

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 czerwca 2020 roku

Sąd Okręgowy w Warszawie I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: **Sędzia (del.) Andrzej Vertun**

po rozpoznaniu w dniu 30 czerwca 2020 roku w Warszawie

na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa **E. P.**

przeciwko (...) **Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. i Szpitalowi (...) w R.**

o zapłatę i ustalenie

1. zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. oraz Szpitala (...) w R. na rzecz E. P. kwotę 135.430,92 (sto trzydzieści pięć tysięcy czterysta trzydzieści 92/100) złotych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej za opóźnienie od dnia 25 września 2019 r. do dnia zapłaty, z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z obowiązku świadczenia;
2. oddala powództwo w pozostałej części;
3. znosi między stronami koszty procesu;
4. ustala, że (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. i Szpital (...) w R. obciąża solidarnie w 36,75% obowiązek zwrotu Skarbowi Państwa – Sądowi Okręgowemu w Warszawie kosztów sądowych, pozostawiając szczegółowe ich wyliczenie referendarzowi sądowemu;
5. odstępuje od obciążenia E. P. kosztami sądowymi należnymi Skarbowi Państwa – Sądowi Okręgowemu w Warszawie.

I C 556/13

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 14 maja 2013 r. E. P. wniosła o: zasądzenie od Szpitala (...) w R. (zwanego dalej Szpitalem oraz (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. in solidum kwoty 350.000 zł tytułem zadośćuczynienia, 18.472,27 zł tytułem odszkodowania, ustalenie odpowiedzialności pozwanych za szkody mogące wystąpić w przyszłości w związku ze zdarzeniem szkodzącym oraz zasądzenie kosztów procesu. Powódka żądała ponadto odsetek od kwot należnych tytułem zadośćuczynienia i odszkodowania od dnia następnego po dniu doręczenia pozwu do dnia zapłaty.

Powódka wyjaśniła, że w lipcu 2010 r. zaszła w ciążę, która okazała się być ciążą pozamaciczną. Ciążę tę usunięto, jednak okazało się, że niecałkowicie. Powódka w sierpniu 2010 r. ponownie trafiła do pozwanego Szpitala, w którym po kilku dniach rozpoznano przetrwałą ciążę pozamaciczną. Na zabieg jej usunięcia metodą laparotomii powódka nie zgodziła się, na własne życzenie wypisała się ze Szpitala i została przyjęta do Szpitala (...) w K.. Tam usunięto powódce przetrwałą ciążę wraz z prawym jajowodem. Lekarze w tym Szpitalu poinformowali powódkę, że usunięto jej wcześniej

również lewy – zdrowy jajowód. Wobec usunięcia obu jajowodów powódka, aby zająć w ciążę, musiała poddać się zabiegom przygotowawczym do zapłodnienia pozaustrojowego, polegającym m.in. na przyjmowaniu analogu i gonadotropiny, następnie punkcji jajników oraz transferowi zarodków. Procedura ostatecznie okazała się skuteczna, powódka zaszła w ciążę i urodziła dziecko.

Powódka zarzuciła, że nie poddano ją leczeniu zachowawczemu ani farmakologicznemu i zastosowano laparotomię celem usunięcia ciąży pozamacicznej; że nie wybrano oszczędniejszej formy zabiegu – laparoskopii; że usunięto jej zdrowy lewy jajowód a pozostawiono prawy wraz z ciążą doprowadzając do bezpłodności; że nie zastosowano metody oznaczenia (...) we krwi dopuszczając do rozwoju przetrwałej ciąży pozamacicznej. Ponadto powódka wskazała, że zgoda udzielona na zabieg w dniu 19 lipca 2010 r. była wadliwa, została bowiem oparta o informacje nieprawdziwe i nierzetelne, dotyczące konieczności wykonania zabiegu natychmiast, nie poinformowano zaś powódki o możliwości wyboru dwóch alternatywnych metod zabiegu laparotomii i laparoskopii. Następnie – po zabiegu – powódce nie udzielono rzetelnej informacji o jej stanie zdrowia. Podczas drugiej hospitalizacji powódka również nie otrzymała informacji o swoim stanie zdrowia; nie poinformowano jej o tym, kiedy wyniki badań będą dostępne i jakie czynności następnie zostaną podjęte. Szpital ograniczał powódce dostęp do informacji o przyczynach nieskuteczności pierwszej operacji oraz zniechęcał do przeniesienia się do innego szpitala. Z tytułu spowodowanego błędnym postępowaniem lekarzy rozstroju zdrowia powódka dochodziła zapłaty 300.000 zł (art. 445 k.c.); z powodu zaś naruszenia praw pacjenta – do wyrażenia świadomej zgody na leczenie oraz prawa do informacji o stanie zdrowia powódka dochodziła zasądzenia 50.000 zł (art. 448 k.c. w zw. z art. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 ze zm. – dalej „u.p.p.”). Żądane odszkodowanie wynikało z poniesienia przez powódkę wydatków na koszty związane z zapłodnieniem in vitro, które zostały wyszczególnione na stronie 20 pozwu. Uzasadnieniem żądania ustalenia był fakt niemożności ustalenia wszelkich konsekwencji usunięcia u powódki obydwu jajowodów oraz deklarowany zamiar ponownego skorzystania z procedur in vitro.

(pozew, k. 1 - 142; pismo, k. 224 – 226)

W odpowiedzi na pozew pozwany Szpital wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na swoją rzecz kosztów procesu. Pozwany wskazał, że w dniu 19 lipca 2010 r. powódka znajdowała się w stanie bezpośrednio zagrażającym jej życiu i zdrowiu i nie kwalifikowała się do leczenia farmakologicznego. Decydowało to również o doborze sposobu operacji, albowiem laparoskop nie był dostępny w dniu zabiegu. Zabieg został wykonany na prawym jajowodzie. U powódki, ze względu na wadliwą budowę macicy, nie występował lewy jajowód. U powódki po zabiegu wystąpiła przetrwała choroba trofoblastyczna. Zakwestionował, aby naruszył u powódki prawo do informacji lub pozbawił ją możliwości wyrażenia zgody na leczenie oraz związek przyczynowy pomiędzy podjętym w Szpitalu leczeniem a szkodą.

(odpowieź na pozew, k. 154 – 210)

(...) S. A. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie na swoją rzecz kosztów procesu, generalnie odwołując się do stanowiska pozwanego Szpitala. W piśmie z dnia 5 lutego 2014 r. powołał się na ograniczenie własnej odpowiedzialności do równowartości 46.500 euro, tj. do kwoty 190.296,60 zł według kursu 4,0924 zł za euro.

(pisma, k. 256 – 259; 345)

W toku postępowania powódka zakwestionowała, aby w dniu 19 lipca 2010 r. znajdowała się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia, podniosła ponadto, że niesprawność laparoskopu obciąża Szpital, jako błąd w organizacji jego pracy. Zakwestionowała, że występuje u niej macica jednoróżna.

(pismo, k. 261 – 269)

Sąd uznał za ustalone następujące fakty.

E. K. została przyjęta do Szpitala w dniu 19 lipca 2010 r. z powodu bólów dołu brzucha i plamienia, w szóstym tygodniu rozpoznanej uprzednio ciąży. Skierowanie wystawił lekarz S. Z., pracujący również w Szpitalu w R.. Stwierdzono pogrubiłe, tkliwe prawe przydatki. W obrazie USG stwierdzono macicę prawidłowej wielkości, przydatki lewe bez zmian, w prawych hypoechogeniczną zmianę o wielkości 9 mm oraz płyn w zatoce D.. Wykonano nakłucie zatoki, aspirując krwisty płyn. Pacjentkę zakwalifikowano do operacji z powodu ciąży ektopowej jajowodowej po stronie prawej. Pacjentka była wydolna hemodynamicznie, nie miała objawów krwotoku do jamy brzusznej, co oznacza, że operacja nie musiała być wykonana w trybie nagłym. Zabieg operacyjny przeprowadzono wieczorem 19 lipca 2010 r. Śródoperacyjnie stwierdzono wadę rozwojową narządu rodno – macicę podwójną, z małą macicą szczątkową po stronie lewej. Zasadą jest, że w razie śródoperacyjnego stwierdzenia takiej wady budowy narządu rodno, powinno się ją opisać szczegółowo, z odrębnym opisem każdego narządu. W prawym jajowodzie stwierdzono zmianę odpowiadającą zagnieżdżonej ciąży. Wykonano operację oszczędzającą, nacięcie jajowodu z wyciśnięciem zmiany, którą przesłano do badania histopatologicznego. W badaniu tym stwierdzono odpowiedniość materiału do usuwanej z jajowodu sześciotygodniowej ciąży („residua ovi ectopica” – resztki jaja ektopowego). Pacjentka została wypisana do domu w dniu 23 lipca 2010 r. Operatorem był lekarz K. S.. Po operacji nie zlecono w szpitalu badania beta hCG, bowiem nie było ono możliwe do wykonania w placówce. Zalecono dalsze leczenie w poradni K i odbiór badań histopatologicznych za 3 tygodnie.

(dowód: opinia biegłej A. L., k. 405 – 411, 516 – 517, 615 – 618, 646 - 648; zeznania świadka K. S., k. 337 – 338; dokumentacja medyczna, k. 27 – 47; skierowanie, k. 27 - 28)

W dniu przyjęcia E. P. podpisała dokument zatytułowany „Zgoda na zabieg – badanie (diagnostykę)”. W treści dokumentu znalazło się oświadczenie, że została poinformowana o chorobie, którą u niej rozpoznano oraz o sposobach jej leczenia i wyraziła zgodę na zaproponowany zabieg. W treści oświadczenia nie określono rodzaju schorzenia ani sposobu postępowania medycznego. Nie określono również ryzyk z nim związanych oraz powikłań śród i pooperacyjnych, a także ewentualnych następstw zabiegu. Pacjenta wyrażała obawę przed zabiegiem wobec pielęgniarki i była przez nią uspokajana. Postępowanie lekarzy i pielęgniarek wywoływało u pacjentki przekonanie o konieczności niezwłocznego przeprowadzenia zabiegu, ze względu na stan zagrożenia życia.

(dowód: oświadczenie, k. 32; indywidualnej opieki pielęgniarskiej, k. 43; przesłuchanie powódki, k. 865v)

Po przeprowadzonym w dniu 19 lipca 2010 r. zabiegu E. P. otrzymała od lekarza informację o tym, że zabieg się udał, ciąża, która była w jajowodzie została usunięta i że oczyszczono ten jajowód. Lekarze nie informowali pacjentki o dysfunkcji macicy i o możliwych problemach z naturalnym poczęciem dziecka. Pocieszali chorą, że jest młodą osobą i nie ma żadnych przeszkód, żeby zaszła w ciążę.

(dowód: przesłuchanie powódki, k. 865v)

Z powodu utrzymującego się nadal plamienia i bólu brzucha a także dodatniego testu ciążowego E. P. została w dniu 13 sierpnia 2010 r. ponownie przyjęta przez Szpital w R.. Pacjentkę do Szpitala skierował lekarz K. S., operujący ją w lipcu. Lekarz kierujący rozpoznał u pacjentki przetrwałą chorobę trofoblastyczną. W Szpitalu wykonano diagnostykę: badania USG w dniach 13 i 16 sierpnia, test ciążowy, który dał wynik dodatni oraz dwa badania poziomu beta hCG. Te ostatnie badania przeprowadzono w laboratorium zewnętrznym w K. w dniach 13 i 18 sierpnia. Stwierdzono ciążę w jajowodzie prawym. Pacjentkę poinformowano o rozpoznaniu torbieli w jajowodzie i konieczności przeprowadzenia operacji, nie objaśniano celów podejmowanych czynności medycznych. Początkowo zaproponowano pacjentce zabieg laparoskopowy, ale okazało się, że laparoskop jest zepsuty. Wobec tego Szpital planował usunięcie trofoblastu metodą laparotomii, o czym poinformowano pacjentkę. E. P. nie wyraziła na taki zabieg zgody i zażądała wypisania ze Szpitala. Po informacji o ryzyku opuszczenia Szpitala (...) wypisała się w dniu 18 sierpnia 2010 r. ze Szpitala na własne życzenie.

(dowód: opinia biegłej A. L.; zeznania świadka K. B., k. 338; zeznania świadka D. P., k. 337; zeznania świadka S. Z., k. 338 – 339; dokumentacja medyczna, k. 49 - 65, rozpoznanie, k. 48; skierowanie, k. 50; przesłuchanie powódki, k. 865v)

W tym samym dniu E. P. zgłosiła się do Szpitala (...) pod wezwaniem A. S. w K. (dalej „Szpital w K.”), gdzie została przyjęta z rozpoznaniem stanu po usunięciu ciąży z jajowodu prawego, stanu po przetrwałej ciąży pozamacicznej, stanu po laparotomii 19 lipca 2010 r. W dniu 19 sierpnia 2010 r. wykonano wyłęczekowanie jamy macicy. W dniu 21 sierpnia 2010 r. wykonano laparoskopię – usunięcie zmienionego jajowodu prawego. W opisie operacji podano: zrosty, jajowodu lewego brak. Po usunięciu jajowodu poziom beta hCG spadł. Wynik badania histo-patologicznego wykazał pozostałości jaja płodowego, ciążę jajowodową (residua ovii, graviditas tubaria). Pacjentka w stanie dobrym została wypisana ze Szpitala w K. w dniu 24 sierpnia 2010 r. W trakcie zabiegu laparoskopii jajowodu prawego lekarze uznali macicę za zbudowaną prawidłowo, jednak ocena ta była oparta o powierzchowną obserwację i nie stanowiła głównego przedmiotu zainteresowania prowadzących zabieg.

(dowód: opinia biegłej A. L.; zeznania świadka K. W., k. 596 dokumentacja medyczna, k. 66 - 88)

E. P. została przyjęta do Szpitala w K. ponownie w grudniu 2010 r. celem diagnostyki wady macicy. Badaniem USG stwierdzono macicę echo – jednorodną, przydatki obustronnie bez zmian. W wykonanym badaniu histeroskopijnym stwierdzono jamę o wydłużonym kształcie, bez przegrody. Uwidoczniono ujście lewego jajowodu, prawidłowego kształtu z funkcjonalnym aparatem zastawkowym. Nie uwidoczniono ujścia lewego jajowodu. Badanie histeroskopowe nie daje wglądu w całość narządu rodnego, polega na wprowadzeniu kamery do kanału i jamy macicy i ich obserwacji. W obrazie uzyskanym za pomocą urządzenia uwidocznione jest samo ujście jajowodu. Trzon szczątkowy w obrazie tym widoczny jest jako punktowe i wąskie wejście po lewej stronie (w ścianie) dobrze rozwiniętego trzonu.

(dowód: opinia biegłej A. L., opinia biegłego M. W., zeznania świadka K. W., dokumentacja medyczna, k. 89 - 91)

W styczniu 2011 r. do macicy E. P. transferowano 3 zarodki zapłodnione pozaustrojowo. Po osiedleniu się jednego z nich przebieg ciąży był prawidłowy do 34 tygodnia. W 34 tygodniu z powodu przedwczesnego odpłynięcia płynu owodniowego i położenia miednicowego płodu zakończono ciążę cięciem cesarskim w Szpitalu Wojewódzkim w C.. Podczas cięcia stwierdzono wadę rozwojową macicy jednoróżnej ze szczątkowym rogiem lewym.

(dowód: opinia biegłej A. L., dokumentacja medyczna, k. 485)

Po operacji salpingotomii oszczędzającej koniecznym jest wykonanie badania poziomu beta hCG i jego monitorowanie. Całkowite usunięcie jaja płodowego powoduje stałe opadanie poziomu stężenia hormonu gonadotropiny kosmówkowej do wartości zerowej. Kontrola poziomu tego hormonu jest jedyną możliwością sprawdzenia doszczętności usunięcia jaja. Stężenie beta hCG kontroluje się po dwóch i czterech dniach po zabiegu. Utrzymywanie się podwyższonych stężeń beta hCG może być wskazaniem do dodatkowego zastosowania w leczeniu (...) off – label. W razie braku dysponowania tym lekiem można skierować pacjentkę do leczenia w najbliższej placówce referencyjnej, zwykle klinicznej, a więc zwykle stosującej leki off – label. Podanie tego leku pozwala uniknąć ponownego leczenia operacyjnego, chroni bowiem przed zniszczeniem jajowodu przez trofoblast. Brak monitorowania poziomu beta hCG stanowił zaniedbanie, którego skutkiem było zniszczenie prawego jajowodu u pacjentki.

W sierpniu 2010 r. u E. P. występowała przetrwała ciąża pozamaciczna, a ściślej przetrwała obecność resztek trofoblastu lub resztek jaja ciążowego. W tej sytuacji należało oczekiwać, że operowany w dniu 19 lipca 2010 r. jajowód jest już zniszczony, a w związku z tym pacjentka wymaga operacji jego usunięcia. Stosowanie (...) nie wchodziło w grę, było bowiem już spóźnione. Zaproponowana pacjentce operacja metodą laparotomii nie była błędem.

(opinia biegłej A. L.; opinia biegłego M. W., k. 813 – 821, 858 – 859)

U E. P. występuje wada w budowie macicy, polegająca na istnieniu macicy podwójnej z małą szczątkową macicą lewą. Zamiast jednej prawidłowej macicy E. P. ma dwie macice, każda jest innego niż prawidłowy kształtu oraz każda z nich jest mniejsza niż macica prawidłowa, przy czym macica jednoróżna prawa jest nieco mniejsza od prawidłowej, natomiast szczątkowa lewa jest znacznie mniejsza. Zwykle macica szczątkowa ma małą jamę macicy, która łączy się z większą jamą przez punktowy otwór. Szczątkowej macicy zwykle towarzyszy niedorozwinięty jajowód, który jest

cienki, zwykle długi i bardzo kręty. Taki jajowód jest zbudowany wadliwie z punktu widzenia funkcji tego organu, jest zwykle niedrożny i funkcjonalnie nieczynny. Najczęstszą konsekwencją takiej jego budowy jest jego niedrożność, co o tyle nie ma większego znaczenia, że jajowód ten wywodzi się ze szczątkowej, a więc niesprawnej rozrodczo macicy.

(opinia biegłego M. W.)

We wczesnej ciąży pozamacicznej istnieją możliwości leczenia nieoperacyjnego z zastosowaniem (...). W 2010 r. lek ten nie był w Polsce zarejestrowany do leczenia ciąży pozamacicznej, z tego powodu jego stosowanie nie było w tym okresie powszechnie stosowane, a (...) pozostawał raczej domeną placówek o profilu naukowo – klinicznym, które stosowały go off-label, tj. poza wskazaniami wynikającymi z charakterystyki rejestracyjnej produktu leczniczego. Do leczenia tym lekiem off – label kwalifikują się kobiety ciężarne, u których stan hemodynamiczny jest stabilny (pacjentki bez krwawienia do jamy brzusznej), u których rozpoznanie jest postawione nie w wyniku stosowania laparoskopii, chcące zachować płodność, dające rękojmię współpracy w stosowaniu się do zaleceń lekarza, przy średnicy zdiagnozowanej, widocznej w jajowodzie i niepękniętej zmiany nieprzekraczającej w największym wymiarze 3,5 cm, w której nie ujawniono czynności serca, przy stężeniu beta hCG nie przekraczającym 5.000. Przed podjęciem decyzji o sposobie leczenia E. K. wskazane było oznaczenie poziomu beta hCG. Laparoscopia jest metodą przeprowadzenia zabiegu inwazyjnego z wyboru, rekomendowaną u kobiet, które są stabilne hemodynamicznie i nie stwierdza się u nich krwotoku do jamy brzusznej. Laparotomia jest metodą, która umożliwia szybsze opanowanie krwotoku. Metodą lepszą, mniej inwazyjną, o niższym odsetku powikłań jest laparoscopia. W 2010 r. szpital nie musiał posiadać sprzętu laparoskopowego, umiejętność wykonywania operacji laparoskopowych nie była wówczas i nadal nie jest w Polsce powszechna. Wykonywanie operacji nie wymagało podówczas i nie wymaga obecnie opanowania przez lekarza chirurga umiejętności samodzielnego wykonywania operacji laparoskopowych. Nie istniał obowiązek posiadania sprzętu do zabiegu laparoskopowego. Zabieg laparoskopii jest mniejszym obciążeniem dla pacjentki, rekonwalescencja po zabiegu metodą tradycyjną przebiega dłużej i z większymi dolegliwościami. U stabilnych hemodynamicznie kobiet w ciąży jajowodowej leczenie operacyjne za pomocą laparoskopii jest skuteczniejsze niż laparotomia. Przed rokiem 2010 w doniesieniach naukowych u kobiet leczonych laparoskopowo obserwowano mniejsze prawdopodobieństwo kolejnej ciąży pozamacicznej. S. laparoskopowa jest jednak mniej skuteczna w całkowitym usunięciu ciąży jajowodowej niż laparotomia, bowiem po laparoskopii częściej stwierdza się występowanie przetrwałego trofoblastu. Obie metody operacji są traktowane jako równorzędne pod względem osiągnięcia celów medycznych. Decyzja o przeprowadzeniu operacji zachowawczej polegającej na nacięciu jajowodu i wydobyciu jaja ciążowego z jego wnętrza była słuszna. Główną wadą salpingotomii jest ryzyko pozostawienia zlokalizowanych w jajowodzie tkanek jaja płodowego. Kosmki trofoblastu to struktura wielkości mikroskopowej, niewidoczna gołym okiem, brak jest zatem możliwości wzrokowego sprawdzenia kompletności usunięcia jaja ciążowego w całości. Jest to zwykle ryzyko operacyjne, którego nie da się uniknąć. Zbytnia ingerencja chirurga w struktury jajowodu w celu usunięcia doszczętnego resztek jaja niszczy jego strukturę, co sprawia, że traci sens operacja oszczędzająca.

Przy zachowaniu jednego, prawego jajowodu E. P. miałyby bardzo małe szanse na naturalne poczęcie dziecka. Zajście w ciążę w sposób spontaniczny byłoby bardzo mało prawdopodobne, nie przekracza szacunkowo kilku procent. Patologia, która u niej występuje jest rzadką. W literaturze szanse na spontaniczne zajście w ciążę po salpingotomii wśród kobiet z równoczesną patologią drugiego jajowodu ocenia się jako słabe. Ryzyko zaś, że taka ciąża okaże się pozamaciczną wynosi w przypadku braku drugiego jajowodu 25%. Zachowanie drożności jajowodu wskutek operacji oszczędzającej nie gwarantuje zachowania pełnej funkcjonalności w postaci prawidłowych ruchów perystaltycznych i wydzielania śluzu, które są wątpliwe.

(opinia biegłego M. W.)

Informacja, że pomimo przeprowadzenia zabiegu salpingotomii E. P. nadal jest w ciąży była dla nie zaskakująca i druzgocąca. E. P. trudno było pojąć przyczynę tego stanu rzeczy. Usunięcie prawego jajowodu wpłynęło na jej poczucie kobiecości. Brak możliwości naturalnego zajścia w ciążę powoduje, że rozmowy w towarzystwie kobiet o planowaniu rodziny sprawiają jej przykrość. Obecnie E. P. nie ma zaufania do lekarzy, poszukuje alternatywnej konsultacji.

(dowód: przesłuchanie powódki)

W związku z zabiegami salpingotomii i salpingektomii E. P. przebywała na zwolnieniu od pracy z powodów zdrowotnych od dnia 19 lipca 2010 r. do 23 września 2010 r. W związku z poddaniem się zabiegom zapłodnienia pozaustrojowego przebywała na zwolnieniu od pracy w okresie od 28 stycznia do 18 lutego 2011 r. Wartość utraconych zarobków w okresie 67 dni pomiędzy 19 lipca a 23 września 2010 r. wyniosła 687,42 zł.

(dowód: karty zasiłkowe, wyciążenie, k. 93 – 97)

Szpital w R. oraz (...) Spółkę Akcyjną z siedzibą w W. łączyła umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, przedstawicieli innych zawodów medycznych oraz zakładów opieki zdrowotnej w okresie od dnia 8 czerwca 2010 r. do dnia 7 czerwca 2011 r. Umowa ta dotyczyła dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej przez Szpital działalności polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych i obejmowała odpowiedzialność cywilną deliktową i kontraktową za szkody wyrządzone m.in. przez personel zatrudniony lub świadczący pracę na podstawie umów innych niż umowa o pracę. Zakresem ubezpieczenia objęte były szkody wyrządzone m.in. podczas udzielania świadczeń zdrowotnych przez ginekologów, chirurgów i anestezjologów do kwoty 500.000 zł za jedno zdarzenia i 1.000.000 zł za wszystkie zdarzenia.

(dowód: polisa, k. 208 – 210)

Ustalenia powyższe Sąd poczynił na podstawie wskazanych wyżej dowodów. Żadna ze stron nie kwestionowała autentyczności dowodów z dokumentów. Kontrowersje w zakresie faktów dotyczyły w głównej mierze przebiegu operacji z lipca 2010 r. Powódka usiłowała w postępowaniu wykazać, że miała ona inny rezultat niż uwidoczniiony w dokumentacji, prowadziła bowiem do usunięcia lewego jajowodu, nie zaś ciąży pozamacicznej zagnieżdżonej w jajowodzie prawym. Poza tą tezę powódka nie kwestionowała prawdziwości dokumentacji, nie znalazł do tego podstaw również Sąd.

Zeznania świadków K. B., S. K. i D. P. nie przyniosły istotnych informacji dotyczących pierwszego pobytu powódki w Szpitalu. Każdy ze świadków opisał przebieg tego pobytu powódki w sposób lakoniczny, przeto zeznania w odniesieniu do tego wycinka okoliczności istotnych z punktu widzenia rozstrzygnięcia nie mogły stanowić podstawy ustaleń. Zeznania świadków B. i P. potwierdziły natomiast, w odniesieniu do drugiego pobytu powódki w Szpitalu, przyczynę odstąpienia od przeprowadzenia zabiegu metodą laparoskopii – tj. nieczynny laparoskop. W tym zakresie zeznania świadków stanowiły podstawę ustaleń w sprawie. Podstawą ustaleń w tym względzie, jak również w odniesieniu do pierwszej hospitalizacji były zeznania świadków K. S. i S. Z., lekarzy, którzy zajmowali się powódką w Szpitalu oraz w ramach prowadzenia indywidualnych praktyk lekarskich.

Wymagające naświetlenia z punktu widzenia wiedzy medycznej fakty dotyczące przebiegu leczenia powódki, wzorcowego postępowania lekarskiego w obliczu takiego przypadku medycznego, szczegółów dotyczących wady anatomicznej narządu rozrodczego E. P. oraz uwarunkowań diagnostycznych towarzyszących stwierdzeniu tej wady, jak również skutków postępowania prowadzonego w pozwanym Szpitalu, ewentualnych alternatywnych metod postępowania oraz obecnego stanu zdrowia powódki Sąd ustalił w oparciu o opinię biegłych lekarzy ginekologów A. L. i M. W.. Jakkolwiek celowym okazało się dopuszczenie dowodu z opinii biegłego M. W., którego opinia była przede wszystkim bardziej klarowna, zupełna oraz zawierała bardziej stanowcze wnioski niż opinia biegłej A. L., to nie ma podstaw by opinię tej biegłej dyskwalifikować, jako dowód w niniejszym postępowaniu. Zasadnicze wnioski obu opinii, co do przebiegu zabiegu w lipcu 2010 r., możliwego postępowania leczniczego na tym etapie diagnostyki i leczenia oraz istnienia wady rozwojowej macicy powódki były całkowicie zbieżne i zostały poparte odwołaniem do stosownej literatury oraz treści dokumentacji medycznej. Opinia biegłej miała dodatkowo ten walor, że przedstawiała syntetycznie przebieg leczenia, stanowiąc punkt odniesienia dla formułowania przez biegłych wniosków. Opinia biegłego M. W. była bardziej precyzyjna w zakresie możliwości i warunków użycia leku M. na pierwszym etapie leczenia powódki, zawierała jasny wywód oraz jednoznaczny wniosek, co do diagnozy stanu narządu rodnej powódki.

Niemniej – obie opinie spełniały kryteria stawiane tego rodzaju dowodowi w postępowaniu cywilnym i mogły stanowić podstawę ustaleń w sprawie.

W oparciu o obie opinie sfalsyfikowaniu uległa zasadnicza teza dotycząca faktów formułowana przez powódkę, jakoby podczas pierwszej operacji usunięto jej lewy, zdrowy jajowód, i pozostawiono prawy, z zagnieżdżonym jajem ektopowym. Z tezą tą rozprawił się biegły M. W. w punktach 16, 17 i 18 swojej opinii. Powtórzyć należy za biegłym, że powódka występując z tym twierdzeniem opierała się na rozmowach z lekarzami ze Szpitala w K. po drugiej operacji, opisie zabiegu histerektomii i faktu konieczności wykonania drugiego zabiegu, z którego wywodziła brak usunięcia ciąży pozamacicznej w trakcie pobytu w lipcu 2010 r. Ostatnia przesłanka została zdezawuowana przez charakterystykę problemu medycznego, z którym powódka trafiła do Szpitala w sierpniu 2010 r., polegającego na przetrwaniu komórek jaja w jajowodzie i ich ponownym namnażaniu się, co dało obraz analogiczny do obrazu ponownej ciąży pozamacicznej. Przyczynę niemierności obrazu histeroskopowego rzeczowo i wyczerpująco wyjaśnił biegły M. W., przy czym należy zauważyć, że K. W., lekarz ze Szpitala w K. już z pobieżnej lektury opisu obrazu – jama macicy o wydłużonym kształcie – wyprowadził wniosek o nieprawidłowości jej budowy. Nie można również uznać za miarodajną informacji uzyskanej przez powódkę od lekarzy bezpośrednio po drugiej operacji. Ograniczone zasięgiem laparoskopu, stanem pola operowanego oraz celem operacji postrzeganie narządu rodowego powódki nie mogło naprowadzić na jakiegokolwiek miarodajne wnioski, co do przebiegu pierwszej operacji. W opozycji do tych źródeł pozostają dwa opisy stanu macicy powódki dokonane na podstawie naocznej obserwacji przez lekarzy dwóch różnych ośrodków po otwarciu powłok brzusznych. Opisy te, jakkolwiek lakoniczne, są jednak wystarczające dla przyjęcia, że budowa macicy powódki wykazuje cechy wskazujące na istnienie i brak funkcjonalności lewego jajowodu.

Sąd nie poczynił ustaleń w oparciu o dowód z opinii biegłego psychologa (k. 450 – 455). W istocie treść opinii jest sfałszowanym, wykorzystującym dodatkowe środki wyrazu, opisem stanu powódki, zrelacjonowanym biegłej przez samą stronę. Przedmiot opinii oraz wnioski biegłej nie odpowiadają kryteriom wiedzy specjalnej, stanowią w istocie podsumowanie i opis stanu emocjonalnego powódki w okresie pomiędzy zajściem w ciążę a urodzeniem dziecka oraz aktualnego w 2014 r. stanu postrzegania przez powódkę zdarzeń minionych, związanych z ciążą pozamaciczną. Opis ten w istocie bazowany był na relacji powódki, którą zainteresowana samodzielnie mogła przedstawić sądowi. Nie potrzeba było do tego pośrednictwa biegłej, przekazana zaś przez biegłą relacja, choćby wzbogacona o terminy z zakresu wiedzy psychologicznej, nadal jest opisem przeżyć i emocji, składających się na poczucie krzywdy. Opis taki nie należy do domeny wiedzy specjalnej, jego uzyskanie i interpretacja na potrzeby sprawy nie wymaga uczestnictwa biegłego. Nie jest możliwym również zastąpienie przez biegłego Sądu w kwestii oceny wiarygodności depozycji powódki w zakresie negatywnych skutków, które niekorzystny dla niej przebieg leczenia wywołał w jej psychice. Powyższe uwagi nie oznaczają, że dowód z opinii biegłego jest niedopuszczalny w sprawach, w których przedmiotem oceny jest kwestia zakresu krzywdy wyrządzonej czy to wskutek spowodowania rozstroju zdrowia, czy też śmiercią osoby najbliższej. Konieczność zasięgnięcia opinii biegłego może powstawać w sytuacjach złożonych, do których zaliczyć można: wystąpienie żaloby lub traumy o natężeniu lub trwaniu wskazujących na patologiczną reakcję dostosowawczą, stosowania długotrwałej lub intensywnej terapii psychologicznej prowadzonej różnymi metodami, współistnienia kilku czynników traumatyzujących, z których tylko niektóre da się przypisać zdarzeniu szkodzącemu. W sprawie takie okoliczności nie zaistniały. Ocena relacji powódki o negatywnych dla sfery psychologicznej kobiety skutkach informacji o ciąży pozamacicznej, konieczności jej usunięcia, powikłaniach związanych z tym zabiegiem i ostatecznie informacji o niemożności zajścia w ciążę metodą zapłodnienia naturalnego a także koniecznością przejścia procedury in vitro nie wykracza poza zdolności zrozumienia i empatii przeciętnego odbiorcy. Ocena takiej relacji w kontekście występowania i powiązania z relacjonowaną przyczyną nie wymaga uczestnictwa biegłego. Z tego względu opinia psychologa została przez Sąd pominięta.

Sąd zważył, co następuje.

Podstawą roszczeń powódki kierowanych przeciwko pozwanemu były zdarzenia polegające na spowodowaniu rozstroju zdrowia (z tego tytułu powódka żądała zadośćuczynienia i odszkodowania oraz ustalenia odpowiedzialności za skutki tego naruszenia na przyszłość) oraz naruszenia praw pacjenta: prawa powódki do informacji o stanie jej zdrowia oraz prawa do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych (z tego tytułu powódka żądała

zadośćuczynienia). Podstawą prawną w zakresie tych pierwszych były art. 445 i 444 § 1 k.c. a także art. 189 k.c. Roszczenia o ochronę prawa pacjenta uzasadniała treść art. 4 ust. 1, art. 9 ust. 1, art. 16 u.p.p. w zw. z art. 448 § 1 k.c.

Rozdzielenie tych kwestii należy uznać za słuszne. Odpowiada bowiem przyjętemu w doktrynie i judykaturze pogładowi o rozłącznym charakterze dóbr chronionych na podstawie wyżej wskazanych przepisów. W szczególności dobro, którego ochronie służy prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenia zabiegu medycznego, identyfikowane z pojęciem autonomii pacjenta, jest dobrem innymi niż dobro chronione na podstawie art. 444 i 445 k.c. – życie i zdrowie (por. B. Janiszewska, O zadośćuczynieniu za naruszenie praw pacjenta, MoP z 2017 r., nr 15). Roszczenie chroniące pierwsze ze wskazanych dóbr stanowi środek dążenia do upodmiotowienia, a jednocześnie – wyeliminowania uprzedmiotowienia pacjenta w relacjach z lekarzem. W odróżnieniu od zadośćuczynienia, o którym mowa w art. 445 k.c., w art. 4 ustawy o prawach pacjenta przesłanką powstania roszczenia jest wyłącznie zawinione naruszenie prawa pacjenta, natomiast krzywda uzasadniająca zasądzenie zadośćuczynienia ma być następstwem konkretnie tego zdarzenia prawnego (a nie np. cierpienia wywołanego doznaniem szkody na osobie, o czym poniżej). Wobec, w sensie prawnym, odrębnych krzywd, wynikłych z innych zdarzeń prawnych, możliwe jest również dochodzenie roszczeń o zapłatę zadośćuczynienia obu typów, gdyż zbieg tych roszczeń ma charakter kumulatywny (ibidem). Prowadzi to do konkluzji o samodzielności roszczeń dochodzonych w związku z działaniami i zaniechaniami prowadzącymi do naruszenia tych dóbr. W konsekwencji brak zgody pacjenta stanowi zawinione naruszenie dóbr osobistych i odpowiedzialność z art. 23 i 24 oraz 448 k.c. nawet w przypadku, gdy zabieg został wykonany prawidłowo (tak Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 7 lutego 2014 r., I ACa 377/13). Odpowiedzialność za negatywne skutki zabiegu medycznego oraz odpowiedzialność za przeprowadzenie zabiegu medycznego bez zgody pacjenta, względnie po udzieleniu zgody, której nie można, ze względu na deficyt informacji, uznać za zgodę skuteczną, stanowią dwie różne postacie odpowiedzialności za naruszenie dwóch różnych dóbr chronionych prawnie. Należy przy tym podzielić zapatrywanie, że odrębność przedmiotu naruszenia sprawia, że konstrukcja adekwatnego związku przyczynowego pozwala więc w zasadzie wyeliminować z kręgu zdarzeń, za które lekarz ponosiłby odpowiedzialność, te powikłania, które wynikły z prawidłowo przeprowadzonego przez lekarza zabiegu, nawet gdy pacjent wyraził wcześniej "nieobjaśnioną zgodę" (tak W. B., Brak objaśnionej zgody pacjenta a odpowiedzialność za brak ostrożności i przypadek, Studia (...) 2008, t XLIX).

Podstawą odpowiedzialności pozwanego Szpitala była treść art. 415 i art. 430 k.c. Podstawy odpowiedzialności pozwanego zakładu ubezpieczeń z tytułu obu roszczeń należało upatrywać w treści art. 805, 822 § 1 i 4 k.c. oraz, ze względu na datę wystąpienia zdarzenia stanowiącego ryzyko ubezpieczeniowe - art. 136b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 ze zm.) w zw. z § 2 ust. 1 i 3 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r., Nr 3, poz. 10). Zakres tego ubezpieczenia obejmował nie tylko szkody ale również krzywdę, jako postać szkody niematerialnej a także krzywdę powstałą na skutek naruszenia praw pacjenta w warunkach odpowiedzialności przewidzianej w ustawie o ochronie praw pacjenta oraz w art. 448 k.c., jako szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych. Istnienia przesłanki odpowiedzialności w postaci umowy ubezpieczenia zawartej ze Szpitalem, w całym okresie leczenia powódki, pozwany nie kwestionował.

Odpowiedzialność za krzywdę i szkodę związaną z błędem medycznym w procesie usuwania ciąży pozamacicznej u powódki, prowadzącym ostatecznie do konieczności usunięcia prawego jajowodu opierała się na zasadzie winy (art. 415 k.c. w zw. z art. 444 i 445 k.c.). W orzecznictwie sądowym i piśmiennictwie utrwalony jest pogląd, że lekarz może ponosić odpowiedzialność za niepowodzenie procesu leczenia tylko w razie winy, nie może odpowiadać za brak rezultatu, za ryzyko leczenia, jeśli pacjent wyraził „poinformowaną” zgodę na leczenie, choć powinien uczynić wszystko, aby zamierzony rezultat osiągnąć. Wina zachodzi wówczas, gdy lekarzowi można postawić zarzut zarówno obiektywnej, jak i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Pojęcie winy składa się z dwóch elementów: obiektywnego (naruszenie obowiązujących przepisów lub reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej) i subiektywnego (niedbalstwo, niedołożenie należytej staranności, umyślne działanie lub zaniechanie). Oba te elementy muszą wystąpić łącznie. Błędem sztuki lekarskiej jest czynność

(zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym (orzeczenie Sądu Najwyższego z 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, LexPolonica nr 373720, OSN 1957, nr I, poz. 7, i wiele późniejszych). Błąd jest kategorią obiektywną, jest całkowicie niezależny od indywidualnych cech bądź zdolności konkretnego lekarza oraz okoliczności, w jakich dokonuje on czynności leczniczych; stanowi obiektywny element winy. Nie przesądza jeszcze o odpowiedzialności lekarza (zakładu leczniczego), jako że ustalenie jej jest dopiero możliwe po stwierdzeniu elementu subiektywnego winy lekarza (wyrok Sądu Najwyższego z 8 grudnia 1970 r., II CR 543/70, LexPolonica nr 296066, OSPiKA 1971, nr 7-8, poz. 145, z glosą A. Szpunara, tamże, s. 345). Przeważnie jednak łączy się z brakiem wiedzy lekarza, którą ten powinien posiadać, nieprzeprowadzeniem odpowiednich badań wstępnych albo zbyt powierzchownych czy pospiesznych, co powoduje wadliwą diagnozę, mylne odczytanie rentgenogramu, wybór wadliwej metody leczenia, brak konsultacji ze specjalistami, a więc jest skutkiem przyczyn zawinionych przez lekarza.

Zarzutem o bodaj największym ciężarze ze względu na postać winy, kierowanym przeciwko pozwanemu była teza o błędnym usunięciu jajowodu lewego zamiast prawego. Teza ta implikowała zarzut, że w istocie w stosunku do powódki w lipcu 2010 r. nie podjęto żadnych celowych czynności zmierzających do usunięcia ciąży pozamacicznej (skoro koniecznym stało się powtórzenie zabiegu usunięcia i nie wykryto u powódki lewego jajowodu), co doprowadziło do przetrwania ciąży i konieczności jej usunięcia wraz ze zdrowym prawym jajowodem. Teza ta została sfalsyfikowana na gruncie faktów – nie doszło do usunięcia powódce lewego jajowodu, organ ten nie był przedmiotem czynności leczniczych w żadnym z podmiotów zaangażowanych w usuwanie ciąży pozamacicznej oraz w zapłodnienie pozaustrojowe i zakończenie prawidłowej ciąży powódki. Organ ten, ze względu na budowę macicy powódki jest rozwinięty nieprawidłowo i nie pełni funkcji prokreacyjnej. Nie zaistniały podstawy do przypisania pozwanym jakiegokolwiek odpowiedzialności w związku z istnieniem i brakiem funkcjonalności tego organu powódki.

W odniesieniu do samego postępowania leczniczego w okresie do momentu przeprowadzenia zabiegu powódka wysuwała zarzut braku wdrożenia leczenia farmakologicznego, mającego prowadzić do bezinwazyjnego usunięcia ciąży pozamacicznej oraz przeprowadzenia zabiegu laparotomii zamiast zabiegu laparoskopii. Oba te zarzuty, rozpatrywane w kontekście zdarzeń prowadzących do rozstroju zdrowia powódki, okazały się bezzasadne.

Odstępstwo od oczekiwanego przez powódkę wzorca postępowania, polegającego na wdrożeniu leczenia farmakologicznego zamiast zabiegu inwazyjnego, nie stanowiło, w warunkach istniejących w dniu 19 lipca 2010 r., błędu w sztuce medycznej. Warunki rejestracyjnej leku M. nie uprawniały do stosowania go do leczenia ciąży pozamacicznej. Stosowanie leku off – label nie należy do wzorców postępowania starannego lekarza, zobowiązanego co do zasady, jak wskazał biegły M. W., do stosowania leku w zgodzie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Stosowanie takie jest działaniem wyjątkowym, przy istnieniu schorzeń o cechach typowych musi mieć dodatkowe uzasadnienie medyczne, z którego wynika, że standardy leczenia przewidujące sprawdzone dotychczas pod względem medycznym metody postępowania, wymagają uzupełnienia o postępowanie dodatkowe, nieprzewidziane w podstawowych procedurach leczniczych. Skoro zabieg usunięcia powódce ciąży pozamacicznej należał do standardowej procedury przy leczeniu schorzeń tego typu, to na powódce spoczywał ciężar wykazania, że jej przypadek wymagał działań ponadnormatywnych, wykraczających poza standardy postępowania lekarskiego w tego typu przypadkach. Okolicznością świadczącą o takiej potrzebie nie było niepowodzenie leczenia podstawowego, wynikało ono bowiem, o czym szerzej w dalszej części uzasadnienia, z zaniedbań w zakresie zwyczajnych procedur leczniczych, nie zaś z zaniechania wdrożenia procedur niestandardowych, wymaganych stanem zdrowia powódki. Konkludując ten wątek należało stwierdzić, że powódka nie wykazała, iż w jej przypadku koniecznym było wdrożenie leczenia farmakologicznego off – label, to jest poprzez stosowanie leku M. w sposób nieprzewidziany w podóczas obowiązującej Charakterystyce Produktu Leczniczego dla tego leku. W tym stanie rzeczy zaniechanie wdrożenia działań polegających na takim leczeniu nie mogło stanowić podstawy do stawiania lekarzom Szpitala zarzutu uchybienia wzorcowi należytej staranności lekarskiej.

W odniesieniu do kwestii doboru metody leczenia inwazyjnego należało oddzielić dwie kwestie. Jedną był problem wyboru spośród tych dwóch metod, rozstrzygany na płaszczyźnie wzorca należytej staranności lekarskiej, drugą zaś kwestia informacji o możliwości zastosowania dwóch procedur i umożliwienia powódce wyboru jednej z nich. Pierwsza kwestia warunkowała odpowiedzialność lekarza za skutki niewłaściwego doboru metody leczenia, druga zaś

stanowiła przesłankę odpowiedzialności za naruszenie praw pacjenta. Rozstrzygając analizowaną kwestię na pierwszej ze wskazanych płaszczyzn należało na wstępie zauważyć, że pozwany nie wykazał okoliczności, które uniemożliwiały wykorzystanie metody laparoskopowej w dniu 19 lipca 2010 r. z przyczyn innych niż medyczne. Jakkolwiek trudno zgodzić się z tezą powódki, że każda niedostępność laparoskopu stanowi okoliczność wskazującą na uchybienie wzorcowi należytego postępowania po stronie podmiotu leczniczego (nawet najlepiej konserwowany sprzęt może ulec w każdym czasie awarii), to niewątpliwie okoliczności wskazujące na niemożność wykorzystania sprzętu pozostającego w dyspozycji Szpitala winien wykazać ten podmiot. W sprawie takiej argumentacji zabrakło, pozwany bronił się przed analizowanym zarzutem wskazując, że odstąpienie od metody laparoskopowej było uzasadnione koniecznością medyczną – stanem zdrowia pacjentki wymagającym niezwłocznej interwencji. Ustalenia w sprawie przeczą tej tezie, ujawnione w dokumentacji medycznej powódki dane nie świadczą, by w chwili przyjęcia znajdowała się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Niewątpliwie problem medyczny należał do poważnych i uzasadniał objęcie powódki opieką i wnikliwą obserwacją, natomiast nie w stopniu usprawiedliwiającym przeprowadzenie zabiegu natychmiast. Takie uzasadnienie odstąpienia od metody laparoskopowej nie znajdowało usprawiedliwienia w stanie zdrowia powódki, w związku z tym należało przyjąć, że w realiach sprawy rekomendacja metody laparoskopowej stanowiła wzorzec postępowania wymagany od lekarza i relewantną preferencję do przedłożenia tej metody nad metodę laparotomiczną. Oceniany zarzut okazał się jednak bezpodstawny z tego względu, że ustalenia w sprawie nie dają podstaw do uznania, że dokonując wyboru laparotomii lekarze w Szpitalu w R. w lipcu 2010 r. doprowadzili do powstania po stronie powódki uszczerbku na zdrowiu, polegającego następnie na konieczności usunięcia jajowodu. Mimo, że zabieg został przeprowadzony metodą, która w świetle okoliczności sprawy nie była preferowaną, a zatem stanowił odstępstwo od wskazań aktualnej wiedzy medycznej, to jego przeprowadzenie wieńczył rezultat w postaci prawidłowo przeprowadzonej salpingotomii oszczędzającej. Wprawdzie salpingotomia ta okazała się niedoszczętna (co stanowi zwykle ryzyko operacji oszczędzającej, zwiększone przy zastosowaniu metody laparoskopowej, nie będące zatem błędem), to jednak rezultat niedoszczętnego usunięcia trofoblastu w postaci ponownego rozwinięcia się komórek zarodka i konieczności usunięcia jajowodu wynikał z zaniechania wdrożenia postępowania weryfikującego skuteczność zabiegu usunięcia ciąży, nie zaś z doboru samej metody jej usunięcia. Zaniechanie to wystąpiło na innym, dalszym etapie postępowania leczniczego, bez jego wystąpienia zapewne nie doszłoby do konieczności usunięcia wznowu ciąży wraz z jajowodem, natomiast zastosowanie akurat laparotomii zamiast laparoskopii nie zwiększało ryzyka wystąpienia takiego skutku (przeciwnie – ryzyko to zmniejszało). Przewaga laparoskopii nad laparotomią nie polegała na zmniejszeniu ryzyka niedoszczętnego usunięcia jaja z jajowodu, lecz mniejszej inwazyjności tego zabiegu, prowadzącej do łagodniejszego procesu rekonwalescencji. Różnica ta zatem nie była relewantną dla skutku w postaci niekontrolowanego wznowienia wzrostu jaja, nie zwiększała ryzyka jego wystąpienia, przeto oceniany skutek (konieczność ponownego usunięcia ciąży oraz salpingektomii prawej) nie był adekwatnie powiązany z rozpatrywanym w tym miejscu uchybieniem, tj. zaniechaniem wyboru metody preferowanej zabiegu inwazyjnego usunięcia ciąży pozamacicznej.

Przechodząc do dalszych czynności medycznych – po przeprowadzeniu zabiegu usunięcia ciąży istniało ryzyko, że usunięcie zarodka nie zostało wykonane doszczętnie a pozostałe w organizmie komórki trofoblastu będą się dalej mnożyć, co doprowadzi do ponownego pojawienia się trofoblastu w jajowodzie. Ryzyko to zostało już dobrze rozpoznane w praktyce medycznej i stanowiło typowe powikłanie mogące wystąpić po zabiegu salpingotomii. Ryzyko to wymagało kontrolowania stanu poziomu gonadotropiny kosmówkowej w organizmie powódki za pomocą testów ilościowych. Postępowanie to, jak wynika z ustaleń w sprawie, jest typowym w takich przypadkach medycznych działaniem diagnostycznym, weryfikującym skuteczność przeprowadzonego zabiegu. Niewątpliwie należało do kanonu prawidłowego postępowania medycznego w ocenianej sytuacji a zaniechanie jego wdrożenia nie było uzasadnione żadnymi względami obiektywnymi ani subiektywnymi. Brak dostępności testów w Szpitalu nie stanowił przeszkody do zlecenia przeprowadzenia badania ilościowego beta hCG w sierpniu 2010 r. Niedostępność środków diagnostycznych w Szpitalu mogła zostać zastąpiona zleceniem badania zewnętrznego, tak jak zostało to uczynione w sierpniu 2010 r. Zamiast tego zalecenia poszpitalne kierowane do powódki przez pozwany Szpital obejmowały ogólnikowe stwierdzenie o dalszym leczeniu w poradni K oraz odbioru wyników badań histopatologicznych. Nie zostało zatem wdrożone właściwe postępowanie pozwalające na wykrycie wznowienia wzrostu komórek trofoblastu w jajowodzie powódki. Zaniechanie to stanowiło naruszenie wzorca postępowania starannego lekarza, określonego na

podstawie art. 355 § 1 i 2 k.c. oraz art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 537 ze zm.).

Zaniechanie to doprowadziło, w rozumieniu adekwatnego powiązania przyczynowo – skutkowego, do rozrostu komórek w jajowodzie i konieczności wykonania operacji usuwającej przetrwałą ciążę wraz z jajowodem. Jeżeli uznać – zgodnie z jednym z wariantów oceny przyczynowości zaniechania, polegającym na obiektywnym przypisaniu skutku – że zaniechanie wtedy stanowi przyczynę skutku o ile polega na zaniechaniu wdrożenia działań zapobiegających lub zmniejszających ryzyko jego wystąpienia (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 25 września 2018 r., VI ACa 432/17), to taka korelacja występuje w analizowanym przypadku. Właściwe postępowanie diagnostyczne miało właśnie zapobiegać stanowi rzeczy, który u powódki wystąpił, poprzez odpowiednio wczesne zdiagnozowanie fizjologicznej reakcji organizmu kobiety na ciążę. Taka odpowiednio wczesna diagnoza umożliwiłaby z kolei wdrożenie postępowania uzupełniającego, które w tym przypadku, wobec zaistnienia powikłania pozabiegowego, mogło przybrać postać leczenia farmakologicznego również w innej placówce. Wystąpienie typowego, jakkolwiek rzadkiego powikłania, uzasadniałoby wdrożenie leczenia M. off – label, jako uzupełnienia dla leczenia podstawowego. Zastosowanie zaś tego leku mogłoby prowadzić do zaniechania namnażania komórek i samoczynnego wydalenia obumarłego trofoblastu przez organizm powódki, bez konieczności przeprowadzenia ponownego zabiegu inwazyjnego i z następstwem w postaci pozostawienia jajowodu. W tym stanie rzeczy należało uznać, że z błędem personelu medycznego pozwanego Szpitala – polegającym na zaniechaniu wdrożenia postępowania diagnostycznego w kierunku monitorowania poziomu gonadotropiny kosmówkowej, zmierzającego do oceny doszczętności usunięcia zarodka podczas zabiegu salpingotomii, powiązany jest przyczynowo skutek w postaci wznowy wzrostu tego zarodka, którego ponowny zabieg usunięcia prowadził również do salpingektomii. Za ten uszczerbek powódki na zdrowiu pozwany ponosił odpowiedzialność.

Dalsze postępowanie medyczne pozwanego nie było już objęte zarzutami na płaszczyźnie staranności w zakresie prawidłowości udzielania świadczeń medycznych. Postępowaniu lekarzy pozwanego Szpitala w sierpniu 2010 r. nie można zarzucić błędu mierzonego starannością związaną z osiągnięciem czysto medycznego celu postępowania. Wszystkie wymagane badania powódki zostały przeprowadzone, postawiona została prawidłowa diagnoza, powódka nie skorzystała ostatecznie z usług pozwanego podejmując samodzielną decyzję o zmianie podmiotu leczniczego.

Na płaszczyźnie staranności lekarskiej pozostała jeszcze do oceny kwestia zaistnienia związku przyczynowego pomiędzy spowodowaniem salpingektomii u powódki a utratą przez nią możliwości zajścia w ciążę bez sztucznego wspomagania prokreacji. Utrata samodzielności prokreacyjnej powódki była bowiem jednym z elementów krzywdy, jako skutku uszczerbku na zdrowiu oraz podstawą żądania naprawienia szkody polegającej na poniesieniu wydatków związanych z wdrożeniem procedury zapłodnienia pozaustrojowego i umieszczeniem zarodka w ciele powódki. Kwestia ta powstała w związku z ustaleniem, dokonanym w oparciu o opinię biegłego M. W., że szansa na zajście w ciążę wskutek naturalnego poczęcia przez powódkę, kobietę z jednym czynnym funkcjonalnie jajowodem, z którego dokonano salpingotomii, jest bardzo mała, a przy tym obarczona dość istotnym ryzykiem, że ciąża taka byłaby ciążą pozamaciczną. Powódka argumentowała w tym względzie, że szansa taka, jakkolwiek mała, istniała, wobec czego zaniechanie pozwanego Szpitala prowadzące do utraty czynnego jajowodu należy uznać za przyczynę dysfunkcji rozrodczej powódki.

W procesach medycznych przyjmuje się, że ocena związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy doniosłymi prawnie zdarzeniami a skutkami niosącymi uszczerbek w dobrach prawnie chronionych może odbywać się w kategoriach odpowiednio wysokiego prawdopodobieństwa jego istnienia (tzw. dowód prima facie). Podstawą dla jego konstruowania jest oparte na doświadczeniu życiowym uznanie, iż istnieją okoliczności, w świetle których tego rodzaju wnioskowanie jest uzasadnione (*res ipsa loquitur*; por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 listopada 2016 r., I CSK 739/15; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 czerwca 2019 r., II CSK 279/18). Na gruncie kwalifikacji prawnej przyjmuje się zaś, że dla ustalenia odpowiedzialności odszkodowawczej konieczne jest jednak wykazanie dostatecznie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa, że skutek pochodzi od przyczyny objętej odpowiedzialnością sprawcy szkody (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 14 grudnia 1973 r., II CR 692/73, OSPiKA 1975 Nr 4, poz. 94, z dnia 6 listopada 1998 r., III CKN 4/98, nie publ., z dnia 13 czerwca 2000 r., V CKN 34/00, nie publ., z dnia 24 maja 2005 r., V

CSK 654/04, nie publ.; z dnia 4 listopada 2005 r., V CK 182/05, nie publ., z dnia 5 kwietnia 2012 r., II CSK 402/11, nie publ.; z dnia 26 marca 2015 r., V CSK 357/14, nie publ.). Analogicznie postrzega się relewantność uszczerbku na gruncie kwestii może nawet bliższej rozpatrywanej, tj. problemu hipotetyczności rozwoju przebiegu zdarzeń przy braku zajścia zdarzenia szkodzącego, w kontekście uniemożliwienia zajścia pożądanego stanu rzeczy (utruty korzyści). Szkoda taka ma zawsze charakter hipotetyczny, nie mniej jednak musi być przez poszkodowanego wykazana z tak dużym prawdopodobieństwem, aby uzasadniała w świetle doświadczenia życiowego przyjęcie, że utrata korzyści rzeczywiście nastąpiła (zamiast wielu: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 października 1979 r., II CR 304/79). Myśl tę można uogólnić przyjmując, że hipoteza obarczająca odpowiedzialnością sprawcę zdarzenia szkodzącego musi obejmować na tyle prawdopodobny przebieg zdarzeń korzystnych dla poszkodowanego, że zasady doświadczenia życiowego wskazują, że doszło do uniemożliwienia zajścia tych zdarzeń, nie zaś wyłącznie uniemożliwienia szansy ich zajścia. Teza powódki, przyjmująca związek pomiędzy zaniechaniem pozwanego a brakiem zdolności do zajścia w ciążę, opierała się na założeniu, że jakkolwiek naturalne zajście w ciążę po zabiegu salpingotomii było bardzo mało prawdopodobne (patrz wyjaśnienia biegłego, k. 859), a dodatkowo obciążone ryzykiem ciąży pozamaciczej, to jednak istniało. Innymi słowy błąd pozwanego doprowadził do uniemożliwienia się ziszczenia nawet tej niewielkiej szansy, którą powódka miała na naturalne zajście w ciążę po salpingotomii. W ocenie Sądu kryterium istnienia dostatecznie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa winno być zastosowane również w omawianym przypadku, przy ocenie stanu stanowiącego punkt odniesienia dla oceny powiązań przyczynowo skutkowych. Skrajnie małe prawdopodobieństwo hipotetycznego pomyślnego przebiegu zdarzeń, polegającego na zajściu w ciążę prawidłową pod względem fizjologicznym, oznaczające w normalnym toku spraw konieczność sięgnięcia po metody wspomaganie prokreacji, sprawiałoby, że zniwelowanie tego prawdopodobieństwa do zera nie prowadzi do powstania obowiązku odszkodowawczego po stronie sprawcy zniwelowania tego prawdopodobieństwa. Sytuacja taka zaszła w sprawie niniejszej. Wobec istnienia wady macicy i lewego jajowodu, powódka, która przeszła operację salpingotomii jajowodu zbudowanego prawidłowo, zmniejszającą jego funkcjonalność w sposób opisany w opinii biegłego M. W. (por. również zeznania świadka K. W., k. 597, znacznik czasowy 00:14:14), nie mogłaby, kalkulując racjonalnie szanse i ryzyka, oczekiwać zajścia w ciążę w sposób naturalny i utrzymania jej, a na pewno nie mogła racjonalnie zakładać, że stanie się to w tak szybkim czasie, w jakim miało miejsce zapłodnienie pozaustrojowe (tj. w okresie kilku miesięcy po zabiegu). W konsekwencji należało przyjąć, że perspektywy zajścia w ciążę w sposób naturalny i utrzymania jej były prawdopodobne w tak niewielkim stopniu, że ich utrata i związane z tym wydatki nie mogą zostać uznane za skutki zaniechania ze strony pozwanego Szpitala.

W konsekwencji należało przyjąć, że pozwani ponosili odpowiedzialność za wyrządzony niestarannym postępowaniem diagnostycznym po operacji salpingotomii uszczerbek na zdrowiu powódki polegający na konieczności poddania się operacji salpingektomii (art. 445 k.c.). Żądanie zasądzenia zadośćuczynienia należało zatem uznać za usprawiedliwione.

Zadośćuczynienie za doznaną krzywdę powinno mieć charakter kompensacyjny, a więc przedstawiać ekonomicznie odczuwalną dla pokrzywdzonego wartość, stanowić „ekwiwalent wycierpianego bólu”, w ten bowiem tylko sposób zapłata sumy pieniężnej może zniwelować doznaną krzywdę. Z drugiej strony, należy utrzymać wysokość zadośćuczynienia w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, co jednak nie może podważać kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia (por. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 17 lipca 2013 r., I ACa 602/13). Z bardziej szczegółowych a adekwatnych do realiów sprawy niniejszej wypowiedzi sądów powszechnych, należy przytoczyć uwagę, iż określając wysokość zadośćuczynienia należy mieć na względzie wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy, takie jak ból, długotrwałość leczenia i dolegliwości powstałe w związku z urazami oraz negatywne odczucia przeżywane na skutek cierpień fizycznych. Nie bez znaczenia dla oceny jest również wiek poszkodowanego i skutki uszkodzenia ciała w zakresie ogólnej zdolności do funkcjonowania (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 11 lipca 2013 r., I ACa 195/13). Wskazać należy dalej, że ustalając wysokość zadośćuczynienia trzeba mieć na uwadze wiek poszkodowanego, rodzaj i rozmiar doznanych obrażeń, stopień i rodzaj cierpień fizycznych i psychicznych, intensywność (natężenie, nasilenie) i czas trwania tych cierpień, ewentualnie stopień kalectwa, nieodwracalność następstw uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia (kalectwo, oszpecenie), skutki uszczerbku w zdrowiu

na przyszłość (np. niemożność wykonywania ulubionego zawodu, uprawiania sportów, pracy artystycznej, rozwijania swoich zainteresowań i pasji, zawarcia związku małżeńskiego, posiadania dzieci, utrata kontaktów towarzyskich, utrata możliwości chodzenia do teatru, kina, wyjazdu na wycieczki), rodzaj dotychczas wykonywanej pracy przez poszkodowanego, który powoduje niemożność dalszego jej kontynuowania, poczucie nieprzydatności społecznej i bezradność życiowa powstałe na skutek zdarzenia wywołującego obrażenia ciała, konieczność korzystania ze wsparcia innych, w tym najbliższych, przy prostych czynnościach życia, konieczność przedstawiania przez sumę zadośćuczynienia odczuwalnej wartości ekonomicznej, przynoszącą poszkodowanemu równowagę emocjonalną, naruszoną przez doznane cierpienia psychiczne - nie będącej jednakże wartością nadmierną w stosunku do doznanej krzywdy, co wynika kompensacyjnego charakteru zadośćuczynienia, ewentualne wynikające z uszkodzenia ciała ograniczenie wydolności pracy i utrudnienia w jej wykonywaniu, a niestanowiące podstawy do przyznania renty inwalidzkiej czy uzupełniającej, indywidualne właściwości i subiektywne odczucia osoby pokrzywdzonej, jeśli będą istotne na tle konkretnej sprawy, trwałość kalectwa, powodującego cierpienia fizyczne oraz ograniczenie ruchów i wykonywanie czynności życia codziennego (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 10 lipca 2013 r., I ACa 391/13).

W sprawie doszło do spowodowania uszczerbku na zdrowiu powódki polegającego na usunięciu jajowodu. Krzywda swoim zakresem nie obejmowała jednak wyłącznie tego skutku czysto medycznego, następstwem wadliwego postępowania diagnostycznego pozwanego Szpitala, polegającego na zaniechaniu wdrożenia odpowiedniej diagnostyki monitorującej stan powódki była sama konieczność przeprowadzenia zabiegu salpingektomii, w krótkim odstępie od zabiegu salpingotomii. Powtórzenie takiego zabiegu, oprócz spowodowania obawy, niepokoju i strachu oraz fizycznego bólu, związanych z oczekiwaniem na niego i jego przeprowadzeniem, niewątpliwie miało dla powódki znaczenie traumatyzujące, powtarzało bowiem i potęgowało tym samym ból psychiczny związany z destrukcyjnym dla psychiki kobiety zabiegiem usunięcia chcianej i oczekiwanej ciąży. Doprowadzenie zaś do usunięcia jajowodu, jakkolwiek był on ograniczony w swej funkcjonalności, mogło spowodować w psychice powódki, młodej przecież kobiety, poczucie niepełnej identyfikacji tożsamościowej, nieusuwalnego braku, uszczerbku w samej istocie poczucia kobiecości. Jakkolwiek okoliczności tej nie można przeceniać, ze względu na zakres zdolności do poczęcia dziecka w sposób naturalny już po pierwszym zabiegu, to nie należy tracić z pola widzenia, że drugi zabieg niejako przypieczętował trwałą niezdolność powódki do naturalnej prokreacji. Odebrał powódce nawet tę iluzoryczną szansę stania się matką dziecka poczętego na skutek współżycia z mężczyzną, którą mogła żywić po zabiegu oszczędzającym. W świadomości powódki iluzja ta mogła mieć znaczenie dla samoaprecjacji jako kobiety. Tak opisana krzywda wymagała zadośćuczynienia pieniężnego poprzez przyznanie istotnej sumy pieniężnej.

Nie oznacza to jednak, że roszczenie o zadośćuczynienie z tytułu spowodowania uszczerbku na zdrowiu było uzasadnione w całości. Nie należy tracić z pola widzenia, że powódka krzywdę swą opierała przede wszystkim na konieczności poddania się procedurze in vitro i związanym z tą procedurą rygorom poddania się badaniom wstępnym oraz monitorującym przebieg ciąży. Znaczna część uzasadnienia żądania zadośćuczynienia poświęcona została tej kwestii. Powódka akcentowała stres związany z obawą o pomyślność przebiegu ciąży. Podkreślała również, że wskutek błędu pozwanego Szpitala stała się praktycznie bezpłodna. Okoliczności te, niewątpliwie wpływające na wymiar krzywdy, a więc i wysokość zadośćuczynienia, zgodnie z wyżej przedstawionymi rozważaniami, nie znajdują odzwierciedlenia w przypisywalnym pozwanym zakresie odpowiedzialności za skutki błędu. Niemal całkowita utrata samodzielności prokreacyjnej była pokłosiem już samoistnego schorzenia powódki, przy którego usunięciu w lipcu 2010 r. nie popełniono błędu medycznego. Zanim doszło do błędu, tj. dopuszczenia do niekontrolowanej wznowy ciąży pozamacicznej powódka chcąc zajść w ciążę była już zdana na poddanie się procedurze in vitro. Jakkolwiek sama trauma związana z koniecznością przeprowadzenia drugiego zabiegu w sposób istotny pogarszała odbiór przez powódkę konieczności poddania się rygorom postępowania zapłodnienia pozaustrojowego oraz ciąży powstałej przy jego pomocy, to sama ta konieczność nie została wywołana zawinionym działaniem pozwanego Szpitala. Praktyczna niezdolność powódki do naturalnego poczęcia dziecka już po pierwszym zabiegu sprawiała również, że wpływ na wymiar krzywdy nie mogło mieć pozbawienie powódki możliwości naturalnego planowania rodziny. Marginalne prawdopodobieństwo zajścia powódki w ciążę w sposób naturalny po zabiegu salpingotomii

oszczędzającej pozbawiało ją praktycznych możliwości takiego planowania przy zastosowaniu naturalnych metod prokreacji.

W konsekwencji należne powódce zadośćuczynienie za skutki spowodowanie rozstroju zdrowia wyniosło 100.000 zł. Wobec braku spowodowania u powódki konieczności poddania się procedurze in vitro dalej idące roszczenia podlegało oddaleniu.

Pozostała do oceny kwestia odpowiedzialności pozwanych za naruszenie wskazanych przez powódkę praw pacjenta – do wyrażenia zgody na zabieg medyczny oraz do informacji o swoim stanie zdrowia.

Do naruszenia pierwszego prawa miało dojść w trakcie pierwszej hospitalizacji, polegać miało ono na uzyskaniu zgody na zabieg po wywołaniu przeświadczenia o konieczności natychmiastowego zabiegu i nieprzedstawieniu innych alternatyw postępowania medycznego, wskutek przedstawienia powódce nieprawdziwych informacji o jej stanie zdrowia, rzekomo wymagającym natychmiastowej ingerencji chirurgicznej.

Zarzut ten okazał się słuszny. Prawidłowa informacja stanowi warunek świadomej zgody, uchylającej bezprawność działania lekarza ingerującego w ustrój pacjenta. Aby zgoda była ważna, musi być „poinformowana” (objaśniona, świadoma). Pacjent musi znać przedmiot zabiegu i być poinformowany o diagnozie, proponowanych metodach leczenia, o jego ryzyku i skutkach, o alternatywnych sposobach leczenia, a także o zaniechaniu leczenia (art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Zakres informacji jest zależny od rodzaju zabiegu, konieczności i nagłości operacji, stanu psychicznego i wrażliwości chorego, jak również od tego, co rozsądna osoba, będąca w sytuacji pacjenta, obiektywnie powinna usłyszeć od lekarza, aby móc podjąć świadomą i roztropną decyzję o poddaniu się proponowanemu zabiegowi medycznemu (wyrok Sądu Najwyższego z 8 lipca 2010 r., II CSK 117/2010). W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli przemawia za tym dobro pacjenta (art. 31 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry).

Niezachowanie pisemnej formy oświadczenia pacjenta wyrażającego zgodę na zabieg operacyjny (art. 34 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry) nie powoduje nieważności zgody. Skutki niezachowania wymaganej formy określa art. 74 k.c. (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 11 kwietnia 2006 r., I CSK 191/05). Ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny (art. 31 ust. 1 w zw. z art. 34 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry) spoczywa na lekarzu (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 303/04).

W sprawie zachowało się oświadczenie powódki złożone w formie pisemnej, mające formę blankietową, tj. taką, z której nie wynikał ani zakres informacji o stanie zdrowia udzielonych powódce przed odebraniem oświadczenia ani zakres alternatywnych metod leczenia oraz metody sugerowanej jako preferowana. W świetle niespornej pomiędzy powódką i lekarzami Szpitala okoliczności, że ci ostatni postrzegali sytuację zdrowotną powódki nieadekwatnie do rzeczywistego stanu rzeczy (jako stan zagrożenia życia), determinującą konieczność niezwłocznego leczenia przy zastosowaniu metody laparotomii i tak ten stan rzeczy przedstawiali powódce należało przyjąć, że zgoda udzielona na zabieg laparotomii w tych okolicznościach nie odpowiadała standardowi określonymu w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza a także art. 16 ustawy o prawach pacjenta. Błąd diagnostyczny, stanowiący sam w sobie naruszenie wzorca oczekiwanej staranności lekarskiej, prowadzący do pozbawienia pacjenta wiedzy o rzeczywistym stanie zdrowia oraz w konsekwencji możliwości współdecydowania o metodzie leczenia, wobec przedstawienia sytuacji pacjenta jako bezalternatywnej, może stanowić podstawę odpowiedzialności podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych za naruszenie prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia medycznego. W odniesieniu do powódki w dniu 19 lipca 2010 r. istniały co najmniej dwie równorzędne, co do skutku medycznego metody leczenia inwazyjnego, tj. laparotomijna i laparoskopijna, przy czym ta druga była dla pacjentki łagodniejsza pod względem stopnia ingerencji w narządy wewnętrzne oraz bezpieczniejsza z punktu widzenia możliwości zaistnienia powikłań. O tym stanie rzeczy powódka nie została poinformowana, wobec czego zgody na zabieg laparotomii nie sposób uznać za objaśnioną, w wyżej przytoczonym rozumieniu tego pojęcia, wynikającym z treści art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach

lekarza i lekarza dentystry a także art. 16 u.p.p. Przesądza to o zasadności zarzutu naruszenia analizowanego prawa pacjenta.

W zakresie naruszenia prawa do informacji o stanie zdrowia powódka powołała się na niedostatek wiedzy po opuszczeniu Szpitala w dniu 23 lipca 2010 r. oraz po ponownym przyjęciu w sierpniu 2010 r. Zarzut niepoinformowania powódki o rzeczywistym wyniku pierwszej operacji okazał się zasadny, aczkolwiek z innych przyczyn niż podane przez powódkę. E. P. pretensje swoje w tym względzie odnosiła do braku informacji o rezultacie operacji, tak jak go postrzegała w świetle zarzutów sformułowanych w pozwie (brak usunięcia ciąży, usunięcie lewego, „zdrowego” jajowodu). W rzeczywistości udzielone powódce informacje przez lekarzy – o usunięciu ciąży – były w przywołanym wyżej zakresie prawdziwe, lecz niepełne. Lekarze w Szpitalu w R., mając wiedzę o nieprawidłowości w budowie macicy powódki, polegającej na nefunkcjonalności lewego jajowodu, nie poinformowali o tym pacjentki. Przeciwnie – wywołali u niej błędne przekonanie, że operacja kończy wszelkie kłopoty powódki z naturalnym zajściem w ciążę. Informacja ta nie odpowiadała rzeczywistemu stanowi zdrowia powódki. Wprawdzie zaniechanie w tym względzie można przypisać również innym podmiotom świadczącym usługi medyczne na rzecz powódki (Szpitalowi w K., Szpitalowi w C.), to jednak odpowiedzialność za naruszenie prawa pacjenta do informacji ma charakter samodzielny, indywidualny, uwarunkowana jest bowiem nieprawidłowym wykonaniem obowiązku ciążącego na określonym lekarzu. Należałoby oczekiwać, że lekarz, który naocześnie, podczas operacji stwierdził wadę budowy macicy powódki, poinformuje ją o tym. Zobowiązywał go do tego art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Obowiązek ten nie został wobec powódki wykonany.

Powódka zarzucała również Szpitalowi, że poprzez brak wyjaśnienia, co do jej sytuacji zdrowotnej w chwili przyjęcia w sierpniu 2010 r., charakteru i celu świadczeń medycznych ponownie naruszono jej prawo do informacji o stanie zdrowia. Ustalenia w sprawie potwierdzają zasadność tego zarzutu. Powódka nie została poinformowana o istocie schorzenia, z którym trafiła do Szpitala, jego związku z poprzednią operacją, sensie czynności diagnostycznych. Uzasadnia to naruszenie prawa do informacji, którego istotą jest upodmiotowienie pacjenta w relacjach z lekarzem, nadania mu statusu równoprawnego podmiotu uczestniczącego w procesie leczenia, dotyczącym przecież jednego z najistotniejszych dóbr osobistych, jakim jest zdrowie.

Za najistotniejsze naruszenie Sąd uznał pominięcie informacji o stanie zdrowia powódki po pierwszej operacji, gdy wyszła na jaw budowa jej macicy. Wyjaśnienie powódce stanu budowy tego narządu oraz przydatków, jakkolwiek było obowiązkiem przykrym, uchroniłoby ją przed wątpliwościami wynikającymi z kolejnych, niepewnych, niesprawdzonych informacji, takiej jak ta dotycząca rzekomego usunięcia zdrowego jajowodu. Związane z tym stanem wyjaśnienie perspektyw co do kolejnego naturalnego poczęcia dziecka uchroniłoby powódkę w dłuższej perspektywie przed dyskomfortem związanym z niepewnością co do własnych możliwości prokreacyjnych po pierwszej operacji. Zatajenie tak istotnej informacji przed powódką stanowiło również istotne naruszenie obowiązków lekarskich. Do istotnych należało zaliczyć naruszenie prawa do udzielenia zgody na przeprowadzenie zabiegu laparotomii w dniu 19 lipca 2010 r. Zminimalizowało to prawo powódki do wyboru świadczeniodawcy (analogicznie jak uczyniła to w sierpniu 2010 r.), jakkolwiek należało zauważyć, że stopień naruszenia miarkowany był przez fakt konieczności medycznej przeprowadzenia zabiegu. Ostatecznie usunięcie inwazyjne ciąży i tak miałyby miejsce, powódka została natomiast pozbawiona możliwości wyboru metody tego usunięcia. Za naruszenie mniejszej wagi należało uznać brak informacji o rzeczywistych przyczynach ponownej hospitalizacji powódki. W istocie sprowadzało się ono do braku udzielenia informacji, co do mechanizmu wznowienia ciąży patologicznej. O tym bowiem, że w jajowodzie znajduje się tkanka, którą trzeba usunąć powódka wiedziała. Jakkolwiek uciążliwe dla powódki naruszenie to nie miało tak dalekosiężnych skutków, jak zatajenie wady macicy.

W konsekwencji Sąd uznał za uzasadnione roszczenia o zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta w kwocie 35.000 zł, na podstawie art. 448 § 1 k.c. w zw. z art. 4 ust. 1 u.p.p. W pozostałym zakresie roszczenie, jako nadmierne względem stopnia naruszeń, ich skutków oraz sformułowanych zarzutów, podlegało oddaleniu.

Bezzasadnym, ze względu na brak związku przyczynowego ze zdarzeniem szkodzącym, okazało się roszczenie odszkodowawcze, w zakresie w jakim dotyczyło ono kosztów wymienionych w punktach 1 – 5 tabeli na stronie

20 pozwu, tj. związanych z koniecznością poddania się przez powódkę postępowaniu związanemu z zapłodnieniem pozaustrojowym. Brak innego objaśnienia żądanych kosztów pozwalał łączyć ich poniesienie z celem określonym w pozwie, tj. z procedurą in vitro. Dotyczy to w szczególności kosztów dojazdów, których żaden inny dokument nie precyzował. Sprecyzowania tych kosztów nie dokonał również S. K.. Żądanie w tym względzie, jeżeli nie było związane z poddaniem się przez powódkę badaniom, diagnostyce i zabiegom dotyczącym zapłodnienia pozaustrojowego, jako niewykazane podlegało oddaleniu w całości. Odmienne należało podejść do kwestii odszkodowania z tytułu utraconych korzyści, tj. zarobków. Odszkodowanie to obejmowało również korzyści utracone przed poddaniem się procedurze in vitro, w okresie od lipca do września 2010 r. (por. wyliczenie utraconego dochodu, k. 93). Szkoda w tym zakresie w pewnej części może być przypisana działaniom pozwanego, jako że zaniechanie pozwanego doprowadziło do konieczności kolejnej hospitalizacji w sierpniu 2010 r. powódki oraz poddania się kolejnemu zabiegowi inwazyjnemu, przedłużającemu proces rehabilitacji. Rekonwalescencja po pierwszym zabiegu co do zasady nie była objęta odpowiedzialnością pozwanych, albowiem przeprowadzenie zabiegu salpingotomii było konieczne i wynikało samoistnie ze stanu zdrowia powódki. Powódka nie wykazała, by wskutek wyboru metody otwartej (laparotomii) rekonwalescencja wymagająca powstrzymania się od pracy uległa wydłużeniu w stosunku do sytuacji, która zaistniałaby gdyby zabieg wykonano laparoskopem. Pomiędzy opuszczeniem przez powódkę Szpitala w dniu 23 lipca a ponownym do niego przyjęciem w dniu 13 sierpnia 2010 r. minęło 21 dni. Okres zwolnienia od pracy po operacji laparoskopowej w dniu 21 sierpnia 2010 r. wyniósł 30 dni (powódka opuściła Szpital 24 sierpnia 2010 r.). Nawet przyjmując wydłużony okres zwolnienia, uzasadniony większą dekompensacją organizmu po drugim, w krótkim okresie czasu, zabiegu inwazyjnym, brak jest podstaw do przyjęcia, że okres trzech tygodni zwolnienia byłby nieadekwatny w przypadku przeprowadzenia pierwszej operacji metodą laparoskopową. Niewątpliwie natomiast okres zwolnienia zakończyłby się znacznie wcześniej niż 23 września 2010 r., gdyby powódka nie musiała poddać się kolejnej operacji. Wobec powyższego należało przyjąć, że cały okres zwolnienia – od momentu ponownego przyjęcia do Szpitala w dniu 13 sierpnia 2010 r. do momentu ukończenia zwolnienia, tj. 23 września 2010 r. (42 dni) objęty był odpowiedzialnością Szpitala za szkodę wyrządzoną zaniechaniem diagnostycznym po zabiegu salpingotomii (art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c.). Wartość tej szkody wyniosła 430,92 zł $[(23,01-18,41) \times 42 + (28,67 - 23,01) \times 42]$.

W konsekwencji na rzecz zasądzeniu od pozwanych in solidum na rzecz powódki podlegała kwota 135.430,92 zł. Pozwany zakład ubezpieczeń przedstawił argumentację ograniczającą własną odpowiedzialność do kwoty stanowiącej równowartość 46.500 euro. Z ustaleń w sprawie wynika jednak, że pozwanych łączyła również umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotów prowadzących zakłady opieki zdrowotnej o charakterze nieobowiązkowym, ustanawiająca granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za jedno zdarzenie na kwotę 500.000 zł. Zasądzona suma jest znacznie niższa niż obie wskazane wyżej sumy gwarancyjne. Skoro suma odpowiedzialności pozwanego z tytułu analizowanej szkody jest rozpoznana w całości i nie wzrośnie, to brak jest ryzyka wyczerpania zakresu odpowiedzialności pozwanego w przyszłości. W chwili zaś zamknięcia rozprawy pozwany nie przedstawił argumentacji, z której wynikałoby, że jego odpowiedzialność poprzez wyczerpanie ogólnej sumy gwarancyjnej wygasła albo uległa w jakimkolwiek stopniu ograniczeniu. W tym stanie rzeczy nie było podstaw do czynienia zastrzeżenia, co do ograniczenia zakresu odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela, skoro ta mieściła się w całości w granicach określonych umową ubezpieczenia.

Bezzasadnym okazało się powództwo o ustalenie odpowiedzialności pozwanych na przyszłość za skutki błędu medycznego. Podzielając argumentację powódki co do przesłanek i celu tego roszczenia należało uznać, że w sprawie nie zachodzi przesłanka interesu prawnego w ustaleniu takiej odpowiedzialności. Zakres następstw salpingektomii dla powódki jest obecnie w całości rozpoznany. Powódka nie wymaga dalszego leczenia ani nie jest możliwe przy obecnym stanie wiedzy medycznej podjęcie zabiegów naprawczych, przywracających usunięty organ. Wskazywana przez powódkę potrzeba ustalenia odpowiedzialności, związana z zapłodnieniem pozaustrojowym, leży poza zakresem przyczynowo skutkowym odpowiedzialności obu pozwanych. W konsekwencji roszczenie o ustalenie odpowiedzialności podlegało oddaleniu w całości.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c. w zw. z art. 455 k.c. Powódka jako termin początkowy opóźnienia pozwanych wskazała dzień następnny po dniu doręczenia każdemu z pozwanych odpisu pozwu. Doręczenia

te miały miejsce w stosunku do (...) S.A. 21 czerwca 2013 r., zaś w stosunku do pozwanego Szpitala 20 czerwca 2013 r. Skoro powódka zaniechała uprzednio wszczęcia postępowania likwidacyjnego poprzez zgłoszenie roszczenia ubezpieczycielowi, to termin ten w stosunku do tego podmiotu był zbyt wczesny, doręczenie odpisu pozwu mogło prowadzić bowiem jedynie do rozpoczęcia biegu terminu określonego w art. 817 § 1 k.c. Uwagi te stanowią zaledwie punkt wyjścia dla oceny kwestii popadnięcia pozwanych w stan opóźnienia, sankcjonowany zasądzeniem odsetek. Zagadnienie wymagalności roszczeń odszkodowawczych i początkowego terminu naliczania należnych odsetek z tytułu opóźnienia należy bowiem do spornych. Kwestia ta szeroko została przedstawiona w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z dnia 19 lipca 2019 r. (II CSK 304/18), do którego Sąd odsyła strony, uznając za niecelowe dla zachowania przejrzystości wyводу przytaczanie obszernych fragmentów tego dokumentu. W uznaniu Sądu na akceptację zasługuje szeroko uzasadniony pogląd, że wymagalność roszczenia o zadośćuczynienie zależy od znajomości wysokości roszczenia przez dłużnika oraz, co wynika ze specyfiki zadośćuczynienia, kryterium oczywistości żądania. Nie ma natomiast podstaw, w warunkach braku zmiany wartości pieniądza w czasie, w skali uzasadniającej przyjęcie za rzeczywistą miarę wartości dóbr i usług cen z chwili daty wyrokowania w odniesieniu do uszczerbku o charakterze niemajątkowym, jako terminu wymagalności daty określonej na podstawie art. 363 § 2 k.c. Stosowanie tej ostatniej konstrukcji, w odniesieniu do roszczenia o zadośćuczynienie, musi być ograniczone stosownie do charakteru roszczenia. Ceny z daty ustalania odszkodowania nie wpływają bowiem bezpośrednio na wartość szkody lecz jedynie na odpowiedniość zadośćuczynienia, co stanowi istotną cechę dystynktywną obu roszczeń i nie uzasadnia automatycznego przenoszenia poglądów co do początkowego momentu naliczania odsetek z roszczenia odszkodowawczego na roszczenie o zadośćuczynienie.

Kryterium oczywistości nie zostało w sprawie spełnione. Podstawa roszczenia należała do wysoce spornych i wymagała pogłębionego postępowania dowodowego, w kierunku ustalenia zasadności zarzutów powódki, które, w znacznej części, nie znalazły potwierdzenia. Zasadność części zarzutów powódki potwierdziła w zasadzie dopiero opinia biegłego M. W. i dopiero datę jej doręczenia można uznawać za początek biegu terminu, o którym mowa w art. 455 k.c. Skoro doręczenie to nastąpiło w dniach 9 września 2019 r. w stosunku do Szpitala oraz 10 września 2019 r. w stosunku do zakładu ubezpieczeń, to niezwłoczny termin spełnienia świadczenia pieniężnego w stosunku do obu pozwanych upływał w dniu 24 września 2019 r. Od 25 dnia tego miesiąca pozwani pozostawali w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia, sankcjonowanym odsetkami na podstawie art. 481 § 1 k.c. W pozostałym zakresie omawiane roszczenie podlegało oddaleniu.

Analogiczne rozumowanie należało odnieść do zasądzanego odszkodowania. Również i w odniesieniu do tego świadczenia aktualne pozostają rozważania dotyczące znaczenia wyjaśnienia podstawy roszczenia dla określenia daty wymagalności tego świadczenia. Artykuł 363 § 2 k.c. nie może natomiast przemawiać za przyznaniem odsetek dopiero od momentu ustalenia odszkodowania, jako że szkoda ab initio miała postać utraty określonego przychodu pieniężnego, który powódka osiągnęłaby w 2010 r. Ustalenie tej wartości na 2020 r. wymagałoby zastosowania mechanizmu waloryzacyjnego albo przyznania odsetek za opóźnienie, które są podstawą formą rekompensaty utraty wartości przez pieniądź w czasie.

Orzekając o kosztach procesu Sąd miał na względzie, że powódka utrzymała się ze swoim roszczeniem w 36,75%. Usprawiedliwiałyby to, co do zasady określonej w art. 100 zd. 1 k.p.c., zasądzenie od niej na rzecz pozwanych kosztów procesu, w części odpowiadającej takiemu rezultatowi postępowania. Z kolei zdanie 2. powołanego przepisu mogłoby stanowić podstawę do żądania przez powódkę zwrotu przez pozwanych całości kosztów. Dochodzącemu zapłaty zadośćuczynienia może być trudno określić w pozwie wysokość owej sumy bez narażenia się na zarzut jej zawyżenia. W takim wypadku, przy zastosowaniu art. 100 zdanie drugie k.p.c., przegrywający zwraca powodowi należne mu w sprawie koszty procesu od uwzględnionej części powództwa, nie może natomiast żądać od powoda kosztów procesu od części oddalanej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 października 1969 r. I CR 186/69, Biul. SN 1970, nr 8-9, poz. 151). Jednak żądanie zadośćuczynienia w kwocie rażąco wygórowanej w stosunku do przyznanych w podobnych przypadkach w orzecznictwie sądowym, jako przekraczające przysługujące sądowi granice oceny stosownego zadośćuczynienia, wyłącza przewidzianą w art. 100 zdanie drugie możliwość włożenia na pozwanego obowiązku zwrotu wszystkich z tym związanych kosztów (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 października 1972 r.,

II PR 223/72, LEX nr 7144). Przepis ten ogranicza ściśle obowiązywanie zasady odpowiedzialności za wynik procesu, w sytuacjach w których powód określając wysokość swojego roszczenia nie może być pewnym, że przy założeniu podzielenia w całości argumentacji leżącej u podstaw zasady żądania, otrzyma całość żądanej sumy. Taki stan rzecz ma miejsce w sytuacjach, gdy wysokość świadczenia nie jest ściśle określona i zależy od oceny sądu. Przyjmuje się zatem, że powoda nie można obarczać tak daleko posuniętymi rygorami odpowiedzialności z tytułu kosztów procesu, jak w odniesieniu do roszczeń ściśle wymiernych, niemożliwe jest bowiem, by powód przewidział w sposób ścisły proces rozumowania sędziowskiego regulujący kształtowanie wysokości świadczenia. Racja ta jednak nie dotyczy przesłanek zasadności żądania, w odniesieniu do tychże sytuacja powoda dochodzącego zadośćuczynienia nie jest odmienna od sytuacji każdego innego powoda, który co do zasady musi wykazać zasadność całości swoich tez. Wobec tego w razie częściowego oddalenia żądania zadośćuczynienia ze względu na brak wykazania podstaw odpowiedzialności pozwanego stosowanie regulacji art. 100 zd. 2 in fine nie znajduje usprawiedliwienia w wykładni funkcjonalnej tego przepisu. Jeżeli nadto przesłanką zastosowania tej regulacji mają być zasady słuszności, to i te nie przemawiają za tym, by pozwanego, który odparł część kierowanych przeciwko niemu zarzutów odnośnie wad procesu leczenia, obciążać w całości kosztami postępowania poniesionymi przez powódkę. Tak było w sprawie niniejszej, w której powódka nie ostała się z tezami o bezpodstawnym pozbawieniu jej lewego jajowodu oraz o powiązaniu przyczynowym pomiędzy salpingektomią jajowodu prawego a stanem bezpłodności. Brak zasadności tych zarzutów, wpływających w sposób istotny na wysokość zadośćuczynienia, czyni niedopuszczalnym obciążenie pozwanych w całości kosztami procesu.

W ocenie Sądu zależność wysokości zasadniczego roszczenia o zadośćuczynienie od oceny Sądu winna znaleźć wyraz w sprawie poprzez zastosowanie wzajemnego zniesienia kosztów procesu. Artykuł 100 zd. 1 k.p.c. przewiduje taką możliwość postąpienia w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań. Wobec braku odniesienia takiego sposobu rozstrzygnięcia do procentowo określonej wartości rozkładu uwzględnienia interesów stron przyjmuje się, że przy częściowym uwzględnieniu żądań pozostawia on do uznania sądu ocenę, czy koszty należy wzajemnie znieść, czy też stosunkowo rozdzielić. Zatem nie jest tak, że wzajemne zniesienie kosztów byłoby dopuszczalne jedynie w wypadku uwzględnienia żądań pozwu w połowie (tak trafnie Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 20 kwietnia 2018 r., I ACa 1246/17). Wobec tego również inny rozkład interesów pozwala na takie rozstrzygnięcie. W sprawie rozkład ten kształtował się na poziomie 36,75 na rzecz powódki do 63,25 na rzecz pozwanych. Biorąc jednak pod uwagę, że zasadniczą część pozwu stanowiło roszczenie o charakterze uznaniowym co do wysokości należało przyjąć dopuszczalność wzajemnego zniesienia kosztów procesu między stronami, których poniesione koszty kształtowały się na takim samym poziomie (wynagrodzenie pełnomocnika określone na podstawie § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu, t. j. Dz. U. z 2013 r. poz. 490 ze zm. oraz rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu, t. j. Dz. U. z 2013 r. poz. 461 – 7.200 zł oraz opłata skarbową od udzielonego pełnomocnictwa w kwocie 17 zł).

O wydatkach poniesionych w postępowaniu tymczasowo przez Skarb Państwa oraz o opłacie od pozwu, od poniesienia której powódka została w całości zwolniona Sąd orzekł na podstawie art. 113 ust. 1 w zw. z art. 100 zd. 1 i art. 73 ust. ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t. j. Dz. U. z 2019 r., poz. 785 ze zm.). Wymienione koszty sądowe powinni ponieść solidarnie (art. 105 § 2 k.p.c.) pozwani, w części która przypada na nich w wyniku rozkładu kosztów procesu, tj. w 36,75%. Wyliczenie tych kosztów Sąd pozostawił referendarzowi sądowemu (art. 8 ust. 1 u.k.s.c. w zw. z art. 108 § 1 zd. 2 k.p.c.). W stosunku do powódki Sąd uznał za uzasadnione charakterem doznanego uszczerbku i postacią krzywdy odstąpienie od obciążenia kosztami sądowymi w postaci części opłaty oraz wydatków poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa, na podstawie art. 113 ust. 4 u.k.s.c.

Ze względu na powyższe motywy orzeczono jak w sentencji.