 5 listopada 1994 r. sugerowano wole nadczynne.

W 1995 r. Adam Sandauer zgłaszał się kilkakrotnie do Kliniki Otolaryngologii Katedry Chorób Ucha, Nosa, Gardła i Krtani AM w Poznaniu, gdzie był konsultowany przez prof. dr hab. Zygmunta Szmeję w związku ze zgłaszanym uczuciem przesuwania się struktur anatomicznych szyi. W klinice tej wykonano rewizję okolicy trzonu i bocznego ramienia prawego kości gnykowej, przyszywając długowchłanianym szwem mięsień rylcowo – gnykowy do kości gnykowej, a następnie zalewając tę okolice klejem

fibrynowym. Następnie z powodu skarg pacjenta na przesuwanie się zluźnionych poszczególnych warstw mięśniowych szyi wstrzyknięto w okolicy przebiegu mięśnia mostkowo – sutkowo – obojczykowego i obojczykowo – gnykowego po 2 cm kleju fibrynowego po prawej i lewej stronie. Następnie w wyniku utrzymywania się uczucia „zrotowania” kości gnykowej, wykonano odsłonięcie struktur mięśniowych szyi po obu stronach, stwierdzając prawidłowy układ.

Z tomografii komputerowej szyi wykonanej w dniu 21 czerwca 1996 r. wynikał brak włókien mięśniowych mięśnia czworobocznego oraz niemożliwość prześledzenia przebiegu mięśnia łopatkowo – gnykowego. Poza tym badane mięśnie były prawidłowe. Stwierdzono zmiany bliznowate w tkance podskórnej. Innych zmian nie stwierdzono.

W dniu 26 lipca 1996 r. w Klinice w Krakowie dr Maciej Modrzejewski wykonał operację wzmocnienia mięśnia mostkowo – obojczykowo – sutkowego szwami podłużnymi katgutowymi, stwierdzając, że struktura pozostałych mięśni jest zasadniczo nienaruszona, zaś mięsień rylcowo – gnykowy jest bez proksymalnego przyczepu. Prawą stronę szyi uwolniono z licznych blizn, które przemieszczały mięsień mostkowo – obojczykowo – sutkowy i łopatkowo – gnykowy ku środkowi. Częściowo uwolniono blizny mięśni mostkowo – tarczowych i mostkowo – gnykowych. Zrewidowano przyczep mostkowy mięśnia czworobocznego. Stwierdzono prawidłowy przyczep do mostka. Na brzegu mięśnia czworobocznego stwierdzono rozdarcie włókien – na miejsce uszkodzone założono szwy.

W dniu 4 sierpnia 1996 r. Adam Sandauer ponownie zgłosił się do tej kliniki z powodów bólu szyi. W badaniu KT szyi stwierdzono zerwanie przyczepu mięśnia czworobocznego i powiększone węzły chłonne. Wykonano operację eksploracyjną mięśni szyi.

W dniu 12 grudnia 1996 r. prof. dr hab. med. Władysław Manikowski – kierownik Kliniki Chirurgii Ręki Instytutu Ortopedii i Rehabilitacji AM w Poznaniu konsultował Adama Sandauera, zalecając kontynuowanie zabiegów fizykalnych i rehabilitację, a w przypadku braku poprawy ewentualnie rewizję splotu ramiennego. Przyczyną dolegliwości bólowych pacjenta w obrębie szyi i lewego barku, zdaniem opiniującego, był ucisk na korzenie C5-C8, jak również zmiany bliznowate w obrębie splotu ramiennego.

W dniu 20 lutego 1997 r. w Klinice Otolaryngologii UJ Collegium Medicum w Krakowie przeprowadzono u Adama Sandauera reoperację usuwając blizny i tkankę martwiczą z okolicy mięśnia mostkowo – obojczykowo – sutkowego po prawej stronie szyi. Wzmocniono uszkodzone włókna mięśnia czworobocznego z lewej strony i usunięto blizny z okolic splotu ramiennego. Pojawiły się patologie w funkcjonowaniu

trąbki słuchowej prawego ucha, które są związane z uszkodzeniem mięśnia stylohyoideus. Równoległe nastąpiło gwałtowne zwiększenie zmian w kręgosłupie. Badanie z dnia 9 czerwca 1997 r. wykazało znaczne zaburzenie wydalania wapnia i fosforu w moczu. Zdiagnozowano też znaczne odwapnienie odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Stwierdzono, że zdiagnozowane od 1994 r. zaburzenia metabolizmu wapnia i fosforu doprowadziły do uszkodzenia przez tężyczkę kilku mięśni szyi i barku. Nastąpiło znaczne odwapnienie kręgosłupa i w następstwie zmiany degeneracyjne.

W dniach 14-24 października 1997 r. Adam Sandauer przebywał w Centralnym Szpitalu Weteranów w Klinice Neurochirurgii i Chirurgii Nerwów Obwodowych w Łodzi, gdzie wykonano mu operację metodą Clowarda C5-C6 i C6-C7 i operację plastyczną przepukliny. W okresie 27-30 kwietnia 1998 r. wykonano rewizję rany operacyjnej na szyi po stronie lewej z usunięciem guzka tej okolicy (nerwiak okolicy bocznej szyi).

W dniach 1-4 czerwca 1998 r. przeprowadzono mioplastykę mięśni szyi po stronie lewej, plastykę skóry szyi, rewizję rany pooperacyjnej na szyi, plastykę skóry. W dniach 5-8 marca 2002 r. wykonano operacyjnie rewizję splotu barkowego lewego, częściowo przecięto mięśnie pochyle przednie po lewej stronie.

W okresie od 26 listopada do 6 grudnia 2003 r. Adam Sandauer miał wykonaną operację wertebraktomii bocznej C6 lewostronnej i foraminotomii C5-C6 i C6-C7, stwierdzono stan po operacji kręgosłupa szyjnego, ciasnotę zachyłkowi lewostronną C5-C6 i C6-C7, stan po plastyce mięśni gardła i karku, stan po rewizji splotu ramiennego lewego. Pacjent podawał w wywiadzie tężyczkę.

W dniach 12-17 października 2005 r., z uwagi na spondylozę szyjną, zespół bólowy o typie rwy szyjno – ramiennej lewostronnej, wykonano operację foraminotomii C5-C6 po stronie lewej, częściowo wycięto bliznę pooperacyjną z otworu międzykręgowego.

W dniach 31 sierpnia – 6 września 2006 r. z uwagi na spondylozę szyjną, zespół bólowy o typie rwy szyjno – ramiennej lewostronnej i stan po wielokrotnych operacjach w obrębie szyi i kręgosłupa wykonano reperację odbarczenia tętnicy kręgowej na poziomie C4-C5 i C5-C6 i odbarczenie korzeni C5-C6.

W dniu 21 września 2010 r. Adam Sandauer przeszedł operację z cięcia po bliźnie po poprzednim zabiegu, wypreparowano naczynia i nerwy, aby ułatwić dostęp do głębiej leżących struktur. Wyłuszczone 1,5 cm fragment wyrostka rylcowatego.

U Adama Sandauera obecnie rozpoznano: stan po usunięciu brodawczaka tylnej ściany gardła, stan po usunięciu torbieli zastoinowej fałdu nagłośniowo – językowego, przewlekłe zapalenie zatok przynosowych, stan po leczeniu zachowawczym

operacyjnym przewlekłego zapalenia zatok, stan po operacji usunięcia więzadła rylcowo – gnykowego z resekcją rogu mniejszego kości gnykowej po stronie prawej, stan po licznych, co najmniej 5, reoperacjach na mięśniach szyi, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa leczone operacyjnie w odcinku szyjnym.

Leczenie Adama Sandauera, jego kolejność, wykonywane badania oraz zabiegi w Szpitalu Czerniakowskim oraz Klinice Akademii Medycznej przy ul. Banacha w Warszawie, były prawidłowe. Adam Sandauer był leczony zgodnie ze sztuką medyczną.

Pacjent zgłosił się z bólem gardła, nasilającym się przy połykaniu, podał, że jest nałogowym palaczem. W związku z powyższym w pierwszej kolejności należało wykluczyć zmiany organiczne w obrębie gardła i krtani, włącznie ze zmianami o charakterze nowotworowym, następnie należało wykluczyć zmiany zapalne, a dopiero w ostatniej kolejności zmiany zwyrodnieniowe, w tym przypadku zwapniałe więzadło.

Pomimo zatem, że już na zdjęciach rentgenowskich z czerwca i sierpnia 1992 r. widoczne było więzadło rylcowo – gnykowe ze zwapnieniami, to przed podjęciem decyzji o jego usunięciu jako przyczyny bólu szyi należało wykonać wszystkie czynności lecznicze jakie zostały wykonane w Szpitalu Czerniakowskim oraz Klinice Otolaryngologii AM przy ul. Banacha.

W szczególności operacja zespołu Eagle'a została wykonana prawidłowo. Lekarz operator dokonuje wyboru najlepszej metody operacyjnej kierując się dobrem pacjenta, czyli bezpieczeństwem śródoperacyjnym, dobrym wglądem w pole operacyjne i jak najmniejszym ryzykiem powikłań. Chociaż częściej stosowaną metodą operacji zespołu Eagle'a jest metoda z dojścia wewnętrznego, to znana i stosowana jest także metoda z dojścia zewnętrznego. Wybór tej metody u powoda był słuszny, zważywszy na występujące wcześniej u tego pacjenta przewlekłe procesy zapalne w obrębie błony śluzowej gardła i zatok przynosowych. Po usunięciu niewielkiego brodawczaka rana goiła się bardzo długo, ropiejąc i będąc źródłem dodatkowych dolegliwości. Dlatego można przyjąć, że u Adama Sandauera zastosowanie dojścia wewnętrznego przy tej operacji skutkować by mogło ryzykiem wystąpienia powikłania w postaci stanu zapalnego przestrzeni przygardłowej, w której znajduje się wyrostek rylcowaty. Stan taki jest ciężkim powikłaniem zagrażającym życiu pacjenta.

U Adama Sandauera istniały nasilone zmiany zwyrodnieniowe w obrębie całej długości więzadła, a pozostawienie jego fragmentu przy kości gnykowej mogłoby powodować dalsze dolegliwości.

Adam Sandauer nie miał ataku tężyczki. Tym samym nie zostały zerwane żadne mięśnie w wyniku napadu tężyczki. Przyczyną uszkodzeń splotu ramiennego są prawdopodobnie sumujące się zmiany bliznowate powstające w wyniku kolejnych zabiegów operacyjnych na mięśniach szyi oraz kręgosłupie szyjnym przy współistniejących samoistnych zmianach zwyrodnieniowych kręgosłupa.

Nie jest możliwe, żeby uszkodzenia mięśnia czworobocznego spowodowało samo w sobie uszkodzenie kręgosłupa. Uszkodzenie tego mięśnia nie nastąpiło na skutek operacji wykonywanych w Szpitalu Czerniakowskim ani w Klinice Otolaryngologii Szpitala przy ul. Banacha.

Obecny stan kręgosłupa szyjnego oraz struktur mięśniowych szyi Adama Sandauera wymaga leczenia rehabilitacyjnego. Stan kręgosłupa i mięśni szyi jest u niego spowodowany samoistnymi zmianami zwyrodnieniowymi oraz licznymi interwencjami operacyjnymi.

Wyżej wskazany stan faktyczny ustalony został przez Sąd Okręgowy w oparciu o opinie sądowno – lekarskie instytutu naukowego – Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu – Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy – Zakładu Medycyny Sądowej w Bydgoszczy, wydane przez zespół biegłych lekarzy dra hab. med. Macieja Śniegockiego – specjalistę neurochirurgii, dra med. Elżbietę Wanat – Słupską – specjalistę neurologii, dra med. Leopolda Kokoszczyńskiego – specjalistę ortopedii, dra med. Hannę Mackiewicz – Nartowicz – specjalistę laryngologii, dra med. Danutę Zalewską – Rydzkowską – specjalistę chorób wewnętrznych, endokrynologa oraz lek. med. Piotra Engelgardta – specjalistę medycyny sądowej, pisemną opinię główną z dnia 8 lipca 2009 r. – k. 959-975, dwie pisemne opinie uzupełniające – k. 1234-1244 i 1298-1304 oraz ustną opinię uzupełniającą w formie wideokonferencji – k. 1384-1390 i dokumentację medyczną znajdującą się na kartach 9-26, 47-133, 135-138, 164-179, 200, 342-344, 472, 527-528, 531-534, 608, 619-644, 647-692, 698-699, 718-721, 729-765, 771-772, 894-912, 994, 1009-1037, 1070-1116, 1145-1186, 1198-1199, 1216-1219, 1441-1443.

W następnej kolejności Sąd Okręgowy ustalił, że Adam Sandauer zgłosił się do Szpitala Czerniakowskiego przy ul. Stępińskiej w Warszawie, gdyż szpital ten leży w jego rejonie, a ponadto dyrektorem szpitala był jego kolega – Michał Tokarzewski (*zeznania powoda Adama Sandauera – k. 575-578, 1448-1449*).

Marek Krajewski konsultował się w sprawie leczenia Adama Sandauera z dr Theo Gregorem, pisząc, że jego doświadczenie w chorobach obszaru głowy i szyi jest zbyt

małe, aby rozwiązać problem występujący u tego pacjenta (*korespondencja – k. 766-769*).

Postanowieniem z dnia 27 marca 1998 r. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie umorzył postępowanie wyjaśniające w sprawie lekarzy prof. Andrzeja Kukwy i prof. Grzegorza Janczewskiego, którym zarzucono nieprawidłowe leczenie chorego powoda. W uzasadnieniu wskazano, że w trakcie postępowania wielokrotnie przesłuchano skarżącego, przesłuchano skarżonych lekarzy oraz zasięgnięto opinii czterech biegłych, dwóch laryngologów, endokrynologa i ortopedy i zarzuty Adama Sandauera nie zostały potwierdzone (*postanowienie wraz z uzasadnieniem – k. 393-394*).

Postanowieniem z dnia 11 sierpnia 1999 r. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej utrzymał w mocy zaskarżone zażaleniem przez Adama Sandauera postanowienie z dnia 27 marca 1998 r. (*postanowienie wraz z uzasadnieniem – k. 395-397*).

Na zlecenie Prokuratora Rejonowego Warszawa – Mokotów na potrzeby postępowania przygotowawczego o sygnaturze akt 5 Ds. 888/01/IV została wydana opinia przez instytut naukowy – Akademię Medyczną im. Piastów Śląskich we Wrocławiu – Katedrę i Zakład Medycyny Sądowej. Opinię wydał zespół w składzie prof. dr hab. Barbara Świątek – kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu, doc. dr hab. Wojciech Zub – specjalista neurochirurg, dr n. med. Roman Badowski – specjalista radiolog, dr n. med. Grażyna Tupikowska – specjalista endokrynolog, dr n. med. Henryk Kaczkowski – specjalista chirurgii szczękowej, dr n. med. Wojciech Pawlak – specjalista chirurgii szczękowej, dr n. med. Jerzy Kawecki – adiunkt Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu. Zgodnie z tą opinią brak jest podstaw do przyjęcia, aby leczenie powoda, zwłaszcza operacyjne, w latach 1992-1994 w Klinikach Otolaryngologii w Warszawie przy ul. Stępińskiej i przy ul. Banacha było nieprawidłowe. Diagnostyka w tych placówkach była prowadzona wielokierunkowo, zastosowane leczenie i techniki operacyjne były prawidłowe. Biegli stwierdzili też, że u Adama Sandauera nie wystąpiła pełnoobjawowa tężyczka i należy kategorycznie wykluczyć możliwość urwania mięśnia rylcowo – gnykowego, wskazując, że mięsień ten jest zachowany w całości po obu stronach. Stan kręgosłupa Adama Sandauera, zarówno w latach 1990-tych, jak i obecny, jest wynikiem postępu samoistnego schorzenia – zmian zwyrodnieniowo – zniekształcających kręgosłupa oraz przebytej choroby Scheuermanna (*opinia – k. 397-424*).

Postanowieniem z dnia 23 kwietnia 2004 r., sygn. akt: 5 Ds. 888/01/IV, Prokurator umorzył śledztwo w sprawie dotyczącej narażenia Adama Sandauera na bezpośrednie niebezpieczeństwo ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia na skutek przeprowadzonych zabiegów chirurgicznych w Klinice Laryngologicznej Szpitala Czerniakowskiego przy ul. Stępińskiej w Warszawie w okresie od 1992 r. do 1994 r. oraz w Klinice Otolaryngologicznej Instytutu Chirurgii AM przy ul. Banacha 1a w Warszawie w lipcu 1994 r., dopuszczenia się zaniedbań w postępowaniu diagnostycznym, co doprowadziło u Adama Sandauera do uszkodzenia ciała w postaci destrukcji mięśnia szyi i uszkodzeń kręgosłupa, to jest o czyny z art. 160 § 1 k.k., art. 157 § 1 k.k., na zasadzie art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k., wobec braku znamion czynu zabronionego, a także w sprawie poświadczenia nieprawdy w dokumencie zamieszczonym w historii choroby Adama Sandauera Kliniki Otolaryngologii Instytutu Chirurgii AM przy ul. Banacha 1a w Warszawie z datą 19 lipca 1994 r. podpisanego przez prof. Grzegorza Jaczewskiego, to jest o czyn z art. 271 § 1 k.k., na zasadzie art. 17 § 1 pkt 1 k.p.k., wobec braku danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie popełnienia przestępstwa. Sfałszowanie dokumentacji medycznej miało polegać, zdaniem pokrzywdzonego Adama Sandauera, na umieszczeniu w dokumentacji medycznej notatki lekarza Grzegorza Jaczewskiego o przeprowadzonym wywiadzie z matką pacjenta Erną Rosenstein, podczas gdy wywiad ten nie miał miejsca (*postanowienie wraz z uzasadnieniem – k. 425-434*).

Na powyższe postanowienie Adam Sandauer wniósł zażalenie. Postanowieniem z dnia 3 listopada 2004 r., sygn. akt: III Kp 898/04, Sąd Rejonowy dla Warszawy Mokotowa – III Wydział Karny utrzymał w mocy zaskarżone postanowienie w części dotyczącej umorzenia śledztwa w sprawie narażenia Adama Sandauera na bezpośrednie niebezpieczeństwo ciężkiego uszkodzenia ciała, zaś w części dotyczącej poświadczenia nieprawdy uchylił to postanowienie. W uzasadnieniu postanowienia Sąd wskazał, że podziela zasadniczo zarzuty skarżącego co do uchybień sporządzonej opinii sądowo – lekarskiej, jednak postępowanie podlegało umorzeniu z uwagi na upływ terminu przedawnienia karalności przestępstw (*zażalenie – k. 433, 496-505, postanowienie wraz z uzasadnieniem – k. 464-471*).

W dniu 10 października 2005 r. Prokurator Rejonowy Warszawa – Mokotów wniósł akt oskarżenia przeciwko Grzegorzowi Jaczewskiemu o to, że w okresie od stycznia do października 1996 r. w Warszawie, będąc kierownikiem Kliniki Otolaryngologii Instytutu Chirurgii AM w Warszawie poświadczył nieprawdę co do okoliczności mającej znaczenie prawne w dokumencie umieszczonym w historii choroby Centralnego Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej w Warszawie dotyczącej Adama

Sandauera w ten sposób, że antydatował wpis dotyczący rozmowy przeprowadzonej z Erną Rosenstein – matką pacjenta Adama Sandauera. Sprawa ta toczy się przed Sądem Rejonowym dla m.st. Warszawy – IV Wydziałem Karnym pod sygnaturą akt: IV K 2046/06 (*akt oskarżenia wraz z uzasadnieniem – k. 448-454*).

W 1996 r. Adam Sandauer pisał skargi oraz występował z roszczeniami do Centralnego Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej w Warszawie, na co uzyskiwał odpowiedzi, że brak jest podstaw do uwzględnienia jego żądań oraz że nie popełniono jakichkolwiek błędów lub zaniedbań wobec jego osoby. Zwracał się także pisemnie w 1994 r. i 1998 r. do Kliniki Otolaryngologii Szpitala Czerniakowskiego, a także do prof. Andrzeja Kukwy o podjęcie bardziej radykalnych i skutecznych środków leczniczych, na co otrzymywał odpowiedź, że klinika nie uchyla się od dalszej opieki nad pacjentem, ale prosi o podjęcie próby leczenia w innym ośrodku, co być może pozwoli pacjentowi i klinice zobiektywizować, a nawet przybliżyć stanowiska (*pisma – k. 535-541, 770*).

Adam Sandauer zwracał się także pismem z dnia 8 stycznia 1996 r. do prof. dr hab. Grzegorza Janczewskiego – Kierownika Kliniki Otolaryngologicznej Szpitala przy ul. Banacha w Warszawie, informując, że ze względu na stan zdrowia, o ile nie znajdzie innego wyjścia, podejmie decyzję skończenia ze sobą (*pismo – 773-775*).

Pismem z tego samego dnia prof. dr hab. Grzegorz Janczewski zwrócił się do Przewodniczącego Sądu Opiekuńczego dla Warszawy – Mokotowa o rozważenie możliwości doprowadzenia do skontaktowania się Adama Sandauera z lekarzem psychiatrą i ocenę stanu psychicznego, który jest przyczyną zgłaszanych gróźb pozbawienia się życia. W uzasadnieniu Grzegorz Janczewski napisał, że Adam Sandauer wielokrotnie go nagabywał z żądaniem przeprowadzenia jakiejś operacji, która przyniosłaby mu ulgę w bardzo różnorodnych i dość często zmieniających się dolegliwościach. Przy czym nie było żadnych wskazań do przeprowadzenia u niego reoperacji. Adam Sandauer nie zgadzał się jednocześnie na konsultację psychiatryczną (*pismo – k. 776-777*).

Adam Sandauer, na polecenie Sądu, zgłosił się do Poradni Zdrowia Psychicznego. Nie zgodził się na badanie psychiatryczne, ale w opinii lekarza psychiatry na podstawie przeprowadzonej z nim długiej rozmowy nie jest wskazana konieczność badania psychiatrycznego, zwłaszcza wbrew woli pacjenta. Planowany wyjazd za granicę w celu leczenia pozwalał sądzić, zdaniem tego lekarza, że nie podejmie usiłowań samobójczych (*pismo – k. 778*).

Adam Sandauer jest z wykształcenia doktorem fizyki. Obecnie jest na rencie. Od 2003-2004 r. otrzymuje rentę w wysokości 600-700 zł netto miesięcznie. Powód cierpi

także na inne dolegliwości, nie mające związku z gardłem, szyją i kręgosłupem i przebytymi operacjami, a to głównie na nerwicę przewodu pokarmowego. Adam Sandauer prowadził działalność gospodarczą pod koniec lat 1980-tych i na początku lat 1990-tych. Działalność ta polegała na imporcie i eksporcie towarów zagranicznych. Zawiesił ją w 1994 r., a potem zlikwidował z uwagi na stan zdrowia. Działalność przynosiła mu spore dochody, 4-5-cio krotność średniej krajowej. Wcześniej pracował jako starszy asystent lub adiunkt w Polskiej Akademii Nauk i zarabiał zdecydowanie poniżej średniej krajowej. W latach 1992-1993 pracował jako szef zespołu doradców partii politycznej. Poza tym od momentu zawieszenia działalności gospodarczej nie wykonywał żadnej innej pracy. Ma prawa autorskie po ojcu, z czego ma przychody około 400-1400 zł miesięcznie. Odziedziczył także majątek po matce, dwie nieruchomości lokalowe w Krakowie, których wynajem przynosi mu miesięczny dochód w wysokości od 8.000 do 15.000 zł. (*zeznania powoda Adama Sandauera – k. 575-578 i 1448-1449*).

Orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS z dnia 15 marca 2002 r. Adam Sandauer został uznany za częściowo niezdolnego do pracy do marca 2003 r., z tym, że niezdolność częściowa do pracy istniała w dniu 12 listopada 1995 r. z przeważającym prawdopodobieństwem (*orzeczenie – k. 214*).

Centralny Szpital Kliniczny uzyskał osobowość prawną w dniu 29 stycznia 1999 r. (*okoliczność niesporna, pismo powoda z dnia 28 marca 2007 r. – k. 557*).

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił na podstawie wyżej wymienionych dowodów, a w tym dokumentacji medycznej (k. 9-26, 47-133, 135-138, 164-179, 200, 342-344, 472, 527-528, 531-534, 608, 619-644, 647-692, 698-699, 718-721, 729-765, 771-772, 894-912, 994, 1009-1037, 1070-1116, 1145-1186, 1198-1199, 1216-1219, 1441-1443).

Żaden ze złożonych do akt dokumentów ani ich odpisów nie był kwestionowany przez żadną ze stron, ich prawdziwość nie budziła także wątpliwości Sądu.

Ustalając stan faktyczny Sąd oparł się na opiniach instytutu naukowego – Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu – Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy – Zakładu Medycyny Sądowej w Bydgoszczy.

Biegli wydali opinię jako zespół biegłych, przy udziale każdego z biegłych w zagadnieniach będących specjalizacją danego biegłego. Biegli wydali opinię na podstawie badania powoda oraz dostępnej dokumentacji medycznej z akt sprawy, klisz dosyłanych na wniosek powoda z Prokuratury Rejonowej w Suwałkach (k. 935), a także kolejnej dokumentacji medycznej składanej przez powoda lub wnioskowanej przez powoda w toku procesu kilkakrotnie. Biegli zapoznali się z aktami sprawy. Przy wydaniu

opinii wzięli pod uwagę także zeznania świadków, w tym świadków – lekarzy, którzy wykonywali powodowi operacje, w tym zeznania: Eugeniusza Olszewskiego, Macieja Modrzejewskiego, Andrzeja Radka i Zygmunta Szmei. Świadkowie ci opisali z jakimi problemami zgłosił się do nich powód, jakie leczenie zastosowali, z jakim skutkiem oraz jakie zmiany chorobowe oraz stan powoda zaobserwowali podczas wykonywania zabiegów medycznych. Biegli wzięli pod uwagę spostrzeżenia i uwagi tych świadków. W kwestiach, w których biegli mieli odmienny pogląd lub wyciągnęli inne wnioski niż świadkowie, biegli uzasadnili swoje stanowisko.

Biegli wskazali również, że dokumentacja medyczna prowadzona przez pozwanych odpowiada standardowi dokumentacji medycznej z tamtego okresu oraz że dokumentacja medyczna prowadzona przez prof. Andrzeja Kukwę jest spójna, przedstawia logicznie i prawdopodobnie przebieg choroby i leczenia w takich przypadkach i znajduje potwierdzenie w innej dokumentacji medycznej. Brak jest więc podstaw do kwestionowania prawdziwości tej dokumentacji (k. 1302).

Biegli szczegółowo wyjaśnili, podając szereg przyczyn, dlaczego nie można uznać, że powód miał atak tężyczki (opinia biegłych – k. 974v-975, 1243-1243v), wyjaśnili również szczegółowo, dlaczego należało najpierw rozpoznać i leczyć zmiany organiczne, potem zmiany zapalne, a na koniec zespół Eagle'a, czyli zwapnienie więzadła, a także wyjaśnili szczegółowo (k. 973v, 1241-1241v), dlaczego operacja z dojściem zewnętrznym została wykonana prawidłowo (1241v-1242, 973v-974v).

Stwierdzili nadto, że w praktyce nie jest możliwe, żeby kilkanaście zabiegów operacyjnych przeprowadzonych w jednym obszarze anatomicznym nie skutkowało różnego rodzaju powikłaniami i ograniczeniami. Każda operacja niesie za sobą ryzyko wystąpienia powikłań, także operacja wykonana najbardziej prawidłowo. Każda operacja jest bowiem interwencją zewnętrzną, nieobojętną dla organizmu (opinia biegłych – k. 975-975v).

Sąd Okręgowy uznał wyjaśnienia biegłych za przekonywujące i spójne i dał im wiarę..

Na rozprawie w dniu 2 sierpnia 2012 r. Sąd Okręgowy oddalił kolejne wnioski dowodowe powoda o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnych biegłych, uzupełniającego przesłuchania świadka, zwracania się o przesłanie dodatkowej dokumentacji medycznej.

Sąd uznał, że uwzględnienie i przeprowadzenie tych dowodów było zbędne dla rozstrzygnięcia sprawy i zmierzało jedynie do przewlekłości postępowania. W sprawie została wydana kompleksowa opinia przez zespół biegłych o różnych specjalnościach.

Na wnioski powoda, uwzględniane przez Sąd, biegli wykonali dwie pisemne opinie

uzupełniająca oraz ustną opinię uzupełniającą. Sąd zwracał się też wielokrotnie do różnych jednostek o przesłanie kolejnej dokumentacji medycznej. Również powód składał w toku procesu wielokrotnie kolejną dokumentację medyczną. Kolejne opinie wydawane przez biegłych, szczególnie ostatnie, jak również odpowiedzi na pytania podczas przesłuchania biegłych, były w zasadzie powtórzeniem odpowiedzi udzielonych przez biegłych już wcześniej.

Nie należy przypuszczać, że biegli o kolejnych specjalizacjach wydaliby odmienną, korzystną dla powoda, opinię, tym bardziej, że opinia wydana w sprawie karnej, jakkolwiek nie będąca przedmiotem oceny przez Sąd w niniejszym postępowaniu, zawierała takie same wnioski do jakich doszli biegli wydając opinię w niniejszej sprawie, zaś opinia w sprawie karnej została również wydana przez zespół biegłych, w wydaniu której brał udział biegły radiolog. Biegli wydający opinię w niniejszej sprawie zapoznali się z opinią także tego biegłego i jego interpretacją wykonanych zdjęć rentgenowskich.

Ponadto, zdaniem Sądu Okręgowego, kwestia interpretacji zdjęć niczego nie zmienia w niniejszej sprawie. Biegli opisali bowiem właściwy schemat leczenia w przypadku zgłoszenia się pacjenta z takimi dolegliwościami jakie miał powód. Biegli powtarzali wielokrotnie, że najpierw należało przeprowadzić diagnostykę i podjąć leczenie w kierunku wykluczenia zmian organicznych, potem zmian zapalnych, a na końcu zwyrodnieniowych. Biegli wypowiedzieli się także co do tego, że zlecenie wykonania badań, jakie sugeruje powód, nie było konieczne na danym etapie leczenia. Dlatego też dowód z opinii kolejnych biegłych, mikrobiologa i z zakresu analizy laboratoryjnej nie był konieczny. Nie było także zasadne dopuszczanie dowodu z opinii kolejnego biegłego ortopedy. Biegły ortopeda wydał bowiem już w niniejszej sprawie opinię pisemną i dwie opinie pisemne uzupełniające. Brak było podstaw do zanegowania poprawności tych opinii.

Biegli wykonali opinię jako zespół i nie wskazali, aby do wydania opinii potrzebny był kolejny biegły o kolejnej specjalizacji. Zasadą jest, że jeśli wydanie opinii w danej sprawie wymaga innej specjalizacji niż wskazał sąd w postanowieniu dowodowym, biegli zwracają na to uwagę sądu, wskazując, że potrzebna jest jeszcze opinia biegłego o innej specjalizacji niż biegły wykonujący opinię. To biegli są lekarzami posiadającymi wiedzę specjalną z zakresu medycyny i są najbardziej kompetentni także w zakresie wskazania specjalizacji biegłych lekarzy potrzebnych do wydania opinii medycznej.

Sąd Okręgowy dał wiarę zeznaniom tych świadków, którzy opisali na tyle, na ile pamiętali, proces leczenia powoda, dolegliwości, z jakimi powód zgłosił się do nich,

a także swoje spostrzeżenia co do stanu operowanych miejsc i wniosków co do stanu zdrowia powoda. Zeznania te nie mogły wchodzić w kompetencję biegłych, gdyż rolą świadków jest opisanie faktów, których byli świadkami. Jednak zeznania tych świadków dały pełniejszy obraz przebiegu leczenia powoda i zostały wzięte pod uwagę przez biegłych wydających opinię w niniejszej sprawie. Jak już była o tym mowa wcześniej, biegli dodatkowo ustosunkowali się do spostrzeżeń świadków czy też wniosków wyciągniętych przez świadków co do stanu zdrowia powoda i uzasadnili, dlaczego w niektórych miejscach wyciągnęli odmienne wnioski. Biegli podkreślili, że mieli pełniejszą dokumentację medyczną powoda niż lekarze zeznający w charakterze świadków. Biegli mieli zatem bogatszy i pełniejszy materiał do wydania prawidłowej oceny stanu zdrowia powoda i wykonywanych operacji.

Sąd dał również co do zasady wiarę zeznaniom powoda. Powód w swoich zeznaniach wyciągał inne wnioski co do swojego stanu zdrowia, poprawności rozpoznania jego schorzeń oraz zastosowanych metod leczenia. Były to subiektywne wnioski powoda i Sąd dał wiarę temu, że powód takie wnioski wyciąga.

Odrębnym postanowieniem z dnia 16 sierpnia 2012 r. Sąd umorzył postępowanie w sprawie w części dotyczącej zapłaty odsetek od kwot odszkodowania i zadośćuczynienia za okres wcześniejszy od daty doręczenia odpisu pozwu pozwanemu. W tym bowiem zakresie powód cofnął powództwo wraz ze zrzeczeniem się roszczenia.

W pozostałym zakresie Sąd Okręgowy oddalił powództwo jako niezasadne. Bezsporne pomiędzy stronami było, że powód leczył się w wielu placówkach medycznych i że został poddany wielu operacjom.

Sporne było, czy lekarze ze Szpitala Czerniakowskiego i Kliniki Akademii Medycznej w Warszawie lecząc powoda popełnili błędy medyczne polegające na niewłaściwej diagnostyce, niewłaściwym zastosowaniu metody operacji oraz niewłaściwym wykonaniu operacji. Sporna była także wysokość dochodzonych roszczeń oraz legitymacja bierna jednostek organizacyjnych pozwanego Skarbu Państwa.

Zgodnie z art. 417 k.c. /w brzmieniu sprzed zmiany dokonanej ustawą z dnia 17 czerwca 2004 r. o zmianie ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 162, poz. 1692)./, Skarb Państwa ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez funkcjonariusza państwowego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności. Funkcjonariuszami państwowymi w rozumieniu niniejszego tytułu są pracownicy organów władzy, administracji lub gospodarki państwowej. Za funkcjonariuszy

państwowych uważa się również osoby działające na zlecenie tych organów, osoby powołane z wyboru, sędziów i prokuratorów oraz żołnierzy sił zbrojnych.

Zgodnie z art. 444 § 1 k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Zgodnie z art. 444 § 2 k.c., jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Po myśli zaś art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 k.c., sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia.

Zgodnie z art. 417 k.c. przesłankami odpowiedzialności odszkodowawczej Skarbu Państwa o charakterze deliktowym są:

- czyn popełniony przez funkcjonariusza państwowego;
- powstanie szkody po stronie osoby pokrzywdzonej;
- istnienie adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy wskazanymi powyżej zdarzeniami.

W ocenie Sądu Okręgowego strona powodowa, na której w rozpoznawanej sprawie, zgodnie z art. 6 k.c. i art. 232 k.p.c., spoczywał ciężar udowodnienia faktów, z których wywodziła skutki prawne, nie wykazała przesłanek konstruujących odpowiedzialność deliktową pozwanego.

Z przeprowadzonego w sprawie postępowania dowodowego, a w tym przede wszystkim z opinii biegłych wynika, że leczenie powoda w Szpitalu Czerniakowskim oraz w Klinice Akademii Medycznej przy ul. Banacha w Warszawie było prawidłowe, a zatem brak jest czynu funkcjonariusza powodującego szkodę lub krzywdę po stronie powoda i brak jest adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem lekarzy z tych placówek medycznych a szkodą i krzywdą powoda.

Wbrew twierdzeniom powoda, lekarze ze Szpitala Czerniakowskiego i Kliniki Akademii Medycznej zastosowali prawidłową diagnostykę i sposób jego leczenia. Zgodnie z opinią biegłych kolejność dokonywanych przez lekarzy czynności była prawidłowa. Biegli szczegółowo wyjaśnili, dlaczego, wbrew twierdzeniom powoda, nie można uznać, że powód miał atak tężyczki, a co za tym idzie, w wyniku ataku tężyczki nie nastąpiło zerwanie żadnych mięśni. Biegli wyjaśnili również szczegółowo, dlaczego operacja z dojściem zewnętrznym została wykonana prawidłowo.

Biegli stwierdzili także, że nawet gdyby doszło podczas zabiegu operacyjnego z lutego 1994 r. do przecięcia mięśnia rylcowo – gnykowego po stronie prawej, to nie

powinno to skutkować istotnymi dla powoda następstwami. Faktu przecięcia tego mięśnia nie można jednak obecnie stwierdzić. Nie zostało zatem w sprawie udowodnione, żeby lekarze ze Szpitala Czerniakowskiego i Kliniki Akademii Medycznej dopuścili się jakichkolwiek błędów medycznych czy też działania niezgodnego ze sztuką medyczną i dobrem pacjenta.

Powód podnosił także, że nie wyraziłby zgody na operację z dojścia zewnętrznego, gdyby wiedział, że taka zostanie wykonana.

Zgodnie z art. 19 pkt 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.), pacjent ma prawo do wyrażania zgody lub odmowy jej udzielenia na określone świadczenia - po uzyskaniu odpowiedniej informacji.

Natomiast § 14 lit. I) rozporządzenia wykonawczego do tej ustawy wydanego przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1992 r. (DZ. U. Nr 3 z 1993 r., poz. 13 ze zm.), wskazuje, że formularz historii choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, zawiera pisemne oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o wyrażeniu zgody na przyjęcie do szpitala w formie wymaganej przez odrębne przepisy oraz adnotację o poinformowaniu pacjenta o treści art. 19 pkt 2 i 3 ustawy lub - jeżeli stan pacjenta na to nie pozwala - osób towarzyszących.

Po myśli art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. Nr 50, poz. 458 ze zm.), dokonanie zabiegu operacyjnego wymaga zgody chorego, jeżeli zaś chodzi o małoletnich i osoby dotknięte chorobą psychiczną lub niedorozwojem psychicznym - zgody ustawowej przedstawiciela bądź faktycznego opiekuna.

Przepisy powyższe obowiązywały w chwili wykonywania powodowi spornych zabiegów operacyjnych.

Adam Sandauer w dniu 10 marca 1994 r. wyraził pisemną zgodę na proponowane leczenie i zabieg operacyjny FEOZ usunięcia więzadła rylcowo – gnykowego po stronie prawej i usunięcie brodawki. Ówczesnie obowiązujące przepisy nie wymagały szczegółowej zgody pacjenta, to znaczy nie precyzowały, że pacjent musi wyrazić zgodę także na metodę wykonania operacji. Przyjąć zatem należy, że wyrażona przez powoda zgoda na wykonanie operacji była wystarczająca w świetle obowiązujących w tamtym okresie przepisów.

Tym bardziej stwierdzić tak należy, że metoda operacji przyjęta wobec powoda – z dojścia zewnętrznego, zdaniem biegłych, była prawidłowa, a ostatecznie zgodnie z twierdzeniami samego powoda, decyzja o dojściu zewnętrznym została podjęta

w trakcie operacji przez prof. Kukwę i była to właściwa decyzja. Biegli wskazali, że to lekarz operator dokonuje wyboru najlepszej metody operacyjnej kierując się dobrem pacjenta, czyli bezpieczeństwem śródoperacyjnym, dobrym wglądem w pole operacyjne i jak najmniejszym ryzykiem powikłań. Biegli wyjaśnili, że chociaż częściej stosowaną metodą operacji zespołu Eagle'a jest metoda z dojścia wewnętrznego, to znana i stosowana jest także metoda z dojścia zewnętrznego. Wybór tej metody, zastosowanej wobec powoda był słuszny, zważywszy na występujące wcześniej u powoda przewlekłe procesy zapalne w obrębie błony śluzowej gardła i zatok przynosowych.

Mając na uwadze powyższe, zgodnie z opiniami biegłych stwierdzić należy, że obecny stan kręgosłupa i mięśni szyi u Adama Sandauera jest spowodowany samoistnymi zmianami zwyrodnieniowymi oraz licznymi interwencjami operacyjnymi.

Za zmiany zwyrodnieniowe nie można przypisać odpowiedzialności pozwanemu, podobnie jak za przeprowadzone operacje, także kolejne, gdyż były one wynikiem stanu zdrowia pacjenta, zaś zastosowane metody leczenia oraz wykonana diagnostyka były prawidłowe.

Uznać zatem należy, że pozwany nie ponosi odpowiedzialności za stan zdrowia powoda i że w wyniku działań funkcjonariuszy pozwanego powód nie doznał szkody, a także że brak jest związku przyczynowego pomiędzy działaniem funkcjonariuszy pozwanego a stanem zdrowia powoda.

Sąd Okręgowy z urzędu rozważył zastosowanie art. 419 k.c. w niniejszej sprawie.

Przepis powyższy został uchylony przez art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 17 czerwca 2004 r. o zmianie ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 162, poz. 1692). Zgodnie jednak z art. 5 tej ustawy, do zdarzeń i stanów prawnych powstałych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy art. 417, art. 419, art. 420, art. 420¹, art. 420² i art. 421 kodeksu cywilnego.

Zdaniem Sądu Okręgowego w niniejszej sprawie nie zostały spełnione przesłanki z art. 419 k.c., gdyż szkoda nie została wyrządzona przez funkcjonariusza, ale powstała samoistnie na skutek zmian zwyrodnieniowych oraz na skutek licznych interwencji operacyjnych, także o wiele późniejszych niż kwestionowane leczenie w Szpitalu Czerniakowskim i w Klinice przy ul. Banacha. Sąd powołał się przy tym na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 kwietnia 2005 r., sygn. akt II CK 598/04 (LEX nr 1110949).

Ponadto zasady współżycia społecznego nie przemawiają za uwzględnieniem powództwa na podstawie art. 419 k.c., gdyż powód ma dobrą sytuację majątkową. Jak zeznał Adam Sandauer, jest on właścicielem dwóch nieruchomości lokalowych, z których czerpie miesięcznie dochód w wysokości od 8.000 do 15.000 zł. Przysługują

mu także majątkowe prawa autorskie po ojcu, z czego ma przychody około 400-1400 zł. miesięcznie. Otrzymuje również rentę w wysokości około 700-800 zł. miesięcznie.

Uznać zatem należy sytuację majątkową powoda za co najmniej dobrą, o ile nie bardzo dobrą. Sytuacja taka nie uzasadnia przyznania jakichkolwiek świadczeń na podstawie art. 419 k.c.

Powództwo było niezasadne, jednak podniesiony przez pozwanego zarzut przedawnienia także był, zdaniem Sądu Okręgowego, nietrafny.

Zgodnie z obowiązującym w dniu zdarzenia art. 442 § 1 k.c., roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym, a na takiej właśnie podstawie powód oparł żądanie pozwu, ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże w każdym wypadku roszczenie przedawnia się z upływem lat dziesięciu od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wyrządzające szkodę.

W niniejszej sprawie trudno było ustalić, kiedy powód dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Powód przechodził bowiem kolejne operacje i kolejno wyciągał wnioski o tym, że dana operacja została wykonana niewłaściwie czy też, że diagnostyka była niewłaściwa. Powód nie wiedział też, jakie będą ostateczne skutki wadliwych, zdaniem powoda, operacji dla jego stanu zdrowia.

W zasadzie roszczenia powoda przedawniłyby się w marcu 1997 r., czyli w 3 lata po operacji z marca 1994 r. Powód był potem jednak wielokrotnie operowany i liczył na poprawę swojego stanu zdrowia. Powództwo złożył w dniu 3 kwietnia 2001 r. Gdyby zatem nawet uznać, że roszczenia powoda są przedawnione, to zarzut przedawnienia należałoby uznać za sprzeczny z zasadami współzycia społecznego i stanowiący nadużycie prawa (art. 5 k.c.).

Zarzut braku legitymacji biernej pozwanego również był niezasadny. Sąd Okręgowy powołał się na pogląd Sądu Najwyższego wyrażony w uchwale z dnia 5 grudnia 2002 r., sygn. akt: III CZP 75/02 (OSNC 2003/10/134), że za zobowiązania z tytułu odpowiedzialności deliktowej powstałe w związku z działalnością szpitala klinicznego - jednostki budżetowej - pozostają zobowiązaniami Skarbu Państwa po przekształceniu tego szpitala w samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 35b ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.).

Ponadto zgodnie z art. 65 ustawy z dnia 21 stycznia 2000 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem administracji publicznej (Dz. U. Nr 12, poz. 136 ze zm.), w postępowaniach administracyjnych i sądowych, w których stroną jest Skarb

Państwa, wynikających z działalności państwowych jednostek organizacyjnych nie mających osobowości prawnej, które: 1) przed dniem 1 stycznia 1999 r. uzyskały osobowość prawną lub zostały zlikwidowane albo 2) z dniem 1 stycznia 1999 r. zostały przejęte przez jednostkę samorządu terytorialnego, Skarb Państwa reprezentuje wojewoda właściwy ze względu na siedzibę jednostki, z zastrzeżeniem ust. 2 (ust. 1). W postępowaniach, o których mowa w ust. 1, wynikających z działalności jednostek organizacyjnych wymienionych w tym ustępie, które do dnia przekształcenia, likwidacji lub przejęcia przez jednostkę samorządu terytorialnego były jednostkami podległymi terenowym organom administracji rządowej ogólnej lub specjalnej, Skarb Państwa reprezentują właściwe ze względu na siedzibę jednostki organy administracji rządowej zespolonej lub niezespolonej, utworzone w wyniku przejęcia, przekształcenia lub zniesienia organów administracji ogólnej lub specjalnej, albo których zakres zadań obejmuje zadania przejętych, przekształconych lub zniesionych organów administracji rządowej (ust. 2).

Mając to wszystko na uwadze Sąd Okręgowy oddalił powództwo jako niezasadne.

O kosztach procesu orzekł na podstawie art. 98 w zw. z art. 102 k.p.c.

W związku z oddaleniem powództwa za stronę przegrywającą sprawę uznał powoda. Na koszty poniesione przez pozwanego składały się jedynie koszty wynagrodzenia profesjonalnego pełnomocnika, które Sąd ustalił na podstawie § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. Nr 163, poz. 1349 ze zm.).

Na podstawie art. 102 k.p.c. Sąd zasądził jednak zamiast stawki minimalnej wynagrodzenia pełnomocnika wynoszącej 7.200 zł., po 1.000 zł. na rzecz pełnomocników jednostek organizacyjnych pozwanego Skarbu Państwa uznając, że charakter sprawy za tym przemawia. Powód jest osobą chorą, miał przeprowadzonych szereg operacji.

Powód został zwolniony od kosztów sądowych w całości (postanowienie – k. 27). Koszty sądowe oraz wydatki związane z opiniami biegłych i uzyskaniem dokumentacji medycznej poniósł więc tymczasowo Skarb Państwa. W toku zeznań powoda okazało się, że jego sytuacja majątkowa poprawiła się. Z uwagi jednak na podnoszony powyżej charakter sprawy, Sąd nie cofnął powodowi zwolnienia od kosztów sądowych i ostatecznie nie obciążył go kosztami sądowymi, w sprawie, tylko

wobec braku podstaw do obciążenia tymi kosztami pozwanego, na podstawie art. 11 ust. 1 (a contrario) ustawy z dnia 13 czerwca 1967 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. Nr 24, poz. 110 ze zm.) w zw. z art. 149 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. Nr 167, poz. 1398 ze zm.), przejął opłatę sądową od pozwu oraz wydatki na rachunek Skarbu Państwa – kasy Sądu Okręgowego w Warszawie.

Apelację od wyroku Sądu pierwszej instancji wniósł powód, zaskarżając go w całości. Wyrokowi zarzucił:

1. naruszenie prawa procesowego, a to art. 233 § 1 k.p.c. przez jego niewłaściwe zastosowanie i przekroczenie zasady swobodnej oceny dowodów skutkujące przyjęciem, że materiał dowodowy zgromadzony w sprawie nie daje jakichkolwiek podstaw do uwzględnienia powództwa,
2. naruszenie prawa procesowego, tj. art. 278 § 1 k.p.c. i art. 227 k.p.c. przez ich niezastosowanie oraz art. 217 § 2 k.p.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, polegające na oddaleniu wniosków o dopuszczenie dowodów z opinii biegłych, w tym w oparciu o badania RTG powoda i uzupełniające świadka oraz błędne przyjęcie, że okoliczności sporne związane z przebiegiem leczenia powoda zostały już dostatecznie wyjaśnione, a strona powołuje wskazane dowody jedynie w celu przewlekania postępowania,
3. naruszenie prawa procesowego tj. art. 328 § 2 k.p.c. przez niewłaściwe zastosowanie, polegające na przyjęciu błędnych ustaleń faktycznych w zakresie przebiegu leczenia powoda w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie oraz w Centralnym Szpitalu Klinicznym Akademii Medycznej w Warszawie, skutkujących wadliwą oceną materiału dowodowego i oddaleniem powództwa,
4. naruszenie prawa procesowego, tj. art. 232 k.p.c. i art. 6 k.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że powód nie wykazał przesłanek konstruujących odpowiedzialność deliktową pozwanych,
5. naruszenie prawa materialnego to jest:
 - a) art. 19 pkt 2 i 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991r. (Dz.U. nr 91, poz. 408 ze zm.) w zw. z § 14 lit. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia, oraz szczegółowych warunków jej udostępnienia z dnia 17 grudnia 1992 roku (Dz. U. 1993, nr 3, poz. 13)
 - b) art. 17 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza z dnia 28 października 1950r. (Dz. U. nr 50, poz. 458 ze zm.)

- poprzez ich błędną wykładnię i przyjęcie, że powód został należycie poinformowany o zakresie i skutkach zabiegów, a przez to, że zgoda powoda na zabiegi operacyjne była wystarczająca i niewadliwa w świetle obowiązujących wówczas przepisów i wytycznych judykatury,
6. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 18 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991r. (Dz. U. nr 91, poz. 408 ze zm.) w zw. z § 15 ust. 1 pkt 4 oraz § 16 ust. 1 pkt 1, 2 i 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia, oraz szczegółowych warunków jej udostępniania z dnia 17 grudnia 1992r. (Dz. U. 1993r. nr 3, poz. 13) poprzez ich niezastosowanie i przyjęcie, że dokumentacja medyczna powoda z przebiegu leczenia w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie oraz Centralnym Szpitalu Klinicznym Akademii Medycznej w Warszawie była prowadzona w sposób rzetelny i prawidłowy,
 7. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 417 k.c. w brzmieniu sprzed zmiany dokonanej ustawą z dnia 17 czerwca 2004r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. nr 162, poz. 1692) poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, skutkujące przyjęciem, że nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności deliktowej pozwanych w związku z przebiegiem leczenia powoda w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie oraz Centralnym Szpitalu Klinicznym Akademii Medycznej w Warszawie,
 8. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 444 k.c. oraz 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 k.c. poprzez ich niezastosowanie w następstwie przyjęcia, że nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności deliktowej pozwanych, a przez to ustalenie, że roszczenia powoda są nieuzasadnione,
 9. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 419 k.c. w brzmieniu sprzed zmiany dokonanej w/w nowelą do Kodeksu cywilnego z 17 czerwca 2004r., poprzez jego niezastosowanie i przyjęcie, że szkoda nie została wyrządzona powodowi przez funkcjonariuszy państwowych oraz, że zasady współzycia społecznego – w sytuacji powoda – nie przemawiają za uwzględnieniem powództwa w oparciu o ten przepis,

W konkluzji apelujący wnosił o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa z całości, względnie o uchylenie go i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji.

Wniósł też o dopuszczenie wniosków dowodowych zawartych w piśmie procesowym powoda z dnia 31 maja 2012r.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje: apelacja powoda nie jest uzasadniona.

Apelujący sformułował szereg zarzutów naruszenia przez Sąd Okręgowy przepisów prawa procesowego, do których należało się odnieść w pierwszej kolejności. I tak skarżący kwestionuje dokonaną przez Sąd pierwszej instancji swobodną ocenę dowodów, przysługującą z mocy art. 233 § 1 k.p.c. Tymczasem przytoczone w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku motywy tej oceny nie wykazują nieprawidłowości w rozumowaniu, błędów logicznych czy też niezgodności z doświadczeniem życiowym. Podnosząc w apelacji zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. strona musi wykazać, jakich dowodów sąd nie ocenił lub ocenił wadliwie, jakie fakty pominął i jaki wpływ pominięcie faktów i dowodów miało na treść orzeczenia (v.: wyrok SN z 5 września 2002 r. II CKN 916/00 LexPolonica nr 376856). Jak ujmuje się w literaturze moc dowodowa oznacza siłę przekonania uzyskaną przez sąd wskutek przeprowadzenia określonych środków dowodowych na potwierdzenie prawdziwości lub nieprawdziwości twierdzeń na temat okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. (v.: Tomasz Demendecki, Komentarz aktualizowany LEX do art. 233 k.p.c.). Sąd Okręgowy celem ustalenia przebiegu leczenia i oceny czy w leczeniu powoda w Szpitalu Czerniakowskim oraz Centralnym Szpitalu Klinicznym Akademii Medycznej w Warszawie popełniono zaniedbania i błędy w sztuce lekarskiej dopuścił dowód z opinii biegłych lekarzy sądowych z zakresu otolaryngologii, neurochirurgii, ortopedii i endokrynologii. Opinia pisemna wykonana została przez zespół lekarzy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu – Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Katedrę Medycyny Sądowej, w gronie których, poza wskazanymi wyżej specjalistami, znaleźli się też neurolog i specjalista medycyny pracy. Ten zespół specjalistów różnych dziedzin wykonał wspólną opinię. W oparciu o nią Sąd Okręgowy ustalił przebieg leczenia Adama Sandauera w obydwu w/w szpitalach i podzielił opinię biegłych co do prawidłowości leczenia powoda w tych placówkach.

Z opisu historii chorób wynikającego z dokumentacji medycznej wynika, że po zgłoszeniu się powoda najpierw do poradni laryngologicznej, a następnie do Szpitala Czerniakowskiego zastosowano u niego leczenie farmakologiczne oraz usuwano brodawczak, cystę fałdy nagłośniowo – językowej, torbiele.

Uszczegółowiając wnioski wynikające z opinii biegłych odnośnie tej fazy leczenia należy wskazać za nią, że *przy pierwszej hospitalizacji w 1992 r. dolegliwości podawane przez powoda zostały przypisane torbieli nagłośni. Zważywszy na dane z wywiadu odnośnie przewlekłego nikotynizmu, w pierwszej kolejności należało zająć się zmianą*

organiczną krtani, tym bardziej że dolegliwości zgłaszane przez chorego były dolegliwościami charakterystycznymi właśnie dla torbieli. Pozostawienie torbieli i szukanie wtedy innej przyczyny możnaby uznać za błąd, podobnie jak pominięcie zabiegów laryngologicznych o charakterze diagnostycznym: direktoskopii i ezofagoskopii przy utrzymujących się bólach przy połykaniu. Podczas kolejnych wizyt ambulatoryjnych stwierdzono zaostrzenie przewlekłego procesu zapalnego w obrębie zatok przynosowych, które również może powodować bóle gardła, bóle głowy, uczucie dyskomfortu spowodowane spływaniem ropnej wydzieliny. Proces taki może być powodem groźnych powikłań w postaci rozszerzania się zapalenia na sąsiadujące struktury, łącznie ze strukturami wewnątrzczaszkowymi. Leczenie tego stanu zapalnego zostało podjęte i przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi wtedy regułami.

Apelujący przedstawił własną wersję przebiegu choroby, wiążąc swoje dolegliwości z zakażeniem gronkowcem złocistym, zdiagnozowanym w dniu 4 marca 1994 r. Pomija jednak tę okoliczność, że nie wiadomo kiedy i gdzie owo zakażenie nastąpiło i czy istniało już w 1992 r. Na brak wskazań do wcześniejszego wykonania badania mikrobiologicznego wskazali też biegli w opinii uzupełniającej z 31 maja 2011 r. Wbrew twierdzeniom apelującego nie zostało też w sprawie wykazane, że przeprowadzone zabiegi, o których mowa wyżej, były zbędne z medycznego punktu widzenia i że jego stan byłby lepszy, gdyby ich nie wykonano, a nadto, że przyczyną jego ówczesnych dolegliwości był polip w zatoce szczękowej. Przeczy temu opinia biegłych, która była podstawą ustaleń Sądu, który musiał w tej kwestii zasięgnąć wiadomości specjalnych. Biegli dokonali ustaleń przebiegu choroby w oparciu o dokumentację, jak również badanie i wywiad z powodem oraz specjalistyczną wiedzę medyczną. Nie jest natomiast rolą sądu ocena opinii biegłych pod kątem jej zgodności z dokumentacją medyczną oraz prowadzonym leczeniem, ocena sądu nie może wkraczać w sferę wiedzy specjalistycznej. (por.: wyrok SA we Wrocławiu z 25 kwietnia 2012 r. IACa 356/12 LEX nr 1165156). Sąd dokonuje natomiast oceny opinii biegłego na podstawie kryteriów zgodności z zasadami logiki, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia skuteczności wyrażonych w niej wniosków, jednak bez wkraczania w sferę wiedzy specjalistycznej. W tym kontekście próba budowy przez apelującego własnej koncepcji przebiegu choroby oraz procesu leczenia, jak i sposobu, w jaki to leczenie powinno być przeprowadzone, zakwalifikować należy jako polemikę z ustaleniami Sądu, która nie może odnieść zamierzonego skutku. Nie można się przy tym zgodzić

z zaprezentowanym w apelacji wywodem, że Sąd powinien nadać rangę i znaczenie poszczególnym badaniom i ocenić czy leczenie powoda było w pełni prawidłowe i podjęte w najwcześniejszym możliwym terminie z korzyścią dla pacjenta. Ocena tego rodzaju wymaga właśnie wiedzy specjalistycznej, której nie posiada sąd, ani powód jako laik w kwestiach medycznych. Słusznie tedy Sąd Okręgowy oparł się w tym zakresie na opinii zespołu biegłych, podtrzymanej i rozwiniętej w pisemnych opiniach uzupełniających i opinii ustnej.

W dalszej części wywodu apelacja polemizuje z konkluzją Sądu Okręgowego, który za zespołem biegłych przyjął, że leczenie operacyjne więzadła rylcowo – gnykowego wykonane zostało we właściwym czasie. Apelujący stawia tezę, że można było wdrożyć skuteczne leczenie tego schorzenia odpowiednio wcześniej, pomija jednak, że jak wynika z opinii biegłych i poczynionych na tej podstawie niekwestionowanych przez skarżącego ustaleń Sądu Okręgowego, powód w okresie od lutego 1993 r. do grudnia 1993 r. wielokrotnie przebywał w Szpitalu Czerniakowskim i Szpitalu na Banacha, gdzie wykonano u niego cały szereg zabiegów w obrębie nosa i krtani, których prawidłowości i niezbędności powód również nie kwestionował. Trudno w tej sytuacji by Sąd Okręgowy nie uznał za logiczną opinię biegłych co do tego, że: *Wprawdzie już na zdjęciach rentgenowskich wykonanych powodowi w czerwcu i sierpniu 1992 r. widoczne było więzadło gnykowo – rylcowe ze zwapnieniami. Jednak przed podjęciem decyzji o jego usunięciu jako przyczyny bólu szyi należało wykonać wszystkie czynności lecznicze, których dokonano w Szpitalu Czerniakowskim oraz Klinice Otolaryngologii Szpitala na Banacha. W tym kontekście wnioszek biegłych, że kolejność podjętych przez lekarzy działań była prawidłowa słusznie został uznany przez Sąd pierwszej instancji za przekonujący.*

Nie można również podzielić zarzutów apelacji odnośnie przyjętej przez ten Sąd oceny, że w świetle opinii biegłych wybrana metoda operacji zespołu Eagle'a z dojścia zewnętrznego była prawidłowa. Opinia biegłych potwierdziła, że są dwie metody operacyjne zespołu Eagle'a, dojście wewnętrzne, tj. od strony jamy gardła oraz rzadziej stosowane dojście zewnętrzne tj. przezskórne na szyi. Biegli wyjaśnili przy tym, że: *U powoda występowały jednakże wcześniej przewlekłe procesy zapalne w obrębie błony śluzowej gardła i zatok przynosowych. Po usunięciu niewielkiego brodawczaka błony śluzowej gardła rana goiła się bardzo długo, ropiejąc i będąc źródłem dodatkowych dolegliwości. Tymczasem w porównaniu do rany po usunięciu niewielkiego brodawczaka, rana po usunięciu zwapniałego więzadła rylcowo – gnykowego ma większą powierzchnię, penetruje głębiej. Zatem przyjąć można, że u powoda*

zastosowanie dojścia wewnątrzustnego mogłoby skutkować ryzykiem wystąpienia powikłania w postaci stanu zapalnego przestrzeni przygardłowej, w której znajduje się wyrostek rylcowaty. Stan taki jest ciężkim powikłaniem zagrażającym życiu pacjenta. Reasumując powyższe w ocenie (biegłych lekarzy wydających opinię) w przypadku powoda wybrano właściwą metodę operacyjną. Wyżej przytoczone wywody biegłych odnośnie wybranej metody operacyjnej są logiczne, przekonujące i mogły stać się podstawą ustaleń Sądu pierwszej instancji. Konstatacji tej nie mogą zmienić przytaczane w apelacji zeznania świadków doc. Macieja Modrzejewskiego i prof. Zygmunta Szmei, z których to zeznań nie wynika, że metoda z dojścia zewnętrznego nie istnieje czy też jest nieprawidłowa, nawet jeśli sami jej dotąd nie stosowali. Odnośnie odcięcia mięśnia rylcowo – gnykowego podczas operacji, tak podkreślanego przez skarżącego, należy stwierdzić, że biegli szeroko omówili tę kwestię w opinii, wskazując, że opierając się o zawarte w aktach sprawy dane medyczne nie można w sposób jednoznaczny wyjaśnić, która z wersji odnośnie prawego mięśnia rylcowo – gnykowego jest najbardziej prawdopodobna. Kontynuując swój wywód biegli wyjaśnili, że mięsień rylcowo – gnykowy jest drobny, jeden z wielu mięśni szyi i nawet utrata funkcji tego mięśnia nie powinna mieć istotnego wpływu na funkcję kości gnykowej, bowiem pozostałe mięśnie mają możliwość przerostu i kompensacji funkcji tego mięśnia. Tak więc (...) można przyjąć, że nawet gdyby podczas zabiegu operacyjnego wykonanych przez lekarzy pozwanego w lutym 1994 r. doszło do przecięcia mięśnia rylcowo – gnykowego po stronie prawej, nie powinno to skutkować istotnymi dla powoda następstwami.

Z wyjaśnień prof. Andrzeja Kukwy złożonych w piśmie skierowanym do dyrektora Szpitala Czerniakowskiego w dniu 14 stycznia 1998 r. (k. 540-541) wynika wprost, że następstwem zabiegu było odcięcie mięśnia rylcowo – gnykowego. Natomiast przesłuchany w charakterze świadka prof. Eugeniusz Olszewski wskazał, że w pewnych sytuacjach odcięcie od kości gnykowej mięśnia gnykowo – rylcowego jest działaniem rutynowym. Jak z powyższego wynika powód w toku postępowania i następnie w apelacji przywiązywał niewspółmiernie dużą wagę do kwestii związanej z przecięciem w/w mięśnia w stosunku do realnych możliwych konsekwencji takiego faktu. Jak natomiast trafnie wskazał Sąd Apelacyjny w Gdańsku w uzasadnieniu orzeczenia z dnia 16 marca 2011 r. IACa 36/11 (LEX nr 936514) szpital nie może ponosić odpowiedzialności odszkodowawczej za każde powikłanie występujące w toku leczenia pacjenta (...), gdyż wiązało by się to z jego odpowiedzialnością absolutną. Warunkiem jego odpowiedzialności jest przypisanie mu winy za powstanie szkody.

Mając na uwadze przekonujące wywody biegłych odnośnie tego aspektu operacji usunięcia więzadła rylcowo - gnykowego u powoda, trudno uznać by po stronie lekarzy wykonujących zabieg nastąpiło jakiegokolwiek zawinione niedopatrzenie. Apelujący popada przy tym w sprzeczności, na str. 8 wywodzi bowiem, że „można było wdrożyć skuteczne leczenie i tego schorzenia odpowiednio wcześniej”, aby na str. 9 wywodzić, że Sąd nie zbadał, „czy operację tę należało wykonać bez zbędnej zwłoki i czy ewentualnie można było odroczyć termin operacji w celu zweryfikowania stanu nosogardła powoda, aby wykonać zabieg z dojścia wewnętrznego, czyli mniej inwazyjnego dla pacjenta, w późniejszym terminie”. Już z powyższego wynika, że Sąd Okręgowy słusznie zaniechał wdawania się w tego rodzaju dywagacje, mając świadomość, że lekarze prowadzący pacjenta musieli na bieżąco podejmować decyzje, co brali pod uwagę biegli opiniujący przypadek powoda, wskazując ostatecznie na trafność podejmowanych decyzji, również co do ich kolejności. Podzielić należy w tym miejscu opinię wyrażoną w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2012 r. V CSK 142/11 (LEX nr 1222168), że dysponując dowodami z opinii biegłych sąd ma jedynie wybór między ich akceptacją (w całości lub części) lub odrzuceniem, nie jest natomiast uprawniony do zastępowania biegłych i uzupełniania opinii o tezy i stwierdzenia w niej niewyrażone i wymagające specjalistycznej wiedzy fachowej.

Odnośnie kolejnego zarzutu apelującego dotyczącego błędnej, jego zdaniem, oceny dowodów w części odnoszącej się do jego twierdzeń o niezdiagnozowaniu w Centralnym Szpitalu Akademii Medycznej przy Banacha ataku tężyczki należy wskazać, że zagadnieniu temu poświęcona była duża część opinii biegłych z 8 lipca 2009 r. i opiniach uzupełniających. Biegli wyjaśnili przyczyny i przebieg ataku tego schorzenia i wskazali, że objawy zaobserwowane przez powoda w jakiś czas (kilka tygodni lub nawet miesięcy) po operacji więzadła nie mogły być atakiem tężyczki. Stanowisko swoje szeroko i w przekonujący sposób uzasadnili wskazując, że już sam odstęp czasowy *między zabiegiem operacyjnym (...) a wystąpieniem objawów opisywanych przez powoda pozwala w praktyce na wykluczenie związku pomiędzy wystąpieniem powyższych objawów z zabiegiem usunięcia zwapniałego więzadła*. Wskazali również, że nie jest możliwe po długim okresie czasu jednoznaczne ustalenie etiologii zgłaszanych przez powoda objawów, ale mogą one występować również samoistnie u osób żyjących w dużym napięciu psychicznym. Biegli wydający opinię na potrzeby niniejszej sprawy mieli świadomość, że lekarze Katedry Kliniki Otolaryngologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie uważali, że przyczyną uszkodzenia mięśni szyi powoda, mogła być tężyczka. Uznali jednak, w oparciu o zebraną w sprawie

dokumentację lekarską oraz własną wiedzę w tym zakresie, że takie sugestie należy odrzucić. Opinia biegłych słusznie została przez Sąd Okręgowy uznana za wiarygodną również w tej części. Apelujący twierdził, że do niezdiagnozowanego ataku tężyczki miało dojść w lipcu 1994 r., zaś w Klinice w Krakowie powód znalazł się dwa lata później. W międzyczasie był leczony w Klinice w Poznaniu, gdzie wykonano u niego szereg operacji w obrębie szyi (co najmniej siedem interwencji). Za przekonujące uznać należało w tym kontekście wywody biegłych, że *jedną z przyczyn uszkodzeń splotu ramiennego mogą być m.in. zmiany bliznowate, zwłaszcza gdy dochodzi do powstania blizn o zaciskającym charakterze. Jest bardzo mało prawdopodobne by uszkodzenie mięśnia czworobocznego i jego szycie mogło skutkować powstaniem takich właśnie blizn. W przypadku powoda bardziej prawdopodobna jest możliwość sumowania się zmian bliznowatych powstających w wyniku kolejnych zabiegów operacyjnych na mięśniach szyi oraz kręgosłupie szyjnym przy współistniejących zmianach zwyrodnieniowych kręgosłupa.* Biegli wykluczyli też możliwość uszkodzenia tego mięśnia w czasie operacji wykonanej w Szpitalu Czerniakowskim czy też z powodu mrowień i skurczów mięśni zaobserwowanych przez powoda w czasie, gdy zgłosił się do Szpitala przy Banacha. Należy też zwrócić uwagę na to, że świadkowie, na zeznania których powołuje się apelujący, nie zdiagnozowali u powoda tężyczki, a mając z nim kontakt w późniejszym okresie, prowadzili jedynie rozważania na temat jego przypadku. Nie dysponowali przy tym najpełniejszą dokumentacją medyczną, tak jak biegli wydający opinię w niniejszej sprawie. Nadto trzeba mieć na uwadze i to, że powód, zgłaszając się do kolejnych lekarzy, przekazywał im swoją opinię i sugestie odnośnie swoich schorzeń.

Reasumując należy zatem stwierdzić, że Sąd Okręgowy w zakresie wyżej wskazanym, nie naruszył zasady swobodnej oceny dowodów, zaś poczynione przez niego ustalenia faktyczne są prawidłowe i Sąd Apelacyjny, poza jednym wyjątkiem, przyjmuje je za własne.

Wyjątkiem tym, co do którego Sąd Okręgowy poczynił swoje ustalenia pomijając część materiału dowodowego, jest okoliczność informowania powoda o dwóch metodach operacji zespołu Eagle'a przez lekarzy wykonujących ją w Szpitalu Czerniakowskim. W tym zakresie Sąd Apelacyjny nie daje wiary powodowi, że dr Krajewski przed operacją więzadła rylcowo-gnykowego nie informował go o wybranej metodzie zewnętrznej.

Należy przede wszystkim mieć na uwadze, że art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu obowiązującym w okresie hospitalizacji powoda w Szpitalu Czerniakowskim (Dz. U. nr 91, poz. 408 ze

zm.) przewidywał, że zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu, zaś art. 19 ust. 2 i 3, że pacjent ma prawo, między innymi, do wyrażenia zgody lub odmowy jej udzielenia na określone świadczenia – po uzyskaniu odpowiedniej informacji. Na podstawie art. 18 ust. 6 w/w ustawy Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wydał rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. z 1993 r., nr 3, poz. 13 ze zm.), w którym w § 14 i nast. wskazują jakie informacje winny znaleźć się w dokumentacji pacjenta leczonego w szpitalu, w tym pisemne oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o wyrażeniu zgody na przyjęcie do szpitala w formie wymaganej przez odrębne przepisy oraz adnotację o poinformowaniu pacjenta o treści art. 19 pkt 2 i 3 ustawy (o zakładach opieki zdrowotnej) – jeżeli stan pacjenta na to nie pozwala – osób towarzyszących. Jak z powyższego wynika w czasie hospitalizacji powoda w szpitalu Czerniakowskim obowiązywała forma pisemna zgody na zabieg. Jak wynika z dokumentacji znajdującej się w aktach taka pisemna zgoda była odbierana od powoda w szpitalach, za każdym razem, przeważnie co do określonego rodzaju badania lub zabiegu, również przed operacją więzadła. Forma pisemna zgody była jednak zastrzeżona wyłącznie do celów dowodowych, nie jest zatem wykluczone dokonywanie ustaleń co do zakresu udzielonej zgody na podstawie innych dowodów. W formularzu historii choroby z dnia 10 marca 1994 r. widnieje zgoda powoda na leczenie i zabieg operacyjny „FEOZ, usunięcie więzadła rylcowo – gnykowego SP, usunięcie brodawki” (k. 124 akt). Wprawdzie dr Marek Krajewski i prof. Andrzej Kukwa nie byli przesłuchiwani w niniejszym postępowaniu, ale odpowiadali przed Naczelną Izbą Lekarską i dokumenty z tego postępowania znajdują się w aktach. W uzasadnieniu postanowienia z dnia 11.VIII.1999 r. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wskazał, że operację wykonano po przedstawieniu choremu literatury na temat rzadko występującego schorzenia i po przedyskutowaniu z nim objawów jak i sposobu operacji. Nie ma powodu by te ustalenia kwestionować, tym bardziej że o dostarczeniu przez dr Krajewskiego literatury fachowej mówił sam powód, dopisywał się nawet do listu dra Krajewskiego do kolegi lekarza z zagranicy, u którego dr Krajewski zasięgał rady co do jego przypadku. Tak więc przypadek powoda był z nim szczegółowo omawiany, z zeznań powoda wynika, że dr Marek Krajewski udostępnił mu nawet literaturę fachową na ten temat i jest nieprawdopodobne by, jak twierdził powód, nie został poinformowany o wybranej przez lekarza operatora metodzie operacyjnej dojścia do więzadła od zewnątrz. W powyższym zakresie, tzn. co do nieświadomości powoda co do wybranej metody

operacji, zeznania powoda nie zasługują na wiarę, Sąd Apelacyjny przyjmuje zatem, że zgoda taka była wyrażona.

Jak natomiast już wyżej wskazano pozostałe zarzuty apelacji kwestionujące ocenę dowodów są niezasadne. W sprawie wydane zostały trzy pisemne opinie zespołu biegłych, zasadnicza i uzupełniająca, w których biegli odpowiedzieli na liczne i bardzo szczegółowe pytania powoda. Biegli przesłuchani zostali również podczas wideokonferencji. Opinie te są wyczerpujące i wiarygodne, wydane przez zespół wysokiej klasy fachowców.

Nie mogą zatem zostać uznane za uzasadnione sformułowane w apelacji zarzuty naruszenia przez Sąd Okręgowy przepisów art. 278 § 1 i 227 przez ich niezastosowanie. Fakty, mające dla sprawy istotne znaczenie, zostały przez Sąd Okręgowy wyjaśnione w stopniu wystarczającym do wydania rozstrzygnięcia, również co do dopuszczenia dowodów z opinii biegłych. Nie został też naruszony przepis art. 217 § 2 k.p.c. przez jego niewłaściwe zastosowanie i oddalenie wniosków o dopuszczenie dowodów z kolejnych biegłych (w tym radiologa) oraz ponowne przesłuchanie świadka.

Podstawą kwestionowania opinii biegłych nie może być tylko to, że nie potwierdzili oni też powoda co do błędów czy wadliwości w toku leczenia w Szpitalu Czerniakowskim i Klinice na Banacha. Biegli dysponowali najszerszą możliwą do uzyskania dokumentacją medyczną, czego nie mieli lekarze np. w Poznaniu czy Krakowie. Opierali swoje twierdzenia nie tylko na wywiadzie z chorym i częściowej dokumentacji, ale na badaniu i dysponując całą dokumentacją medyczną z licznych placówek, w których leczył się powód, w tym przede wszystkim z pełną dokumentacją ze Szpitala Czerniakowskiego i Kliniki na Banacha. Biegli zapoznali się też z zeznaniami świadków i sporządzając opinię brali pod uwagę również zeznania przesłuchanych lekarzy. Biegli nie mieli wątpliwości co do rzetelności wyjaśnień złożonych przez lekarzy, podkreślali jednak, że nie mieli oni dostępu do pełnej dokumentacji medycznej. Jak nadto wskazywali w opinii uzupełniającej z 31 maja 2011 r. zabieg wykonywany przez prof. Eugeniusza Olszewskiego i prof. Macieja Modrzejewskiego był co najmniej dwudziestą ingerencją operacyjną w obszar zatok, gardła i szyi powoda. Praktycznie nie jest w związku z tym możliwe by taka ilość zabiegów operacyjnych w jednym obszarze anatomicznym nie skutkowało różnego rodzaju powikłaniami i ograniczeniami.

Opinie biegłych słusznie, jako przekonywujące i wyczerpujące, uznane zostały za podstawę (wraz z innym materiałem dowodowym) dokonanych ustaleń. Wprawdzie w zespole biegłych nie było radiologa, ale nie stanowiło to przeszkody w wydaniu opinii. Słusznie Sąd Okręgowy zwrócił uwagę na fakt, że radiolog znajdował się w zespole

biegłych powołanych na potrzeby postępowania przygotowawczego i z jego interpretacją zdjęć rentgenowskich zespół biegłych mógł się zapoznać. Biegli nie zgłaszali też by mieli problemy w tym zakresie i by należało rozszerzyć zespół biegłych o radiologa.

Nie było zatem podstaw do uwzględnienia kolejnych wniosków dowodowych. Postępowanie trwało stosunkowo długo i powód miał dostatecznie dużo czasu by zgłosić wszystkie dowody. Zebrano bardzo obszerny materiał dowodowy, olbrzymią dokumentację medyczną, również z Poznania, więc ponowne słuchanie prof. Zygmunta Szmei i dopuszczanie dowodów z kolejnych biegłych było zbędne.

Jako niezrozumiałą uznać należy podniesiony w apelacji zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. traktujący o wymogach formalnych uzasadnienia wyroku w sytuacji, gdy uzasadnienie sporządzone przez Sąd pierwszej instancji spełnia wszystkie przesłanki, o których mowa w tym przepisie. Apelujący nie wskazał też na czym miałyby polegać naruszenie przez Sąd Okręgowy art. 232 k.p.c.

Odnośnie zarzutów dotyczących naruszenia przepisów o prowadzeniu dokumentacji medycznej, częściowo zostały omówione powyżej. Nie naruszono również przepisu art. 17 ust. 1, obowiązującej w czasie hospitalizacji powoda w Szpitalu Czerniakowskim, ustawy o zawodzie lekarza z dnia 28 października 1950 r. (Dz. U. Nr 50, poz. 458 ze zm.). Powód został należycie poinformowany o skutkach i metodzie leczenia odnośnie operacji więzadła, dostarczono mu literaturę fachową na ten temat, którą jak wynika z jego zeznań, przeczytał. Była to więc tzw. „objaśniona zgoda”, której konieczność podkreśla się w doktrynie i orzecznictwie (v.: Mirosław Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2013 r., s. 174 i 175 oraz wskazane tam literatura i orzecznictwo).

Ze znajdującej się w aktach dokumentacji ze Szpitala Czerniakowskiego i Kliniki na Banacha wynika, że zgoda powoda na leczenie była od niego odbierana każdorazowo przy przyjęciu do szpitala, zaś biegli lekarze nie mieli zastrzeżeń do sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej w tych placówkach. Zarzuty odnośnie naruszenia przepisów dotyczących prowadzenia tej dokumentacji uznać należy zatem za chybione.

Sąd Okręgowy prawidłowo wskazał podstawę prawną rozstrzygnięcia, a to art. 417 k.c. w brzmieniu sprzed zmiany dokonanej ustawą z dnia 17 czerwca 2004 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 162, poz. 1692), jak również art. 444 § 1 i 2 k.c. i art. 445 § 1 w zw. z art. 444 k.c. Mając na uwadze dokonane ustalenia faktyczne trafnie uznał, że nie zostały wykazane przesłanki odpowiedzialności deliktowej, zaś powód, na którym z mocy art. 6 k.c. spoczywał ciężar udowodnienia faktów, z których wywodził skutki prawne, nie sprostał tym wymogom.

Powód sformułował zarzuty co do prawidłowości leczenia, lecz biegli nie potwierdzili ich trafności. Dysponowali najpełniejszym materiałem, dokumentacją medyczną z poszczególnych ośrodków leczniczych, a lekarze z Krakowa, Poznania czy Łodzi tylko pewnymi wycinkami dokumentacji i wywiadem z pacjentem, który przedstawiał swoją wersję przebiegu schorzeń, która *ex definitione* nie mogła być obiektywna.

Sąd Okręgowy swoim rozstrzygnięciem nie naruszył zatem wyżej wskazanych przepisów prawa materialnego.

Trafnie nie zastosował też art. 419 k.c. w brzmieniu sprzed jego uchylecia ustawą z dnia 17 czerwca 2004 r., o której mowa wyżej. Jak wynika z przesłuchania powoda jego sytuacja jest dobra, jest człowiekiem wykształconym, zamożnym, nie ma nikogo na utrzymaniu. Skutki niektórych jego schorzeń mogą istotnie utrudniać życie, ale większość ludzi z wiekiem podlega różnym ograniczeniom. Dalsza aktywność życiowa powoda, zależy od niego. Zasady współżycia społecznego, o których mowa w art. 419 k.c. nie sprzeciwiały się zatem oddaleniu powództwa.

Reasumując należało zatem stwierdzić, że apelacja jako bezzasadna podlega oddaleniu (art. 385 k.p.c.).

Wyżej wskazane okoliczności, a w szczególności to, że powód w toku procesu stał się właścicielem nieruchomości przynoszących mu znaczny dochód (8000 – 15 000 zł miesięcznie), nadto otrzymuje miesięczną rentę (600 – 700 zł) oraz ma prawa autorskie po ojcu (400 – 1400 zł miesięcznie) było podstawą cofnięcia zwolnienia od kosztów sądowych w zakresie opłaty od apelacji postanowieniem z dnia 28 maja 2013 r., gdyż odpadły przyczyny dla których powód korzystał ze zwolnienia od kosztów sądowych (art. 110 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz. U. z 2010 r., Nr 90, poz. 594 ze zm.) i obciążenia powoda tą opłatą w punkcie 3 wyroku (w.p.z. 300 000 zł + 43 200 zł = 343 200 zł).

Podstawą zasądzenia kosztów zastępstwa prawnego w instancji odwoławczej były przepisy art. 98 § 1 i 2 oraz 108 § 1 k.p.c., jak również § 6 pkt 7 w zw. z § 13 ust. 1 pkt 2) rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. nr 163, poz. 1348 ze zm.).



Na oryginalne właściwe podpisy
Za zgodność
REFERENT STAŻYSTA

Julia Murawska