

Sygn. akt V ACa 147/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 kwietnia 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie V Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSA Edyta Jefimko

Sędziowie: SA Paulina Asłanowicz (spr.)

SO (del.) Joanna Piwowarun-Kołąkowska

Protokolant: apl. sędziowski Piotr Bartosiewicz

po rozpoznaniu w dniu 9 kwietnia 2019 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa K. N., A. A. (1) i M. N.

przeciwko M. Szpitalowi (...) w W.

o zapłatę i rentę

na skutek apelacji K. N.

od wyroku Sądu Okręgowego Warszawa-Praga w Warszawie

z dnia 7 kwietnia 2017 r., sygn. akt II C 1029/16

I. oddala apelację;

II. nie obciąża powódki kosztami zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Joanna Piwowarun-Kołąkowska Edyta Jefimko Paulina Asłanowicz

Sygn. akt V ACa 147/18

UZASADNIENIE

W dniu 1 czerwca 2011 roku T. N. wniósł pozew przeciwko M. Szpitalowi (...) w W. oraz J. D., domagając się zasądzenia kwoty 100000 zł tytułem zadośćuczynienia za uszczerbek na zdrowiu będący następstwem wadliwie przeprowadzonego zabiegu usunięcia guza gruczołu krokowego oraz plastyki jelita, a także zasądzenia renty w wysokości 1000 zł miesięcznie. W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, iż w kwietniu 2008 roku przeszedł w pozwanym szpitalu zabieg usunięcia guza gruczołu krokowego metodą laparoskopową, przy czym szpital nie był przygotowany do wykonywania zabiegów tą metodą. Powód nie wyrażał zgody na zastosowanie metody laparoskopii, a sam zabieg był nieudany, gdyż w jego trakcie doszło do przebicia jelita. Przeprowadzona 11 miesięcy później operacja plastyki jelita także była nieudana, gdyż powód nadal ma problemy z utrzymaniem kału, która to dolegliwość jest upokarzająca i uczyniła z powoda kalekę.

Prawomocnym zarządzeniem z dnia 3 sierpnia 2011 roku zwrócono pozew w części dotyczącej pozwanego J. D..

M. Szpital (...) w W. domagał się oddalenia powództwa w całości i zasądzenia na jego rzecz zwrotu kosztów postępowania według norm przepisanych. Pozwany wskazywał, iż stosowane wobec T. N. w okresie od sierpnia 2008 roku do września 2009 roku leczenie było prawidłowe, zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, poprzedzone uzyskaniem od T. N. zgody na przeprowadzenie radykalnej prostatektomii w dniu 26 sierpnia 2008 roku i plastyki przetoki w dniu 23 lipca 2009 roku, a więc nie istnieją przesłanki przypisania pozwanemu odpowiedzialności deliktowej za rozstrój zdrowia powoda.

Na rozprawie w dniu 26 lipca 2012 roku pełnomocnik powoda sprecyzował żądanie pozwu, domagając się zasądzenia od M. Szpitala (...) w W. na rzecz T. N. kwoty 100000 zł tytułem odszkodowania za koszty leczenia spowodowane wywołanym rozstrojem zdrowia, kwoty 100000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę spowodowaną rozstrojem zdrowia oraz renty w wysokości po 2000 zł miesięcznie.

Po śmierci powoda postępowanie zostało podjęte z udziałem następców prawnych T. N. w osobach M. N., K. N. i A. A. (1). Podtrzymali oni żądanie zasądzenia na ich rzecz kwoty 100000 zł tytułem odszkodowania i kwoty 100000 zł tytułem zadośćuczynienia.

Wyrokiem z dnia 4 kwietnia 2017 roku Sąd Okręgowy Warszawa - Praga w Warszawie:

1. oddalił powództwo o zapłatę kwoty 200000 zł;
2. umorzył postępowania w części dotyczącej żądania zasądzenia renty;
3. odstąpił od obciążenia powodów kosztami procesu;
4. nieuiszczone koszty sądowe przejął na rachunek Skarbu Państwa.

Powyższy wyrok został wydany w oparciu o następujące ustalenia i rozważania prawne:

Od końca czerwca 2008 roku T. N. był pacjentem Poradni Przyszpitalnej M. Szpitala (...) w W. wobec rozpoznania nowotworu prostaty. W okresie od dnia 25 sierpnia 2008 roku do dnia 10 września 2008 roku T. N. był hospitalizowany na Oddziale Urologii M. Szpitala (...) w W. celem przeprowadzenia prostatektomii radykalnej (usunięcia prostaty) po uprzednim wyrażeniu zgody na przeprowadzenie tego zabiegu. W rozmowie z lekarzem, poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg, T. N. był informowany m.in. o możliwych powikłaniach typu zaburzenia wzdrodu, nietrzymanie moczu, zakażenie czy wystąpienie przetoki. Lekarz nie poruszał problemu nietrzymania kału, uznając, iż nie jest to możliwe powikłanie po planowanej u T. N. operacji. W dniu 26 sierpnia 2008 roku T. N. usunięto chory gruczoł krokowy metodą endoskopową pozaotrzewnową. W pozwanym szpitalu operacje tego typu metodą endoskopową wykonywano od 2006 roku u 60 - 70 pacjentów rocznie. W czasie zabiegu operacyjnego nacięto odbytnicę, która była przyrośnięta do stercza. Odbytnicę zszyto dwuwarstwowo, sprawdzając szczelność zszycia. Po zabiegu u powoda wystąpiły komplikacje w postaci krwawienia i epizodu gorączki. Powód został wypisany z zaleceniem m.in. wykonywania ćwiczeń zwieracza zewnętrznego cewki moczowej.

Przeprowadzone u powoda leczenie operacyjne raka gruczołu krokowego dało bardzo dobry wynik onkologiczny. Zastosowanie operacji na drodze endoskopowej za pomocą laparoskopii było i jest metodą zalecaną, gdyż pacjent podczas takiego zabiegu odnosi mniejszy uraz, potrzebuje po zabiegu mniej leków przeciwbólowych i szybciej powraca do aktywnych czynności życiowych niż w przypadku przeprowadzenia operacji na drodze otwartej, załonowej. Stwierdzony u T. N. zrost torebki stercza z odbytnicą nie był możliwy do rozpoznania w badaniu usg stercza ani w badaniu tomografii komputerowej, a uszkodzenie odbytnicy podczas zabiegu występuje u 5,4% operowanych, będąc jednym z możliwych powikłań po zabiegu prostatektomii radykalnej. Zastosowany sposób rozdzielania stercza z odbytnicą był działaniem rutynowym, tak jak i śródoperacyjne dwuwarstwowe zszycie uszkodzonej części odbytnicy i sprawdzenie jej szczelności.

W dniu 17 września 2008 roku T. N. był hospitalizowany w pozwanym szpitalu w celu usunięcia cewnika z pęcherza moczowego. Stwierdzono wówczas, iż pacjent potrafi przerwać mikcję oraz że mocz nie wykapuje oraz zalecono dalsze ćwiczenia zwieracza zewnętrznego cewki moczowej.

Trzy dni później T. N. został przyjęty na Oddział Urologii M. Szpitala (...) w W. w trybie ostrego dyżuru, gdyż zaobserwował u siebie powietrze w oddawanym moczu (pneumaturię) oraz zgłaszał zatrzymanie moczu. Wykonano powodowi badanie cystograficzne, w którym potwierdzono występowanie przetoki pęcherzowo – odbytniczej. Wobec powoda zastosowano leczenie polegające na wytworzeniu przetoki nadłonowej i wdrożono dietę bezresztkową, licząc na to, iż niewielka przetoka sama się zagoi i nie będzie konieczne ponowne leczenie operacyjne. T. N. został wypisany ze szpitala w dniu 26 września 2008 roku z zaleceniem stosowania diety bezresztkowej, zażywania leku U. oraz zgłoszenia się do szpitala po upływie 21 dni.

Kolejna hospitalizacja T. N. miała miejsce w okresie od dnia 5 do dnia 7 listopada 2008 roku. W jej trakcie w dniu 6 listopada 2008 roku wykonano badanie endoskopowe dolnych dróg moczowych, stwierdzając stan zapalny w obrębie trójkąta pęcherza. Nie udało się zidentyfikować kanału przetoki. Stwierdzono, iż zawartość koszki stolcowej nie wydobywa się do światła pęcherza, ani nie zaobserwowano przechodzenia pęcherzyków powietrza, podobnie – w koszce stolcowej nie stwierdzono płynu płuczącego podawanego do pęcherza. Ponowiono wcześniejsze zalecenia odnośnie leczenia zachowawczego i polecono zgłoszenie się do szpitala za 28 dni.

Podczas pobytu T. N. w pozwanym szpitalu w dniach od dnia 7 do dnia 9 grudnia 2008 roku ponownie wykonano badanie endoskopowe dolnych dróg moczowych jako że u pacjenta utrzymywał się wypływ powietrza wraz z moczem oraz fakt wypływania moczu przez odbytnicę. W przeprowadzonej w dniu 8 grudnia 2008 roku cystoskopii i rektoskopii stwierdzono istnienie niewielkiej średnicy przetoki. Ponowiono poprzednie zalecenia i ustalono termin badania tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy mniejszej, rozważając wykonanie plastyki przetoki z dostępu przezkroczonego.

W dniach 28 i 29 grudnia 2008 roku T. N. ponownie był hospitalizowany. W trakcie tego pobytu wykonano mu tomografię komputerową jamy brzusznej i miednicy mniejszej. Badanie uwidocznilo występowanie powietrza w świetle pęcherza moczowego i nieregularne pogrubienie ścian pęcherza. Miejsce przetoki było niewidoczne. Ujawniono także liczne uchyłki esicy. Zalecono kontynuowanie diety bezresztkowej i zażywania leku U..

Podczas pobytu w szpitalu w dniach 1 - 3 lutego 2009 roku po raz kolejny wykonano T. N. badanie endoskopowe dolnych dróg moczowych, stwierdzając istnienie odczynu zapalnego w okolicy kanału przetoki i w pęcherzu. Usunięto dren we wcześniej (tj. we wrześniu 2008 roku) wytworzonej przetoce nadłonowej i zdecydowano o obserwacji stanu chorego, zalecając mu zażywanie leku U.. Decyzję o sposobie dalszego leczenia uzależniono od rozwoju choroby – w razie pojawienia się dolegliwości, stanów gorączkowych zalecano rozważenie wytworzenia przetoki kałowej, natomiast w razie braku objawów rozwoju stanu zapalnego wykonanie plastyki przetoki bez odbarczenia przewodu pokarmowego. Przy przyjęciu do szpitala w dniu 1 lutego 2009 roku T. N. wyraził zgodę na proponowany zabieg operacyjny – plastykę przezkroczonego przetoki pęcherzowo – odbytniczej. Przed tego rodzaju operacją regułą było informowanie pacjentów o możliwości powikłania w postaci osłabienia czynności zwieracza.

Przy kolejnym przyjęciu do szpitala w dniu 7 czerwca 2008 roku pacjent relacjonował dalsze istnienie pneumaturii (powietrze w moczu) i znikome objawy fekalurii (cząstki kału w moczu). W badaniu cystoskopijnym przeprowadzonym w dniu 8 czerwca 2009 roku nie ujawniono już obecności odczynu zapalnego w okolicy kanału przetoki, a jedynie nieznaczny odczyn zapalny w pęcherzu i zakwalifikowano T. N. do zabiegu przezkroczonego plastyki przetoki.

W okresie od dnia 19 czerwca 2009 roku do dnia 1 lipca 2009 roku T. N. był hospitalizowany w Szpitalu (...) w W. na oddziale internistyczno – diabetologicznym z uwagi na posocznicę, objawiającą się gorączką, dreszczami, nudnościami i bólami mięśniowymi. Po zastosowaniu leczenia antybiotykiem T. N. w stanie dobrym został wypisany do domu.

Od dnia 20 lipca 2009 roku do 8 sierpnia 2009 roku T. N. przebywał na Oddziale Urologii M. Szpitala (...) w W. i w dniu 23 lipca 2009 roku, po wyrażeniu przez pacjenta pisemnej zgody, przeprowadzono u niego operację przetoki pęcherzowo – odbytniczej poprzez wycięcie kanału przetoki i oddzielne zeszytowanie dróg moczowych i przedniej ściany odbytnicy. Dodatkowo wytworzono przetokę nadłonową metodą nakłucia. Przed operacją T. N. był ponownie informowany o możliwych powikłaniach, w tym nietrzymaniu stolca.

W dniu 11 września 2009 roku T. N. miał wykonane badanie endoskopowe dolnych dróg moczowych, które nie ujawniło wycieku moczu cieniującego poza obręb dróg moczowych, wobec czego pacjentowi usunięto cewnik. Pacjentowi zalecono prowadzenie oszczędzającego trybu życia i dalsze leczenie w trybie ambulatoryjnym w poradni urologicznej. Po dniu 11 września 2009 roku T. N. nie kontynuował leczenia w pozwanym szpitalu.

Przetoka cewkowo – odbytnicza jest jednym z możliwych następstw powikłania po zabiegu prostatektomii radykalnej, jakim jest uszkodzenie odbytnicy i występuje u około 0,5% - 0,3% osób operowanych. Reakcja lekarzy pozwanego szpitala na rozpoznaną u T. N. w okresie pooperacyjnym przetokę cewkowo – odbytniczą, polegającą na zapewnieniu odprowadzania moczu poprzez przetokę nadłonową, wdrożeniu odżywiania bezresztkowego i przeprowadzeniu zabiegu chirurgicznego dopiero gdy nieskuteczne okazało się leczenie zachowawcze i gdy ustąpił silny stan zapalny w pęcherzu moczowym wokół przetoki, była prawidłowa. Sposób przeprowadzenia operacji plastyki przetoki był prawidłowy, a zabieg przyniósł oczekiwany efekt i powikłanie to zostało zlikwidowane (tj. pacjent po zabiegu utrzymywał mocz w pęcherzu i oddawał przez cewkę moczową, a stolec oddawał tylko przez odbytnicę).

W okresie po wrześniu 2009 roku T. N. nie miał problemu z oddawaniem moczu, natomiast występowały u niego dolegliwości zwieracza odbytu – nie był w stanie zapanować nad oddawaniem kału. Leczył się w innych szpitalach na nietrzymanie stolca, jednak nie chciał poddać się proponowanej mu operacji.

W dniu 4 maja 2010 roku T. N. miał przeprowadzone badanie zwieraczy odbytu (manometrię anorektalną), w toku którego stwierdzono prawidłowe napięcie podstawowe, zachowaną czynność dowolną zwieraczy i upośledzoną czynność odruchową.

W dniu 18 maja 2010 roku T. N. miał wykonane badanie endosonograficzne kanału odbytu, podczas którego stwierdzono cechy włóknistej przebudowy zwieraczy odbytu i mięśnia łonowo – odbytniczego oraz wyraźne osłabienie ich czynności skurczowej. Zalecono wówczas przeprowadzenie u powoda badania rezonansu magnetycznego, podejrzewając neurogeny charakter nietrzymania kału.

W dniu 9 czerwca 2010 roku przeprowadzono u T. N. badanie kolonoskopijne, stwierdzając bardzo liczne uchyłki esicy.

W październiku 2010 roku T. N. był hospitalizowany w Szpitalu (...) z uwagi na silne wymioty, bóle brzucha i nasilone objawy nietrzymania stolca. Podczas leczenia stwierdzono, iż dolegliwości spowodowane zostały najprawdopodobniej zapaleniem uchyłków esicy i zakażeniem wątroby cytomegalowirusem.

Przed hospitalizacją w pozwanym szpitalu w 2008 - 2009 roku T. N. leczył się na nadciśnienie tętnicze, hipocholesterolemię, uchyłkowatość esicy i zstępnicy oraz nasilone zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa. W czerwcu 2008 roku pacjent zgłaszał lekarzowi rodzinnemu, iż od dłuższego czasu występują u niego zaparcia i biegunki.

Występujące u T. N. nietrzymanie stolca związane z niewydolnością zwieraczy miało wieloczynnikową etiologię - stany zapalne jelita grubego, zmiany w rdzeniu kręgowym i neurologiczne, a przebyte zabiegi z powodu raka gruczołu krokowego i powikłań pooperacyjnych w minimalnym stopniu lub wcale przyczyniły się do wystąpienia tej dolegliwości. W ciągu kilku lat wykonano w Polsce kilkaset zabiegów naprawczych przetoki cewkowo – odbytniczej z dostępu przez kroczce i nie odnotowano ani jednego przypadku uszkodzenia zwieracza odbytu lub nietrzymania kału po tych zabiegach.

W okresie od dnia 7 do dnia 9 lutego 2015 roku T. N. był hospitalizowany w Oddziale Ratunkowym Szpitala (...) w W., a od dnia 9 do dnia 10 lutego – w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii tego szpitala z uwagi na niewydolność wielonarządową w przebiegu wstrząsu septycznego, odwodnienie i niezżyt żołądkowo - jelitowy.

T. N. zmarł w dniu 10 lutego 2015 roku. Spadek po nim z mocy ustawy nabyli wprost w udziałach po 1/3 części K. N., A. A. (1) i M. N..

Powództwo zdaniem Sądu Okręgowego okazało się nieuzasadnione.

T. N. pisemnie wyrażał zgodę na przeprowadzenie zabiegu endoskopowej pozaotrzewnowej radykalnej prostatektomii oraz zabiegu przezkroczowej plastyki przetoki, jak również kilkakrotnie na wykonanie badań cystoskopijnych, potwierdzając iż uprzednio został poinformowany o istocie zabiegu i możliwych powikłaniach. Z uzasadnienia pozwu i późniejszych pism procesowych oraz wypowiedzi pełnomocnika powodów na rozprawie poprzedzającej wydanie wyroku wynika, iż strona powodowa kwestionowała skuteczność wyrażenia zgody przez T. N. na zabieg endoskopowej pozaotrzewnowej radykalnej prostatektomii, twierdząc iż pacjent nie został w pełni uświadomiony o nowatorskim, czy wręcz eksperymentalnym charakterze laparoskopowej metody zabiegu oraz o wszelkich możliwych powikłaniach pooperacyjnych. W ocenie Sądu Okręgowego zarzuty te okazały się nieuzasadnione. Świadkowie T. S. i J. D. potwierdzili bowiem fakt i zakres udzielonych T. N. informacji przed planowanymi zabiegami chirurgicznymi, w szczególności o możliwych niekorzystnych następstwach zabiegu. Z zeznań świadków wynikało, iż istotnie pacjent nie był pouczany o możliwości osłabienia czynności zwieracza i nietrzymania kału, gdyż świadkowie nie postrzegali tego rodzaju dolegliwości jako możliwego powikłania, która to ocena – jak wynika z opinii biegłego urologa – była słuszna. Sąd I - ej instancji podkreślił, że powinnością lekarza jest poinformowanie pacjenta o dających się przewidzieć następstwach zabiegu. Z opinii biegłego wynika zaś, że powikłanie polegające na uszkodzeniu odbytnicy jest odnotowywane u około 5% osób operowanych, a następstwem owego powikłania może być przetoka cewkowo – odbytnicza występująca u około 0,5% osób operowanych, a w kilkuset zabiegach naprawczych przetoki cewkowo – odbytniczej z dostępu przez krocze nie odnotowano ani jednego przypadku uszkodzenia zwieracza odbytu lub nietrzymania kału po tych zabiegach. Nie sposób więc przyjąć, by lekarze zatrudnieni w pozwanym szpitalu byli zobowiązani do powiadamiania pacjentów o niebezpieczeństwie wystąpienia uszkodzenia zwieracza odbytu i nietrzymania kału w razie poddania się zabiegowi prostatektomii metodą laparoskopową. Podobnie, zeznania świadków i opinia biegłego przeczą tezie powodów, iż laparoskopowa metoda zabiegu była metodą nowatorską i przez to niebezpieczną dla pacjenta. Świadkowie wskazali bowiem, iż operacje tą metodą rutynowo były wykonywane w pozwanym szpitalu od 2006 roku, a biegły podał że metoda ta była metodą zalecaną i niosącą mniejsze niebezpieczeństwo dla pacjentów niż prowadzenie operacji na drodze otwartej. Co więcej, z informacyjnego wysłuchania T. N. wynika, iż ubiegał się on o przyjęcie w pozwanym szpitalu właśnie z uwagi na przeprowadzanie w nim operacji usunięcia prostaty metodą laparoskopową.

Następstwem wyrażenia zgody na zabieg operacyjny przez T. N. było przyjęcie przez niego na siebie ryzyka niepowodzenia medycznego. Oczywiście jest przy tym, iż wyrażając zgodę na zabieg operacyjny, pacjent nie obejmuje nią skutków żadnej postaci winy lekarza go operującego. W rozpoznawanej sprawie przedmiotem sporu stron było zaś to, czy lekarze operujący T. N. w dniu 26 sierpnia 2008 roku i w dniu 23 lipca 2009 roku popełnili zawiniony błąd diagnostyczny lub terapeutyczny, skutkujący rozstrojem zdrowia T. N. wyrażającym się zaburzeniem czynności zwieraczy i nietrzymaniem kału.

Sąd Okręgowy stanął na stanowisku, iż zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie uzasadnia ustalenia, iż lekarze leczący T. N. w pozwanym M. Szpitalu (...) dopuścili się w trakcie procesu leczenia działań bezprawnych i zawinionych, skutkujących rozstrojem zdrowia T. N..

Ocena prawidłowości podejmowanych wobec T. N. działań lekarskich wymagała wiadomości specjalnych, stąd Sąd I - ej instancji dopuścił dowód z opinii biegłego lekarza urologa. Biegły stwierdził, iż zespół leczący T. N. podejmował prawidłowe decyzje zgodne z aktualną wiedzą medyczną i zasadami przyjętymi w chirurgii onkologicznej oraz chirurgii urologicznej, a działania diagnostyczno – lecznicze były prawidłowe i zgodne z zasadami wiedzy i sztuki medycznej. W

dalszej kolejności biegły uznał, iż występujące u T. N. nietrzymanie stolca związane z niewydolnością zwieraczy miało wieloczynnikową etiologię (stany zapalne jelita grubego, zmiany w rdzeniu kręgowym i neurologiczne), a przebyte zabiegi z powodu raka gruczołu krokowego i powikłań pooperacyjnych w minimalnym stopniu lub wcale przyczyniły się do wystąpienia tej dolegliwości. Oznacza to, że nie został wykazany adekwatny związek przyczynowy między kwestionowanymi przez powodów działaniami lekarzy zatrudnionych w pozwanym szpitalu a rozstrojem zdrowia T. N..

Opinię biegłego Sąd Okręgowy uznał za wiarygodną i przekonującą, albowiem była jednoznaczna, spójna, logicznie, szczegółowo, obszernie i przystępnie uzasadniona, a wnioski i stwierdzenia w niej zawarte były poparte informacjami znajdującymi się w dokumentacji medycznej T. N., a autor opinii jest osobą, której wiedzy fachowej nie sposób kwestionować, gdyż prof. dr hab.n.med. M. S. był konsultantem krajowym w dziedzinie urologii. Sąd Okręgowy miał przy tym na uwadze, iż biegły wyczerpująco umotywował swoje stanowisko, odnosząc się do zastrzeżeń strony powodowej zgłaszanych po doręczeniu opinii. Biegły nie miał możliwości osobistego zbadania T. N., gdyż powód zmarł przed wyznaczonym przez biegłego terminem badania. Zauważył jednak Sąd Okręgowy, iż do akt sprawy dołączona została obszerna dokumentacja medyczna T. N. i biegły uznał ją za wystarczającą do wydania opinii, a osoba posiadająca wiadomości specjalne jest w stanie ocenić, czy zgromadzony materiał dowodowy umożliwia jej sporządzenie opinii. Strona powodowa nie przedstawiła żadnych merytorycznych argumentów odnośnie stwierdzeń biegłego, poprzestając na kwestionowaniu opinii jako niewyczerpującej i sporządzonej przez osobę solidaryzującą się z lekarzami wykonującymi oceniane zabiegi lecznicze oraz na wnioskowaniu o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego ad hoc – lekarza urologa nie pracującego w Polsce. Sąd Okręgowy nie uwzględnił tego wniosku, jako że nie był on należycie umotywowany. Nie jest wystarczające samo wyrażenie poglądu, iż opinia biegłego ma charakter nieobiektywny powodowany solidarnością zawodową, skoro biegły zdecydował się na sporządzenie opinii i stanowczo zaprzeczył powyższym sugestiom strony powodowej, a powód nie występował z wnioskiem o wyłączenie biegłego. Niezadowolenie strony powodowej z treści opinii także nie uzasadnia wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego, jeśli wniosek ten nie jest poparty konkretnymi uwagami i argumentami poddającymi w wątpliwość miarodajność dotychczas złożonych do akt sprawy opinii. W orzecznictwie i doktrynie utrwalone są wskazania, iż dla skutecznego zakwestionowania wniosków opinii biegłych konieczne jest wykazanie, iż biegły nie dysponuje wiadomościami specjalnymi, iż rozumowanie przedstawione przez biegłego nie jest logicznie poprawne, iż opinia jest niepełna, nie uwzględnia wszystkich istotnych dla sprawy okoliczności lub nie zawiera uzasadnienia wyrażonych w niej ocen i poglądów, albo też gdy jest ona niejasna.

Mając na uwadze powyższe ustalenia i oceny, Sąd I - ej instancji uznał, iż w rozpoznawanej sprawie nie zostało udowodnione, by operujący T. N. lekarze w sposób zawiniony dopuścili się błędów w sztuce medycznej i by następstwem owego błędu stał się rozstrój zdrowia objawiający się zaburzeniami czynności zwieraczy i nietrzymaniem kału. Oznacza to, że nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego M. Szpitala (...) w W. określone w art. 430 k.c., co skutkowało oddaleniem powództwa o zapłatę odszkodowania i zadośćuczynienia w całości. Postępowanie o zasądzenie renty Sąd Okręgowy umorzył natomiast jako bezprzedmiotowe na podstawie art. 355 § 1 k.p.c. wobec śmierci T. N. w toku postępowania, ściśle osobistego charakteru owego żądania i wiążącej się z tym jego niedziedziczności oraz niepopierania przez następców prawnych T. N. powództwa w tym zakresie.

Sąd I - ej instancji odstąpił od obciążania powodów kosztami procesu na podstawie art. 102 k.p.c., mając na uwadze charakter i znaczenie żądania dla powoda T. N. oraz fakt, iż T. N. mógł być subiektywnie przekonany o słuszności swoich żądań, zważywszy na pojawienie się dolegliwości zdrowotnych po hospitalizacji w pozwanym szpitalu.

Wobec wyniku postępowania Sąd Okręgowy orzekł o przejęciu nieuiszczonych kosztów sądowych na rachunek Skarbu Państwa stosownie do art. 113 ust. 1 u.k.s.c.

Apelację od tego wyroku wniosła K. N., zaskarżając go w części, tj. w punkcie pierwszym i zarzucając mu niewłaściwe ustalenie stanu faktycznego przez przyjęcie, iż T. N. został prawidłowo poinformowany o ryzykach związanych z operacją i nieprzyjęcie istotnego wniosku powoda o przeprowadzenie dowodu z opinii niezależnego biegłego sądowego, wskutek czego nie wyjaśniono wszystkich istotnych elementów stanu faktycznego.

Zważywszy na te zarzuty, powódka wniosła o przeprowadzenie dowodu nieprawidłowo oddalonego przez Sąd I - ej instancji z opinii biegłego niezależnego pod kątem zarówno prawidłowości zabiegu, jak i procedury go poprzedzającej, a także o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie dochodzonej kwoty w wysokości 200000 zł na rzecz powoda wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty, a ewentualnie o uchylenie wyroku Sądu I - ej instancji i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania i zasądzenie kosztów sądowych, w tym kosztów zastępstwa procesowego za I - ą instancję.

W odpowiedzi na apelację pozwany wniosł o jej oddalenie w całości i zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu odwoławczym według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie.

Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje za własne ustalenia faktyczne Sądu I - ej instancji zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, spełniającego wymogi określone w art. 328 § 2 k.p.c. Ustalenia te mają oparcie w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym, ocenionym zgodnie z art. 233 § 1 k.p.c. Z kolei ostateczne wnioski Sądu Okręgowego są konsekwencją prawidłowo zastosowanych przepisów prawa materialnego.

Powódka kwestionowała przede wszystkim ocenę dowodów, która doprowadziła Sąd Okręgowy do błędnego w jej ocenie ustalenia, że leczenie w pozwanym szpitalu było prawidłowe. Uznając konieczność zasięgnięcia wiadomości specjalnych, Sąd Okręgowy prawidłowo oparł się na wnioskach opinii biegłego lekarza specjalisty M. S. powołanego do wypowiedzenia się na okoliczność, czy proces leczenia T. N. był prawidłowy i zgodny ze sztuką medyczną. Biegły w swojej pierwszej opinii i jej uzupełnieniach wypowiedział się jednoznacznie co do tego, że zespół leczący T. N. podejmował prawidłowe decyzje, zgodne z aktualną wiedzą medyczną i zasadami chirurgii onkologicznej i urologicznej, a także z zasadami wiedzy i sztuki medycznej.

W tym miejscu wskazania wymaga, że zgodnie z zapatrywaniem judykatury opinia biegłego podlega ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., lecz w oparciu o szczególne dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej. Specyfika oceny tego dowodu wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia i wiedzy powszechnej (tak Sąd Najwyższy m.in. w postanowieniu z dnia 7 listopada 2000 roku, I CKN 1170/98, Legalis numer 49256). Nie chodzi tu przy tym o kwestię wiarygodności, jak przy dowodzie z zeznań świadków i stron, lecz o pozytywne lub negatywne uznanie wartości rozumowania zawartego w opinii i uzasadnienie, dlaczego pogląd biegłego trafił do przekonania Sądu.

Wnioski środka dowodowego w postaci opinii biegłego mają być jasne, kategoryczne i przekonujące dla sądu jako bezstronnego arbitra w sprawie, dlatego gdy opinia biegłego czyni zadość tym wymogom, co pozwala uznać znaczące dla istoty sprawy okoliczności za wyjaśnione, to nie zachodzi potrzeba dopuszczania dowodu z dalszej opinii biegłych. Granicę obowiązku prowadzenia przez sąd postępowania dowodowego wyznacza, podlegająca kontroli instancyjnej, ocena czy dostatecznie wyjaśniono sporne okoliczności sprawy. To zaś, że opinia biegłego nie ma treści odpowiadającej oczekiwaniom strony nie stanowi dostatecznego uzasadnienia dla przeprowadzenia dowodu z kolejnych opinii. Samo niezadowolenie strony z opinii nie stanowi bowiem wystarczającej podstawy do przeprowadzenia dowodu z opinii kolejnego biegłego (tak m.in. Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z dnia 31 lipca 2014 roku, I ACA 232/14, Lex nr 150666). W ocenie Sądu Apelacyjnego opinia niezgodna z oczekiwaniami strony nie może być podstawą jej skutecznego kwestionowania i przesądzać o konieczności dopuszczenia kolejnych opinii uzupełniających lub też kolejnych opinii biegłych aż do uzyskania opinii po myśli strony podważającej opinię poprzednią.

Mając powyższe na uwadze, stwierdzić należy, że prawidłowo ocenił Sąd I – ej instancji, że opinia biegłego S. jest rzeczowa i oparta o wnikliwą analizę dokumentacji medycznej, a w konsekwencji w sposób dokładny i wyczerpujący

odpowiada na zadane biegłemu pytania, co powoduje, że stanowi ona barierę dla dalszego dowodzenia w tym samym zakresie, w tym także na etapie postępowania apelacyjnego.

W apelacji powódka powtórzyła zgłaszany w postępowaniu przed Sądem I – jej instancji zarzut wobec opinii, że została ona sporządzona bez przeprowadzenia badania powoda, co biegły w uzupełnieniu opinii wyjaśniał faktem niestawiennictwa T. N. na termin badania. Z akt sprawy wynika zaś, że wówczas powód już nie żył. Jednocześnie biegły nie stwierdził, by brak badania uniemożliwił sformułowanie kategoriycznych wniosków co do sposobu leczenia powoda z uwagi na to, że analizie podlegała bogata i pełna dokumentacja lekarska obrazująca podjęte wobec pacjenta działania medyczne. Z uwagi na to, że opiniowanie dotyczyło zdarzeń z przeszłości, które zostały w pełni udokumentowane, nie można przyjąć, by badanie T. N. w trakcie procesu mogło wpłynąć w sposób zasadniczy na ocenę prawidłowości tych działań. Słusznie przy tym podnosi pozwany w odpowiedzi na apelację, że stanowisko powódki jest wewnętrznie sprzeczne, gdyż z jednej strony główny jej zarzut wobec opinii biegłego S. sprowadza się do tego, że nie zbadał on jej męża, a z drugiej strony kwestionuje ona nieprzeprowadzenie dalszego postępowania dowodowego z opinii biegłych, których opiniowanie dotknięte byłoby tym samym mankamentem z przyczyn obiektywnych związanych ze śmiercią pacjenta.

Zarzuty stronniczości mogły zaś stanowić podstawę do wnioskowania o wyłączenie biegłego, a nie dyskwalifikowania mocy dowodowej sporządzonej przez niego opinii.

Apelacja w pozostałym zakresie stanowi dalszą, gołosłowną polemikę z jednoznacznym wnioskiem opinii biegłego urologa, że załączony do akt sprawy materiał dowodowy nie zawiera danych pozwalających na stwierdzenie, że miał miejsce błąd medyczny. Wobec tak kategoriycznych wniosków opinii brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności lekarzy za „błąd w sztuce”, czyli za przeprowadzenie zabiegów niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej i bez zachowania należytej staranności.

Dodatkowo wskazać należy, że powódka utraciła prawo powoływania się na uchybienie procesowe, polegające na niedopuszczeniu dowodu z opinii innego biegłego, gdyż na rozprawie w dniu 7 kwietnia 2017 roku, na której obecna była osobiście, jak również jej pełnomocnik, nie zgłoszone zostało zastrzeżenie do protokołu rozprawy wobec tej decyzji. Niezgłoszenie zastrzeżenia w trybie art. 162 k.p.c. wyklucza bowiem możliwość późniejszego powołania się strony na uchybienie procesowe sądu zarówno w toku postępowania w danej instancji, jak i w środkach odwoławczych, nawet jeżeli uchybienia te mogły mieć istotny wpływ na wynik sprawy, chyba że strona uprawdopodobni, iż nie zgłosiła zastrzeżeń bez swej winy oraz gdy chodzi o uchybienia, które sąd powinien wziąć pod uwagę z urzędu, a na takie okoliczności nie powołała się apelująca.

Powyższe konstatacje nie wyczerpują jednak kwestii odpowiedzialności strony pozwanej za działania medyczne podjęte wobec T. N.. Nawet bowiem przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne. Zasadniczo, pacjent poinformowany o istniejącym ryzyku, wyrażając zgodę na zabieg przyjmuje je na siebie. To ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny, obejmuje tylko zwykle powikłania pooperacyjne, nie można natomiast uznać, by ryzykiem pacjenta były objęte komplikacje powstałe wskutek najlżejszej choćby winy lekarza, w tym pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza, zwłaszcza - uszkodzenia innego organu, także w sposób przypadkowy i niezamierzony (tak Sąd Najwyższy w wyrokach: z dnia 19 października 1971 roku, II CR 421/74, nie publ., z dnia 29 września 2000 roku, V CKN 527//00, OSNC z 2001 roku, Nr 3, poz. 42, z dnia 29 października 2003 roku, III CK 34/02, OSP z 2005 roku, Nr 4, poz. 54, z dnia 13 stycznia 2005 roku, III CK 143/04, nie publ., z dnia 10 lutego 2010 roku, V CSK 287/09, nie publ. i z dnia 18 stycznia 2013 roku, IV CSK 431/12, Lex numer 127006). Lekarz nie poniesie natomiast odpowiedzialności za wynik operacji, podczas której doszło do powikłań spowodowanych szczególnymi okolicznościami, niezależnymi od jego zachowania.

Jak wynika zaś z opinii biegłego M. S. uszkodzenie odbytnicy podczas zabiegu z dnia 26 sierpnia 2008 roku było wynikiem nieprzewidywalnego przed operacją stanu stercza i jego zrostów, co było prawdopodobnie efektem ukrytych

stanów zapalnych stercza w przeszłości lub zapalenia po biopsji stercza. Wymagało to preparowania zrostów stercza, co było przyczyną uszkodzenia odbytnicy. Nie był to więc wynik pomyłki czy niezręczności lekarza.

Odnosząc się zaś do zarzutów apelacji dotyczących nieudzielenia T. N. odpowiedniej informacji o ryzyku związanym z zabiegiem operacyjnym, stwierdzić należy, że stosownie do treści art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 roku, poz. 537) lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31 powołanej ustawy. Obowiązek ten obejmuje udzielenie przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Zgoda pacjenta w rozumieniu art. 31 ust. 1 powołanej ustawy musi być zgodą „objaśnioną”, „poinformowaną”, a więc świadomie akceptującą przez pacjenta zrozumiałe przezeń ryzyko dokonania zabiegu i przejęcie na siebie tego ryzyka. Dopiero taka zgoda pacjenta wyłącza bezprawność interwencji lekarza. Sama aprobata pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda w jurydycznym tego słowa znaczeniu, a więc jako spełniająca wymogi art. 31 ust. 1 ustawy, co z kolei skutkuje uznaniem, że działanie lekarza w takiej sytuacji jest działaniem podjętym w warunkach bezprawności. Prawo do informacji - obok prawa do wyrażenia zgody – jest bowiem jednym z najistotniejszych elementów relacji między osobą wykonującą zawód medyczny a pacjentem. Zagwarantowanie pacjentowi prawa do informacji jest *conditio sine qua non* ochrony jego autonomii. Tym samym prawo do informacji należy traktować jako instrument o istotnym znaczeniu. W doktrynie podkreśla się także, że zakres informacji, do której pacjent ma prawo, obejmuje proponowaną procedurę medyczną, dane na temat ryzyka związanego z procedurą, informacje na temat możliwych skutków zabiegu, informacje o alternatywnych procedurach medycznych oraz wiadomość o możliwości odmowy poddania się zabiegowi, a także o implikacjach z tego płynących. Tak szerokie ujęcie zakresu informacji wynika z faktu, że zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne musi być efektem świadomego wyboru, więc decyzja o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego powinna zostać podjęta po uprzednim uzyskaniu kompleksowej informacji, związanej z proponowanym leczeniem.

Obowiązek udzielenia pacjentowi informacji nie wymaga przy tym wskazania wszystkich możliwych skutków wykonania zabiegu operacyjnego ratującego życie. W sytuacji, w której chodzi o zabieg tego rodzaju, obowiązek udzielenia informacji, wynikający z przepisów art. 34 ust. 2 w zw. z art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza może ograniczać się do wskazania możliwych niekorzystnych skutków i powikłań, będących zwykłym, typowym następstwem danego zabiegu. Zakres udzielanych pacjentowi informacji musi być bowiem uzależniony od rodzaju zabiegu, w szczególności od tego, czy w danym wypadku za jego przeprowadzeniem przemawiają bezwzględne, czy względne wskazania, czy też chodzi jedynie o zabieg kosmetyczny (tak Sąd Najwyższy w wyrokach z dnia 28 sierpnia 1972 roku, II CR 296/72, OSNCP z 1973 roku, z dnia 5 września 1980 roku, II CR 280/80, OSPiKA z 1981 roku, Nr 10, poz. 170 i z dnia 26 kwietnia 2007 roku, II CSK 2/07, Legalis numer 117857).

Brak w powyższy sposób rozumianej świadomej zgody pacjenta nadaje zachowaniu lekarza cechy czynu niedozwolonego, co uzasadniać może odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej za negatywne następstwa wykonanego zabiegu - nawet wówczas, gdy był on wykonany zgodnie z zasadami sztuki medycznej. Wina funkcjonariusza ma bowiem miejsce także wówczas, gdy proces decyzyjny pacjenta poprzedzający wyrażenie przez niego zgody na zabieg został zakłócony poprzez zaniechanie przedstawienia ewentualnych komplikacji zabiegu skutkujących negatywnie dla życia lub zdrowia. Sama zaś aprobata pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda.

Ponieważ obowiązek udzielenia pacjentowi informacji obciąża lekarza i on wywodzi z tego skutki prawne, spoczywa na nim dowód wykonania tego obowiązku (art. 6 k.c.). Dowodem mogą być odpowiednie zapisy w historii choroby wraz z podpisem pacjenta, wręczone mu informacje pisemne, zeznania świadków, w tym także personelu medycznego. Lekarz musi udowodnić, że udzielone przez niego informacje o ryzyku i skutkach zabiegów lekarskich lub badań

diagnostycznych stanowiły podstawę zgody pacjenta na ich dokonanie lub odmowy zgody (tak Sąd Najwyższy m.in. w wyroku z dnia 17 grudnia 2004 roku, II CK 303/04, Legalis numer 66293).

W tym kontekście za prawidłową należy uznać ocenę Sądu Okręgowego, że nie można oczekiwać, aby lekarz informował pacjenta o wszystkich, nawet bardzo mało prawdopodobnych skutkach zabiegu, a taki zdaniem biegłego M. S. stanowi możliwość osłabienia czynności zwieracza i nietrzymania kału. Tak rozumiane prawo pacjenta do informacji wykluczałoby bowiem praktycznie wykonanie każdego bardziej skomplikowanego zabiegu operacyjnego, z uwagi na szereg potencjalnych powikłań, niejednokrotnie niezwykle rzadkich i niemożliwych do przewidzenia. Niemniej jednak treść pisemnej zgody na zabieg była na tyle ogólnikowa, że nie pozwalała na ustalenie, o jakich konkretnie powikłaniach T. N. został poinformowany. W sytuacji, gdy negował on uzyskanie informacji o jakichkolwiek innych skutkach niż czasowe nietrzymanie moczu, a przesłuchani lekarze nie wypowiedzieli się kategorycznie co do udzielenia informacji o przetoce pęcherzowo – odbytniczej, którą biegły zakwalifikował jako objętą obowiązkiem informacji, to oceny wymaga, czy ewentualne uchybienie w tym zakresie mogło wpłynąć na odpowiedzialność strony pozwanej. Odnośnie zaś ryzyka uszkodzenia odbytnicy świadek J. D. jednoznacznie podał, że o tym powikłaniu informował, a ponadto zostało ono w trakcie samej operacji dostrzeżone i usunięte.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że przeprowadzenie zabiegu operacyjnego usunięcia raka gruczołu krokowego, a więc choroby śmiertelnej, było konieczne i nie było możliwości wyboru alternatywnej metody postępowania niż prostatektomia radykalna. Wybór dotyczył jedynie tego, czy operacja miała być dokonana w drodze laparoskopowej czy otwartej, z tym, że z opinii biegłego wynika, że każda z nich jest obciążona ryzykiem na korzyść tej pierwszej jako mniej inwazyjnej. Nie można więc, wbrew stanowisku skarżącej, podnosić, że brak informacji o powikłaniach powoduje nieskuteczność wyrażenia zgody na zabieg. Z doświadczenia życiowego można bowiem wnosić, że nawet informacja o możliwości wystąpienia powikłań nie wpłynęłaby na zmianę stanowiska T. N. w sprawie poddania się leczeniu, które miało charakter ratujący życie.

W związku z tym podkreślenia wymaga, że uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia stanowiące powikłanie lub następstwo powikłania związane z podjętym leczeniem nie mogą być co do zasady postrzegane jako następstwo nieudzielenia należytej informacji o tym powikłaniu. O zależności przyczynowej między nimi można by mówić tylko wtedy, gdyby istniały wystarczające podstawy do przyjęcia, że w razie udzielenia należytej informacji pacjent odmówiłby zgody na świadczenie (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 lipca 2018 roku, I CSK 550/17, Legalis numer 1806345). W niniejszej sprawie jedyną przyczyną odpowiedzialności Szpitala mogłoby stanowić nienależyte poinformowanie pacjenta o ryzyku powstania przetoki, a zgodnie z dokonanymi ustaleniami z punktu widzenia medycznego operacja była konieczna i pacjent wyraził na nią świadomie zgodę. W tej sytuacji hipoteza, że w razie uzyskania należytej informacji T. N. zrezygnowałby z operacji, jawi się jako zbyt mało prawdopodobna. Uzasadnia to stwierdzenie, że udzielenie mu informacji w żaden sposób nie wpłynęłoby na bieg zdarzeń, a tym samym nie ma podstaw do obciążenia Szpitala odpowiedzialnością za naruszenie obowiązku informacyjnego (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 26 kwietnia 2007 roku, II CSK 2/07, OSP z 2009 roku, z. 1, poz. 6).

Dodatkowo wskazać należy, że w bardzo zbliżonym do niniejszego stanie faktycznym, w którym dokonano zabiegu operacyjnego tzw. tracheotomii gardła, co było konieczne dla ratowania życia chorego, a po zabiegu doszło do powikłań w postaci przetoki gardłowo – krtaniowej Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 11 stycznia 1974 roku (II CR 732/73, Legalis numer 17658) stwierdził, że obowiązek lekarza uprzedzenia chorego o możliwych komplikacjach zamierzonej operacji inaczej przedstawia się w sytuacji, gdy chodzi o operację mającą na celu tylko poprawę stanu zdrowia, a inaczej, gdy operacja jest niezbędna dla ratowania życia chorego. W tym drugim przypadku lekarz nie może udzielać pacjentowi tego rodzaju informacji o możliwych powikłaniach operacyjnych, które mogłyby wpłynąć ujemnie na psychikę chorego, a tym samym zwiększyć ryzyko operacji. Podobnie w wyroku z dnia 20 listopada 1979 roku (IV CR 389179, Legalis numer 21746) Sąd Najwyższy wskazał, że 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 nastąpić. Przede wszystkim zaś dla skuteczności zgody nie jest konieczne informowanie o dalszych następstwach powikłań pooperacyjnych.

Ponadto jak trafnie wskazuje się w judykaturze (tak Sąd Najwyższy w wyrokach z dnia 29 maja 2007 roku, V CSK 76/2007, OSNC z 2008 roku, Nr 7 - 8, poz. 91 i z dnia 27 kwietnia 2012 roku, V CSK 142/11, Legalis numer 532431) roszczenia o zadośćuczynienie będące następstwem naruszenia praw pacjenta oraz wynikające z art. 445 § 1 k.c. mają odrębny charakter i określają zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne. Przepis art. 445 w zw. z art. 444 § 1 k.c. traktuje o zadośćuczynieniu krzywdy będącej rezultatem uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, podczas gdy, natomiast art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty chroni godność, prywatność i autonomię pacjenta niezależnie od wyników obranej metody leczenia i skuteczności przeprowadzonego badania. Odmienne są też ich funkcje: kompensacyjna pierwszego z nich i dyscyplinująca - kompensacyjna drugiego.

Natomiast w niniejszej sprawie powód zgłosił jedynie roszczenia z tytułu powstałego rozstroju zdrowia, na co wskazuje stanowisko samego powoda, który, wykonując zobowiązanie do sprecyzowania zgłoszonych roszczeń podał, że dochodzona kwota ma rekompensować doznany uszczerbek na zdrowiu (k. 40). Tak zakreślone podstawy powództwa potwierdził pełnomocnik powoda, który podał podstawę prawną zgłoszonych roszczeń w postaci art. 444 § 1 i art. 445 § 2 k.c. (k. 149). Ustawodawca co prawda nie wymaga, by powód określał podstawę prawną dochodzonego żądania, gdyż jego kwalifikacja prawna jest obowiązkiem sądu, to jednak podanie podstawy prawnej powoduje ukierunkowanie postępowania i pozwala na zidentyfikowanie charakteru zgłoszonego żądania, a zatem i okoliczności decydujących o jego zasadności (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 23 lutego 1999 roku, I CKN 252/98, OSNC z 1999 roku, Nr 9, poz. 152).

Ponadto samo powołanie się pacjenta na naruszenie jego praw nie oznacza w każdym przypadku, że zasadność jego roszczenia podlega badaniu na podstawie art. 448 k.c. Przedmiot ocen wyznacza bowiem pełna podstawa faktyczna powództwa, a na nią składa się równorzędnie - obok twierdzeń dotyczących samego zachowania lekarza, które zdaniem inicjującego proces były niezgodne z prawem - także wskazanie, jakie ujemne skutki takiego zachowania, mają podlegać kompensacji (tak Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z dnia 3 czerwca 2015 roku, I ACa 33/15, Legalis numer 1327245). W niniejszej sprawie nie może ulegać wątpliwości, że T. N. konsekwentnie domagał się zrekompensowania szkody, która bezpośrednio związana była ze skutkami przeprowadzonego zabiegu operacyjnego. Jego twierdzenia związane z naruszeniem wobec niego obowiązków informacyjnych nie zostały powiązane ze zdefiniowaniem krzywdy dodatkowo jako związanej z naruszeniem jego innych dóbr osobistych niż zdrowie, a tylko wówczas możliwe byłoby przyjęcie, że zostało to objęte podstawą faktyczną powództwa.

Ową podstawą faktyczną nie były także objęte na etapie postępowania przed Sądem I – ej instancji skutki działań strony pozwanej w postaci śmierci T. N. i cierpienie jego żony związane z chorobą i śmiercią męża. Stąd też zgłoszone na rozprawie apelacyjnej twierdzenia pełnomocnika powódki, definiujące w ten nowy sposób jej szkodę, należało uznać za niedopuszczalne w postępowaniu apelacyjnym w rozumieniu art. 381 i 383 k.p.c.

Mając powyższe na uwadze, apelacja jako bezzasadna podlegała oddaleniu w oparciu o art. 385 k.p.c.

O kosztach procesu w postępowaniu przed Sądem II – ej instancji należało orzec w oparciu o art. 102 k.p.c., zważywszy na względy o charakterze podmiotowym związane z trudną sytuacją życiową i zdrowotną powódki, które legły u podstaw zwolnienia jej częściowego od kosztów sądowych w postępowaniu apelacyjnym, jak i przedmiotowe wynikające z faktu, że powódka mogła być subiektywnie przekonana o zasadności swoich roszczeń z uwagi na chorobę i śmierć męża oraz podejmowane próby wyjaśnienia ich przyczyny.

Joanna Piwowarun-Kołąkowska Edyta Jefimko Paulina Aslanowicz