

Sygnatura akt II C 99/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 września 2017 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi II Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodnicząca Sędzia SR A. S.

Protokolant stażysta W. Ł.

po rozpoznaniu w dniu 5 września 2017 roku w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa A. G.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) Medycznej (...) w Ł. – (...) Szpitalowi (...) w Ł. i (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

1. oddała powództwo;
2. obciąża powoda na rzecz Skarbu Państwa Sądu Rejonowego dla Łodzi – Widzewa w Łodzi kwotą 1019,96 zł (jeden tysiąc dziewiętnaście złotych dziewięćdziesiąt sześć groszy) tytułem tymczasowo wyłożonych przez Skarb Państwa wydatków;
3. zasądza od powoda na rzecz pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznej (...) w Ł. – (...) Szpitala (...) w Ł. kwotę 617 zł (sześćset siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu;
4. zasądza od powoda na rzecz pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. kwotę 617 zł (sześćset siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygnatura akt II C 99/15

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 5 lutego 2015 roku skierowanym przeciwko SPZOZ (...) Szpitalowi (...) im. (...) w Ł. (...) Szpitalowi (...) oraz (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W., powód A. G. reprezentowany przez pełnomocnika z wyboru w osobie adwokata, wniósł o zasądzenie od pozwanych in solidum na jego rzecz kwoty 5 000,00 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 23 czerwca 2014 roku do dnia zapłaty z tytułu zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w związku ze zdarzeniem w dniu 17 października 2013 r oraz zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według zestawienia złożonego na koniec postępowania.

W uzasadnieniu pozwu wskazano, iż w nocy z 16 na 17 października 2013 roku powód został pobity w Ł. przy ulicy (...). Z miejsca zdarzenia został przewieziony karetką pogotowia ratunkowego na izbę przyjęć SPZOZ (...) Szpitala (...) im. WAM UM w Ł., gdzie po wykonaniu zdjęcia rtg prawej ręki i CT głowy, dyżurujący lekarz nie stwierdził żadnych zmian patologicznych. Po opatrzeniu rany okolicy prawego łuku brwiowego powód został wypisany do

domu z zaleceniem przyjmowania leku znieczulającego oraz w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia, wystąpienia nudności i wymiotów, zgłoszenia się do szpitala. Ze względu na utrzymujące się dolegliwości bólowe prawej ręki powód w dniu 17 października 2013 roku ponownie zgłosił się do pozwanego szpitala, gdzie zalecono konsultację ortopedyczną. Nie wykonano badań diagnostycznych, w tym nie powtórzono zdjęcia rtg prawej ręki oraz CT głowy i szyi. Powód oczekiwał na konsultację ortopedyczną przez kilka godzin na izbie przyjęć. Na podstawie wykonanego uprzednio zdjęcia rtg ręki ortopeda stwierdził złamanie kości łódeczkowatej. Powód ostatecznie został przyjęty na oddział chirurgii klatki piersiowej, chirurgii ogólnej i onkologicznej z powodu urazu głowy z objawami wstrząśnienia mózgu i złamania kości łódeczkowatej prawej. Powód został wypisany ze szpitala w dniu 19 października 2013 roku w stanie ogólnym i miejscowym dobrym. W ocenie powoda dokumentacja lekarska sporządzona została w sposób niedbały i zawiera wiele nieprawidłowości. Karta informacyjna z dnia 17 października 2013 roku oraz klisza z prześwietlenia zawierają nieprawidłowe dane powoda (nazwisko). Nadto błędnie oznaczono uszkodzoną rękę powoda jako lewą, podczas gdy uraz dotyczył ręki prawej. Powód podniósł, iż na skutek błędnie postawionej diagnozy i niezastosowania właściwych procedur medycznych, narażono powoda na nieprawidłowe zrośnięcie się nadgarstka prawej dłoni, dolegliwości bólowe i stres. Dodatkowo brak niezwłocznej konsultacji ortopedycznej przyczynił się do pogłębienia urazu, wydłużenia procesu leczenia i rekonwalescencji powoda. Powód nie powrócił do sprawności sprzed urazu, do chwili obecnej pojawiają się ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu.

Powód wzywał pozwany szpital oraz pozwany zakład ubezpieczeń do spełnienia świadczenia, jednak wezwania pozostały bezskuteczne.

(pozew k.2-3v, pełnomocnictwo k.6)

W odpowiedzi na pozew z dnia 1 kwietnia 2015 roku pozwany SP ZOZ (...) Szpital (...) im. WAM UM w Ł. (...) Szpital (...), reprezentowany przez pełnomocnika z wyboru w osobie radcy prawnego wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu wskazano, iż nieprawidłowości w dokumentacji medycznej wynikały ze stanu nietrzeźwości powoda, który niewyraźnie podał swoje dane osobowe oraz błędnie opisał dolegliwości i zakres urazów. Dodatkowo wskazano, iż zlecenie ponownych badań RTG prawej ręki oraz CT głowy i szyi byłoby szkodliwe dla pacjenta. Pozwany wskazał również, iż powód odmówił hospitalizacji i opuścił szpital na własne żądanie. Podniesiono, iż aktualny stan zdrowia powoda spowodowany jest urazem, nie zaś stanowi następstwo zawinionego działania personelu szpitala. Opóźnienie w założeniu gipsu, nie ma wpływu na następstwa urazu.

(odpowiedź na pozew k. 26-28, pełnomocnictwo k. 30, odpis KRS k. 32-38)

W odpowiedzi na pozew z dnia 3 kwietnia 2015 roku pozwany (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W., reprezentowany przez pełnomocnika z wyboru w osobie radcy prawnego wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwany potwierdził zawarcie umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego z okresem ubezpieczenia od 28 września 2013 roku do 27 września 2014 roku. W ocenie pozwanego chybiony jest zarzut powoda nieprzeprowadzenia przez lekarzy pozwanego szpitala badań dodatkowych takich jak rtg i CT, w sytuacji gdy te badania zostały wykonane w chwili przyjęcia powoda do szpitala. Pozwany wskazał na bezcelowość powtarzania tych badań tego samego dnia, zważając iż badania te nie są obojętne dla organizmu człowieka. Pozwany podniósł również, iż powód w chwili przyjęcia do szpitala, był w stanie nietrzeźwości oraz nie wyraził zgody na hospitalizację, co uniemożliwiło wykonanie dalszych badań i konsultację lekarzy specjalistów. Wbrew twierdzeniom powoda założenie unieruchomienia gipsowego z opóźnieniem nie miało wpływu dla zdrowia powoda i nie wydłużyło procesu leczenia. Pozwany podkreślił, iż po stronie pozwanego szpitala i zatrudnionych w nim lekarzy nie doszło do uchybień, które uzasadniałyby zarzut błędnego działania i zaniechania. Brak jest zatem przesłanek do przyjęcia odpowiedzialności cywilnej pozwanego.

(odpowiedź na pozew k. 40-45, pełnomocnictwo k. 48, odpis KRS k. 49-58)

Pismem z dnia 31 marca 2017 roku pełnomocnik powoda podtrzymał żądanie pozwu i sprecyzował podstawę powództwa wskazując, iż powód swe roszczenia wywodzi z naruszenia przez pozwanego szpitala obowiązku wynikającego z umowy o świadczenie usług zdrowotnych do czego pozwany szpital był zobowiązany na podstawie ustawy o działalności leczniczej. Zawinione nienależyte wykonanie obowiązków szpitala polegało na odstąpieniu od konsultacji ortopedycznej podczas pobytu powoda na izbie przyjęć, nieoznaczeniu na zdjęciu rtg ręki powoda, która została prześwietlona, odstąpieniu od sporządzenia opisu zdjęcia rtg ręki powoda, udzieleniu pomocy powodowi przez personel medyczny nie posiadający specjalizacji z zakresu ortopedii oraz radiologii, w następstwie których postawiono błędną diagnozę. Nadto sporządzono dokumentację lekarską, w której dopuszczono się błędów w opisie schorzeń powoda. Powód podniósł, iż konsekwencją zaniedbań szpitala, jest szkoda jakiej doznał na skutek niezakożenia mu opatrunku gipsowego, który w tym przypadku był procedurą obowiązującą. Wydłużenie procedury diagnostyczno – leczniczej wpłynęło na stan zdrowia psychicznego powoda, wzmocniło i przedłużyło jego cierpienia fizyczne. Jako drugą podstawę żądania powód powołał art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, wskazując na naruszenia jego praw w tym prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ustawy), natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia (art. 7 ust. 1 ustawy), informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ustawy), prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiedniej jakości (art. 6 ust.1 ustawy). Dochodzona pozwem kwota uwzględnia rozmiar dolegliwości bólowych powoda, cierpienia psychiczne i fizyczne, doznanych na skutek zdarzenia będącego podstawą roszczeń.

(pismo powoda k. 186-190)

Do zamknięcia rozprawy stanowiska stron nie uległy zmianie.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W nocy z 16 na 17 października 2013 roku powód doznał obrażeń ciała w wyniku pobicia. Wezwana na miejsce karetka pogotowia ratunkowego przetransportowała powoda na izbę przyjęć Szpitala (...) w Ł.. Powód był pod wpływem alkoholu. Nie miał przy sobie dokumentu tożsamości. W karcie informacyjnej z pierwszego pobytu powoda w pozwanym Szpitalu opisano po badaniu przedmiotowym stłuczenie dłoni prawej bez ograniczenia ruchomości. Odnotowano również, że pacjent został przywieziony do izby przyjęć z powodu urazu głowy z krótkotrwałą utratą przytomności, oraz stłuczenia dłoni lewej, których doznał w wyniku pobicia. Odnotowano wykonanie m.in. RTG dłoni lewej nie stwierdzając ewidentnych zmian patologicznych.

Powód w dniu 17 października 2013 roku przebywał w pozwanym Szpitalu od godziny 5:14 do godziny 6:42. Powód nie wyraził zgody na hospitalizację. Opuścił szpital z zaleceniem zgłoszenia się do poradni chirurgicznej za 7-10 dni celem zdjęcia szwów, zgłoszenia się do szpitala w razie pogorszenia stanu zdrowia, nudności, wymiotów, oraz przyjmowania P. w razie bólu.

W karcie informacyjnej z izby przyjęć w miejsce imienia i nazwiska pacjenta omyłkowo wpisano A. B..

(karty informacyjne k. 12, k.14, oświadczenie k. 29, zeznania powoda k. 209)

Powód po powrocie do domu w dalszym ciągu odczuwał dolegliwości bólowe prawej ręki. Skontaktował się ze swoją matką, z zawodu pielęgniarką, którą poleciła mu przyjechać do Instytutu Centrum (...) w Ł., gdzie pracowała. Matka powoda poprosiła o konsultację radiologów, którzy na podstawie dostarczonego przez powoda zdjęcia rtg prawej ręki, wykonanego w pozwanym szpitalu, stwierdzili złamanie kości łódeczkowatej. Powód ponownie zgłosił się do pozwanego szpitala. Został wówczas hospitalizowany w pozwanym Szpitalu W Klinice (...), (...) Ogólnej i Onkologicznej od dnia 17 października 2013 roku do dnia 19 października 2013 roku. Po konsultacji ortopedycznej, podczas której stwierdzono złamanie kości łódeczkowatej dłoni prawej, zaopatrzone złamanie w opatrunku gipsowym. Od momentu pierwszej konsultacji na izbie przyjęć w godzinach rannych dnia 17 października 2013 roku, do chwili założenia powodowi opatrunku gipsowego podczas drugiego pobytu minęło około 10 godzin. Powód został wypisany

do domu z zaleceniem kontroli w poradni chirurgii ręki za dwa tygodnie, doustnego przyjmowania panadolu oraz elewacji kończyny górnej na chuście trójkątnej.

(karta informacyjna k. 13, zeznania świadka M. G. k. 183, zeznania powoda k. 209, kserokopie dokumentacji medycznej – w aktach szkody, zeznania świadka J. K. k. 182)

W dniu 4 listopada 2013 roku powód zgłosił się na kontrolę do poradni przy szpitalu (...). Wykonane wówczas zdjęcie rtg przez gips nie wykazało przemieszczeń w obrębie złamanej kości. Kolejna kontrola w poradni chirurgii ręki przy szpitalu (...) miała miejsce 2 grudnia 2013 roku. Zdjęto opatrunek gipsowy. Zdjęcie rtg wykazało zrost złamania. Powód otrzymał skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne. W dniu 4 grudnia powód rozpoczął leczenie usprawniające w (...). Podczas wizyty kontrolnej w dniu 15 stycznia 2014 roku odnotowano utrzymujące się dolegliwości bólowe nadgarstka z ograniczeniem ruchomości.

(kserokopie dokumentacji medycznej k. 135-140)

Kilkunastogodzinna zwłoka w unieruchomieniu kończyny górnej powoda nie miała żadnego znaczenia dla końcowego wyniku leczenia. Rozpoznane złamanie kości łódeczkowatej zrosło się. Jednorazowe wykonanie badania rtg, jak w przypadku powoda, było zgodne z przeprowadzanymi procedurami medycznymi.

Postępowanie lekarzy w Izbie Przyjęć Szpitala (...) przy pierwotnym zaopatrzeniu chorego było nieprawidłowe, istniały bowiem wskazania do założenia unieruchomienia, które zastosowano podczas powtórnego przyjęcia.

Z oceny ortopedycznej złamanie kości łódeczkowatej bez przemieszczenia nie wymagało hospitalizacji. Postępowanie lekarzy z izby przyjęć nie miało negatywnego wpływu na stan zdrowia powoda i dolegliwości bólowe powoda, nie przedłużyło również procesu gojenia kości łódeczkowatej. Nie miało też wpływu na rozmiar cierpień fizycznych i późniejszą rehabilitację chorego. Odstąpienie od hospitalizacji w dniu 17 października 2013 roku nie skutkowało uszczerbkiem na zdrowiu powoda.

Przy pierwszym przyjęciu do pozwanego szpitala postawiono nieprawidłową diagnozę – nie rozpoznano złamania kości łódeczkowatej. Nieprawidłowa diagnoza nie miała negatywnego wpływu na stan zdrowia powoda, zwiększenie jego dolegliwości bólowych, wydłużenie procesu gojenia kości oraz proces rehabilitacji. Powód odzyskał pełną sprawność kończyny górnej. Rokowanie z oceny ortopedycznej jest dobre. Dolegliwości powoda w dniu 17 października 2013 roku spowodowane były urazem ręki, a nie niezałożeniem gipsu.

(pisemna opinia biegłego ortopedy k. 86-88, pisemna opinia uzupełniająca k. 98, ustna opinia uzupełniająca k. 183)

Wykonane u powoda w dniu 17 października 2013 roku zdjęcie grzbietowo-dłoniowe PA ręki z nadgarstkiem i zdjęcie ręki w projekcji skośnej w nawróceniu (pronacji) wykonane metodą radiografii klasycznej przedstawiają świeże złamanie kości łódeczkowatej nadgarstka na wysokości talii kości łódeczkowatej oraz najprawdopodobniej złamanie w obrębie guzka. Szczelina złamania biegnie poprzecznie w stosunku do osi długiej kości, o szerokości ok. 1mm. Zauważalny jest również około 4 mm szerokości wydzielony niewielki fragment kości na poziomie szczeliny złamania – wyłamany klin kostny. Szczelina złamania nie jest wyraźnie widoczna. Złamanie jest widoczne na zdjęciach wykonanych u powoda w dniu 17 października 2013 roku w stopniu pozwalającym na jego rozpoznanie. Na zewnętrznym, dopromieniowym zarysie guzka kości łódeczkowatej widoczny jest również ok. 1,5mm wysokości uskok warstwy korowej na obrzeżu guzka.

W karcie informacyjnej brak jest prawidłowo sporządzonego opisu badania do wykonanych w dniu 17 października 2013 roku zdjęć nadgarstka powoda.

Jednorazowo przeprowadzane badanie radiologiczne w postaci wykonanych zdjęć nadgarstka/ręki powoda w dwóch (prostopadłych do siebie) projekcjach jest zgodne z obowiązującymi procedurami medycznymi.

(pisemna opinia biegłej z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej k. 161-171)

SPZOK (...) Szpital (...) im. WAM UM w Ł. (...) Szpital (...) zawarł z (...) Spółką Akcyjną w W. umowę odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej, potwierdzoną polisą numer (...) z dnia 12 września 2013 roku.

(okoliczność bezsporna)

Po zgłoszeniu roszczeń przez pełnomocnika powoda, pozwany Szpital pismem z dnia 22 kwietnia 2014 roku, zaś (...) SA w W. decyzją 17 czerwca 2014 roku odmówili przyjęcia odpowiedzialności i wypłaty świadczenia.

(decyzja z dn. 2014-06-17 - w załączonych aktach szkody, pismo k. 15)

Ustalając powyższy stan faktyczny Sąd oparł się na powołanych dowodach, w tym dokumentacji medycznej powoda, wydanych opiniach biegłych, zeznaniach świadków oraz powoda.

W celu ustalenia prawidłowości procesu leczenia powoda w pozwanym szpitalu, Sąd dopuścił dowód z opinii biegłych: z zakresu ortopedii oraz z zakresu radiologii, jako że okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia w tym zakresie wymagały wiedzy specjalnej.

Opinie te zostały przyjęte przez Sąd jako rzetelne i fachowe. Strony zgłaszały zastrzeżenia i wątpliwości do opinii biegłego ortopedy, które w sposób wyczerpujący zostały wyjaśnione w ustnej i pisemnej opinii uzupełniającej. Po wydaniu przez biegłego opinii uzupełniającej żadna ze stron nie wniosła o dopuszczenie dowodów z opinii innych biegłych tych samych specjalności.

Wymienieni powyżej eksperci zgodnie stwierdzili, że podczas pierwszego przyjęcia powoda na izbę przyjęć SPZOK (...) Szpitala (...) im. WAM UM w Ł. doszło do nieprawidłowości w diagnostyce powoda. Biegły ortopeda wskazał, iż postępowanie lekarzy izby przyjęć było niewłaściwe bowiem skoro podczas drugiej wizyty powoda w tej placówce na podstawie tego samego badania obrazowego założono powodowi unieruchomienie gipsowe, to uznać należy, że wskazania do zastosowania unieruchomienia istniały już wcześniej. Biegła radiolog wskazała, że wykonane u powoda badanie rtg w dniu 17 października 2013r przedstawia świeże złamanie kości łódeczkowatej.

Biegła wskazała nadto, iż złamanie kości łódeczkowatej u powoda zostało zaopatrzone prawidłowo, pomimo, iż przyjęcie powoda do szpitala nastąpiło w wyniku jego ponownego zgłoszenia się na izbę przyjęć. Biegła podała również, iż zapewne gdyby powód pozostał w szpitalu na obserwacji, co zostało mu zalecone, opis badania rtg zostałby wykonany zgodnie z procedurami (przez radiologa), a założenie opatrunku nastąpiłoby również w podobnym, odpowiednim czasie.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo jako bezzasadne podlegało oddaleniu.

Podstawę odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi art. 430 k.c., zgodnie, z którym kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu 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. Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy, a więc przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż lekarz wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.). Należy nadmienić, iż także lekarz, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej.

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego powstanie wymaga zaistnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego.

Ustalenie zasadności roszczeń powoda winno być rozpatrywane w świetle art. 415 k.c. Zgodnie z art. 415 k.c. kto ze swej winy wyrządził drugiemu szkodę, zobowiązany jest do jej naprawienia. Jak wskazuje się w orzecznictwie i literaturze przesłankami odpowiedzialności jest zaistnienie szkody, wystąpienie faktu, z którym ustawa czyni odpowiedzialnym określony podmiot oraz związek przyczynowy pomiędzy czynem niedozwolonym, a szkodą przy czym szkoda winna być jego zwykłym następstwem. Wskazać należy na przepis art. 361 § 1 k.c., który wprowadza dodatkową przesłankę odpowiedzialności, a mianowicie zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Z normalnym (adekwatnym) związkiem przyczynowym w rozumieniu powołanego przepisu mamy do czynienia, gdy przyczyna była koniecznym warunkiem wystąpienia skutku, czyli bez tej przyczyny skutek by nie wystąpił (warunek sine qua non). Ponadto, takie powiązanie pomiędzy przyczyną, a skutkiem musi być typowym, oczekiwanym, „normalnym” w zwykłej kolejności rzeczy. Nie może być rezultatem jakiegoś wyjątkowego zbiegu okoliczności. Ocena czy skutek jest normalny powinna być oparta na całokształcie okoliczności sprawy oraz wynikać z zasad doświadczenia życiowego, a także zasad wiedzy naukowej, specjalnej. Wiedza specjalistyczna jest szczególnie istotna w sprawach, w których normalność skutku w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. nie jest dla laika ewidentna (tak między innymi Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 2 czerwca 1956 roku, 3 CR 515/56, OSN 1957 rok, nr 1 poz. 24, Tadeusz Wiśniewski w pracy zbiorowej pod red. Gerarda Bieńka „Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania.” Tom 1, Warszawa 2002 rok).

Stwierdzenie błędu w sztuce medycznej, w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miał miejsce zabieg, jest natomiast całkowicie niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Istotne jest, bowiem to, iż czynność tę wykonał pracownik zakładu w ramach jego działalności.

Błąd medyczny nie jest pojęciem kodeksowym (przepisy nie definiują go), jednakże w literaturze i orzecznictwie wskazuje się, że o błędzie medycznym możemy mówić w sytuacji, w której działanie lub zaniechanie działania jest sprzeczne z aktualnym poziomem wiedzy i praktyki medycznej. Błąd medyczny jest to nieumyślne działanie, zaniechanie lub zaniechanie lekarza powodujące szkodę pacjenta. Na błąd medyczny muszą składać się następujące elementy: postępowanie niezgodne z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej, wina nieumyślna (tzw. lekkomyślność lub niedbalstwo) lekarza, ujemny skutek popełnionego błędu, związek przyczynowy między popełnionym błędem, a ujemnym skutkiem postępowania leczniczego w postaci śmierci pacjenta, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Przy czym zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego powinno zostać poddane ocenie z punktu widzenia fachowości. Te zaś wyznaczają kwalifikacje lekarza (specjalizacja, stopień naukowy), posiadanie doświadczenia ogólnego przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres dokształcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinięciu 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. Ponadto dodać należy także, iż na lekarzu zgodnie z art. 355 k.c. spoczywa obowiązek dołożenia należytej staranności w swoim działaniu.

Art. 444 § 1 k.c. przewiduje m.in., że w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikłe z tego powodu koszty. Natomiast art. 445 § 1 k.c. pozwala w takich wypadkach na przyznanie poszkodowanemu odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, czyli szkodę niemajątkową, wyrażającą się w doznanym bólu, cierpieniu, ujemnych doznaniach psychicznych.

Stosownie do treści art. 822 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczyciel zobowiązany jest do zapłaty odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczony. Przy czym jak stanowi art. 822 § 4 k.c. uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela.

W świetle powołanych powyżej przepisów dla powstania odpowiedzialności pozwanego konieczne jest powstanie łącznie następujących przesłanek: winy, w tym przypadku lekarza podczas prowadzonego leczenia, szkody, jakiej miałby doznać powód wskutek działania lub zaniechania lekarza i w końcu istnienie normalnego (adekwatnego) związku przyczynowego pomiędzy winą a szkodą. Brak któregokolwiek z tych elementów skutkuje brakiem odpowiedzialności pozwanego.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012 r., poz. 159), w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kodeksu cywilnego.

Stosownie do przepisu art. 448 k.c., w razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Roszczenie o zadośćuczynienie oparte na art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z art. 448 k.c. jest samodzielnym i odrębnym żądaniem od roszczenia o zadośćuczynienie wywodzonego z tytułu szkody na osobie i opartego na przepisie art. 445 § 1 k.c.

Przepis art. 4 powołanej ustawy służy ochronie dóbr osobistych pacjenta, a decydujące o odpowiedzialności udzielającego świadczeń medycznych jest wyłącznie wykazanie naruszenia skatalogowanych w ustawie praw pacjenta i zawinienie podmiotu świadczącego usługę. W piśmiennictwie wskazuje się na istnienie zbiegu roszczeń z art. 448 k.c. i art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W efekcie znaczenie art. 4 ust. 1 ustawy polega na tym, że wskazuje on *expressis verbis* te naruszenia praw pacjenta, które przesądzają o naruszeniu dobra osobistego. W związku z tym pokrzywdzony nie musi udowadniać, że doszło do naruszenia prawnie chronionego dobra osobistego - wystarczy wskazać konkretne naruszenie praw pacjenta (tak między innymi wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi, I Wydziału Cywilny z dnia 27 listopada 2014 roku, I ACa 745/14, uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 roku w sprawie IV CSK 431/12).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159 j.t.) przewiduje, że pacjentowi przysługują między innymi prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 ustawy), udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8 zd. 1 ustawy), jak również prawo do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ust. 1 ustawy) i do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody (art. 16 ustawy). Pacjent ma także prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (art. 23 ustawy), co wiąże się z obowiązkiem podmiotu udzielającego tych świadczeń do prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej w sposób przewidziany w przepisach (art. 24 ust. 1).

Jak wynika ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego działania personelu medycznego pozwanego szpitala nosiły cechy nieprawidłowości, co potwierdzili biegli sądowi wskazując na błąd diagnostyczny ze względu na nierozpoznanie złamania kości łódeczkowatej, co skutkowało naruszeniem zagwarantowanego w art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, prawa powoda do świadczeń medycznych (w tym diagnostycznych) odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz prawa do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością (art. 8 w/w ustawy).

Działania lekarza dyżurującego na izbie przyjęć pozwanego szpitala w dniu 17 października 2013 roku nie cechowała należyta podwyższona staranność, wymagana w kontakcie z pacjentem. Dla oceny zawinienia lekarza w danej sytuacji, przydatny jest test oparty na pytaniu, czy lekarz w danym przypadku powinien był i mógł zrobić więcej (lepiej) (tak Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 18 stycznia 2013 roku, w sprawie IV CSK 431/12). W rozpatrywanej sprawie odpowiedź na tak postawione pytanie jest pozytywna i przesądza o winie nieumyślnej w naruszeniu praw powoda, jako pacjenta. Błędne rozpoznanie złamania można było uniknąć poprzez zasięgnięcie przez lekarza dyżurującego na izbie przyjęć w pozwanym szpitalu opinii lekarza ortopedy lub radiologa. Albowiem, choć diagnostyka złamań

kości łódeczkowatej nadgarstka bez przemieszczenia, jakie miało miejsce w przypadku powoda, stwarza – jak wyjaśnił biegły ortopeda - w dużym odsetku przypadków znaczne trudności na początkowym etapie, w oparciu o występujące objawy kliniczne powinno zostać ocenione jako podejrzenie złamania kości łódeczkowatej i skutkować założeniem pacjentowi gipsu na okres 3 tygodni, by po tym czasie na podstawie zdjęcia kontrolnego postawić definitywne rozpoznanie. Postawienie prawidłowej diagnozy i właściwe zaopatrzenie złamania kości łódeczkowatej nastąpiło w wyniku ponownego zgłoszenia się powoda do pozwanego szpitala.

Nie miało to jednak negatywnego wpływu na stan zdrowia powoda, zwiększenie dolegliwości bólowych, wydłużenie procesu gojenia, jak również procesu rehabilitacji powoda. W wyniku błędnej diagnozy powód nie doznał uszczerbku na zdrowiu, a rokowania co do stanu zdrowia powoda pod względem ortopedycznym są dobre, powód odzyskał pełną sprawność.

Zebrany w sprawie materiał dowodowy, w tym przede wszystkim zgromadzona dokumentacja powoda z leczenia w pozwanej placówce medycznej nie pozwolił na ustalenie, czy zdjęcie RTG prawego nadgarstka było przy pierwszej wizycie powoda konsultowane przez radiologa lub ortopedę, jak również czy został sporządzony opis tego zdjęcia przez radiologa. Pomimo tych niewiadomych biegli sądowi wskazali na nieprawidłowości w diagnostyce, czego konsekwencją było prawidłowe zaopatrzenie złamania kości łódeczkowatej powoda dopiero w czasie jego ponownego zgłoszenia się do pozwanego szpitala. Co jednak winno zostać podkreślone, odmowa hospitalizacji przez powoda mogła mieć wpływ na niemożność pełnej i prawidłowej diagnostyki jego obrażeń. Biegła radiolog podała, iż należy domniemywać, że gdyby powód pozostał w szpitalu na obserwacji opis zdjęcia rtg został by sporządzony zgodnie z procedurami przez radiologa, a złamanie zaopatrzone w opatrunek gipsowy.

Odnosząc się do zarzutu niewykonania diagnostyki podczas kolejnego przyjęcia powoda do pozwanego szpitala, polegającego na ponownym wykonaniu zdjęcia rtg uszkodzonej kończyny górnej, Sąd oparł się na wnioskach opinii biegłych, iż jednorazowe przeprowadzenie badania radiologicznego jest zgodne z obowiązującymi procedurami medycznymi. Dorobienie dodatkowych zdjęć, jak również wykonanie każdorazowo badania CT w takim przypadku nie jest konieczne. Biegła radiolog podkreśliła szkodliwość promieniowania jonizującego dla zdrowia pacjenta i niezlecenia dodatkowych badań obciążających pacjenta wobec braku ku temu wskazań.

Błędne zapisy w dokumentacji medycznej, które w ocenie powoda miały świadczyć o nienależytej dbałości w wykonywaniu obowiązków przez personel szpitala, nie skutkowały krzywdą powoda, ani też nie wpłynęły na podjęcie czynności leczniczych wobec powoda.

Powód wskazywał, iż szkoda jakiej doznał związana jest z niezłożeniem mu opatrunku gipsowego, pomimo iż sam zeznał, iż od pierwszego przyjęcia go na izbę przyjęć do chwili założenia gipsu minęło ok. 10 godzin. Biegli wskazali, iż złamanie powoda zostało zaopatrzone w prawidłowym czasie. Nie można zatem mówić o zaniechaniu leczenia powoda przez lekarzy pozwanego szpitala. Błąd personelu medycznego pozwanego szpitala polegał na niepostawieniu prawidłowej diagnozy podczas pierwszej konsultacji powoda. Do tego jednak mógł przyczynić się sam powód, gdy odmówił zgody na hospitalizację. Wprawdzie sam tylko uraz ortopedyczny nie był wskazaniem do pozostania w szpitalu, jednak powód doznał też innych obrażeń podczas pobicia, a w czasie pierwszego pobytu w pozwanej placówce medycznej, w krótkim czasie wykonano na jego osobie szereg badań w związku z doznanymi obrażeniami.

Zgromadzony w aktach sprawy materiał dowodowy nie pozwolił na ustalenie, by wskutek błędów diagnostycznych powód doznał krzywdy uzasadniającej zasądzenie na jego rzecz zadośćuczynienia.

W tym miejscu podkreślić należy, że przyznanie zadośćuczynienia nie jest obligatoryjne i zależy od uznania oraz oceny sądu konkretnych okoliczności sprawy, a także, że przy jego ustalaniu obowiązuje zasada miarkowania przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy oraz skutków doznanego uszczerbku (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 1969 r., sygn. akt I PR 224/69). Z kolei w wyroku z dnia 29 września 2000 r. (sygn. akt V CKN 527/2000), Sąd Najwyższy wyraził stanowisko, iż wysokość zadośćuczynienia jest nacechowana daleko idącą uznaniowością sądu, znajdującą oparcie w konkretnie rozpatrywanej sprawie: „wysokość zadośćuczynienia powinna być określona z uwzględnieniem wszystkich okoliczności danej sprawy mających wpływ na rozmiar krzywdy doznanej

przez poszkodowanego. Art. 445 k.c. daje podstawę do tego, że sąd może zasądzić odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia według swojej oceny opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy". Co prawda orzeczenie to odnosi się do art. 445 k.c. ale nie ma żadnych przeciwwskazań by rozpatrywać je także na gruncie art. 448 k.c.

Mając na uwadze wszystkie okoliczności niniejszej sprawy, Sąd doszedł do przekonania, że powód w wyniku nieprawidłowej diagnozy nie doznał krzywdy, którą należałoby zrehabilitować przez zasądzenie na jego rzecz stosownego zadośćuczynienia. Błędna diagnoza, a ściślej ujmując brak diagnozy, nie skutkował bowiem nieprawidłowościami w podjętym przez personel medyczny pozwanego szpitala procesie leczenia powoda. Nie zmienia tego fakt, iż złamanie kości łódeczkowatej u powoda zostało zdiagnozowane dzięki determinacji powoda i poszukiwaniu przez niego pomocy u radiologów w innej placówce medycznej, a następnie ponownemu zgłoszeniu się przez powoda do pozwanej placówki. Biegli wskazali, iż zaopatrzenie złamania w opatrunek gipsowy miało miejsce w odpowiednim czasie, a nieprawidłowa diagnoza nie miała ostatecznie wpływu na stan zdrowia powoda, zwiększenie występowania u niego dolegliwości bólowych, wydłużenie procesu gojenia oraz procesu rehabilitacji powoda. W tym kontekście twierdzenia powoda o utracie zaufania do służby zdrowia nie są wystarczające dla zasądzenia zadośćuczynienia.

Na nieuiszczone koszty sądowe złożyły się koszty opinii biegłych w kwocie 1 019,96 zł. Na podstawie art.113 ust.1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 623) w zw. z art.98 k.p.c., Sąd nakazał pobrać od powoda na rzecz Skarbu Państwa Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi tytułem nieuiszczonych wydatków kwotę 1 019,96 zł.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie przepisu art. 98 k.p.c., normującego zasadę odpowiedzialności za wynik procesu. powód przegrał proces w całości. Na koszty zasądzone od powoda na rzecz każdego z pozwanych w kwocie po 617 złotych składa się wynagrodzenie pełnomocnika w wysokości 600 zł obliczone zgodnie z § 6 pkt. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu z dnia 28 września 2002 r. (Dz.U. 2013 poz. 490 t.j.) oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 złotych ustalona na podstawie załącznika do ustawy z dnia 16 listopada 2006 roku „o opłacie skarbowej” (Dz. U. Nr 225, poz. 1635 ze zm.)