

Sygn. akt I ACa 511/14

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 listopada 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Halina Zarzeczna
Sędziowie:	SSA Maria Iwankiewicz SSA Tomasz Żelazowski (spr.)
Protokolant:	sekr.sądowy Magdalena Gołtsche

po rozpoznaniu w dniu 27 listopada 2014 r. na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa G. M.

przeciwko (...) Publicznemu Szpitalowi (...) im. prof. T. P. (...) w S.

przy udziale interwenienta ubocznego (...) Spółki Akcyjnej w Ł.

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 25 marca 2014 r., sygn. akt I C 61/09

I. oddala apelację,

II. odstępuje od obciążania powódki kosztami zastępstwa procesowego pozwanego i interwenienta ubocznego w postępowaniu apelacyjnym,

III. przyznaje adwokatowi T. M. od Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Szczecinie kwotę 5.400 (pięć tysięcy czterysta) złotych, powiększoną o należny podatek VAT, tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.

Maria Iwankiewicz Halina Zarzeczna Tomasz Żelazowski

Sygn. akt I ACa 511/14

UZASADNIENIE

Powódka G. M. w pozwie złożonym w dniu 30 lipca 2008 r., uzupełnionym w pismach procesowych z 12 sierpnia 2008 r. (k. 24-25) i 11 sierpnia 2008 r. (k. 45-46) wniosła o ponowne przeprowadzenie zabiegu operacyjnego tak, aby mogła w miarę normalnie funkcjonować oraz zasądzenie od pozwanych M. W. i C. T. ma swoją rzecz kwoty 350 000 zł tytułem odszkodowania za cierpienia trwające do dziś. Powódka wskazała, że 12 stycznia 2006 r. w szpitalu przy ul. (...) w S. wykonano u niej zabieg, którego negatywne następstwa odczuwa do dziś. Wskazała, że zdiagnozowano u niej raka. Z wynikiem powódka zgłosiła się do szpitala gdzie dr J. powiedziała jej, że najlepiej i najbezpieczniej drogą operacyjną wyciąć kawałek krtani wraz z guzem i że po ok. 6 tygodniach powódka wróci do normalnego życia, tj. otwór zarośnie i powódka będzie mogła mówić. Powódka w szpitalu zgłosiła się 3 stycznia 2006 r., gdzie została przebadana przez różnych lekarzy. Wszyscy poza jednym twierdzili, że węzły chłonne są czyste, jedynie pozwana M. W. twierdziła inaczej i podsunęła powódce do podpisu zgodę na ewentualne całkowite wycięcie krtani. Nie przeczuwając nic złego, mając całkowite zaufanie do lekarzy podpisała tę zgodę, ale jednocześnie prosiła, aby wyciąć jak najmniej. W dniu 12 stycznia 2006 r. powódka została zoperowana, wycięto jej krtani i odtąd zaczął się „horror”, który trwa do dziś. Powódka wyjaśniła, że druga z pozwanych – C. T. jest kierownikiem oddziału otolaryngologii w ww. szpitalu. Po operacji powódka przestała chodzić na kontrolę do przychodni przyklinicznej, ponieważ musiała czekać w kolejce przez 3 godziny a cała wizyta polega na tym, że lekarz zajrzy i to jest badanie. Podkreśliła, że czuje się coraz gorzej. W styczniu 2008 r. zgłosiła się do szpitala na (...) L., gdzie zlecono wykonanie biopsji. Biopsja nic nie wykazała. Przyjęto powódkę do szpitala, zrobiono badanie pod narkozą i nie stwierdzono nawrotu choroby nowotworowej. Ponownie zgłosiła się do szpitala 22 stycznia 2008 r., aby zlikwidować jej coś, co powodowało gromadzenie się pod brodą ogromnych ilości śluzu i powiększenie otworu stomy, który się zwężał. Po wypisaniu powódki do domu w dniu 31 stycznia 2008 r. nie była leczona. Po tygodniu napisała pismo do pozwanej C. T. prosząc o odpowiedź, lecz odpowiedzi na piśmie nie otrzymała jedynie poproszoną ją na rozmowę. Zgłosiła się i a pozwana C. T. obiecała jej konsultację z profesorem w P., lecz do tej pory konsultacja się nie odbyła. Powódka podnosiła, że po przeprowadzonej operacji w styczniu 2006 r. lekarze nie skierowali jej na żadne badania mimo że zgłaszała, iż czuje się źle. Podkreśliła, że do dnia dzisiejszego boli ją głowa (czaszka i środek szyi, przy otworze), prawa strona karku, bark, a przy tym występuje drętwienie tych części ciała oraz prawej ręki. Bóle nie zawsze występują, ale stają się nie do zniesienia. Wskazała, że została przebadana i nie ma nawrotu choroby, ale nikt nie słuchał o jej powódki i nie zrobiono nic by je usunąć. Lekarze z P. i z B. nie chcieli podjąć się przeprowadzenia zabiegu, kierowali powódkę do szpitala, w którym wykonywany był zabieg usunięcia krtani.

Postanowieniem z 6 października 2008 r. Sąd Rejonowy w Szczecinie odrzucił pozew w zakresie żądania nakazania i przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, a nadto przekazał sprawę w zakresie roszczenia o zapłatę kwoty 350 000 zł do Sądu Okręgowego w Szczecinie.

Postanowieniem z dnia 2 marca 2009 r. powódka została zwolniona od kosztów sądowych w całości i ustanowiono dla powódki pełnomocnika z urzędu (k.52).

Pozwane M. W. i C. T. wniosły o oddalenie powództwa i zasądzenie od powódki na ich rzecz kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, w tym opłat skarbowych od pełnomocnictwa. Pozwane podniosły zarzut braku legitymacji biernej wskazując, że są pracownikami (...) Publicznego Szpitala (...) w S. Akademii Medycznej im. prof. T. S. przy ul. (...) a zabieg wykonywany u powódki był czynnością w ramach stosunku pracy. Pozwane powołały się na art. 120§1 Kodeksu pracy. Dodatkowo wskazały, że powódka nie wskazała na czym polegał rzekomy błąd w sztuce lekarskiej, czy dotyczył dokonanego rozpoznania, czy też samego zabiegu operacyjnego. Powódka nie wykazała na jakiej podstawie faktycznej i prawnej opiera roszczenie skierowane w stosunku do pozwanej C. T., skoro ta nie wykonywała bezpośrednio żadnych czynności związanych z przeprowadzeniem u powódki zabiegu operacyjnego. Pozwane zaprzeczyły jakoby zabieg został wykonany niezgodnie z zasadami sztuki lekarskiej, podkreśliły, że w postępowaniu przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej nie stwierdzono błędu w postępowaniu lekarzy i skargę powódki załatwiono negatywnie.

W piśmie procesowym z 7 kwietnia 2009 r. (k.69-75) powódka wniosła o wezwanie do udziału w sprawie w charakterze pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) Akademii Medycznej im. (...) S. w S. przy ul. (...) i zasądzenie od tego

pozwanego kwoty 350 000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, będącą następstwem błędu w sztuce lekarskiej podczas zabiegu chirurgicznego wykonanego u powódki, a także o zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki miesięcznej renty w wysokości 750 zł tytułem kosztów leczenia oraz utraconych możliwości zarobkowych, nadto zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Powódka powieliła swoją argumentację w zakresie zaniedbań w zakresie diagnostyki, wadliwej i niepełnej informacji co do charakteru schorzenia oraz zakresu operacji stanowiących podstawę wyrażenia przez nią zgody na operację, jak również na wadliwy sposób leczenia pooperacyjnego i występujące powikłania. Wskazała, że poddała się nadto badaniu tomograficznemu, które wykazało, że powyżej otworu tracheostomijnego widoczna jest patologiczna masa tkankowa krytycznie zwązająca światło krtaniowej części gardła. Lekarze pozwanego opiekujący się powódką nie chcieli się zapoznać z wynikami badania, zbyli powódkę. 19-27 stycznia 2009 r. powódka przebywała w Wojskowym Instytucie Medycznym Klinice (...) w W., gdzie wykonano u niej zabieg poszerzenia tracheostomy. Powódka została też skierowana na onkologiczną konsultację genetyczną, która w testach podstawowych nie wykazała mutacji w genie (...). Co więcej, w wyniku podejrzenia wznowy okołostomalnej przeprowadzono u powódki dodatkowe badania histopatologiczne i tomografię komputerową szyi, w wyniku których nie stwierdzono u niej komórek nowotworowych ani cech wznowy. Od czasu zabiegu powódka była wielokrotnie hospitalizowana, jej ból stale narasta, nie jest w stanie mówić, porozumiewa się z otoczeniem jedynie szeptem, krótkimi urywanymi zdaniem. Stan jej zdrowia nie pozwala na dłuższe przebywanie poza domem – już po około 30 minutach przebywania poza domem powódka zaczyna się dusić, nie mogąc odkrztusić flegmy, ma problemy z oddychaniem. Rurka mająca ułatwiać oddychanie bardzo podrażnia otwór, w którym ma być umieszczana. Powódka jest bardzo słaba i podatna na wszelkie infekcje, zwłaszcza dróg oddechowych. Ma też problemy z utrzymywaniem moczu. W przekonaniu powódki otwór powstały po usunięciu guza jest krzywy i umieszczony zbyt wysoko by powódka mogła swobodnie oddychać i odkrztuszać. Powódka kilka lat po operacji nadal odczuwa silny ból, zwłaszcza przy umieszczaniu rurki w otworze tracheostomijnym. Powódka ma 60 lat. Przed zabiegiem była osobą aktywną, towarzyską, miała mnóstwo znajomych. Ma kilkumiesięcznego wnuka, którym chciałaby się od czasu do czasu zaopiekować. Obecnie jednak nie może brać czynnego udziału w życiu, wymaga pomocy i opieki przy najprostszych nawet czynnościach domowych. Powódka jest emerytką, a jej emerytura wynosi 608,78 zł netto. Otrzymuje również świadczenie pielęgnacyjne w wysokości 150 zł. Miesięczne koszty utrzymania ponoszone przez powódkę wynoszą ponad 700 zł (w tym opłaty za prąd, gaz, telefon, czynsz). Powódka przed zabiegiem była osobą w pełni sił. Przechodząc na emeryturę zamierzała podjąć dodatkową pracę, z której zamierzała uzyskać dochód w wysokości około 500 zł. Z powodu choroby nie jest w stanie podjąć jakiegokolwiek pracy. Co więcej ponosi również dodatkowe koszty pielęgnacji w wysokości około 250 zł miesięcznie, dlatego domaga się renty w wysokości 750 zł miesięcznie. Wskazała, że podstawę prawną jej roszczeń stanowi art. 444§1 i 2 k.c. w zw. z art. 445§1 k.c.

Postanowieniem z 31 sierpnia 2009 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie wezwał w charakterze strony pozwanej (...) Publiczny Szpital (...) w S. przy ul. (...) (k. 114).

Pozwany (...) Publiczny Szpital (...) w S. wniósł o oddalenie powództwa, nadto zasądzenie od powódki na swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego i opłaty skarbowej od pełnomocnictwa według norm przepisanych. Pozwany podniósł zarzut przedawnienia roszczeń powódki na podstawie art. 442 k.c. Zaprzeczył jakoby popełniono błąd medyczny lub diagnostyczny w leczeniu powódki. Powódkę przyjęto do szpitala z rozpoznaniem – rak krtani, zaburzenia lękowo-depresyjne somatopochodne i poddano zabiegowi chirurgicznemu usunięcia krtani, przeprowadzonemu przez doświadczonego onkologa – laryngologa dr M. W.. Twierdzenie jakoby powódce informacji o zabiegu i jego przewidywanych wynikach udzielała dr J., nie znajduje potwierdzenia w dokumentacji medycznej. Natomiast z całą pewnością informacji takiej udzielała M. W., która przed operacją kompleksowo poinformowała pacjentkę o rodzaju planowanego zabiegu (całkowite usunięcie węzłów chłonnych szyi i krtani) oraz o tym, że w czasie zabiegu operator może dokonać zmiany postępowania operacyjnego. Powódka przed zabiegiem, w dniu 6 stycznia 2006 r. podpisała stosowne „oświadczenie pacjenta”, z którego wynika, że została szczegółowo zapoznana przez lekarza z informacjami dotyczącymi proponowanego leczenia i miała możliwość zadawania mu wszelkich pytań, zaś uzyskane przez nią odpowiedzi i informacje były w pełni zrozumiałe. Wykonująca zabieg pozwana M. W. w trakcie jego przeprowadzania podjęła decyzję o zmianie pierwotnego założenia usunięcia całkowitego krtani, i w efekcie

– na podstawie śródoperacyjnej oceny rozległości procesu nowotworowego – wykonała laryngotomię subtotalną z wytworzeniem przetoki głosowej (wycięcie zmiany nowotworowej w granicach zdrowych tkanek, z respektowaniem marginesu bezpieczeństwa onkologicznego). Decyzja ta z założenia była korzystna dla powódki, ponieważ wytworzenie przetoki głosowej miało umożliwić powódce porozumiewanie się z otoczeniem za pomocą dźwięcznej mowy. U powódki wystąpiły powikłania pooperacyjne polegające na wytworzeniu odczynów zapalnych okolicy otworu trachestomijnego oraz procesów włóknienia, powstały stan zapalny uniemożliwił powódce posługiwanie się mową dźwięczną, co jest jednak niezawinione przez operatora. Stan zapalny stwierdzono w czwartej dobie po zabiegu operacyjnym. Zmiany zapalne u powódki predestynują do procesów włóknienia w okolicy tracheostomy, co jest przyczyną niedrożności przetoki głosowej i zwężenia otworu. Pozwany wskazał, że stan powódki nie jest wynikiem błędu medycznego czy też zaniedbań w leczeniu, lecz jest wynikiem powikłań, których zaistnienie jest nieodłącznym ryzykiem związanym z każdym zabiegiem medycznym. Dodatkowo pozwany podniósł, że żądane zadośćuczynienie jest znacząco wygórowane, a żądanie renty nieudowodnione.

Pismem z 16 października 2009 r. swój udział w sprawie w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanego Szpitala (...) Akademii Medycznej im. prof. T. S. w S. zgłosiła (...) Spółka Akcyjna w Ł., wnosząc o oddalenie powództwa i zasądzenie od powódki na rzecz interwenienta ubocznego kosztów procesu według norm.

W piśmie procesowym z 21 grudnia 2009 r. powódka cofnęła pozew przeciwko M. W. i C. T. i zrzeka się roszczenia w stosunku do nich, a nadto na podstawie art. 102 k.p.c. wniosła o nieobciążanie powódki kosztami postępowania.

Postanowieniem z 11 lutego 2010 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie umorzył postępowanie w sprawie wobec pozwanych M. W. i C. T. i odstąpił od obciążenia powódki G. M. kosztami zastępstwa procesowego pozwanych M. W. i C. T.. Postanowienie jest prawomocne.

Na rozprawie w dniu 18 maja 2012 r. powódka sprecyzowała, że domaga się zasądzenia renty od daty zgłoszenia tego żądania w piśmie pełnomocnika.

Sąd Okręgowy w Szczecinie w wyroku z dnia 25 marca 2014 r. oddalił powództwo, odstąpił od obciążania powódki kosztami procesu na rzecz pozwanego i interwenienta ubocznego oraz przyznał od Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Szczecinie na rzecz adw. T. M. kwotę 8.856 zł tytułem kosztów pomocy prawnej udzielonej z urzędu.

Sąd I instancji ustalił, że w 2005 r. G. M. odczuwała bóle w krtani, udała się do lekarza, który skierował ją do szpitala na badania. W dniu 30 sierpnia 2005 r. w (...) Publicznym Szpitalu (...) w S. pobrano od powódki wycinek z krtani. Na podstawie wykonanego badania we wrześniu 2005 r. stwierdzono naciek zapalny z komórek limfoidalnych, rozrostu nowotworowego nie stwierdzono. Powódce wydano wynik badań. W tym czasie nie podjęto innych działań diagnostycznych lub leczniczych. Pod koniec listopada 2005 r. lekarz zatrudniony wówczas w pozwanym szpitalu (...) zadzwoniła do powódki, prosząc aby niezwłocznie stawiała się w szpitalu, co powódka uczyniła. W dniu 6 grudnia 2005 r. pobrano od niej kolejny raz wycinek krtani do badania. Na podstawie tego badania w dniu 14 grudnia 2005 r. u powódki rozpoznano naciek nowotworowy, rak płaskonabłonkowy G2, częściowo keratodenens. W pozwanym szpitalu istnieje praktyka, zgodnie z którą w przypadku gdy obraz kliniczny zmiany nie odpowiada obrazowi histopatologicznemu (jak to miało miejsce w przypadku powódki) szpital kontaktuje się z pacjentem i wzywa kontrolnie na kolejne badanie po ok. 2 miesiącach od pierwszego, celem jednoznacznego określenia charakteru badanej zmiany. Ze względu na to, że u powódki już podczas badania z 30 sierpnia 2005 r. występował w obrębie krtani guz. E. J. (1) wezwała powódkę na kolejne badanie celem ponownego skontrolowania tej zmiany.

Sąd ustalił, że w związku z powyższym rozpoznaniem G. M. była hospitalizowana w pozwanym szpitalu w okresie od 3 stycznia do 3 lutego 2006 r. w związku z koniecznością wykonania zabiegu usunięcia zmian w obrębie krtani. Przed zabiegiem, który miał miejsce w dniu 12 stycznia 2006 r. dr M. W. poinformowała powódkę o tym, że zostanie z u niej wykonany zabieg usunięcia krtani i węzłów chłonnych, co będzie skutkowało utratą mowy z możliwością jej odzyskania przez wytworzenie przetoki głosowej lub rehabilitację, wskazała, że powódka będzie miała trwały otwór na szyi, poinformowała też powódkę o ryzyku związanym z zabiegiem, możliwych powikłaniach i innych metodach leczenia. Powódka przed zabiegiem wypełniła ankietę przedoperacyjną i wyraziła pisemną zgodę na znieczulenie.

Ponadto powódka wyraziła pisemną zgodę na zabieg następującej treści: Zostałam poinformowana przez dr W. pracownika Katedry i Kliniki (...) w S. przy ul. (...) o istocie mojej choroby i możliwościach jej leczenia. Zgadzam się na przeprowadzenie operacji całkowitego usunięcia krtani i węzłów chłonnych szyi, której założenia, cele i stopień ryzyka z nią związany, możliwości powikłań z niej wynikających zostały mi przedstawione w sposób zrozumiały. Zostały mi także przedstawione możliwości i niemożliwości innych niż leczenie operacyjne metod zwalczania tej choroby. Wyjaśniono mi także, że w czasie przeprowadzenia planowanej operacji mogą zaistnieć trudne do przewidzenia sytuacje, które zmuszają chirurga do zmiany planu operacyjnego w sensie poszerzenia lub ograniczenia zakresu operacji, jednak tylko w zakresie wymaganym przez rzeczywisty stan mojego zdrowia wynikający z zaawansowania procesu chorobowego stwierdzonego w polu operacyjnym. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie tej operacji przez p. dr (pole niewypełnione) w zgodzie z wiedzą lekarską. W czasie rozmowy z ww. lekarzem uzyskałam odpowiedź na wszelkie zadane przeze mnie pytania, które dotyczyły mojego stanu zdrowia, możliwych do zastosowania w moim przypadku metod leczenia, także zachowawczego oraz postępowania w okresie pooperacyjnym. Wszystkie przekazane mi informacje na powyższy temat są dla mnie zrozumiałe i nie budzą wątpliwości. W okresie mojego pobytu w szpitalu upoważniam lekarzy leczących do przekazywania informacji dotyczących mojego stanu zdrowia następującym osobom (pole niewypełnione). Pod tym oświadczeniem swój podpis złożyła powódka. Oświadczenie opatrzone zostało datą 6 stycznia 2006 r. Miało ono formę wydruku, za wyjątkiem podpisu powódki, daty podpisania, oznaczenia operatora oraz zakresu operacji (całkowite usunięcie krtani i węzłów chłonnych szyi).

W dniu 12 stycznia 2006 r. u powódki wykonany został zabieg operacyjny laryngentomii subtotalnej (usunięcia krtani i węzłów). Operatorem była M. W., asystowała jej K. A., która zajmowała się koagulacją krwawiących naczyń, trzymaniem haków, zakładaniem podwiązek, obcinaniem szwów, szyciem skóry i wycięcia węzłów chłonnych strony prawej. W trakcie zabiegu lekarze po oglądzie krtani stwierdzili, że występuje rak prawej połowy krtani z naciekaniem nagłośni prawej nalewki i fałdu głosowego, spoidło tylne wolne. Dokonali nadpierścieniowego usunięcia krtani, wykonali przetokę (głosową) nalewkową z lewej nalewki i podwieszono chrząstkę pierścieniową do kości gnykowej i języka, zszyto gardło i wytworzono krikostomię. W trakcie zabiegu lekarze usunęli też węzły chłonne szyi po obu stronach, nie widzieli aby węzły były zmienione nowotworowo, ich usunięcia dokonali zachowawczo. Podczas zabiegu od powódki pobrano i przekazano do badań histopatologicznych wycięty z krtani guz, wycinek z gardłowej prawej, lewej, przedniej i dolnej granicy cięcia operacyjnego oraz 35 węzłów chłonnych. Zgodnie z wynikiem badania – w wycinkach z ww. granic cięcia operacyjnego nie występował naciek raka, w wyciętym guzie był rak płaskonabłonkowy częściowo keratodenozy G2, a węzły chłonne miały charakter odczynowy. W trakcie hospitalizacji powódka odbyła konsultację z psychiatrą, który stwierdził zaburzenia lękowo – depresyjne somatopochodne. Powódkę wypisano ze szpitala z zaleceniem regularnej kontroli w Przyklinicznej Poradni Laryngologicznej i konsultacji psychiatrycznej po pełnym wygojeniu. Po pewnym czasie od zabiegu z 12 stycznia 2006 r. G. M. okresowo odczuwała bóle głowy, szyi i karku. Gromadziły jej się nadmierne ilości śluzu, w okolicach otworu tracheotomijnego tworzyły czopy ze śluzu, które utrudniały oddechanie i oddychanie. Z tego powodu G. M. wymagała inhalacji (początkowo rzadko, z czasem coraz częściej). Po zabiegu z 12 stycznia 2006 r. powódka chodziła na kontrole do przyszpitalnej Poradni Laryngologicznej. W okresie od 3 marca 2006 r. do 17 listopada 2008 r. była łącznie na 10 wizytach. Podczas wizyt lekarz badał ją, kierował na dalsze badania i wypisywał leki. W dniu 18 kwietnia 2006 r. powódka poddała się konsultacji i badaniu onkologicznemu. Zgodnie z wynikiem tego badania u powódki w testach podstawowych, nie wykryto mutacji w genie (...) (czułość ok. 9%). U powódki doszło do zwężenia odcinka górnego C13 tracheostomy i wytworzenia ziarniny. Lekarz z przychodni przyszpitalnej zaproponował powódce zabieg operacyjny, lecz powódka odmówiła. W dniu 28 kwietnia 2006 r. lekarz otolaryngolog wystawił powódce skierowanie do Kliniki (...) w P., wskazując, że u powódki doszło do zwężenia odcinka górnego C13 tracheostomy. Powódka zgłosiła się w tym szpitalu 3 października 2006 r., lecz została odesłana do pozwanego szpitala z uzasadnieniem, że leczenie winno być kontynuowane w miejscu wykonania pierwotnego zabiegu chirurgicznego. W dniu 21 maja 2007 r. w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu (...) w S., przy ul. (...) wykonano u powódki badanie tomografii komputerowej szyi z kontrastem. W badaniu tym stwierdzono powyżej otworu tracheostomijnego patologiczną masę tkankową krytycznie zwięzającą światło krtaniowej części gardła o średnicy ok. 2,3 cm. W dniu 27 czerwca 2007 r. powódka była konsultowana w Klinice (...) im. dr J. C. M. w B., stwierdzono u niej podejrzenie wznowy miejscowej. Nie została jednak zakwalifikowana do leczenia w B. lecz zalecono jej zgłoszenie się do kontroli i ewentualnego leczenia w szpitalu w S.. Z wynikiem badania tomografii

komputerowej z maja 2007 r. powódka zgłosiła się do pozwanego szpitala, na ogólną izbę przyjęć. W dniu 27 listopada 2007 r. pobrano od powódki materiał do ekspertyzy cytopatologicznej. Zgodnie z wynikiem tej ekspertyzy komórek nowotworowych nie stwierdzono. W styczniu 2008 r. G. M. była dwukrotnie hospitalizowana w pozwanym szpitalu w okresach 03-18 stycznia 2008 r. i 22-31 stycznia 2008 r. Podczas pierwszego pobytu wykonano endoskopię celem stwierdzenia występowania raka, co wykluczono, nie pobrano wówczas wycinka z gardła. Powódkę umówiono też na 15 stycznia 2008 r. na badanie faryngografii, które wykonano. Podczas drugiej hospitalizacji rozdilatowano otwór tracheostomijny i założono szerszą rurkę tracheostomijną – nr 7.0. Powódka wypisana została z zaleceniem stosowania rurki z uwagi na tendencję do zwężania się kanału tracheostomy i kontroli onkologicznej w P. Przychodni (...). W dniu 11 marca 2008 r. wykonano powódkę w pozwanym szpitalu tomografią komputerową szyi, w wyniku której stwierdzono w dolnej części gardła owalny twór będący wynikiem zmian pooperacyjnych. Cech wznowy nie stwierdzono. G. M. nie była zadowolona z wizyt w przyszpitalnej Poradni Otolaryngologicznej z uwagi na długo czas oczekiwania w poczekalni na wizytę i brak poprawy jej stanu zdrowia. Z czasem przestała chodzić do Poradni przy pozwanym szpitalu.

Sąd ustalił, że w okresie 19-27 stycznia 2009 r. G. M. była hospitalizowana w Wojskowym Instytucie Medycznym Klinice (...) w W.. Przyczyną hospitalizacji były uczucia duszności, zalegania wydzieliny w gardle i jamie ustnej, dolegliwości bólowe w obrębie szyi. Stwierdzono, że u powódki doszło do zwężenia tracheostomy. W dniu 22 stycznia 2009 r. wykonano u niej zabieg poszerzenia tracheostomy – usunięto ziarninę ze światła tchawicy i poszerzono światło otworu tracheostomii. Tomografia komputerowa wykonana 26 stycznia 2009 r. wykazała powyżej górnego bieguna blizny nad tracheostomią widoczny wzmacniający się po podaniu środka kontrastowego guzek o wymiarach 12x15x16 mm z obecnością zwapnień, noso-gardło, część ustna i kraniowa gardła bez zmian naciekowych, ślinianki przyuszne i pożuchwowe niepowiększone bez zmian ogniskowych, powiększony węzeł chłonny w okolicy rozwidlenia naczyń szyjnych po stronie prawej o średnicy 12 mm oraz węzeł chłonny karkowy po stronie lewej o średnicy 14 mm. Tarczycza niepowiększona bez zmian ogniskowych. Powódkę wypisano z zaleceniem kontroli za 14 dni i prowadzeniem oszczędzającego trybu życia. W okresie 2 - 6 marca 2009 r. G. M. była ponownie hospitalizowana w Wojskowym Instytucie Medycznym Klinice (...) w W., przyczyną hospitalizacji był występujący u niej guzek okolicy przedkraniowej i konieczność jego zdiagnozowania. Wykonano badanie BAC, wykonano punkcję, po czym powódkę wypisano do domu z zaleceniem kontroli za 2 tygodnie. W okresie 20.11.-7.12.2009 r. powódka była hospitalizowana w (...) Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w G.. Rozpoznano u niej zwężenie okolicy krtani pierścieniowatej tchawicy w okolicy podgłośniowej, zwężenie chrząstki pierścieniowatej tchawicy. 26 listopada 2009 r. wykonano zabieg laryngektomii totalnej – wycięto chrząstkę pierścieniową i lewą chrząstkę nalewkową, wytworzono tracheostomię. Powódkę wypisano z zaleceniem zgłoszenia się do kontroli. Po tym zabiegu powódka przestała odczuwać duszności i rzadko kiedy musiała używać inhalatora. G. M. była następnie hospitalizowana w (...) Centrum Onkologii w K.:

- w okresie 4-12 sierpnia 2011 r. przyjęta została celem wtórnej implantacji protezy głosowej. 9 sierpnia 2011 r. wykonano u niej zabieg implantacji protezy z wytworzenia przetoki tchawiczo – przełykowej. W trakcie hospitalizacji wykonano m.in. badanie RTG górnego odcinka przewodu pokarmowego, zgodnie z którym w obrębie gardła dolnego i przełyku nie stwierdzono patologicznych zmian ani zaburzeń motoryki;

- w okresie 10-18 listopada 2011 r. przyjęta została z uwagi na dysfunkcję protezy głosowej i zarośnięcie kanału tchawiczo – przełykowego, 16 listopada 2011 r. wykonano zabieg reimplantacji protezy głosowej;

- w okresie 19-23 stycznia 2012 r. przyjęta została z uwagi na dysfunkcję protezy głosowej. Zastosowano leczenie miejscowe i farmakologiczne, stan miejscowy powódki się poprawił;

- w okresie 24-26 kwietnia 2012 r. przyjęta została ponownie z uwagi na dysfunkcję protezy głosowej. Dokonano jej wymiany, stan powódki się poprawił;

- w okresie 13-14.9.20012 r. – przyjęta została z uwagi na dysfunkcję protezy głosowej. Dokonano jej wymiany, stan powódki się poprawił;

W dniu 13 marca 2013 r. powódka była hospitalizowana w Klinice (...) im. dr J. C. M. w B., powódkę przyjęto z powodu przecieku przez protezę, celem jej wymiany. W tym dniu dokonano wymiany protezy na inną, powódkę wypisano ze szpitala z zaleceniem oczyszczania protezy 2 razy dziennie, codziennej wymiany rurki tracheostomijnej i higieny okolicy tracheostomy.

Sąd Okręgowy ustalił również, że u powódki G. M. przeprowadzono prawidłową weryfikację histopatologiczną guza krtani, gdy w pierwszym badaniu histopatologicznym nie stwierdzono zmiany nowotworowej zaproponowano kolejne badanie co jest działaniem prawidłowym. Niestwierdzenie zmiany nowotworowej w pierwszym badaniu (z 30.08.2005 r.) nie miało cech błędu i było w pełni prawidłowe. Badaniu poddawany jest bowiem tylko wycinek krtani i ten badany mógł nie zawierać komórek rakowych. Podjęcie – w oparciu o badania histopatologiczne i kliniczne laryngologiczne – decyzji o zabiegu operacyjnym, który został wykonany 12 stycznia 2006 r. było prawidłowe, uzasadniał to stopień zaawansowania klinicznego guza. Połączenie z tym zabiegiem wytworzenia przetoki głosowej było korzystne dla powódki i prawidłowe. Zabieg został wykonany prawidłowo. Usunięcie całej krtani, przy braku jej funkcjonalności zwiększyło wydolność dróg oddechowych. Usunięcie węzłów chłonnych było prawidłowe – dokonane zostało zachowawczo albowiem węzły miały charakter odczynowy. U powódki wystąpiły pozabiegowe powikłania w postaci odczynów zapalnych z włóknieniem okolicy tracheostomy, co jest zaliczane do ryzyka związanego z chirurgicznym leczeniem raka krtani i nie jest wynikiem błędu lekarzy. Powikłania te doprowadziły do niedrożności przetoki głosowej i zwężenia otworu tracheostomijnego. Brak też nieprawidłowości w leczeniu przez pozwanego powikłań pooperacyjnych powódki.

Powódka skierowała pisma z: 20 lutego 2008 r., 6 marca 2008 r. i 28 maja 2008 r. do kierownika Katedry i Kliniki (...) pozwanego szpitala (...). W pismach tych kwestionowała prawidłowość dotychczasowego leczenia, pytała co będzie dalej z jej leczeniem operacyjnym, wskazywała że jej kalectwo uniemożliwia jej rozmowę na ten temat. Powódka zażądała aby C. T. na piśmie jej oświadczyła, że nie podejmie się dalszego leczenia albo znalazła jej inny ośrodek w Polsce, który się tego podejmie. Wskazała, że proponowano jej rozszerzenie u radiologa ale ona nie godzi się już na prowizorkę. Powódka oświadczyła, że w jej ocenie wymaga zabiegu operacyjnego powiększenia otworu i usunięcia przetoki, zaś w pozwanym szpitalu powiedziano jej, że nikt nie podejmie się usunięcia spod brody tkanki łącznej i poszerzenia otworu, tak aby powódka mogła skorzystać z protezy głosowej. Zażądała pisemnego oświadczenia, że w pozwanym szpitalu nie zostanie wykonany ponowny zabieg operacyjny. W odpowiedzi C. T. stwierdziła, że podczas odbytej rozmowy odpowiedziała na wszystkie pytania i wyjaśniła przyczynę odczuwanych dolegliwości. Jeżeli te informacje są niewystarczające jest do dyspozycji w dniu 29 lub 30 maja 2008 r.

G. M. zgłosiła do Narodowego Funduszu Zdrowia zastrzeżenia co do sposobu i jakości świadczeń zdrowotnych udzielonych przez pozwanego, prosiła o zgodę na dalsze leczenie za granicą. Fundusz odpowiedział jej, że z informacji uzyskanej od kierownika Kliniki (...) wynika, że powódka wymaga dalszego leczenia, które może być kontynuowane u pozwanego. Możliwa jest chirurgiczna likwidacja przetoki, a po wygojeniu – wszczepienie protezy głosowej. Tego typu działania prowadzone są w kilku ośrodkach w Polsce, a w najbliższej perspektywie czasu będą też wykonywane w (...) klinice. Dlatego brak podstaw do kierowania na leczenie za granicę. G. M. złożyła dwie skargi (w 2006 r. i 2008 r.) do Okręgowej Izby Lekarskiej w S., zarzucając lekarzom pozwanego nieprawidłowe leczenie. Postępowanie zostało dwukrotnie umorzone, z uwagi na brak przewinienia zawodowego lekarzy. W toku drugiego postępowania, w dniu 7 czerwca 2010 r. dr hab. n. med. S. B. – otolaryngolog ze (...) Centrum Onkologii w K. wydał opinię, w której stwierdził, że nie było błędu medycznego w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym u powódki leczonej z powodu raka krtani, jakie prowadzone było od 2005 r. do 2009 r. w pozwanym szpitalu.

Sąd ustalił, że G. M. ma 65 lat. Przed zabiegiem z 12 stycznia 2006 r. pobierała rentę z tytułu niezdolności do pracy (z uwagi na chorobę kręgosłupa), pracowała też na cały etat w zakładzie pracy chronionej w pralni, zarabiała wówczas najniższe wynagrodzenie krajowe. Po zabiegu przez pewien czas nie pracowała. Od stycznia 2009 r. ponownie podjęła pracę na pół etatu za wynagrodzeniem ok. 500 zł/m-c. Ponadto powódka otrzymuje emeryturę w kwocie 770 zł netto/m-c. Innych dochodów nie ma. Dochody w całości przeznacza na koszty swojego utrzymania – opłaty eksploatacyjne mieszkania, wyżywienie, leki, środki higieniczne, dojazdy do placówek medycznych poza S..

Na podstawie tak ustalonego stanu faktycznego Sąd uznał powództwo za niezasadne. Rozważając podniesiony zarzut przedawnienia wskazał, że stosownie do art. 117 § 2 k.c. po upływie terminu przedawnienia ten, przeciwko komu przysługuje roszczenie, może uchylić się od jego zaspokojenia, chyba że zrzeka się korzystania z zarzutu przedawnienia. Zgodnie z art. 118 k.c. jeżeli przepis szczególny nie stanowi inaczej termin przedawnienia wynosi lat dziesięć, a dla roszczeń o świadczenia okresowe oraz roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej – trzy lata. W zakresie odpowiedzialności za szkodę powstałą na skutek czynów niedozwolonych regulacja ta odsyła do art. 442¹ k.c. Przepis ten obowiązuje od 10 sierpnia 2007 r., wcześniej – przed zmianą dokonana ustawą z 16 lutego 2007 r. – przedawnienie roszczeń wynikających z czynów niedozwolonych regulował art. 442 k.c. Art. 442¹ k.c. ma zastosowanie do roszczeń powstałych przed jego wejściem w życie, a w tym dniu nieprzedawnionych (art. 2 ustawy nowelizującej), jak i roszczeń powstałych po dniu jego wejście w życie. Art. 442 § 1 k.c. stanowił, że roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże w każdym wypadku roszczenie przedawnia się z upływem lat dziesięciu od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wyrządzające szkodę. Swoją krzywdę powódka upatruje w zachowaniach pozwanego, które są ze sobą ściśle związane – zakwalifikowanie do leczenia operacyjnego, samo leczenie operacyjne z 12 stycznia 2006 r. i leczenie pooperacyjne. Z akt postępowania przed rzecznikiem dyscyplinarnym Okręgowej Komisji Lekarskiej w S. wynika, że powódka złożyła w grudniu 2006 r. skargę do tej komisji na nieprawidłowości leczenia w pozwanym szpitalu, skarga dotyczyła zakwalifikowania do zabiegu, wykonania zabiegu i leczenia pooperacyjnego. Leczenie powódki trwa do chwili obecnej, albowiem już w toku niniejszego postępowania powódka poddawana była kilkakrotnie zabiegom związanym z wyminą protezy krtani. Z akt postępowania przed rzecznikiem dyscyplinarnym Okręgowej Komisji Lekarskiej w S. wynika, że co najmniej w dacie złożenia pierwszej skargi w grudniu 2006 r. powódka miała wiedzę o szkodzie, która miałaby wynikać z błędnej diagnostyki, kwalifikacji do zabiegu, samego zabiegu z 12 stycznia 2006 r. i leczenia pooperacyjnego przed 6 grudnia 2006 r. oraz o sprawcy szkody. W piśmie procesowym z dnia 14 października 2009 r. powódka wskazywała jednak że wiedzę tę miała już w październiku 2006 r. (bez podania dokładnego dnia przy czym odwołała się do konsultacji w poradni w P., która miała miejsce 3 października 2006 r.), co Sąd uznał za wiarygodne. Z dokumentów zgromadzonych w sprawie nie wynika jakoby zwężenie otworu tracheostomijnego i istotne powikłania nastąpiły przed październikiem 2006 r., ponadto powódka zeznała, że zapewniano ją, iż występujące po zabiegu dolegliwości z czasem ustąpią. Dlatego powódka przez kilka miesięcy od zabiegu mogła nie mieć świadomości zaistnienia będącej przedmiotem tego procesu szkody. Bieg przedawnienia należało zatem liczyć od 3 października 2006 r., co oznacza, że trzyletni termin przedawnienia upływał z końcem 3 października 2009 r. Wniosek o dopozwanie (...) Publicznego Szpitala (...) w S. powódka złożyła w dniu 18 maja 2009 r., a zatem w tym dniu nastąpiło przerwanie biegu terminu przedawnienia roszczenia skierowanego przeciwko pozwanemu Szpitalowi. W tym stanie rzeczy podniesiony przez pozwanego zarzut przedawnienia uznał za chybiony.

W dalszej części uzasadnienia Sąd wskazał, że podstawę roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia i rentę stanowiły przepisy art. 444 k.c. i 445 k.c. Przepisy te regulują zasady naprawienia szkody wynikłej z uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia. Przepisem natomiast ogólnym regulującym odpowiedzialność deliktową jest przede wszystkim art. 415 k.c., który stanowi - kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. W przypadku osób prawnych, do których należy pozwany Szpital zastosowanie znajdują także przepisy art. 416 k.c., art. 429 i art. 430 k.c. regulujące odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez organ osoby prawnej (art. 416 k.c.), pracowników i podwładnych (art. 430 k.c.) oraz inne osoby, którym osoba prawna powierzyła wykonanie czynności, z którą wiąże się szkoda (art. 429 k.c.). Dla ustalenia ewentualnej odpowiedzialności pozwanego szpitala za szkody wyrządzone w związku z wykonywanym w szpitalu zabiegiem operacyjnym zbadania wymagała treść stosunku prawnego istniejącego pomiędzy pozwanym Szpitalem a wykonującymi zabieg z 12 stycznia 2006 r. – operatorem M. W. i asystentem operatora K. A., zakres powierzonych im czynności i nałożonych obowiązków. Ustalenia te decydowały o zakresie i podstawie prawnej odpowiedzialności pozwanego Szpitala. Art. 429 k.c. stanowi: kto powierza wykonanie czynności drugiemu, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną przez sprawcę przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, chyba że nie ponosi winy w wyborze albo że wykonanie czynności powierzył osobie, przedsiębiorstwu lub zakładowi, które w zakresie swej działalności zawodowej trudnią się wykonywaniem

takich czynności. Zgodnie natomiast z art. 430 k.c. – 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. Elementem odróżniającym odpowiedzialność na podstawie obu cytowanych przepisów jest stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania wyrażający się w tym czy sprawca szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności jest samodzielny czy nie. Istnienie stosunku podporządkowania wyznacza granicę w stosowaniu art. 429 k.c. albo 430 k.c. Jeżeli między powierzającym wykonanie czynności, a sprawcą występuje stosunek podporządkowania to zastosowanie znajdzie art. 430 k.c. i odpowiedzialność powierzającego na zasadzie ryzyka, jeżeli nie – zastosowanie znajdzie art. 429 k.c. i odpowiedzialność powierzającego na zasadzie winy w wyborze. Stosunek podporządkowania winien być – zdaniem Sądu – rozumiany szeroko. Z przedłożonego przez pozwanego świadectwa pracy M. W. oraz z zeznań świadka K. A. wynika, że w spornym okresie zatrudnione były one w pozwanym szpitalu na podstawie umowy o pracę. W stosunek pracy oparty o tę umowę wpisane jest podporządkowanie pracownika pracodawcy (art. 22 § 1 i 11 kodeksu pracy). Konsekwencją przyjęcia, że pomiędzy lekarzami i pozwanym istniał stosunek podporządkowania jest odpowiedzialność pozwanego Szpitala za czyny lekarzy na zasadzie ryzyka, a jedyną okoliczność egzoneracyjną stanowić może brak winy lekarzy. Dla przypisania danemu podmiotowi odpowiedzialności deliktowej na podstawie cytowanego wyżej art. 415 k.c. konieczne jest łączne spełnienie następujących przesłanek: powstania szkody rozumianej jako uszczerbek w dobrach prawnie chronionych o charakterze majątkowym, a w przypadkach określonych w ustawie – także o charakterze niemajątkowym, wyrządzenia szkody czynem niedozwolonym, polegającym na bezprawnym i zawinionym zachowaniu sprawcy szkody, związku przyczynowego pomiędzy czynem niedozwolonym a powstaniem szkody. Ciężar dowodu zaistnienia wymienionych wyżej przesłanek spoczywa zgodnie z dyspozycją art. 6 k.c. na poszkodowanej, albowiem ona wywodzi z tych okoliczności skutki prawne.

Sąd I instancji wskazał, że w rozpoznawanej sprawie było bezsporne, że u powódki w sierpniu 2005 r. stwierdzono guza krtani, w związku z tym 30 sierpnia 2005 r. pobrano od niej w pozwanym szpitalu wycinek do badań histopatologicznych, a w pobranym wycinku nie stwierdzono nowotworu. Kolejne badanie histopatologiczne powódki odbyło się – z inicjatywy lekarzy pozwanego szpitala – 6 grudnia 2005 r., w wycinku stwierdzono komórki nowotworowe. W związku z tym powódka poddana została 12 stycznia 2006 r. zabiegowi usunięcia krtani i węzłów chłonnych szyi z wytworzeniem przetoki głosowej. Poza sporem było, że po zabiegu z 12 stycznia 2006 r. u powódki wystąpiło zwężenie otworu tracheostomijnego i jego zarastanie, co spowodowało, że przetoka głosowa była niedrożna, a powódka miała problemy z oddychaniem, gromadzącym się śluzem, początkowo nie można było zamontować protezy głosowej, po jej kolejnych zmianach proteza to wypadła. Tego rodzaju powikłania mieszczą się w pojęciu rozstroju zdrowia w rozumieniu art. 444 k.c., którego wywołanie uzasadnia dochodzenie roszczeń o naprawienie zarówno szkody niemajątkowej, jak i szkody majątkowej. Powstanie tego rodzaju powikłań potwierdzały dowody z zeznań powódki, dokumentacja medyczna z pozwanego szpitala, szpitala w W. i K. oraz opinia instytutu Zakładu Medycyny Sądowej C. M. im. L. R. w B. (...) M. K. w T..

Art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (t.j. Dz. U. z 2011, Nr 277, poz. 1634) stanowi, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Sąd, czyniąc ustalenia co do tego czy przeprowadzone u powódki leczenie zostało wykonane w sposób prawidłowy i zgodny z zasadami sztuki lekarskiej oparł się przede wszystkim na dowodzie z opinii instytutu Zakładu Medycyny Sądowej C. M. im. L. R. w B. (...) M. K. w T.. Opinię tę Sąd uznał za w pełni przekonującą. Została sporządzona przez kompetentny podmiot dysponujący odpowiednią wiedzą specjalistyczną i doświadczeniem zawodowym w zakresie medycyny w tym w dziedzinie otolaryngologii. Instytut naukowy sporządzając opinię oparł się na całokształcie zebranego w sprawie materiału dowodowego. Opinia była jasna i jednoznaczna, a wnioski w niej zawarte zostały logicznie uzasadnione, stanowiąc konsekwentne zwięźczenie przedstawionego w opinii procesu rozumowania. Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, Sąd uznał opinię tego instytutu za przekonującą, tym bardziej, że biegli z instytutu w pisemnej i ustnej opinii uzupełniającej odnieśli się do zarzutów zgłoszonych przez powódkę. Strona pozwana i interwenient uboczny zarzutów do opinii nie zgłaszali. Z treści opinii wynika, że u powódki przeprowadzono prawidłową weryfikację histopatologiczną guza krtani. Wobec niestwierdzenia w pierwszym badaniu

histopatologicznym zmiany nowotworowej zaproponowano kolejne badanie i weryfikację rozpoznania, gdyż obraz kliniczny nie korelował z wynikiem badania histopatologicznego. Biegli podkreślili, że brak stwierdzenia zmiany nowotworowej w z 30.08.2005 r. nie miało cech błędu, ponieważ badaniu histopatologicznemu przedoperacyjnemu poddawane są tylko drobne wycinki krtani, które mogły nie być objęte procesem chorobowym w tym okresie. Dopiero badanie histopatologiczne z grudnia 2005 r. dawało podstawę do takiego rozpoznania i zaproponowania odpowiedniego sposobu leczenia. W ocenie biegłych podjęcie decyzji o zabiegu operacyjnym, który został wykonany 12 stycznia 2006 r. było prawidłowe. Jego przeprowadzenie uzasadniał stopień zaawansowania klinicznego guza, a połączenie z tym zabiegiem wytworzenia przetoki głosowej było korzystne dla powódki i prawidłowe. Zabieg został wykonany prawidłowo. Usunięcie całej krtani, przy braku jej funkcjonalności zwiększyło wydolność dróg oddechowych. Odnosząc się do zarzutów związanych z wycięciem węzłów chłonnych szyi biegli wyjaśnili, że miały one charakter odczynowy, co oznacza, że były wyraźnie powiększone. W takiej sytuacji wykonanie przez operatora, który widzi całe pole operacyjne, w tym wyraźne zmiany nowotworowe nieopodal tych węzłów (guz) i nie ma podczas operacji możliwości jednoznacznego wskazania etiologii tego powiększenia (występowania w węzłach komórek nowotworowych) zachowawczego usunięcia węzłów zachowaniem jak najbardziej poprawnym i to niezależnie od późniejszego wyniku histopatologicznego wyciętych węzłów. Biegli wydający opinię nie dopatrzili się również nieprawidłowości w leczeniu przez pozwanego powikłań pooperacyjnych powódki wskazując, że nie znajdują one uzasadnienia w świetle zgromadzonej dokumentacji i wiedzy medycznej. Sąd wskazał, że z dokumentacji medycznej leczenia w pozwanym szpitalu wynika, że powódka miała możliwość leczenia w Przychodni Przychodni (...), z czego skorzystała w sumie 10 razy, ponadto była dwukrotnie pooperacyjnie hospitalizowana u pozwanego w styczniu 2008 r. Nie wykazała zatem jakoby nawet okresowo nie miała dostępu do tych świadczeń medycznych. Z treści listu kierowanego do powódki przez kierownika Katedry i Kliniki (...) wynikało natomiast, że zgłaszała ona gotowość udzielenia powódce dodatkowych informacji związanych z odczuwanymi dolegliwościami.

Opierając się na opinii instytutu Sąd stwierdził, że zabieg przeprowadzony u powódki w pozwanym szpitalu zabieg i leczenie pooperacyjne były prawidłowe zaś powstałe powikłania mieściły się w granicach ryzyka związanego za przeprowadzonym zabiegiem. Tym samym nie można przypisać pozwanemu dopuszczenia się czynu niedozwolonego polegającego na przeprowadzeniu leczenia w sposób niezgodny ze sztuką lekarską.

Sąd wziął pod uwagę, że strona powodowa podniosła też zarzut, iż zachowanie pozwanego była bezprawne, albowiem powódka nie była w należyty sposób poinformowana o zakresie leczenia i możliwych powikłaniach, a w konsekwencji nie wyraziła w sposób należyty zgody na przeprowadzone leczenie operacyjne. Powódka nie kwestionowała, że podpisała zgodę na zabieg z 6 stycznia 2006 r. Zeznając przed Sądem nie przeczyła nadto, że dr W. uprzedzała przed operacją, że jak nie będzie innej możliwości to wytną wszystko. Tak w pismach, jak i w toku przesłuchania wskazywała jednak, że nie została poinformowana o metodach leczenia i możliwych komplikacjach tego zabiegu, zapewniano ją, że wszystko skończy się dobrze, a po zabiegu będzie mogła mówić. Zgodnie z obowiązującym w dacie wykonywania kwestionowanego zabiegu art. 19 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1991 r. nr 91 poz 408 ze zm.) – pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji. W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta, o których mowa w art. 18 ust. 2 i ust. 3 pkt 1 oraz w art. 19 ust. 1 pkt 1-4 i ust. 3, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego (art. 19 a ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej). Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody jednakże przed zastosowaniem leczenia lekarz musi udzielić pacjentowi 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 (art. 34 ust. 1 i 2 w zw. z art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty). Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, zgoda osób wymienionych w ust. 1, 2 i 4 może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym

przez lekarza czynnościami medycznymi. Do czynności, o których mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepis art. 34 ust. 7. (art. 32 ust. 1, 7 i 9 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry).

Powołując się na orzecznictwo Sąd wskazał, że trafnie przyjmuje się, iż zaniechanie przez lekarza obowiązku poinformowania pacjenta o wszystkich konsekwencjach wynikających z zastosowania określonych metod leczenia, w tym o stopniu i możliwym zakresie powikłań narusza dyspozycję art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry, jak również pozbawia pacjenta możliwości wyboru i współdecydowania o sposobie leczenia, przez co standardowe wyrażenie zgody na wykonanie zabiegu nie ma charakteru zgody uświadomionej. Zgoda pacjenta w rozumieniu art. 34 ust. 1 ustawy z 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry musi być 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. Samo uzyskanie formalnej zgody pacjenta bez poinformowania go o dostępnych metodach, ryzyku i następstwach 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.

Ciężar wykazania, że pacjent wyraził zgodę na zabieg, będąc przy tym świadom wszystkich ww. istotnych okoliczności z nim związanych spoczywa na lekarzu wykonującym zabieg, w rozpoznawanej sprawie na ponoszącym odpowiedzialność za zachowania lekarza pozwanym szpitalu. Pozwany ciężar dowodu w tym zakresie podźwignął. Fakt wyrażenia przez powódkę świadomej zgody potwierdzają dowody w postaci pisemnego oświadczenia podpisanego przed zabiegiem, zeznania świadka M. W., a częściowo także zeznania samej powódki. Z dowodów tych wynika, że powódka wyraziła zgodę na zabieg usunięcia krtani i węzłów chłonnych. Powódka w toku przesłuchania zakwestionowała wyraźnie jakoby została poinformowana o możliwych powikłaniach, nie było to jednak wiarygodne. Przeczy temu treść podpisanego przez powódkę pisemnego oświadczenia i zeznań świadka M. W.. Z treści pisemnej zgody wynika jednoznacznie, że powódka została poinformowana przez M. W. pracownika Katedry i Kliniki (...) o istocie choroby i możliwościach jej leczenia oraz że wyraziła zgodę na przeprowadzenie operacji całkowitego usunięcia krtani i węzłów chłonnych szyi, której założenia, cele i stopień ryzyka, możliwości powikłań z niej wynikających zostały jej przedstawione w sposób zrozumiały. Zostały jej także przedstawione możliwości i niemożliwości innych niż leczenie operacyjne metod zwalczania tej choroby. Wyjaśniono powódce także, że w czasie przeprowadzenia planowanej operacji mogą zaistnieć trudne do przewidzenia sytuacje, które zmuszają chirurga do zmiany planu operacyjnego w sensie poszerzenia lub ograniczenia zakresu operacji w zakresie wymaganym przez rzeczywisty stan jej zdrowia wynikający z zaawansowania procesu chorobowego stwierdzonego w polu operacyjnym. W oświadczeniu powódka wskazała, że w czasie rozmowy z ww. lekarzem uzyskała odpowiedź na wszelkie zadane przez siebie pytania, które dotyczyły jej stanu zdrowia, możliwych do zastosowania w jej przypadku metod leczenia, także zachowawczego oraz postępowania w okresie pooperacyjnym. Podała, że wszystkie przekazane jej informacje na powyższy temat były dla niej zrozumiałe i nie budzą wątpliwości. Również z zeznań samej powódki wynika, że zadawała lekarzom pytania dotyczące zabiegu, a ci odpowiadali. Konsekwencją uznania, że powódka wyraziła świadomą zgodę na wykonanie zabiegu przeprowadzonego w dniu 12 stycznia 2006 r. było uchylenie bezprawności działania lekarza wykonującego zabieg w odniesieniu do powstałych powikłań pooperacyjnych. W tym stanie rzeczy brak było podstaw do przypisania pozwanemu odpowiedzialności za negatywne następstwa tego zabiegu skutkujące rozstrojem zdrowia powódki czy też za naruszenie dóbr osobistych. Tym samym w rozpoznawanej sprawie nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego ani też odpowiedzialności za naruszenie dóbr osobistych powódki, co uzasadnia oddalenie powództwa w niniejszej sprawie.

W dalszej części uzasadnienia Sąd wskazał, że stan faktyczny ustalił na podstawie dowodów z dokumentacji medycznej, którą uznał za wiarygodną. Sąd oparł się nadto na zeznaniach wszystkich przesłuchanych w sprawie świadków, uznając je za wiarygodne. Treść tych zeznań była spójna i korespondowała z dowodami dokumentalnymi. Sąd uwzględnił także treść zeznań powódki, nie dając im wiary jedynie w tej części jaka dotyczyła zakresu informacji przekazanych powódce przed zabiegiem, albowiem w odniesieniu do tej kwestii zeznania powódki

były rozbieżne z treścią podpisaną przez nią zgody na zabieg oraz zeznaniami świadka M. W.. Podstawę ustaleń stanowiła nadto omówiona wcześniej opinia instytutu.

Jako podstawę rozstrzygnięcia w zakresie kosztów procesu Sąd wskazał art. 102 k.p.c. Zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu wyrażoną w art. 98 § 1 k.p.c. strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić stronie przeciwnej na jej żądanie poniesione przez nią koszty procesu niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Stosownie zaś do art. 107 k.p.c. in fine - sąd może także przyznać interwientowi koszty interwencji od przeciwnika obowiązane do zwrotu kosztów. Strona powodowa przegrała sprawę w całości i dlatego powinna zwrócić pozwanemu i interwientowi wszystkie poniesionych przez nich kosztów procesu. Stosownie jednak do dyspozycji art. 102 k.p.c. - w szczególnie uzasadnionych wypadkach sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Sąd uznał, że zachodzą w niniejszej sprawie szczególne okoliczności wynikające zarówno z charakteru sprawy, jak i sytuacji majątkowej strony powodowej, które uzasadniają odstąpienie od obciążenia powódki kosztami procesu. Powódka ma 65 lat. Osiąga niskie dochody, jej stan zdrowia jest ciężki, ponosi koszty leczenia. W ocenie Sądu obciążenie powódki dodatkowo kosztami procesu na rzecz pozwanych byłoby nadmiernym ciężarem finansowym, a spłata należności z tego tytułu musiałaby się odbyć kosztem uszczerbku w środkach niezbędnych dla utrzymania bądź leczenia. Z tego względu Sąd odstąpił od obciążania powódki kosztami procesu na rzecz pozwanego i interwienta ubocznego, o czym orzekł w pkt II wyroku. Jako podstawę orzeczenia o kosztach pomocy prawnej udzielonej z urzędu Sąd wskazał § 19 pkt 1 w zw. z § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2003 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu; t.j., Dz. U. z 2013, poz. 461).

Apelację od powyższego wyroku wniosła powódka zaskarżając go w części, tj. w zakresie punktu I. Orzeczeniu zarzuciła naruszenie normy prawa procesowego, tj. przepisu art. 233 § 1 k.p.c., poprzez wadliwą ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, przejawiającą się w przyjęciu, że G. M. wyraziła świadomą zgodę na wykonanie zabiegu operacyjnego laryngektomii subtotalnej (usunięcia krtani oraz węzłów chłonnych), w sytuacji gdy zebrany w sprawie materiał dowodowy wskazuje na zaburzenie procesu decyzyjnego powódki poprzedzającego wyrażenie zgody na zabieg, a w konsekwencji zgoda G. M. na przeprowadzenie ww. zabiegu nie nosiła cech zgody świadomej.

Na podstawie tego zarzutu powódka wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku, poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kwoty 350.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz kwoty 750 zł tytułem renty. Nadto, w zależności od rozstrzygnięcia Sądu I instancji w przedmiocie żądania zmierzającego do zmiany zaskarżonego wyroku, wniosła zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego za postępowanie przed Sądem II instancji, ewentualnie o zasądzenie od Skarbu Państwa na rzecz adwokata T. M. kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu w związku z postępowaniem przed Sądem II instancji.

W uzasadnieniu swojego stanowiska skarżąca przywołała treść art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którą 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. Ponadto lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta (art. 32 ust. 1 ustawy). Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody (art. 34 ust. 1 ustawy).

Powódka w dalszej części uzasadnienia wskazała, że zgoda pacjenta, jak się powszechnie wskazuje, stanowi okoliczność wyłączającą bezprawność naruszenia dobra osobistego, sporny jest natomiast jej charakter prawny. Przyjmuje, że jest to przejaw woli podobny do oświadczenia woli. Zgoda pacjenta w rozumieniu art. 32 ust. 1, 34 ust. 1 ustawy musi być 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. Lekarz odpowiada nie tylko za winę w samym procesie leczenia, lecz także za każdą winę

nie dotyczącą 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. 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.

Zdaniem powódki tak zarysowana linia orzecznicza nie powala zaakceptować konkluzji Sądu Okręgowego, jakoby strona pozwana zrealizowała względem powódki „obowiązek informacyjny" w adekwatnym - a więc realizującym wymogi ustawowe - stopniu. Potwierdzenie stanowiska skarżącego znajduje się w zachowaniu M. W., którego ocena dokonana przez Sąd budzi poważne wątpliwości. Skarżąca wskazała, że wspomniany pracownik Katedry i Kliniki (...) informując powódkę o istocie jej choroby przekazał informację jakoby wykryty guz wykazywał największy stopień zaawansowania. Tymczasem wyciek guza pobrany w grudniu 2005 r. jakkolwiek wskazywał, iż jest to naciek nowotworowy, jednak nie pozwalał na wysnucie rozpoznania co do stopnia zaawansowania zmiany nowotworowej. W tych okolicznościach, informacja przekazana powódce przez M. W. nie może zostać uznana za rzetelną, a więc wpisująca się w ramy prawidłowego „obowiązku informacyjnego". Co więcej informacja przekazana powódce stanowiła o wprowadzeniu ją w błąd, a tym samym stan wiedzy G. M. podejmującej decyzję w przedmiocie poddania się zabiegowi, uległ istotnemu zaburzeniu. Wadliwość realizacji owego obowiązku, legła zaś u źródła podjęcia przez powódkę decyzji o poddaniu się zabiegowi, w którego następstwie doszło do rozstroju jej zdrowia i - tym samym - zaburzenia możliwości normalnego funkcjonowania.

Pozwany oraz interwenient uboczny w pismach procesowych stanowiących odpowiedzi na apelację wnieśli o jej oddalenie oraz o zasądzenie na rzecz każdego z nich kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powódki okazała się niezasadna. Wstępnie zaznaczenia wymaga, że Sąd I instancji w sposób prawidłowy zgromadził w sprawie materiał dowodowy i w dalszej kolejności dokonał właściwej jego oceny. W konsekwencji ustalił stan faktyczny odpowiadający treści tych dowodów. Stąd też Sąd Apelacyjny przyjął go za własny. W sytuacji bowiem, gdy sąd odwoławczy orzeka na podstawie materiału zgromadzonego w postępowaniu w pierwszej instancji nie musi powtarzać dokonanych ustaleń, gdyż wystarczy stwierdzenie, że przyjmuje je za własne (por. np. orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 1935 r., C III 680/34. Zb. Urz. 1936, poz. 379, z dnia 14 lutego 1938 r., C II 21172/37 Przegląd Sądowy 1938, poz. 380 i z dnia 10 listopada 1998 r., III CKN 792/98, OSNC 1999, nr 4, poz. 83). Nie sposób podzielić zawartych w apelacji zarzutów dotyczących naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. wskutek wadliwej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego i przyjęcie, że powódka wyraziła świadomą zgodę na wykonanie zabiegu operacyjnego.

W pierwszej kolejności wskazać należy, że powyższy zarzut został sformułowany w sposób wadliwy. Analiza bowiem apelacji prowadzi do jednoznacznego wniosku, że utożsamiany był z wadliwymi ustaleniami faktycznymi, co jest zabiegiem niedopuszczalnym. Błędne ustalenia faktyczne mogą jedynie być konsekwencją wadliwej oceny materiału dowodowego (wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 19 grudnia 2008 r., sygn. akt I ACa 21/08). Niezależnie od tego podniesienie powyższego zarzutu nie może polegać wyłącznie na przedstawieniu alternatywnego stanu faktycznego, który w ocenie skarżącej ma wynikać z treści przedstawionych dowodów. Jak wielokrotnie wyjaśniano w orzecznictwie Sądu Najwyższego, zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. może być uznany za zasadny jedynie w wypadku wykazania, że ocena materiału dowodowego jest rażąco wadliwa czy w sposób oczywisty błędna, dokonana z przekroczeniem granic swobodnego przekonania sędziowskiego, wyznaczonych w tym przepisie. Sąd drugiej instancji ocenia bowiem legalność oceny dokonanej przez Sąd Okręgowy, czyli bada czy zostały zachowane kryteria określone w art. 233 § 1 k.p.c. Należy zatem mieć na uwadze, że - co do zasady - Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów

według własnego przekonania na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału, dokonując wyboru określonych środków dowodowych. Jeżeli z danego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena Sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona tylko wtedy gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub, gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo - skutkowych (por. przykładowo postanowienie z dnia 11 stycznia 2001 r., I CKN 1072/99, Prok. i Pr. 2001 r., Nr 5, poz. 33, postanowienie z dnia 17 maja 2000 r., I CKN 1114/99, nie publ., wyrok z dnia 14 stycznia 2000 r., I CKN 1169/99, OSNC 2000 r., nr 7-8, poz. 139). Takich zarzutów przeprowadzonej przez Sąd I instancji ocenie dowodów postawić nie można. Zaznaczenia wymaga, że skarżąca nie wskazała w ogóle w apelacji, do których dowodów podniesiony przez nią zarzut się odnosi. Brak bowiem odwołania się przez powódkę do któregokolwiek z dowodów przedstawionych przez strony w toku postępowania. Już więc tylko z tego powodu stanowisko skarżącej nie daje się w żaden sposób zweryfikować. Ponadto powódka w apelacji nie wskazała na czym polegały uchybienia Sądu związane z dokonywaną oceną dowodów, w czym upatruje wadliwości działania Sądu I instancji, które z przedstawionych wyżej zasad oceny dowodów zostały naruszone i w jaki sposób. Jak już wyżej wskazano powódka ograniczyła się wyłącznie do przedstawienia postulowanego przez nią stanu faktycznego odnoszącego się do jednej tylko okoliczności, a mianowicie poinformowania jej przez lekarza M. W. o tym, że wykryty guz wykazywał największy stopień zaawansowania, co miało według powódki skutkować niedopełnieniem obowiązku informacyjnego i odpowiedzialnością pozwanego szpitala. Także więc z tego powodu nie jest możliwe jakiegokolwiek odniesienie się do podniesionego zarzutu wadliwej oceny dowodów. Niezależnie od tego ponowna analiza materiału zgromadzonego w toku postępowania oraz uzasadnienia zaskarżonego wyroku prowadzi do wniosku, że nie sposób postawić Sądowi zarzutu dowolnej oceny dowodów. Każdy bowiem z nich, niezależnie od charakteru, oceniony został zgodnie z jego treścią, a następnie skonfrontowany z pozostałymi. Przyznanie im wiarygodności pozostawało w zgodzie zarówno z zasadami logicznego myślenia, jak i zasadami doświadczenia życiowego oraz co istotne, w sposób właściwy umotywowane.

Zawarta w apelacji argumentacja, pomimo wadliwego przywołania jako jej podstawy art. 233 § 1 k.p.c., może zostać jednak rozpoznana w ramach zarzutu wadliwych ustaleń faktycznych oraz wadliwego procesu subsumcji. Jak wyżej wskazano stanowisko skarżącej sprowadzało się do uznania, że nie został dopełniony wobec niej obowiązek informacyjny, co powodowało, że udzielona przez nią zgoda na operację nie miała cech zgody świadomej.

Jak prawidłowo wskazał Sąd I instancji, przesłanki odpowiedzialności placówki medycznej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., które musi wykazać powód to wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności, przy czym do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej wystarczy choćby najmniejszy stopień winy (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 3 czerwca 2014 r., sygn. akt I ACa 1494/13, LEX nr 1493819, wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 17 października 2013 r., sygn. akt I ACa 594/13, LEX nr 1391906). Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. Zaznaczenia wymaga, że sama placówka medyczna ponosi odpowiedzialność w przypadku winy podwładnego, rozumianej zgodnie z treścią art. 415 k.c. i nie jest wymagane wykazanie przez poszkodowanego winy po stronie placówki medycznej, gdyż odpowiada ona za zasadzie ryzyka w sposób bezwzględny, wyłączający możliwość ekskulpacji. Przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na podstawie powyższego przepisu wymaga więc uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., sygn. akt IV CSK 308/10, OSNC z 2011 r. Nr 10, poz. 116). Podwładnym w rozumieniu art. 430 k.c. jest członek personelu medycznego jednostki, w tym także lekarz, który mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie organizacji pracy. Wina podwładnego jest natomiast przesłanką odpowiedzialności pozwanego na podstawie art. 430 k.c. przy czym ustawa nie uzależnia tej odpowiedzialności od konkretnego stopnia winy lub jej przypisania

poszczególnym członkom personelu pozwanego (wina bezimienna). Wystarczy wykazanie, choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że zakład opieki zdrowotnej (obecnie podmiot leczniczy) ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 marca 2013 r., sygn. akt I A Ca 852/12, LEX nr 1313338). Placówka lecznicza ponosi więc odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez jej personel, którego zachowanie musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione, gdyż obowiązkiem całego personelu strony pozwanej jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., sygn. akt V CSK 287/09, niepubl., wyrok Sądu najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12 niepubl.).

W rozważanej sprawie powódka doszukiwała się odpowiedzialności strony pozwanej w związku z naruszeniem obowiązków informacyjnych poprzedzających zabieg, jak również z niewłaściwym postawieniem diagnozy, wadliwym przeprowadzeniem zabiegu operacyjnego oraz niewłaściwym leczeniem pooperacyjnym skutkującym powikłaniami. Sąd Apelacyjny podziela dokonaną przez Sąd Okręgowy i opartą w szczególności na dowodach z opinii biegłych ocenę co do braku zaistnienia przesłanek odpowiedzialności pozwanego w związku z wadliwością diagnozy, zabiegu operacyjnego oraz późniejszego leczenia. Nie ma więc sensu w tym miejscu powielać tożsamej argumentacji, tym bardziej, że powyższe ustalenia nie były kwestionowane w złożonej przez powódkę apelacji.

Odnosząc się więc podniesionych w niej zarzutów wskazać należy, że Sąd I instancji prawidłowo ustalił w oparciu o zaoferowane dowody, że w toku procesu zostało wykazane, iż obowiązek informacyjny pozwanego poprzedzający przeprowadzenie operacji zrealizowany został w sposób prawidłowy, co wykluczało przyjęcie, że wskutek zaniedbań w tym względzie udzielona zgoda przez powódkę nie była zgoda świadomą. Tym samym pozwany nie naruszył obowiązujących w tym zakresie regulacji.

Zgodnie z treścią art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t. jedn. Dz. U. z 2011 r. Nr 277 poz. 1634), 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. Z kolei art. 32 ust. 1 tej ustawy stanowi, że lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Z art. 34 ust 1 ustawy wynika natomiast, że lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Natomiast w ust. 2 tego artykułu ustawodawca nakazał, że przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31. W orzecznictwie powszechnie przyjmuje się, że zaniechanie przez lekarza obowiązku poinformowania pacjenta o wszystkich konsekwencjach wynikających z zastosowanej metody leczenia (lub diagnostyki) w tym o stopniu i możliwym zakresie powikłań narusza dyspozycje wyżej wskazanych przepisów (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2008 r., sygn. akt I CSK 259/08, LEX nr 577166, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., sygn. akt II CK 303/04, OSP 2005/11/131, wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 lutego 2010 r., sygn. akt I ACa 51/10, POSAG 2010/3/22-34). Sąd Apelacyjny w tym składzie podziela panujące w judykaturze poglądy, zgodnie z którymi brak tak wyrażonej, 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 aprobatą pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda w rozumieniu wyżej wskazanych przepisów ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2012 r. w sprawie III CSK227/11, LEX nr 1211885; wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18 marca 2005 r. w sprawie I ACa 78/04, PiM 2007/2/138). Podkreśla się, że zasada autonomii woli pacjenta jest jedną z podstawowych zasad prawa medycznego i wyrazem

odejścia od paternalistycznego modelu relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem, a także stanowi wyraz poszanowania podmiotowości pacjenta w procesie leczenia. Podstawowym przejawem prawa pacjenta do samostanowienia jest możliwość swobodnego wyrażania lub odmowy zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Prawo do informacji - obok prawa do wyrażenia zgody - jest jednym z najistotniejszych elementów relacji między osobą wykonującą zawód medyczny, a pacjentem. W doktrynie podkreśla się także, że zakres informacji, co do której pacjent ma prawo obejmuje proponowaną procedurę medyczną, dane na temat ryzyka związanego z procedurą, informacje na temat możliwych skutków zabiegu, wiadomości o możliwości odmowy poddania się zabiegowi, a także o implikacjach z tego płynących (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 11 marca 2008 r., sygn. akt I ACa 846/07, PS 2009/11-12/220-225). Co oczywiste ryzyko, jakie przyjmuje na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg, nie obejmuje komplikacji powstałych wskutek pomyłki lub niezręczności lekarza (wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 9 kwietnia 2013 r., sygn. akt V ACa 147/13, LEX nr 1344035). Tak szerokie ujęcie zakresu informacji wynika z faktu, że zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne musi być efektem świadomego wyboru, więc decyzja o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego powinna zostać podjęta po uprzednim uzyskaniu kompleksowej informacji, związanej z proponowanym leczeniem.

W doktrynie podkreśla się także, że jeśli istnieją alternatywne metody diagnostyczne lub lecznicze wybór jednej z nich należy do pacjenta. Wybór ten lekarz musi uszanować, nawet jeżeli jego zdaniem nie jest on trafny. Aby pacjent mógł dokonać świadomego wyboru musi zostać o alternatywnej metodzie leczenia czy też diagnostyki poinformowany. Obowiązek taki wyprowadzany jest z art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w którym mowa jest o informacji o proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych. Ustawodawca nie zamieściłby takiego sformułowania, gdyby jego intencją było powierzenie wyboru wyłącznie lekarzowi. Oczywiście jest jednak, że pacjent z reguły jest laikiem i nie ma pojęcia o zawiłościach diagnozowania i terapii, stąd też przyjąć należy, że lekarz powinien uczynić wszystko, by przekonać pacjenta do optymalnej jego zdaniem metody leczniczej. Jest to istota staranności zawodowej lekarza (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 września 2013 r., sygn. akt I ACa 355/13, LEX nr 1383480).

Analiza zgromadzonego w niniejszej sprawie materiału dowodowego prowadzi do wniosku, że tak rozumiana zgoda została przez powódkę udzielona, a pozwany szpital w sposób niewadliwy zrealizował procedurę związaną zarówno z uzyskaniem tej zgody, jak i z ciążącym na nim obowiązkiem informacyjnym. Wskazuje na to już tylko treść podpisanego przez powódkę oświadczenia z dnia 6 stycznia 2006 r. (karta 130 akt). Wskazuje ona wprost na to, że powódka została poinformowana o istocie choroby i możliwościach jej leczenia. W oświadczeniu tym znalazło się też stwierdzenie, że powódka zgadza się na przeprowadzenie operacji całkowitego usunięcia krtani i węzłów chłonnych szyi, co czyni całkowicie bezpodstawną jej argumentację o braku świadomości co do zakresu operacji, czy też o poinformowaniu jej tylko o wycięciu części krtani, która to argumentacja stanowiła istotę sformułowanych względem pozwanego zarzutów. Powódka bowiem wskazywała, że takie informacje przekazywała jej dr E. J. (2) oraz badający ją lekarze oraz studenci, którzy stwierdzili, że brak jest zmian węzłów chłonnych. Sama powódka w omawianym oświadczeniu wprost wskazała, że zrozumiała jest cel i stopień ryzyka związany z operacją, znana jest możliwość wystąpienia powikłań. Co istotne wskazała, że przedstawione jej zostały i wyjaśnione możliwości i niemożliwości innych, niż leczenie operacyjne metod zwalczania choroby. Analiza oświadczenia prowadzi też do wniosku, że powódce wyjaśniono kwestię możliwości wystąpienia w trakcie operacji trudnych do przewidzenia sytuacji zmuszających do zmiany planu operacyjnego w sensie poszerzenia lub ograniczenia jej zakresu, ale uwzględniającego rzeczywisty stan choroby. Tutaj wreszcie powódka oświadczyła, że w czasie rozmowy uzyskała odpowiedź na wszystkie zadane pytania dotyczące stanu zdrowia, możliwych metod leczenia, także zachowawczego, oraz postępowania pooperacyjnego. Na zakończenie wskazała, że przekazane informacje są zrozumiałe i nie budzą wątpliwości. Taka treść oświadczenia nie pozostawia jakichkolwiek wątpliwości, że obowiązek informacyjny pozwanego został zrealizowany w sposób maksymalnie szeroki uwzględniający wszystkie aspekty związane z planowaną operacją. Odnoszą się one zarówno do postawionej diagnozy, jak i samej operacji, związanych z nią uwarunkowań, zakresu zabiegu, jego skutków i znaczenia dla powódki, czy wreszcie kwestii powikłań. Istotne jest, że potwierdza ona w sposób jasny i jednoznaczny, że powódka rozmawiała z lekarzem, że pozyskała wszystkie potrzebne do podjęcia decyzji dane. Co równie ważne powódka, jak wynika z oświadczenia uzyskała pełną informację w zakresie zarówno jej stanu zdrowia, jak i alternatywnych metod

leczenia, w tym polegających na zaniechaniu zabiegu operacyjnego. Treść oświadczenia wskazuje również na to, że udzielone zostały powódce odpowiedzi na wszystkie zadane przez nią pytania, a uzyskane odpowiedzi były dla niej jasne i zrozumiałe. Okoliczności związane z uzyskaniem zgody oraz informowaniem o wszystkich aspektach procesu leczniczego znajdują również potwierdzenie w zeznaniach słuchanych w sprawie świadków. E. J. (2) (karta 467 akt), choć nie pamiętała konkretnego przypadku powódki w sposób szeroki przedstawiła procedurę obowiązującą w szpitalu związaną z informowaniem pacjenta o zabiegu i uzyskiwaniem zgody oraz osobach za to odpowiedzialnych (lekarz prowadzący). Jej zeznania wskazują jednoznacznie na obowiązujące procedury, metody postępowania lub zwyczaje, których wyrazem jest złożone przez powódkę oświadczenie. To właśnie w zestawieniu z jego treścią dają pełen obraz zakresu przekazywanych pacjentowi informacji o wszystkich kwestiach związanych z jego chorobą i podejmowanym procesem leczniczym. Świadek zeznała przy tym, że utrata głosu to skutek zabiegu, a nie efekt powikłań i że o tym się wprost informuje pacjenta. Podniosła też, że jest on informowany o możliwości zwiększenia zakresu operacji. Podkreśliła, że jeżeli jej przedmiotem jest częściowe usunięcie krtani, to informuje się że pacjent ma szansę zachować głos, ale to nie jest pewne, a w przypadku całkowitego usunięcia krtani, taka konkretnie informacja jest przekazywana. Jak już wskazano wcześniej dokładnie tego rodzaju informacja (a więc w zgodzie z przedstawianą procedurą) znalazła się w oświadczeniu z dnia 6 stycznia 2006 r. Wreszcie świadek zeznała, że rozmawiała z powódką i na pewno mówiła o endoskopii, natomiast nie prowadziła rozmów w zakresie dalszego leczenia, albowiem było to możliwe dopiero po procesie diagnostycznym. Co jednak najistotniejsze w kontekście podniesionych przez skarżącą twierdzeń, wprost wskazała, że nie prowadziła kwalifikacji powódki do zabiegu operacyjnego, co już same w sobie wyklucza stanowisko skarżącej, zgodnie z którym przekazane jej przez tego lekarza informacje wskazywały na znacznie mniejszy zakres operacji, wskazywały na wycięcie tylko części krtani, co miało stanowić podstawę wyrażonej zgody. W tych okolicznościach jej rozpoznanie, nawet jeżeli wyrażone, nie było w żadnym przypadku ani ostateczne, ani wiążące w zakresie dalszego leczenia. Znajduje to potwierdzenie w zeznaniach świadka K. A. (karty 467 – 468 akt), która wprost wskazywała, że decyzje w zakresie leczenia podejmował operator. Taka treść zeznań świadków natomiast niewątpliwie wpływa na ocenę obiektywności, czy wiarygodności zeznań powódki. Zeznania powyższych świadków znajdują potwierdzenie również w zeznaniach świadka M. W. (karty 256 – 257 akt). Oświadczyła ona wprost, że rozmawiała z powódką dzień przed operacją. Wskazała, że przypadek powódki był typowy, że gdyby była równorzędna metoda leczenia, to byłoby to podane. Także ona wprawdzie nie pamiętała dokładnego sposobu poinformowania powódki, ale w sposób konkretny określiła zakres udzielanych pacjentowi wiadomości. Wskazała, że mówi się co to jest za choroba, jaki jest stopień jej rozległości, często pacjent domaga się dokładnego wyjaśnienia, pierwsze pytania dotyczą ratowania krtani, zawsze przedstawiane są informacje o powikłaniach, bo to jest wielkie kalectwo, podaje się, że pacjent straci mowę, że będzie wykonany otwór, ale też informuje się o sposobach odtworzenia. Jak oświadczyła, jest to za duże kalectwo, żeby można było postępować inaczej, nie informując o tych konsekwencjach. Co równie ważne z punktu widzenia rozstrzygnięcia tej sprawy zeznała, że chory jest poinformowany, gdy nie wiadomo, jak rozległy jest rak. Podniosła, że u powódki była jasna sprawa - przedrak trudno nadający się do naprawienia, nie mający granic, rozwijający się w głębi tkanek. Jak to określiła, jest to najgorszy rak. Wreszcie w sposób jednoznaczny oświadczyła, że powódka wiedziała, że będzie miała otwór i nie będzie mówić. W uzupełniających zeznaniach (karta 441 akt) podniosła, że węzły chłonne u powódki były powiększone.

Okoliczności związane z pełnym poinformowaniem powódki zarówno o wynikach diagnozy (zakresie raka, jego rodzaju), jak i o sposobie leczenia i mogących wystąpić powikłaniach, czy wreszcie zmianie metody leczenia wynikają z wypowiedzi samej powódki składanych w toku postępowania, a także z jej zeznań. Zaznaczenia wymaga, że w apelacji powoływała się wyłącznie na brak przekazania jej informacji o największym stopniu zaawansowania raka, co nie wynikało z wyników badania pobranego od powódki wycinka i co miało wpływ na wyrażoną zgodę, a nawet stanowiło wprowadzenie jej w błąd. Analiza natomiast jej pism procesowych i zawartych w nich oświadczeń prowadzi do wniosku, że właśnie dokładnie z takim rodzajem przekazanych informacji wiąże odpowiedzialność pozwanego. Zresztą w trakcie zeznań (karty 399 – 402 akt) wprost oświadczyła, że została poinformowana przez dr W., że to jest taki rak, że chyba gorszego nie ma. Co równie istotne wskazała, że „dr W. uprzedzała przed operacją, że jeżeli nie będzie innej możliwości, to wytną mi wszystko i żeby podpisała zgodę”. Tym samym powódka popada w sprzeczność pomiędzy stanowiskiem prezentowanym w postępowaniu przed Sądem I instancji, a stanowiskiem przedstawionym w apelacji. Podnosiła ona bowiem już w pozwie, że dr E. J. (2), inni lekarze, a nawet studenci wskazywali na brak powiększenia

węzłów chłonnych (ich czystość), na potrzebę wycięcia tylko części krtani, a jedynie dr M. W. twierdziła odmiennie, i podsunęła zgodę na ewentualne wycięcie całej krtani. Świadczy to z jednej strony o prowadzeniu rozmów na temat choroby powódki, o informowaniu o jej rodzaju i sposobie leczenia, a z drugiej strony wprost wskazuje, że właśnie o największym zakresie operacji i rodzaju raka została poinformowana. Co bardzo ważne tego rodzaju informacje uzyskała od lekarza prowadzącego, a więc tego, który miał wykonać zabieg i tego, który za realizację obowiązku informacyjnego odpowiadał. Zresztą o prowadzonych w tym względzie rozmowach świadczy już tylko wskazywana przez powódkę okoliczność dotycząca początkowego braku jej zgody na poddanie się zabiegowi. Podobnie w piśmie procesowym z dnia 7 kwietnia 2009 r. (karty 69 – 74 akt) precyzującym żądania i ich podstawę wskazano, że w grudniu 2005 r. wykryto u powódki złośliwy nowotwór krtani, a dalej, że przed zabiegiem M. W. (wbrew wcześniejszym informacjom dr (...) o braku konieczności usunięcia węzłów chłonnych i krtani) uznała, że najbardziej wskazane jest usunięcie całej krtani wraz z węzłami chłonnymi. W oświadczeniu dołączonym do pisma procesowego z dnia 27 kwietnia 2012 r. (karty 381 – 392 akt) powódka wskazywała, że dopiero w rozmowie z dr W. dowiedziała się, że węzły chłonne są zajęte, że rak ma charakter bardzo złośliwy, co klóciło się z opinią innych lekarzy.

Jak z powyższego wynika na etapie pierwszo instancyjnym powódka brak świadomej zgody wiązała nie z informacją o tak dużym stopniu zaawansowania choroby, a właśnie z okolicznością przeciwną, sprowadzająca się do braku konieczności wycięcia całej krtani oraz węzłów chłonnych zgodnie z udzielanymi przez innych lekarzy informacjami. Do podobnych wniosków prowadzi analiza treści oświadczenia powódki dołączonego do pisma procesowego z dnia 10 czerwca 2013 r. (karty 526 – 533 akt). Powódka wskazywała, że dopiero na etapie postępowania sądowego pojawiły się twierdzenia, że wykryty rak był złośliwy, wskazywała, że węzy chłonne nie były powiększone ani zajęte, że wynik z grudnia 2005 r. mówi o agresywności guza G2, natomiast nie mówi o stopniu zaawansowania. Świadczy to ewidentnie o próbie dostosowania swoich twierdzeń do aktualnej sytuacji procesowej, o braku jakiegokolwiek konsekwencji w tym zakresie.

Podkreślenia wymaga, że postawiona przed operacją i przedstawiona powódce przez dr M. W. diagnoza była prawidłowa, a sam zabieg został dostosowany do takiego właśnie charakteru i rozległości choroby. W jego wyniku doszło do całkowitego wyleczenia powódki. Z treści pisemnej opinii (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B. Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej w B. z dnia 24 października 2011 r. (karty 349 – 353 akt) wynika, że brak potwierdzenia w dokumentacji lekarskiej, by informacji o zabiegu i przewidywanych wynikach udzielała dr J., co koresponduje z pozostałymi dowodami zgromadzonymi w sprawie. W opinii wskazano, że z całą pewnością informacji takich udzielała dr M. W., która przed operacją kompleksowo poinformowała pacjentkę o rodzaju planowanego zabiegu – całkowitego usunięcia węzłów szyi, krtani oraz o tym, że w czasie zabiegu operator może dokonać zmiany postępowania operacyjnego. Zmiana sposobu i zakresu operacji była natomiast uzasadniona i korzystna, albowiem umożliwia odzyskanie przez powódkę dźwięcznej mowy. Wskazano przy tym, że późniejsze stany zapalne były niezależne od operatora. Co jednak najważniejsze biegli wskazali, że zarówno kwalifikacja zabiegu, jak i same jego przeprowadzenie było prawidłowe. Jak z powyższego wynika, także biegli uznali, że informacje przekazywane powódce były właściwe, odpowiadające rzeczywistej jednostce chorobowej, a ustalenia te czynili na podstawie dokumentacji lekarskiej. Trudno zresztą uznać w świetle logiki i zasad doświadczenia życiowego, że lekarz prawidłowo diagnozuje chorobę, prawidłowo informuje o rodzaju i zakresie zabiegu, w tym o usunięciu węzłów chłonnych i krtani, a jednocześnie wprowadza pacjenta w błąd podając inny zakres choroby i inne jego skutki. Skarżąca nie tylko nie wskazała dowodu, z których okoliczności takie by wynikały, ale twierdziła dokładnie odwrotnie, że lekarz niezasadnie informował o największym stopniu zaawansowania raka. Z dowodów natomiast wynika, że rozmowy miały charakter bardzo konkretny odnosiły się do tego konkretnego przypadku. Jak wskazali biegli taka diagnoza była prawidłowa i zabieg dokonany został stosownie do niej, a nawet w zakresie poprawiającym funkcjonalność powódki i zmniejszający późniejsze kalectwo. Przeczy to jednocześnie twierdzeniom powódki o braku konieczności wykonania takiego zabiegu, o odmiennych ocenach wyrażanych przez innych lekarzy, czy studentów, o braku konieczności wycinania węzłów chłonnych i krtani. Może to świadczyć o niedostatecznym rozpoznaniu choroby właśnie przez innych lekarzy, którzy jednak nie dysponowali pełnymi danymi, ale w sposób jednoznaczny przesądza o prawidłowych ustaleniach dr W. jako lekarza prowadzącego i właściwym przekazaniu powódce stosownych informacji. Stąd też próba ich przeciwstawiania jest nieuprawniona. W pisemnej opinii uzupełniającej (...) M. K. w T. C. M. im. L.

R. w B. Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej w B. z dnia 10 maja 2013 r. (karty 507 – 5510 akt) biegli wskazali, że sposób leczenia, do jakiego zakwalifikowana została powódka był najbardziej adekwatny do danego stopnia zaawansowania klinicznego guza, co potwierdza prawidłowość przekazywanych powódce danych o rodzaju i zakresie choroby. Biegli podnieśli przy tym dokonując analizy dokumentacji medycznej, że powódka została szczegółowo poinformowana o rozległości zabiegu, możliwej konieczności poszerzenia zakresu operacji, możliwych powikłaniach i konsekwencjach wynikających z usunięcia krtani. Uznali, że informacje przekazane powódce były pełne, miała ona możliwość zadawania pytań, czy też czas na przemyślenie decyzji, konkludując oczywiście w zakresie medycznym, że jej zgoda była świadoma. Podkreślenia wymaga, że jak wskazano wcześniej, biegli dokonali analizy całej dokumentacji dotyczącej leczenia powódki, ustalili zakres danych jakimi dysponował lekarz, zestawili te dane z podjętą decyzją o sposobie leczenia stwierdzając jej absolutną prawidłowość i to także w zakresie zmiany zakresu operacji. Tak więc zarówno diagnoza, w tym odnośnie zakresu raka i jego wpływu na możliwy stan powódki, jak również przebieg operacji były prawidłowe. Nie sposób więc uznać, że zakres raka, o jakim powódka informowała był większy, niż było to powódce przedstawiane. Wskazać również należy na treść ustnych wyjaśnień biegłej E. B. złożonych na rozprawie w dniu 15 stycznia 2014 r. (karta 583 akt), z których wynika, że z powódką prowadzone były rozmowy, o czym świadczy zawarte w pozwie twierdzenie powódki, że prosiła, aby wyciąć jak najmniej.

Reasumując stwierdzić należy, że w toku postępowania przedstawiony został materiał dowodowy pozwalający na ustalenie, że obowiązek informacyjny pozwanego szpitala został zrealizowany prawidłowo, a tym samym udzielona przez powódkę zgoda miała charakter świadomy. Tym samym nie zaistniały wskazane wcześniej przesłanki odpowiedzialności pozwanego oraz podstawy do zasądzenia zadośćuczynienia na podstawie obowiązującego w dacie operacji art. 19 a ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1991 r. nr 91 poz 408 ze zm.) i art. 488 k.c.

Mając na uwadze wszystkie powyższe okoliczności, apelację powoda jako bezzasadną należało oddalić na podstawie art. 385 k.p.c.

Podstawę rozstrzygnięcia o kosztach procesu w postępowaniu apelacyjnym stanowił przepis art. 102 k.p.c., zgodnie z którym w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Regulacja ta stanowi wyjątek od wynikającej z treści art. 98 k.p.c. zasady odpowiedzialności stron za wynik procesu, zgodnie z którą powódka zobowiązana byłaby do zwrotu kosztów procesu poniesionych przez pozwanego szpital oraz przez interwenienta ubocznego. W orzecznictwie Sądu Najwyższego dominuje stanowisko, że kwestia zastosowania art. 102 k.p.c. pozostawiona jest sądowi orzekającemu, z odwołaniem się do jego kompetencji, bezstronności, doświadczenia i poczucia sprawiedliwości. Ocena w tym zakresie ma charakter dyskrecjonalny, oparty na swobodnym uznaniu, kształtowany własnym przekonaniem oraz oceną okoliczności i może być podważona przez sąd wyższej instancji jedynie wtedy, gdy jest rażąco niesprawiedliwa (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 października 2012 r., sygn. akt I CZ 66/12, niepubl.). Nie ulega wątpliwości, że do wypadków szczególnie uzasadnionych należą okoliczności zarówno związane z samym przebiegiem procesu, jak i leżące na zewnątrz. Do pierwszych zalicza się np. charakter żądania poddanego rozstrzygnięciu, jego znaczenie dla strony, subiektywne przekonanie strony o zasadności roszczeń, przedawnienie, do drugiej sytuacji majątkową i życiową strony. Oczywistym jest przy tym, że dla zastosowania omawianej normy nie jest wystarczające powołanie się jedynie na ostatnią z tych okoliczności, nawet jeżeli była podstawą zwolnienia od kosztów sądowych (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 2012 r., sygn. akt I CZ 34/12 niepubl.). W ocenie Sądu w rozważanej sprawie zaistniały okoliczności uzasadniające przyjęcie, że zaistniał szczególnie uzasadniony przypadek pozwalający na odstąpienie od obciążenia powódki kosztami procesu. Powódka znajduje się niewątpliwie w trudnej sytuacji zarówno materialnej, jak i życiowej. Okoliczności z tym związane stanowiły podstawę wydania rozstrzygnięcia w zakresie zwolnienia jej od kosztów sądowych. Nie ma więc sensu w tym miejscu przytaczać tożsamej argumentacji, tym bardziej, że żadna ze stron nie podnosiła i nie wykazywała, by w tym zakresie zaistniały jakiegokolwiek nowe okoliczności. Należy przy tym uwzględnić wysokość kosztów, które powódka musiałaby w związku z przegranym postępowaniem apelacyjnym ponieść. Niewątpliwie przekraczają one jej możliwości finansowe. Niezależnie od tego Sąd uwzględnił zawiły charakter sprawy. Jej rozstrzygnięcie zależało przede wszystkim od oceny dowodów z opinii biegłych sądowych. Odnosiło

się do kwestii związanych z prawidłowością przeprowadzonej u powódki diagnozy, prawidłowością samego zabiegu operacyjnego, w tym zmiany jego zakresu, jak również charakteru i przyczyny późniejszych powikłań. Niejako odrębnie rozstrzygana była kwestia realizacji obowiązku informacyjnego u pozwanego. Rozstrzygnięcie sprawy wymagało wiadomości specjalnych, dotyczyło zagadnień o charakterze wyłącznie medycznym. Kwestie te z uwagi na swój charakter nie są możliwe do pełnej i rzeczowej oceny przez osobę nie posiadającą wiedzy specjalistycznej. Co istotne powódka zarówno wnosząc pozew, jak i później wnosząc apelację mogła działać w przekonaniu, że zaistniała wadliwość czynności medycznych wobec niewątpliwie występujących powikłań, długiego okresu leczenia, wielu komplikacji. Oczywistym jest, że jej subiektywne przekonanie nakazywało wiązać zdarzenie sprawcze przypisywane wadliwej diagnostyce i nieprawidłowemu procesowi leczniczemu z dalszym pogorszeniem swojego jego stanu zdrowia. Stąd też Sąd odstąpił od obciążania powoda kosztami zastępstwa procesowego strony przeciwnej.

Podstawę przyznania kosztów pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu stanowił przepis § 2 ust. 1 i 3, § 6 pkt. 7 i § 13 ust. 1 pkt. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenie przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U. Nr 163, poz. 1348 z późniejszymi zmianami).

SSA M. Iwankiewicz SSA H. Zarzeczna SSA T. Żelazowski