

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 21 września 2011 roku D. P. (1) wniosła o zasądzenie na jej rzecz od (...) Zakładu Opieki Zdrowotnej sp. z o.o. w Ł.:

- kwoty 100.000 zł zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu,
- kwoty 3.260 zł odszkodowania z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu,
- renty w kwocie po 200 zł miesięcznie na pokrycie zwiększonych potrzeb związanych z chorobą, poczynając od 1 lipca 2011 roku,
- kosztów postępowania.

W uzasadnieniu wskazano, że w dniu 9 września 2009 roku, korzystając z programu wczesnego wykrywania raka piersi refundowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, poddała się w (...) ZOZ sp. z o.o. w Ł. badaniu mammograficznemu piersi. Badanie nie wykazało zmian podejrzanych. Dopiero po kolejnych badaniach w styczniu 2011 roku wykryto u niej guza piersi, co w dalszej kolejności spowodowało amputację piersi zaatakowanej nowotworem z wycięciem węzłów chłonnych pachowych.

(pozew k. 2-6)

W odpowiedzi na pozew (...) ZOZ sp. z o.o. w Ł. wniosła o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych.

Strona pozwana zakwestionowała twierdzenia powódki, iż ocena wyników badania mammograficznego była niewłaściwa, czy błędna – wobec zmian widocznych radiologicznie, a konieczność leczenia operacyjnego powódki i związanych z tym dolegliwości wynikają z jej samoistnej choroby.

(odpowiedź na pozew k. 38-43)

Na wniosek strony powodowej, postanowieniem z dnia 9 grudnia 2011 roku, Sąd wezwał do udziału w sprawie w charakterze pozwanego lekarza dokonującego oceny badań obrazowych powódki - R. M. (1).

(pismo k. 55-57, postanowienie k. 58)

Dopozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie zwrotu kosztów postępowania, wskazując, że wykonał czynności diagnostyczne w sposób zgodny z obowiązującymi wytycznymi programu profilaktyki, a także, że dokonał wszechstronnej analizy dostarczonych zdjęć mammograficznych zgodnie ze skalą BIRADS. Ponadto pozwany podniósł, że u powódki wykryto, w późniejszym czasie, mięsaka, który jest bardzo rzadko stwierdzanym rozrostem złośliwym sutka, stanowiącym niecały 1% zmian złośliwych tych okolic, który wykryć można wyłącznie w badaniu histopatologicznym, a nie radiologicznym.

(odpowiedź na pozew k. 66-71)

Na rozprawie w dniu 25 lipca 2012 roku (...) S.A. zgłosił interwencję uboczną po stronie pozwanej spółki (...). Interwenant uboczny wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powódki kosztów postępowania według norm przepisanych.

(pismo k. 161-162, protokół rozprawy k. 163)

Wyrokiem z dnia 26 lipca 2013 roku Sąd Okręgowy w Łodzi oddalił powództwo oraz orzekł o kosztach procesu. Orzeczenie zostało oparte na ustaleniu, że lekarz dokonujący oceny zdjęcia w ramach pozwanej jednostki medycznej nie dopuścił się błędu; opis zdjęć RTG został wykonany prawidłowo. Wyjaśniono także, że program w ramach którego wykonano badanie, nie przewidywał informowania pacjentek o występujących zmianach łagodnych.

(wyrok z uzasadnieniem k. 248, 250-254)

Apelację od powyższego wyroku wywiodła D. P. (1), wnosząc o uchylenie wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji.

(apelacja k. 265-268)

Wyrokiem z dnia 14 kwietnia 2014 roku Sąd Apelacyjny w Łodzi uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Łodzi.

W uzasadnieniu Sąd II instancji zwrócił uwagę na podstawy prawne odpowiedzialności pozwanych wskazując, iż Sąd I instancji dokonał analizy jedynie w odniesieniu do winy lekarza dokonującego diagnostyki zdjęć. Podkreślając możliwość wieloznacznej kwalifikacji prawnej faktów uznano, iż Sąd Okręgowy zaniechał rozważań dotyczących winy własnej pozwanej jednostki w kontekście braku informacji o rzeczywistym stanie zdrowia i wpływu tego zaniechania na dalsze leczenie i stan zdrowia powódki. Wskazano także na brak oceny drugiego badania z dnia 14 stycznia 2011 roku. Z tych względów, Sąd Apelacyjny uznał za konieczne przeprowadzenie postulowanego przez strony postępowania dowodowego w zakresie wymaganym dla ustalenia istnienia związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem pozwanych a stanem zdrowia powódki oraz w kontekście dopuszczalności roszczenia o zadośćuczynienie za naruszenie prawa pacjenta do informacji.

(wyrok z uzasadnieniem k. 329,330-335)

Po uchyleniu wyroku Sądu I instancji pozwany R. M. (1) wskazał dodatkowo, iż do lekarzom dokonującym opisu dostarczana jest ankieta wypełniona przez pacjentkę i 4 zdjęcia mammograficzne, a lekarz wypełnia jedynie kartę badania mammograficznego. W ramach „Programu profilaktyki raka piersi” lekarz opisujący radiogramy nie ma osobistej styczności z pacjentką, nie ma możliwości jej zbadania, ani wykonania innych dodatkowych badań. Pozwany podniósł, że prawidłowo opisał wynik badań z dnia 11 września 2009r. i nie był odpowiedzialny za dalszą procedurę, w szczególności – za powiadomienie pacjentki o wyniku.

(pismo k. 360-361)

Pozwany (...) ZOZ sp. z o.o. w Ł. podniósł, że aktem regulującym kwestie prowadzonych przez NFZ profilaktycznych programów zdrowotnych, obejmujących program profilaktyki raka piersi, realizowanych w roku 2009, jest zarządzenie nr 81/2008/DSOZ Prezesa NFZ z 14.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, a nie powoływane zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 86/2005 z dnia 13 października 2005 roku. Zarzucono również, że badanie z 2011 roku nie było w toku dotychczasowego postępowania w ogóle kwestionowane przez stronę powodową. W odniesieniu do obowiązku informacyjnego pozwany nie zgodził się z uznaniem, że był on szerszy, niż ten, jaki został wobec powódki zrealizowany poprzez przekazanie pisemnej informacji, że w badaniu mammograficznym nie stwierdzono zmian podejrzanych.

(pismo k. 364-365)

Strona powodowa w dniu 14 września 2016 sprecyzowała, że w ramach zadośćuczynienia objętego pozwem domaga się kwot: 60.000 zł – z tytułu błędu medycznego i 40.000 zł – z tytułu naruszenia prawa pacjenta do informacji.

(pismo procesowe k. 464-466)

W piśmie z dnia 28 sierpnia 2016 roku pozwana jednostka medyczna zarzuciła, że zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta nie było przedmiotem pozwu; w ocenie pozwanego podstawą faktyczną roszczeń był wyłącznie błąd medyczny. Następnie – wobec sprecyzowania roszczeń z tytułu zadośćuczynienia – strona pozwana podniosła zarzut przedawnienia co do roszczenia opartego na zarzucie naruszenia przepisów ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, przysługującego na podstawie art. 448 k.c.

Ponadto zarzucono, że Sąd Apelacyjny dokonał analizy w oparciu o nie obowiązujące w dacie badania powódki zarządzenia Prezesa NFZ.

(pisma procesowe k. 448-451, 488-491)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 9 września 2009 roku D. P. (1), korzystając z zaproszenia do skorzystania z populacyjnego, przesiewowego programu wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet w wieku 50 – 69 lat, refundowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, poddała się badaniu mammograficznemu obu piersi w (...) Zakładzie Opieki Zdrowotnej sp. z o.o. w Ł..

(okoliczność bezsporna)

Wzorzec postępowania w ramach „Programu profilaktyki raka piersi” refundowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia został określony w załączniku nr 4 do Zarządzenia Nr 81/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia

14 października 2008 roku w sprawie zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

W ramach programu zleceniobiorca obowiązany był do prowadzenia elektronicznej dokumentacji dostarczonej przez NFZ. Podejmowanie decyzji co do dalszego postępowania było uzależnione od wyniku badania i miało być zgodne z podaną procedurą. W ramach tego obowiązku przewidziane zostało informowanie o dalszej diagnostyce i jednostkach ją wykonujących.

(zarządzenie k. 664-669 z załącznikami k. 670-671, zasady realizacji programu k. 686-694)

Lekarzom specjalistom dostarczana była ankieta wypełniona przez pacjentkę i 4 zdjęcia mammograficzne. Lekarz wypełniał kartę badania mammograficznego, która zawierała szczegółowe punkty opisu zdjęć wykonanych podczas badania mammograficznego. W ramach „Programu profilaktyki raka piersi” lekarz opisujący badania nie miał osobistej styczności z pacjentką, możliwości jej zbadania, ani wykonania innych dodatkowych badań. Dalszą diagnostykę w ramach programu Narodowego Funduszu Zdrowia zalecało się jedynie wtedy, gdy zmiana była radiologicznie podejrzana. Jeżeli w ramach skali BIRADS zaznaczono numer 3, czyli zmianę prawdopodobnie łagodną, to wówczas program automatycznie kierował pacjentkę na pogłębioną diagnostykę, czyli USG. W dalszej kolejności następowało porównanie badań z radiogramami. Onkolog decydował, czy pod kontrolą USG wykonać biopsję. Natomiast, jeśli zakwalifikowano zmianę jako łagodną, to system komputerowy uwzględniał rozpoznanie i kierował na kolejne badanie za dwa lata.

W takim przypadku umieszczenie w punkcie 9 karty badania mammograficznego uwagi o uzupełniającym badaniu USG nie zostanie przez system komputerowy SIMP uwzględnione. Wypełnioną kartę badania mammograficznego oraz zdjęcia przekazywano do biura, gdzie sporządzany był wydruk. Dodatkowe adnotacje lekarza były wiadome pracownikowi administracyjnemu. System nie uwzględniał tych danych w wydrukowanym wyniku. Treść listu do pacjenta redagowana była w ramach programu komputerowego.

(zeznania świadka J. D. k. 695 odwr. w zw z k. 166 v.-167, zeznania S. S. k. 696 v.- 697, adnotacja od 00:41:33, zeznania pozwanego R. M. (1) k. 696, adnotacja 00:27:29, wydruki z programu k. 672, 673)

Ponieważ lekarze często dokonywali niestandardowych wpisów, NFZ dokonywał zmian treści wypełnianych przez nich ankiet. Także w ZOZ (...) zdawano sobie sprawę z tego, że wydruk nie obejmuje dodatkowych adnotacji lekarskich, mimo ich wprowadzania do komputera. Czynienie ich przez lekarzy było kłopotliwe dla jednostek medycznych. Jednak R. M. (1) uważał,

że nawet, gdy jest to niezgodne z zaleceniami, wpisanie dodatkowych informacji jest konieczne, gdy do pełnej diagnozy potrzebne było kompleksowe badanie.

(zeznania pozwanego R. M. k. 696 adnotacje 00:31:46, zeznania S. S. k. 697 adnotacje 01:00:53)

D. P. (1) poddając się profilaktycznemu badaniu mammograficznemu w (...) sp. z o.o. w Ł., wypełniła ankietę dla kobiet objętych populacyjnym programem wczesnego wykrywania raka piersi. Nie zaznaczono w niej, prócz wieku, żadnych czynników zwiększonego ryzyka zachorowania wskazanych w zasadach programu.

(ankieta k. 44, program k. 79-79 v.)

Kartę badania mammograficznego badanej wypełnił pozwany R. M. (1). Określił on utkanie piersi, jako gruczołowo – tłuszczowe (pkt 2), jako wynik – ocenę mammograficzną wskazał na zmianę łagodną (pkt 3.2 bez wezwania), zlecił kontrolne badanie mammograficzne za 2 lata (pkt 4), dokonując oceny wg BIRADS zauważył zagęszczenie i zwapnienie w piersi lewej (pkt 5), określił umiejscowienie zmian (pkt 6), średnicę zmian – 10 mm (pkt 7), ilość zmian – 1 (pkt 8), W pkt 9 karty lekarz, jako proponowane badanie uzupełniające, wpisał USG.

(karta wyniku badania mammograficznego k. 74)

R. M. (3) jako pierwszy ocenił zdjęcia mammograficzne powódki. Drugim lekarzem analizującym klisze, zgodnie z zasadą podwójnej oceny, był J. D., który potwierdził rozpoznanie przez pozwanego zmiany łagodnej i zalecenie. Obaj lekarze związani byli z (...) ZOZ sp. z o.o. umowami o świadczenie usług medycznych.

(zeznania świadka J. D. k. 695 odwr. adnotacje 00:15:26 w zw.  
z k. 167, kopie umów o świadczenie usług medycznych k. 45 i 48)

W skierowanym do D. P. (2) przez (...) sp. z o.o., opatrzonym komputerowymi danymi R. M. (1), liście, generowanym w ramach programu, stwierdzono, że wykonane u niej badanie mammograficzne nie wykazało zmian podejrzanych. Zaproszono ją jednocześnie na kolejne badania przesiewowe za 2 lata. Wynik badania nie uwzględniał uwagi R. M. (1) w zakresie wykonania uzupełniającego badania USG.

(wynik badania k. 12, zeznania S. S. k. 697, adnotacja 00:51:32)

W styczniu 2011 roku D. P. (1) wyczuła głęboko pod piersią stwardnienie oraz kłucie. Ponownie wykonała badania mammograficzne w (...) sp. z o.o. Konsultujący ją poza programem profesor A. J. rozpoznał po obejrzeniu zdjęć, guz piersi.

(okoliczność bezsporna, historia choroby k. 171-173)

Od 28 stycznia do 1 lutego 2011 roku pacjentka była hospitalizowana w szpitalu im. M. K. w Ł., gdzie 31 stycznia 2011 roku została poddana operacji, podczas której zmianę usunięto.

(karta informacyjna k. 18)

W związku z tym, że badaniem histopatologicznym rozpoznano nowotwór z grupy złośliwych – mięsak, w dniu 14 marca 2011 roku ponownie została przyjęta na Oddział (...) Onkologicznej, gdzie poddała się zabiegowi poszerzania marginesów wycięcia.

(karta informacyjna k. 19)

Od 23 maja 2011 roku do 3 czerwca 2011 roku D. P. (1) po raz kolejny była hospitalizowana na Oddziale (...) Onkologicznej Szpitala im. (...) w Ł.. W dniu 26 maja 2011 roku amputowano pierś.

(karta informacyjna k. 20, wynik badania k. 21)

Po opuszczeniu szpitala D. P. (1) uczęszczała do przyszpitalnej Poradni Onkologicznej w celu wykonania punkcji.

(historia choroby k. 142-143)

15 marca 2012 roku powódka poddana została kolejnej operacji, stwierdzono powiększenie węzła chłonnego.

(dokumentacja lekarska 137-140)

Stan zdrowia psychiczny i fizyczny powódki po zabiegach operacyjnych uniemożliwił jej funkcjonowanie w życiu codziennym. Wymagała opieki i pomocy np. w czynnościach porządkowych, higienicznych, przygotowaniu posiłków. Syn G. P. zawoził ją na wizyty lekarskie oraz do Szpitala im. (...) w Ł. na zabiegi ściągania chłonki. D. P. (1) jest emerytką, pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z mężem i drugim, niepełnosprawnym synem, który wymaga całodobowej opieki. Po operacji cięższe prace domowe i opieka nad niepełnosprawnym bratem M. P. spoczywały na G. P.. Po każdej operacji średnio przez 15 dni przeznaczal na czterogodzinną opiekę nad matką.

Przed wykryciem choroby nowotworowej D. P. (1) leczyła się z powodu nadciśnienia. Z uwagi na to schorzenie, po zabiegach onkologicznych, kilkakrotnie było wzywane do niej pogotowie.

Obecny stan, wymagający okresowej pomocy ze strony osób trzecich, wynika z normalnego procesu związanego z wiekiem. Działania lecznicze nie miały bezpośredniego wpływu na schorzenia ze strony układu krwionośnego i pokarmowego – zasadnicze znaczenie miał fakt zachorowania na chorobę nowotworową, zabiegi operacyjne, chemioterapia. Wpływ na stan pacjentki miało również duże uczucie niepewności i rozżalenia. To mogło powodować wahania ciśnienia, i przełom nadciśnieniowy w 2011. Po tej dacie skutki działań pozwanym nie wpływały na stan zdrowia powódki.

(zeznania świadka G. P. k. 215, zeznania powódki D. P. (2) k. 657 v.- 658 w zw. z k. 163 odwr-164, adnotacja od 01:04:23, opinia biegłego internisty k. 550-552, 593, 599)

Oba przeprowadzone w 2009 i 2011 roku badania mammograficzne zostały ocenione przez radiologów prawidłowo; żaden z radiogramów nie wykazuje widocznych radiologicznych cech procesu złośliwego. W obu przypadkach zostało zalecone, jako badanie uzupełniające, badanie USG, które umożliwiłoby ocenę, czy badane zagęszczenie jest zmianą litą, czy płynową.

Przy braku zmian radiologicznych świadczących o złośliwości, program wczesnego wykrywania raka piersi, nie przewiduje wykonywania badań dodatkowych, takich jak biopsja. Wykonanie takiego badania umożliwiłoby rozpoznanie histopatologiczne i wdrożenie dalszego procesu leczniczego, a bez wykonania badania histopatologicznego przypadek ten mieści się w statystycznych 10%-15% przypadku raka sutka niewidocznych w badaniu mammograficznym.

Obraz radiologiczny na obu mammografach odpowiada# zmianie #agodnej. Brak jest jakichkolwiek wskaza# klinicznych potwierdzaj#cych, #e zmiana stwierdzona w 2009 roku jest to#sam# ze zmian# wykryt# w 2011 roku. Czasu przemiany nie mo#na okre#li#, ale operacja przeprowadzona w 2011 roku by#a wykonana we wczesnym stadium rozwoju mi###niaka. Wykrycie mi#saka w roku 2009 roku w #aden sposób nie wp#yn##oby na zakres koniecznej operacji – stwierdzony

u powódki mi#sak stanowi# bowiem wskazanie do radykalnej operacji – amputacji piersi oraz cz##ci w#z#ów z uwagi na wysok# zdolno## do wznowy. Zakres operacji u powódki by#by taki sam niezale#nie od tego, czy mi#sak zosta#by rozpoznany wcze#niej. Tak#e rokowania by#yby takie same.

Istnienie zmiany łagodnej zdiagnozowanej w 2009 roku dawało podstawę do dalszej diagnostyki i wskazania do jej usunięcia.

(pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu radiologii D. B.

k. 180-181, 213 odwr-214 odwr., pisemna opinia biegłego sądowego onkologa C. L. k. 386-389, 422-423, 468)

Postępowanie lekarzy oceniających badanie obrazowe D. P. (1) było zgodne z zasadami programu i odpowiadało obrazom obu radiogramów.

W ramach programu profilaktycznego właściwie zakreślono podpunkt 2 punktu 3 karty badania mammograficznego. W obrazie mammograficznym pacjentki nie było cech procesu złośliwego, czyli raka. Istniejąca zmiana miała cechy zmiany łagodnej: gładki obrys, makrozwapnienia i jednolitość. Zmianę tą można było badać po kontrolą USG za pomocą biopsji bezigłowej. Badanie mammograficzne nie jest badaniem bezwzględnym: około 80 % tych badań jest pewnych, a 15 % niepewnych, gdzie zmiana może być opisywana, jako złośliwa albo łagodna, a na podstawie badania histopatologicznego stwierdza się inaczej. Zmiana o charakterze mięsaka jest wykrywana w mammografii, jeżeli towarzyszą jej zmiany wskazujące na złośliwość procesu. Zmiana widoczna w mammografii powódki nie nosi cech ani złośliwości, ani mięsaka. Część zmian jest niemych radiologicznie, przynajmniej

w mammografii, dla tego badanie to należy zweryfikować badaniem np. USG lub rezonansem gruczołów piersiowych. Uzupełniające badanie USG zalecono, ale nie powiadomiono pacjentki o potrzebie jego wykonania po wykonaniu badania mammografem w ramach badania przesiewowego we wrześniu 2009 roku. Postępowanie diagnostów nie wpłynęło na pogorszenie stanu zdrowia pacjentki. Wcześniejsze zdiagnozowanie nowotworu złośliwego wykrytego w dniu 31 stycznia 2011 roku, nie wpłynęłoby na zmianę ani zakres (rozległość operacji) postępowania terapeutycznego zastosowanego u pacjentki. Przyczyną powstania stwierdzonego u D. P. (1) nowotworu wg obecnego stanu wiedzy, są czynniki genetyczne. Na radykalność operacji (amputacja piersi) wpłynęło rozpoznanie histopatologiczne.

Zaawansowanie kliniczne nowotworu u D. P. (1) we wrześniu 2009 – przy założeniu, że w tym czasie był już w formie złośliwej (wg klasyfikacji TNM) było

w stopniu I (T1N0M0), taki sam (I) stopień zaawansowania nowotworu był w 2011 roku, rokowanie jest zatem takie samo, nie uległo pogorszeniu (>75% przeżycia),

a co za tym idzie leczenie i rokowanie byłoby takie same.

(ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu radiologii D. B. k. 213v.-214, zeznania świadka J. D. k. 656, adnotacja 00:32:54, pisemna opinia biegłego sądowego onkologa C. L. k. 386-389, uzupełniająca opinia pisemna biegłego sądowego onkologa C. L. k. 422-423)

W chwili przedmiotowego zdarzenia pomiędzy pozwaną spółką

i (...) S.A. zawarta była umowa nr (...) ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa ta zawarta została od 15 marca 2009 roku do 14 marca 2010 roku na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej.

(okoliczność bezsporna)

Postępowanie prowadzone po uchyleniu wyroku Sądu I instancji było warunkowane wnioskami stron.

W pierwszej kolejności Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego onkologa.

Wydaną opinię przez biegłą z zakresu onkologii C. L., Sąd uznał za wiarygodną i rozstrzygającą najistotniejsze kwestie w przedmiocie określenia tożsamości zmian: stwierdzonej w 2009 r. i tej wykrytej w 2011 r., genezy zmiany istniejącej w 2009 r., rozstrzygnięcia co do adekwatności zastosowanego leczenia u pacjentki w 2011 r. i wpływu na nie zdiagnozowanej zmiany w 2009 r. Opinia ta nie była również ostatecznie, po uzupełnieniu przez biegłą i wyjaśnieniu wątpliwości, kwestionowana przez strony. Sąd także nie miał jakichkolwiek podstaw do jej podważenia.

Biegła wywiodła, że nie jest możliwym potwierdzenie z punktu widzenia medycznego, że zmiana stwierdzona w 2009 roku była tożsamą z późniejszą zmianą złośliwą. Jednocześnie wykazała, że jej wykrycie nawet w roku 2009 roku w żaden sposób nie wpłynęłoby na zakres koniecznej operacji – stwierdzony u powódki mięsak stanowił bowiem wskazanie do radykalnej operacji – amputacji piersi oraz części węzłów z uwagi na wysoką zdolność do wznowy. Zakres operacji u powódki byłby taki sam niezależnie od tego, czy mięsak zostałby rozpoznany wcześniej. Także rokowania byłyby takie same. Biegła we wnioskach wprost wywiodła także, że błędne niepowiadomienie powódki o konieczności diagnozy nie spowodowało pogorszenia stanu zdrowia; w żaden sposób nie wpłynęłoby na stopień zaawansowania choroby w roku 2011 (k. 422, 423). Co więcej, według biegłej, operacja odbyła się we wczesnym stopniu rozwoju choroby (k. 468).

Z punktu widzenia onkologa istnienie zmiany łagodnej (prawidłowo zdiagnozowanej w 2009 roku), dawało podstawę do dalszej diagnostyki.

W odniesieniu do wprowadzonej przez R. M. (1) dodatkowej uwagi w karcie wyniku oraz w oparciu o opinię biegłego radiologa wywiodła, że skierowanie do dalszych czynności było jak najbardziej prawidłowe. Z punktu widzenia onkologa istniejąca w 2009 roku zmiana, choć łagodna, dawała wskazania do jej usunięcia.

Nadto biegła w sposób bezsprzeczny wyjaśniła, że nawet gdyby u powódki wcześniej zdiagnozowano nowotwór złośliwy rozpoznany w styczniu 2011 r., to i tak nie wpłynęłoby to na zmianę postępowania terapeutycznego. Biegła w swojej opinii zasygnalizowała problem niepoinformowania pacjentki o zaleconym badaniu USG, do którego w pełni ustosunkowała się w opinii uzupełniającej. Biegła wyjaśniła, że nieprawidłowość postępowania pozwanej placówki polegała na tym, że nie zainteresowano się tym, czy informacja o uzupełniającym badaniu USG, sugerowanym przez diagnostę, była w ogóle przekazana powódce.

Znamiennym jest, że podczas ponownego rozpoznania sprawy, żadna ze stron nie kwestionowała opinii biegłego radiologa. Na jej podstawie Sąd I instancji orzekający za pierwszym razem poczynił już ustalenie, że w sprawie nie wystąpił błąd medyczny przy dokonaniu oceny radiologicznej zdjęć. Fakt ten nie został skutecznie podważony przez apelującą – Sąd Apelacyjny nie zakwestionował ustaleń dotyczących kwestii winy R. M. (1). Wzruszenie orzeczenia powodowane było nierozważeniem wszystkich (pozostałych) podstaw odpowiedzialności pozwanej jednostki medycznej.

Pomimo to, odnosząc się ponownie do opinii biegłego radiologa po uchyleniu wyroku, strona powodowa upatrywała błędu diagnostycznego w tym, że radiolog

w opinii pisemnej określił zmianę zobrazowaną na zdjęciu jako „prawdopodobnie łagodną”. Jednak analiza pełnej wypowiedzi biegłego podczas wyjaśnień złożonych na rozprawie wskazuje, że biegły miał na uwadze przede wszystkim niepewność związaną z samym badaniem mammograficznym. Biegły wyjaśnił, że dodatkowe badanie histopatologiczne oraz USG skłoniłoby go do określenia zmiany jako łagodnej. Określenia „prawdopodobnie łagodna” użył – jak wyjaśnił na rozprawie,

k. 213 odwr.-214 – gdyż miał do dyspozycji jedynie badanie mammograficzne,

o którym wypowiedział się, że daje około 15 % niepewności. Jak podał:

„na podstawie [wyłącznie] badania mammograficznego nie ma osoby, która powie, że jest to zmiana łagodna” (k. 214). Jednocześnie bez żadnych wątpliwości wskazał, że zmiana nie miała jakichkolwiek cech złośliwych, wprost zaprzeczył, aby widoczne byłyby jakiegokolwiek cechy mięsaka i wywiodł: „Diagnostycznie nie ma tu żadnego błędu”. Jak podał biegły; w obrazie mammograficznym nie było cech procesu złośliwego, zmiana była łagodna oraz uznał, że

karta wyniku została wypełniona zgodnie z obowiązującymi procedurami. W świetle tych wyjaśnień skierowanie do wykonania dalszego USG uznał za działanie prawidłowe.

To wszystko prowadzi do wniosku, że kwalifikacja postawiona przez R. M. (1) była prawidłowa. Analizując możliwe wybory przewidziane w ankiecie oraz instrukcję biegły potwierdził prawidłowość wyniku sporządzonego przez pozwanego lekarza. Natomiast jego wniosek o zmianie „prawdopodobnie łagodnej” wiązał się z marginesem niepewności jakie daje samo badanie. Jeśli na tej podstawie można byłoby przyjąć, że wybór dokonany przez R. M. (1) był nieprawidłowy, to należałoby taką pozycję „zmiana łagodna” w ogóle usunąć z ankiety (skoro takie badanie zawsze wiąże się z jakimś ryzykiem), gdyż nigdy nie byłoby możliwości wyboru takiego wyniku. Należy jednak podkreślić, że czynności dokonywane przez R. M. (1) to nie było postawienie diagnozy, a jedynie dokonanie opisu zdjęcia mammograficznego.

Zgodnie z oceną biegłego natomiast, opis obrazu mammograficznego był prawidłowy. Właściwy także – według biegłego – był zapis o skierowaniu przez lekarza do dalszego USG. Lekarz – świadom niepewności związanych z badaniem – gdy powziął wątpliwości, które w jego ocenie winny być wyjaśnione, postąpił zgodnie z zasadami sztuki. Co więcej, dokonał wpisu w ankiecie w polu, które dawało mu takie uprawnienia. W ocenie Sądu nawet gdyby ankieta nie przewidywała takiego punktu, wskazanie przez lekarza na niepokojące objawy, wątpliwości, konieczność podjęcia jakichkolwiek innych działań, rodziło po stronie placówki obowiązek poinformowania o tym pacjenta.

Także biegła onkolog wskazała, że brak jest klinicznych dowodów przemawiających za istnieniem zmiany złośliwej czasie badania w 2009 roku

(k. 387). W ocenie biegłej brak jest na to jakichkolwiek dowodów (k. 422)

Z tych względów, materiał dowodowy nie wskazuje na wadliwość wypełnienia formularza wyniku przez R. M. (1).

Mimo braku wniosków stron, Sąd z urzędu zlecił sporządzenie opinii uzupełniającej przez biegłego radiologa, aby biegły po opinii biegłej onkolog wskazał, czy jego wnioski mogą ulec zmianie. Skierowanie akt do biegłego zakończyło się jednak koniecznością ukarania grzywną, interwencją Prezesa sądu i prokuratury,

z uwagi na brak wypełnienia wezwań sądowych. Ostatecznie akta zostały zwrócone bez opinii uzupełniającej, a biegły został skreślony z listy biegłych (notatki k. 511, 512, postanowienie k. 514, zarządzenie k. 526, pismo prezesa k. 527).

W związku

z zaistniałą sytuacją, zarządzeniem z dnia 12 października 2016 roku Sąd udzielił stronom terminu na złożenie wniosków wobec niemożności sporządzenia opinii uzupełniającej (zarządzenie k. 527). Jednak obie strony zrezygnowały

z kontynuowania postępowania w tym zakresie uznając dotychczas przeprowadzone dowody za wystarczające (pisma k. 536, 537, 538).

Z tego względu wniosek pozwanego o powołanie dowodu z opinii innego biegłego radiologa (k. 571) zgłoszony w ostatniej fazie procesu po upływie czterech miesięcy, po zakończeniu całego postępowania dowodowego, bez wyjaśnienia przyczyn opóźnienia w jego zgłoszenia, został oddalony jako spóźniony i skutkujący przedłużeniem postępowania (postanowienia k. 655 odwr. i k. 656 odwr.). Należy także zauważyć, że w znaczącej części zakreślona biegłemu teza dowodowa nie dotyczyła w ogóle specjalizacji lekarskiej (czy zakres świadczenia udzielonego powódce jest sformalizowany przez NFZ, treść wyniku badania generowana przez system komputerowy) – nie był to więc dowód właściwy do wykazania tych okoliczności. W odniesieniu do kwestii diagnostycznych, wniosek powielał pytania, na które odpowiedzi udzielił już biegły radiolog, a jednocześnie jego opinia nie została w żaden sposób podważona. Co więcej w dniu 26 sierpnia 2016 roku strona wprost cofnęła wniosek o opinię uzupełniającą biegłego radiologa (kk. 446).

W powyższym stanie faktycznym, Sąd Okręgowy zważył, co następuje:



Powództwo zasługiwało na częściowe uwzględnienie.

Jak wskazał Sąd Apelacyjny, podstawy odpowiedzialności w niniejszej sprawie są różne dla poszczególnych pozwanych. O odpowiedzialności lekarza stanowi art. 415 k.c. Odpowiedzialność jednostki medycznej kształtuje art. 415 k.c. (odpowiedzialność za winę własną) bądź art. 430 k.c. (odpowiedzialność za lekarza). Natomiast odpowiedzialność za nieudzielenie pacjentowi informacji wynika z art.

4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1318) z zw. z art. 9 tej ustawy.

Kwestia odpowiedzialności deliktowej została już poddana analizie Sądu Okręgowego i Sądu Apelacyjnego w zgromadzonym wcześniej materiale dowodowym. Sądy nie znalazły podstaw do stwierdzenia wystąpienia tzw. błędu medycznego. Jednocześnie, przy ponownym rozpoznaniu sprawy materiał dowodowy nie dostarczył nowych ustaleń, które wykazałyby, że do takiego błędu, za który odpowiadałby którykolwiek z pozwanych, doszło.

W doktrynie i orzecznictwie przyjmuje się, że błędem lekarskim jest postępowanie sprzeczne z zasadami wiedzy medycznej. Sąd Najwyższy w orzeczeniu dnia

1 kwietnia 1955 roku w sprawie sygn. akt IV CR 39/54 skonstatował, iż błędem w sztuce lekarskiej jest czynność lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym.

W wyroku z dnia 24 października 2013 r., sygn. akt IV CSK 64/13, Sąd Najwyższy wywiódł: „W sprawie, w której powód wywodzi odpowiedzialność jednostki medycznej ze zdarzenia, którym jest błąd w sztuce lekarskiej, lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny występuje w wypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia

i deontologii, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej. Natomiast w wyroku z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12 Sąd Najwyższy dookreślił: „tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Dlatego stwierdzenie błędu lekarskiego wyczerpuje zasadniczo tylko obiektywny element winy (z tym zastrzeżeniem, że są takie kategorie błędów lekarskich, które będą wystarczające dla stwierdzenia winy także

w ujęciu subiektywnym). Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej (por. wyrok Sądu Najwyższego

z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09). Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku „błędu w sztuce”, czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie

z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, czyli polegający na zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca”.

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy należy stwierdzić,

że materiał dowodowy, a w szczególności opinie biegłych nie potwierdziły, aby na etapie wykonywania badania doszło do jakichkolwiek nieprawidłowości. Czynności lekarskie, sprowadzające się w istocie do opisu zdjęć, zostały wykonane prawidłowo, zgodnie z wiedzą radiologiczną oraz zasadami określania wyniku przyjętymi

w ramach zarządzenia regulującego badanie przesiewowe. Należy jeszcze raz podkreślić, iż R. M. (1) nie wykonywał badania, a nawet – nie diagnozował powódki. Jego zadanie, wykonywane na zlecenie pozwanej jednostki, sprowadzało się do opisu obrazu radiogramu. Lekarz opisał więc obraz mając do dyspozycji jedynie wywiad, który nie wskazywał na żadne czynniki dodatkowego zagrożenia. Biegły radiolog w sposób jednoznaczny wskazał, że działania podjęte w zakresie badania przesiewowego były prawidłowe. Spór dotyczący wybory pozycji „łagodna” bądź „prawdopodobnie łagodna” wynikał z tego, że biegły nie posłużył się w opinii podstawowymi pojęciami z ankiety wypełnianej przez lekarza w ramach badań przesiewowych (karty badania mammograficznego), a użył języka potocznego. Wyjaśnienia złożone przez niego na rozprawie potwierdziły prawidłowość rozpoznania, co zresztą zostało uznane przez Sądy obu

instancji dotychczas orzekające. Należy zauważyć, że taki wynik badania przyjął nie tylko pozwany R. M. (1), ale również dwóch innych specjalistów – drugi lekarz oceniający klisze – J. D. oraz biegły sądowy. Znamiennym jest, że strona powodowa, mimo braku jakiegokolwiek nowego materiału dowodowego, w pewnej fazie postępowania, przyjęła odmienną interpretację opinii. Nie została ona jednak uzasadniona, opiera się jedynie na wykładni językowej opinii z pominięciem wniosków i wyjaśnień biegłego. Brak jest także nowych dowodów, które doprowadziłyby do wzruszenia dotychczasowych ustaleń. Także prawidłowość wykonania samych zdjęć nie była przez biegłego radiologa podważana.

Brak jest zatem podstaw do stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości w czynnościach lekarskich, czy niezgodności za sztuką lekarską.

Nadto, wykonana przy ponownym rozpoznaniu sprawy opinia onkologiczna wykluczyła możliwość stwierdzenia tożsamości zmiany łagodnej, stwierdzonej u powódki w 2009 roku ze zmianą złośliwą, zdiagnozowaną w styczniu 2011 roku. Wykluczenie tożsamości obu zmian, przy wskazaniu, że leczenie operacyjne zostało wdrożone we wczesnym stadium rozwoju choroby powoduje, że nie ma żadnych przesłanek, aby postępowanie diagnostyczne w ramach badania przesiewowego uznać za szkodzące, negatywnie wpływające na stan zdrowia pacjentki.

Co więcej, biegła onkolog wyjaśniła, że wcześniejsze zdiagnozowanie nowotworu złośliwego, wykrytego u powódki w dniu 31 stycznia 2011 roku, nie wpłynęłoby w żaden sposób na zmianę i zakres (rozległość operacji) postępowania terapeutycznego zastosowanego u pacjentki. Biegła wywiodła również, że ewentualna wysokość zmiany byłaby bez znaczenia dla podjętego leczenia.

Dodatkowo, biegła wywiodła, iż przyczyną powstania stwierdzonego u D. P. (1) nowotworu w postaci mięsaka, zgodnie z obecnym stanem wiedzy, są czynniki genetyczne.

Wpisanie przez R. M. (1) dodatkowej uwagi w postaci zalecenia wykonania USG było wyrazem staranności w wykonywaniu badań. Lekarz, jak zeznał, dokonywał takich wpisów, gdy uznał je za wskazane dla pacjenta, niezależnie od obowiązujących go procedur. Wypełniając w tym zakresie wszelkie ciężące na nim obowiązki wynikające z ustawy o zawodzie lekarza oraz etyki zawodowej. Wychodząc poza przyjęte procedury wskazywał, że w jego ocenie z punktu widzenia wiedzy medycznej, konieczne jest dalsze leczenie, czy diagnostyka. Dostrzeżenie u powódki zmiany, która w ramach programu przesiewowego nie wymagała wdrożenia dalszych procedur programu przesiewowego, ale która – jego zdaniem – winna była jednak podlegać innym weryfikacjom, badaniom poza programem, znalazło odzwierciedlenie w zapisie wyniku badania.

Po stronie pozwanej, tak spółki, jak i diagnostyka, nie miało miejsce zaniedbanie, które można byłoby rozpatrywać w kategoriach błędu w sztuce medycznej. Zdjęcia mammograficzne zostały wykonane prawidłowo. Nie przedstawiały zmian o cechach zmian złośliwych, podejrzanych, czy chociażby niejednoznacznych. Uwidoczniona zmiana nosiła wszystkie cechy zmiany łagodnej, jakie często występują u kobiet w wieku powódki. Opinia biegłego radiologa potwierdziła, że mammografia nie jest badaniem dającym jednoznaczną gwarancję. Dodatkowo powódka zgłosiła się do programu bez objawów i dolegliwości, a wywiad nie wskazywał na dodatkowe obciążenia.

Mając na uwadze powyższe rozważania, Sąd uznał, że postępowanie pozwanych nie naruszyło reguł postępowania, wynikających z uznanych zasad wiedzy medycznej i doświadczenia zawodowego, a co za tym idzie – że brak jest podstaw do przypisania im odpowiedzialności za chorobę powódki, związane z nią leczenie i ich negatywne dla powódki następstwa. Z tych względów, powództwo o zasądzenie kwoty 60.000 zł zadośćuczynienia z tytułu popełnionego błędu w sztuce lekarskiej podlegało oddaleniu w stosunku do obu pozwanych.

Podstawę prawną pozostałej części zadośćuczynienia stanowił art. 448 k.c.

w zw. z art. 4 ustawy o prawach pacjenta oparty na zarzucie naruszenia prawa pacjenta do informacji wynikającego z art. 9 powołanej ustawy.

W pierwszej kolejności należy odnieść się do zarzutów pozwanej jednostki medycznej dotyczących samego powództwa, w tym – zarzutu przedawnienia.

Pełnomocnika pozwanego zdaje się kwestionować ustalenia poczynione przez Sąd Apelacyjny w ramach rozpoznania apelacji powódki. Kwestionowano, aby roszczenie z tytułu naruszenia praw pacjenta zostało objęte pozwem (pisma k. 364, 444-445, 449-450, 491). W piśmie z dnia 30 listopada 2015 roku natomiast strona pozwana uznała, że późniejsze sprecyzowanie żądania stanowi w istocie zgłoszenie nowego roszczenia – o zadośćuczynienie z tytułu naruszenia prawa pacjenta do informacji, a to czyni je przedawnionym (pismo k. 491).

Z takim zarzutem nie można się zgodzić.

Sąd Apelacyjny uznał, że nie została rozpoznana istota sprawy właśnie w odniesieniu do prawa pacjenta do informacji. Sąd II instancji przyjął, że obowiązkiem sądu orzekającego było odnalezienie również tej podstawy prawnej dla dochodzonych roszczeń (k. 333). Sąd Apelacyjny zauważył „w okolicznościach sprawy podstawa faktyczna powództwa opierała się na zarzucie powódki,

iż w skutek dwukrotnie dokonanej niewłaściwej oceny wyniku badania mammograficznego lewej piersi, które przeszła w dniach 11 września 2009 roku

i 14 stycznia 2011 roku w pozwanej placówce i przekazania jej nieadekwatnej informacji o rzeczywistym stanie zdrowia doszło do spóźnionego rozpoznania nowotworu złośliwego. Na taki kierunek badania istoty sprawy wskazywała strona powodowa w pismach z dnia 26 lutego 2013 r. (k. 190) i z dnia 9 czerwca 2013 r.

(k. 227). (...) w kontekście wskazanej przez powódkę podstawy faktycznej pozwu Istotne było więc rozróżnienie przez Sąd rozpoznający sprawę,

że powołuje się ona nie tylko na krzywdę wynikłą w jej ocenie z dwukrotnie popełnionego błędu medycznego – co wymagałoby dokonania niebudzących wątpliwości ustaleń odnośnie przyczyn szkody, w całym łańcuchu zdarzeń, który ją spowodował, ale także na krzywdę wynikającą z braku informacji o rzeczywistym stanie jej zdrowia. Jeżeli istnieje możliwość wieloznacznej kwalifikacji prawnej podanych przez powódkę faktów, to oznacza to też wielość roszczeń, pozostających w zbiegu.”

Przyjęto zatem, że podstawa faktyczna do dochodzenia roszczeń związanych także z niedzieleniem informacji winna zostać wywiedziona z faktów zawartych w pozwie i kolejnych pismach procesowych strony powodowej. To oznacza, że nawet późniejsze dookreślenie żądania zadośćuczynienia nie może skutkować uwzględnieniem zarzutu przedawnienia.

Odnosząc się merytorycznie do żądania zadośćuczynienia z tytułu naruszenia prawa pacjenta do informacji należy rozróżnić sytuację obu pozwanych.

R. M. (1) był lekarzem, który na zlecenie zakładu medycznego dokonał opisu radiogramu. Nie był lekarzem wykonującym czynności medyczne wobec powódki, nie zetknął się z nią jako pacjentką. Pomiędzy nim a powódką nie powstał stosunek pacjent-lekarz rodzący po stronie lekarza typowe obowiązki medyczne, w tym obowiązek informacyjny. Jego czynność wykonana w wyniku zlecenia polegała na opisie dostarczonych zdjęć i obowiązki lekarza kończyły się

z chwilą oddania wyników analizy zdjęć mammograficznych. W ocenie Sądu pomiędzy R. M. (1) a D. P. (3) nie powstał stosunek rodzący po stronie lekarza obowiązek informacyjny wobec powódki.

Obowiązek taki istniał natomiast po stronie pozwanej jednostki, która podjęła się wobec powódki działań leczniczych.

Prawo pacjenta do informacji wynika obecnie z art. 9 ust. 1 i 2 ustawy

o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W myśl tego przepisu pacjent ma prawo do przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Realizacja prawa pacjenta do informacji polega na możliwości podjęcia świadomej decyzji w zakresie jego stanu zdrowia, metod leczenia czy proponowanego procesu terapeutycznego. Informacja, zatem powinna być pełna i przystępna, przekazana w sposób zrozumiały dla pacjenta. Pacjent winien uzyskać informację we właściwym czasie.

Zgodnie z treścią art. 4 ust. 1 ustawy w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Wskazano więc roszczenie, które przysługuje poszkodowanemu w przypadku zawinionego zachowania sprawcy naruszenia. Należy przyjąć, że w tym zakresie mamy do czynienia z tradycyjnym ujęciem winy, zgodnie z którym przesłanką zawinienia będzie możliwość postawienie sprawcy zarzutu naruszenia należytej staranności, reguł zachowania, jakie w danych okolicznościach wymagane byłyby dla właściwego zachowania. Ustawa nie definiuje pojęcia winy na potrzeby tego roszczenia, należy więc sięgnąć do zasad wypracowanych na gruncie prawa cywilnego. Należy zatem przyjąć, że zawinienie to naruszenie staranności,

w co najmniej najłżejszej jego formie tzw. "niedbalstwa", czyli nie dołożenie należytej staranności, jaka jest w danych okolicznościach wymagana dla właściwego zachowania od podmiotu wskazanego w art. 2 ustawy o działalności leczniczej, zapewniającego przestrzeganie praw pacjenta. Skoro mamy do czynienia

z określonym w powyższym artykule kręgiem podmiotów, w których zachowaniu można upatrywać odpowiedzialności z art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, miernik staranności w tym zakresie powinien być rozpatrywany z uwzględnieniem ich zawodowego charakteru działalności w zakresie ochrony zdrowia, ale musi również uwzględniać specyfikę działania systemu ochrony zdrowia i konieczność ratowania życia i zdrowia wielu pacjentów. Tym bardziej roszczenie, o którym mowa, może wypływać z zawinienia organizacyjnego podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, które niezależnie od zachowań konkretnych osób mogą ponosić również odpowiedzialność przewidzianą ustawą w sytuacji, w której nie stworzyły odpowiednich warunków do prawidłowej realizacji praw pacjenta określonych ustawą. Reasumując, roszczenie o zadośćuczynienie uzasadnia nieudzielenie wymaganych informacji, które jest zawinione, tzn. stanowi rezultat braku należytej staranności (niedbalstwa), rozmyślnego ograniczenia pacjentowi dostępu do informacji, jak i zwykłego przeoczenia bądź zapomnienia, nawet, jeśli lekarz nie miał intencji naruszenia obowiązku informacyjnego.

Przepis ten znajduje zastosowanie w każdym przypadku zawinionego naruszenia prawa pacjenta do informacji, niezależnie od prawnych podstaw udzielania świadczeń zdrowotnych (umowa zawarta między lekarzem a pacjentem, korzystanie z nieodpłatnej opieki lekarskiej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ). Z obowiązku udzielenia informacji, odpowiadającego prawu pacjenta do tej informacji, nie mogą zwolnić żadne regulacje niższej niż ustawa rangi, w szczególności przepisy wewnątrzszpitalne, czy statuujące obowiązki w ramach umowy zawieranej przez jednostkę medyczną z NFZ.

W wyroku z dnia 12 czerwca 2008 r., sygn. akt III CSK 16/08, Sąd Najwyższy wywiódł: „Od obowiązku tego nie zwalniały pozwanych wewnętrzne procedury przyjęte w szpitalu w zakresie wydawania skierowań na takie badania, żadne bowiem pozaustawowe regulacje nie mogą ograniczać ustawowych praw pacjenta (...) Również wewnętrzne przepisy przyjęte przez kasę chorych co do zgody na pokrycie kosztów takich badań wykonanych poza jej rejonem nie zwalniały lekarza od obowiązku wydania skierowania. Gdyby mimo jego wydania powódka nie uzyskała w kasie chorych zgody na pokrycie ich kosztów, mogłoby to stanowić ewentualną podstawę do odpowiedzialności kasy chorych, a nie do zwolnienia z odpowiedzialności lekarza za niewydanie skierowania.”

Wynika to z rangi praw pacjenta, których nie mogą znosić, czy naruszać przepisy niższej rangi, czy regulujące stosunki pomiędzy innymi podmiotami. W wyroku z dnia 28 sierpnia 2013 r., sygn. akt I ACA 695/13, Sąd Apelacyjny w Krakowie podkreślił: „Lista praw pacjenta stanowi zatem wykaz bezwzględnych wymagań jakie pacjent może stawiać zakładowi opieki zdrowotnej, a ignorancja

w przestrzeganiu praw pacjenta jest równoznaczna z jego winą. Należy w pełni podzielić pogląd M. Safjana, który twierdzi, iż w przypadku „prawa do informacji chodzi nie tylko o urzeczywistnienie swobodnego i świadomego podejmowania decyzji o planowanych zabiegach medycznych, ale wprost o ochronę wartości, jaką jest wiedza o sobie samym, stanowiącą przesłankę konieczną dla podejmowania różnych ważnych decyzji w życiu osobistym, niekoniecznie związanych z leczeniem” (M. Safjan, Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom, PiM 2005 r., Nr 18, s. 19.). Mając powyższe na uwadze można uznać, iż prawo do informacji o swoim stanie zdrowia podlega ochronie jako prawo osobiste do zdrowia sensu largo, czyli znajomości własnego ciała oraz możliwościach jego zachowania i zachodzących w nich procesów. W tym kontekście pacjent winien mieć pełne spectrum wiedzy o swoim stanie zdrowia.”

Prawo to obwarowane zostało tak silnymi gwarancjami, że w judykaturze przyjęto, iż ciężar dowodu udzielenia pacjentowi informacji (onus probandi), co do zasady, spoczywa na pozwanym. To pozwany winien udowodnić przed sądem, nie tylko fakt przekazania choremu wymaganych prawem informacji, ale także wykazać, że informacje te podane w odpowiednim zakresie i we właściwy sposób i czasie, stanowiły podstawę dalszych decyzji terapeutycznych pacjenta. W wyroku z dnia

17 grudnia 2004 r., sygn. akt II CK 303/04, Sąd Najwyższy zaznaczył, że w sytuacji, gdy strona pozwana (lekarz lub zakład leczniczy) wywodzi skutek prawny w postaci wyłączenia jej odpowiedzialności w następstwie działania legalnego, na niej spoczywać będzie – z mocy art. 6 k.c. – ciężar udowodnienia faktu wyłączającego bezprawność jej działania. W wyroku z dnia 28 sierpnia 2013 r., sygn. akt I ACa 695/13, Sąd Apelacyjny w Krakowie podniósł: „Prawodawca, co prawda nie narzuca formy, w jakiej winna pacjentowi zostać udzielona informacja. Przyjmuje się, iż pacjent może zostać poinformowany zarówno ustnie, jak i pisemnie, jednakże wydaje się, że fakt udzielenia informacji winien zostać ujęty w dokumentacji medycznej. W tym miejscu należy również podkreślić, iż ciężar dowodu, iż pacjent został poinformowany o swoim stanie zdrowia, zgodnie z ogólną zasadą z art. 6 KC obciąża podmiot udzielający świadczeń medycznych (U. Drozdowska, Cywilnoprawna Ochrona Praw Pacjenta).”

Drugą z przesłanek powstania odpowiedzialności jest bezprawność zachowania podmiotu określonego w art. 2 ustawy o działalności leczniczej, polegająca na naruszeniu prawa pacjenta określonego ustawą. Za bezprawne może być w tym przypadku uznane takie zachowanie sprawcy szkody, które stanowi obiektywnie złamanie określonych w ustawie reguł postępowania. Z jednej strony,

z całą pewnością, w sytuacji, w której wszystkie podmioty określone w art. 2 ustawy naruszają wprost przepisy ustawy w zakresie kształtowania praw pacjenta

i skorelowanych z nimi obowiązków, będziemy mieli do czynienia z zachowaniem bezprawnym w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta. Z drugiej zaś strony, z uwagi na charakter praw i zakres omawianej regulacji, bezprawność na gruncie omawianego przepisu należy rozumieć szerzej – w szczególności w zakresie konkretnej grupy potencjalnych sprawców naruszenia – tj. w ten sposób, że stanowi ona w stosunku do osób wykonujących zawód medyczny również naruszenie reguł wynikających z zasad obowiązującej ich etyki zawodowej. Tym samym uznać należy, że bezprawne na gruncie omawianego przepisu mogą być nie tylko zachowania, przez które sprawca nie zastosował się do określonego nakazu, czy postąpił wbrew zakazowi, przy czym wzorzec zachowania wynika z konkretnych przepisów ustawy, lecz także zachowania obiektywnie naruszające konkretne prawo pacjenta określone ustawą stanowiące naruszenie zasad etyki zawodowej osób wykonujących zawód medyczny.

Jednocześnie fakt powstania szkody po stronie pacjenta nie stanowi przesłanki odpowiedzialności z art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta.

Przesłanką odpowiedzialności na gruncie omawianego przepisu nie jest szkoda

w ogóle, nie jest nią ani szkoda w majątku poszkodowanego, ani tym bardziej szkoda na osobie w postaci rozstroju zdrowia czy uszkodzenia ciała (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 27 listopada 2014 r., sygn. akt I ACa 745/14). Zawinione naruszenie praw pacjenta to nieuzasadnione i powstałe z przyczyny niedbalstwa personelu medycznego zaniechanie, które nie mieści się w kategorii błędu medycznego, nie musi mieć wpływu na przebieg leczenia, jego rezultaty, stan zdrowia, czy rokowania (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 28 marca 2013 r., sygn. akt V ACa 604/12). Naruszenie tego dobra osobistego występuje już

z chwilą nieudzielenia pacjentowi informacji (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 5 lutego 2014 r., sygn. akt V ACa 683/13).

Przenosząc rozważania na grunt niniejszej sprawy, w ocenie Sadu pozwana spółka naruszyła prawo powódki do pełnej informacji o stanie zdrowia. W ocenie Sądu pacjentka miała prawo do uzyskania informacji, że stwierdzono o niej zmianę (nawet niepodejrzaną) oraz o tym, że winna ona podlegać dalszej weryfikacji – diagnostyce. Niespornym jest, że lekarz dokonujący oceny zdjęcia uważał, że stan zdrowia powódki wymaga takich działań. Nie ulega także wątpliwości, że pozwana jednostka powzięła taką informację. Linia obrony pozwanego koncentrowała się na sposobie funkcjonowania programu komputerowego dostarczonego przez NFZ. Jak wskazywał przesłuchany w charakterze strony dyrektor zakładu, udzielanie informacji innych niż zawarte w wydruku z tego systemu przekraczałoby kompetencje pracownika administracyjnego. Jednak zostało wykazane, że uwagi dodatkowe (także zalecenie dalszego USG) były wprowadzane do systemu, a jedynie nie były zawarte w wydruku. Zatem pracownik administracyjny takie informacje rozumiał i wprowadzał do systemu. Ankieta wypełniana przez lekarza zawierała rubrykę, która pozwalała wpisać dodatkowe uwagi tego typu. Jednocześnie zeznania kierownika pozwanej jednostki ujawniły, że pozwany ZOZ wiedział o tym,

że informacje zawarte w wydruku są niepełne, ale uznawał, że jest to problem obciążający NFZ – dostawcę programu komputerowego. Tego poglądu jednak nie można podzielić, mając w pamięci powyższe uwagi dotyczące obowiązków jednostek medycznych i lekarzy odpowiadających prawom pacjenta. Należy podkreślić,

że pozwana jednostka jest profesjonalistą świadczącym usługi medyczne. Wymogi stawiane takim podmiotom muszą być wysokie. Nie sposób, w ocenie Sądu, usprawiedliwić braku udzielenia informacji przez taką jednostkę, która ma wiedzę

o stanie zdrowia i konieczności podjęcia leczenia przez jednego z jej pacjentów niezależnie od tego, w trybie jakich procedur taka informacja została podjęta. Jeżeli wykonując badania przesiewowe podmiot wykonujący usługi medyczne poweźmie wiedzę o stanie zdrowia pacjenta, to choćby wykraczała ona poza program, należy oczekiwać, że poinformuje pacjenta o dostrzeżonych innych zagrożeniach

i konieczności dalszego leczenia, choćby było ono inne niż przyjęte w programie. Zaskanianie się procedurą danego programu należy uznać w takiej sytuacji za nieetyczne. W niniejszej sprawie okazało się, że informacja o dodatkowym USG może być do systemu wprowadzona. Zatem są to dane dotyczące stanu zdrowia pacjenta, o których pozwana jednostka wiedziała. Zdawano sobie także doskonale sprawę, że dane te nie znajdą się na wydruku, a zatem – nie zostaną udostępnione pacjentowi. Mimo to nie podjęto jakichkolwiek działań zmierzających do przekazania tej informacji pacjentowi. Tymczasem już samo zwykłe przeoczenie, zapomnienie, nawet przy braku intencji naruszenia obowiązku informacyjnego, kwalifikowane jest jako brak należytej staranności (niedbalstwo). Rażącem jest twierdzenie, że różne dodatkowe zapisy wykraczające poza standardowe twierdzenia, były kłopotliwe dla NFZ, czy jednostek wykonujących badania. Działania podejmowane przez lekarzy miały na celu wypełnienie ich obowiązku zawodowego (nie wynikającego z programu przesiewowego). Tymczasem, informacja przekazana przez lekarza mogła dotyczyć nie tylko konieczności pogłębienia diagnostyki, ale np. przypadkowego stwierdzenia innej zupełnie jednostki chorobowej, nie ujętej programem. Nie sposób wyobrazić sobie, że pacjent miałby takiej informacji nie uzyskać, gdyż nie mieści się w standardzie udzielanego świadczenia. Zaskanianie się procedurą programu jest nieuzasadnione nie tylko w świetle zasad etyki obowiązującej jednostki świadczące usługi medyczne, ale także wobec przepisów regulujących prawa pacjenta. Jak wywiedziono powyżej, przepisy niższej rangi, w tym regulacje wewnętrzne, czy wynikające z umów zawieranych z NFZ nie mogą znieść przepisów gwarantujących pacjentom podstawowe prawa.

Należy także wrócić uwagę na treść udzielonej informacji, która wskazywała jedynie na brak zmiany podejrzanej (k. 17). Nie informowała pacjenta o istnieniu zmiany niepodejrzanej. W kontekście wymagań stawianych udzielanym informacjom, ich jasności, przystępności w połączeniu z informacją o możliwych konsekwencjach i ewentualnej potrzebie leczenia, czy diagnozy, takie działanie także nie odpowiada standardom wynikającym z prawa pacjenta do informacji.

Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 12 czerwca 2008 r., sygn. akt III CSK 16/08: „Chodzi o kompetencje rzeczywiste i merytoryczne, pozwalające na właściwą ocenę stanu pacjenta i zastosowanie niezbędnych metod diagnostycznych oraz leczniczych, a obowiązek rzetelnej informacji powinien być realizowany w taki sposób, by dostarczyć pacjentowi dostatecznych i zrozumiałych informacji koniecznych do podjęcia przez niego decyzji o dalszym postępowaniu. Pacjent ma prawo do samodzielnego decydowania w sprawach osobistych o najistotniejszym znaczeniu, obowiązkiem zaś lekarza jest dostarczenie mu rzetelnych, obiektywnych i zrozumiałych informacji pozwalających na podjęcie takiej decyzji oraz wydanie skierowania na badania, które pozwolą na postawienie właściwej diagnozy. Wszystko to lekarz powinien uczynić z własnej inicjatywy, pacjent bowiem - niemający na ogół wiedzy medycznej - może nie tylko nie mieć świadomości swojego stanu zdrowia, lecz także nie wiedzieć o metodach diagnostycznych mogących ten stan wyjaśnić. Nieudzielenie przez lekarza wskazanych informacji, udzielenie informacji nierzetelnych, dezinformacja oraz niewydanie skierowania na badania specjalistyczne, gdy jest to konieczne do określenia stanu pacjenta, stanowi o winie lekarza.” Tak samo prawa pacjenta winny być realizowane przez zakłady lecznicze. Nie ulega więc wątpliwości, że pozwana jednostka w sposób rażący (posiadając pełną wiedzę o zaleceniach dalszej diagnostyki oraz wiedząc, że pacjentka takiej informacji nie otrzyma) naruszyła prawa powódki nie uzupełniając udzielonej w ramach programu informacji o dodatkową wiedzę, którą przy wykonywaniu badania powzięła.

Jak wskazano, naruszenie prawa do informacji nie musi skutkować jakąkolwiek szkodą, by stwierdzone naruszenie podlegało kompensacji.

W orzecznictwie jednak zauważa się jednak, iż sytuacja naruszenia praw pacjenta może wywołać u pacjenta ujemne doznania psychiczne, dyskomfort, utratę zaufania do leczących (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2012 r., sygn. akt V CSK 142/11, wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 16 grudnia 2013 r., sygn. akt I ACa 567/13, wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 28 marca 2013 r., sygn. akt V ACa 604/12). W wyroku z dnia 28 sierpnia 2013 r., sygn. akt I ACa 695/13, Sąd Apelacyjny w Krakowie wywiódł: „Udzielona powódce ochrona prawna wiąże się, więc również z naruszeniem jej praw pacjenta do otrzymania właściwego standardu opieki medycznej, co z kolei należy powiązać z ujemnymi następstwami

w sferze psychicznej, które wystąpiły pomimo braku szkód medycznych”. Wskazano, że brak udzielenia jej odpowiedniej informacji powoduje

u poszkodowanego subiektywne poczucie, iż w przypadku posiadania stosownej wiedzy, mógł zapobiec powstaniu dalszych skutków i konsekwencji. Poszkodowany traci zaufanie do leczących. Mimo braku wpływu informacji na proces terapeutyczny, informacja jednak zmniejsza krzywdę poszkodowanego, bowiem niweluje poczucie, iż pozwany szpital zataił przednim ważne dane, by uniknąć odpowiedzialności. W przeciwnym razie pacjent traci zaufanie do lekarzy i personelu medycznego, ma poczucie pozbawienia go możliwości działania: zasięgnięcia konsultacji, podjęcia dalszych działań.

W niniejszej sprawie jest to szczególnie widoczne. Powódka od samego początku procesu pozostaje w głębokim przekonaniu, że udzielone jej informacje spowodowały, że zaniechała działań, które uchroniłyby ją przed chorobą. Mimo opinii biegłych, w jej subiektywnym przekonaniu jej własne zaniechanie (powodowane uzyskanymi wynikami) doprowadziło do zezłośliwienia zmiany. Rozżalenie wobec pozwanych jest wciąż żywe, co więcej – wywołuje u powódki poczucie własnej winy. D. P. (1) jest przekonana, że podjęcie dalszej diagnostyki uchroniłoby ją przed mastektomią, zapobiegło tak szerokiemu zakresowi zabiegu – zmiana, w jej ocenie mogłaby zostać usunięta jako łagodna, uniknęłyby chemioterapii i naświetlań, a pole operacyjne byłoby mniejsze.

W tym miejscu należy także zwrócić uwagę na treść opinii biegłej onkolog, która uznała, że z punktu widzenia jej specjalności, zmiana stwierdzona w 2009 roku (jako zmiana łagodna) kwalifikowała się do usunięcia. Wprawdzie brak jest materiału dowodowego, który pozwoliłby na wnioskowanie, że to ta zmiana przekształciła się w zmianę złośliwą i nie zostało wykazane, aby zapobiegło to

w jakikolwiek sposób chorobie i całej późniejszej terapii, ale jednak w świetle wiedzy medycznej, prawidłowe postępowanie medyczne wymagało dalszej diagnostyki i wskazane był leczenie operacyjne. Choć opinia zaprzecza, aby zaniechanie w tym zakresie miało jakikolwiek wpływ na stan zdrowia powódki i rokowania, to jest

to naruszenie zasad prawidłowego działania i postępowania zgodnego ze sztuką lekarską.

To natomiast w sposób obiektywny potwierdza zdaniem Sądu, subiektywne poczucie krzywdy powódki. Utrata zaufania do działań zakładów medycznych jest wyjątkowo widoczna. Przekonanie, że zaniechanie doprowadziło do obecnej sytuacji jest niewzruszone. D. P. (1) ma poczucie, że przez blisko półtora roku pozostawała w nieświadomości, że konieczne były dalsze działania, że pozbawiono ją możliwości podjęcia czynności, które chroniłyby ją przed rozwojem choroby i naraziły na niepotrzebne ryzyko.

Art. 4 ust. 1 i 2 ustawy o prawach pacjenta chroni godność, prywatność i autonomię pacjenta, a tym samym zadośćuczynienie przyznane za naruszenie praw pacjenta nie pełni wyłącznie funkcji kompensacyjnej, jak to jest w przypadku szkody na osobie, ale również funkcję dyscyplinującą (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2012 r., sygn. akt V CSK 142/11). Udzielona powódce ochrona prawna wiąże się więc również z naruszeniem jej praw pacjenta do otrzymania właściwego standardu opieki medycznej, co z kolei należy powiązać z ujemnymi następstwami w sferze psychicznej. Kompensacja dotyczy krzywdy wywołanej naruszeniem określonego prawa pacjenta, nie zaś dobra osobistego w postaci zdrowia. Trzeba mieć zatem na uwadze prawo pacjenta, które chroni różne wartości, w tym godność, prywatność i autonomię pacjenta, a także prawo do właściwego standardu opieki medycznej i zaufania do tych standardów (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 28 marca 2013 r., sygn. akt V ACa 604/12). Funkcję dyscyplinującą – kompensacyjną zadośćuczynienia podkreślił także Sąd Apelacyjny w Białymstoku (wyrok z dnia 16 grudnia 2013 r., sygn. akt I ACa 567/13).

Mając powyższe na uwadze Sąd uznał, iż zadośćuczynienie w wysokości 30.000 zł przyznane na podstawie art. 448 k.c. stanowi kwotę stanowiącą właściwą kompensację, uwzględniającą rozmiar krzywdy powódki oraz w pełni świadome zaniechanie udzielenia informacji przez pozwanego; mieści się w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa oraz zachowuje cechy instrumentu kompensacyjnego.

W pozostałym zakresie żądanie jako wygórowane podlegało oddaleniu.

Podstawę rozstrzygnięcia o nieuiszczonych kosztach sądowych stanowił art. 113 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U.2010.90.594 j.t. ze zm.) w zw. z art. 100 k.p.c.

Strona pozwana została obciążona obowiązkiem zwrotu 29 % nieuiszczonych kosztów sądowych (w takim procencie strona powodowa ostała się ze swoim roszczeniem).

Koszty poniesione przez Skarb Państwa to: opłata od pozwu 5.283 zł, opłata od apelacji 5.283 zł, wynagrodzenia biegłych nie pokryte z zaliczek: 810,72 zł, 270,24 zł, 180,16 zł, 325,05 zł – łącznie 12.152,17 zł. Z tego nakazano pobranie od pozwanego kwoty 3.524,13 zł na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi.

Na podstawie art. 102 k.p.c. Sąd nie obciążył D. P. (2) obowiązkiem zwrotu kosztów procesu. Uzasadnione jest to nie tylko sytuacją zdrowotną i majątkową powódki, ale również charakterem niniejszego procesu.

Wytoczenie powództwa powodowane było subiektywnym poczuciem krzywdy, żalu, brakiem zaufania do służby medycznej. Okoliczności czyniły wątpliwości powódki uzasadnionymi (zmiana złośliwa powstała w tym samym miejscu, co wcześniejsza zmiana łagodna). Tok niniejszego postępowania wymagał sięgnięcia do opinii różnych specjalistów, dopiero ich wiedza specjalistyczna umożliwiła poczynienie ustaleń faktycznych. Konieczność zgromadzenia specjalistycznego materiału dowodowego spowodowała nawet ponowne rozpoznanie sprawy przez Sąd I instancji.



W oparciu o art. 84 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. Nr 167, poz.1398 ze zm.) nakazano zwrócić R. M. (1) kwotę 130,40 zł tytułem niewykorzystanej zaliczki uiszczonej w dniu 27 lipca 2012 roku.

## ZARZĄDZENIE

Odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełn.. pozwanego ZOZ.