

Sygn. akt I C 32/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 grudnia 2022 roku

Sąd Okręgowy w Nowym Sączu I Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSO Rafał Obrzud

Protokolant: Bożena Zaremba

po rozpoznaniu w dniu 9 grudnia 2022 roku w Nowym Sączu

na rozprawie

sprawy z powództwa A. B.

przeciwko Szpitalowi (...) w N.

przy udziale interwenienta ubocznego po stronie pozwanej – (...) S.A. w W.

o zapłatę

I. oddała powództwo,

II. nie obciąża powódki kosztami postępowania, w tym kosztami zastępstwa procesowego strony pozwanej oraz kosztami zastępstwa procesowego interwenienta ubocznego .

Rafał Obrzud

Sygn. akt I C 32/17

UZASADNIENIE

W pozwie złożonym 9 stycznia 2017 r. i skierowanym przeciwko Szpitalowi (...) w N. powódka A. B. domagała się zasądzenia na jej rzecz od strony pozwanej kwoty 71.400 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 kwietnia 2014 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 3.820,29 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 kwietnia 2014 r. do dnia zapłaty tytułem odszkodowania. Nadto powódka wniosła o zasądzenie od strony pozwanej na jej rzecz kosztów postępowania według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu wskazano, że w dniu 27 lutego 2014 r. powódka przyjęta została na Oddział Ginekologiczno – Położniczy pozwanego Szpitala. Na dzień 28 lutego 2014 r. miała przewidzianą operację cesarskiego cięcia. Ze względu na wysokie ciśnienie tętnicze cesarskie cięcie u powódki wykonano jednak już w dniu 27 lutego 2014 r., a następnie zalecono opiekę poporodową oraz zastosowano leczenie. Przed wykonaniem operacji nie uzyskano „świadomej zgody” powódki na zabieg, gdyż oprócz podpisania stosownego formularza powódka nie uzyskała informacji o ewentualnych ryzykach i zabiegu. Tym samym naruszono jej prawa pacjenta. Wobec dobrego samopoczucia i braku powikłań powódka na własne żądanie w dniu 2 marca 2014 r. wypisała się ze szpitala. Pomimo adnotacji na ten temat w dokumentacji medycznej powódki nie pouczono o jakimkolwiek ryzyku lub niebezpieczeństwie takiej decyzji. Powódce zalecono zgłoszenie się w dniu 6 marca 2014 r. do usunięcia szwów pooperacyjnych i zarwanie leków. W tym też dniu powódka stawiała się do Poradni Ginekologiczno-Położniczej pozwanego Szpitala, gdzie usunięto jej szwy. Powódka zwracała wtedy uwagę lekarzowi usuwającemu szwy na zgrubienie pod skórą na ranie operacyjnej. Lekarz stwierdził, że jest to wynik niestarannego zszycia rany. Powódka informowała o wcześniejszej gorączce. Następnego

dnia, tj. 7 marca 2014 r. powódka poczuła „pęknięcie rany pooperacyjnej” a z rany pooperacyjnej zaczął się wydobywać intensywnie płyn. Do tego powódka czuła się bardzo źle i miała dreszcze, w związku z tym zgłosiła się do Szpitala, gdzie założono jej sączonek i opatrunek na ranę. Zlecono badania wymazu z rany. W rezultacie powódka była hospitalizowana w dniach 7-9 marca 2014 roku. W dniu 9 marca 2014 r. powódka na własne żądanie wypisała się ze Szpitala z uwagi na konieczność opieki na dwójką dzieci, w tym nowonarodzonym.

Pomimo adnotacji na ten temat w dokumentacji medycznej powódki nie pouczono o jakimkolwiek ryzyku lub niebezpieczeństwie takiej decyzji. Dopiero po opuszczeniu Szpitala powódka otrzymała wynik badań wymazu z rany, które wykazały zakażenie: *Citrobacter koseri* Wzrost obfity Szczep ESBL dodatni, *Staphylococcus haemolyticus* Wzrost obfity Szczep MRS dodatni metycylino-oporny. W dalszym ciągu miał miejsce wyciek z rany powódki i dolegliwości bólowe. Mimo tego podczas wizyty kontrolnej w dniu 17 marca 2014 r. lekarz nie przepisał powódce dalszych leków w celu kontynuacji leczenia, zmienił jedynie opatrunek i pouczył o konieczności kolejnej wizyty gdyby nie doszło do zrostu rany. Nie wykonano powódce żadnego badania wymazu z rany. W związku z wątpliwościami co do przedstawionej w dniu 17 marca 2014 r. diagnozy powódka wykonała na własny koszt badania kontrolne w dniu 24 marca 2014 r., które wykazało zakażenie. Wobec braku zaufania do lekarzy pozwanego Szpitala powódka dalsze leczenie kontynuowała w NZOZ w P.. W związku z leczeniem zakażenia powódka poniosła udokumentowane koszty w wysokości 220,29 zł. Do tego powódka przez okres około miesiąca wymagała codziennej pomocy przy opiece nad dziećmi, w tym noworodkiem w wymiarze ok. 12 godzin dziennie. Pomocy powódce udzielała matka K. J.. Powódka koszt takiej pomocy liczy po 10 zł za godzinę, wg stawek MOPS w N. w tamtym okresie. Ze względu na niewłaściwą profilaktykę przeciwwakażeniową, następnie skutki zakażenia, a później niewłaściwie przeprowadzonego leczenia, powódka doznała uszczerbku na zdrowiu, została narażona na dodatkowe cierpienie, proces jej leczenia wydłużył się i doszło do rozstroju stanu zdrowia. Powódka wbrew swoim planom musiała zaniechać karmienia dziecka piersią, co również naraziło ją na dodatkowe koszty i dyskomfort psychiczny. Nie była w stanie w pełni zająć się dzieckiem, czym była załamana. Do tego powódka została poddana leczeniu antybiotykami, co w efekcie doprowadziło do obniżenia odporności jej organizmu, która ma miejsce do dzisiaj. Pismem z dnia 7 kwietnia 2014 r., (doręczonym w dniu 15.04.2014 r.) pełnomocnik powódki wezwał pozwanego Szpitala do zapłaty kwoty 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, ból i cierpienie oraz rozstrój organizmu a także kwoty 5.000 zł tytułem jednorazowego odszkodowania na pokrycie wszelkich wydatków związanych z leczeniem. Pozwany Szpital pismem z 22 kwietnia 2014 r. zgłosił szkodę osobową do likwidacji zobowiązaniem z umowy OC zakładowi (...) S.A. Po uzyskaniu pełnej dokumentacji medycznej i stanowiska pozwanego Szpitala, ubezpieczyciel pismem z dnia 22 lipca 2014 r. poinformował powódkę o braku podstaw do przyjęcia odpowiedzialności.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Podniosła, że wskazaniem do zabiegu rozwiązania ciąży cesarskim cięciem była występująca u powódki gestoza EH i zagrażająca zamartwica płodu oraz otyłość powódki. Przebieg operacji i pooperacyjny był niepowikłany. Powódka nie gorączkowała a rana pooperacyjna była sucha bez oznak infekcji. W dniu 2 marca 2014 r. powódka w dobrym samopoczuciu i w stanie ogólnym dobrym, na własne żądanie, pouczona o zagrożeniach oraz z zaleceniami co do dalszego postępowania, wypisała się ze Szpitala, mimo, że wskazana była dłuższa obserwacja powódki i jej pobyt w Szpitalu. Ponieważ wystąpiły oznaki infekcji, tj. niewielki naciek rany i wyciek surowiczo-mętnej treści z rany pooperacyjnej, powódka w dniu 7 marca 2014 r. o godz. 23.00 zgłosiła się ponownie do Oddziału Ginekologiczno-Położniczego pozwanego Szpitala w celu leczenia infekcji. W dniu 8 marca 2014 r. pobrano z rany pooperacyjnej wymaz bakteriologiczny. Wyhodowano *Citrobacter koseri* i *Staphylococcus haemolyticus*, wdrożono właściwe leczenie i zastosowano antybiotykoterapię zgodną z antybiogramem. Podczas kolejnej i ostatniej wizyty Powódki w Poradni Ginekologiczno-Położniczej w dniu 17 marca 2014 r. nie stwierdzono już wydzieliny surowiczej z rany pooperacyjnej, a rana goiła się prawidłowo. Wszystkie działania podejmowane w stosunku do powódki przez personel medyczny pozwanego Szpitala w związku z udzielanymi świadczeniami medycznymi, były zgodne z wiedzą i sztuką medyczną, z zachowaniem wszelkich procedur i standardów oraz z zachowaniem reżimu sanitarno-epidemiologicznego. Powódka w dniu przyjęcia do Szpitala, tj. 27 lutego 2014 r. do planowego cesarskiego cięcia, wyraziła zgodę na rozpoczęcie

leczenia szpitalnego. Zarzut powódki co do niewłaściwej, jej zdaniem, profilaktyki przeciwwakażeniowej zastosowanej w pozwanym Szpitalu, a raczej jej braku, jest nieprawdziwy i nieuzasadniony.

W piśmie z dnia 6 kwietnia 2017 r. (k. 200) do sprawy po stronie pozwanej przystąpił – w charakterze interwenienta ubocznego – (...) S.A. w W.. W odpowiedzi na pozew z dnia 10 kwietnia 2017 r. wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych (k. 218 i n.).

W dalszych pismach oraz na rozprawie poprzedzającej wydanie wyroku strony oraz interwenient podtrzymali stanowiska procesowe wyrażone w pozwie i odpowiedziach na pozew. Pełnomocnik powódki z ostrożności, na wypadek oddalenia powództwa, wniósł o nieobciążanie powódki kosztami procesu na podstawie art. 102 k.p.c., wskazując przy tym na trudną sytuację życiową i materialną powódki oraz na jej subiektywne przekonanie o słuszności żądania pozwu.

Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:

W dniu 27 lutego 2014 r. powódka A. B. zgłosiła się do Oddziału Ginekologiczno - Położniczego Szpitala (...) w N. do planowego rozwiązania ciąży cesarskim cięciem – planowy termin 28 luty 2014 roku.

W tym samym dniu, tj. 27 lutego 2014 r. u powódki wykonano cesarskie cięcie. Wskazaniem do zabiegu rozwiązania ciąży cesarskim cięciem były: stan po ciecii cesarskim w 2012 roku, EH gestoza oraz zagrażająca zamartwica płodu.

Z treści Karta znieczulenia powódki wynika, iż zabieg rozpoczęto o 15:00, znieczulenie podpajeczynówkowe wykonano o 14:55 a dziecko wydobyto o 15:05. Przebieg operacji i pooperacyjny był niepowikłany.

W dniu 2 marca 2014 r. powódka w dobrym samopoczuciu i w stanie ogólnym dobrym, na własne żądanie, pouczona o zagrożeniach oraz z zaleceniami co do dalszego postępowania, wypisała się ze Szpitala.

W momencie przyjęcia do Szpitala do planowego cesarskiego cięcia, tj. 27 lutego 2014 r., powódka wyraziła zgodę na rozpoczęcie leczenia szpitalnego. Podpis powódki znajduje się na 2 stronie karty położniczej. Następnie powódka podpisała Oświadczenie pacjenta rozpoczynającego leczenie w Szpitalu. Na tym samym Oświadczeniu na drugiej stronie, powódka w dniu 2 marca 2014 r. własnoręcznie wpisała, że cyt. „wychodzę do domu na własną prośbę i odpowiedzialność wbrew zaleceniom lekarskim pouczona o grożącym niebezpieczeństwie” oraz pod tym wpisem złożyła swój podpis.

Ponadto, przed wykonaniem zabiegu cesarskiego cięcia w dniu 27 lutego 2014 r., powódka została pouczona i podpisała zgodę na znieczulenie oraz zapoznała się i podpisała formularz „Informacja dla Pacjentki oraz formularz świadomej zgody na operacyjne rozwiązanie ciąży metodą cięcia cesarskiego”, w którym jednym z punktów wskazujących najczęściej mogące wystąpić powikłania jest pkt. „zakażenie rany pooperacyjnej”.

(dowód: karta położnicza powódki – k. 25 i 121; historia pielęgnowania pacjentki – k. 26 i 133; karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 31 i 122; epikryza – k. 42, karta znieczulenia – k. 32 i 126; informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na operacyjne rozwiązanie ciąży metodą cesarskiego cięcia – k. 33 i 132; oświadczenie pacjenta wraz ze zgodą na znieczulenie – k. 36 i 131; oświadczenie pacjenta rozpoczynającego leczenie szpitalne – k. 45 i 123)

W dniu 6 marca 2014 r. powódka zgodnie z zaleceniami zgłosiła się w Poradni Ginekologiczno-Położniczej do usunięcia szwów.

W kolejnym dniu, tj. 7 marca 2014 r. o godz. 23.00 powódka zgłosiła się ponownie do Oddziału Ginekologiczno-Położniczego pozwanego Szpitala, ponieważ wystąpiły oznaki infekcji. W dniu 8 marca 2014 r. pobrano z rany pooperacyjnej wymaz bakteriologiczny. W wyniku badania mikrobiologicznego wymazu z rany pobranego 8 marca 2014 r. stwierdzono: Citrobacter koseri ESBL dodatni, Gronkowiec hemolityczny – metycylinooporny.

W Karcie informacyjnej i historii choroby z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego od 07.03.2014 r. do 09.03.2014 r. odnotowano następujące rozpoznanie: naciek rany po cięciu cesarskim z 27.02.2014 r., otyłość. W trakcie pobytu sączkowano ranę, zastosowano gentamycynę, metronidazol.

W dniu 9 marca 2014 r., w trakcie leczenia infekcji rany pooperacyjnej, podobnie jak i po pierwszym pobycie, powódka opuściła Szpital na własne żądanie, wbrew zaleceniom i po pouczeniu o zagrożeniach, co potwierdziła własnoręcznym podpisem na str. 4 historii choroby w rubryce „Wypis pacjenta ze Szpitala”.

Podczas kolejnej i ostatniej wizyty Powódki w Poradni Ginekologiczno-Położniczej w dniu 17 marca 2014 r. nie stwierdzono już wydzieliny surowiczej z rany pooperacyjnej, a rana goiła się prawidłowo.

Dalej, w wyniku badania mikrobiologicznego wymazu z rany powódki pobranego 24 marca 2014 r. stwierdzono: Gronkowca maskórkowego metycylinooporny. W materiale pobranym z rany pooperacyjnej powódki w dniu 08 kwietnia 2014 r. stwierdzono paciorkowca kałowego o wysokim poziomie oporności na aminoglikozydy.

Od 27 września 2014 r. powódka kontynuowała leczenie w Gabinetcie Lekarza POZ NZOZ w P..

W wyniku kolejnego badania mikrobiologicznego powódki – materiał w postaci wydzieliny z pępka pobrany 30 września 2014 r. – stwierdzono: Gronkowiec naskórkowy.

(dowód: historia choroby Oddziału Ginekologiczno-Położniczego – k. 53; historia pielęgnowania pacjentki – k. 54; karta informacyjna z leczenia w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym z 10.03.2014 r. – k. 55 i 147; oświadczenie pacjenta rozpoczynającego leczenie szpitalne z 07.02.2014 r. – k. 56a; historia zdrowia i choroby leczenia ambulatoryjnego – k. 64 i 159, wyniki badania w Pracowni Mikrobiologii z 11.03.2014 r. – k. 48-49 i k. 150-151; potwierdzenie wykonania posiewu – wymazu z rany pooperacyjnej z 11.03.2014 r. – k. 50; wyniki badania w Pracowni Mikrobiologii z 24.03.2014 r. – k. 51 oraz z dnia 02.10.2014 r. – k. 52; dokumentacja z gabinetu Lekarza POZ – k. 65-74)

Powódka została przyjęta do pozwanego szpitala 27 lutego 2014 r. w 38/39 tygodniu ciąży z umotywowanymi wskazaniami do cięcia cesarskiego: EH-gestoza, przebyte cięcia cesarskie w 2012 r., zagrażająca zamartwica płodu.

Po wykonaniu niezbędnych badań i przygotowaniu powódki wykonano w trybie pilnym cesarskie cięcie. Postępowanie pozwanego w tym zakresie było w pełni prawidłowe.

W związku z wyznaczonym cesarskim cięciem u powódki zastosowano profilaktykę antybiotykową, podano Claforan 1g dożylnie na około 30 minut przed cięciem skóry, co było postępowaniem prawidłowym.

Pozwany zrobił wszystko co mógł dla powódki i jej dziecka w sytuacji oraz realiach jakie miały miejsce w dniu 27 lutego 2014 r. i dołożył należytej staranności aby doszło do urodzenia zdrowego dziecka, bez powikłań okołoporodowych u matki. Powódka została prawidłowo zakwalifikowana do zabiegu cięcia cesarskiego, a także zabieg wykonano w pełni prawidłowo.

Zachowanie powódki polegające na opuszczeniu szpitala na własne żądanie w trakcie leczenia – czwarta doba po cesarskim cięciu – przy przeciwwskazaniu do zakończenia leczenia szpitalnego spowodowało utratę możliwości ze strony personelu medycznego sprawowania nadzoru nad raną operacyjną u pacjentki otyłej. Zachowanie powódki, którego nie kontrolowano mogło przyczynić się, mogło wpłynąć na zwiększenie ryzyka zakażenia, bowiem czynności, które były wykonywane przez personel fachowy zaczęły być wykonywane przez osobę nie posiadającą przygotowania zawodowego w zakresie czynności medycznych.

W szóstej dobie po zabiegu operacyjnym doszło u powódki do rozejścia rany pooperacyjnej i sączenia płynnej treści, nie jest wiadomym czy powódka wówczas gorączkowała czy też nie. Powódkę hospitalizowano w pozwanym szpitalu,

pobrano materiał do badań mikrobiologicznych, założono sącerek i stosowano antybiotykoterapię, przy przyjęciu powódka nie gorączkowała.

Z materiału pobranego w trakcie hospitalizacji rozpoczętej 7 marca 2014 r. wyhodowano dwa lekooporne szczepy; Gronkowca hemolitycznego i Citrobacter koseri - również lekooporny. Oba te szczepy są kwalifikowane literaturze przedmiotu jako szczepy szpitalne (Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, seventh edition 2010, tom 2), a zatem zanieczyszczenie tymi bakteriami skóry powódki ma związek z pobytem w środowisku szpitalnym, przy czym nie można wskazać konkretnej sytuacji, która doprowadziła do przeniesienia tych bakterii na skórę powódki. Mogło stać się to całkowicie spontanicznie w związku z kontaktem skóry powódki różnymi powierzchniami w szpitalu. Mimo prowadzenia prawidłowo procedur sanitarno-higienicznych, a także konieczność podejmowania szybkich czynności położniczych, wyeliminowanie przeniesienia tych drobnoustrojów na skórę pacjenta i zanieczyszczenie nimi rany nie jest możliwe. Przed zabiegiem cesarskiego cięcia pozwany szpital przeprowadził profilaktykę antybiotykową, ale w odniesieniu do szczepu lekoopornego nie mogła być ona wystarczająca, a z punktu widzenia obowiązującej wiedzy na temat profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej zastosowany antybiotyk był w pełni prawidłowy. Nie jest możliwym do przewidzenia kolonizacja skóry pacjenta szczepami lekoopornymi lub szczepami lekoopornymi.

Przed zabiegiem operacyjnym wykonano prawidłową diagnostykę polegającą na badaniu przez pochwę, zapisie KTG, wykonaniu badań analitycznych.

Znajdujący się w aktach sprawy dokument świadomej zgody na wykonanie cięcia cesarskiego w pozwanym szpitalu zawiera informacje o możliwości zakażenia rany pooperacyjnej. Tak więc pozwany poinformował powódkę o powikłaniu, które w tym wypadku wystąpiło.

Do zakażenia miejsca operowanego doszło w 27 lutego 2014 r. w związku z przecięciem skóry w trakcie zabiegu operacyjnego zakończenia ciąży.

W sytuacji pilnego wykonania cesarskiego cięcia w związku z zagrażającą zamartwicą płodu u powódki z EH-gestożą procedura umycia i dezynfekcji skóry, zwłaszcza w fałdach opadniętego brzucha, była znacząco skrócona, co nie ulega wątpliwości spowodowało brak satysfakcjonującego zmniejszenia ilości bakterii bytujących na skórze przed wykonaniem przecięcia skóry. Gdyby jednak ten czas został wydłużony to doszłoby do nieumotywowanego ryzyka nieodwracalnego uszkodzenia płodu. Sytuacja zakażenia miejsca operowanego wiąże się z realną możliwością jego wyleczenia, natomiast niedotlenienie płodu i jego uszkodzenie nie rokuje takich szans. Zatem urodzenie zdrowego dziecka uzasadniało ryzyko zakażenia miejsca operowanego powódki jakie podjął pozwany.

Brak jest przy tym jakichkolwiek podstaw do twierdzenia o naruszeniu reżimu sanitarno-epidemiologicznego w trakcie leczenia powódki poza skróceniem czasu mycia i dezynfekcji skóry przed cięciem cesarskim, co było umotywowane koniecznością jak najszybszego wydobywania płodu w związku z zagrażającą zamartwicą. Mając na uwadze konieczność szybkiego działania, aby wydobyć płód, usprawiedliwionym było skrócenie czynności mycia i dezynfekcji skóry w miejscu wykonanego cięcia.

Zakażenie zostało rozpoznane w najwcześniejszym możliwym terminie uwzględniając fakt, iż powódka opuściła pozwany szpital po wykonaniu cięcia cesarskiego w czwartej dobie, a w siódmej dobie powódka zgłosiła się do pozwanego szpitala z objawami zakażenia miejsca operowanego. Proces diagnostyki zakażenia był wykonany prawidłowo. Polegał na pobraniu wymazów w kierunku bakterii i grzybów, a w dalszych etapach leczenia kontroli wydobywającej się treści. Postępowanie pozwanego po stwierdzeniu zakażenia również było w pełni prawidłowe, a antybiotykoterapia w pierwszym okresie empiryczna została zmieniona na antybiotykoterapię celowaną wynikającą z treści badania lekooporności drobnoustrojów wyhodowanych z pobranego wymazu.

U powódki doszło wyłącznie do powierzchownego zakażenia miejsca operowanego, bez odczynu ogólnoustrojowego w postaci posocznicy z niewydolnością wielonarządową lub ropniem. W wyniku podjętych działań pozwanego doszło

do całkowitego wyleczenia powódki. Brak w kolejnych hodowlach patogenu wyodrębnionego podczas pobrania materiału, podczas pobytu 7 marca 2014 r. świadczy o ich usunięciu z organizmu powódki.

Leczenie zakażenia miejsca operowanego (ropiejąca rana brzucha, z której wydobywa się treść ropna) nie musi być prowadzone w warunkach oddziału szpitalnego, powódka mogła być leczona ambulatoryjnie.

Leczenie zakażenia miejsca operowanego połączone z sączkowaniem rany jest uciążliwe i bolesne do chwili zamknięcia rany. Może ograniczać w wykonywaniu czynności dnia codziennego oraz wpływać na codzienną aktywność osoby nim dotkniętej, ograniczając ją bólowo.

Zakażenie miejsca operowanego, w tym wypadku w związku z przeprowadzonym cesarskim cięciem, wydłużyło czas powrotu do zdrowia o około 21 do 30 dni. Zakażenie nie wpływało na nadciśnienie tętnicze powódki, a także na nadwagę.

W związku z przebytym zakażeniem powódka A. B. doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu w postaci zaciągniętej blizny szpecącej w wysokości 5%, poz. 19a – korzystając z odsetek o których mowa w załączniku Rozp. Min. Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18.12.2002 r. (poz. 1974).

Powódka wymagała pomocy świadczonej przez osoby trzecie w związku z wykonywaniem cięższych prac takich jak sprzątanie, przyniesienie zakupów, utrzymanie czystości w miejscu zamieszkania oraz pranie odzieży. Było to uzasadnione w wymiarze 3 do 4 godzin dziennie w okresie kiedy powódka nie była hospitalizowana do czerwca 2014 roku.

(dowód: opinia Instytutu Naukowego Pracowni Ekspertyz Sądowo-Lekarskich K. (...) w K. z dnia 11.03.2020 r. – k. 350-355; opinia uzupełniająca Instytutu z dnia 01.02.2021 r. – k. 388-389; opinia uzupełniająca Instytutu z dnia 20.06.2022 r. – k. 459-460; przedstawiona Instytutowi zalegająca w aktach sprawy dokumentacja medyczna powódki, w tym: dokumentacja dotycząca pobytów powódki w pozwanym Szpitalu 27.02.2014 r.-2.03.2014 r., dokumentacja medyczna z Poradni Ginekologiczno-Położniczej pozwanego Szpitala, wynik badania z 8.03.2014 r., dokumentacja medyczna z pobytu powódki w pozwanym szpitalu 7-9.03.2014 r., wynik badania w dniu 24.03.2014 r. , wynik badania w dniu 11.04.2014 r., wynik badania w dniu 30.09.2014 r., dokumentacja medyczna NZOZ w P. – k. 14-74; k. 121-169 oraz k. 183-188; k. 413-319 (uczynione odpisy), wyjaśnienia pozwanego Szpitala – k. 170, k. 173 oraz k. 174, raporty okresowe o bieżącej sytuacji epidemiologicznej Szpitala – k. 171-172, stanowisko Komisji ds. rozpatrywania skarg pacjentów z 30.04.2014 r. wraz z protokołem – k. 175; protokół kontroli PPOS z 02.12.2014 r. – k. 420-425 oraz k. 433-441)

W dacie przyjęcia do szpitala powódka miała 22 lat, była to druga ciąża powódki (pierwsza również zakończona została cięciem cesarskim).

Powódka z zawodu jest sprzedawcą. Przed urodzeniem drugiego dziecka nigdzie zawodowo nie pracowała. Pracę podjęła dopiero w lipcu 2022 roku. Do tego czasu zajmowała się wyłącznie domem i dziećmi. Przy urodzeniu pierwszego dziecka nie miała żadnych komplikacji.

Po opuszczeniu Szpitala w dniu 2 marca 2014 r. powódka czuła się osłabiona. W opiece nad dziećmi (noworodkiem oraz starszym o dwa lata) pomagała jej matka K. J., u której wówczas mieszkała wraz z rodziną, oraz mąż G. B.. K. J. wykonywała też w tym czasie podstawowe czynności w domu za powódkę. Powódka nie karmiła noworodka piersią. Nie karmiła też jednak wcześniej piersią i starszego dziecka, ponieważ nie miała pokarmu.

Powódka pozostaje pod opieką lekarza POZ w P.. W wywiadzie podaje częste, nawracające infekcje dróg oddechowych, przewlekające się. W dniu 13 maja 2021 r. otrzymała skierowanie do wycięcia zmiany (endometria lub ropień) w bliźnie po cięciu cesarskim. Powódka nie udała się dotąd na taki zabieg.

W związku z leczeniem zakażenia powódka wydała 220,29 zł na opatrunki, plastry, maści, leki i suplementy.

Koszt 1 godziny podstawowych usług opiekuńczych w Parafii Św. K. w N., w miejscu zamieszkania, obejmujących opiekę higieniczną, sprzątanie, przygotowywanie posiłków, robienie zakupów, asystowanie w spacerach, załatwianie spraw w urzędach i placówkach służby zdrowia wynosił w 2014 r. 10,20 zł.

(dowód: częściowe zeznania powódki – k. 491-492, czas: 00:04:33-00:31:09 protokołu rozprawy z 09.12.2022 r.; zeznania świadka K. J. – k. 227, czas: 00:36:51-00:52:21 protokołu rozprawy z 08.05.2017 r., zeznania świadka G. B. – k. 227-228, czas: 00:52:59-01:08:42 protokołu rozprawy z 08.05.2017 r., zaświadczenie z dnia 11.03.2015 r. – k. 78, 5 paragonów – k. 75, pismo MOPS z 14.07.2014 r. – k. 76; skierowanie z 13.05.2021 r. – k. 483)

Pismem z dnia 7 kwietnia 2014 r., (doręczonym w dniu 15.04.2014 r.) pełnomocnik powódki wezwał pozwany Szpital do zapłaty kwoty 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, ból i cierpienie oraz rozstrój organizmu a także kwoty 5.000 zł tytułem jednorazowego odszkodowania na pokrycie wszelkich wydatków związanych z leczeniem.

W odpowiedzi na powyższe wystąpienie pozwany Szpital pismem z 22 kwietnia 2014 r. r., zgłosił szkodę osobową do likwidacji zobowiązaniem z umowy OC zakładowi (...) S.A.

Po uzyskaniu pełnej dokumentacji medycznej i stanowiska pozwanego Szpitala, ubezpieczyciel – (...) S.A. pismem z dnia 22 lipca 2014 r. poinformował o braku podstaw do przyjęcia odpowiedzialności, jednocześnie potwierdzając, że do powstania zakażenia doszło w wyniku przeprowadzenia w pozwanym Szpitalu operacji cesarskiego cięcia.

Dalsze interwencje powódki u Rzecznika Ubezpieczonych nie przyniosły żadnego skutku.

(dowód: pismo (...) Sp. z o.o. z 7.04.2014 r. z potwierdzeniem odbioru – k. 78-80, pismo Szpitala z 22.04.2014 r. – k. 81-83, pismo (...) S.A. z 2.05.2014 r. – k. 84-85, pismo Szpitala z 7.05.2014 r. – k. 86-87, pismo Szpitala z 2.07.2014 r. – k. 88-89, pismo (...) S.A. z 22.05.2014 r. – k. 90-91, pismo (...) S.A. z 22.07.2014 r. – k. 92-93, pismo (...) sp. z o.o. z 11.08.2014 r. – k. 94-95, pismo Rzecznika Ubezpieczonych z 26.09.2014 r. – k. 96-98, pismo (...) S.A. z 23.10.2014 r. – k. 99-100, pismo Rzecznika Ubezpieczonych z 24.11.2014 r. – k. 101-105, akta szkody – w kopercie na k. 239)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie powołanych powyżej dowodów z dokumentów, opinii Instytutu Naukowego Pracowni Ekspertyz Sądowo-Lekarskich K. (...) w K., zeznań świadków oraz częściowych zeznań powódki.

Za pozytywną oceną zebranego w przedmiotowej sprawie materiału dowodowego w odniesieniu do dowodów z dokumentów przemawiał fakt, iż pochodziły one od właściwych organów w ramach posiadanych przez nie kompetencji, nie posiadały cech, które mogłyby wskazywać na brak ich autentyczności. W przypadku dokumentów prywatnych dowody te mogły stanowić przede wszystkim dowód tego, że osoby pod nimi podpisane złożyły świadczenia określonej treści. Dokumenty te nie były kwestionowane przez żadną ze stron postępowania.

Przeprowadzony w sprawie dowód z opinii Instytutu spełnia wszystkie kryteria przydatności na potrzeby czynienia ustaleń w postępowaniu cywilnym. Przede wszystkim wydana w sprawie przez Instytut opinia (główna wraz z uzupełnieniami) jest rzetelna, bierze pod uwagę całość istniejących podstaw (tak w zakresie dokumentacji znajdującej się w aktach sprawy, jak i w zakresie wyników przeprowadzonych badań czy analiz). Po wtóre, opinia ta jest zupełna, tj. odpowiada w sposób wyczerpujący na wszystkie istotne dla rozstrzygnięcia sprawy zagadnienia stawiane przez Sąd oraz w sposób kompleksowy odnosi się do pytań oraz do zarzutów stawianych przez strony postępowania. Po trzecie, opinia ta jest logiczna. Z przytoczonych podstaw biegli Instytutu wyprowadzają wnioski, które są obiektywnie weryfikowalne. Wbrew formułowanym początkowo przez strony zarzutom, nie ma w tym rozumowaniu jakichkolwiek sprzeczności, luk, czy nieścisłości. Po czwarte, opinia jest w pełni zrozumiała. Interpretacja jej treści nie nastrecza żadnych trudności. W odpowiedzi na zarzuty biegli wyjaśnili wszelkie kwestie sporne, nie pozostawiając w tym

zakresie żadnych wątpliwości. Po wydaniu drugiej opinii uzupełniającej, opinia Instytutu nie była też kwestionowana przez strony postępowania.

Zeznaniom świadków Sąd dał wiarę. Są wyważone, spójne i niesprzeczne, ale też niewyuczone. Zeznaniom powódki Sąd dał wiarę wyłącznie w takim zakresie, w jakim zeznania te nie pozostają w sprzeczności z treścią przedstawionych do akt dokumentów.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

W ustalonym stanie faktyczny powództwo nie zasługuje na uwzględnienie.

Odpowiedzialność placówki medycznej może być oparta na zasadzie odpowiedzialności deliktowej z art. 415 k.c. i 416 k.c., jeżeli podczas leczenia w pozwanej placówce służby zdrowia wskutek popełnionych zaniedbań bądź w wyniku tzw. „winy organizacyjnej” - niezapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu, niezapewnienia właściwych warunków leczenia, właściwego sprzętu, właściwego i wykwalifikowanego personelu - dojdzie do szkody. W takiej sytuacji, zgodnie z treścią art. 6 k.c. na stronie powodowej ciąży obowiązek wykazania przesłanek tej odpowiedzialności, a więc wspomnianej winy w organizacji, powstania szkody oraz związku przyczynowego pomiędzy powstałą szkodą a zawnionym działaniem lub zaniechaniem pozwanego w sferze organizacyjnej.

W przypadku osób prawnych, do których należy pozwany Szpital w przypadku błędu medycznego zastosowanie znajdują ponadto przepisy art. 429 i art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c. regulujące odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez pracowników i podwładnych (art. 430 k.c.) oraz inne osoby, którym osoba prawna powierzyła wykonanie czynności, z którą wiąże się szkoda (art. 429 k.c.). Zgodnie z treścią art. 429 k.c., kto powierza wykonanie czynności drugiemu, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną przez sprawcę przy wykonywaniu powierzonych mu czynności, chyba że nie ponosi winy w wyborze albo że wykonanie czynności powierzył osobie, przedsiębiorstwu lub zakładowi, które w zakresie swej działalności zawodowej trudnią się wykonywaniem takich czynności. Przepis art. 430 k.c. stanowi z kolei, że kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonych jej czynności. Elementem odróżniającym odpowiedzialność na podstawie obu cytowanych przepisów jest stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania wyrażający się w tym czy sprawca szkody przy wykonywaniu powierzonych czynności jest samodzielny czy nie.

Istnienie stosunku podporządkowania wyznacza granicę w stosowaniu art. 429 k.c. albo 430 k.c. Jeżeli między powierzającym wykonanie czynności, a sprawcą występuje stosunek podporządkowania to zastosowanie znajdzie art. 430 k.c. i odpowiedzialność powierzającego na zasadzie ryzyka, jeżeli nie - zastosowanie znajdzie art. 429 k.c. i odpowiedzialność powierzającego na zasadzie winy w wyborze.

Stosunek podporządkowania, o którym stanowi art. 430 k.p.c. na gruncie spraw związanych z działalnością leczniczą winien być przy tym rozumiany szeroko. W orzecznictwie i nauce prawa wypracowano zgodne stanowisko, które można najogólniej ująć w formie tezy, że niezależność zawodowa lekarza w zakresie sztuki medycznej nie sprzeciwia się stwierdzeniu stosunku podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Rozważania dotyczące odpowiedzialności „za lekarza” dotychczas najczęściej odnoszono do sytuacji, w których lekarz był pracownikiem zakładu opieki zdrowotnej. Po wyjaśnieniu wątpliwości związanych z pewną autonomią lekarza, działanie lekarza w strukturze organizacyjnej takiej jednostki oraz działanie na jej rachunek, były wystarczające do stwierdzenia rozważanej przesłanki odpowiedzialności zakładu leczniczego. Umowy cywilnoprawne zasadniczo nie stwarzają stosunku podporządkowania, nie przesądza to jednak wyłączenia a priori odpowiedzialności zakładu leczniczego korzystającego z usług tzw. lekarza kontraktowego. Stosunek zlecenia może być ukształtowany różnie, nie wykluczając istnienia więzi zależności, dostatecznej do stwierdzenia podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Ocena tych wzajemnych relacji ostatecznie zależy od okoliczności sprawy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r. IV CSK 308/10 LEX nr 784320)

Mając na względzie sposób sformułowania żądania pozwu, w którym podano, iż powódka domaga się zasądzenia od pozwanego zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz przedstawione przez powódkę okoliczności faktyczne uzasadniające jej roszczenie stwierdzić należy, że powódka w pierwszej kolejności dochodzi roszczenia o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym, który miał – w jej ocenie – polegać na popełnieniu przez pozwanego szpital błędów medycznych w jej leczeniu (art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c.).

Jak już odnotowano, przesłanki odpowiedzialności placówki medycznej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., które musi wykazać strona powodowa, to wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonych czynności, przy czym do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej wystarczy choćby najmniejszy stopień winy (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 3 czerwca 2014 r., sygn. akt I ACa 1494/13, LEX nr 1493819, wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 17 października 2013 r., sygn. akt I ACa 594/13, LEX nr 1391906). Przepis art. 430 k.c. statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. Zaznaczenia wymaga, że sama placówka medyczna ponosi odpowiedzialność w przypadku winy podwładnego, rozumianej zgodnie z treścią art. 415 k.c. i nie jest wymagane wykazanie przez poszkodowanego winy po stronie placówki medycznej, gdyż odpowiada ona za zasadzie ryzyka w sposób bezwzględny, wyłączający możliwość ekskulpacji.

Odpowiedzialność jednostki medycznej za zdarzenie, którym jest błąd w sztuce lekarskiej, ma miejsce wówczas, gdy lekarz za to zdarzenie odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny występuje w przypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r. IV CSK 431/12). Wysokie wymagania stawiane lekarzom nie oznaczają ich odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku błędu w sztuce medycznej, czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, polegający za zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca.

W nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje zjawisko określone mianem ryzyka medycznego, gdyż nawet 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. Ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny, obejmuje jednak tylko zwykłe powikłania pooperacyjne. Ryzykiem pacjenta nie są objęte komplikacje powstałe wskutek pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z 29 października 2003 r. III CK 34/02 z dnia 13 stycznia 2005 r. III CK 143/04 i z dnia 10 lutego 2010 r. VCSK 287/09).

Lekarz nie poniesie natomiast odpowiedzialności za wynik operacji, podczas której doszło do powikłań spowodowanych szczególnymi okolicznościami, niezależnymi od jego zachowania (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 4 marca 2009 r. I ACa 12/09, PiM 2011/2/128-135).

Przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na art. 430 k.c. wymaga więc uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik – podwładny członek personelu medycznego jednostki, w tym także lekarz, wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., sygn. akt IV CSK 308/10, OSNC z 2011 r. Nr 10, poz. 116). Placówka lecznicza ponosi bowiem odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez jej personel, którego zachowanie musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione, gdyż obowiązkiem całego personelu strony pozwanej jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09, LEX nr 786561, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, LEX nr 1275006).

Zakażenia szpitalne mogą mieć charakter egzogenny (zakażenie przez czynniki wewnętrzne) oraz endogenny (zakażenie spowodowane własną florą bakteryjną). W realiach konkretnej sprawy ustalono, że z materiału pobranego w trakcie hospitalizacji wyhodowano dwa lekooporne szczepy: Gronkowca hemolitycznego i *Citrobacter koseri* - również lekooporny. Oba te szczepy są kwalifikowane literaturze przedmiotu jako szczepy szpitalne, a zatem zanieczyszczenie tymi bakteriami skóry powódki ma związek z pobytem w środowisku szpitalnym. Z wniosków opinii Instytutu wynika też wyraźnie, że do zakażenia miejsca operowanego doszło w 27 lutego 2014 r. w związku z przecięciem skóry w trakcie zabiegu operacyjnego zakończenia ciąży.

Zakażenia szpitalne bakteryjne są nieodłącznym czynnikiem ryzyka związanym z rozwojem nauk medycznych, szczególnie zaś ze zwiększeniem się zakresu i rozległości zabiegów chirurgicznych, rozszerzeniem inwazyjnych metod diagnostycznych oraz stosowaniem trudnej do wyjałowienia aparatury mającej bezpośredni kontakt z tkankami chorego. Całkowite wyeliminowanie zakażeń szpitalnych jest niemożliwe, aczkolwiek nie powinno rodzić żadnych wątpliwości stwierdzenie, że dążenie do ograniczenia ich liczby należy do podstawowych etycznych i zawodowych obowiązków kierownictwa i personelu służby zdrowia. Wykazanie przez pacjenta, że do zakażenia doszło podczas pobytu w szpitalu pozwala na przyjęcie domniemania faktycznego, że było to spowodowane zaniedbaniem ze strony personelu medycznego. Ciężar zwolnienia się z odpowiedzialności spoczywa wówczas na szpitalu. Strona pozwana przedstawiała dowody mające świadczyć o tym, że dochowuje procedur mających na celu zapobieganie i eliminowanie zakażeń szpitalnych, w szczególności, że stosuje sprzęt jednorazowy, że sprzęt wielokrotnego użytku jest należycie sterylizowany, że odkaża właściwymi środkami powierzchnie. Wskazywała, że choć doszło do zakażenia powódki, w realiach sprawy nie nastąpiło to jednak na skutek zaniedbań personelu medycznego, w szczególności nie doszło tu do błędu organizacyjnego, gdzie za winę organizacyjną placówka ponosi odpowiedzialność. Dla rozstrzygnięcia sprawy istotne było zatem czy stronie pozwanej faktycznie można przypisać odpowiedzialność za wystąpienie zakażenia.

W niniejszej sprawie decydujące dla przesądzenia powyższej kwestii miała treść opinii powołanego Instytutu, albowiem to ona determinowała ustalenia faktyczne w zakresie prawidłowości działań zarówno lekarzy, jak i pozostałego personelu medycznego, prawidłowego procesu diagnostycznego i prawidłowości wdrożonych działań medycznych. Z poczynionych na podstawie tego dowodu ustaleń wynika, że w realiach, jakie miały miejsce w dniu 27 lutego 2014 r., pozwany zrobił wszystko co mógł dla powódki i jej dziecka w sytuacji oraz dołożył należytej staranności aby doszło do urodzenia zdrowego dziecka, bez powikłań okołoporodowych u matki. Przed zabiegiem operacyjnym wykonano prawidłową diagnostykę polegającą na badaniu przez pochwę, zapisie KTG, wykonaniu badań analitycznych. Pozwany szpital przeprowadził też profilaktykę antybiotykową, ale w odniesieniu do szczepu lekoopornego nie mogła być ona wystarczająca. Z punktu widzenia obowiązującej wiedzy na temat profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej zastosowany antybiotyk był jednak w pełni prawidłowy. W sytuacji pilnego wykonania cesarskiego cięcia w związku z zagrażającą zamartwicą płodu u kobiety z EH-gestozą umycie i dezynfekcja skóry zwłaszcza w fałdach opadniętego brzucha w związku z przebiegiem ciąży była znacząco skrócona, co nie ulega wątpliwości spowodowało brak satysfakcjonującego zmniejszenia ilości bakterii bytujących na skórze przed wykonaniem przecięcia skóry. Gdyby ten czas został wydłużony, to doszłoby jednak do nieumotywowanego ryzyka nieodwracalnego uszkodzenia płodu. Sytuacja zakażenia miejsca operowanego wiąże się z realną możliwością jego wyleczenia, natomiast niedotlenienie płodu i jego uszkodzenie nie rokuje takich szans. Zatem urodzenie zdrowego dziecka uzasadniało ryzyko zakażenia miejsca operowanego powódki, jakie podjął pozwany.

Postępowanie pozwanego po stwierdzeniu zakażenia również było w pełni prawidłowe, a antybiotykoterapia w pierwszym okresie empiryczna została zmieniona na antybiotykoterapię celowaną wynikającą z treści badania lekooporności drobnoustrojów wyhodowanych z pobranego wymazu.

Z powyższego wynika, że personel pozwanego szpitala wobec powódki postępował w pełni prawidłowo w związku z prowadzonym leczeniem położniczym oraz w związku z prowadzonym leczeniem zakażenia miejsca operowanego. Było w pełni uzasadnione stanem powódki oraz jej dziecka i zgodne z zasadami wiedzy medycznej.

Jeśli chodzi o procedury sanitarne, to zawarty w aktach materiał dowodowy nie pozwala na stwierdzenie wystąpienia uchybień w tym zakresie, które miałyby być popełnione w oddziale, na którym była operowana powódka. Z wydanej w sprawie opinii Instytutu jasno wynika, że brak jest jakichkolwiek podstaw do twierdzenia o naruszeniu reżimu sanitarno-epidemiologicznego w trakcie leczenia powódki poza skróceniem czasu mycia i dezynfekcji skóry przed cięciem cesarskim, co – jak już podkreślono –umotywowane było koniecznością jak najszybszego wydobycia płodu w związku z zagrażającą zamartwicą. W opinii uzupełniającej z 20 czerwca 2022 r. biegli Instytutu wymownie zwrócili przy tym wszystkim uwagę, że w sytuacji zagrażającej zamartwicy płodu – złego urodzenia dziecka obarczonego ciężkimi następstwami neurologicznymi – zrobienie rany operacyjnej jest kosztem biologicznym, który jest akceptowalny do poniesienia w porównaniu z uszkodzeniem dziecka, które ma przyjść na świat.

W konsekwencji przyjąć należało, że powódka nie wykazała, iż po stronie personelu medycznego lub pomocniczego pozwanego zakładu leczniczego wystąpiło zawinione zachowanie, skutkujące jej zakażeniem, oraz że pomiędzy takim właśnie działaniem strony pozwanej, a szkodą powódki zachodzi adekwatny związek przyczynowy na podstawie art. 361 § 1 k.c. Ryzyko zakażenia powódki istniało, zostało zresztą ujęte w przedstawionej powódce informacji obejmującej wyliczenie możliwych do wystąpienia powikłań. Powódka wyrażając zgodę na zabieg wzięła na siebie ryzyko zwykłych powikłań pooperacyjnych, przy założeniu, że nie zostaną one spowodowane z winy, najłżejszej choćby, lekarza. Powódka sugerowała, że podpisując zgodę na zabieg nie miała żadnej wiedzy o grożącej dziecku zamartwicy, że cały czas myślała, iż będzie mieć planowe cięcie cesarskie. Twierdzenia te pozostają jednak w oczywistej sprzeczności z treścią przedłożonej do akt dokumentacji, w tym z treścią podpisanej przez powódkę „Informacji dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na operacyjne rozwiązanie ciąży metodą cięcia cesarskiego”, jak i z treścią wypisu. Powódka tych sprzeczności w żaden sposób nie wyjaśniła, ostatecznie ograniczając się do stwierdzenia, że z kartą z wypisem nigdy się nie zapoznała.

W świetle tych wszystkich rozważań brak jest zatem podstaw do uznania, iż w opisanym stanie faktycznym spełnione zostały przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego szpitala, które określone są normami art. 415 k.c. i art. 430 k.c.

W samym pozwie oraz w toku niniejszego postępowania podnoszono ponadto, że powódka nie wyraziła świadomej zgody na zabieg operacyjny. Rodzi to konieczność rozważania odpowiedzialności pozwanego Szpitala również na innych podstawach.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2022.1731 t.j.) w art. 32 ust. 1 stanowi, że lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić świadczeń zdrowotnych, co do zasady, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Zgodnie z ust. 7 tego artykułu, zgoda może być wyrażona ustnie albo nawet przez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym. Ustawa w sposób odrębny reguluje kwestię zgody na zabieg operacyjny albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta. Zgodnie z art. 34 ust. 1, dokonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowanie wspomnianej metody diagnostyki lub leczenia jest możliwe po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta. W ustawie nie sprecyzowano, jakie skutki pociąga niezachowanie wymaganej formy wyrażenia zgody przez pacjenta. Zgoda pacjenta, jak się powszechnie wskazuje, stanowi okoliczność wyłączającą bezprawność naruszenia dobra osobistego, sporny jest natomiast jej charakter prawny. Jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 11 kwietnia 2006 r. (I CSK 191/05, OSNC 2007/1/18), zgoda pacjenta jest to przejaw woli podobny do oświadczenia woli. Na taki charakter zgody wskazują uregulowania zawarte w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry (art. 32 ust. 4, art. 32 ust. 5 oraz art. 34 ust. 4). Przyjęcie, że zgoda pacjenta na zabieg operacyjny jest przejawem woli podobnym do oświadczenia woli oznacza, iż do tego przejawu woli znajdują odpowiednie zastosowanie przepisy dotyczące oświadczeń woli oraz czynności prawnych. W szczególności w grę wchodzi przepisy regulujące skutki złożenia wadliwego oświadczenia woli (art. 82 i nast. k.c.) oraz normujące formę czynności prawnych (art. 73 i nast.k.c.). Wobec nieuregulowania w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry skutków prawnych niezachowania pisemnej formy zgody pacjenta na zabieg operacyjny oraz na zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej zwiększone ryzyko dla pacjenta, należy sięgnąć do art. 74 § 1 k.c. Zgodnie z tym przepisem,

zastrzeżenie formy pisemnej bez rygoru nieważności ma tylko ten skutek, że w razie niezachowania zastrzeżonej formy nie jest w sporze dopuszczalny dowód ze świadków ani dowód z przesłuchania stron na fakt dokonania czynności, przy czym reguła ta nie ma zastosowania, gdy zachowanie formy pisemnej jest zastrzeżone jedynie dla wywołania określonych skutków prawnych. Wyjątki od tej reguły przewidziane zostały w art. 74 § 2 k.c. Jak wskazano, ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry nie określa sankcji niezachowania pisemnej formy wyrażenia zgody przez pacjenta lub inne osoby upoważnione do jej wyrażenia (por. art. 32 ust. 2-4 oraz ust. 6 oraz art. 34 ust. 5). Sięgnięcie do przepisów kodeksu cywilnego prowadzi do wniosku, że niezachowanie formy pisemnej pociąga za sobą jedynie ograniczenia dowodowe w toczącym się procesie, nie eliminując skutków prawnych samej zgody.

Zgoda pacjenta na dokonanie zabiegu medycznego, aby odniosła skutek, musi być świadoma. Obowiązkiem lekarza jest przedstawienie wszelkich niezbędnych informacji o samej procedurze medycznej i możliwych, związanych z nią powikłaniach, stosowanie do art. 31 ustawy o zawodzie lekarza i dentystry. Obowiązek informacyjny nie sięga jednak tak daleko, by obejmował wszelkie możliwe skutki uboczne i powikłania, nawet jeśli prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest znikome. Zgoda pacjenta na zabieg uchyla bezprawność bezpośredniego naruszenia zdrowia czy netykalności cielesnej, ale także oznacza akceptację ryzyka zabiegu i przejęcie go na siebie (działanie na własne ryzyko). Za przypadkowe, niekorzystne następstwa zabiegu lekarz nie odpowiada. W razie braku zgody nie wyłącza bezprawności zabiegu przeprowadzenie go zgodnie ze sztuką lekarską ani jego uzasadnienie medyczne, poza wypadkami, gdy zgoda nie jest według ustawy konieczna (przede wszystkim wypadki nagłe). Obowiązek odpowiedniego pouczenia dotyczy więc także tych wypadków, gdy przeprowadzenia zabiegu jest konieczne dla ratowania życia, choć niewątpliwie powinno nastąpić w taki sposób, aby nie doszło do nieuzasadnionej odmowy wykonania zabiegu.

Zgoda, która jest nieobjaśniona, jest wadliwa, wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi. Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 29 grudnia 1969 r. zwrócił uwagę na ten problem stwierdzając: "w sytuacji, gdy za operacją przemawiają jedynie względne wskazania, jest szczególnie niezbędne aby lekarz pouczył pacjenta, że prognozowany zabieg może jednak także wywołać stany zapalne i pogorszenie. Chodzi o to by pacjent z całą świadomością poddał się zabiegowi, albo z niego zrezygnował, nie chcąc ponosić ryzyka pogorszeń" (II CR 564/69, OSPiKA 10/1970, poz. 202).

W wyroku z dnia 9 czerwca 2020 r., V ACa 89/20, LEX nr 3052839, Sąd Apelacyjny w Gdańsku wskazał, że samo uzyskanie formalnej zgody pacjenta bez poinformowania go o ryzyku i skutkach zabiegu powoduje, że jest to zgoda „nieobjaśniona” i jako taka jest wadliwa, wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi, nawet gdy postępuje zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej. Pacjent musi znać przedmiot zgody, musi wiedzieć o proponowanej metodzie leczenia, ryzyku zabiegu i jego następstwach. Zakres obowiązku informacji nie zależy od tego, co lekarz sądzi, ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza aby podjąć „poinformowaną” i inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu.

W każdym razie ciężar dowodu co do tego, że zgoda powoda na zabieg operacyjny była świadoma, a co za tym idzie skuteczna, spoczywa co do zasady na pozwanej placówce ochrony zdrowia (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 303/04, OSP 2005/11/131).

Art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i dentystry nie przewiduje autonomicznego roszczenia, tak jak ma to miejsce w art. 4 ust. 1 w zw. z art. 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2022.1876 t.j.). Ten ostatni przepis, który zastąpił art. 19a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.2007.14.89 t.j.), podobnie jak jego poprzednik przewiduje, że w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta (w tym prawa do informacji), sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, LEX nr 1275006). Odnotować przy tym wypada, że roszczenia o zadośćuczynienie będące następstwem naruszenia prawa 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, pozbawienia

wolności itd., podczas gdy art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta chroni godność, prywatność i autonomię pacjenta niezależnie od wyników obranej metody leczenia i skuteczności przeprowadzonego badania. Odmienne są też ich funkcje: kompensacyjna w pierwszego z nich i dyscyplinująco-kompensacyjna drugiego. Ochrona prawna na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta obejmuje, poza naruszeniem dóbr osobistych objętych powyższym wyliczeniem, także naruszenie prawa do właściwego standardu opieki medycznej mogące wywoływać u pacjenta ujemne doznania psychiczne, dyskomfort, utratę zaufania do leczących, nawet jeśli nie spowodowało szkód medycznych. Do przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta nie jest konieczne spełnienie przesłanki szkody na osobie, może być ono przyznane za sam fakt naruszenia i nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia takiej szkody. Jeżeli natomiast w następstwie naruszenia praw pacjenta (np. opóźnienia zabiegu lub badania diagnostycznego) dojdzie do uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia czy tylko pogorszenia stanu jego zdrowia może on wystąpić z roszczeniami o zadośćuczynienie - na podstawie art. 445 k.c. oraz o odszkodowanie wyrównujące szkodę poniesioną w związku z pokryciem kosztów leczenia oraz innych kosztów i wydatków (por. wyrok SN z dnia 29 maja 2007 r. V CSK 76/2007, OSNC z 2008, nr 7-8, poz. 91). W wydanym na tle poprzedniego stanu prawnego wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2012 r. (V CSK 142/11, LEX nr 1222168) przyjęto, iż ochrona prawna na podstawie art. 19a ust. 1 ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) obejmuje naruszenie dóbr osobistych objętych powyższym wyliczeniem zawartym w hipotezie tego przepisu, a do przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta nie jest konieczne spełnienie przesłanki szkody na osobie, może być ono przyznane za sam fakt naruszenia i nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia takiej szkody. Jeżeli natomiast w następstwie naruszenia praw pacjenta (np. opóźnienia zabiegu lub badania diagnostycznego) dojdzie do uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia czy tylko pogorszenia stanu jego zdrowia może on wystąpić z roszczeniami o zadośćuczynienie - na podstawie art. 445 k.c. oraz o odszkodowanie wyrównujące szkodę poniesioną w związku z pokryciem kosztów leczenia oraz innych kosztów i wydatków.

Jak ustalono w sprawie, powódka złożyła na piśmie oświadczenie, że została zapoznana z planowanym sposobem leczenia operacyjnego, poinformowano ją o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, zaś w rubryce zastrzeżenia pacjenta nie odnotowano żadnych uwag (oświadczenie powódki na Informacji dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na operacyjne rozwiązanie ciąży metodą cięcia cesarskiego z dnia z dnia 27 lutego 2014 r. – k. 33 i 132). Powyższy dokument jest niewątpliwie dokumentem prywatnym w rozumieniu art. 245 k.p.c. Zgodnie z art. 253 k.p.c. jeżeli strona zaprzecza prawdziwości dokumentu prywatnego albo twierdzi, że zawarte w nim oświadczenie osoby, która je podpisała, od niej nie pochodzi, obowiązana jest okoliczności te udowodnić. Tym samym, to powódka winna udowodnić, że wbrew treści podpisanego przez siebie oświadczenia nie otrzymała wyczerpującej informacji. Takiego dowodu powódka nie przeprowadziła. Podczas przesłuchania przyznała, papiery otrzymała, ale ich nie czytała (k. 491, czas: 00:05:41 protokołu rozprawy z 09.12.2022 r.). Dodała, że wiedziała, na czym polega zabieg cesarskiego cięcia, bowiem była to jej druga „cesarka”. Wynika z tego, że powódka faktycznie nie miała wówczas żadnych pytań, wątpliwości czy zastrzeżeń co do planowanego zabiegu. W okolicznościach rozpoznawanej sprawy podnoszenie braku świadomej zgody na zabieg nie może być zatem znane za uzasadnione.

Mając powyższe na względzie orzeczono jak w pkt. I sentencji orzeczenia.

Zgodnie z art. 102 k.p.c. w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Regulacja art. 102 k.p.c. stanowi wyjątek od wynikającej z treści art. 98 k.p.c. zasady odpowiedzialności stron za wynik procesu, zgodnie z którą powódka zobowiązana byłaby do zwrotu kosztów procesu poniesionych przez pozwanego Szpital. Przepis art. 107 zd. 3 k.p.c. stanowi z kolei, że Sąd może także przyznać interwientowi koszty interwencji od przeciwnika obowiązującego do zwrotu kosztów.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego dominuje stanowisko, że kwestia zastosowania art. 102 k.p.c. pozostawiona jest sądowi orzekającemu, z odwołaniem się do jego kompetencji, bezstronności, doświadczenia i poczucia sprawiedliwości. Ocena w tym zakresie ma charakter dyskrecjonalny, oparty na swobodnym uznaniu, kształtowany własnym przekonaniem oraz oceną okoliczności. Nie ulega wątpliwości, że do wypadków szczególnie uzasadnionych należą okoliczności zarówno związane z samym przebiegiem procesu, jak i leżące na zewnątrz. Do pierwszych zalicza

się np. charakter żądania poddanego rozstrzygnięciu, jego znaczenie dla strony, subiektywne przekonanie strony o zasadności roszczeń, przedawnienie, do drugich sytuację majątkową i życiową strony. Oczywistym jest przy tym, że dla zastosowania omawianej normy nie jest wystarczające powołanie się jedynie na ostatnią z tych okoliczności, nawet jeżeli była podstawą zwolnienia od kosztów sądowych (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 2012 r., sygn. akt I CZ 34/12, LEX nr 1232459).

W ocenie Sądu w rozpoznawanej sprawie zaistniały okoliczności uzasadniające przyjęcie, że wystąpił szczególnie uzasadniony przypadek pozwalający na odstąpienie od obciążenia powódki wszelkimi kosztami procesu. Przemawiała za tym trudna sytuacja materialna i życiowa korzystającej ze zwolnienia z kosztów sądowych powódki, potwierdzona dokumentacją przedłożoną przez jej pełnomocnika na ostatniej rozprawie (k. 484-487), jak i charakter sprawy. Jej rozstrzygnięcie zależało przede wszystkim od oceny dowodów z opinii biegłych sądowych. Odnosiło się do kwestii związanych z prawidłowością leczenia powódki i przeprowadzonego zabiegu medycznego. Rozstrzygnięcie sprawy wymagało wiadomości specjalnych, dotyczyło zagadnień o charakterze wyłącznie medycznym. Kwestie te z uwagi na swój charakter nie są możliwe do pełnej i rzeczowej oceny przez osobę nie posiadającą wiedzy specjalistycznej. Powódka wnosząc pozew mogła działać w przekonaniu, że zaistniała wadliwość czynności medycznych.

Z tych wszystkich względów Sąd nie obciążył powódki kosztami postępowania (pkt. II sentencji wyroku).

Rafał Obrzud