

Sygn. akt VI ACa 262/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 maja 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący - Sędzia SA – Małgorzata Kuracka

Sędzia SA – Jolanta Pyżlak (spr.)

Sędzia SO (del.) – Magdalena Sajur-Kordula

Protokolant: – sekr.sądowy Paulina Czajka

po rozpoznaniu w dniu 19 maja 2016 r. w Warszawie

na rozprawie sprawy z powództwa E. M.

przeciwko Centrum (...) - Instytutowi (...) w W., (...) S.A. z siedzibą w W.

o zadośćuczynienie, odszkodowanie i ustalenie odpowiedzialności na przyszłość

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 23 września 2014 r.

sygn. akt III C 1137/08

I. oddała apelację;

II. nie obciąża powódki obowiązkiem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego na rzecz strony przeciwnej;

III. przyznaje adwokat M. W. kwotę 5 400 zł (pięć tysięcy czterysta złotych) powiększoną o należny podatek VAT tytułem wynagrodzenia z tytułu nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu i poleca wypłacenie powyższej kwoty z sum Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w W..

Sygn. akt VI ACa 262/15

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 15 grudnia 2008 r. E. M. wniosła o zasądzenie od Centrum (...) w W. kwoty 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanemu odpisu pozwu do dnia zapłaty, ustalenie, że Centrum (...) w W. będzie odpowiedzialny w przyszłości za dalsze szkody i krzywdy, które mogą wyniknąć u E. M. w związku z doznanym przez nią uszczerbkiem na zdrowiu i rozstrojem zdrowia, zasądzenie od Centrum (...) w W. na rzecz E. M. kosztów postępowania.

W odpowiedzi na pozew z dnia 25 lutego 2009 r. Centrum (...) w W. wniosł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według nom przepisanych .

Na wniosek Centrum (...) w W. z dnia 25 lutego 2009 r., postanowieniem Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 24 marca 2009 r. wezwano do udziału w sprawie w charakterze pozwanego (...) Spółkę Akcyjną z siedzibą w W.. W odpowiedzi na pozew z dnia 14 kwietnia 2009 r. wniósł on o oddalenie powództwa w całości wraz z zasądzeniem kosztów procesu, w tym zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pismem procesowym z dnia 14 stycznia 2014 r. E. M. wniosła o zasądzenie od Centrum (...) w W. kwoty 35.278,02 zł wraz z ustawowymi odsetkami od daty zasądzenia, tytułem zwrotu kosztów poniesionych w związku z leczeniem powódki w dniach 13-20 grudnia 2005 r. w pozwanym szpitalu.

Pozwani rozszerzonego żądania pozwu również nie uznawali, wnosząc o jego oddalenie.

Wyrokiem z dnia 23 września 2014r. w sprawie o sygn. akt III C 1137/08 Sąd Okręgowy w Warszawie w pkt I oddalił powództwo w całości, w pkt II odstąpił od obciążania powódki kosztami procesu; w pkt III nieuiszczone koszty sądowe przejął na rachunek Skarbu Państwa; w pkt IV nakazał wypłacić z sum budżetowych Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w W. na rzecz adw. M. W. (2)kwotę 7 200 zł, powiększoną o należny podatek VAT, z tytułu kosztów pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu.

Sąd Okręgowy oparł swoje rozstrzygnięcie na następujących ustaleniach faktycznych i ich ocenie prawnej:

W dniu 16 września 2005 r. E. M., pasażerka tramwaju linii (...), w wyniku nagłego i silnego zahamowania pojazdu, spadła ze schodów tramwaju na metalowy pałąk, do którego docisnięta została przez upadającą inną kobietę. W wyniku upadku, róg trzymanego wówczas pod pachą kobiety pudełka wbił się w lewą pierś. E. M. podjęła próby leczenia doznanych urazów sposobami domowymi, jednakże wobec utrzymujących się silnych dolegliwości bólowych piersi w dniu 13 października 2005r. zgłosiła się do Zakładu (...) Centrum (...) w W.. Przeprowadzone badania mammograficzne wskazywały, że w lewym sutku znajduje się spikularne zagęszczenie architektury z polimorficznymi zwapnieniami – obraz podejrzany w kierunku nowotworu i wskazane jest wykonanie zdjęcia celowanego oraz weryfikacja USG. Ze względu na niepokojący obraz mammograficzny w dniu 21 października 2005 r. zalecono weryfikację histopatologiczną sutka lewego w biopsji otwartej, po lokalizacji. Wyniki konsultacji onkologicznej, przeprowadzonej przez E. M. w Centrum Medycznym (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w W. potwierdziły wskazany kierunek postępowania. Prof. dr hab. med. Z. W. zlecił usunięcie zmiany w piersi lewej.

W dniu 13 grudnia 2005 r. E. M. została przyjęta do Kliniki (...) w Centrum (...) w W. z powodu podejrzanej radiologicznie zmiany w piersi lewej celem jej lokalizacji i wycięcia. W Instytucie biopsje otwarte zazwyczaj wykonywane są w trybie chirurgii jednodniowej, jednakże w przypadku E. M. z uwagi na położenie zmiany w miejscu trudnodostępnym, wykonanie lokalizacji było wyjątkowo skomplikowane, dlatego też lekarz prowadzący odstąpił od zabiegu jednodniowego i zdecydował o dłuższej hospitalizacji pacjentki w placówce medycznej. Z wypełnionej przez E. M. w dniu 13 grudnia 2005 r. deklaracji aktualnego stanu zdrowia wynikało, iż planowana u niej operacja zostanie przeprowadzona w znieczuleniu ogólnym (narkoza) lub przewodowym (blokada nerwów), zaś pacjentka wyraziła zgodę na proponowany ogólny rodzaj znieczulenia. Z formularza zgody poinformowanego pacjenta z dnia 14 grudnia 2005 r. wynika, iż E. M. została poinformowana przez dr W. K. o zasadach, sposobie prowadzenia i ewentualnych następstwach proponowanego zabiegu o nazwie „lokalizacja i wycięcie zmiany z piersi lewej”, miała również możliwość zadawania lekarzowi pytań, na które otrzymała odpowiedź oraz wyraziła dobrowolnie zgodę na proponowany zabieg. Przed zabiegiem dr K. przeprowadzał wywiad z pacjentką i informował ją, że może nastąpić deformacja piersi, a pozostawienie zmiany mogło oznaczać rozwinięcie raka inwazyjnego. Podpisanie zgody nastąpiło w gabinecie Ordynatora Oddziału prof. T. w jego obecności oraz dr K., którzy wobec zgłaszanych przez E. M. wątpliwości, udzielili pacjentce dokładnych informacji co do konieczności wykonania zabiegu lokalizacji oraz o skutkach tego zabiegu. W toku zabiegu mającego miejsce w dniu 14 grudnia 2005 r., po lokalizacji za pomocą dwóch kotwic wypreparowano i usunięto głęboko położoną zmianę o nieregularnym kształcie i wzmożonej spoistości, a stan pacjentki po operacji określono jako dobry. E. M. wybudzono ze znieczulenia ogólnego, wykonanego przez anestezjologa dr R. Z. o godzinie 13:20, zlecając jednocześnie odpowiednie płyny, antybiotyki oraz środki przeciwbólowe. W godzinach nocnych pacjentka zgłosiła ból operowanej piersi, wobec czego w godzinach porannych dr T. M. jako lekarz dyżurny na sali

opatrunkowej podjął się ewakuacji treści krwistej z rany i założył opatrunek uciskowy. Przez cały czas pobytu pacjentki była ona pod opieką pielęgniarek i lekarza dyżurnego. W pierwszej fazie działania mającego zapobiec zgłaszanym dolegliwościom, zespół stosował metody nieinwazyjne, tj. opróżnienie krwiaka oraz opatrunek uciskowy i dopiero w momencie, kiedy metody te okazały się nieskuteczne, zdecydowano się na podjęcie bardziej radykalnych środków. Z uwagi na utrzymujące się krwawienie, ból i obrzęk, chorą zakwalifikowano do reoperacji w trybie pilnym. Reoperację wykonano tego samego dnia w obsadzie lekarzy: operatora dr K. oraz asystenta dr T. M., podczas której ewakuowaną płynną krew i skrzepy, zlokalizowano i podkuto krwawiące naczynie tętnicze w dniu rany i założono opatrunek uciskowy, a z uwagi na niskie wartości kontrolnej pooperacyjnej morfologii, chorej przetoczono dwie jednostki krwi zgodnej grupowo, bez powikłań. Stan pacjentki po operacji określono jako dobry. E. M. nie gorączkowała, ani też nie zgłaszała żadnych dolegliwości. Obydwie operacje wykonano w znieczuleniu ogólnym. W dniach 13-14 grudnia 2005 r. pacjentkę zakwalifikowano do 3 kategorii opieki, a podczas dalszego pobytu E. M. w dniach 17-20 grudnia 2005 r. zaklasyfikowano ją do 1 stopnia opieki, równoważnego z samodzielnością pacjenta oraz stanem ogólnym dobrym.. W dniu 20 grudnia 2005 r. E. M. została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym, bez dolegliwości. Po zabiegu pacjentka poddana była dwóm wizytom kontrolnym: w dniu 27 grudnia 2005 r. oraz w dniu 03 stycznia 2006 r. podczas których stwierdzono prawidłowość gojenia się ran. Badanie wykonane z fragmentu mięszu sutka nie wykazało zmian nowotworowych.

W dniu 02 marca 2006r. na konsultacji przeprowadzonej na zlecenie pacjentki w Centrum Medycznym (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w W. wskazano, iż piersi pacjentki są niesymetryczne, a lewa brodawka pociągnięta ku górze, zaś blizna w górnych kwadrantach lewej piersi zagojona, bez cech niepokoju onkologicznego.

Z konsultacji psychiatrycznej mającej miejsce w dniu 18 kwietnia 2006 r. wynikało, iż E. M. pozostaje w nastroju obniżonym, zgłasza stałe uczucie lęku bez powodu, jest apatyczna i zniechęcona, pogorszyła jej się ostrość wzroku i pojawiło się drętwienie skóry głowy. Ma problemy z zapamiętywaniem i łatwo się rozprasza, ma również trudności z zasypianiem. Rozpoznano u E. M. zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane, stanowiące reakcję sytuacyjną. Z konsultacji psychologicznej z dnia 08 marca 2007r. wynikało zaś, iż E. M. ma niską odporność na sytuacje trudne oraz nasilony lęk o własne zdrowie i życie, co utrudnia jej codzienne funkcjonowanie, ze wskazaniem opieki psychologicznej. Od dnia 15 lutego 2007r. jest pod opieką psychologiczną w Centrum Medycznym (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w W., zaś od czerwca 2007 r. systematycznie uczęszcza na sesje psychoterapii indywidualnej.

W dniu 14 lutego 2008 r. podczas konsultacji w Centrum Medycznym (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w W. E. M. zgłosiła silny stan stresu z powodu deformacji piersi i niezadowolający efekt po wykonanej operacji /konsultacja – k. 82 akt/.

Z opinii radioterapeuty onkologa dr med. M. W. (2) wynika, że pacjentka cierpi na niewielką asymetrię budowy piersi, a blizny po zabiegu jawią się jako niepokojące. Biegła wskazała, iż postępowanie diagnostyczne i lecznicze powódki było prawidłowe, a doznany uraz nie miał wpływu na zmianę jaką wskazała mammografia. Jedynym słusznym badaniem, jakie należało wykonać było wedle biegłej wykonanie biopsji chirurgicznej (otwartej), a wykonanie biopsji cienkoigłowej było w tym przypadku niemożliwe, ponieważ nie wykryto zmiany w badaniu USG piersi. W opinii wskazano również, iż krwawienie, do jakiego doszło po wykonanym zabiegu występuje jako częste powikłanie, a postępowanie chirurga - najpierw ewakuacja krwiaka i założenie opatrunku uciskowego (leczenie zachowawcze) bez znieczulenia miejscowego, a wreszcie podkucie krwawiących naczyń – w pełni prawidłowe. Jako właściwy oceniono również czas reakcji personelu medycznego, wskazując, że nie było potrzeby wykonywania zabiegu w nocy, ponieważ krwawienie nie było duże, brak było oznak zagrożenia życia, a chora była w stanie stabilnym. W kwestii obecnego stanu zdrowia powódki, biegła podkreśliła dobre rokowania na przyszłość i brak uszczerbku na zdrowiu, za wyjątkiem defektu kosmetycznego w postaci asymetrii piersi, którą należy traktować jako zjawisko naturalne. Podkreślone zostało przy tym, iż blizny po biopsjach otwartych występują zawsze, a powstanie krwiaka i reoperacja mogła mieć wpływ na powstanie większej blizny. W ocenie biegłej opisywane przez powódkę dolegliwości, w postaci drętwienia rąk i ich bolesności nie mogą mieć związku z przebyłym zabiegiem, gdyż nie zostały wycięte węzły chłonne pachy. Biegła stwierdziła przy tym brak uszczerbku na zdrowiu w związku z przebyłym zabiegiem,

określając jedynie defekt kosmetyczny na 1,5%. Tożsame wnioski wynikają z opinii biegłej sądowej z zakresu chirurgii onkologicznej dr n. med. A. Ś., w której wskazano, że brak jest podstaw do przypisania pozwanemu Instytutowi nieprawidłowości w postępowaniu diagnostycznym i leczniczym, mogących nosić znamiona błędu medycznego. W ocenie biegłej zarówno kwalifikacja do zabiegu, przygotowanie, jak i jego przeprowadzenie było zgodne z zasadami sztuki lekarskiej i zgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. Biegła podkreślała, że obraz piersi lewej powódki nie mógł być związany z urazem, ale był typowy dla zmian niepokojących onkologicznie o charakterze złośliwym. Już samo spikularne zaburzenie architektury z polimorficznymi mikrozwapnieniami w ponad 90% przypadków są obrazem raka piersi. Ponadto, każda interwencja chirurgiczna niesie ryzyko wystąpienia powikłań takich jak krwawienie, utrudnione gojenie rany czy ryzyko powstania nieestetycznej blizny. O możliwości wystąpienia powikłań informuje chirurg proponujący operację. Zastosowane leczenie zachowawcze uciskiem, środkami przeciwbólowymi oraz okładem z lodu było prawidłowe, zaś ubytek krwi z poziomu wyjściowego 13g/dl do 10,4 g/dl świadczył o krwawieniu, jednak nie stanowił bezpośredniego zagrożenia życia i reoperacja w godzinach nocnych nie była konieczna. Wskazała, iż u powódki objętość gruczołu mogła nie być wystarczająca na uzyskanie właściwego efektu kosmetycznego operacji i podała, iż jest to często spotykaną ceną za wyleczenie. Biegła podała, że rutynowo po otwartej biopsji okres rekonwalescencji trwa od dwóch tygodni do miesiąca, a bardzo ważna jest odporność psychiczna na stres związany z zabiegiem oraz oczekiwaniem na wynik badania histopatologicznego. U powódki wynik badania mikroskopowego nie ujawnił obecności złośliwego procesu nowotworowego, a zatem powódka co do zasady powinna powrócić do dobrego samopoczucia i zadowolenia. Biegła zanegowała, aby zgłaszane przez powódkę dolegliwości, takie jak tachykardia, drętwienie i uczucie zimna w kończynie miały jakikolwiek związek z przebyłym zabiegiem, ponieważ nigdy nie występują po zabiegu otwartej biopsji, a jedynie sporadycznie przy wycięciu układu chłonnego dołu pachowego. Blizna i zniekształcenie piersi u powódki za cenę wykluczenia raka, zdaniem biegłej, nie spowodują utrudnień w życiu pacjentki i mogą być wycenione jedynie na około 1-2% uszczerbku na zdrowiu.

W ocenie biegłego z zakresu hematologii i chorób wewnętrznych dr n. med. J. H. powódka, poza wykonaniem rutynowych badań, nie wymagała żadnego specjalnego przygotowania do zabiegu, a biegły nie znalazł nieprawidłowości w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym przeprowadzonym w Centrum Onkologii. W jego ocenie postępowanie monitorujące stan pacjentki w pierwszej dobie po zabiegu z dnia 14 grudnia 2005 r., było zgodne z obowiązującymi standardami, a ubytek krwi powódki, wymagający przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych spowodowany był nie samym zabiegiem biopsji chirurgicznej i usunięcia zmiany znajdującej się w piersi lewej, a powikłaniem tego zabiegu. Biegły ten nie stwierdził żadnego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego przebytymi zabiegami, powikłaniami i czynnościami leczniczymi zastosowanymi u powódki w pozwanej placówce opieki medycznej.

W ocenie biegłego psychologa klinicznego S. P. powódka prezentuje dużą labilność emocjonalną, a na stresy reaguje napięciem i przygnębieniem, prezentując niski stopień zadaniowego podejścia do stresów oraz objawy depresyjne. Wskazał, że w miarę przedłużania się sprawy sądowej narastają w niej tendencje roszczeniowe i wzmożony egocentryzm. Aktualny na dzień wykonania badania stan zdrowia psychicznego powódki ocenił jako zły i wynikający z cech osobowości neurotycznej, takich jak zbyt emocjonalne podejście do stresów, wzmożony egocentryzm, skupienie na sobie oraz narastanie tendencji roszczeniowych.

W ocenie Sądu Okręgowego – w sposób pozytywny została zweryfikowana dbałość pozwanej placówki medycznej o sprawność aparatów mammograficznych. Z opinii dyrektora Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia dr inż. D. K. wynika, iż w obowiązującym do dnia 20 października 2005 r. porządku prawnym, Centrum Onkologii dołożyło starań, aby zapewnić sprawność techniczną aparatów mammograficznych, o czym świadczy zawarcie umowy serwisowej oraz wykonywanie testów jakości w szerszym zakresie niż wynikałoby to z obowiązujących przepisów. Wskazane zostało przy tym, iż chociaż zaobserwowane nieprawidłowości mogły mieć wpływ na uzyskaną jakość obrazu, jednak niemożliwe jest przesądzenie, że rzeczywiście tak było. Podkreślono przy tym okoliczność, iż ostatecznej weryfikacji przydatności takiego obrazu w procesie diagnostycznym dokonuje lekarz radiolog. Sąd Okręgowy wskazał, iż w ocenie biegłego sądowego z zakresu radiologii D. B. wyczerpane zostały dostępne

możliwości diagnostyczne na podstawie których stwierdzono zmiany w 90% odpowiadające obrazowi raka sutka, a brak uwidocznienia w badaniu USG stanowił podstawę do zakwalifikowania E. M. do otwartej biopsji zgodnie z wiedzą i zasadami sztuki medycznej. Wedle biegłego, badania u powódki zostały prawidłowo zinterpretowane, zgodnie z wiedzą radiologiczną.

Powyższy stan faktyczny został ustalony przez Sąd Okręgowy na podstawie zebranych w toku postępowania dowodów z dokumentów, w tym przede wszystkim dowodów z dokumentacji medycznej i ich kserokopii, zeznań świadków i stron oraz opinii biegłych. Sąd wskazał, iż wprawdzie dokumentacja medyczna została zakwestionowana przez stronę powodową co do jej wiarygodności i autentyczności, ale Sąd dopuścił dowody znajdujące się w aktach prokuratorskich o sygn. 7 Ds. 1567/10/IV celem weryfikacji materiału dowodowego zgromadzonego w aktach sprawy niniejszej, a także dowód oględzin z płyty CD, stwierdzając, iż załączone do akt niniejszej sprawy dokumenty i ich kserokopie są zgodne z oryginałami. Strony nie zgłosiły dalszych zastrzeżeń co do dokonanych oględzin, wobec powyższego Sąd uznał zarzuty powódki, co do wiarygodności i autentyczności dokumentów, za gołosłowne. Dopuszczony również został dowód z dokumentacji i przeglądu technicznego sprzętu, którym wykonywano badania mammograficzne u powódki na okoliczność jakości i dokładności sprzętu do badań. Na jej podstawie ustalono, iż w IV kwartale 2005 r. aparaty mammograficzne G. oraz aparat USG były objęte umową serwisową, wszelkie nieprawidłowości czy awarie usuwane były na bieżąco, a przez pracowników Zakładu (...) dodatkowo wykonywane były kontrole jakości aparatów: kontrola jakości przeprowadzona w lipcu 2005 r. oraz listopadzie 2011 r. potwierdziła sprawność techniczną aparatów. Sąd I instancji uznał zarzuty powódki co do nieprawidłowości działania aparatury radiologicznej za bezzasadne, biorąc pod uwagę również wnioski z przeprowadzonych w tym przedmiocie opinii.

Sąd I instancji obdarzył atrybutem wiary zeznania świadka W. K., świadka T. M., świadka K. W. (1) świadka K. S. co do faktów jakie ci świadkowie wskazali, uznając, że zeznania ich były zgodne z pozostałym materiałem dowodowym, spójne i logiczne. Pomocniczo przy ustalaniu przebiegu zdarzeń, Sąd posłużył się zeznaniami świadka Z. W., który potwierdził, iż zajmował się leczeniem powódki od dnia 06 lipca 2006 r., jak również skierował pacjentkę do kierownika chirurgii plastycznej w Klinice (...) – profesora E. T.. Zeznania te były składane w sposób szczery, a ich treść była spójna i logiczna, z tego też względu Sąd obdarzył je atrybutem wiary. Sąd pominął zeznania świadka w zakresie, w którym dokonywał on ocen prawidłowości zastosowanej diagnostyki i leczenia powódki w pozwanej placówce medycznej, albowiem przedmiotem dowodu z przesłuchania świadka nie mogą być oceny, a jedynie fakty.

Sąd Okręgowy jedynie w części obdarzył wiarą zeznania świadka K. M. i M. M., a mianowicie w części, w jakiej wskazywali oni na znaczne osłabienie powódki po przebytych operacji oraz spadku sił zauważalnego po hospitalizacji. W pozostałym zakresie Sąd ten ocenił te zeznania jako nieobiektywne, mając na uwadze to, że okoliczności były im znane jedynie z relacji powódki. Weryfikując zeznania świadka Z. B. na okoliczność samopoczucia E. M. podczas pobytu w szpitalu Sąd miał na uwadze, iż przebywała ona wraz z powódką po operacji i była pacjentką szpitala, ale większość uzyskanych przez nią informacji miała charakter pośredni – uzyskany od innych pacjentek, dlatego też Sąd dał im wiarę jedynie w tym zakresie, w jakim znajdowały one potwierdzenie w zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej. Zeznania świadków zeznania G. D. oraz I. T. Sąd Okręgowy ocenił jako nieprzydatne dla rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie.

Sąd I instancji dał wiarę zeznaniom powódki E. M. jedynie w tym zakresie, w jakim były one zbieżne z zebrany w sprawie materiałem dowodowym. Sąd uznał za pozbawione przymiotu wiarygodności zeznania powódki w zakresie, w jakim wskazywała ona na brak wyrażenia zgody oraz nieświadomość w podejmowaniu decyzji co do sposobu leczenia. Powódka składała zeznania w niniejszej sprawie w sposób bardzo emocjonalny, podając okoliczności stanu faktycznego bez zachowania chronologii, w sposób różnorodny i niezborny. Sąd uznał przy tym, iż powódka świadomie wypełniła zgodę na lokalizację – mając na uwadze jej słowa, iż na początku nie chciała jej podpisać, w związku z tym była na rozmowie u lekarza, który wytłumaczył jej, iż lokalizacja to jest biopsja. Sąd ten uznał, że znaczna treść zeznań powódki nie tylko nie wytrzymuje próby z dowodami, które Sąd obdarzył atrybutem wiary, ale również – jest wewnętrznie logicznie sprzeczna. Zgromadzona w sprawie dokumentacja medyczna, jak również zeznania świadków i fragmenty zeznań powódki pozwalają na przyjęcie stanowiska, że miała ona pełną świadomość tego, co do konieczności zastosowania proponowanej metody leczenia, jak również tego co się działo podczas pobytu w pozwany

Instytucie – była u ordynatora Instytutu, dowiadywała się o cenę zabiegu w Fundacji (...). Dodatkowo z dokumentacji medycznej wynika, że podczas wizyty u profesora Z. W. w dniu 24 listopada 2005 r. zostały jej wyjaśnione wszelkie etapy postępowania oraz dostępne procedury medyczne, co powódka próbowała podważać na ostatnich rozprawach.

Ustalając stan faktyczny w sprawie Sąd Okręgowy oparł się również na opiniach wydanych przez biegłych sądowych, które zostały zweryfikowane pozytywnie w całości, oceniając je jako rzetelne, logiczne i przekonujące. Opinie te wzajemnie korespondowały ze sobą, a dodatkowo stanowiły logiczną całość z zebraniem w sprawie materiałem dowodowym. Mając na względzie powyższe okoliczności, a nadto uznając, że niezadowolenie z opinii przez stronę powodową nie stanowi dostatecznego powodu do powołania kolejnego biegłego, Sąd uznał, że dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii biegłego na okoliczność związku przyczynowego pomiędzy leczeniem w pozwanym Instytucie a spowodowaniem u powódki uszczerbku na zdrowiu i rozstroju zdrowia, przebiegu procesu leczenia powódki, doznanej przez powódkę szkody oraz stanu zdrowia i rokowań na przyszłość za zbędne. Wniosek powódki w tym zakresie został więc oddalony.

Oceniając zebrany materiał dowodowy Sąd Okręgowy uznał powództwo za bezzasadne.

Sąd Okręgowy wskazał art. 416 k.c. jako podstawę ewentualnej odpowiedzialności pozwanego w związku z ogólną zasadą odpowiedzialności odszkodowawczej za zawinione działanie lub zaniechanie osoby prawnej, jak również art. 430 k.c., statuujący odpowiedzialność zwierzchnika za działanie osób podwładnych. Roszczenia powódki oparte zostały na treści przepisu art. 445 § 1 k.c. w zakresie zadośćuczynienia, art. 189 k.p.c. w zakresie ustalenia odpowiedzialności na przyszłości oraz art. 444 § 1 k.c. w zakresie zwrotu kosztów leczenia. W niniejszym postępowaniu powódka dochodziła również zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta – prawa do informacji. Podstawą rozstrzygnięcia w zakresie zadośćuczynienia w ocenie Sądu I instancji art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159 j.t.). Stosownie do jego treści w razie zawinonego naruszenia praw pacjenta Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Pokrzywdzony nie musi udowadniać naruszenia prawnie chronionych dóbr osobistych - wystarczy że wskaże prawa pacjenta, które zostały naruszone. Powódka zarzuciła pozwanemu Instytutowi nieudzielenie wystarczających informacji o mającym zostać przeprowadzonym zabiegu. Stosownie do treści art. 9 ust. 1 i 2 ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia oraz prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Zgodnie zaś z art. 6 ust. 1 cytowanej ustawy, pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. O obowiązku udzielenia informacji mówi również art. 13 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu podstawowych decyzji lekarskich dotyczących jego zdrowia. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały. Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego”. Niniejszy nakaz należy ściśle interpretować wraz z art. 6 Kodeksu Etyki Lekarskiej, którego treść stanowi, iż „Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze”. Sąd Okręgowy wskazał, iż w doktrynie przyjmuje się, iż prawo do informacji ma zapewnić pacjentowi, który nie posiada zaawansowanej wiedzy medycznej jak lekarze, możliwość realnego wyboru metody leczenia. Świadomy wybór metody leczenia możliwy jest tylko jeśli pacjent ma prawo do współudziału w decyzji jak i czy chce być leczony. Obowiązkiem lekarza jest dochowanie należytej staranności, by przekonać pacjenta do wyboru optymalnej metody medycznej.

Sąd I instancji zauważył, iż w orzecznictwie utrwalone jest stanowisko, że zabieg medyczny wykonany bez zgody pacjenta jest czynnością bezprawną nawet wówczas, gdy wykonany jest zgodnie z zasadami wiedzy medycznej: wola pacjenta wyznacza bowiem zakres i warunki ingerencji medycznej, zaś wyrażenie zgody na zabieg skutkuje przyjęciem przez pacjenta ryzyka powikłań operacyjnych, ale tylko zwykłych powikłań pooperacyjnych, nie zaś komplikacji powstałych na skutek pomyłki lekarza (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 12 lutego 2014 r., sygn. akt VI ACa 934/13; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 października 2003 r, sygn. akt III CK 34/02). Warunkiem

legalności działania lekarza jest zgoda pacjenta odpowiednio poinformowanego, zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i dentysty, co obejmuje poinformowanie pacjenta z jakimi negatywnymi skutkami zabiegu powinien się liczyć, jakie jest prawdopodobieństwo ich wystąpienia, podania informacji w sposób przystępny dla pacjenta i uzyskanie potwierdzenia, że rozumie on ryzyko zabiegu, zaś ciężar dowodu, że zgoda pacjenta była zgodą świadomie akceptującą zrozumiałe ryzyko wykonania zabiegu z przyjęciem na siebie tego ryzyka, jako przesłanki wyłączającej bezprawność interwencji lekarza, spoczywa na lekarzu (tak Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 17 grudnia 2004 r. (sygn. akt II CK 303/04). Zakres udzielanych pacjentowi informacji musi być uzależniony od rodzaju zabiegu, w szczególności od tego, czy za jego przeprowadzeniem przemawiają bezwzględne czy względne wskazania, czy też chodzi np. o zabieg kosmetyczny; obowiązek udzielenia pacjentowi informacji nie wymaga wskazania wszystkich możliwych skutków wykonania zabiegu ratującego życie. W takich wypadkach może ograniczać się do wskazania możliwych niekorzystnych skutków i powikłań, będących zwykłym typowym następstwem danego zabiegu (tak SN w wyroku z 26 kwietnia 2007r. sygn. akt II CSK 2/07). Dla skuteczności zgody pacjenta na zabieg w celu uzyskania możliwości postawienia prawidłowej diagnozy i zastosowania prawidłowego sposobu leczenia wystarcza, że lekarz nie dzieląc się swym podejrzeniem poinformuje pacjenta o rodzaju zabiegu oraz o jego bezpośrednich i zwykłych skutkach (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 1968 r., sygn. akt I CR 325/68). Nie w każdym zatem przypadku lekarz ma obowiązek informowania o wszelkich możliwych, nawet poważnych skutkach zabiegu, niezależnie od rodzaju zabiegu i prawdopodobieństwa ich wystąpienia. W sytuacji, gdy zachodzi bezwzględna konieczność operacji lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi jedynie cel i rodzaj operacji oraz zwykłe jego następstwa. Nie potrzebuje, a nawet nie powinien udzielać pacjentowi informacji o następstwach nietypowych nieobjętych normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu. W tym wypadku nie można jednakże wymagać, by informacja wymieniała wszystkie możliwe objawy następstw zabiegu i zawierała ich opis. Wystarczające jest ogólne określenie rodzaju możliwych następstw zabiegu oraz wskazanie, czy zagrażają życiu pacjenta, ewentualnie – jaki mogą mieć wpływ (doniosłość) na prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Aby zgoda udzielona przez pacjenta była ważna musi odznaczać się niewadliwością, stanowi bowiem swoiste oświadczenie woli, do którego stosować można przepisy kodeksu cywilnego o wadach oświadczenia woli, w postaci braku świadomości w powzięciu decyzji i wyrażeniu woli oraz błęd. Ponieważ obowiązek udzielenia pacjentowi informacji obciąża lekarza i to on wywodzi z niego skutki prawne, spoczywa na nim dowód wykonania tego obowiązku. Pacjent wyrażając zgodę na zabieg bierze na siebie ryzyko zwykłych powikłań pooperacyjnych, przy założeniu, że nie zostaną one spowodowane z winy, choćby najłżejszej, lekarza. Z tego między innymi powodu, ocena, iż określona szkoda jest skutkiem niepowodzenia medycznego, objętego wyłącznym ryzykiem pacjenta, wymaga niebudzących wątpliwości ustaleń co do przyczyn szkody, w całym łańcuchu zdarzeń, które ją spowodowały (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12). Nie ulega jednak wątpliwości, że udzielenie przez pacjenta zgody uświadomionej wyłącza bezprawność działania lekarza, a więc ma znaczenie tylko w sytuacji, gdy mimo prawidłowego i wykonanego zgodnie z zasadami sztuki medycznej zabiegu wystąpiły powikłania skutkujące pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, a pozostające w normalnym związku przyczynowym z samym zabiegiem jako skutek jego przeprowadzenia.

Art 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty z dnia 20 listopada 2005 r. (Dz.U.2011.277.1634 j.t.) zobowiązuje także lekarza do poinformowania pacjenta o proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, jednakże oczywistym jest, iż taka informacja może zostać przekazana pacjentowi jedynie wtedy, jeżeli w stosunku do niego istnieją alternatywne metody leczenia. W niniejszej sprawie w ocenie Sądu I instancji niewątpliwym jest, że lekarz nie informował E. M. o innych metodach leczenia, skoro uznał jako konieczną i jedyną metodę wykonania zabiegu w postaci biopsji otwartej. Z treści tego przepisu wynika również, iż lekarz ma obowiązek informowania pacjenta o negatywnych następstwach i powikłaniach, które dają się przewidzieć, tym samym lekarz nie jest zobowiązany do przekazywania informacji na temat następstw i powikłań występujących rzadko, sporadycznie, nietypowych oraz niedających się przewidzieć. Analiza zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego w ocenie Sądu I instancji prowadzi do wniosku, że nie doszło do naruszenia praw pacjenta, bowiem powódce udzielono informacji potrzebnych do podjęcia decyzji co do dalszej diagnostyki, jak również zagwarantowano jej prawo do świadczeń zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej. Spoczywający na lekarzu obowiązek wyjaśnienia pacjentowi konsekwencji zabiegu operacyjnego ma na celu takie zapoznanie pacjenta ze stanem jego zdrowia i następstwami tego zabiegu, ażeby pacjent podejmował decyzję o wyrażeniu zgody na ten zabieg z pełną świadomością,

na co się godzi i czego się może spodziewać. W związku z tym lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi cel i rodzaj zabiegu oraz zwykle jego następstwa, natomiast nie potrzebuje, a często nawet ze względu na samopoczucie i zdrowie pacjenta, nie powinien zapoznawać go z nietypowymi następstwami, nie objętymi normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu, które w szczególnych wypadkach powikłań mogą wystąpić. 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. E. M. została poinformowana o zasadach, sposobie prowadzenia i ewentualnych następstwach proponowanego zabiegu „lokalizacji i wycięcia zmiany z piersi lewej”, miała również możliwość zadawania lekarzowi pytań, na które otrzymała odpowiedź oraz wyraziła dobrowolnie zgodę na proponowany zabieg, przed którym poinformowano ją o konieczności wykonania zabiegu lokalizacji oraz możliwych powikłaniach (przy czym wbrew zastrzeżeniom powódki zakresem informacji nie musiało być objęte ryzyko krwawienia pooperacyjnego, które występuje sporadycznie, co do 2% przypadków), dlatego też w niniejszym przypadku nie mamy do czynienia z wystąpieniem nieuswiadomionej zgody. Podnoszone przez powódkę okoliczności co do braku udzielenia należytej informacji oraz złego samopoczucia przed operacją, które wykluczało możliwość swobodnego podjęcia decyzji i wyrażenia woli oraz twierdzenia, że została ona wprowadzona w błąd co do rodzaju zabiegu, jak również nie została poinformowana o możliwych powikłaniach, Sąd Okręgowy uznał za niewiarygodne. Podstawą takiej oceny twierdzeń i zeznań złożonych przez powódkę złożonych post factum były ich cechy charakterystyczne: chaotyczność i różnorodność opisu przebiegu zdarzeń w dniach 13, 14 i 15 grudnia 2005 r., które zostały w diametralnie odmienny sposób przedstawione w zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej. Już samo to, że wobec powódki przyjęto ekstraordynaryjne w stosunku do innych pacjentów zasady działania: przyjęto ją do szpitala na dzień przez zabiegiem, a także kilkakrotnie informowano ją co do rodzaju zabiegu i jego skutków, świadczy o respektowaniu w pełni praw powódki jako pacjentki. Dodatkowo, w dniu zabiegu, w którym powódka podpisała zgodę na lokalizację, jej parametry życiowe były na tyle dobre, że nie stwierdzono żadnych przeciwwskazań do wykonania planowanych procedur medycznych, jak również wyrażenia zgody na zabieg. Powyższe okoliczności rozwiewają wszelkie wątpliwości co do poszanowania dóbr osobistych i praw pacjenta w pozwanej placówce medycznej.

Sąd Okręgowy wskazał, iż zgodnie z treścią art. 415 k.c., kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Zachowanie lekarza przy dokonywaniu biopsji piersi lewej u powódki powinno zostać poddane ocenie z punktu widzenia abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza w danej sytuacji. Wzorec ten budowany jest według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają wspomniane kwalifikacje lekarza (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinięciu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, jak to formuluje się w niektórych wypowiedziach, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Innymi słowy – winą lekarza jest niedołożenie najwyższej staranności, jaka jest możliwa przy obecnie stosowanych metodach leczenia danego schorzenia i zabiegach standardowo wykonywanych. W sprawach o niedołożenie należytej staranności przez lekarza, sąd dla ustalenia winy lekarza korzysta z wiadomości specjalnych posiadanych przez biegłych, co w niniejszej sprawie miało miejsce. W świetle powołanych powyżej przepisów dla powstania odpowiedzialności pozwanego konieczne jest ziszczenie się łącznie następujących przesłanek: winy, w tym przypadku lekarza decydującego o takiej a nie innej metodzie biopsji, szkody, jakiej miałyby doznać powódka wskutek działania lub zaniechania pozwanego i w końcu istnienie normalnego (adekwatnego) związku przyczynowego pomiędzy winą a szkodą. Brak któregokolwiek z tych elementów skutkuje brakiem odpowiedzialności.

Pacjent, który występuje z powództwem odszkodowawczym, ma obowiązek udowodnienia podstawy swojego roszczenia, a na lekarzu nie ciąży domniemanie winy, zobowiązuje się on bowiem tylko do dołożenia należytej

staranności w leczeniu pacjenta, której brak musi tenże udowodnić. Postępowanie dowodowe przeprowadzone w niniejszej sprawie wykazało ponad wszelką wątpliwość, iż nie znaleziono w postępowaniu diagnostycznym i leczniczym przeprowadzonym w pozwanej placówce medycznej nieprawidłowości, mogących mieć znamiona błędu medycznego. Wybrana metoda była najskuteczniejszą i w zasadzie jedyną możliwością pełnego zdiagnozowania i rozpoczęcia ewentualnego leczenia pacjentki. Biopsja piersi, czyli jego diagnostyczne wycięcie, było jedynym badaniem pozwalającym na potwierdzenie lub wykluczenie choroby nowotworowej, której wystąpienie podejrzewano u powódki, co oznacza, że E. M. w zasadzie nie miała alternatywy i musiała poddać się temu zabiegowi. Nieprzeprowadzenie tego zabiegu diagnostycznego należałoby potraktować jako błąd w sztuce lekarskiej, jak również ryzyko wystąpienia u powódki – zmian nowotworowych (złośliwych) w piersi.

Sąd Okręgowy wskazał, iż pojęcie błędu medycznego nie jest pojęciem języka prawnego. Zakres i znaczenie tego terminu został określony przez dorobek judykatury oraz doktrynę. Za błąd medyczny uważa się działanie lub zaniechanie działania, które pozostaje w sprzeczności z aktualnym poziomem wiedzy i praktyki medycznej. Ponadto dodać należy także, iż na lekarzu, zgodnie z art. 355 k.c., spoczywa obowiązek dołożenia należytej staranności w swoim działaniu. W piśmiennictwie wyróżnia się trzy rodzaje błędów lekarskich: diagnostyczne, rozpoznania (prognozy) i terapeutyczne (lecnicze). Błąd diagnostyczny ma miejsce wówczas, gdy lekarz stawia niewłaściwą diagnozę na skutek postępowania obiektywnie nieprawidłowego w świetle zasad medycyny. Błąd ten występuje w postaci błędu pozytywnego, tj. rozpoznania u pacjenta choroby nieistniejącej, bądź błędu negatywnego, tj. nierozpoznania choroby albo rozpoznania innej choroby niż ta, na którą pacjent rzeczywiście cierpi. Przyczynami popełniania błędów diagnostycznych są: pominięcie podczas wywiadu lekarskiego pytań istotnych dla rozpoznania choroby, niezalecenie odpowiednich badań specjalistycznych, mylna ocena objawów obiektywnie wystarczających do postawienia trafnej diagnozy, bądź zaniechanie weryfikacji wyników badań budzących uzasadnione wątpliwości. Ściśle skorelowany z błędem diagnostycznym jest błąd rozpoznania, który może polegać na: wydaniu przez lekarza zaświadczenia o częściowej niezdolności do pracy pacjentowi całkowicie niezdolnemu do jej wykonywania, bądź przekazanie pacjentowi błędnych informacji na temat prognozowanego stanu jego zdrowia. Natomiast błąd terapeutyczny (lecniczy) jest popełniany w razie wyboru przez lekarza metody leczenia obiektywnie nieodpowiedniej z punktu widzenia medycznego dla danego przypadku. Błąd ten może być pierwotny, gdy rozpoznanie było prawidłowe, lecz dobrano niewłaściwą terapię, bądź wtórny, gdy jest następstwem błędnej diagnozy.

W ocenie Sądu Okręgowego - z opinii powołanych w tym postępowaniu biegłych sądowych wprost wynika, iż zarówno kwalifikacja do zabiegu, przygotowanie, jak i jego przeprowadzenie było zgodne z zasadami sztuki lekarskiej i zgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. Wobec typu przeprowadzonego zabiegu postępowanie monitorujące stan pacjentki w pierwszej dobie po zabiegu z dnia 14 grudnia 2005 r., również należy traktować jako zgodne z obowiązującymi standardami. Ubytek krwi powódki, wymagający przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych był spowodowany nie samym zabiegiem biopsji chirurgicznej i usunięciem zmiany znajdującej się w piersi lewej, a powikłaniem tego zabiegu. Biegli z zakresu swoich specjalności nie stwierdzili żadnego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego przebytymi zabiegami, powikłaniami i czynnościami leczniczymi zastosowanymi u powódki w pozwanej placówce opieki medycznej. Brak jest zatem podstaw - w ocenie Sądu Okręgowego - do przypisania odpowiedzialności pozwanej placówce na zasadzie art. 430 k.c. Jako właściwy oceniono również czas reakcji zespołu medycznego – nie było potrzeby wykonywania przedmiotowego zabiegu w nocy, ponieważ krwawienie nie było duże, brak było oznak zagrożenia życia, a chora była w stanie stabilnym. Wobec tego, brak jest podstaw do przypisania pozwanemu odpowiedzialności z tytułu winy organizacyjnej, z uwagi na niepodjęcie zabiegu reoperacji w godzinach nocnych (a zatem przypisania pozwanemu odpowiedzialności na zasadzie przepisu art. 416 k.c.). Strona powodowa twierdząca, że przy wykonywaniu zabiegu leczniczego doszło do naruszenia obowiązku staranności, obowiązana jest wykazać, że szkoda wyrządzona przez lekarza jest obiektywnie wynikiem naruszenia przez niego wymaganej staranności. Dopiero pomyślnie przeprowadzenie tego dowodu może stanowić podstawę do ustalenia niedbalstwa lekarza, którego w takiej sytuacji procesowej obciąża przeprowadzenie przeciwdowodu stwierdzającego, że w tej (ustalonej) sytuacji nie było możliwe zachowanie większej staranności. Nie ma jednak żadnych podstaw do uznania, że sam fakt wystąpienia uszczerbku na zdrowiu świadczy o zawinionym działaniu czy zaniechaniu szpitala czy lekarza przeprowadzającego zabieg.

Sąd Okręgowy wskazał ponadto, iż nawet sam fakt popełnienia błędu medycznego nie jest wystarczający do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej lekarzowi, za którego działania i zaniechania na podstawie art. 430 k.c. odpowiada placówka medyczna. Konieczne jest bowiem łączne spełnienie także dalszych przesłanek, tj. poniesienia szkody przez pacjenta, zawinonego charakteru błędu, a także istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy szkodą, a działaniem lekarza. Tymczasem w przedmiotowej sprawie żadna z powyższych przesłanek nie wystąpiła. Sąd stanął przy tym na stanowisku, iż lekarz nie może ponosić odpowiedzialności za każde powikłanie występujące w toku leczenia pacjenta, gdyż wiązałoby się to z jego odpowiedzialnością absolutną, nigdy nie ma zaś gwarancji, że operacja się powiedzie i przyniesie oczekiwany skutek.

W ocenie Sądu I instancji postępowanie personelu medycznego pozwanej placówki medycznej szpitala było prawidłowe, zgodne ze sztuką medyczną. Po pierwsze, lekarzom i personelowi medycznemu nie można przypisać winy za jego działanie, co czyni powództwo nieuzasadnionym. Odnośnie istnienia związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy działaniem a wystąpieniem szkody, wskazać należy, że to nie działanie lekarzy, a sam fakt wystąpienia konieczności reoperacji spowodował wystąpienie u powódki szkody, z której wywodzone są roszczenia pozwu. Ustalenie odpowiedzialności deliktowej na podstawie art. 415 k.c. wymaga kumulatywnego wystąpienia wszystkich trzech wskazanych wcześniej przesłanek. Wobec braku spełnienia jednej z nich, tj. winy, choćby w najmniejszym stopniu, zbędne jest analizowanie pozostałych przesłanek odpowiedzialności deliktowej. W konsekwencji, zarówno roszczenie powódki z art. 445 § 1 k.c. o zapłatę zadośćuczynienia, jak i roszczenie z art. 444 § 1 k.c. o zwrot kosztów leczenia są niezasadne i jako takie nie zostały przez Sąd uwzględnione. Z uwagi na powyższe, powództwo w zakresie ustalenia odpowiedzialności wobec powódki za skutki mogące ujawnić się w przyszłości, związane z uszkodzeniem ciała i doznany uszczerbkiem na zdrowiu, także podlegało oddaleniu.

Analizując zasadność żądania powódki co do zwrotu kosztów poniesionych w związku z jej leczeniem w pozwanym szpitalu w dniach 13-20 grudnia 2005 r., Sąd Okręgowy wskazał, iż dochodzenie przez poszkodowanego roszczeń z art. 444 k.c. zależy od przypisania określonej osobie odpowiedzialności za zdarzenie szkodzące (na wskazanej przez ustawodawcę zasadzie winy, ryzyka lub słuszości) oraz ustalenia szkody, pozostającej w adekwatnym związku przyczynowym z tym zdarzeniem. Na podstawie art. 444 k.c. kompensowana jest wyłącznie szkoda majątkowa w postaci uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Mianem uszkodzenia ciała określa się takie przypadki naruszenia integralności fizycznej człowieka, które polegają na zniszczeniu (zerwaniu ciągłości) jego tkanek lub organów (np. rany, pozbawienie części ciała). Uszkodzenie ciała często pociąga za sobą rozstrój zdrowia, który może jednak powstać także z innych przyczyn. Polega on na wywołaniu dysfunkcji organizmu człowieka przez doprowadzenie do zakłócenia funkcjonowania jego poszczególnych układów i systemów (np. układu pokarmowego, systemu nerwowego). W sprawie niniejszej nie doszło do ziszczenia się przesłanek odpowiedzialności ze wspomnianego przepisu, dlatego też Sąd nie znalazł podstaw do uwzględnienia żądania powódki w tym zakresie.

Odnosząc się z kolei do badania przesłanek odpowiedzialności samego Instytutu za wyrządzoną E. M. szkodę, Sąd Okręgowy wskazał, iż w orzecznictwie przyjmuje się, iż zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez lekarza dokonującego czynności w tym zakładzie. Odpowiedzialność deliktowa pozwanego Instytutu oparta jest więc na przesłance w postaci szkody, powstałej wskutek zawinonego działania lub zaniechania lekarza podejmującego czynności diagnostyczne. Art. 361 § 1 k.c., który wprowadza dodatkową przesłankę odpowiedzialności a mianowicie, zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Podstawą żądania powódki w tym zakresie jest przepis art. 430 k.c., statuujący odpowiedzialność zwierzchnika za działanie osób podwładnych. Mimo samodzielności lekarzy, dokonujących czynności diagnostycznych i terapeutycznych, powszechnie przyjmuje się na podstawie art. 430 k.c. odpowiedzialność jednostek organizacyjnych, na rachunek których lekarze wykonują te czynności. Lekarz może więc być uznany za podwładnego w pełnym zakresie, ponieważ podlega ogólnoorganizacyjnemu kierownictwu zakładu leczniczego, a czynności lecznicze wykonuje na rachunek zakładu, choćby miał w tym również własny interes. Jednak odpowiedzialność samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. zachodzi tylko wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie: 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. Ciężar dowodu w zakresie wykazania zarówno istnienia szkody i związku przyczynowego między powstaniem szkody a działaniem lub zaniechaniem sprawcy szkody, a także faktu, iż szkoda została wyrządzona z winy osoby pociągniętej do odpowiedzialności, spoczywa na poszkodowanym. Na gruncie art. 430 k.c., do przyjęcia winy osoby wskazanej w powołanym przepisie, nie jest potrzebne wykazanie, że osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego. Wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku. W niniejszej sprawie, wobec braku spełnienia podstawowej przesłanki statuującej odpowiedzialność placówki medycznej, tj. jakiegokolwiek winy lekarzy oraz pozostałych członków personelu medycznego, jak również niemożności przypisania dokonywanym przez nich czynnościom diagnostycznym i leczniczym cech lekkomyślności czy niedbalstwa, oczywistym jest, iż podnoszone przez powódkę okoliczności pozostają bezzasadne w świetle zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego.

Sąd Okręgowy wskazał, iż zakład leczniczy może ponosić nie tylko odpowiedzialność tzw. zastępczą za zawinione wyrządzenie szkody przez zatrudnionych w nim lekarzy lub/i personel medyczny, ale także za winę własną, organizacyjną. Wina ta polega na zaniechaniu przez szpital ciężących na nim obowiązków w zakresie należytej organizacji procesu leczenia oraz na wadliwym funkcjonowaniu instytucji leczniczej jako całości, które niezależnie od działań lekarza i personelu medycznego prowadzą do wyrządzenia pacjentowi szkody (art. 415 k.c. lub art. 416 k.c. oraz art. 471 k.c.). Mowa jest wtedy nie o winie jednego, konkretnego lekarza czy też organu, ale wina zakładu jako osoby prawnej. Wina organizacyjna może polegać na zaniechaniach w zakresie organizacji bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym podczas jego pobytu w zakładzie leczniczym, czy też na wyrządzeniu szkody wynikłej z posługiwania się wadliwymi przyrządami czy urządzeniami. W takim wypadku jednak szpital odpowiada tylko wtedy, gdy przy dołożeniu należytej staranności mógł te wady wykryć i w konsekwencji uniknąć wyrządzenia szkody. W niniejszej sprawie, jak już wcześniej wskazano brak jest podstaw do postawienia pozwanemu zarzutu przeprowadzenia leczenia powódki w pozwanym zakładzie, z powodu winy organizacyjnej. Wbrew twierdzeniom powódki, w ocenie Sądu I instancji - niewątpliwym jest również, iż w IV kwartale 2005 r. aparaty mammograficzne G. oraz aparat USG, jakimi dokonywane były badania zlecone powódce, objęte były umową serwisową, wszelkie nieprawidłowości czy awarie usuwane były na bieżąco, a przez pracowników Zakładu (...) dodatkowo wykonywane były kontrole jakości aparatów, potwierdzające ich sprawność techniczną, zatem nie może być mowy o zaniechaniu jakichkolwiek procedur dotyczących bezpieczeństwa.

Odnosząc się z kolei do przesłanek odpowiedzialności pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W., Sąd Okręgowy wskazał, iż przedmiotem ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej jest ten rodzaj odpowiedzialności, jaka może powstać dla lekarza lub zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone pacjentowi, jednak ubezpieczyciel odpowiada tylko wówczas, gdy ubezpieczający będzie ponosił odpowiedzialność cywilną. Podstawę prawną ubezpieczeń stanowi kodeks cywilny, którego art. 805 stanowi, że przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Zgodnie zaś z art. 822 § 1 k.c., przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. W ramach ubezpieczenia OC ubezpieczyciel jest obowiązany do zapłacenia należnego od lekarza lub zakładu opieki zdrowotnej odszkodowania za szkodę majątkową i zadośćuczynienie za doznaną krzywdę na rzecz poszkodowanego – najwyżej jednak, za każdy wypadek, do ustalonych w umowie ubezpieczenia sum gwarancyjnych, do pokrycia niezbędnych kosztów w sądowej i pozasądowej obrony przeciw roszczeniem osoby trzeciej w sporze prowadzonym na polecenie ubezpieczyciela lub za jego zgodą oraz do pokrycia kosztów wynagrodzenia biegłych powołanych za zgodą ubezpieczyciela dla ustalenia okoliczności i rozmiaru szkody. Obowiązek świadczenia ubezpieczyciela z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej powstaje z chwilą powstania odpowiedzialności cywilnej jego kontrahenta. Mając na uwadze, iż Ubezpieczyciel wypłaca poszkodowanemu odszkodowanie tylko w razie uznania roszczenia w prawomocnym wyroku sądowym, żądanie

powódki, w ocenie Sądu Okręgowego, należało oddalić również wobec pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z (...) w W., jako że nie ziściły się przesłanki odpowiedzialności pozwanej placówki medycznej.

W orzeczeniu o kosztach postępowania Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 102 k.p.c., art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. 2010, Nr 90, 594 ze zm.) i art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 26 maja 1982 r. - Prawo o adwokaturze (tekst jedn. Dz. U. z 2009 r. Nr 146, poz. 1188) oraz § 19 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (tekst jedn. Dz. U. Nr 2013, 461).

Apelację od powyższego orzeczenia wniosła powódka zaskarżając wyrok w całości i podnosząc następujące zarzuty:

1. naruszenie art. 233 §1 k.p.c. poprzez błędną ocenę, niezgodną z zadami logiki i doświadczenia życiowego opinii biegłych A. Ś. z zakresu chirurgii onkologicznej oraz D. B. z zakresu radiologii tj. przyjęcie, iż opinie te sporządzone zostały w sposób fachowy i zupełny, wystarczający do ustalenia prawidłowego postępowania diagnostycznego i leczenia powódki, w sytuacji gdy opinie te wydane zostały w oparciu o opis badania USG piersi powódki bez weryfikacji zgodności obrazu z opisem dokonany przez lekarza radiologa,

2. naruszenie art. 217§1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. przez niedopuszczenie zgłoszonych prawidłowo dowodów z opinii instytutu naukowego i lub instytutu badawczo – naukowego na okoliczność weryfikacji prawidłowego postępowania w procesie diagnostycznym i leczniczym u powódki, podczas gdy dowód ten dotyczy okoliczności mających istotne znaczenie, a sporne okoliczności nie zostały jeszcze dostatecznie wyjaśnione wobec zgłoszonego przez powódkę braku kompletnej dokumentacji medycznej (brak oryginału wydruku badania USG) oraz jej wątpliwości co do załączenia do akt sprawy zdjęć mammograficznych nie będących zdjęciami powódki;

3. naruszenie art. 233§1 k.p.c. w zw. z art. 328§2 k.p.c. przez niewyjaśnienie wszystkich okoliczności faktycznych w sprawie, tj. braku ustalenia okoliczności spornej w sprawie tj. czy zdjęcia mammograficzne załączone do akt sprawy przez pozwanego są zdjęciami powódki,

4. naruszenie art. 233§1 k.p.c. przez brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego i dokonania jego oceny z pominięciem istotnej części materiału, poprzez pominięcie niezgodnych ze sobą zeznań świadka K. W. (1) w zakresie z którego wynika, iż o przeprowadzeniu zabiegu lokalizacji decyduje wyłącznie lekarz kierujący – chirurg oraz świadka W. K., z których wynika, iż podjął decyzje o zabiegu lokalizacji z wycięciem w oparciu o jednoznaczne wskazania radiologów zalecające usunięcie zmiany w całości oraz braku rozważenia treści tych zeznań z opinia biegłej sądowej A. Ś. z zakresu chirurgii onkologicznej w zakresie w jakim biegła wyjaśniła, iż diagnoza oraz decyzje terapeutyczne w takiej sytuacji powinien podejmować zespół lekarzy radiologa, chirurga onkologicznego oraz histopatologa;

5. naruszenie art. 233§1 k.p.c. przez brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego i dokonania jego oceny z pominięciem istotnej części materiału dowodowego w zakresie oceny sprawności aparatury i urządzeń medycznych, z użyciem których poddawana diagnostyce była powódka, przez pominięcie twierdzenia pozwanego Instytutu, iż nie posiada żadnych dokumentów potwierdzających sprawność techniczną zestawu do mammografii (...), na którym był przeprowadzany zabieg lokalizacji – założenia kotwic;

6. naruszenie art. 233§1 k.p.c. przez sprzeczne z zasadami logiki i doświadczenia życiowego wyprowadzenie faktu, iż powódka została poinformowana o konieczności, rodzaju i przebiegu zabiegu, a także o możliwych powikłaniach, z dowodu z zeznań świadka W. K., w sytuacji gdy sam świadek potwierdził, że czynności te wykonywane są rutynowo przy podpisywaniu formularza;

7. naruszenie art. 233§1 k.p.c. przez dokonanie oceny materiału dowodowego z pominięciem zeznań świadków K. M. i M. M. z których wynika, iż powódka była przeświadczona że będzie miała wykonany prosty zabieg biopsji;

8. naruszenie art. 233§1 k.p.c. przez sprzeczne z zasadami logiki i doświadczenia życiowego wyprowadzenie faktu, iż powódka została poinformowana o konieczności przeprowadzenia zabiegu biopsji chirurgicznej z wycięciem zmiany - z dowodu z zeznań Z. W..

W konsekwencji powódka wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku przez uwzględnienie powództw w całości i zasądzenie kosztów procesu. Ponowiła także wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii Instytutu naukowego lub naukowo – badawczego na okoliczności wcześniej skazane.

Strona pozwana wносиła o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie jest zasadna. Sąd Apelacyjny podziela zarówno ustalenia faktyczne, jak i ich ocenę prawną dokonaną przez Sąd Okręgowy.

W szczególności nie są zasadne zarzuty naruszenia art. 233§1 k.p.c. Zgodnie z tym przepisem sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie "wszechstronnego rozważenia zebranego materiału", a zatem z uwzględnieniem wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych dowodów i mających znaczenie dla oceny ich mocy i wiarygodności. Ramy swobodnej oceny dowodów wyznaczone są wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i wając ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego. Ocena dowodów jest istotą sędziowskiego wymiaru sprawiedliwości i dla skutecznego zakwestionowania oceny dokonanej przez sąd pierwszej instancji konieczne jest wykazanie, że sąd ten dokonując oceny dowodów w sposób rażący naruszył podstawowe reguły oceny, a więc zasady logicznego rozumowania, doświadczenia życiowego, prawidłowego wnioskowania. Strona chcąc podważyć sędziowską ocenę dowodów nie może ograniczać się do przedstawienia własnej ich oceny, ponieważ jest to zwykła polemika ze stanowiskiem sądu niemogąca odnieść skutku. Konieczne jest wskazanie w takiej sytuacji przyczyn, dla których dokonana przez sąd ocena dowodów nie spełnia kryteriów określonych w art. 233 § 1 k.p.c. Jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, 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, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona.

Ocena dowodu z opinii biegłego jest dokonywana według kryterium wiarygodności w tym znaczeniu, że nie można nie dać wiary biegłemu odwołując się do wewnętrznego przekonania sędziego czy zasad doświadczenia życiowego. Opinia biegłego podlega ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., ale odróżniają ją nadto szczególne dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania wyrażonego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej. Opinie biegłych, które Sąd I instancji przyjął za podstawę swojego rozstrzygnięcia, zostały wyrażone w sposób stanowczy, zgodny z zasadami logiki, brak też jest podstaw, aby zarzucić im niezgodność z zasadami wiedzy powszechnej. W niniejszej sprawie Sąd opuścił zarówno dowód z opinii biegłego radiologa, jak i dwukrotnie biegłego z zakresu chirurgii onkologicznej, biegli ci dysponowali dokumentacją lekarską zawartą w aktach, która jest tożsama z oryginałami dokumentacji znajdującej się w aktach prokuratorskich, nie podnosili, aby dokumentacja ta była niewystarczająca do wydania opinii, czy też aby kopie tych badań były dla nich nieczytelne. Biegły onkolog mógł posługiwać się opisem badania USG, bowiem biegły radiolog, który dokonywał oględzin znajdujących się w aktach dowodów tych badań (w tym kopii printu badania USG z 21 października 2005r. k. 321, który to print wygląda identycznie, jak oryginał znajdujący się w aktach prokuratorskich), jak i badań mammograficznych, stwierdził, że zostały one prawidłowo zinterpretowane (k. 793). A zatem okoliczność, iż biegła onkolog bazowała na opisie badania, nie

ma znaczenia dla oceny wniosków płynących z tej opinii. Brak jest zatem podstaw, aby zarzucać Sądowi I instancji nieprawidłową ocenę tych dowodów.

Nie jest zasadny również zarzut naruszenia art. 217§1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku dowodowego strony o dopuszczenie dowodu z opinii instytutu. W niniejszej sprawie było przeprowadzonych kilka opinii biegłych co do prawidłowości leczenia powódki. Wszystkie w istocie były zgodne co do wniosku, iż pozwanemu nie można zarzucić naruszenia obowiązujących zasad i standardów. Sąd nie ma obowiązku dopuszczania kolejnych opinii aż twierdzenie strony zostanie udowodnione, jeżeli dotychczasowe opinie są jednoznaczne i nie zawierają wad ich dyskwalifikujących. Drobne rozbieżności między poszczególnymi opiniami nie mają wpływu na płynące z nich wnioski. Zdjęcia mammograficzne powódki są opisane na kliszy jej nazwiskiem, co w ocenie Sądu co do zasady wyklucza możliwość ich pomylenia, jednakże również fakt, iż te same zmiany stwierdzono w toku wykonywania kilku zdjęć mammograficznych robionych w różnym czasie (przed skierowaniem na zabieg, jak i tuż przed jego przeprowadzeniem), wskazuje na to, iż są to zdjęcia powódki. Nadto przedmiotowa skierowana do wycięcia zmiana została zaznaczona przed samym zabiegiem na piersi powódki, a założenia kotwic dokonano nie w oparciu o jakies wcześniejsze zdjęcie, ale pod aparatem mammograficznym, co wyklucza możliwość pomyłki. Sama powódka wskazuje w swoich informacyjnych wyjaśnieniach, iż druty wbijano jej w pierś dwukrotnie, a zatem szczegółowo pod mammografem zlokalizowano zmianę zakwalifikowaną do wycięcia. Żaden z biegłych nie miał wątpliwości w tej kwestii, a oryginały tych zdjęć załączone do akt prokuratorskich nie budzą wątpliwości, iż są to te same zdjęcia. Podobnie – jak już wcześniej zauważono – kopie printu badania USG wyglądają identycznie jak ich oryginał w aktach prokuratorskich. Ze wszystkich opinii biegłych wynika, iż istniało wysokie prawdopodobieństwo powstania nowotworu i zachodziła konieczność przeprowadzenia biopsji otwartej.

Nie jest zasadny zarzut naruszenia art. 233§1 k.p.c. w odniesieniu do zeznań K. W. (2), W. K. i biegłej A. Ś., bowiem niezależnie od tego czy decyzje podjął sam chirurg w oparciu o wskazania radiologów czy zespół lekarzy, to decyzja ta – jak wynika z opinii biegłych – była słuszna i zgodna z obowiązującymi standardami. Istniało bowiem znaczne prawdopodobieństwo powstania nowotworu i zgodnie obowiązującymi procedurami należało usunąć podejrzaną zmianę, nawet w przypadku gdyby się okazało, że zmiana jednak nie miała charakteru nowotworowego. To właśnie zaniechanie takiego działania, w przypadku gdyby się okazało, że jednak zmiana miała charakter nowotworowy rodziłoby odpowiedzialność pozwanego szpitala.

Brak jest podstaw do uznania, że Sąd I instancji naruszył art. 233§1 k.p.c. poprzez uznanie, że aparatura medyczna była sprawna. Sam fakt, że szpital obecnie nie posiada dokumentacji potwierdzającej sprawność techniczną części aparatury i urządzeń medycznych, nie oznacza automatycznie, że aparatura ta była niesprawna. Jak wynika z zebranego materiału dowodowego, urządzenia medyczne były na bieżąco kontrolowane i sprawdzane. Nadto brakująca dokumentacja techniczna dotyczy jedynie części zestawu (...) jak wskazuje pozwany - stołu na którym wykonywano badania – co w ocenie Sądu Apelacyjnego nie ma większego znaczenia, bowiem istotna jest przede wszystkim jakość wykonanych zdjęć.

Wprawdzie z zeznań świadka W. K. wynika, iż stwierdził on, że poinformowanie o konieczności i rodzaju zabiegu odbywa się rutynowo przy podpisaniu formularzy, jednak jak wynika z wyjaśnień samej powódki domagała się ona szerszych wyjaśnień i je uzyskała (k. 240). Nadto z formularza zgody wynika, iż wyraźnie wpisano tam, że ma być przeprowadzony zabieg lokalizacji i wycięcia zmiany w piersi lewej (k. 50). Niewątpliwie nie jest celowe straszenie pacjenta przed samym zabiegiem informacją o wszystkich możliwych powikłaniach, w sytuacji gdy w oparciu o dostępne dane zabieg jest kwalifikowany jako ratujący zdrowie czy nawet życie. Taka informacja może pogorszyć stan psychiczny pacjenta, co może mieć wpływ na późniejszy proces powrotu pacjenta do zdrowia. Idąc do szpitala powódka wprawdzie mogła sobie w pełni nie zdawać sprawy z ostatecznego zakresu i skutków zabiegu, jednak wiedziała, że jest celowe usunięcie zmiany w piersi lewej, bowiem w dniu 24 listopada 2004r. była na konsultacji onkologicznej u prof. Z. W., który również wpisał takie zalecenie (k. 73). Nadto przy podpisywaniu zgody na zabieg uzyskała dodatkowe informacje, a zatem zasadnie Sąd Okręgowy nie dał wiary świadkom w osobach K. M. i M. M., że powódka przed samym zabiegiem sądziła jeszcze, że będzie to jedynie prosty zabieg biopsji. Chyba że - tak mówiła synom, nie chcąc, aby niepokoili się o nią. Sąd Okręgowy szczegółowo rozważył kwestię prawidłowości poinformowania powódki o zasadach,

sposobie prowadzenia i ewentualnych następstwach proponowanego zabiegu „lokalizacji i wycięcia zmiany z piersi lewej” i Sąd Apelacyjny ocenę tę podziela.

Wprawdzie prof. W. w toku przesłuchania wskazał, iż zajmował się leczeniem powódki dopiero od lipca 2006r., ale powódka sama złożyła do akt sprawy wraz z pozwem wynik konsultacji onkologicznej z 24 listopada 2005r. z którego jak już wyżej wskazano wynika, iż prof. W. również zakwalifikował zmiany w piersi do usunięcia (k. 73), ustalenie Sądu Okręgowego jest zatem prawidłowe.

Odnosząc się jeszcze do zarzutów powódki zawartych w piśmie z dnia 23 marca 2016r. należy wskazać, iż kwestia czy lokalizacja była trudna czy nie, należy do kwestii ocennych, i rozbieżności w ocenie stopnia trudności nie uzasadniają przypisywania szpitalowi fałszowania dokumentacji czy błędu diagnostycznego. Lekarz operujący powódkę wykonuje kilka takich operacji dziennie, a jego przesłuchanie miało miejsce kilka lat po zdarzeniu, a zatem trudno też wymagać, aby dokładnie pamiętał warunki tej konkretnej operacji i nie mylił jej z innymi. Podobnie nie świadczą o pomyłce czy fałszowaniu dokumentacji – wskazane przez powódkę niedokładności w opisach zawartych w pobocznej, sporządzanej przez personel szpitalny, dokumentacji medycznej, w tym posługiwanie się skrótem łacińskim będącym określeniem raka piersi. Kwestia różnic w godzinach podawanych na poszczególnych dokumentach wykonywania lokalizacji została wyjaśniona częściowo przez świadka K. W. (k. 225), różnice w innych dokumentach mogą wynikać np. z braku sprawdzenia w danym momencie dokładnej godziny opuszczenia sali przez pacjentkę i późniejszego uzupełnienia tych danych wg przypuszczalnego przybliżonego czasu. Dokumentacja medyczna sporządzona powódce w pozwanym szpitalu była przedmiotem oceny kilku biegłych, którzy nie stwierdzili ani błędów diagnostycznych, ani wykonawczych, nie zauważyli też istotnych rozbieżności w tej dokumentacji mogących rzutować na ocenę prawidłowości leczenia powódki. Sąd nie może z pominięciem opinii biegłych samodzielnie dokonywać takiej oceny, zaś spójność wniosków wynikających z opinii biegłych nie uzasadnia dopuszczenia również w postępowaniu apelacyjnym kolejnego dowodu z opinii biegłych. Dodatkowa dokumentacja medyczna, która pojawiła się w ostatniej fazie procesu, to dokumentacja dla potrzeb administracyjnych, a nie bezpośrednia dokumentacja lekarska z leczenia powódki. Sąd Okręgowy dokonał oględzin oryginałów zasadniczej dokumentacji lekarskiej powódki załączonej do akt prokuratorskich i porównania jej z dokumentacją złożoną do akt, i stwierdził, iż jest to ta sama dokumentacja. Brak jest podstaw do zanegowania tego stanowiska. Ewentualne późniejsze dopiski (zapewne dla potrzeb administracyjnych) na tej dokumentacji nie mają znaczenia dla jej oceny.

Mając na uwadze powyższe, na podstawie art. 385 k.p.c. Sąd Apelacyjny orzekł jak w sentencji.

O kosztach orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c. mając na uwadze zły stan majątkowy powódki oraz jej zły stan psychiczny pozostający pośrednio w związku z przeprowadzonym zabiegiem i jego skutkami.