

XIV C 662/14

## WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 maja 2017 r.

Sąd Okręgowy w P. XIV Wydział Cywilny z siedzibą w P.

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSO Marcin Garcia Fernandez

Protokolant: st. sekr. sąd. Dorota Krygiółka

po rozpoznaniu w dniu 10 maja 2017 r. w P.

na rozprawie

sprawy z powództwa **H. B.**

przeciwko (...) **SA w W.**

o zapłatę

- 1. zasądza od pozwanego (...) SA w W. na rzecz powódki H. B. 15.000 (piętnaście tysięcy) zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 14 stycznia 2014 r. do dnia zapłaty;**
- 2. w pozostałym zakresie powództwo oddala;**
- 3. nie obciąża powódki obowiązkiem zwrotu pozwanemu kosztów procesu;**
- 4. nakazuje ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w P. 1.303,15 zł.**

SSO Marcin Garcia Fernandez

## UZASADNIENIE

Powódka H. B. w pozwie z 2 czerwca 2014 r. skierowanym przeciwko pozwanemu (...) SA w W. domagała się zasądzenia na swoją rzecz: 250.000 zł zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od 14 stycznia 2014 r. do dnia zapłaty, 2.091,17 zł odszkodowania z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz miesięcznej renty odszkodowawczej w kwocie 1.500 zł płatnej od 1 stycznia 2014 r. do 1 dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia w płatności którejkolwiek z rat. Ponadto powódka wniosła o ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za szkody, które mogą się ujawnić, a także o zasądzenie na jej rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powódka wskazała, że od 22 kwietnia do 2 maja 2013 r. była pacjentką Szpitala (...) w Z., który w tym czasie był ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w pozwanym zakładzie ubezpieczeń. W dniu 24 kwietnia 2013 r. miała operację usunięcia woli guzowatych. W dokumentach Szpitala widnieje podpisana przez nią zgoda na zabieg operacyjny. Wynika z niej, że 21 kwietnia 2013 r. lekarz B. W. (1) przeprowadził z nią rozmowę i przekazał informację o możliwych powikłaniach. Jednak 21 kwietnia 2013 r. nie było jej jeszcze w szpitalu. Po przyjęciu na oddział nikt nie informował jej o możliwych zagrożeniach i powikłaniach zabiegu. Dokument zawierający jej zgodę na przeprowadzenie operacji tarczycy przedłożono jej po operacji, kiedy była nieświadoma tego, co podpisuje. Po obudzeniu się z narkozy czuła, że coś jest nie tak. Nie mogła normalnie oddychać i mówić, miała wrażenie, że zaraz

się udusi. Jeden z lekarzy zapewniał ją, że to jest normalne i za kilka tygodni wróci jej głos. Ze szpitala wypisano ją jako osobę zdrową. Na karcie informacyjnej umieszczono rozpoznanie – obustronny niedowład pooperacyjny nerwów krtaniowych wstecznych. Z kolei w historii choroby wpisano „jatrogenne uszkodzenie”. Słowo jatrogenne oznacza niezamierzony błąd lekarza, szkodliwe dla pacjenta, niekorzystne następstwo leczenia. Jest to uszkodzenie spowodowane nieumiejętnym lub nadmiernym postępowaniem medycznym.

Powódka podała, że obecnie operacje tarczycy są przeprowadzane z udziałem lekarza foniatry, którego wyłącznym zadaniem jest czuwanie nad nieuszkodzeniem nerwów strun głosowych. Kiedy lekarz usuwający tarczycę nie ma takiej pomocy, działa na ślepo. Normalnym powikłaniem po operacji tarczycy jest chrypka i zmiana głosu, ale nie zamknięcie dróg oddechowych. Operacja u niej została przeprowadzona niedokładnie i nonszalancko. Leczenie nie powinno prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia. W sytuacji gdy w Polsce są dostępne metody leczenia wykluczające takie ryzyko, lekarz, który nie jest stanie w taki sposób przeprowadzić zabiegu, powinien skierować chorego do innej placówki. W jej przypadku lekarz zdecydował się przeprowadzić operację i w jej trakcie dopuścił się błędu. Także po operacji została pozostawiona sama sobie. Szpital wystawił jedynie skierowanie do laryngologa. Tymczasem zaraz po nieudanej operacji powinna być przetransportowana do innej kompetentnej placówki, a nie wypisana do domu. Gdyby jakikolwiek lekarz poinformował ją o ryzyku, jakie wiąże się z operacją, miałyby szansę poszukać pomocy w innej placówce medycznej.

Powódka podniosła nadto, że po operacji cały czas miała problemy z oddychaniem, szybko się męczyła, dłuższa rozmowa powodowała, że czuła się jakby ją ktoś dusił. Wiązało się to z bólem i zapowietrzeniem. Nawet spacer ją męczył. Przy wysiłku jej oddech stawał się głośny do tego stopnia, że ludzie na ulicy oglądali się za nią. Było to dla niej dotkliwe i przykre. Kiedy przez dłuższy czas po operacji jej stan się nie poprawiał, zwróciła się do lekarza, który ją operował o pomoc. Nie udzielił jej on pomocy, tylko zasugerował, że jeśli ma jakieś zastrzeżenia do operacji, to od tego jest droga sądowa. Wtedy uznała, że operacja mogła być przeprowadzona nieprawidłowo. W dniu 7 maja 2013 r. zgłosiła się do przychodni laryngologicznej, gdzie lekarz stwierdził u niej niedowład strun głosowych, duszności i pianie przy mówieniu. Skierował ją na operację poszerzenia szpary głośni. Zabieg taki wykonała w P., ale nie przywrócił jej on zdrowia, a jedynie zapobiegł ryzyku uduszenia się. Wdechy nie są już tak głośne, ale nadal bołą. Nie może głośno mówić, przez co nie zawsze jest słyszana. Z tego powodu musiała zrezygnować z życia towarzyskiego i straciła znajomych. Nawet niewielki wysiłek powoduje, że się męczy, często się dusi i ma suchy kaszel. Nie może śmiać się, płakać, zakasłać, kichnąć, a nawet ziewnąć. Od czasu operacji jest częściowo niezdolna do pracy i z tego tytułu pobiera rentę. Dnia 19 grudnia 2013 r. orzeczono u niej znaczny stopień niepełnosprawności. Potrzebuje pomocy w robieniu i noszeniu zakupów, prowadzeniu gospodarstwa domowego i wykonywaniu prostych czynności typu kąpiel i ubieranie butów. Wymaga stałego przyjmowania leków i ćwiczeń logopedycznych.

Powódka podniosła również, że pismem z 9 grudnia 2013 r. zgłosiła szkodę zarówno pozwanemu, jak i Szpitalowi (...) w Z.. Z uwagi na brak odpowiedzi ze strony pozwanego, dnia 4 marca 2014 r. wysłała monit. Pismem z 10 marca 2014 r. pozwany odmówił wypłaty odszkodowania. Nie zgada się z jego stanowiskiem. Domaga się zadośćuczynienia za krzywdę, ból, cierpienia i trwały uszczerbek na zdrowiu. Przyznanie jej renty uzasadnia to, że do końca życia pozostanie osobą niepełnosprawną. Domaga się odszkodowania w związku z kosztami dojazdu, jakie poniosła.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu potwierdził prowadzenie postępowania likwidacyjnego na skutek zgłoszenia przez powódkę szkody wynikłej z operacji usunięcia tarczycy, przeprowadzonej u niej 24 kwietnia 2013 r. w Szpitalu (...) w Z. oraz to, że w tym dniu udzielał temu Szpitalowi ochrony ubezpieczeniowej w zakresie odpowiedzialności cywilnej. Poza tym pozwany wskazał, że w okresie pooperacyjnym wystąpiły u powódki objawy obustronnego uszkodzenia nerwów krtaniowych wstecznych. Z tego powodu była ona konsultowana przez laryngologa i leczona według jego zaleceń. Wypisana została w stanie dobrym. Jak wynika z dokumentacji medycznej, prawidłowo została zakwalifikowana do operacji a jej zakres i rodzaj były zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Lekarze nie popełnili błędu medycznego. Postępowanie medyczne było prawidłowe, zgodne z wiedzą i sztuką lekarską. Dla

przyjęcia jego odpowiedzialności konieczne byłoby ustalenie istnienia odpowiedzialności Szpitala, a do tego nie ma podstaw (k. 162-163).

Na rozprawie w dniu 10 grudnia 2014 r. przewodniczący uprzedził pozwanego, że w świetle podstawy faktycznej powództwa istnieje możliwość jego uwzględnienia także w oparciu o przepisy regulujące skutki niezyskania uświadomionej zgody pacjenta na operację (k. 327). Pozwany nie zajął stanowiska wobec tej podstawy roszczenia.

W piśmie z 23 stycznia 2017 r. powódka wprost powołała się na niewyrażenie przez siebie zgody na operację jako samodzielny i odrębną podstawą roszczenia o zadośćuczynienie (k. 711).

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

Szpital (...) w Z. w dniu 28 grudnia 2012 r. zawarł z pozwanym (...) SA w W. umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą na okres od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r. Sumę ubezpieczenia określono na 500.000 euro na wszystkie zdarzenia i 100.000 euro na jedno zdarzenie.

(dowód: umowa ubezpieczenia, k. 180 -181 )

W dniu 1 marca 2013 r. lekarz Z. R. (1), mający specjalizację z chirurgii ogólnej i onkologii, zawarł ze Szpitalem (...) w Z. umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych na Oddziale Chirurgicznym tego Szpitala. W umowie zobowiązał się wykonywać ją w porozumieniu i uzgodnieniu z kierującym Oddziałem (§ 1), świadczyć usługi w godzinach ustalonych w planie miesięcznym Oddziału (§ 5), poddać się kontroli przebiegu i jakości udzielanych świadczeń (§ 10). Umowa została zawarta na czas określony od 1 marca do 30 kwietnia 2013 r. W ramach tej umowy Z. R. (1) miał narzucony zakres obowiązków, był podwładnym ordynatora Oddziału, podlegał mu merytorycznie i administracyjnie, a nadto administracyjnie dyrekcji Szpitala. Podobne umowy łączyły ze Szpitalem innych lekarzy pracujących na Oddziale.

(dowód: umowa z 1.03.2013 r., k. 170-174, umowa z 1.03.2013 r., k. 218-222, zeznania świadków Z. R. (1), k. 323v-324 i M. M. (1), k. 370v)

Powódka leczyła się z powodu problemów z tarczycą. 9 stycznia 2013 r. lekarz endokrynolog M. C. dała jej skierowanie do Szpitala (...) w Z. na zabieg wycięcia wola guzowatego. W związku z tym tego samego dnia udała się na izbę przyjęć, gdzie lekarz wyznaczył jej termin przyjęcia do szpitala na 22 kwietnia 2013 r. Tego dnia powódka stawiała się w Szpitalu. Jeszcze na izbie przyjęć na pierwszej stronie historii choroby z Oddziału Chirurgicznego podpisała oświadczenie o treści: „zgadzam się na proponowane leczenie i zabieg operacyjny wole guzowate”. Następnie została przyjęta na Oddział Chirurgiczny, przydzielono jej łóżko i wykonano jej szereg badań (rtg klatki piersiowej, morfologię krwi, koagulologię, biochemię, badanie ogólne moczu). W tym dniu dyżur na Oddziale pełnił chirurg B. W. (1). Przeprowadził on z powódką wywiad, wypełnił stronę 2 historii choroby oraz kwestionariusz oceny ryzyka związanego ze stanem odżywiania i zakwalifikował ją do operacji. Następnie wywiad i badanie powódki przeprowadził lekarz anestezjolog, który nadto uzupełnił odpowiednią część kwestionariusza dla pacjentów kwalifikowanych do znieczulenia. W trakcie konsultacji z anestezjologiem powódka wypełniła ankietę stanowiącą inną część tego kwestionariusza i podpisała zgodę na znieczulenie.

Początkowo powódka miała mieć operację 23 kwietnia 2013 r., ale została ona przesunięta na 24 kwietnia 2013 r. Przed jej rozpoczęciem chirurg Z. R. (1) wypełnił O. kartę kontrolną, w której zaznaczył m. in., że potwierdzono zgodę na zabieg operacyjny, ale w rzeczywistości tego nie zweryfikował. Operacja została przeprowadzona przez chirurgów Z. R. (1) jako operatora i J. G. (1) jako asystenta między 8.40 a 9.55. Przebiegła normalnie, bez zauważalnych komplikacji. W jej trakcie operator dokonał identyfikacji nerwów krtaniowych wstecznych, w celu uniknięcia ich uszkodzenia, a następnie usunął tarczycę. Po obudzeniu się po operacji stan powódki był dość dobry. Natomiast na drugi dzień – 25 kwietnia 2013 r. – powódka od rana źle się czuła, odczuwała ból w klatce piersiowej, miała trudności z oddychaniem, po jakimś czasie pojawił się u niej stridor krtaniowy (świszczący odgłos przy oddychaniu). Spowodowało to zamieszanie wśród personelu Oddziału Chirurgicznego, w czasie którego pielęgniarka dała jej do podpisania jakiegoś dokumenty, tłumacząc, że chodzi o zgodę na leczenie bez bólu. Ordynator M. M. (1) zalecił

przeprowadzenie konsultacji laryngologicznej z uwagi na podejrzenie niedowładu nerwów krtaniowych wstecznych. Odbyła się ona tego samego dnia. Laryngolog, poza objawami w postaci chrypki i duszności, stwierdził obustronny niedowład obu fałdów głosowych.

W kolejnych dniach powódka była poddawana dalszemu leczeniu i badaniom. 29 kwietnia 2013 r. lekarz stwierdził, że jej stan ogólny jest dość dobry, utrzymuje się stridor krtaniowy i łatwo się męczy. 2 maja 2013 r. lekarz uznał, że jej stan ogólny jest taki sam, jak 29 kwietnia 2013 r. Tego dnia została wypisana do domu z rozpoznaniem wola guzowatego i obustronnego niedowładu pooperacyjnego nerwów krtaniowych wstecznych. Przy wypisie polecono jej odbiór wyniku badań histopatologicznych za 3 tygodnie i kontroli w poradni endokrynologicznej z tymi wynikami za miesiąc, a nadto zalecono także kontrolę w poradni chirurgicznej za 7 dni i w poradni laryngologicznej bez wskazania terminu. Przepisano jej także lek L..

Badania histopatologiczne usuniętej tarczycy powódki wykazało, że nie doszło do wciągnięcia nerwów krtaniowych przez patologiczne zmiany w obrębie tarczycy i w konsekwencji ich przecięcia przy jej wycinaniu.

Po wyjściu ze Szpitala powódka poddała się dalszemu leczeniu i rehabilitacji z powodu skutków uszkodzenia nerwów krtaniowych wstecznych. Między innymi 7 i 21 maja 2013 r. odbyła konsultacje u laryngologa A. Ż.. Następnie trafiła do Poradni Audiologii i Foniatrii Szpitala (...) Medycznego w P.. Tam odbyła konsultacje 12 czerwca 2013 r. i 23 października 2013 r. i po tej drugiej dostała skierowanie do tegoż Szpitala na operację mającą na celu poszerzenia szpary głośni. Operacja ta została u niej wykonana 25 listopada 2013 r. W dniu 3 czerwca 2016 r. w tym samym Szpitalu (...) powódka przeszła kolejną operację w celu poszerzenia szpary głośni.

(dowód: historia choroby z poradni laryngologicznej w Z., k. 12, historia choroby z oddziału chirurgicznego szpitala w Z., k. 13, odpis karty z księgi bloku operacyjnego szpitala w Z., k. 447 i 510 -511 , historia choroby szpitala w P., k. 22 i 639-675 , opinia instytutu, k. 416-42 5 , zeznania świadków: W. B., k. 326, M. S. (1) , k. 325, Z. R. (1), k. 323-324, zeznania powódki, k. 321)

Powódka została prawidłowo zakwalifikowana do zabiegu usunięcia tarczycy. Wskazaniem do tego było wole guzowate oraz niejednoznaczny wynik biopsji cienkoigłowej, który nie pozwalał na wykluczenie nowotworu złośliwego tarczycy. Operację podjęto we właściwym czasie, po prawidłowym przygotowaniu powódki. Wykonał ją lekarz o odpowiednich kwalifikacjach i doświadczeniu. Uszkodzenie nerwów krtaniowych u powódki było typowym powikłaniem mieszczącym się w granicach ryzyka operacyjnego.

Po operacji w szpitalu powódka została poddana właściwej opiece i leczeniu, także z laryngologicznego punktu widzenia.

(dowód: opinia instytutu, k. 426-427, opinia uzupełniająca instytutu, k. 536-537, wyjaśnienia przedstawiciela instytutu, k. 607-608, opinia biegłej laryngolog M. Ł., k. 691-698, opinia uzupełniająca biegłej laryngolog, k. 735-739)

Jedną z metod ograniczania ryzyka powikłania w uszkodzenia nerwów krtaniowych jest zastosowanie tzw. neuromonitoringu śródoperacyjnego. Metoda ta nie eliminuje w całości ryzyka uszkodzenia nerwów krtaniowych, ale je ogranicza. Była ona w 2013 r. stosowana w około 30 % szpitali w Polsce. Nie była jednak wykorzystywana w Szpitalu (...) w Z.. W 2013 r. pacjenci tego Szpitala nie byli informowani przez lekarzy o możliwości przeprowadzenia operacji usunięcia tarczycy w innych ośrodkach z wykorzystaniem neuromonitoringu.

(dowód: opinia instytutu, k. 427, opinia uzupełniająca instytutu, k. 537 , zeznania świadka M. M. (1), k. 371 )

Pismem z 9 grudnia 2013 r. powódka zwróciła się do pozwanego o wszczęcie postępowania likwidacyjnego w związku ze szkodą, jakiej doznała i wypłacenie jej bezspornej kwoty zadośćuczynienia i przyznanie renty. W piśmie zarzuciła Szpitalowi (...) w Z. popełnienie szeregu błędów w jej leczeniu. Powołała się także na niewyrażenie zgody na operację. Pismo to zostało doręczone pozwanemu 12 grudnia 2013 r. W trakcie postępowania likwidacyjnego Szpital (...) w Z. przedstawił swoje stanowisko odnośnie zarzutów powódki, wskazując, że powikłanie, które ją dotknęło częściej

jest wynikiem nieuchwytnych przyczyn niż błędu. Podniósł, że sposobem ochrony pacjenta przed tym powikłaniem jest neuromonitoring, który jednak stosowany jest w Polsce tylko w nielicznych ośrodkach. Zazaczył także, że nie potrafi wyjaśnić przyczyny błędnego wpisu daty na karcie świadomej zgody powódki, ale prawdopodobnie wynika on z automatycznego przepisania błędnej daty z karty gorączkowej. Pozwany w ramach czynności likwidacyjnych uzyskał też opinię lekarską, w której lekarz konsultant ocenił, że podczas udzielania świadczeń zdrowotnych powódce pracownicy Szpitala (...) w Z. nie dopuścili się błędu medycznego oraz dołożyli należytej staranności. W konsekwencji pismem z 10 marca 2014 r. pozwany odmówił powódce wypłaty świadczenia odszkodowawczego.

(dowód: pismo powódki z 9.12.2013 r., k. 28-30, pismo Szpitala (...) w Z., k. 185-187, opinia lekarska, k. 290-291, pismo pozwanego, k. 168-169)

Podstawą dla powyższych ustaleń była następująca ocena zgromadzonego w sprawie materiału.

Sąd uznał za wiarygodne dokumenty prywatne, które zostały wyżej powołane jako podstawa ustaleń. Część z nich została dołączona do akt w zwykłych odpisach. Zgodność ich treści z oryginałami nie wywoływała zastrzeżeń ani Sądu, ani stron. Niektóre odpisy zostały poświadczone za zgodność z oryginałami przez fachowych pełnomocników stron. Te poświadczenia korzystały z domniemania prawnego zgodności treści z prawdą (art. 129 § 3 k.p.c. w zw. z art. 244 k.p.c.), które w żadnym wypadku nie zostało obalone. Dokumenty, które stały się podstawą ustaleń, nie budziły wątpliwości co do swojej autentyczności i w zakresie objętym ustaleniami co do zgodności treści z prawdą, jak też nie były przez strony podważane pod jakimkolwiek względem.

Część faktów Sąd przyjął na podstawie kopii dokumentów (art. 308 § 1 k.p.c. w poprzednim brzmieniu, które ma w sprawie zastosowanie). Zgodność kopii z oryginałami nie była przez żadną ze stron kwestionowana i nie wywoływała wątpliwości Sądu. Dlatego Sąd uznał je za wiarygodne potwierdzenie istnienia, treści i formy oryginałów, które umożliwiło przeprowadzenie dowodów z samych tych dokumentów, tak jakby w dyspozycji Sądu były ich odpisy. Ponadto złożenie przez daną stronę kopii dokumentów stanowiło w istocie zgłoszenie przez nią twierdzeń o faktach co do istnienia dokumentu o formie i treści wynikającej z kopii. Niezakwestionowanie tych kopii przez drugą stronę stanowiło więc również nie wypowiedzenie się o tych faktach, co pozwalało uznać je za przyznane, gdyż wyniki rozprawy potwierdzały je (art. 230 k.p.c.).

Sąd uznał, że dokument o nazwie: Świadoma zgoda pacjenta lub opiekuna prawnego na zabieg operacyjny (odpis w dokumentacji z Oddziału Chirurgicznego, k. 13, kopia, k. 210) nie stanowił potwierdzenia udzielenia przez powódkę świadomej zgody na operację. Niewątpliwe było z jednej strony, że na dokumencie tym widnieje autentyczny podpis powódki, a z drugiej, że na pewno nie został on złożony w dacie wynikającej z dokumentu, gdyż tego dnia powódki jeszcze nie było w szpitalu a lekarz B. W. (1) nie pełnił dyżuru (k. 360). Miał on dyżur w dniu przyjęcia powódki do szpitala – 22 kwietnia 2013 r., on też odebrał od niej wywiad, czego dowodem jest druga strona historii choroby z Oddziału Chirurgicznego (k. 13, 224). Istniała więc teoretyczna możliwość, że wówczas też udzielił jej informacji i wyjaśnień wynikających z treści omawianego dokumentu, a jedynie przez pomyłkę została do niego wpisana wadliwa data. Sąd odrzucił taką ewentualność, gdyż nie została ona w sposób przekonujący wykazana, a jednocześnie przemawiały przeciw niej istotne argumenty.

Po pierwsze, nie został przez pozwanego w sposób dostateczny wyjaśniony mechanizm i okoliczności powstania ewentualnej pomyłki. Przede wszystkim nie została wskazana i powołana jako świadek osoba, która wpisała wadliwą datę. Musiał to być pracownik Oddziału Chirurgicznego, czyli jedna ze stosunkowo niewielkiego kręgu osób, łatwa do ustalenia na podstawie charakteru pisma. Przesłuchanie jej mogłoby zaś umożliwić wyjaśnienie, kiedy powódka podpisała przedmiotowy dokument – w dniu 22 kwietnia 2013 r. jak utrzymywał Szpital (k. 185), czy też dzień później – już po operacji – jak twierdziła powódka.

Po drugie, niewątpliwe jest, że na Oddziale Chirurgicznym nie istniał skuteczny system weryfikowania wykonania przez lekarza obowiązku uzyskania świadomej zgody pacjenta na zabieg a rzetelność prowadzenia dokumentacji pozostawiała wiele do życzenia. Świadczą o tym następujące okoliczności.

Świadkowie – lekarze Szpitala przedstawiali rozbieżne wersje co do tego, na kim ciążył obowiązek sprawdzenia, czy jest odpowiednia zgoda pacjenta na operację. Chirurg B. W. (1) i Z. R. (1) wskazali, że należy to do lekarza anestezjologa przy wypełnianiu księgi operacji (k. 323v, 324v), z kolei anestezjolog L. P. zaprzeczyła temu (k. 371v). Chirurg J. G. (1) podał, że sprawdza to chirurg operator (k. 325 – nagranie 3:40:25), natomiast M. M. (1) wskazał i na chirurga i na pielęgniarkę (k. 370v). Takie rozbieżności świadczą o tym, że obowiązki w tym zakresie nie były jasno ustalone a co najmniej nie były znane i przestrzegane. Pozwala to przyjąć jako bardzo prawdopodobną tezę, że jeśli od powódki we właściwym czasie nie została odebrana świadoma zgoda na operację (np. na skutek jakiegoś zbiegu okoliczności lub przez przeoczenie), pozostało to do operacji niezauważone.

Zapisy w historii choroby powódki wskazują na to, że na Oddziale Chirurgicznym lekarze praktykowali wypełnianie dokumentacji medycznej awansem. Tylko w ten sposób można wytłumaczyć przekreślony wpis chirurga J. G. (1) w historii choroby pod datą 26.04.2013 r.: „Stan dobry, mowa wyraźna. Do wypisu.” (k. 225) oraz uzupełnienie przez niego rubryki „Epikryza dnia” o datę 26.04.2013 r. i o wpis: „Wykonano strumektomię. Wypisano w stanie dobrym.” (k. 226). Są to wpisy całkowicie nieadekwatne do sytuacji, jaka miała miejsce w dniu 26 kwietnia 2013 r. i nie sposób uznać, że istotnie pochodzą z tego dnia. Musiały więc być wykonane wcześniej i to przed dniem 24 kwietnia 2013 r. Skoro na Oddziale lekarze praktykowali wcześniejsze wypełnianie tak istotnych dokumentów, to trzeba uznać za możliwe, a nawet prawdopodobne, że B. W. (1) wypełnił dotyczący powódki formularz świadomej zgody o swój wpis i podpis przed wywiadem z nią. To zaś powoduje, że podpis tego lekarza na tym dokumencie nie może być uznany za wiarygodne potwierdzenie udzielenia powódce informacji zawartych w jego treści w ramach przeprowadzonego z nią wywiadu w dniu 22 kwietnia 2013 r.

Lekarz Z. R. (1) wypełnił O. kartę kontrolną, w której między innymi potwierdził odebranie od powódki zgody na zabieg operacyjny, choć tego nie zweryfikował, co jest niewątpliwe, gdyż zeznał, że nigdy tego nie czyni (k. 324).

W Księdze bloku operacyjnego jako lekarz kwalifikujący do zabiegu został wpisany M. M. (1) (k. 447), podczas gdy był nim B. W. (1), co wprost wynika z zapisu w historii choroby (k. 225, odpis k. 13) i faktu, że to on przyjmował powódkę na oddział. Z zeznań świadków Z. R., B. W., J. G., M. M. wynika zaś, że to ten lekarz kwalifikuje do operacji. W Księdze tej jest też błędna data przyjęcia powódki: 23 kwietnia 2013 r. zamiast 22 kwietnia 2013 r. Zaznaczyć należy, że zapis w Księdze, iż pacjentka wyraziła zgodę na zabieg, nie ma wartości potwierdzenia wcześniejszego podpisania przez powódkę dokumentu świadomej zgody, gdyż z jednej strony wyżej wskazane błędy w Księdze podważają zaufanie do adnotacji w niej, a z drugiej zapis ten mógł zostać uczyniony na podstawie zgody widniejącej na pierwszej stronie historii choroby.

Co do dokumentacji należy jeszcze wskazać, że wadliwa data widnieje nie tylko na omawianym dokumencie zgody, ale też na wyniku badania ekg powódki i jej karcie gorączkowej (na tym ostatnim dokumencie są przerobione wszystkie daty).

Po trzecie, przeciwko podpisaniu przez powódkę dokumentu świadomej zgody na operację w dniu 22 kwietnia 2013 r. przemawiały zeznania świadka W. B. i powódki. Powódka przeczyła temu, aby przed operacją podpisała dokument świadomej zgody i w tym zakresie jej zeznania były wiarygodne. Za taką oceną przemawiało przede wszystkim to, że powódka podkreślała, że nie wyrażała przed zabiegiem tej zgody już w swoim piśmie z 9 grudnia 2013 r., w którym zgłosiła pozwanemu szkodę (k. 29). Także w pozwie powódka konsekwentnie podnosiła nieprawdziwość treści dokumentu zgody. Przy czym ani w piśmie do pozwanego ani w pozwie powódka z tego faktu nie wywodziła żadnych skutków prawnych, w szczególności nie opierała na tym swego roszczenia o zadośćuczynienie. Powódka domagała się bowiem zapłaty zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. Dopiero po pouczeniu przez przewodniczącego, że taka podstawa faktyczna daje także możliwość zasądzenia zadośćuczynienia za naruszenie prawa pacjenta do wyrażenia świadomej zgody, powódka zaczęła się powoływać na tę okoliczność także jako na dodatkową podstawę swego roszczenia. Przemawia to za tym, że fakt niewyrażenia zgody był przez nią powoływany zgodnie z prawdą, a nie tylko na użytek procesu.

Zeznania powódki zawierały także przekonujące wyjaśnienie tego, w jaki sposób jej podpis mógł się znaleźć na przedmiotowym dokumencie. Wskazała ona, że kiedy okazało się, że jej stan po operacji nie jest normalny, przyniesiono jej do podpisu jakiś dokument, wskazując, że jest to zgoda na leczenie bez bólu, ona zaś go podpisała bez czytania. Takie jej zeznania potwierdził świadek W. B.. Wprawdzie jest on mężem powódki, a więc osobą jej najbliższą a przez to zainteresowaną wynikiem procesu, ale mimo tego jego zeznania w tej kwestii były godne zaufania. Wskazać należy przede wszystkim na to, że zostały złożone zanim powódka zaczęła na braku zgody na operację opierać swoje roszczenie. Dlatego świadek nie miał podstaw, aby uważać, że fałszywymi zeznaniami w tym przedmiocie przyczyni się do korzystnego dla żony wyniku procesu. Zwrócić także należy uwagę na stanowczość, konkretność, szczerłość i spontaniczność zeznań świadka, dającą się zaobserwować na nagraniu. Nie wykazywały one cech kłamliwości, jak niepewność, kluczenie, wahanie. Świadek był pewny tego, co mówił, a jednocześnie nie rozwodził się, tylko mówił krótko, koncentrując się na faktach. Nie było widać u niego nawet skłonności do tendencyjności na korzyść powódki, gdyż nie przedstawiał samorzutnie żadnych korzystnych dla niej faktów, czy ocen, a ograniczał się do odpowiedzi na pytania.

Argumentem przemawiającym za tym, że zeznania świadka W. B. odnośnie podpisywania przez powódkę dokumentu zgody na drugi dzień po operacji nie były wynikiem zmywy, jest także treść zeznań świadka M. S. (2) – córki powódki i W. B.. Gdyby powódka i jej mąż chcieli osiągnąć korzystny wynik procesu przez uzgodnione fałszywe zeznania, należałoby się spodziewać, że albo wciągną w tą zmwę także córką albo przynajmniej przed złożeniem przez nią zeznań okłamią ją, że powódka podpisywała jakiś dokument po operacji, żeby ona powtórzyła to kłamstwo przed Sądem. Tymczasem nic takiego nie miało miejsca. Świadek M. S. (2) nie miała żadnej wiedzy o pobycie powódki w szpitalu (k. 325v).

Rozważywszy powyższe okoliczności, Sąd doszedł do przekonania, że podpisany przez powódkę dokument o nazwie: Świadoma zgoda pacjenta lub opiekuna prawnego na zabieg operacyjny nie stanowi wiarygodnego potwierdzenia udzielenia przez nią świadomej zgody na usunięcie tarczycy.

Wydane w sprawie opinie sądowo – lekarska z 7 sierpnia 2015 r. (k. 416-429) oraz opinia uzupełniająca z 19 listopada 2015 r. (k. 535-537) były w pełni przydatne dla rozstrzygnięcia sprawy i stanowiły wartościowy materiał dowodowy o dużej sile przekonywania. Wykonane zostały przez instytut - Katedrę Medycyny Sądowej i Zakład Medycyny Sądowej (...) w S., a więc wyspecjalizowaną placówkę wykonującą wiele opinii w dziedzinie medycyny na potrzeby wymiaru sprawiedliwości. W imieniu instytutu w zakresie chirurgii opinie przygotował profesor zwyczajny nauk medycznych A. M. - nauczyciel akademicki i praktykujący chirurg, a więc osoba o bardzo dużej wiedzy i doświadczeniu w dziedzinie objętej opiniowaniem. Przedmiotowe opinie zostały sporządzone zgodnie z tezami dowodowymi Sądu, w sposób fachowy i rzetelny. Są wyczerpujące, spójne, logiczne i zrozumiałe. W sposób przekonujący i nie budzący zastrzeżeń zostały w nich uzasadnione podstawy, które doprowadziły do końcowych wniosków. Wszelkie wątpliwości związane z treścią opinii głównej zostały rozwiane w opinii uzupełniającej i w wyjaśnieniach złożonych przez przedstawiciela instytutu na rozprawie (k. 607-608). Zauważyć należy, że po złożeniu tych wyjaśnień powódka już opinii nie podważała.

Opinie główna (k. 691-697) i uzupełniająca (k. 735-739) biegłego lekarza otolaryngologa – foniatry M. Ł. również stanowiły wartościowy materiał o wysokiej mocy dowodowej. Zostały sporządzone przez stałego biegłego sądowego a więc specjalistę dysponującego dużą wiedzą i doświadczeniem w swojej dziedzinie wiedzy i w opiniowaniu na potrzeby wymiaru sprawiedliwości. Opinia główna udzieliła pełnej odpowiedzi na tezy dowodowe zawarte w postanowieniach dowodowych, została sporządzona w sposób fachowy, była rzetelna i kompletna. Była też spójna, logiczna i zrozumiała. W sposób przekonujący i nie budzący zastrzeżeń zostały w niej przedstawione przesłanki, które doprowadziły do końcowych wniosków. W opinii uzupełniającej biegła odniosła się do wątpliwości powódki, a po doręczeniu jej tej opinii powódka nie zgłosiła już żadnych przekonujących zastrzeżeń ani wniosków zmierzających do podważenia opinii głównej.

Zeznania świadków: B. W. (1), Z. R. (1), J. G. (1), M. M. (1) i L. P. Sąd uznał za godne zaufania w całości. Były one konkretne, spójne i logiczne. Nie zawierały stwierdzeń sprzecznych z zasadami doświadczenia. Analiza ich treści

pozwalala też na wnioski, że były szczere i pozbawione tendencyjności. Świadkowie nie formułowali nieuprawnionych ocen, nie okazywali niechęci dla którejś ze stron procesu. Zeznawali oszczędnie, ograniczając się do odpowiedzi na pytania. Żaden z nich nie starał się samorzutnie podawać korzystnych dla którejś ze stron faktów lub ocen. Świadkowie nie pamiętali swojego kontaktu z powódką w ogóle lub w niewielkim stopniu, więc ich zeznania w dużej mierze służyły ustaleniu treści dokumentacji medycznej, sposobu organizacji pracy Oddziału Chirurgicznego i funkcjonujących tam praktyk, a te okoliczności nie były kontrowersyjne między stronami.

Zeznania świadka W. B. Sąd uznał za godne zaufania z przyczyn, które zostały już wyżej przedstawione.

Zeznania świadków: M. S. (1), I. N., J. S. i M. O. były nieprzydatne dla poczynienia istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy ustaleń.

Zeznania powódki Sąd uznał za w większości wiarygodne. W dużej części dotyczyły one okoliczności pozostających poza sporem i w tym zakresie nie budziły wątpliwości. W części odnoszącej się do podpisywania dokumentu lub dokumentów po operacji były one godne zaufania, gdyż znajdowały potwierdzenie w wiarygodnych zeznaniach świadka W. B., jak też same sprawiały wrażenie szczerych. Także w zakresie w jakim powódka twierdziła, że nie udzielała świadomej zgody na operację Sąd uznał jej zeznania za wiarygodne z przyczyn, o których była już mowa.

Sąd nie dał wiary powódce jedynie w tych fragmentach, w których jej zeznania były sprzeczne z bardziej godnymi zaufania dowodami. Dotyczyło to niektórych szczegółowych kwestii związanych z pobytem powódki w szpitalu. I tak powódka zeznała, że przyjmował ją na oddział doktor M., podczas gdy musiał to być B. W. (1), gdyż to on tego dnia miał dyżur i on dokonał potwierdzających to wpisów w dokumentacji. Twierdziła, że przed operacją nie rozmawiała z B. W. (1) ani z żadnym innym lekarzem poza anestezjologiem, tymczasem musiała rozmawiać z B. W. (1), gdyż świadectwem tej rozmowy jest wywiad w historii choroby a poza tym, jak wyżej wskazano, powódka sama mówiła, że była przyjmowana na Oddział przez lekarza, a więc musiała z nim rozmawiać. Podała też, że od razu w dniu operacji po przebudzeniu z narkozy jej stan był zły, jednak zarówno dokumentacja lekarska, jak i zeznania jej męża i jej własne wyjaśnienia z 10 grudnia 2014 r. świadczą o tym, że istotne pogorszenie jej stanu zdrowia i stridor pojawiły się nie w dniu operacji, ale na drugi dzień. W ocenie Sądu nieprawdziwość wyżej wskazanych zeznań nie była konsekwencją zamiaru powódki wprowadzenia Sądu w błąd, ale tego, że zawiodła ją pamięć. Powódka z pewnością słabo zapamiętała kontakt z B. W. (1), skoro pomyliła go z M. M. (1), a jeśli rozmowa była bardzo krótka (treść wywiadu zdaje się za tym przemawiać) mogła się jej nie zapisać w pamięci w całości, zwłaszcza że powódka musiała być zestresowana a późniejsze dramatyczne dla niej przeżycia po operacji z całą pewnością przytłoczyły wcześniejsze wspomnienia z dnia przyjęcia do szpitala.

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powódka H. B. swoje roszczenie wywodziła z odpowiedzialności gwarancyjnej pozwanego (...) SA za czyny niedozwolone ubezpieczonego Szpitala (...) w Z., polegające: w pierwszej kolejności na wadliwym wykonaniu u niej zabiegu usunięcia tarczycy i w konsekwencji uszkodzeniu nerwów krtaniowych wstecznych oraz na późniejszej niewłaściwej opiece laryngologicznej, a w drugiej kolejności na naruszeniu jej prawa pacjenta do wyrażenia świadomej zgody na operację.

Z dokonanych ustaleń wynikało, że Szpital (...) w Z. łączyła z pozwanym umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, obejmująca okres pobytu powódki w tym Szpitalu. Stosownie do § 1 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. Nr 293, poz. 1729), ubezpieczenie to obejmowało szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

Na mocy art. 822 § 4 k.c., uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela. W konsekwencji powódka mogła dochodzić swego roszczenia bezpośrednio przeciwko pozwanemu. Odpowiedzialność cywilna pozwanego



zakładu ubezpieczeń wobec niej była jednak uzależniona od istnienia takiejże odpowiedzialności Szpitala (...) w Z. (art. 822 § 1 k.c.).

W świetle podstawy faktycznej powództwa i okoliczności sprawy, odpowiedzialność wymienionego Szpitala za wadliwie przeprowadzony zabieg i późniejszą niewłaściwą opiekę medyczną mogła się opierać jedynie na art. 430 k.p.c. Stosownie do tego przepisu, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Zatem przepis ten przewiduje opartą na zasadzie ryzyka odpowiedzialność odszkodowawczą zwierzchnika za podwładnego, któremu można przypisać winę.

Operacja usunięcia tarczycy została u powódki wykonana przez lekarza Z. R. (1). Lekarz ten udzielając powódce świadczeń medycznych wykonywał czynności zlecone mu przez Szpital (...) w Z. w ramach łączącej go z nim umowy cywilnoprawnej i niewątpliwie było to działanie w interesie tego Szpitala. Miało więc miejsce powierzenie przez Szpital na własny rachunek czynności Z. R. (1). Lekarz ten nie był pracownikiem Szpitala, jednak niewątpliwie przy udzielaniu świadczeń medycznych podlegał jego kierownictwu. Wniosek taki wynika z treści łączącej ich umowy i sposobu jej wykonywania. Umowa przewidywała, że lekarz ma obowiązek poddawać się kontroli co do sposobu udzielania świadczeń, a więc kontroli merytorycznej, jak też podlegał nadzorowi administracyjnemu ordynatora i kierownictwa Szpitala. Postanowienia te kreowały między Szpitalem a Z. R. (1) relację zwierzchnictwa i podporządkowania, a więc ten ostatni był podwładnym Szpitala w rozumieniu art. 430 k.c.

Powódka powoływała się też na szkodę wynikłą z niewłaściwej opieki pooperacyjnej, zwłaszcza laryngologicznej. Źródłem tej szkody upatrywała w zaniechaniach lekarzy Oddziału Chirurgicznego. Łączyły ich ze Szpitalem analogiczne umowy, jak Z. R. (1), a więc także byli jego podwładnymi.

Przesłankami przewidzianej w art. 430 k.c. odpowiedzialności zwierzchnika za podwładnego są: 1) bezprawny i zawiniony czyn podwładnego, 2) dokonany przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, 3) pozostający w adekwatnym związku przyczynowym ze 4) szkodą. Dla powstania tej odpowiedzialności wszystkie powyższe przesłanki muszą zaistnieć łącznie. Dokonane w sprawie ustalenia prowadziły do wniosku, że w odniesieniu do powódki co najmniej pierwsza z nich nie została spełniona.

W rozumieniu prawa cywilnego bezprawne są czyny sprzeczne z porządkiem prawnym. Przy czym przez porządek prawny należy rozumieć wszystkie powszechnie obowiązujące normy prawne i zasady współżycia społecznego. Poczynione w sprawie ustalenia nie dały podstawy do przypisania lekarzom, którzy wykonywali u powódki operację wycięcia tarczycy, jak też zapewniali jej opiekę pooperacyjną, w tym laryngologiczną, jakiegokolwiek bezprawnego i zawinionego zachowania. Przeprowadzone w sprawie dowody nie pozwoliły na ustalenie przyczyny uszkodzenia nerwów krtaniowych wstecznych powódki i według opinii instytutu jest to obecnie niemożliwe. Nie ma jednak podstaw do przyjęcia, że przyczyną tą był błąd lekarski. Samo uszkodzenie nerwów nie mogło być podstawą do przypisania chirurgowi wadliwych i niestarannych czynności. Z opinii instytutu wynikało bowiem, że zdarza się ono także przy prawidłowym i starannym działaniu lekarza. Może do niego dojść nawet w sposób niezauważony dla operatora czy jego asystenta przy najbardziej starannym ich działaniu. Tak więc uszkodzenie takie same w sobie nie stanowiły dowodu na błąd lekarza.

Dokonane ustalenia prowadziły do wniosku, że uszkodzenie nerwów krtaniowych wstecznych powódki nastąpiło mimo zgodnego z zasadami sztuki i starannego przeprowadzenia operacji usunięcia tarczycy, jako typowe powikłanie objęte dozwolonym ryzykiem tego typu zabiegu, a nie wynik błędu lekarskiego. Także po operacji powódka została otoczona właściwą opieką medyczną, w tym laryngologiczną. W konsekwencji nie przysługiwało jej roszczenie odszkodowawcze oparte na założeniach wadliwego wykonania u niej zabiegu usunięcia tarczycy oraz późniejszej niewłaściwej opieki laryngologicznej.

Powódka żądanie dochodzonej pozwem kwoty oparła także na tym, że operacja została u niej przeprowadzona mimo niewyrażenia przez nią świadomej zgody. Na tej podstawie faktycznej żądanie pozwu było częściowo uzasadnione.

Stosownie do art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 125 ze zm., który w zakresie powołanego przepisu nie różni się od obowiązującego w dniu 24 kwietnia 2013 r.), lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. W orzecznictwie przyjmuje się, że wskazana w powołanym przepisie informacja udzielana przez lekarza powinna zawierać takie dane, które pozwolą pacjentowi podjąć decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego może się spodziewać. Lekarz powinien zatem poinformować pacjenta o rodzaju i celu zabiegu oraz wszystkich jego następstwach, które są zwykle skutkiem zabiegu, tj. zarówno o pożądanym – ze względu na jego cel – skutkach zabiegu, jak i o innych jego skutkach (tzw. skutkach ubocznych). Informacja powinna w szczególności obejmować te dające się przewidzieć możliwe następstwa zabiegu, zwłaszcza jeżeli są to następstwa polegające na znacznym i istotnym uszczerbku zdrowia, które – jako skutek uboczny – wprawdzie występują rzadko lub bardzo rzadko, ale nie można ich wykluczyć, i powinna określać stopień prawdopodobieństwa ich wystąpienia (por. wyroki Sądu Najwyższego 20 listopada 1979 r., IV CR 389/79, OSNCP 1980/4/81, z 28 września 1999 r., II CKN 511/96, nie publ., z dnia 3 grudnia 2009 r., II CSK 337/09, nie publ., z dnia 23 listopada 2007 r., IV CSK 240/07, OSNC 2009/1/16). Przy czym przewidziany w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry obowiązek informacyjny obejmuje nie tylko metody leczenia stosowane w jednostce, w której przebywa pacjent, ale odnosi się także do metod stosowanych w innych krajowych ośrodkach medycznych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 września 2015 r., V CSK 738/14, nie publ., dostępny w bazie L.).

Z dokonanych w sprawie ustaleń wynika, że lekarze Oddziału Chirurgicznego Szpitala (...) w Z. nie udzielili powódce informacji przewidzianych w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry.

W tym miejscu na marginesie zaznaczyć trzeba, że o ile w sprawie sporna był kwestia, czy powódka została poinformowana o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanej metodzie leczniczej, dających się przewidzieć następstwach jej zastosowania i zaniechania oraz o wynikach leczenia i rokowaniu, to nie budziło żadnych wątpliwości, że powódka nie została poinformowana o metodzie leczenia stosowanej w innych szpitalach w postaci operacji z zastosowaniem neuromonitoringu, gdyż wówczas w Szpitalu (...) w Z. z zasady takiej informacji pacjentom nie przekazywano. Wspomniana metoda była już wówczas stosowana w licznych placówkach i ograniczała ryzyko powikłania, które dotknęło powódkę, więc niewątpliwie była objęta obowiązkiem informacyjnym. Oznacza to, że nawet gdyby przyjąć wersję pozwanego, że powódce udzielono informacji, o których mowa w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, to z pewnością nie były to informacje kompletne, a więc ich przekazanie nie wyczerpywało obowiązku przewidzianego w tym przepisie i nie stanowiło jego właściwego wypełnienia.

W myśl art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2016, poz. 186 ze zm., który w zakresie powołanego przepisu nie różni się od obowiązującego w dniu 24 kwietnia 2013 r.), w razie zawinonego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

W piśmiennictwie i judykaturze podkreśla się, że roszczenia o zadośćuczynienie z art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wynikające z art. 445 § 1 k.c. mają odrębny charakter i określają zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne. Przepis art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. dotyczy zadośćuczynienia krzywdy będącej rezultatem uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, podczas gdy art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta chroni godność, prywatność i autonomię pacjenta niezależnie od wyników obranej metody leczenia i skuteczności przeprowadzonego badania. Odmienne są też ich funkcje: kompensacyjna w pierwszym z nich i dyscyplinująca - kompensacyjna drugiego. Ochrona prawna na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta obejmuje, poza naruszeniem dóbr osobistych objętych powyższym wyliczeniem, także naruszenie prawa do właściwego standardu opieki medycznej

mogące wywoływać u pacjenta ujemne doznania psychiczne, dyskomfort, utratę zaufania do leczących, nawet jeśli nie spowodowało szkód medycznych. Do przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta nie jest konieczne spełnienie przesłanki szkody na osobie, może być ono przyznane za sam fakt naruszenia i nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia takiej szkody. Jeżeli natomiast w następstwie naruszenia praw pacjenta dojdzie do uszkodzenia ciała czy rozstroju może on wystąpić z roszczeniami o zadośćuczynienie na podstawie art. 445 k.c. oraz wyrównanie szkody majątkowej (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 29 maja 2007 r. V CSK 76/2007, OSNC z 2008/7-8/91 i z dnia 27 kwietnia 2012 r., V CSK 142/11, OSP 2013/6/61/str. 429).

Nieudzielenie pacjentowi informacji przewidzianych w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (czy to w ogóle czy też w niepełnym zakresie) i w związku z tym przeprowadzenie operacji bez jego uświadomionej zgody, niewątpliwie jest naruszeniem praw pacjenta. Przy czym tego rodzaju czyn sam w sobie świadczy o zawinięciu lekarza, jak też innych osób odpowiedzialnych za organizację funkcjonowania danej placówki leczniczej, gdyż jest przejawem braku takiej staranności, jakiej należy wymagać tych osób (art. 355 k.c.). Lekarz nie powinien zakwalifikować pacjenta do operacji nie dysponując jego uświadomioną zgodą, jak też operacja nie powinna być przeprowadzona, jeśli placówka nie dysponowała przynajmniej formalnym potwierdzeniem jej udzielenia. W przypadku powódki tak jednak się stało, co kreowało po jej stronie roszczenie o zadośćuczynienie z art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Zgodnie z tym, co wyżej powiedziano omawiane roszczenie przysługiwało powódce w związku z samym faktem naruszenia jej praw jako pacjentki, niezależnie od tego czy doznała jakiegokolwiek szkody i czy wystąpiły przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej. W związku z tym należało rozważyć wysokość należnego jej zadośćuczynienia. Jak wynika z treści art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, podstawę przyznania przewidzianego w nim zadośćuczynienia jest art. 448 k.c. Stanowi on, że w razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Na tle tego przepisu przyjmuje się, że przy określaniu wysokości zadośćuczynienia za doznaną krzywdę spowodowaną naruszeniem dóbr osobistych należy mieć na uwadze, że przyznana kwota nie może być symboliczna, musi mieć charakter kompensacyjny i musi spełniać także funkcję represyjną wobec sprawcy naruszenia. Przy jej ustalaniu należy wziąć pod uwagę: rodzaj i stopień winy naruszydźcy, rodzaj naruszonego dobra, rozmiar i intensywność krzywdy, rozmiar i trwałość negatywnych konsekwencji wynikających z naruszenia dobra osobistego.

Zaniedbanie lekarza, który nie udzielił powódce wymaganej prawem informacji, należy ocenić jako rażące niedbalstwo. Tak samo musi być ocenione zaniedbania osób, które dopuściły powódkę do operacji, mimo braku w dokumentacji jej zgody na nią. Naruszenie dotknęło godności, prywatności i autonomii powódki, czyli jednych z najważniejszych dóbr osobistych każdego człowieka. Dotyczy to zwłaszcza godności, która jest fundamentem poczucia człowieczeństwa. Doznana przez powódkę krzywda była z pewnością bardzo znaczna przede wszystkim z tego względu, że doszło do powikłania. Musiało to wzbudzić u powódki poczucie krzywdy wynikające z tego, że gdyby uzyskała odpowiednią informację, to mogłaby się zdecydować na poszukiwanie możliwości wykonania operacji w innej placówce, która wykonuje jej przy wykorzystaniu neuromonitoringu. To zaś mogłoby pozwolić jej uniknąć powikłań i związanych z nimi znacznych cierpień i silnego rozstroju zdrowia. Poza tym pominięcie jej zgody co najmniej stwarzało wrażenie przedmiotowego potraktowania jej, a to zawsze wiąże się z negatywnymi emocjami.

Mając powyższe okoliczności na uwadze Sąd uznał, że odpowiednią kwotą zadośćuczynienia dla powódki za naruszenie jej praw jako pacjentki będzie 15.000 zł. Z pewnością nie jest to suma symboliczna, gdyż odpowiada średniemu miesięcznemu wynagrodzeniu w gospodarce narodowej za okres około czterech miesięcy. Spełni więc w stosunku do powódki funkcję kompensacyjną a wobec pozwanego represyjną.

O odsetkach od zasądzonego świadczenia Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 817 k.c. Stosownie do art. 481 § 1 k.c., jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Natomiast w myśl § 2 art. 481 k.c., jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była oznaczona, należą się odsetki ustawowe za opóźnienie. Z kolei w myśl art. 817 § 1 i 2 k.c., ubezpieczyciel

obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w § 1.

Powódka domagała się odsetek ustawowych za opóźnienie od 14 stycznia 2014 r. Pismem z 9 grudnia 2013 r. zwróciła się ona do pozwanego o wszczęcie postępowania likwidacyjnego w związku ze szkoda, jakiej doznała w Szpitalu (...) w Z.. Powołała się w nim także na niewyrażenie zgody na operację. Pismo to zostało doręczone pozwanemu 12 grudnia 2013 r. Ponieważ termin 30 dni do wypłaty zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta liczony od daty doręczenia tego pisma upłynął przed dniem 14 stycznia 2014 r., a pozwany nie wykazał, że w tym czasie ocena roszczenia nie była możliwa, Sąd zasądził odsetki od tej ostatniej daty. Na etapie wyrokowania Sąd jednak przeoczył, że w piśmie z 9 grudnia 2013 r. powódka nie określiła wysokości żądanego świadczenia, w związku z czym upływ terminu 30 dni od doręczenia tego pisma nie spowodował popadnięcia pozwanego w opóźnienie. Taki skutek wywołał dopiero upływ tego terminu od doręczenia odpisu pozwu.

Z powyższych przyczyn Sąd orzekł jak w punkcie 1 wyroku. Powództwo podlegało oddaleniu w zakresie przekraczającym zadośćuczynienie zasądzone w punkcie 1 jako nadmierne oraz w zakresie roszczeń o odszkodowanie, o rentę i o ustalenie jako - w świetle wyżej przedstawionych rozważań - pozbawione podstawy faktycznej i prawnej (punkt 2 wyroku).

W tym miejscu zaznaczyć należy, że Sąd nie podziela niekiedy prezentowanego w orzecznictwie stanowiska, że brak świadomej zgody pacjenta nadaje zachowaniu lekarza cechy czynu niedozwolonego, co uzasadnia odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej za wszystkie negatywne następstwa wykonanego zabiegu - nawet wówczas, gdy był on wykonany zgodnie z zasadami sztuki medycznej (por. wyroki Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 16 listopada 2011 r., VI ACA 665/11 i Sądu Apelacyjnego w Szczecinie dnia 15 listopada 2012 r., I ACA 596/12). Pogląd ten abstrahuje od faktu, że przesłanką każdej odpowiedzialności odszkodowawczej za uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta jest (normalny) związek przyczynowy między danym czynem a szkoda. Oznacza to, że odpowiedzialność za dany czyn można przyjąć tylko wówczas, gdy szkoda jest jego skutkiem. Tymczasem, jeśli czynem jest jedynie niezyskanie zgody pacjenta na zabieg lekarski a został on wykonany prawidłowo, to nie ma związku przyczynowego między niezyskaniem zgody a niepożądanymi konsekwencjami zabiegu (uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia). Wynika to z testu sine qua non: gdyby w takiej sytuacji zgoda pacjenta była, to i tak szkoda by wystąpiła, a więc nie ma związku przyczynowego między brakiem zgody a szkoda.

O kosztach procesu Sąd rozstrzygnął na podstawie art. 102 k.p.c. Powódka w większości przegrała proces, gdyż nieuzasadnione okazało się jej roszczenie oparte na art. 430 k.c. Jednak w okolicznościach sprawy powódka, nie będąc lekarzem, mogła mieć usprawiedliwione przekonanie, że lekarze podczas operacji i później dopuścili się jakichś błędów. Zwrócić należy zwłaszcza uwagę na liczne przekreślenia i poprawki w historii choroby z Oddziału Chirurgicznego, które sprawiają wrażenie tuszowania nieprawidłowości. Rozstrzygnięcie tych wątpliwości było możliwe jedynie w procesie sądowym. Ponadto zasądzenie od powódki kosztów procesu pozbawiałoby ją części zadośćuczynienia za naruszenie jej praw jako pacjenta, co byłoby sprzeczne z poczuciem słuszności. W końcu podkreślić należy nie najlepszą sytuację materialną powódki, która ostro kontrastuje ze znakomitą sytuacją finansową pozwanego. W tej sytuacji zasądzenie kosztów na rzecz pozwanego byłoby dla niego praktycznie nieodczuwalną korzyścią, natomiast konieczność zapłacenia tych kosztów byłaby dla powódki istotną stratą, co także powoduje, że takie rozstrzygnięcie byłoby sprzeczne z poczuciem słuszności.

O nieuiszczonych kosztach sądowych w stosunku do pozwanego Sąd orzekł na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 100 zdanie pierwsze k.p.c., obciążając go taką częścią wydatków wyłożonych przez Skarb Państwa, w jakiej przegrał proces (5 %). Koszty te wyniosły 26.063,12 zł (k. 531, 552, 633, 726, 753). W stosunku do powódki nie było podstaw do orzekania o tych wydatkach, gdyż była ona zwolniona od kosztów sądowych.

SSO Marcin Garcia Fernandez