

Sygnatura akt XVIII C 594/15

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Poznań, dnia 11 kwietnia 2017 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu XVIII Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSO Magdalena Ławrynowicz

Protokolant: Starszy sekretarz sądowy Karolina Jeżewska

po rozpoznaniu w dniu 4 kwietnia 2017 r. w Poznaniu na rozprawie

sprawy z powództwa

**M. P. (1)**

przeciwko

**(...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W.**

przy interwencji ubocznej po stronie pozwanej

**(...) Szpitala Miejskiego im. (...) z Zakładem (...) w P.**

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 130.000 (sto trzydzieści tysięcy) złotych wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia następnego od dnia wydania niniejszego wyroku do dnia zapłaty;
2. oddala powództwo w pozostałym zakresie;
3. kosztami procesu obciąża pozwanego i w związku z tym:
  - a)
    - a) zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 3.717 zł, w tym 3.600 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego,
    - b) nakazuje ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Poznaniu kwotę 7.500 zł tytułem opłaty sądowej od pozwu, od której powódka była zwolniona i kwotę 9.604,49 zł tytułem niepokrytych wydatków związanych z opinią instytutu;
2. oddala wniosek interwenienta ubocznego o zwrot kosztów procesu.

/-/ SSO Magdalena Ławrynowicz

Sygnatura akt XVIII C 594/15

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 23 października 2013 r. powódka M. P. (1) wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia pieniężnego wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 27 czerwca 2013 r. do dnia zapłaty oraz zasądzenie od pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów

zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz kwoty 17 zł tytułem zwrotu kosztów opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Uzasadniając swoje stanowisko powódka wskazała, że w dniu 27 lipca 2011 r. została przyjęta do (...) Szpitala Miejskiego w P. przy ul. (...) w celu wykonania operacji usunięcia wola tarczycy. W dniu 3 sierpnia 2011 r. u powódki w wyniku powikłań pooperacyjnych doszło do niewydolności oddechowej z krótkotrwałym zatrzymaniem krążenia. W wyniku przeprowadzonego w dniu 27 lipca 2011 r. zabiegu, powódka doznała porażenia fałdów obu głosowych po całkowitej strumektomii. Powódka opisała dalszy proces leczenia, w tym poszerzenia szpary głośni z powodu obustronnego porażenia fałdów głosowych oraz zabieg tracheotomii. Powódka podniosła, że w wyniku operacji z dnia 27 lipca 2011 r. powstały komplikacje laryngologiczne, co skutkuje tym, że do dnia dzisiejszego poddawana jest stałemu leczeniu i kontroli. Powódka stwierdziła, iż począwszy od pierwszego zabiegu do dnia dzisiejszego jest praktycznie całkowicie niesprawna, pozbawiona możliwości samodzielnej egzystencji. Nawracające duszności powodują, że nie jest w stanie w sposób normalny funkcjonować. Jakikolwiek najmniejszy wysiłek fizyczny kończy się koniecznością hospitalizacji. Ponadto w wyniku porażenia fałd głosowych ponad rok nie była w stanie w sposób swobodny mówić. Traumatyczne zdarzenia związane zarówno z samymi zabiegami, jak i trwającym po dziś dzień procesem leczenia oraz towarzyszący ból sprawił, że poszkodowana ciągle zmagą się z tzw. zespołem stresu pourazowego. Powódka przez okres co najmniej półtora roku nie była w stanie samodzielnie wykonywać najprostszych czynności i wymagała pomocy ze strony najbliższych. Ponadto powódka popadła w apatię i zamknęła się w sobie.

Postanowieniem z dnia 29 listopada 2013 r. Sąd zwolnił powódkę od kosztów sądowych w zakresie opłaty od pozwu, a w pozostałym zakresie wniosek powódki o zwolnienie od kosztów sądowych oddalił. (k. 104-105)

W odpowiedzi na pozew z dnia 29 grudnia 2013 r. pozwany wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Ponadto wniósł o zawiadomienie w trybie art. 84 k.p.c. o toczącym się sporze (...) Szpitala Miejskiego im. (...) w P., jako ubezpieczonego u pozwanego, wskazanego przez powódkę jako sprawca krzywdy.

Pozwany zakwestionował roszczenie powódki co do zasady jak i wysokości. Pozwany przyznał, iż łączy go z (...) Szpitalem Miejskim w P. umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej, zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. Zdaniem pozwanego powódka nie wykazała, iż powikłanie w postaci porażenia fałdów głosowych i wystąpienie niewydolności oddechowej wynikły z zawinionego błędu w sztuce lekarskiej osób objętych ochroną ubezpieczeniową personelu placówki medycznej. Pozwany wskazał, że powódka zgłosiła się do Szpitala, a tam dzień przed planowaną operacją, przeprowadzono z nią rozmowę, w której wyjaśniono szczegóły operacji oraz poinformowano powódkę o ryzyku wystąpienia powikłań związanych z usunięciem płatów tarczycy, w tym ryzykiem uszkodzenia nerwów krtani. Pozwany podał, że uszkodzenie nerwów krtaniowych wstecznych jest powikłaniem pooperacyjnym, nie wynika z błędu w sztuce lekarskiej. Jednocześnie pozwany zarzucił, że jego odpowiedzialność ograniczona jest co najwyżej do kwoty 158.017,00 zł pomniejszonej o 10% udziału własnego ubezpieczonego Szpitala albowiem suma gwarancyjna z umowy ubezpieczenia wynosiła 190.297 zł i została zmniejszona na dzień 11 grudnia 2013 r. o wypłacone odszkodowanie w kwocie 32.280 zł i założoną rezerwę na łączną kwotę 27.000 zł. Co do wysokości roszczenia pozwany zarzucił, że powódka nie wykazała, by doznała uszczerbku na zdrowiu uzasadniającego żądanie zadośćuczynienia w tak znaczącej wysokości oraz by jej status materialny uległ z tego powodu obniżeniu. (k. 110-113)

Pismem z dnia 9 kwietnia 2014 r. (...) Szpital Miejski im. (...) z Zakładem (...) ZOZ w P. przy ul. (...) przystąpił do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanej. (k. 254-255)

Na rozprawie w dniu 11 kwietnia 2014 r. Sąd zarządził zwrot interwencji ubocznej na podstawie art. 130 § 1 k.p.c. z uwagi na brak opłaty. (k. 328)

W piśmie z dnia 17 kwietnia 2014 r. powódka wniosła o częściowe zwolnienie od kosztów sądowych tj. kosztów związanych z powołaniem biegłego.

Pismem z dnia 18 kwietnia 2014 r. (...) Szpital Miejski im. (...) z Zakładem (...) ZOZ w P. skutecznie zgłosił przystąpienie do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanej. (k. 366 – 370)

Postanowieniem z dnia 11 czerwca 2014 r. Sąd zwolnił powódkę od kosztów sądowych w zakresie zaliczki na koszty opinii instytutu. (k. 390)

Precyzując swoje stanowisko w sprawie pismem z dnia 17 stycznia 2017 r. interwenient uboczny wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 21.600 zł wraz z kwotą 34 zł tytułem zwrotu kosztów opłat skarbowych od pełnomocnictwa. Interwenient uboczny zakwestionował roszczenie powódki co do zasady, a z ostrożności procesowej co do wysokości. Zdaniem interwenienta ubocznego powódka została poinformowana o typowych ryzykach związanych z resekcją tarczycy, w tym o niemożliwym do uniknięcia ryzyku uszkodzenia nerwów krtaniowych wstecznych. Podkreślił, że powódce wyjaśniono, iż wskazane ryzyko może doprowadzić do bezgłosu oraz trudności z oddychaniem. Powódka po uzyskaniu wyczerpujących informacji i zaakceptowaniu ryzyka wiążącego się z zabiegiem wyraziła zgodę na jego przeprowadzenie. Zgoda na przeprowadzenie zabiegu została odebrana od niej na piśmie. Powołując się na opinię biegłych, interwenient uboczny wskazał, iż zabieg resekcji tarczycy został przeprowadzony w sposób prawidłowy, zgodny z zasadami sztuki medycznej. Zdaniem interwenienta ubocznego obowiązujące przepisy nie nakładają na lekarza obowiązku udzielania informacji w formie pisemnej, a ustawodawca wprowadził jedynie wymóg formy pisemnej w odniesieniu do wyrażenia przez pacjenta zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta. Interwenient wskazał, iż powódka nie wykazała jego winy oraz nie podjęła próby jej udowodnienia. Również podkreślono, że nie ma adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy przeprowadzonym zabiegiem a obecnym stanem zdrowia powódki. Interwenient stwierdził, że powódka nie jest całkowicie niezdolna do samodzielnej egzystencji skoro od października 2013 r., po wprowadzeniu się męża, funkcjonowała samodzielnie. (k. 549 – 560)

Na rozprawie w dniu 3 marca 2017 r. pełnomocnik powódki skonkretyzował podstawę prawną roszczenia, tj. wskazał na art. 4 ustawy o prawach pacjenta obok art. 445 k.c.

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

Powódka M. P. (1) została w dniu 30 marca 2011 r. skierowana przez lekarza endokrynologa P. G. do „Szpitala położonego przy ul. (...) w P. na Oddział Chirurgiczny” z rozpoznaniem wole wieloguzkowe, nietoksyczne celem wykonania zabiegu usunięcia gruczolu tarczycy (strumectomii). Powódka leczyła się endokrynologicznie ponieważ miała guzki na gruczole tarczycy i z tego względu przyjmowała stale środki farmakologiczne. Zabieg miał na celu poprawę komfortu funkcjonowania powódki, tak by nie musiała stale przyjmować leków. Nie był zabiegiem koniecznym z punktu widzenia ochrony życia lub zdrowia.

W dniu 21 lipca 2011 r. powódka została przyjęta do (...) Szpitala Miejskiego im. (...) z Zakładem (...) ZOZ w P. na Oddział Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, gdzie oczekiwała na zaplanowaną na dzień 27 lipca 2011 r. operację wola wieloguzkowego, nietoksycznego.

Przed planowanym zabiegiem w formularzu historii choroby powódki w części zatytułowanej „Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego o podwyższonym ryzyku” powódka nie zakreśliła w stosownej rubryce oświadczenia czy wyraża zgodę, czy też nie na wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku określonej jako totalne usunięcie gruczolu tarczowego. Powódka jednoznacznie na piśmie wyraziła zgodę na przetaczanie krwi i jej składników i podpisała się po tym oświadczeniu. W kolejnym wersie dotyczącym zastosowania miejscowego znieczulenia powódka nie zakreśliła w formularzu czy wyraża zgodę czy nie wyraża na to zgody. W dalszej części tego fragmentu formularza umieszczony był passus o treści „Decyzję podejmuję z pełną świadomością po przeprowadzonej rozmowie z lekarzem. W trakcie rozmowy zostały mi przedstawione wskazania, zakres interwencji, stopień ryzyka, a także dające się przewidzieć następstwa udzielenia albo zaniechania wykonania proponowanego świadczenia zdrowotnego. Miałam możliwość zadawania pytań.” Powódka pod tą częścią

formularza złożyła własnoręczny podpis i opatrzyła go datą. Pod podpisem w części na ewentualne uwagi lekarza co do odmowy wyrażania przez pacjenta zgody bądź niezdolności do zrozumienia informacji nie odnotowano żadnych wpisów. Zgodę na zabieg odbierał inny lekarz (prowadzący salę), aniżeli lekarz przeprowadzający operację – J. K. (1). Na formularzu historii choroby w tej części znajduje się własnoręczny zapis powódki „Wyrażam zgodę na wykonanie tracheotomii jeżeli zajdzie taka konieczność”. Wpis ten został umieszczony w dniu 1 sierpnia 2011 r.

J. K. (1) w dniu przed planowanym zabiegiem rozmawiał z powódką i poinformował ją na czym będzie polegał zabieg oraz o typowych możliwych powikłaniach pooperacyjnych. Nie poinformował powódki o możliwym powikłaniu pooperacyjnym w postaci uszkodzenia nerwów krtaniowych wstecznych, które może się wiązać z następstwami takimi jak bezgłos i trudności w oddychaniu. Rozmowa trwała kilka minut. Po rozmowie z lekarzem J. K. (2) powódka wyraziła ustnie zgodę na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego. W czasie rozmowy dr K. nie dysponował historią choroby powódki i nie wiedział czy podpisy złożone przez powódkę na tym dokumencie w dniu 26 lipca 2011 r. były złożone przed rozmową czy po. Rozmowy lekarza operującego i lekarza wypełniającego dokumentację medyczną z powódką nie odbywały się jednocześnie. Powódka nie zadawała lekarzom żadnych dodatkowych pytań, czuła się przytłoczona ilością dokumentów, które miała do podpisania, a poza tym ufała lekarzom.

Dowód: skierowanie do Szpitala z dnia 30 marca 2011 r. (k. 264), historia choroby (k. 263), wywiad z dnia 22 lipca 2011 r. (k. 265 – 266), częściowo zeznania świadka J. K. (1) (rozprawa z dnia 4 kwietnia 2017 r. k. 578-580, 00:08:43 – 00:35:34, płyta CD k. 583), zeznania powódki (rozprawa z dnia 4 kwietnia 2017 r. . 580 -581, 00:38:11 – 00:59:48, płyta CD k. 583)

W dniu 27 lipca 2011 r. przeprowadzono w powódki zabieg usunięcia wola tarczycy. Zabieg w znieczuleniu ogólnym wykonał dr J. K. (1) i zabieg ten został wykonany prawidłowo. Po ekstubacji u powódki wystąpił znaczny spazm oskrzelowy ze stridorem krtaniowym. Ze względu na brak poprawy po lekach, przyjęto ją na oddział pooperacyjny – Oddział Intensywnej Terapii celem leczenia i obserwacji.

W dniu 28 lipca 2011 r. powódkę stabilną hemodynamicznie, wydolną oddechowo, z utrzymującą się chrypką przekazano na Oddział Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej celem dalszego leczenia. Wówczas rozpoznano u niej stan po strumectomii, obrzęk krtani, tężyczkę oraz podejrzenie uszkodzenia nerwu krtaniowego wstecznego, ale nie na skutek przecięcia ani zerwania skoro głos u powódki był zachowany. Od dnia 27 lipca 2011 r. u powódki narastały i postępowywały duszność i bezgłos aż do całkowitego porażenia fałdów głosowych.

W dniu 1 sierpnia 2011 r. dr J. K. (1) zwrócił się do Kliniki Laryngologii Szpitala przy ul. (...) w P. o konsultację laryngologiczną wskazując, że od dnia operacji u chorej obserwowane są duszności, stridor, bezgłos, a pacjentka wyraziła zgodę na tracheotomię dolną. Konsultujący laryngolog stwierdziła u powódki ciężkie duszności i całkowite porażenie fałdów głosowych. Podjęta została decyzja o przeprowadzeniu u pacjentki tracheotomii dolnej ze względu na bardzo dużą duszność. Zgodę na zabieg tracheotomii dolnej powódka wyraziła własnoręcznym wpisem na historii choroby w dniu 1 sierpnia 2011 r. Po przeprowadzonym zabiegu tracheotomii zalecono wymianę rurki tracheotomijnej na metalową Nr 7 za 4-5 dni, ocenę laryngologiczną za 14 i 30 dni i codzienną toaletę rurki tracheotomijnej. Pacjentkę ponownie przekazano na Oddział Chirurgii Ogólnej (...) Szpitala Miejskiego (...) na ul. (...) w P., gdzie w nocy z 2 na 3 sierpnia 2011 r. u powódki wystąpił epizod niewydolności oddechowej z krótkotrwałym zatrzymaniem krążenia. Pacjentkę przekazano na Oddział Intensywnej Terapii z rozpoznaniem niewydolności oddechowo – krążeniowej po zabiegu strumectomii całkowitej wykonanej w dniu 27 lipca 2011 r. powikłanej porażeniem fałdów głosowych oraz wiążącą się z tym niewydolnością oddechową i zabiegu tracheostomii wykonanym w dniu 1 sierpnia 2011 r. Po wykonanych na (...) zabiegach u pacjentki powrócił spontaniczny oddech i odzyskała przytomność, zastosowano bierną wentylację i skierowano na oddział pooperacyjny. W dniu 3 sierpnia 2011 r., około godz. 13:00 powódkę przekazano na Oddział Chirurgii Ogólnej, a następnie Kliniki Laryngologii Szpitala przy ul. (...) w P..

Od chwili wykonania tracheostomii w dniu 1 sierpnia 2011 r. obserwowano u powódki obraz bliznowatego gojenia tkanek, co wskazywało na niepomyślną tendencję w gojeniu tkanek u pacjentki z wytwarzaniem ziarniny i blizn, co

skutkowało zaciągnięciem w bliźnię nerwu krtaniowego wstecznego i jego trwałym uszkodzeniem. Takie uszkodzenie nie było wynikiem błędu lekarza operującego, ale właściwości tkanek powódki.

Dowód: historia choroby (k. 263), karta przyjęcia do Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej z dnia 27 lipca 2011 r. (k. 7 i 267), dokumentacja medyczna z Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej (k. 8-21), karta zleceń pooperacyjnych (k. 22), zlecenie konsultacji laryngologicznej (k. 23v i 269v), skierowanie zewnętrzne na wykonanie usługi medycznej z dnia 1 sierpnia 2011 r. (k. 270v i 285), konsultacja laryngologiczna z dnia 1 sierpnia 2011 r. (k. 23 i 269), wywiad z dnia 22 lipca 2011 r. (k. 265 – 266), karta przyjęcia do Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej z dnia 3 sierpnia 2011 r. (k. 269 i 288 - 289), dokumentacja medyczna (k. 271-271), karty zleceń pooperacyjnych (k. 273 – 276), karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 3 sierpnia 2011 r. wraz z dokumentacją medyczną (k. 277 – 284 i 290 -324), historia choroby (k. 286), opinia Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) J. w K. z dnia 9 czerwca 2016 r. (k. 479-485), zeznania świadka J. K. (1) na rozprawie w dniu 4 kwietnia 2017 r. 00:08:43 – 00:35:34, płyta CD (k. 583), zeznania powódki na rozprawie w dniu 4 kwietnia 2017 r. 00:38:11 – 00:59:48, płyta CD (k. 583).

M. P. (1) od dnia 3 sierpnia 2011 r. oddycha przez tracheostomię. W okolicy tracheostomii w 1/3 dolnego obwodu pojawiła się niewielka ilość ziarniny.

W dniu 8 grudnia 2011 r. powódka w (...) Centrum Onkologii w P. (WCO) przeszła zabieg usunięcia ziarniny wokół otworu tracheostomijnego. Leczenie ziarniny naciekającej wokół tracheostomii jest pochodną właściwości organizmu powódki, których nikt przewidzieć nie mógł i nie pozostaje w żadnym związku z techniką wykonania usunięcia tarczycy.

W dniu 6 lutego 2012 r. powódka została przyjęta do Poradni Onkologii Laryngologicznej (...) Centrum Onkologii w P. celem poszerzenia szpary głośni. W dniu 7 lutego 2012 r. usunięto ziarninę okolicy bieguna tracheostomii, a w dniu 8 lutego 2012 r. powódce wykonano zabieg poszerzenia szpary głośni. W dniu 9 lutego 2012 r. została wypisana do domu, w stanie ogólnym dobrym.

W dniu 23 marca 2012 r. powódka była na wizycie lekarskiej w Poradni Onkologii Laryngologicznej w WCO w P., gdzie została zakwalifikowana do dekaniulacji na dzień 23 kwietnia 2012 r. W trakcie wizyty w dniu 23 kwietnia 2012 r. oraz w dniu 22 maja 2012 r., ze względu na wąski, niewystarczający pasaż powietrza w krtani powódka została zdyskwalifikowana z dekaniulacji.

W dniu 15 czerwca 2012 r. powódka została przyjęta na Oddział WCO celem poszerzenia szpary głośni. W dniu 18 czerwca 2012 r. wykonano zabieg – mikrolaryngoskopię według Kleinsassera. Wówczas stwierdzono ubytek tkanek w obrębie tylnej części prawego fałdu głosowego (po poprzednim zabiegu). Przy pomocy lasera CO<sub>2</sub> zwaporyzowano tkanki w obrębie prawego fałdu głosowego i prawego przedsionka, a następnie ostrzyknięto prawą połowę krtani dexavenem. W dniu 20 czerwca 2012 r. wymieniono rurkę metalową na plastikową oraz wypisano powódkę do domu.

W dniu 19 października 2012 r. powódka w WCO w Poradni Onkologii Laryngologicznej odbyła wizytę kontrolną w związku z tym, że przez 1 miesiąc funkcjonowała z zaklejoną rurką. Następnie w dniu 22 października 2012 r. została przyjęta na oddział WCO w P. z powodu duszności wysiłkowej celem powiększenia szpary głośni.

Dowód: historia choroby – obserwacje lekarskie z dnia 8 grudnia 2011 r. (k. 24), historia choroby z WCO (k. 25, 30-31, 33-34, 38-39), protokół operacyjny z dnia 8 grudnia 2011 r. (k. 26), wywiad z dnia 8 grudnia 2011 r. (k. 27), protokół operacyjny z dnia 8 lutego 2012 r. (k. 28), historia choroby – obserwacje lekarskie (k. 29, 36-37), wywiad z dnia 8 lutego 2012 r. (k. 32), protokół operacyjny z dnia 18 czerwca 2012 r. (k. 35), opinia Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) J. w K. z dnia 9 czerwca 2016 r. (k. 479-485)

W okresie od 11 stycznia 2013 r. do dnia 15 stycznia 2013 r. powódka przebywała na Oddziale Chirurgii Głowy i Szyi i Onkologii Laryngologicznej (...) Centrum Onkologii w P. z powodu duszności wysiłkowej. W dniu 14 stycznia 2013 r. przeprowadzono powódce zabieg polegający na odparowaniu błony śluzowej okolicy prawej nalewki, prawego przedsionka i prawego fałdu głosowego.

W dniu 1 marca 2013 r. powódka została przyjęta na Oddział, gdzie przeszła dekaniulację. Na oddziale przebywała do dnia 2 marca 2013 r.

Następnie w okresie od 4 kwietnia 2013 r. do 5 kwietnia 2013 r. powódka ponownie przebywała na Oddziale Chirurgii Głowy i Szyi i Onkologii Laryngologicznej (...) Centrum Onkologii w P. z powodu duszności i pogorszenia ogólnego stanu zdrowia z pojawiającą się dusznością wysiłkową, która ulegała dalszemu nasileniu. W dniu 4 kwietnia 2013 r. wykonano kolejny zabieg – tracheostomię dolną.

W dniach 19 kwietnia 2013 r. i 14 maja 2013 r. powódka była na wizytach kontrolnych w WCO w P..

Dowód: karta informacyjna z dnia 15 stycznia 2013 r. (k. 40), protokół operacyjny z dnia 14 stycznia 2013 r. (k. 41), historia choroby – obserwacje lekarskie (k. 42-43, 46), historia choroby (k. 44, 47, 48), karta informacyjna z dnia 2 marca 2013 r. (k. 45), wyniki badań laboratoryjnych (k. 47v), karta informacyjna z dnia 5 kwietnia 2013 r. (k. 49), protokół operacyjny z dnia 4 kwietnia 2013 r. (k. 49v), dokumentacja medyczna z WCO w P. (k. 166-243)

W dniach 20 grudnia 2013 r., 14 stycznia 2014 r., 13 lutego 2015 r., 20 lutego 2015 r., 28 lipca 2015 r. powódka miała wizyty kontrolne w Poradni Onkologii Laryngologicznej w WCO w P., w trakcie których zgłaszała m.in. duszności, problemy z odkształcaniem wydzieliny z rurki tracheotomijnej. W dniu 14 marca 2014 r. wymieniono jej rurkę tracheotomijną.

Dowód: historia choroby (k. 456-459v).

Powódka od dnia 2 listopada 2010 r. leczyła się w Poradni Psychiatrycznej w W. z rozpoznaniem mieszanych zaburzeń lękowo-depresyjnych. Lekarzem prowadzącym była dr M. P. (2) – psychiatra. Powódka leczenie psychiatryczne podjęła po wypadku w pracy, w wyniku którego doznała uszkodzenia kręgosłupa.

Od września 2011 r. M. P. (1) leczyła się psychiatrycznie w związku ze stresem pourazowym albowiem po operacji strumectomii oraz powikłań pooperacyjnych odczuwała chroniczny stan nadmiernego pobudzenia emocjonalnego i wegetatywnego, ze wzmożoną reaktywnością na bodźce. Z powyższymi objawami współistniało obniżenie nastroju oraz stany lękowe. Zastosowano u niej farmakoterapię i psychoterapię. Zążywała leki przeciwlękowe oraz nasenne.

W marcu 2015 r. powódka zarejestrowała się do (...) w P. przy ul. (...), gdzie korzystała ze wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego. Od września 2015 r. nie kontynuuje leczenia w PZP w P..

Powódka w niedużym stopniu psychologicznie przystosowała się do oddychania z użyciem rurki tracheotomijnej. M. P. (1) ma zwyczajową tendencję do wzmacniania przykrych odczuć somatycznych, które nasilają się w stresie. Zazwyczaj ma przewlekłe obniżony nastrój, zwiększony poziom lęku, obniżoną samoocenę i nie wierzy w możliwości zmiany, jest pesymistyczna, ma trudności w relacjach społecznych. Cechy te nie zostały wywołane zdarzeniami z lipca/sierpnia 2011r. związanymi z zabiegiem operacyjnym, ale utrudniają adaptację do zmian życiowych powodując występowanie przykrych odczuć w większym nasileniu niż u osoby z większymi możliwościami przystosowawczymi i większym optymizmem. W życiu codziennym obecnie powódka funkcjonuje prawidłowo, podejmuje role społeczne, zawodowe, opiekuje się innymi osobami. Powódka odczuwa znaczne cierpienia psychiczne, występuje u niej trwały zespół braku adaptacji do sytuacji życiowej, w której się znalazła.

W chwili obecnej powódka pozostaje pod stałą opieką Poradni Laryngologicznej w WCO w P.. Kontrolne wizyty ma przeprowadzane co 3 miesiące bądź 6 miesięcy. Zmiany w krtani są utrwalone i nie rokują wyleczenia. Powódka wymaga stałej opieki laryngologicznej. Rokowania co do odzyskania głosu i możliwości oddychania bez tracheotomii są złe.

Ze względu na problemy z nadciśnieniem oraz chorobę serca powódka pozostaje pod opieką lekarza rodzinnego. Na skutek wypadku przy pracy w styczniu 2011 r. miała operowany kręgosłup w odcinku szyjnym. Obecnie powódka raz do roku ma kontrole w związku ze schorzeniami kręgosłupa. Powinna poddać się operacji kręgosłupa w odcinku

łędźwiowym, ale lekarze odmawiają przeprowadzenia operacji ze względu na tracheostomię. W związku z tym powódka leczy się wyłącznie farmakologicznie.

Dowód: historia choroby (k.50-59), zaświadczenie z dnia 27 maja 2013 r. (k. 60), historia choroby z (...) (k. 61-71, 460-463), zeznania świadka T. P. na rozprawie w dniu 11 kwietnia 2014 r. 00:05:11 – 00:27:52 – płyta CD (k. 351), zeznania powódki na rozprawie w dniu 11 kwietnia 2014 r. 00:31:26 – 00:40:58 – płyta CD (k. 351) oraz w dniu 4 kwietnia 2017 r. 00:38:11 – 00:59:48, płyta CD (k. 583), opinia Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) J. w K. z dnia 9 czerwca 2016 r. (k. 479-485)

Przed operacją z dnia 27 lipca 2011 r. powódka była osobą pełnosprawną i pracowała zawodowo. Lubiała śpiewać oraz bawić się. Nie miała problemów z robieniem zakupów czy wykonywaniem czynności domowych. W styczniu 2011 r. powódka przeszła operację kręgosłupa w związku z wypadkiem przy pracy. Pracowała wówczas jako magazynier. Po wypadku, zakład pracy rozwiązał z nią umowę i powódka popadła w depresję. Pobierała wówczas rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy z tytułu wypadku przy pracy.

Powódka po wykonanej operacji w dniu 27 lipca 2011 r. miała problemy z samodzielnym oddychaniem, miała duszności. Po zastosowanej tracheotomii dolnej powódka przez pół roku nie mogła mówić. W rurce często pojawiała się krew i zachodziła potrzeba, aby ją wyczyścić. Często powódka odczuwała duszności w nocy oraz po wysiłku np. ugotowaniu obiadu. Wymagała pomocy osoby trzeciej. Mąż powódki T. P. mył jej włosy, uważając, aby woda nie dostała się do rurki tracheotomijnej. Przy sprzątaniu potrzebowała pomocy drugiej osoby. Obecnie powódka nie może samodzielnie robić większych zakupów oraz nie może dźwigać.

Powódka w początkowym okresie spała w pozycji półsiedzącej, głośno oddychała i miała problemy z zaśnięciem. M. P. (1) zażywała dużo leków – rano i wieczorem. Często krztusiła się przy jedzeniu i piciu. Przy katarze wydzielina wydostawała się przez rurkę tracheotomijną. Powódka rurkę czyściła w nocy oraz w dzień. Zdarzało się, że do rurki nachodziła krew oraz pojawiały się skrzepy (czasami dwa razy w tygodniu), przy większych skrzepach konieczna była wizyta w szpitalu).

Aktualnie mówienie sprawia powódce trudności. Po większym wysiłku bądź mocniejszym kaszlu zdarza się, że powódce pęka rurka tracheotomijna i jest konieczna jej wymiana. Dotychczas miała wymienianą rurkę kilkakrotnie (3 razy w pierwszym roku po zabiegu oraz 2 razy w 2016 r.). Powódka czuje się wykluczona społecznie, uważa, że znajomi się od niej odsunęli, unika miejsc publicznych ze względu na sposób w jaki mówi i oddycha oraz obawia się o swoje życie.

Obecnie powódka pobiera rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy ze względu na schorzenia kręgosłupa oraz tracheotomię w wysokości 1.236 zł netto miesięcznie. Rentę ma przyznaną do 2019 r. Ponadto pracuje dorywczo, tj. opiekuje się starszym, schorowanym mężczyzną, któremu robi zakupy, gotuje oraz podaje leki. Z tego tytułu uzyskuje dodatkowo 900 zł miesięcznie. Powódka wyprowadziła się od męża i zamieszkała w P. w listopadzie 2013 r. i od tego czasu małżonkowie pozostają w faktycznej separacji. Powódka wynajmuje mieszkanie, za które opłaca czynsz w wysokości 1.200 zł miesięcznie.

Dowód: zeznania świadka T. P. na rozprawie w dniu 11 kwietnia 2014 r. 00:05:11 – 00:27:52 – płyta CD (k. 351), zeznania powódki na rozprawie w dniu 11 kwietnia 2014 r. 00:31:26 – 00:40:58 – płyta CD (k. 351) oraz w dniu 4 kwietnia 2017 r. 00:38:11 – 00:59:48, płyta CD (k. 583).

W okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. (...) Szpital Miejski im. (...) w P. z ZOL SP ZOZ w P. posiadał obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w (...) S. A. Oddziale Regionalnym w P. stwierdzone polisą Nr (...)PO (...) z dnia 28 grudnia 2010 r. Warunki ubezpieczenia zgodnie z umową miały być takie jak w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy

udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa przewidywała sumę gwarancyjną 46.500 euro na jedno zdarzenie oraz franszyzę redukcyjną / udział własny 10% nie mniej niż 300 zł w każdej szkodzie.

Dowód: umowa ubezpieczenia (k. 135-140), Ogólne Warunki Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Lekarzy, Przedstawicieli Innych Zawodów Medycznych oraz Zakładów Opieki Zdrowotnej (k. 141-151)

M. P. (1) pismem z dnia 11 marca 2013 r., za pośrednictwem (...) dochodzenie odszkodowań z siedzibą w P., zgłosiła interwientowi ubocznemu szkodę na osobie w związku z przeprowadzonym zabiegiem strumectomii całkowitej w dniu 27 lipca 2011 r.

Powódka w dniu 25 marca 2013 r. zgłosiła do pozwanego (...) S.A. Oddział w P. szkodę na osobie w związku z doznaniem obrażeń ciała i rozstroju zdrowia w dniu 27 lipca 2011 r. w (...) Szpitalu Miejskim im. (...) z Zakładem (...) ZOZ w P..

W piśmie z dnia 3 kwietnia 2013 r. (...) Szpital Miejski w P., odpowiadając na pismo firmy (...) Dochodzenie Odszkodowań, wskazał, iż w przededniu zabiegu operacyjnego planowanego na 27 lipca 2011 r. przeprowadzono z powódką rozmowę wyjaśniającą szczegóły operacji, w tym ryzyko powikłań związanych z totalną resekcją tarczycy, w tym uszkodzenia nerwów krtaniowych wstecznych. Wskazano również, że powikłania wiązać się mogą z bezgłosem oraz z trudnościami oddechowymi, a chora wyraziła zgodę na zabieg operacyjny stosownym podpisem w historii choroby.

Interwient uboczny dokumentację medyczną oraz korespondencje pomiędzy stronami przekazał pozwanemu.

Pismem z dnia 26 czerwca 2013 r. pozwany uznał, iż brak podstaw do przyjęcia odpowiedzialności (...) S.A. i wypłaty świadczenia z umowy odpowiedzialności cywilnej (...) Szpitala Miejskiego w P. i odmówił wypłaty zadośćuczynienia.

Dowód: dokumenty znajdujące się w aktach szkody Nr (...), w szczególności: druk zgłoszenia szkody (k. 1-4), zgłoszenie roszczenia do zakładu ubezpieczeń z umowy ubezpieczenia (k. 5), pismo z dnia 11 marca 2013 r. (k. 8-9), pismo z dnia 3 kwietnia 2013 r. (k. 13-15), pismo z dnia 26 czerwca 2013 r. (k. 159-160)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie zeznań świadków: T. P., J. K. (1), zeznań powódki M. P. (1), opinii Instytutu - Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) J. w K., a także dokumentów zgromadzonych w aktach sprawy oraz aktach szkody Nr (...).

Zgromadzone w sprawie dokumenty urzędowe i prywatne Sąd uznał za w pełni wiarygodne. Nie były one kwestionowane przez strony, również Sąd nie znalazł podstaw, aby ich wiarygodność czy autentyczność kwestionować z urzędu.

Sąd uznał za przydatną dla rozstrzygnięcia opinię instytutu naukowego – Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) J. w K. z dnia 9 sierpnia 2016 r. sporządzoną na potrzeby niniejszej sprawy. Zdaniem Sądu, opinia była kompletna, nie zawierała luk i błędów logicznych, wykonana została w sposób fachowy, zgodnie ze standardami obowiązującymi biegłych.

Oceniając wartość dowodową opinii wskazać należy, że specyfika jej oceny wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii jest kontrolowana przez Sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, zgodnie z zasadami wyrażonymi w art. 233 k.p.c., to jest w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia i wiedzy powszechnej (por. wyrok SN z dnia 15.03.2002r., II CKN 729/99).

Wnioski zawarte w opinii instytutu poddawały się pozytywnej ocenie Sądu, gdyż pozostawały w zgodzie z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, a osoby sporządzające opinię dysponowały poziomem wiedzy i doświadczeniem życiowym adekwatnym do stwierdzenia okoliczności objętych tezą dowodową. Nadto, wnioski wynikające z opinii znalazły potwierdzenie również w pozostałym zebranym w sprawie materiale dowodowym, w szczególności w dokumentacji medycznej powódki. Sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w opinii wniosków, nie budził



żadnych zastrzeżeń Sądu. Opinia wydana została po przeprowadzeniu badania powódki oraz w oparciu o analizę całej dokumentacji zgromadzonej w aktach sprawy.

Do opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) J. w K. z dnia 9 sierpnia 2016 r. zastrzeżenia złożył pozwany. Zgłoszone w piśmie z dnia 13 września 2016 r. (k. 492) zastrzeżenia nie dotyczyły jednak wykonania zabiegu operacyjnego, ale uwag biegłych w zakresie prawidłowości uzyskania od powódki zgody na zabieg operacyjny. Powołując się na art. 34 w zw. z art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, pozwany wskazał, iż z tych przepisów nie wynika obowiązek pisemnego poinformowania pacjenta, a jedynie uzyskanie pisemnej zgody na wykonanie zabiegu, po udzieleniu mu informacji, która ma być przekazana w sposób przystępny.

Interwenient uboczny w piśmie z dnia 13 września 2016 r. (k. 497-502) również wniósł zastrzeżenia do opinii wyłącznie w tym zakresie. Interwenient uboczny wskazał, iż kwestia prawidłowości poinformowania pacjentki o zagrożeniach związanych z zabiegiem i udzielenia przez nią ważnej zgody na przeprowadzenie zabiegu nigdy nie była przedmiotem niniejszego postępowania, a powódka nie podniosła żadnych roszczeń w tym zakresie.

Zgodzi się należy z pozwanym i interwenientem ubocznym, że kwestia uzyskania prawidłowej zgody na zabieg nie była objęta tezą dowodową zakreśloną instytutowi. Już chociażby z tego względu wnioski opiniujących w tej części nie mogą stanowić podstawy czynienia ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie. Ponadto wskazania instytutu w tej części stanowią interpretację przepisów (art. 34 oraz art. 31 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry), a ta zastrzeżona jest dla sądu orzekającego w sprawie. Tak samo jak ostateczne ustalenie stanu faktycznego w sprawie - w przedmiotowej sprawie ustalenie czy od powódki odebrano niewadliwą zgodę na zabieg operacyjny. Podkreślenia wymaga, że takie ustalenia Sąd poczynił na podstawie dokumentacji medycznej zaoferowanej przez strony oraz zeznań świadka J. K. (1) i powódki, a nie na podstawie ustaleń biegłych. Z tego względu ostatecznie zarzuty pozwanego i interwenienta ubocznego do opinii okazały się bezprzedmiotowe. Tak jak bezprzedmiotowy był wniosek interwenienta ubocznego o zobowiązanie biegłych do złożenia stanowiska zawierającego precyzyjne uzasadnienia twierdzenia w przedmiocie nieprawidłowości po stronie personelu szpitala w zakresie postępowania przy uzyskaniu zgody powódki na wykonanie zabiegu operacyjnego, przy uwzględnianiu treści zgody w dokumentacji medycznej pacjentki, który to wniosek Sąd postanowieniem z dnia 4 kwietnia 2017 r. pominął (k. 581).

W konsekwencji, poza kwestią dotyczącą uzyskania zgody pacjenta na zabieg, Sąd przyznał opinii instytutu przymiot pełnej wiarygodności, nie znajdując podstaw do podważania jej wartości dowodowej i konieczności przeprowadzania dowodu z opinii innego instytutu bądź biegłych.

Zeznania świadka T. P. Sąd w całości uznał za wiarygodne. Jego zeznania korelowały z zeznaniami powódki w tym zakresie i dokumentacją medyczną. Świadek w sposób szczegółowy i wyczerpujący przedstawił przebieg leczenia i rehabilitacji powódki, sprawowanej przez niego opieki nad powódką oraz udzielanej jej pomocy.

Zeznania świadka J. K. (1) Sąd uznał za wiarygodne w zakresie w jakim wskazał, że przeprowadzał u powódki w dniu 27 lipca 2011 r. zabieg operacyjny, przed którym odbył z powódką rozmowę, wystąpiły u niej powikłania pooperacyjne oraz opisał w jaki najprawdopodobniej sposób była odbierana zgoda na zabieg przez innego lekarza. W tej części zeznania świadka były logiczne, konsekwentne i zbieżne z dokumentacją zgromadzoną w aktach niniejszej sprawy. Charakterystyczne, że sam świadek nie był pewny czy pisemna zgoda na zabieg była odbierana przez innego lekarza przed czy po jego rozmowie z powódką na temat planowanego zabiegu.

Sąd za niewiarygodne uznał zeznania świadka w części, w której twierdził, że poinformował powódkę o wszystkich możliwych powikłaniach, w tym o możliwym ryzyku uszkodzenia nerwów krtaniowych. Po pierwsze z zeznań samego świadka wynika, że w swojej długoletniej praktyce chirurga ani wcześniej ani później nie spotkał się z tego rodzaju powikłaniami, a powikłania, które wystąpiły u powódki, były dla niego zaskoczeniem. Po pierwsze, zasady doświadczenia życiowego wskazują, że udzielający informacji mówi o typowych według niego sytuacjach, które mogą nastąpić po określonym zdarzeniu bądź o sytuacjach wyjątkowych, z którymi w związku z nim się spotkał. Po drugie z wiarygodnych w tym zakresie zeznań powódki wynika, że nie została ona uświadomiona co do ryzyka możliwych powikłań po operacji, w tym tracheotomii i utraty głosu. Jak zeznała bowiem powódka, gdyby o tym wiedziała, to by się

takowej operacji nie poddała skoro to nie był zabieg ratujący życie. Po trzecie, o ile zgodny z zasadami doświadczenia życiowego jest fakt zapamiętania przez świadka powikłań jakie wystąpiły u powódki ze względu na wyjątkowość tej sytuacji, o tyle już ze względu na upływu czasu od zdarzenia oraz ilości pacjentów przez niego operowanych, budzą wątpliwości twierdzenia świadka, że szczegółowo pamięta o czym informował powódkę przed operacją.

W kwestii uzyskania samej zgody na zabieg niewiarygodne są zeznania świadka, że zgoda powódki na proponowany przez niego zabieg nie budziła wątpliwości skoro, jak sam świadek zeznał, zgodę na zabieg operacyjny od powódki odbierał inny lekarz, a świadek nie zajmował się dokumentacją medyczną. Należy wobec tego założyć, że świadkowi przed rozmową z powódką nie było wiadome czy pisemna zgoda została faktycznie odebrana od pacjentki czy nie.

Zeznania powódki składane na rozprawie w dniu 11 kwietnia 2014 r. Sąd uznał za w pełni wiarygodne albowiem korelowały z zeznaniami świadka T. P. i dowodami z dokumentów – dokumentacją medyczną powódki. Zeznania te dotyczyły przebiegu leczenia na przełomie lipca i sierpnia 2011 r. oraz jego następstw dla sytuacji zdrowotnej i życiowej powódki.

Z dużą natomiast ostrożnością Sąd przystąpił do oceny zeznań powódki złożonych na rozprawie w dniu 4 kwietnia 2017 r. dopuszczonych uzupełniająco na okoliczność przebiegu leczenia powódki po tym, jak w sprawie została wyeksponowana okoliczność faktyczna, wokół której dotychczas nie koncentrowało się postępowanie - wadliwość odebrania od powódki zgody na zabieg operacyjny.

I tak, Sąd nie dał wiary zeznaniom powódki w części, w której twierdziła, że lekarz operujący w ogóle nie przeprowadził z nią rozmowy przed operacją. Zeznania te stoją w sprzeczności z zeznaniami świadka J. K. (1), który zeznał, że w swojej praktyce rozmawia z każdym pacjentem, którego operuje. Te zeznania świadka Sąd ocenił jako w pełni wiarygodne, albowiem odwoływały się one do utrwalonej u świadka praktyki lekarskiej, a nie pamięci. Zdaniem Sądu zeznania powódki były nakierowane na wzmocnienie podniesionej w opinii instytutu oceny braku uzyskania prawidłowej zgody na zabieg operacyjny.

Niewiarygodne były również zeznania powódki, w których zaprzeczała ona by przed wrześniem 2011 r. leczyla się psychiatrycznie. Okoliczność ta jednoznacznie wynikała z historii choroby powódki z poradni zdrowia psychicznego.

W zeznaniach z dnia 11 kwietnia 2014 r. i z dnia 4 kwietnia 2017 r. powódka w sposób rzeczowy przedstawiła aktualną sytuację zdrowotną oraz sytuację majątkową. Jej zeznania były logiczne i szczerze i w tej mierze Sąd uznał je za w pełni wiarygodny materiał dowodowy.

### **Sąd zważył, co następuje:**

W niniejszej sprawie powódka domagała się zasądzenia od pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 27 czerwca 2013 r. do dnia zapłaty. W zakresie podstawy faktycznej powódka opisała przebieg leczenia w (...) Szpitalu Miejskim im. (...) w P. w lipcu i sierpniu 2011 r. oraz swoją aktualną sytuację zdrowotną i życiową. Z treści przywołanych dla uzasadnienia pozwu orzeczeń sądowych wynika, że podstawy prawnej żądania powódka poszukiwała w art. 445 k.c. W odpowiedzi na pozew pozwany kwestionując żądanie tak co do zasady jak i co do wysokości zaprzeczył by powikłania po operacji powódki wynikały z zawinionego błędu w sztuce lekarskiej osób objętych ochroną ubezpieczeniową personelu placówki medycznej. Pozwany podniósł, że z powódką na dzień przed planowaną operacją przeprowadzono rozmowę, w której wyjaśniono szczegóły operacji oraz poinformowano o ryzyku wystąpienia powikłań związanych z usunięciem płatów tarczycy, w tym ryzyku uszkodzenia nerwów krtani. Również interwient uboczny, kwestionując tak co do zasady jak i wysokości powództwo, wskazał, iż zabieg resekcji tarczycy został przeprowadzony w sposób prawidłowy, zgodny z zasadami sztuki medycznej, powódka została poinformowana o typowych ryzykach związanych z resekcją tarczycy, w tym o niemożliwym do uniknięcia ryzyku uszkodzenia nerwów krtaniowych wstecznych, a powódka po uzyskaniu wyczerpujących informacji i zaakceptowaniu ryzyka wiążącego się z zabiegiem wyraziła zgodę na jego

przeprowadzenie na piśmie. Na rozprawie w dniu 3 marca 2017 r. pełnomocnik powódki co do podstawy prawnej żądania wskazał, że stanowi ją również, obok art. 445 k.c., art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Mając powyższe na względzie Sąd uznał, że od początku procesu podstawa faktyczna powództwa obejmowała nie tylko prawidłowość samego leczenia operacyjnego powódki, ale również prawidłowość postępowania personelu Szpitala w zakresie uzyskania zgody na zabieg operacyjny. Sam bowiem pozwany już w odpowiedzi na pozew wskazywał, że zgoda na zabieg została udzielona prawidłowo. Okoliczność, że postępowanie dowodowe początkowo skoncentrowało się na kwestii prawidłowości samego leczenia, nie zmienia faktu, że z materiału dowodowego znanego już przed skierowaniem sprawy do instytutu wynikały wątpliwości co do prawidłowości odebrania od powódki zgody na zabieg (vide k. 263 akt sprawy). W ocenie Sądu nie doszło zatem do zmiany ani rozszerzenia podstawy faktycznej powództwa w toku procesu, a jedynie do konieczności zbadania również innej, niż wskazywana na początku przez powódkę, podstawy prawnej żądania. Nie budzi przy tym wątpliwości, że niezależnie od stanowisk stron i ich aktywności w tym zakresie, ustalenie podstawy prawnej żądania należy do sądu orzekającego w sprawie oraz że sąd nie jest związany podstawą prawną żądania wskazaną przez stronę, a jedynie jego podstawą faktyczną. Wskazanie w pozwie przez profesjonalnego pełnomocnika powódki podstawy prawnej żądania, mimo braku takiego obowiązku, może wprawdzie spowodować ukierunkowanie postępowania przez pośrednie określenie okoliczności faktycznych uzasadniających żądanie, niemniej jednak ukierunkowanie to nie może oznaczać formalnego związania sądu podaną podstawą prawną zwłaszcza, gdy okoliczności faktyczne mogą stanowić oparcie dla innej, adekwatnej podstawy prawnej. Taka sytuacja, zdaniem Sądu, miała miejsce w ustalonych okolicznościach faktycznych niniejszej sprawy.

Spór w sprawie sprowadzał się do zatem ustalenia czy pozwany ponosi odpowiedzialność za zdarzenie medyczne z dnia 27 lipca 2011 r. czy to z uwagi na zawinione nieprawidłowości w leczeniu powódki czy z uwagi na naruszenie dobra osobistego powódki w postaci prawa do zdrowia z uwagi na bezprawność przeprowadzenia zabiegu operacyjnego ze względu na brak uzyskania od powódki prawidłowej zgody na zabieg operacyjny, a jeśli tak to jaki jest zakres jego odpowiedzialności.

W pierwszej kolejności przed przystąpieniem do merytorycznej oceny zasadności powództwa należało ocenić formalną legitymację bierną pozwanego występującego w niniejszym procesie. Nie ulega wątpliwości, że posiada ją pozwany (...) S.A., albowiem (...) Szpital Miejski im. (...) w P. miał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w okresie od dnia 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r., a zgodnie z treścią art. 822 § 1 k.c., przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony.

Ponadto zgodnie z art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych (Dz. U. z 2003 r., poz. 1152 z późn. zm.), umowa ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej obejmuje odpowiedzialność cywilną podmiotu objętego obowiązkiem ubezpieczenia za szkody wyrządzone czynem niedozwolonym oraz wynikłe z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, o ile nie sprzeciwia się to ustawie lub właściwości (naturze) danego rodzaju stosunków. Umowa ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej obejmuje również szkody wyrządzone umyślnie lub w wyniku rażącego niedbalstwa ubezpieczającego lub osób, za które ponosi on odpowiedzialność.

Natomiast zgodnie z § 2 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 3, poz. 10) obowiązującego w dacie omawianego zdarzenia (26 – 27 lipca 2011 r.), ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, za szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dla ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela (pozwanego w niniejszej sprawie) zasadnicze znaczenie ma ustalenie odpowiedzialności ubezpieczonego Szpitala (interwenienta ubocznego w niniejszej sprawie).

Z kolei granice odpowiedzialności ubezpieczonego określa art. 430 k.c. w związku z art. 445 k.c., względnie art. 448 k.c. w związku z art. 23 – 24 k.c., względnie art. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Art. 430 k.c. statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. Oznacza to, że przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.).

Tym samym powódka winna wykazać szkodę, związek przyczynowy pomiędzy działaniem personelu medycznego (...) Szpitala Miejskiego im. (...) w P. a powstałą szkodą, bezprawność działania pracowników tej jednostki oraz winę za zaistniałą szkodę.

Pojęcie „szkody” rozumiane jest jako uszczerbek, jakiego doznaje poszkodowany we wszelkiego rodzaju dobrach przez prawo chronionych (życie, zdrowie, wolność, część, majątek). Szkada może mieć charakter majątkowy (uszczerbek materialny na osobie lub na mieniu) lub niemajątkowy (doznana krzywda, czyli cierpienia fizyczne i krzywda moralna). Szkada może być wynikiem wadliwego leczenia lub leczenia nawet zgodnego z zasadami sztuki lekarskiej, lecz przeprowadzonego bez zgody pacjenta albo z przekroczeniem zakresu zgody. Jeśli chodzi o szkodę niemajątkową, czyli doznana krzywdę, to mogą to być cierpienia fizyczne i moralne powstałe na skutek wadliwego zabiegu lub nawet zabiegu prawidłowego, lecz na który pacjent nie zgodził się.

Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem i doktryną prawa cywilnego przyjęć należy, że pozwany ponosi winę za powstanie szkody, wobec nie zastosowania właściwych środków w należyty sposób. Przez „zastosowanie właściwych środków” rozumie się fachowe postępowanie (np. zastosowanie właściwej kuracji, przeprowadzenie określonego zabiegu), które w danej sytuacji było wskazane z medycznego punktu widzenia. Postępowanie odmienne zazwyczaj określane jest jako błąd w sztuce lekarskiej. Natomiast przez pojęcie „w należyty sposób” należy rozumieć dołożenie należytej staranności, jaka w określonej sytuacji była należna, wymagalna i potrzebna (vide: wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 10 czerwca 2016 r., I ACa 1767/15, LEX nr 2069290).

Mając na uwadze powyższe, Sąd zważył, iż przeprowadzone postępowanie dowodowe, a w szczególności opinia instytutu nie potwierdziła, aby personel medyczny (...) Szpitala Miejskiego im. (...) w P. podczas przeprowadzania zabiegu całkowitego usunięcia gruczołu tarczowego powódki dopuścił się błędów w sztuce lekarskiej i to błędów zawinionego.

Jak zostało ustalone w sprawie, powódka w dniu 21 lipca 2011 r. została przyjęta na Oddział Chirurgii Ogólnej i K. (...) Szpitala Miejskiego im. (...) w P. celem przeprowadzenia planowanej operacji, tj. wykonania strumectomii całkowitej. W dniu 27 lipca 2011 r. przeprowadzono zabieg usunięcia wola tarczycy. Zabieg ten został przeprowadzony prawidłowo tj. zgodnie z aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną, zasadami dobrej praktyki medycznej oraz zasadami wiedzy opartej na dowodach. Zaburzenia fonacji i wentylacji mogły pojawić się w sposób typowy bezpośrednio po zabiegu w związku z manipulacją operacyjną w bezpośrednim sąsiedztwie nerwów krtaniowych wstecznych. W momencie wypisu powódki z Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w dniu 28 lipca 2011 r. występowały u niej duszności, nie mniej głos był zachowany, co świadczy o tym, iż nerwy krtaniowe wsteczne nie zostały przecięte ani zerwane. Duszność i bezgłos były zjawiskami, które zaczęły narastać i postępować w kolejnych dniach hospitalizacji aż do całkowitego porażenia więzadeł głosowych. Jak zostało ustalone w sprawie, obraz bliznowatego gojenia tkanek, który obserwowany był od chwili wykonania tracheostomii w dniu 1 sierpnia 2011 r. wskazuje na niepomysłną tendencję w gojeniu tkanek u powódki z wytwarzaniem ziarniny i blizn, co skutkowało samoistnym zaciągnięciem nerwu krtaniowego wstecznego w bliznę i trwałym jego uszkodzeniem. Tego rodzaju uszkodzenie nie było wynikiem nieprawidłowego działania operatora, ale właściwości tkanek powódki.

Wobec powyższego Sąd uznał, że w sprawie nie zostało wykazane by do uszkodzenia ciała powódki doszło na skutek zawinionego działania lub zaniechania personelu Szpitala w związku z procesem samego leczenia.

Niemniej jednak, jak zostało wyżej wskazane, szkoda może być wynikiem wadliwego leczenia lub leczenia nawet zgodnego z zasadami sztuki lekarskiej, lecz przeprowadzonego bez zgody pacjenta albo z przekroczeniem zakresu zgody.

Jak stanowi art. 34 ust. 1 (w brzmieniu obowiązującym na dzień 27 lipca 2011 r.) ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 1997, Nr 28, poz. 152 ze zm.), lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. W myśl ust. 2 przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31. Jak stanowi zaś art. 31 ust. 1 w/w ustawy, 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.

Wskazany wyżej obowiązek lekarza koreluje z prawem pacjenta wynikającym z art. 18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009, Nr 52, poz. 417) do uzyskania pełnej 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 i prawie do wyrażenia na piśmie zgody na zabieg operacyjny albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko.

W świetle powyższych zapisów ustawowych nie można zgodzić się ze stanowiskiem strony powodowej, która twierdziła, że informacja, o której mowa w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry powinna być udzielona w formie pisemnej w przypadku, gdy jest ona podstawą do uzyskania zgody wyrażonej na piśmie na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko. Art. 34 ust. 1 w/w ustawy jednoznacznie stanowi, że lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Nie ma w nim mowy o pisemnej informacji udzielonej przez lekarza przed uzyskaniem takiej zgody. Również art. 34 ust. 2 ustawy poprzez odesłanie do art. 31 ust. 1 nie nakłada na lekarza obowiązku udzielenia w formie pisemnej takiej informacji. Zgodzić się zatem należy ze stanowiskiem strony pozwanej i interwenienta ubocznego, że forma pisemna jest wymagana jedynie do uzyskania zgody pacjenta na zabieg operacyjny albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko.

Jak wskazuje się w piśmiennictwie, zgoda pacjenta na udzielenie mu świadczenia zdrowotnego musi być wyraźna i obejmować ściśle określone czynności medyczne. Powinna dotyczyć poszczególnych faz leczenia: metod diagnostycznych, sposobu leczenia i postępowania po zakończeniu postępowania terapeutycznego. Zgoda pacjenta powinna być świadoma, a więc wyrażona po uzyskaniu od lekarza wyczerpujących oraz zrozumiałych informacji i wyjaśnień zgodnie z art. 31. Zgoda uprawnionej osoby na badanie lub "inne świadczenie zdrowotne" może być wyrażona ustnie albo nawet przez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym. Zgoda ustna lub dorozumiana nie jest wystarczająca w sytuacji, gdy zachodzi konieczność poddania się zabiegowi operacyjnemu albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta. Wówczas lekarz powinien otrzymać od pacjenta zgodę na piśmie (komentarz do art. 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, M. Malczewska, LEX online 2014 r.).

Orzecznictwo Sądu Najwyższego wpłynęło także na ustawowe wykluczenie zgody blankietowej. Sąd Najwyższy wyraźnie podkreślił, że brak sprzeciwu pacjenta lub złożony przez niego automatycznie podpis na dokumencie stwierdzającym historię choroby nie może być potraktowany jako zgoda na zabieg (wyrok SN z dnia 14 listopada 1972

r., I CR 463/73, NP 1975, nr 4, s. 587, z glosą M. Nesterowicza). Zdaniem L. Kubickiego blankietowy charakter zgody w obecnym stanie prawnym oznacza jej bezskuteczność (zob. Prawo medyczne, red. L. Kubicki, Wrocław 2003, s. 50).

W piśmiennictwie wskazuje się, że zabieg medyczny może być wykonany z zachowaniem wszelkich prawidłowości w sensie medycznym, w celu ochrony zdrowia i życia pacjenta, a także po uzyskaniu od niego przez lekarza zgody formalnej wyrażonej przed rozpoczęciem zabiegu i mimo tego zabieg może w świetle prawa być nielegalny, o ile pacjent nie został w pełni poinformowany o wszystkich okolicznościach z nim związanych (Jacek Siewiera, Izabela Dembowska, „Zgoda pacjenta na zabieg medyczny – podstawowe zagadnienia w pierwszej pomocy i medycynie ratunkowej”, lexmedis.pl).

Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 18 marca 2005 r. (I ACa 784/04, Prawo i Medycyna 2007; 2: 138) stwierdził: „Wina funkcjonariusza ma miejsce nie tylko wówczas, gdy sam zabieg skutkujący powstaniem szkody, w rozumieniu art. 361 k.c., zawierał elementy zawinienia, ale także wówczas, jeżeli proces decyzyjny pacjenta poprzedzający wyrażenie przez niego zgody na zabieg został zakłócony poprzez zaniechanie przedstawienia ewentualnych komplikacji zabiegu skutkujących negatywnie dla życia lub zdrowia operowanego”. Podobnie Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z 29 września 2005 r. (I ACa 236/05, LEX nr 175206) wskazał: „Podkreślić więc trzeba, że lekarz odpowiada nie tylko za winę w samym procesie leczenia, lecz także za każdą winę niedotyczącą techniki medycznej, a więc i za niedoinformowanie pacjenta o ryzyku i skutkach zabiegu. Samo zaś uzyskanie formalnej zgody pacjenta bez poinformowania go o ryzyku i skutkach zabiegu powoduje, że jest to zgoda „nieobjaśniona” i jako taka jest wadliwa, wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi, nawet gdy postępuje zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej.”

Zgoda pacjenta w rozumieniu art. 32 ust. 1, 34 ust. 1 ustawy musi być zatem zgodą „objaśnioną”, „poinformowaną”, a więc świadomie akceptującą przez pacjenta zrozumiałe przezeń ryzyko dokonania zabiegu i przejęcie na siebie tego ryzyka. Dopiero taka zgoda pacjenta wyłącza bezprawność interwencji lekarza. Sama aprobata pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda w jurydycznym tego słowa znaczeniu, a więc jako spełniająca wymogi art. 32 ust. 1, 34 ust. 1 ustawy, co z kolei skutkuje uznaniem, że działanie lekarza w takiej sytuacji jest działaniem podjętym w warunkach bezprawności.

Nie pozostawia zatem wątpliwości fakt, że wyrażenie zgody na zabieg przez pacjenta musi spełniać kryteria jego świadomości, a lekarz w procesie uświadamiania pacjenta odgrywa zasadniczą rolę i to na nim w razie postępowania przed sądem ciążyć będzie obowiązek udowodnienia, w jaki sposób i w jakim zakresie przekazał pacjentowi wiedzę dotyczącą zabiegu. Przy czym Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17 grudnia 2004 r. (II CK 303/04, Orzecznictwo Sądów Polskich 2005) stwierdził, że „Ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny [...], spoczywa na lekarzu.”

W świetle powyższego nie budzi wątpliwości, że zgoda pacjenta na zabieg operacyjny albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko musi być udzielona wyraźnie na piśmie, obejmować ściśle określone czynności medyczne i być świadoma, a więc wyrażona po uzyskaniu od lekarza wyczerpujących oraz zrozumiałych informacji i wyjaśnień zgodnie z art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, a więc objaśniona.

Z ustalonych natomiast okoliczności faktycznych sprawy wynika, że zgoda od powódki nie została prawidłowo uzyskana.

Po pierwsze z samego formularza zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego o podwyższonym ryzyku stanowiącego część historii choroby (k. 263v) wynika, że powódka w treści oświadczenia „ja niżej podpisany wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku określonej jako totalne usunięcie gruczolu tarczowego” nie zakreśliła czy wyraża zgodę na zabieg czy nie. Jakkolwiek Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 lipca 2010 r. (II CSK 117/10, LEX nr 602677) stwierdził, że „Przyjmując za dopuszczalne traktowanie tzw. zgody uświadomionej, przewidzianej w art. 34 ust. 1 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i dentystry jako oświadczenia woli, uznać należy, że zastrzeżenie formy pisemnej bez

wskazania rygoru jej niezachowania powoduje jedynie konsekwencje przewidziane w art. 74 k.c., a zatem ograniczenia o charakterze dowodowym, lecz nie pozbawia zgody, nawet wyrażonej bez zachowania wskazanej formy, skuteczności prawnej. Tym bardziej nie można uznać, że nieskuteczna jest zgoda wyrażona na piśmie w formie podpisanego druku, choćby druk ten nie został wypełniony w sposób umożliwiający identyfikację zabiegu objętego zgodą. W tym wypadku przedmiot zgody podlega dowodzeniu wszelkimi środkami dowodowymi (art. 74 § 2 k.c.). Natomiast informacja zapewniająca pacjentowi warunki do wyrażenie zgody uświadomionej nie wymaga formy pisemnej.”, to w okolicznościach faktycznych nie sposób uznać za wyrażoną na piśmie przez powódkę zgodę na zabieg leczniczy o podwyższonym ryzyku wobec braku jednoznacznego oświadczenia powódki w stosownej części formularza. Nie zmienia tej oceny okoliczność, że powódka złożyła własnoręczny podpis opatrzony datą (26 lipca 2011 r.) na końcu części historii choroby zatytułowanej jako „zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego o podwyższonym ryzyku”. Skoro sam udzielający świadczenia zdrowotnego w formularzu wyodrębnił trzy kwestie (zgoda na zabieg, zgoda na przetaczanie krwi i jej składników, zgoda na zastosowanie miejscowego znieczulenia), dając tym samym pacjentowi możliwość jednoznacznego wyrażenia zgody na każdą z tych ewentualności, nie można następnie domniemywać, że złożenie podpisu pod całym formularzem oznacza wyrażenie zgody na wszystkie trzy procedury medyczne. Jakkolwiek, niezgodne z zasadami logiki byłoby przyjęcie, że powódka wyraziła zgodę wyłącznie na przetaczanie krwi i jej składników, nie zgadzając się na sam zabieg operacyjny totalnego usunięcia gruczołu tarczowego, to takiego rozumowaniu stoi na przeszkodzie wymóg by pisemna zgoda pacjenta była wyraźna i jednoznaczna. Do obowiązków personelu Szpitala (tu lekarza odbierającego zgodę na zabieg), co do którego ma zastosowanie wymóg podwyższonej staranności, należało uzyskanie od powódki pisemnej zgody przede wszystkim na sam zabieg w sposób niebudzący żadnych wątpliwości.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry nie określa sankcji niezachowania pisemnej formy wyrażenia zgody przez pacjenta. Sąd Najwyższy w powołanym wyżej wyroku orzekł, że sięgnięcie do przepisów kodeksu cywilnego prowadzi do wniosku, że niezachowanie formy pisemnej pociąga za sobą jedynie ograniczenia dowodowe w toczącym się procesie i nie eliminuje skutków prawnych samej zgody, a niezachowanie pisemnej formy oświadczenia pacjenta wyrażającego zgodę na zabieg operacyjny nie powoduje nieważności zgody. Niemniej jednak nie sposób pominąć, że podmiot zajmujący się zawodowo świadczeniem usług leczniczych nie dochował należytej staranności przy wypełnieniu tak istotnego dokumentu jakim jest zgoda pacjenta na zabieg o podwyższonym ryzyku.

Wskazać przy tym należy, że stanowisko, że warunek wprowadzony art. 34 ustawy jest wymogiem dla celów dowodowych i dlatego zgoda pacjenta może być wyrażona w innej formie, byle wola pacjenta została ujawniona w sposób dostatecznie jasny, jest podzielane w literaturze przedmiotu (zob. J. Ciszewski, *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*, Gdańsk 2002, s. 8; M. Nesterowicz, *Prawo...*, 2000, s. 85), choć można znaleźć opinie odmienne. M. Filar jest zdania, że wymóg dochowania pisemnej formy wyrażenia zgody jest wymogiem ad solemnitatem ze względu na literalne brzmienie przepisu oraz wagę materii, której dotyczy (zob. M. Filar, *Lekarskie prawo...*, s. 275). Z kolei w opinii M. Boratyńskiej i P. Konieczniaka nie można wymogu pisemności z art. 34 ustawy rozumieć dosłownie jako cywilnoprawnej formy ad probationem, a raczej należałoby go rozważać jako formę pisemną *sui generis*, czyli swoistą, mającą cel czysto porządkowy (minimalizowania liczby sporów odnośnie do faktu złożenia zgody), a także służącą narzucaniu samemu pacjentowi pewnej dyscypliny wewnętrznej przy podjęciu i komunikowaniu własnej decyzji (złożenie podpisu na dokumencie nadaje czynności charakter solenny) (zob. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa...*, s. 286).

Zgoda nie została uzyskana od powódki w sposób prawidłowy również z tego względu, że nie zostało w sposób niebudzący wątpliwości wykazane, że była udzielana po tym jak lekarz operujący przedstawił informację, o której mowa w art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Jak było wskazane wyżej, zgoda pacjenta nie może być blankietowa. Tymczasem, jak zostało ustalone w sprawie, zgodę od powódki odbierał inny lekarz, a informacji z art. 31 udzielał lekarz operujący, który nie wiedział czy powódka już wyraziła zgodę na zabieg na piśmie czy nie. Co prawda w formularzu zgody jest zapis, że „Decyzję podejmuję z pełną świadomością po przeprowadzonej rozmowie z lekarzem (...)”, ale w ocenie Sądu również podpis pod tym zapisem należy uznać za blankietowy, skoro nie zostało jednoznacznie wykazane, że zgoda od powódki miała być odbierana faktycznie dopiero po rozmowie z lekarzem operującym. Ciężar

dowodu w tym zakresie spoczywał zaś na stronie pozwanej. Świadek J. K. (1), powołany przez interwenienta ubocznego po stronie pozwanej, nie był w stanie jednoznacznie tej okoliczności potwierdzić.

Po trzecie, zgoda na zabieg musi być świadoma, a więc wyrażona po uzyskaniu od lekarza wyczerpujących oraz zrozumiałych informacji i wyjaśnień zgodnie z art. 31. Jak zaś zostało ustalone w sprawie, powódka nie została poinformowana o wszystkich możliwych powikłaniach pooperacyjnych, w tym możliwym uszkodzeniu nerwu krtaniowego wstecznego i tego skutkach. Powódka została jedynie poinformowana o typowych następstwach pooperacyjnych, jak to samo określiła, że może się źle czuć po operacji. Przyjmuje się, że nie w każdym przypadku lekarz ma obowiązek informowania o wszelkich możliwych, nawet poważnych skutkach zabiegu, niezależnie od rodzaju zabiegu i prawdopodobieństwa ich wystąpienia. Przyjmuje się również, że zakres udzielanych pacjentowi informacji musi być uzależniony od rodzaju zabiegu, w szczególności od tego, czy za jego przeprowadzeniem przemawiają wskazania bezwzględne (zabieg ratujący życie), względne lub czy jest to jedynie zabieg o charakterze kosmetycznym, w przypadku którego zakres informacyjny sięga najdalej. W ustalonych okolicznościach sprawy nie budzi wątpliwości, że zabieg totalnego usunięcia gruczołu tarczowego u powódki był zabiegiem planowym, na skierowanie lekarza endokrynologa z dnia 30 marca 2011 r., mającym na celu podwyższenie komfortu funkcjonowania powódki, a nie ratującym życie. Jak wskazał Sąd Apelacyjny w Poznaniu w powołanym wyżej wyroku z dnia 25 września 2005 r. „Pacjent musi znać przedmiot zgody, musi wiedzieć o proponowanej metodzie leczenia, ryzyku zabiegu i jego następstwach. Zakres obowiązku informacji nie zależy od tego, co lekarz sądzi, ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza aby podjąć "poinformowaną" i inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu.” Niepodanie powódce przy zabiegu nie ratującym życia i zdrowia informacji o tak istotnym ryzyku jak uszkodzenie nerwu krtaniowego wstecznego, co wiązać się może z utratą głosu i założeniem tracheostomii, czyni zgodę wadliwą. Podzielić należy, wyrażoną w opinii instytutu ocenę, że udzielenie wyczerpującej informacji, a zwłaszcza w zakresie ryzyka najistotniejszego powikłania jakim jest uszkodzenie nerwów krtaniowych wstecznych mogło mieć wpływ na akceptację ryzyka przez powódkę. Powódka nie dysponując informacjami na temat możliwych powikłań zabiegu nie zdawała sobie sprawy, iż jej udziałem może być cierpienie jakiego doświadcza w związku z bezgłosem, dusznością i wykluczeniem społecznym jakie to za sobą pociąga.

Tym samym Sąd uznał, że ewentualna niepisemna zgoda powódki na zabieg była wadliwa ze względu na to, że była zgodą blankietową i nieobjaśnioną.

Działanie bez zgody pacjenta, nawet podjęte przez lekarza w celu leczniczym i wykonane lege artis, jest bezprawne (wyrok SA w Warszawie z dnia 31 marca 2006 r., I ACa 973/05, Apel.-W-wa 2007, nr 2, s. 12; tak samo wcześniej wyrok SA w Poznaniu z dnia 29 września 2005 r., I ACa 236/05, OSA 2007, z. 7, poz. 22, z glosą P. Daniluka, Palestra 2007, nr 7-8, s. 318).

Przeprowadzenie interwencji medycznej bez zgody pacjenta może skutkować odpowiedzialnością cywilną związaną z naruszeniem jego dóbr osobistych na podstawie art. 23 – 24 k.c. W razie naruszenia dobra osobistego sąd, na podstawie art. 448 k.c., może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia (Dorota Karkowska, Komentarz do art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, teza 18, e-LEX). Jak wskazał zaś Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z dnia 15 listopada 2012 r. (I ACa 596/12, LEX nr 1246866) „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. Wina funkcjonariusza ma bowiem miejsce także wówczas, gdy proces decyzyjny pacjenta poprzedzający wyrażenie przez niego zgody na zabieg został zakłócony poprzez zaniechanie przedstawienia ewentualnych komplikacji zabiegu skutkujących negatywnie dla życia lub zdrowia. Sama zaś aprobata pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może



być traktowana jako zgoda.”. W uzasadnieniu powołanego wyroku Sąd ten wyjaśnił, że wykazanie winy świadczącego usługę leczniczą w tym zakresie może uzasadniać zasądzenie zadośćuczynienia na podstawie art. 448 k.c.

Zgodnie z art. 448 k.c., w razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia.

O dopuszczalności wystąpienia z roszczeniem na podstawie art. 448 k.c. przesądza możliwość postawienia naruszcycielowi zarzutu winy, bez której zasądzenie pokrzywdzonemu „odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę” wedle obecnej wykładni tego przypisu jest niemożliwe. Potwierdza to wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 grudnia 2002 r. V CKN 1581/00 (OSNC 2004, nr 4, poz. 53), w którego tezie można przeczytać, iż przesłanką odpowiedzialności przewidzianej w art. 448 k.c. jest nie tylko bezprawne, ale i zawinione działanie sprawcy naruszenia dobra osobistego. Nie ma znaczenia dla samej zasadności roszczenia, czy chodzi o naruszenie dobra osobistego z winy umyślnej, czy też nieumyślnej. Ocena stopnia winy może mieć natomiast znaczenie dla wysokości zasądzonej przez sąd kwoty. W judykaturze wskazuje się, iż określenie „odpowiedniej” sumy zadośćuczynienia przyznanego na podstawie art. 448 k.c. wymaga rozważenia wszystkich okoliczności sprawy, w szczególności rodzaju naruszonego dobra i rozmiaru doznanej krzywdy, intensywności naruszenia oraz stopnia winy sprawcy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 kwietnia 2002 r. V CKN 1010/00, OSNC 2003, nr 4, poz. 56).

W ocenie Sądu wobec braku uzyskania od powódki uświadomionej zgody na zabieg strumectomii doszło o naruszenia przez personel Szpitala dobra osobistego powódki w postaci prawa do ochrony zdrowia. Bezprawność i wina Szpitala zostały ustalone wyżej.

Sąd rozważał również wskazaną przez pełnomocnika powódki podstawę prawną, a mianowicie art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, który stanowi, że w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kodeksu cywilnego.

Artykuł 4 ustawy o prawach pacjenta służy cywilnoprawnej ochronie dóbr osobistych osoby poszkodowanej w sytuacji naruszenia praw pacjenta. Środki te składają się na ochronę niemajątkową i majątkową. Znaczenie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, polega na tym, że wskazuje on *expressis verbis* te naruszenia praw pacjenta, które przesądzają o naruszeniu dobra osobistego. W związku z tym pokrzywdzony nie musi udowadniać, że doszło do naruszenia prawnie chronionego dobra osobistego – wystarczy wskazać konkretne naruszenie praw pacjenta. Należy także zauważyć, że art. 4 ust. 1 u.p.p. – odmiennie niż art. 448 k.c. – wyraźnie wskazuje winę naruszającego jako podstawę żądania zadośćuczynienia. Artykuł 4 u.p.p. nie zastępuje ani nie wyklucza ogólnych instytucji prawa cywilnego służących do ochrony dóbr osobistych człowieka, w tym roszczeń niemajątkowych z art. 24 k.c. Pokrzywdzony może zatem skutecznie dochodzić roszczeń z tytułu naruszenia jego dóbr osobistych, odwołując się zarówno do instrumentów kodeksowych, jak i pozakodeksowych. Katalog dóbr osobistych z art. 23 i 448 k.c. ma przecież charakter otwarty i obejmuje również dobra zaliczane do sfery prawa pacjenta. Z tego względu trzeba uznać, że art. 4 u.p.p. stanowi *lex specialis* wobec art. 448 k.c. (por. Dorota Karkowska, Komentarz do art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, e-LEX).

Prawem pacjenta podlegającym ochronie na podstawie art. 4 omawianej ustawy jest m.in. naruszenie prawa pacjenta do pisemnej zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego stwarzającego podwyższone ryzyko dla pacjenta określonego w art. 18 omawianej ustawy. Taka zaś sytuacja miała miejsce w niniejszej sprawie. Naruszenie tego prawa powódki miało przy tym charakter zawiniony skoro doszło do naruszenia podstawowej reguły staranności w uzyskaniu niewątpliwej pisemnej zgody powódki na zabieg całkowitego usunięcia wola tarczycy (niezakreślenie przez powódkę właściwej części formularza) oraz naruszenia należytej staranności w udzieleniu powódce informacji, o której mowa w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Mając na względzie powyższe, Sąd uznał, że właściwą podstawę prawną odpowiedzialności Szpitala, a co za tym idzie pozwanego, stanowi art. 448 k.c. w związku z art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, skoro zabieg operacyjny u powódki przeprowadzono z naruszeniem prawa osobistego powódki do ochrony zdrowia i prawa pacjentki do wyrażenia pisemnej, świadomej i objaśnionej zgody na zabieg o podwyższonym ryzyku.

Mając na uwadze wskazówki co do sposobu ustalenia odpowiedniego zadośćuczynienia, Sąd brał pod uwagę następujące okoliczności.

Na skutek operacji z dnia 27 lipca 2011 r. u powódki doszło do obustronnego porażenia fałdów głosowych, a co za tym idzie utraty głosu i założenia tracheostomii. Przez pół roku po operacji powódka nie mówiła, następnie musiała nauczyć się mówić za pomocą rurki tracheotomijnej. Powódka ze względu na złe rokowania będzie najprawdopodobniej musiała korzystać z rurki tracheotomijnej do końca życia. Powódka nie jest w stanie samodzielnie oddychać. Możliwe jest to tylko za pomocą rurki tracheotomijnej. Zmiany w krtani są utrwalone i nie rokują wyleczenia. Powódka początkowo miała problemy z samodzielnym funkcjonowaniem. W codziennych obowiązkach, w tym z zakresu higieny osobistej, pomagał jej mąż. Higiena rurki jest czasochłonna i musi być bardzo często ze względu na możliwość jej zanieczyszczenia i powstawania skrzepów, które z kolei mogą być bardzo groźne dla zdrowia powódki. Wysiłek fizyczny czy mocny kaszel mogą powodować pęknięcie rurki, co wiąże się z koniecznością zasięgnięcia natychmiastowej pomocy lekarskiej. Powódka rurkę miała już kilka razy wymienianą. Aktualnie powódka wymaga stałej opieki laryngologicznej. Jakkolwiek wbrew twierdzeniom pozwu, powódka nie jest osobą całkowicie niezdolną do samodzielnej egzystencji skoro mieszka sama, wykonuje podstawowe obowiązki domowe, podjęła dodatkowe zatrudnienie opiekując się osobą starszą, to jednak funkcjonowanie powódki dalekie jest od funkcjonowania zdrowego człowieka. Dla poprawienia zdolności mówienia powódka musiała po zabiegu usunięcia gruczołu tarczycy przechodzić kilka kolejnych operacji w celu poszerzenia szpary głośni. Nie budzi wątpliwości, że uszczerbek na zdrowiu powódki w związku z uszkodzeniem nerwu krtaniowego wstecznego, jest znaczny. Po zabiegu z dnia 27 lipca 2011 r. doszło również do pogorszenia stanu psychicznego powódki. Powódka od września 2011 r. leczy się w związku ze stresem pourazowym po przebytych zabiegach z lipca 2011 r. i jego powikłaniach. Występuje u niej trwały zespół braku adaptacji do sytuacji życiowej, w której się znalazła.

Mając powyższe na względzie oraz fakt, że powódka w sposób zawiniony przez personel Szpitala została pozbawiona możliwości podjęcia świadomej decyzji co do swojego zdrowia, Sąd uznał, że odpowiednią sumą tytułem zadośćuczynienia będzie kwota 130.000 zł. Kwota ta jest, w ocenie Sądu, adekwatna z uwagi na doznaną przez powódkę krzywdę, znaczny trwały uszczerbek na zdrowiu, rozmiar i czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych jakich doznała bezpośrednio po operacji jak i tych których doznaje obecnie, a wysokość zasądanego zadośćuczynienia spełni swoją kompensacyjną funkcję. Wskazana kwota nie jest wygórowana. Przyznane zadośćuczynienie z jednej strony stanowi realnie odczuwalną wartość ekonomiczną dla powódki, a z drugiej strony nie prowadzi do jej wzbogacenia zważywszy na ograniczenia w życiu, z którymi powódka będzie musiała się zmagać.

Oddalając powództwo co do kwoty 20.000 zł Sąd miał na względzie, że powódka swoją całościową krzywdę niemajątkową oszacowała na kwotę 150.000 zł. Do krzywdy tej zaliczała również pogorszenie stanu zdrowia psychicznego i konieczność korzystania z pomocy lekarza psychiatry po zabiegu z dnia 27 lipca 2011 r. W tym zakresie Sąd miał jednak na uwadze, że powódka podjęła leczenie psychologiczno-psychiatryczne już w 2010 r. w związku z depresją wywołaną utratą pracy i wypadkiem przy pracy, w wyniku którego przeszła operację kręgosłupa w styczniu 2011 r. Skutki operacji z dnia 27 lipca 2011 r. niewątpliwie wpłynęły negatywnie na jej stan psychiczny, spotęgowały stres oraz wywołały niepokój i pesymizm w ocenie siebie i świata, ale jak zostało ustalone w sprawie, powódka jest osobą mającą zwyczajową tendencję do wzmacniania przykrych odczuć somatycznych, które nasilają się w stresie, zazwyczaj ma przewlekłe obniżony nastrój, zwiększony poziom lęku, obniżoną samoocenę i nie wierzy w możliwość zmiany, jest pesymistyczna, ma trudności w relacjach społecznych, a cechy te nie zostały wywołane zdarzeniem z lipca 2011 r., aczkolwiek utrudniają adaptację do zmian życiowych powodując występowanie przykrych odczuć w większym nasileniu niż u osoby z większymi możliwościami przystosowawczymi i większym optymizmem. Tym samym nie można wszystkich aktualnych ubytków w sferze zdrowia psychicznego powódki łączyć z leczeniem w Szpitalu w 2011

r. Poza tym na uwagę zasługuje okoliczność, że powódka od września 2015 r. nie korzysta z pomocy psychologiczno-psychiatrycznej.

Mając na uwadze powyższe Sąd na podstawie art. 448 k.c. i art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z art. 822 § 1 k.c. zasądził od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powódki kwotę 130.000 zł tytułem zadośćuczynienia, a w pkt 2 wyroku oddalił powództwo w pozostałym zakresie tj. co do kwoty 20.000 zł i odsetek ustawowych za opóźnienie za okres od 27 czerwca 2013 r. do dnia wyroku.

O odsetkach od zasądzzonego zadośćuczynienia, Sąd orzekł na podstawie art. 481 k.c. zasądzając odsetki ustawowe za opóźnienie od pozwanego od dnia następnego po dniu wydania wyroku, tj. od dnia 12 kwietnia 2017 r. Sąd nie znalazł podstaw do zasądzenia odsetek od dnia 27 czerwca 2013 r. jak tego żądała powódka, albowiem, w ocenie Sądu, dopiero zakończenie postępowania dowodowego w niniejszej sprawie doprowadziło do ostatecznego ustalenia podstawy odpowiedzialności pozwanego.

Zarzut pozwanego, że suma gwarancyjna z umowy ubezpieczenia wynosiła 190.297 zł i została zmniejszona na dzień 11 grudnia 2013 r. o wypłacone odszkodowanie w kwocie 32.280 zł i założoną rezerwę na łączną kwotę 27.000 zł i tym samym odpowiedzialność pozwanego ograniczona jest co najwyżej do kwoty 158.017 zł pomniejszonej o 10% udziału własnego ubezpieczonego Szpitala, okazał się bezprzedmiotowy ze względu na wynik procesu. Niemniej jednak należy wskazać, że zgodnie z obowiązującym w dniu 27 lipca 2011 r. § 2 ust. 3 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2008.3.10) ubezpieczenie OC obejmuje wszystkie szkody w zakresie, o którym mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 2, bez możliwości umownego ograniczenia przez zakład ubezpieczeń wypłaty odszkodowań. Tym samym zarzut pozwanego należy uznać również za bezskuteczny.

O kosztach procesu Sąd orzekł w punkcie 3 wyroku obciążając nimi pozwanego w całości na podstawie art. 100 zd. 2 k.p.c., zgodnie z którym sąd może jednak włożyć na jedną ze stron obowiązek zwrotu wszystkich kosztów, jeżeli jej przeciwnik uległ tylko co do nieznaczącej części swego żądania albo gdy określenie należnej mu sumy zależało od wzajemnego obrachunku lub oceny sądu. Poza tym sąd miał na uwadze, że powódka została zwolniona od ponoszenia kosztów sądowych w postaci opłaty od pozwu oraz zaliczki na opinię instytutu. Wysokość wynagrodzenia pełnomocnika powódki ustalono na podstawie § 6 pkt 6 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 (tekst jednolity Dz. U. 2013, poz. 490 ze zm.) i w związku z tym w pkt 3a zasądzono od pozwanego na rzecz powódki kwotę 3.717 zł, w tym 3.600 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego i 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa. W pkt 3b wyroku Sąd nakazał na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1025 j.t.) ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Poznaniu kwotę 7.500 zł tytułem opłaty sądowej od pozwu, od której powódka była zwolniona oraz kwotę 9.604,49 zł tytułem niepokrytych wydatków związanych z opinią instytutu.

W pkt 4 wyroku sąd oddalił wniosek interwenienta ubocznego o zwrot kosztów procesu. Interwenient uboczny przystąpił do sprawy po stronie pozwanej, która to z kolei strona przegrała proces. Tym samym brak podstaw do zasądzenia na rzecz interwenienta ubocznego zwrotu kosztów procesu.

/-/ SSO Magdalena Ławrynowicz