

Sygn. akt I C 1059/16

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 listopada 2023 r.

Sąd Rejonowy w Ciechanowie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: Sędzia Lidia Grzelak

Protokolant st. sekr. sąd. Edyta Wojciechowska

po rozpoznaniu w dniu 26 października 2023 r. w Ciechanowie

na rozprawie

sprawy z powództwa M. C.

przeciwko (...) S.A. w W.

o zapłatę 25000,00 zł

I zasądza od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powódki M. C. kwotę 25000,00 zł ( dwadzieścia pięć tysięcy złotych ) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 8 marca 2017 r. do dnia zapłaty;

II w pozostałym zakresie powództwo oddala;

III zasądza od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powódki M. C. kwotę 9301,16 zł ( dziewięć tysięcy trzysta jeden złotych szesnaście groszy ) tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym 4817,00 zł ( cztery tysiące osiemset siedemnaście złotych ) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;

VI nakazuje ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa od pozwanego (...) S.A. w W. kwotę 3443,52 zł ( trzy tysiące czterysta czterdzieści trzy złote pięćdziesiąt dwa grosze ) tytułem uzupełnienia kosztów procesu orzeczonych prawomocnymi postanowieniami z dnia 18 czerwca 2018 r. oraz 17 sierpnia 2023 r.

Sędzia Lidia Grzelak

Sygn. akt I C 1059/16

## UZASADNIENIE

Powódka M. C. wniosła w dniu 11 października 2016 r. ( data stempla operatora pocztowego ) pozew do Sądu Rejonowego w Ciechanowie przeciwko pozwanemu (...) S.A. w W., żądając zasądzenia na swoją rzecz kwoty 25000,00 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 11 września 2016 r. do dnia za dnia zapłaty oraz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Pozwany (...) S.A. w W. w odpowiedzi na pozew, doręczony w dniu 8 marca 2017 r., wnosił o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

W toku sprawy strony podtrzymały swoje dotychczasowe stanowiska.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 31 marca 2014 r. M. C. została przyjęta do Kliniki (...) Wojskowego Instytutu Medycznego w W. w celu wykonania zabiegu polegającego na usunięciu macicy drogą pochwową z powodu nawracających rozrostów błony śluzowej macicy. Zabieg został wykonany w dniu 1 kwietnia 2014 r. Przebieg zabiegu był niepowikłany. W badaniu patomorfologicznym trzonu macicy z dnia 4 kwietnia 2014 r. PAT – (...) wykonanym w Zakładzie (...) Wojskowego Instytutu Medycznego w W. stwierdzono ogniska raka jasnokomórkowego ( naciek na około połowę grubości mięśniówki trzonu macicy ). W związku z rozpoznaniem raka trzonu macicy M. C. skierowano do dalszego leczenia chirurgicznego w ramach którego, w tej samej klinice wykonano u niej w dniu 14 maja 2014 r. zabieg laparotomii z uwolnieniem zrostów, usunięciem sieci, wycięciem kikutów więzadeł obłych macicy z fragmentami otrzewnej oraz wycięciem węzłów chłonnych miedniczych oraz okołoaortalnych. Przebieg tego zabiegu oraz okres pooperacyjny nie były powikłane. W badaniu histopatologicznym usuniętych tkanek z dnia 15 maja 2014 r. PAT – (...) nie stwierdzono zmian nowotworowych i w związku z tym M. C. zakwalifikowano jedynie do uzupełniającego leczenia napromieniowaniem. W dniu 24 lipca 2014 r. M. C. została przyjęta do Zakładu (...) w W. w celu wykonania brachyterapii dojamowej w trzech dawkach po 7,5 Gy w odstępach siedmiodniowych. W dniu przyjęcia M. C. podano pierwszą dawkę brachyterapii. W dniu 31 sierpnia 2014 r., przed podaniem kolejnej dawki brachyterapii, M. C. przedstawiła wynik konsultacji histopatologicznej z Zakładu (...) Wojskowego Instytutu Medycznego w W. z dnia 9 lipca 2014 r. PAT – (...) dotyczącej materiału opisanego w badaniu z dnia 4 kwietnia 2014 r., z którego wynika, że w przeprowadzonym powtórnie badaniu trzonu usuniętej macicy nie stwierdzono występowania komórek nowotworowych. W rozpoznaniu podkreślono, że obraz morfologiczny odpowiada rozpoznaniu metaplasia mucinosa endometrii; rozpoznanie jest niezgodne z umieszczonym w pierwotnym raporcie histopatologicznym z dnia 4 kwietnia 2014 r. Wskazano ponadto, że złożoność architektoniki nabłonka metaplastycznego może wskazywać na zwiększone ryzyko rozwoju raka endometrium typu I; w tym przypadku wskazane jest postępowanie jak w przypadku rozpoznania rozrostu złożonego endometrium z atypią. W dniu 4 sierpnia 2014 r. dokonano ponownej konsultacji preparatów w (...) Szpitalu (...) w W., które potwierdziło brak komórek nowotworowych. W związku z wynikiem badania w dniu 7 sierpnia 2014 r. zaprzestano leczenia onkologicznego M. C. ( dokumentacja medyczna k. 13 - 20, 36 – 94 ).

W okresie 1 stycznia 2014 r. – 31 grudnia 2014 r. Wojskowy Instytut Medyczny w W. posiadał ubezpieczenie na rzecz pacjentów (...) S.A. w W. ( bezsporne ).

Pismem z dnia 10 sierpnia 2016 r. M. C. wezwała (...) S.A. w W. do zapłaty tytułem zadośćuczynienia kwoty 45000,00 zł. Decyzją z dnia 20 września 2016 r. zakład ubezpieczeń odmówił wypłaty zadośćuczynienia zgodnie z wezwaniem z dnia 10 sierpnia 2016 r. ( wezwanie k. 95 – 96, decyzja k. 97 – 98 ).

W toku postępowania likwidacyjnego przed zakładem ubezpieczeń ubezpieczony tj. Wojskowy Instytut Medyczny w W. w piśmie z dnia 29 września 2016 r. wskazał, że w toku postępowania diagnostycznego miał miejsce błąd diagnostyczny polegający na nieprawidłowym rozpoznaniu przez lekarza patomorfologa raka jasnokomórkowego trzonu macicy w rozpoznaniu PAT – (...). Badanie konsultacyjne PAT – (...) zostało zaakceptowane dopiero w dniu 30 lipca 2014 r. W piśmie z dnia 6 grudnia 2016 r. ubezpieczony przyznał, że leczenie ginekologiczne prowadzone było w sposób prawidłowy, jednakże personel medyczny nie zachował należytej staranności w zakresie poinformowania pacjentki o ponownym przekazaniu materiału pooperacyjnego do konsultacji histopatologicznej, nie została też zawiadomiona o uzyskaniu skorygowanego wyniku badania histopatologicznego, który w istotny sposób wpływał na dalsze postępowanie diagnostyczno – terapeutyczne i narażanie pacjentki na niepotrzebne leczenie z zakresu radioterapii ( akta szkody k. 113 – 178 ).

M. C. rozpoczęła leczenie ginekologiczne w 2012 r. W dacie rozpoczęcia leczenia miała 69 lat. W latach 2012 – 2013 przeprowadzono u niej dwa zabiegi wyłyżeczkowania jamy macicy i kanału szyjki. Zabieg wykonany w dniu 1 kwietnia 2014 r. zniosła dobrze. Drugi z zabiegów wykonany w maju 2014 r. był bardziej inwazyjny. M. C. czuła się źle, zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym z uwagi na diagnozę dotyczącą rozpoznania raka jasnokomórkowego. Po uzyskaniu wyniku ponownego badania PAT – (...), w związku ze zmianą diagnozy, straciła zaufanie do lekarzy; obecnie

denerwuje się w związku z koniecznymi wizytami lekarskimi. Od czasu drugiego zabiegu operacyjnego przyjmuje leki przeciwdepresyjne ( zeznania świadka T. B. k. 185 v – 186 ).

Zabieg operacyjny wykonany w dniu 1 kwietnia 2014 r. w postaci pochwowego usunięcia macicy w związku ze stwierdzonymi powtarzającymi się rozrostami błony śluzowej jamy macicy oraz polipem endometrialnym stanowił postępowanie zgodne z zalecanym postępowaniem klinicznym w takich sytuacjach. Zabieg ten został wykonany prawidłowo. Podjęta przez Klinikę (...) Wojskowego Instytutu Medycznego w W. decyzja o konieczności rozszerzenia zabiegu operacyjnego zgodna była z podanym rozpoznaniem patomorfologicznym z dnia 4 kwietnia 2014 r. – ogniska raka jasnokomórkowego oraz zaleceniami onkologii ginekologicznej. Również ten zabieg został wykonany prawidłowo. Jednakże, w trakcie oceny mikroskopowej preparatów dokonanej w dniu 4 kwietnia 2014 r. doszło do nieprawidłowej interpretacji obrazu histologicznego, skutkiem której było niepotrzebne poszerzenie procedury leczniczej o drugi, bardzo rozległy, zabieg operacyjny, w tym resekcję węzłów chłonnych okołoaortalnych i biodrowych. Drugim skutkiem była decyzja o wdrożeniu procedury brachyterapii, która w istocie nie była potrzebna. Niewłaściwe rozpoznanie naraziło M. C. na niepotrzebny ból fizyczny i stres związany z rozpoznaniem raka, którego nie było ( opinia biegłego sądowego w zakresie ginekologii prof. dr hab. n. med. T. P. k. 259 – 267, 288 – 290, opinia biegłego sądowego w zakresie patomorfologii dr n. med. P. R. k. 375 – 413 ).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie zebranych w sprawie dokumentów, a w szczególności dokumentacji medycznej ( k. k. 13 - 20, 36 – 94 ), akt szkody ( k. 113 – 178 ), opinii biegłych sądowych w zakresie ginekologii prof. dr hab. n. med. T. P. ( k. 259 – 267, 288 – 290 ) oraz patomorfologii dr n. med. P. R. ( k. 375 – 413 ), jak również zeznań świadka T. B. ( k. 185 v – 186 ).

Powyższe dowody nie budzą wątpliwości Sądu. Szczególne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy mają opinie biegłych sądowych sporządzone w niniejszej sprawie. Podkreślić należy, że biegły sądowy w zakresie ginekologii prof. dr hab. n. med. T. P. pokreślił, że leczenie powódki M. C., przy uwzględnieniu badań pobranego materiału, przeprowadzone przez Klinikę (...) Wojskowego Instytutu Medycznego w W. w sposób prawidłowy, zgodnie z obowiązującymi wówczas zaleceniami i procedurami. Jak jednak wskazał biegły sądowy w zakresie w zakresie patomorfologii dr n. med. P. R. w trakcie oceny mikroskopowej preparatów dokonanej w dniu 4 kwietnia 2014 r. doszło do nieprawidłowej interpretacji obrazu histologicznego, co spowodowało zastosowanie wobec powódki M. C. kolejnych procedur medycznych; wykonanie drugiego zabiegu operacyjnego oraz wdrożenie procedury brachyterapii. Podkreślić należy, że pomimo braku ustalenia przyczyn powtórnej oceny pobranego do badań materiału, jeszcze przed podaniem jej pierwszej dawki brachyterapii został przez Zakład (...) Wojskowego Instytutu Medycznego w W. skorygowany wynik badania z dnia 4 kwietnia 2014 r., a pomimo tego, dopiero po upływie trzech tygodni i podaniu pierwszej dawki, powódka M. C. została zawiadomiona o powtórnej ocenie materiału i odmiennym wyniku tego badania. Okoliczność ta została przyznana przez Wojskowy Instytut Medyczny w W. w toku postępowania likwidacyjnego. Odnosząc się do kwestii wskazania w tym rozpoznaniu, że złożoność architektoniki nabłonka metaplastycznego może wskazywać na zwiększone ryzyko rozwoju raka endometrium typu I; w tym przypadku wskazane jest postępowanie jak w przypadku rozpoznania rozrostu złożonego endometrium z atypią, podkreślić należy, że jest to tylko dodatkowe zastrzeżenie o charakterze ewentualnym. Podstawowy wniosek tej konsultacji histopatologicznej z dnia 9 lipca 2014 r. PAT – (...) jest jasny i nie budzący wątpliwości: w przeprowadzonym powtórnie badaniu trzonu usuniętej macicy nie stwierdzono występowania komórek nowotworowych. Pozwany zakład ubezpieczeń nie wykazał, aby w przypadku zwiększonego ryzyka rozwoju raka endometrium typu I niezbędne było zastosowanie takich samych procedur medycznych jakie wdrożono w leczeniu powódki M. C..

Sąd zważył, co następuje:

Powódka M. C. domagała się zapłaty kwoty 25000,00 zł tytułem zadośćuczynienia w związku z doznaną przez nią krzywdą w postaci narażenia jej na zastosowanie niepotrzebnego leczenia.

Powódka M. C. swoje roszczenie wywodzi zatem z treści art. 444 § 1 kc w zw. z art. 445 § 1 kc, zgodnie z którymi w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią

sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Ustawodawca nie sprecyzował w nich jednak konkretnych mierników czy zasad ustalania wysokości zadośćuczynienia, pozostawiając tę kwestię swobodnemu uznaniu sędziowskiemu.

W orzecnictwie sądowym ugruntował się, aprobowany także przez piśmiennictwo, pogląd o kompensacyjnym charakterze zadośćuczynienia pieniężnego przewidzianego w art. 445 § 1 kc, tj. uznający je za sposób naprawienia szkody niemajątkowej, wyrażającej się krzywdą w postaci doznanych cierpień fizycznych i psychicznych ( wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 czerwca 1968 r. w sprawie I PR 175/68, uchwała pełnego składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973 r. w sprawie III CZP 37/73 ). Wysokość odpowiedniej sumy, której przyznanie przewiduje art. 445 § 1 kc, zależy więc przede wszystkim od rozmiaru doznanej przez poszkodowanego krzywdy, ustalonej przez sąd przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności sprawy. O rozmiarze należnego zadośćuczynienia pieniężnego powinien więc decydować w zasadzie stopień cierpień fizycznych i psychicznych poszkodowanego. Natomiast w wyroku z dnia 29 września 2004 r. w sprawie II CK 531/03 Sąd Najwyższy podkreślił, że zadośćuczynienie należne osobie pokrzywdzonej deliktem ma na celu złagodzenie doznanych cierpień fizycznych i moralnych. Wysokość zadośćuczynienia musi zatem pozostawać w zależności od intensywności tych cierpień, czasu ich trwania, ujemnych skutków zdrowotnych, jakie osoba poszkodowana będzie zmuszona znieść w przyszłości. Podobnie w wyrokach z dnia 18 kwietnia 2002 r. w sprawie II CKN 605/00 oraz z dnia 9 listopada 2007 r. w sprawie V CSK 245/07 Sąd Najwyższy wskazał, że w przypadku uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia należy uwzględniać czynniki obiektywne: czas trwania, stopień intensywności cierpień fizycznych i psychicznych, nieodwracalność skutków urazu ( kalectwo, oszpecenie ), rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, wiek poszkodowanego, a także czynniki subiektywne: poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiową.

Podstawę faktyczną roszczenia stanowi natomiast tzw. błąd medyczny. Przesłankami odpowiedzialności placówki medycznej na podstawie art. 430 kc w zw. z art. 415 kc są: wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem, a wyrządzoną szkodą oraz spowodowanie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności, przy czym do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej wystarczy choćby najmniejszy stopień winy. Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. Zaznaczyć jednak należy, że sama placówka medyczna ponosi odpowiedzialność w przypadku winy podwładnego, rozumianej zgodnie z treścią art. 415 kc, a nie jest wymagane wykazanie przez poszkodowanego winy po stronie placówki medycznej, gdyż odpowiada ona za zasadzie ryzyka w sposób bezwzględny, wyłączający możliwość ekskulpacji. Przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na podstawie powyższego przepisu wymaga więc uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych ( wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r. w sprawie IV CSK 308/10 ). Zgodnie z treścią art. 6 kc na stronie powodowej ciąży obowiązek wykazania przesłanek tak określonej odpowiedzialności.

Zgodnie z art. 415 kc, kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia, zaś stosownie do art. 430 kc, 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 powierzonej jej czynności. Komentowany przepis wprowadza konstrukcję odpowiedzialności za winę podwładnego. Jest to odpowiedzialność na zasadzie ryzyka, ale jej warunkiem jest wina podwładnego przy wyrządzeniu szkody osobie trzeciej. Zasadniczą przesłanką odpowiedzialności odszkodowawczej według tego przepisu jest zatem wyrządzenie szkody przez personel medyczny zawinionym działaniem lub zaniechaniem, przy czym za wystarczający uznaje się choćby najmniejszy stopień winy.

Zgodnie z powszechnie przyjętym poglądem zakład opieki zdrowotnej ( szpital ) ponosi więc odpowiedzialność za błędy organizacyjne i zaniedbania personelu medycznego oraz za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego są poważne szkody doznane przez pacjenta.

Wskazać również należy, że w tzw. procesach odszkodowawczych lekarskich nie jest konieczne wykazywanie istnienia związku przyczynowego między działaniem ( zaniechaniem ) personelu służby zdrowia a szkodą pacjenta w stopniu

pewnym i stanowczym, lecz wystarczy istnienie związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa. Temu służy konstrukcja dowodu prima facie czyli sposobu dowodzenia opartego na domniemaniach faktycznych ( art. 231 kpc ), którego wynikiem jest ustalenie wysokiego prawdopodobieństwa wystąpienia szkody w następstwie określonego zdarzenia sprawczego. Dla zastosowania wniosku prima facie konieczne jest wykazanie faktów stanowiących podstawę domniemania faktycznego, które pozwalają na wnioskowanie o prawdopodobieństwie zawinonego działania personelu medycznego szpitala i jego związku przyczynowego ze szkodą i krzywdą po stronie powoda, którego wynikiem jest ustalenie wysokiego prawdopodobieństwa wystąpienia szkody w następstwie określonego zdarzenia sprawczego. Należy jednak podkreślić, że dowód taki nie wystarcza, w razie wykazania okoliczności uprawdopodobniającej inną przyczynę szkody ( wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2012 r. w sprawie II CSK 402/11, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 maja 2014 r. w sprawie V CSK 353/13, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie V CSK 357/14, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 2000 r. w sprawie V CKN 34/00, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 kwietnia 2004 r. w sprawie I CK 653/04, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 2007 r. w sprawie V CSK 477/06, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 czerwca 2010 r. w sprawie III CSK 245/09 ).

Jak wskazano powyżej, szczególne znaczenie dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy mają opinie biegłych sądowych w zakresie ginekologii oraz patomorfologii. Niewątpliwie opinie te stanowią tylko pomoc dla sądu i - jak wielokrotnie było wyjaśniane w orzecznictwie i doktrynie - nie mogą zastąpić ani ustaleń faktycznych ani decydować o spełnieniu przesłanek prawnych. W wyrokach Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r. w sprawie CSK 287/09 oraz z dnia 6 lutego 2003 r. w sprawie IV CKN 1763/00 podkreślono, że w sprawach o niedołożenie należytej staranności przez lekarza, a taka powinność na nim spoczywa (art. 355 § 1 kc ), sąd dla ustalenia winy personelu medycznego korzysta z wiadomości specjalnych posiadanych przez biegłych. Opinią biegłych nie jest jednak związany w zakresie, który jest zastrzeżony do wyłącznej kompetencji sądu, to znaczy do oceny, czy spełniona jest przesłanka obiektywna i przesłanki subiektywne winy. Zadaniem biegłego zasadniczo nie jest więc poszukiwanie dowodów i okoliczności mających uzasadnić argumentację stron procesu, lecz dokonanie oceny przedstawionego materiału z perspektywy posiadanej wiedzy naukowej, technicznej lub branżowej i przedstawienie sądowi danych ( wniosków ) umożliwiających poczynienie właściwych ustaleń faktycznych i właściwą ocenę prawną znaczenia zdarzeń, z których strony wywodzą swoje racje. Opinia biegłego, zgodnie z art. 278 kpc, służy stworzeniu sądowi możliwości prawidłowej oceny materiału procesowego w wypadkach, kiedy ocena ta wymaga wiadomości specjalnych tj. wiedzy wykraczającej poza objętą zakresem wiedzy powszechnej.

Powszechnie przyjmuje się, że postępowanie lekarza bądź innego personelu medycznego w danej sytuacji należy oceniać z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili dokonywania zabiegu medycznego, a zwłaszcza tych danych, którymi lekarz dysponował albo mógł dysponować, mając na uwadze wymagania aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej ( wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 2002 r. w sprawie V KK 33/02 ). Oznacza to, że jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają wspomniane powyżej kwalifikacje ( specjalizacja, stopień naukowy ), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, jak to formułuje się w niektórych wypowiedziach, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej ( art. 355 § 2 kc ) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Dla przyjęcia istnienia związku przyczynowego w tej kategorii spraw, powinno zostać ustalone istnienie odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa pomiędzy działaniem (zaniechaniem) sprawcy a powstałą szkodą. Nie oznacza to jednak przyjęcia absolutnej odpowiedzialności lekarza za wszelkie zjawiska w sferze zdrowia, które dotknęły pacjenta po zabiegu. Wysokie wymagania stawiane lekarzowi (personelowi medycznemu) nie oznaczają

jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej. W nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje zjawisko określane mianem ryzyka medycznego. Nawet bowiem przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne.

W ocenie Sądu, w niniejszej sprawie należy ustalić również czy powódka M. C. doznała szeroko rozumianej krzywdy oraz jaki był jej stopień. Orzecznictwo i doktryna wskazują, że krzywdę należy rozumieć jako cierpienie fizyczne to jest ból i inne dolegliwości, cierpienia psychiczne to jest ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała albo rozstroju zdrowia, niemożności uprawiania określonej działalności, wyłączenia z normalnego życia itp. Zadośćuczynienie pieniężne ma na celu złagodzenie tych cierpień.

Zgłoszone przez powódkę M. C. żądanie należy zatem, w świetle powyższych uwag, w pierwszej kolejności ocenić w kontekście zaistnienia błędu medycznego. Błąd medyczny w prawie cywilnym rozumiany jest wąsko, mianowicie jako postępowanie sprzeczne z zasadami wiedzy i nauki medycznej w zakresie dla lekarza dostępnym. Jak wskazano powyżej, na lekarzu ( personelu medycznym ) spoczywa bowiem szczególnie obowiązek dochowania należytej staranności i powszechnie obowiązujących reguł postępowania według aktualnie obowiązującej wiedzy medycznej. Sformułowanie „w zakresie dla lekarza dostępnym” wyznacza granicę odpowiedzialności z uwagi na możliwość przewidzenia błędu lub zapobieżenie mu, gdyż pomimo dużego postępu medycyny w wielu sferach, nauka niekiedy nie przynosi pozytywnych rozwiązań. Wiedza medyczna powinna być oceniana na dzień nastąpienia błędu, nie zaś na dzień wyrokowania; możliwa jest bowiem sytuacja, w której w okresie między wystąpieniem błędu medycznego a wyrokowaniem powstały nowe rozwiązania, które mogłyby zapobiec powstaniu błędu. Błąd medyczny jest więc kategorią obiektywną, niezależną od indywidualnych cech czy zdolności konkretnego lekarza ( personelu medycznego ) i od okoliczności, w jakich udziela świadczeń zdrowotnych. Ujęcie to wyłącza z zakresu błędu medycznego zaniedbania oraz uchybienia lekarza ( personelu medycznego ) nie dotyczące sfery fachowej: diagnozy i terapii, lecz mające charakter pomyłek, błędów lub innego rodzaju niedociągnięć o charakterze technicznym bądź organizacyjnym, prowadzących do powstania u pacjenta szkody. W piśmiennictwie prawniczym i medycznym wprowadza się różne podziały i klasyfikacje błędów lekarskich. Wyliczyć można błąd rozpoznania ( tzw. diagnostyczny ), błąd prognozy ( rokowania ) oraz błąd w leczeniu ( terapeutyczny ) ( wyrok Sądu Najwyższego z dnia z dnia 27 czerwca 2017 r. w sprawie II CSK 69/17 ).

W kontekście zarzutów powódki M. C. uznać należy, że powództwo w niniejszej sprawie oparte jest na konstrukcji błędu w procesie diagnostycznym, jak również w funkcjonowaniu szpitala Wojskowego Instytutu Medycznego w W..

Ustalenie winy lekarza w procesie diagnostycznym wymaga odwołania się do wiadomości biegłych sądowych. Jeżeli zachowanie lekarza odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje zawodowe ( specjalizacja, stopień naukowy ), posiadane doświadczenie, charakter i zakres dokształcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza ( personelu medycznego ) może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność

wyższą od przeciętnej wymaganą wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy oraz kierując się treścią opinii biegłych sądowych uznać należy, że lekarz dokonujący w dniu 4 kwietnia 2014 r. oceny mikroskopowej preparatów dokonał nieprawidłowej interpretacji obrazu, a zatem popełnił błąd w sztuce lekarskiej odnośnie diagnostyki, którego konsekwencją było zastosowanie niepotrzebnej terapii w stosunku do powódki M. C. w postaci wykonania drugiego zabiegu operacyjnego, polegającego m in. na resekcji węzłów chłonnych okołoaortalnych oraz biodrowych, jak również wdrożeniu procedury brachyterapii ( napromieniowanie ). W ocenie Sądu, przyczyny takiej nadinterpretacji obrazu histologicznego i nieprawidłowe rozpoznanie samego procesu nowotworowego, jak też jego rozległości, nie mają znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Podkreślić należy, że z opinii biegłego sądowego dr n. med. P. R. wynika, że badany materiał nie powinien powodować nadmiernych trudności interpretacyjnych dla patomorfologa, a jeśli nawet, to dysponował przecież możliwością konsultacji z innym patologiem.

Bez znaczenia natomiast dla rozstrzygnięcia sprawy w związku z tym pozostaje kwestia prawidłowości zastosowanego leczenia, potwierdzona w opinii biegłego sądowego w zakresie ginekologii prof. dr hab. n. med. T. P.. Podkreślić należy, że wprawdzie zastosowane procedury lecznicze były prawidłowe, jednakże ich wdrożenie było skutkiem nieprawidłowej diagnozy.

W ocenie Sądu, uznać również należy, że z dowodów przeprowadzonych w niniejszej sprawie wynika niepodważalnie, że wdrożenie procedury brachyterapii w (...) Szpitalu (...) w W. było niepotrzebne. Co więcej, można było uniknąć tego leczenia, gdyby powódka M. C. otrzymała niezwłocznie skorygowany wynik badania z dnia 4 kwietnia 2014 r. Jak wynika z informacji Wojskowego Instytutu Medycznego w W. wynik ten poddano konsultacji i w dniu 9 lipca 2014 r. został on zweryfikowany w sposób negatywny; nie stwierdzono w badaniu komórek raka jasnokomórkowego, które pierwotnie były powodem wykonania drugiego zabiegu operacyjnego oraz zlecenia brachyterapii. Niewątpliwie, zabieg operacyjny został już wykonany, ale powódka M. C. w dniu 9 lipca 2014 r. nie rozpoczęła jeszcze brachyterapii. Pierwszą dawkę napromieniowania otrzymała w dniu 24 lipca 2014 r., a zatem w okresie dwóch tygodni od dokonanej weryfikacji wyniku badania. Jednak, z nieustalonych przyczyn, dopiero w dniu 30 lipca 2014 r. otrzymała zweryfikowany wynik badania, co spowodowało odstępianie od procedury brachyterapii. Pozwany ubezpieczyciel nie wykazał, aby to opóźnienie było wynikiem przyczyn niezależnych od szpitala, a nie błędów organizacyjnych, przy uwzględnieniu, że szpital nie wyjaśnił przyczyn dokonania weryfikacji pierwotnego rozpoznania.

W ocenie Sądu, nie ulga wątpliwości, że przyczyną zastosowania niepotrzebnych procedur leczniczych ( drugi zabieg operacyjny, brachyterapia ) było nieprawidłowa ocena mikroskopowa preparatu z dnia 4 kwietnia 2014 r. oraz opóźnione przekazanie powódce M. C. skorygowanego wyniku tego badania.

Powyższe okoliczności, uzasadniają zdaniem Sądu, przyjęcie, że powódka M. C. doznała uszczerbku na zdrowiu. Powódka M. C. została poddana dwóm niepotrzebnym zabiegom leczniczym: w dniu 14 maja 2014 r. wykonano u niej zabieg laparotomii z uwolnieniem zrostów, usunięciem sieci, wycięciem kikutów więzadeł obłych macicy z fragmentami otrzewnej oraz wycięciem węzłów chłonnych miedniczych oraz okołoaortalnych, a następnie poddano ją leczeniu napromieniowaniem ( brachyterapia ). Podkreślić należy, że w chwili zastosowania leczenia powódka M. C. miała 71 lat. Zabieg wykonany w dniu 14 maja 2014 r. był bardzo rozległy, wiązał się z dodatkowymi odczuciami bólowymi. Nie bez znaczenia jest stres, jakiego doznała powódka M. C. w pierwszym rzędzie w związku z diagnozą dotyczącą nowotworu, a następnie z informacją o błędnej pierwotnej diagnozie. Tych skutków nie znosi pozytywna wiadomość, że powódka M. C. jednak nie cierpi na nowotwór. Informacja o błędzie diagnostycznym spowodowała u niej nieufność do lekarzy, co przy jej wieku, może również przynieść niekorzystne konsekwencje.

W związku z powyższym, Sąd uwzględnił powództwo co do zasady. Na ustalenie wysokości przyznanego przez Sąd zadośćuczynienia miały wpływ wiek powódki M. C., charakter leczenia oraz opóźnienie w przekazaniu powódce zweryfikowanego wyniku badania.

Sąd zasądził zatem w pkt I wyroku od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powódki M. C. kwotę 25000,00 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 8 marca 2019 r. do dnia zapłaty. Odsetki ustawowe za opóźnienie Sąd zasądził od dnia doręczenia pozwanemu odpisu pozwu, oddalając tym samym powództwo w zakresie ich żądania za okres od dnia 11 września 2016 r. do dnia 7 marca 2019 r. Sąd miał bowiem na uwadze, że zgodnie z art. 455 kc, jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania. W ocenie Sądu, taki termin płatności odsetek ustawowych za opóźnienie usprawiedliwiony jest w świetle akt szkody. Wprawdzie żądanie zapłaty zadośćuczynienia kierowane do pozwanego w toku postępowania likwidacyjnego opiewało na wyższą kwotę, jednakże zasadność roszczenia powódki wynikała z informacji udzielonych przez ubezpieczonego Wojskowy Instytut Medyczny w W. w toku tamtego postępowania, w szczególności co do błędu w diagnozie oraz opóźnieniu przekazania skorygowanego wyniku badania. Uznać więc należy, że w dacie doręczenia odpisu pozwu, pozwany zakład ubezpieczeń znał stanowisko ubezpieczonego co do prawidłowości przebiegu leczenia powódki.

W pkt III wyroku Sąd rozstrzygnął o kosztach procesu stosownie do art. 100 kpc, zgodnie z którym w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. Sąd może jednak włożyć na jedną ze stron obowiązek zwrotu wszystkich kosztów, jeżeli jej przeciwnik uległ tylko co do nieznaczącej części swego żądania albo gdy określenie należnej mu sumy zależało od wzajemnego obrachunku lub oceny sądu, stosunkowo je rozdzielając.

W ocenie Sądu, oddalenie powództw jedynie co do części odsetek ustawowych za opóźnienie, uzasadnia obciążenie pozwanego zakładu ubezpieczeń kosztami procesu w całości.

Sąd zasądził zatem od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powódki M. C. kwotę 9301,16 zł tytułem zwrotu kosztów procesu. Na kwotę tę złożyły się: 1250,00 zł tytułem opłaty sądowej od pozwu, 3234,16 zł tytułem kosztów opinii biegłych sądowych oraz 4817,00 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego z uwzględnieniem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa, przy uwzględnieniu wskazanej wartości przedmiotu sporu. Wysokość kosztów zastępstwa procesowego ustalono zgodnie § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych w zw. z § 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie opłat za czynności radców prawnych.

Jednocześnie Sąd w pkt IV nakazał ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa od pozwanego (...) S.A. w W. kwotę 3443,52 zł tytułem uzupełnienia kosztów opinii biegłego sądowego orzeczonych prawomocnymi postanowieniami z dnia 18 czerwca 2018 r. oraz 17 sierpnia 2023 r. stosownie do art. 83 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 113 cyt. ustawy.