

sygn. akt: I C 2579/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 lutego 2018 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu, Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSO Tomasz Józkowiak

Protokolant: st. prot. sąd. Anita Kubale - Bacha

po rozpoznaniu w dniu 15 stycznia 2018 r., w P.

na rozprawie

sprawy z powództwa M. K. (1)

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w O.

przy interwencji ubocznej Towarzystwa (...) SA z siedzibą w W.

o zapłatę i ustalenie

1. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 2.000 zł (dwa tysiące złotych) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 30 października 2013 r. do dnia zapłaty,
2. oddała powództwo w pozostałej części,
3. nie obciąża powódki kosztami procesu poniesionymi przez pozwanego i interwenienta ubocznego.

/-/ SSO Tomasz Józkowiak

UZASADNIENIE

W dniu 16 września 2013 r. powódka M. K. (1) wniosła do tutejszego sądu pozew przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w O., w którym domagała się:

- zasądzenia od pozwanego na jej rzecz kwoty 250.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 15 lipca 2012 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia,
- zasądzenia od pozwanego na jej rzecz kwoty 500 zł miesięcznie, płatnej z góry do 10. dnia każdego miesiąca, począwszy od dnia wniesienia pozwu, tytułem renty za wywołanie u powódki rozstroju zdrowia,
- ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za skutki nieprawidłowo przeprowadzonego zabiegu operacyjnego,
- zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu powódka podała, że w dniu 6 listopada 2011 r. zgłosiła się do pozwanego szpitala celem wykonania wcześniej zaplanowanego leczenia operacyjnego - alloplastyki totalnej bezcementowej stawu biodrowego lewego. Powódka podała, że zabieg został zaplanowany na dzień 7 listopada 2011 r. Mimo że powódka została przygotowana do zabiegu i podano jej znieczulenie miejscowe, zabiegu nie przeprowadzono, zaś powódkę odwieziono z powrotem

na sałę, zaś sam zabieg przełożono na dzień 10 listopada 2011 r., motywując to koniecznością wykonania dodatkowego badania tomografii komputerowej miednicy. Powołując się na nieścisłości w dokumentacji medycznej prowadzonej przez szpital powódka podniosła, że są podstawy by sądzić, że już w dniu 7 listopada 2011 r. doszło do pierwszego błędu lekarskiego polegającego na zbędnym podaniu jej znieczulenia, które nie jest obojętne dla zdrowia i za każdym razem niesie ze sobą ryzyko, w szczególności w przypadku osób starszych i cierpiących na nadciśnienie. Powódka podała, że w dniu 10 listopada 2011 r. ponownie podano jej znieczulenie miejscowe i przystąpiono do wykonania zabiegu operacyjnego, a kolejnym błędem w działaniu lekarzy operujących był fakt, iż powódka w trakcie wykonywania zabiegu zaczęła odczuwać ból. Powódka podniosła, że w związku z odzyskaniem czucia została zaintubowana, lecz te zdarzenia naraziły ją na ogromny stres i cierpienie związane z odczuwaniem bólu podczas operacji oraz z uwagi na dalsze obciążanie jej organizmu kolejną dawką znieczulenia, tym razem ogólnego. Powódka wyjaśniła, że ma wątpliwości czy błędem lekarskim nie było już samo zakwalifikowanie jej do zabiegu operacyjnego i jego wykonanie w sytuacji, gdy nie wcześniej niż pięć lat przed przedmiotowym zabiegiem przeszła ona operację usunięcia organów rodnych, a nadto ma nadwagę. Wyjaśniła, że mimo długotrwałej rehabilitacji nie czuła się dobrze. Zdaniem powódki wykonanie operacji w wyniku której różnica długości kończyn sięga aż 3 cm (co biorąc pod uwagę jednocześnie występujące u niej po operacji przykurcze mięśni daje różnicę funkcjonalną na poziomie 4,5-5 cm) jest ewidentnym błędem lekarskim, którego skutki uniemożliwiają powódce chodzenie i normalne funkcjonowanie. W ocenie powódki uszczerbek na jej zdrowiu jest nie tylko trwały, ale i znaczny, sięgający być może nawet 40-50%, a powódka od czasu operacji nie może normalnie funkcjonować, wymaga nieustannej pomocy i opieki osób trzecich. Powódka podniosła, że nie jest w stanie w pełni samodzielnie się ubrać, najeść, umyć, problemy sprawia jej załatwianie potrzeb fizjologicznych, a każda próba pionizacji i poruszania się o kulach wiąże się ze znacznymi dolegliwościami bólowymi. Powódka wskazała, że powyższe sprawia, iż w istocie z kobiety aktywnej - gospodyni domowej, która zajmowała się domem i rodziną, gotowała, piekła, sprzątała stała się osobą „przykutą do łóżka”, niesamodzielną i wymagającą stałej pomocy i uwagi, a w jej własnym odczuciu wręcz niepotrzebną. Obecny stan zdrowia fizycznego odbija się także na jej stanie psychicznym. Powódka wyjaśniła nadto, że żądanie zasądzenia renty jest uzasadnione tym, że po błędnie wykonanej operacji, utraciła całkowicie samodzielność, co wiąże się z koniecznością stałej opieki nad nią przez członków rodziny i wpłynęło na zmniejszenie ich możliwości zarobkowych. Stan jej zdrowia, poza koniecznością stałego przyjmowania leków (w tym leków przeciwbólowych), wymaga także stałej rehabilitacji i usprawnienia, co powoduje, że dotychczasowe potrzeby powódki uległy znacznemu zwiększeniu. Żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość powódka uzasadniła faktem, że jej obecny stan zdrowia nadal nie jest zadowalający i na dzień dzisiejszy nie sposób przewidzieć rozwoju nękających ją dolegliwości bólowych oraz konkretnych negatywnych konsekwencji mogących jeszcze wystąpić w przyszłości. (k. 1-10)

W odpowiedzi na pozew z dnia 19 listopada 2013 r. pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w O. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zwrot kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwany podniósł, że powódka nie udowodniła przesłanek koniecznych do przypisania mu odpowiedzialności za błąd medyczny. Nadto pozwany wskazał, że w przypadku powódki najistotniejsza była rehabilitacja poszpitalna za którą pozwany nie odpowiadał. Podniósł, że skoro powódka wyraziła zgodę na zabieg operacyjny, to bezzasadne są zarzuty co do jego celowości. Zdaniem pozwanego błędem byłoby nieprzeprowadzenie zabiegu w ogóle, a nie zmiana terminu jego dokonania. Zdaniem pozwanego podanie pacjentowi znieczulenia ogólnego po uprzednim zastosowaniu znieczulenia miejscowego było właściwą decyzją zespołu operacyjnego. Pozwany podniósł, że przebyta przez powódkę choroba nowotworowa i związane z tym operacyjne usunięcie organów rodnych nie jest żadną przeszkodą do przeprowadzenia zabiegu stanowiącego przedmiot postępowania. Również otyłość powódki nie ma bezpośredniego wpływu na jakość przeprowadzenia zabiegu medycznego. Pozwany zaznaczył, że osobom otyłym zdecydowanie trudniej zmienić swoje nawyki fizyczne czyli zmusić się do aktywnej rehabilitacji, osoby te szybciej się męczą i najczęściej rezygnują z przeprowadzenia całej rehabilitacji lub odbywają ją w sposób nienależyty, a dla tego rodzaju zabiegu, a przede wszystkim jego skutków najważniejsza jest właśnie rehabilitacja. Pozwany zaznaczył, że powódka w sposób niemal akademicki opisuje skutki braku zastosowania właściwej rehabilitacji i te skutki nie mieszczą się w ramach powikłań pooperacyjnych. Pozwany podniósł również, że finansowy poziom roszczeń powódki jest nieuzasadniony. (k. 124-127)

Pismem z dnia 20 maja 2014 r. Towarzystwo (...) SA z siedzibą w W. zgłosiło interwencję uboczną po stronie pozwanej i wniosło o oddalenie powództwa w całości oraz o zwrot kosztów procesu.

W uzasadnieniu interwencji ubocznej podniósł, że pozwany od dnia 1 kwietnia 2011 r. do dnia 31 marca 2012 r. na mocy polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej był objęty przez interwenienta ochroną ubezpieczeniową oraz że z natury łączącego strony umowy stosunku prawnego wynika, że odpowiedzialność interwenienta jako ubezpieczyciela jest ściśle uzależniona od istnienia odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego. W przypadku zasądzenia w sprawie od pozwanego na rzecz powódki żądanego roszczenia, po stronie interwenienta ubocznego może powstać obowiązek zaspokojenia roszczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i dlatego też ubezpieczyciel ma interes prawny w tym, aby sprawa została rozstrzygnięta na korzyść pozwanego. Dalej interwencji ubocznej podniósł, że prowadzi postępowanie likwidacyjne w związku z roszczeniami zgłoszonymi przez powódkę, które do dnia zgłoszenia interwencji nie zostało zakończone wydaniem decyzji co do istoty sprawy. Interwencji ubocznej zakwestionował roszczenia powódki co do zasady i co do wysokości. Podniósł, że w sprawie nie został wykazany fakt odpowiedzialności za zdarzenie personelu pozwanego, a nadto roszczenie powódki o zapłatę kwoty 250.000 zł jest rażąco wygórowane. Zdaniem interwenienta ubocznego również wnioski o naprawienie szkody jest w okolicznościach przedmiotowej sprawy niezasadny. Interwencji ubocznej zakwestionował roszczenie także w zakresie żądania odsetek ustawowych, wskazując, iż z istoty spraw o zadośćuczynienie wynika, że dopiero w momencie wyrokowania przedmiotowe roszczenie staje się wymagalne. Zarzucił, że powódka nie wykazała roszczenia o zapłatę renty, jak również interesu prawnego w domaganiu się ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość. Nadto interwencji ubocznej podniósł, że zgodnie z umową ubezpieczenia łączącą go z pozwanym szpitalem suma gwarancyjna na jedno zdarzenie wynosi 46.500 euro, tj. 181.140 zł (przeliczone według średniego kursu Euro ogłoszonego przez NBP na dzień 3 stycznia 2011 r.). (k. 174-181)

W pismach z dnia 19 października 2015 r. i z dnia 11 marca 2016 r. powódka przedstawiła zastrzeżenia do opinii instytutu. (k. 559-563, 662-664)

W pismach z dnia 11 maja 2016 r. i z dnia 20 czerwca 2016 r. powódka przedstawiła zastrzeżenia do opinii biegłego z dziedziny anestezjologii. (k. 717-718, 762-763)

W pismach z dnia 2 czerwca 2017 r. i z dnia 21 sierpnia 2017 r. powódka przedstawiła zastrzeżenia do opinii biegłego z dziedziny chirurgii ogólnej oraz ortopedii i traumatologii. (k. 878-882, 916-918)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

W czerwcu 2011 r. powódka ze względu na bóle lewego biodra promieniujące do całej kończyny została skierowana na leczenie operacyjne - endoprotezoplastykę biodra lewego.

W dniu 6 listopada 2011 r. powódka została przyjęta do pozwanego szpitala - Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w O. w celu poddania jej leczeniu stawu biodrowego metodą endoprotezoplastyki ze względu na choroby zwyrodnieniowe stawu biodrowego lewego. Tego dnia przedstawiono powódce planowany sposób diagnostyki, leczenia i operacji oraz poinformowano powódkę o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu proponowanej diagnostyki i operacji. Powódka wyraziła zgodę na ewentualne zmodyfikowanie sposobu diagnostyki i operacji w niezbędnym zakresie, jeżeli sytuacja będzie tego wymagała, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej. Również w dniu 6 listopada u powódki wykonano konieczne badania, przeprowadzono konsultację anestezjologiczną (w trakcie której uzgodniono rodzaj znieczulenia - przewodowe podpajęczynówkowe), wykonano zdjęcie RTG oraz założono cewnik.

Operacja wszczepienia endoprotezy miała zostać przeprowadzona w trybie planowym i została zaplanowana na dzień 7 listopada 2011 r.

Przed operacją, w wywiadzie medycznym, lekarze z pozwanego szpitala ustalili, że powódka była wcześniej poddana leczeniu onkologicznemu w związku z nowotworem narządów płciowych oraz że leczenie to zakończyło się usunięciem

macy wraz z przydatkami oraz wyrostka robaczkowego. Nadto w wywiadzie ustalono, że powódka choruje na nadciśnienie tętnicze oraz cierpi na zespół bólowy kręgosłupa w odcinku lędźwiowo - krzyżowym, dyskopatię. W dokumentacji medycznej zaznaczono również, iż powódka jest osobą otyłą.

W dniu 7 listopada 2011 r. powódce założono cewnik, jak również została znieczulona w celu przeprowadzenia u niej planowanego zabiegu endoprotezoplastyki biodra lewego, lecz operacja ta się w tym dniu nie odbyła - zabieg odroczone w celu wykonania tomografii komputerowej miednicy z uwagi na obecny w RTG ubytek lityczny i wywiad onkologiczny. Powódce w dniu 7 listopada 2011 r. usunięto cewnik.

W związku z operacją planowaną na dzień 10 listopada 2011 r. powódce ponownie założono cewnik oraz podano znieczulenie - zastosowano tzw. znieczulenie podpajęczne (w kręgosłup). Po tym jak znieczulenie zaczęło działać lekarze ortopedzi przystąpili do zabiegu. W trakcie zabiegu powódka zaczęła odczuwać dolegliwości bólowe i wówczas lekarz anestezjolog zdecydowała o podaniu jej znieczulenia ogólnego, po uprzednim zaintubowaniu powódki.

U powódki przeprowadzono operację alloplastyki całkowitej bezcementowej stawu biodrowego lewego. Przebieg operacyjny był niepowikłany, rana pooperacyjna goiła się prawidłowo. Powódka wybudziła się w sali operacyjnej i została przekazana na oddział ortopedyczny. Po operacji powódkę podano rehabilitacji - zaczęto od pionizacji powódki w dniu 12 listopada 2011 r. W dniach 13-17 listopada 2011 powódkę w pozwanym szpitalu poddawano kinezyterapii.

W dniu 18 listopada 2011 r. powódkę wypisano do domu z zaleceniami m.in. kontroli w poradni ortopedycznej za sześć tygodni, kontynuacji ćwiczeń oraz chodzenia z użyciem kul łokciowych z obciążaniem kończyny. Standardowym postępowaniem jest również informowanie przez lekarzy pacjentów po operacji endoprotezoplastyki biodra, że nie mogą oni zakładać nogi na nogę ani leżeć na boku (czy to zdrowym, czy operowanym).

Po powrocie do domu powódka przez miesiąc, dwa razy w tygodniu, przez jedną godzinę była poddawana rehabilitacji przez zawodowego rehabilitanta. Koszt jednej wizyty rehabilitanta to 100 zł. Rehabilitant nauczył męża powódki, jakie ćwiczenia wykonywać z powódką i po tym czasie powódka ćwiczyła codziennie przez 15-20 minut z pomocą męża.

Po przeprowadzonym w pozwanym szpitalu zabiegu powódka nie wróciła do pełnej sprawności. Powódka zgłaszała się do lekarzy ze względu na ból i problemy z poruszaniem się. Lekarze wskazywali wówczas, że jedna noga jest krótsza i stąd problemy z chodzeniem. Lekarze radzili, że ten problem da się rozwiązać stosując wkładkę do buta lub podwyższoną podeszwę.

Obecnie powódka porusza się przy pomocy dwóch kul łokciowych oraz w bucie ortopedycznym na prawą nogę (wyrównanie 5 cm). Powódka nie może ani długo siedzieć, ani długo stać. Ze względu na problemy z poruszaniem się powódki, powódka i jej mąż musieli usunąć z domu wszystkie dywany i wyremontować podłogi. Powódka śpi na specjalnym materacu. W większości czynności dnia codziennego powódka korzysta z pomocy osób drugih (głównie męża i syna). Pomocą służą powódce również sąsiedzi. Pogorszeniu uległ również stan psychiczny powódki. Powódka czuje się ciężarem dla męża, jest rozżalona faktem, że nie jest samodzielna. Powódka często płacze. Powódka korzystała z pomocy lekarza psychiatry.

Przed operacją endoprotezoplastyki biodra lewego powódka była odbierana jako osoba bardzo energiczna i pomocna. Powódka znana była ze swoich zdolności kulinarnych i dorabiała pracując przy przygotowaniu posiłków zarówno na duże imprezy (wesela, komunie), jak i na mniejsze spotkania rodzinne. Obecnie powódka nie może wykonywać tego rodzaju prac.

dowód:

- informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej dla pozwanego - k. 128-129,
- dokumentacja medyczna - k. 13-14, 16-31, 461-496, 633-638, 665-668, 693-700, 919,

- zaświadczenie o prowadzonej rehabilitacji w warunkach domowych - k. 33,
- zeznania świadka C. K.,
- zeznania świadka J. F.,
- zeznania świadek B. J.,
- zeznania świadek A. B. (1),
- zeznania świadek E. P.,
- zeznania świadek M. R.,
- zeznania świadka M. S.,
- zeznania świadka D. N.,
- zeznania świadka M. K. (2),
- zeznania świadka M. W.,
- zeznania powódki

Orzeczeniem (...) ds. Orzekania o Niepełnosprawności w S. z dnia 17 kwietnia 2012 r. powódka została uznana za osobę niepełnosprawną w stopniu znacznym.

dowód:

- orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - k. 41, 639

Towarzystwo (...) SA z siedzibą w W. prowadzi działalność ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczeń majątkowych i osobowych.

W okresie od dnia 1 kwietnia 2011 r. do dnia 31 marca 2012 r. pozwany szpital posiadał w tym zakładzie ubezpieczeń ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w związku z prowadzoną przez siebie działalnością (w zakresie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej). Suma gwarancyjna została określona na kwotę 46.500 Euro na jedno zdarzenie i 275.000 Euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

dowód:

- odpis z rejestru przedsiębiorców KRS dla interwenienta - k. 183-187
- polisa - k. 189-190

Pismem z dnia 11 czerwca 2012 r., powódka wezwała pozwanego szpitala do zapłaty na jej rzecz kwoty 250.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w wyniku błędu lekarskiego podczas leczenia operacyjnego - alloplastyki całkowitej bezcementowej stawu biodrowego lewego.

dowód:

- wezwanie do zapłaty - k. 33-36

Przy przyjęciu powódki do pozwanego szpitala i w trakcie pobytu powódki w tym szpitalu w dniach od 6 do 18 listopada 2011 r., w tym w trakcie zabiegu przeprowadzonego w tym szpitalu u powódki w dniu 10 listopada 2011 r. nie doszło do nieprawidłowości, całe postępowanie diagnostyczno - lecznicze odbywało się w sposób prawidłowy i zgodny z aktualną wiedzą medyczną, z zastrzeżeniem jednak podania powódce znieczulenia miejscowego i założenia cewnika w dniu 7 listopada 2011 r. pomimo nieprzystąpienia tego dnia do zabiegu. Odstąpienie od zabiegu nastąpiło wówczas z uwagi na konieczność wykonania dodatkowego badania tomografem komputerowym. Badanie to powinno zostać wykonane wcześniej, przed podaniem powódce znieczulenia i założeniem cewnika.

Obecny stan zdrowia powódki wynika z wielu innych schorzeń dotykających i istniejących u powódki. Zabieg operacyjny z dnia 10 listopada 2011 r. został przeprowadzony w sposób prawidłowy i zgodny ze sztuką medyczną, a stan zdrowia powódki po tym zabiegu był dobry. Nieprawidłowości w funkcjonowaniu powódki wynikają z faktu istnienia u powódki przykurczu stawu kolanowego prawego i związanego z tym nieprawidłowego ustawienia, na różnym poziomie, stawów kolanowych przy równych podudziach. Takie ustawienie kończyn dolnych przez powódkę generuje u niej poczucie nierówności kończyn, które prawdopodobnie istniało już przed operacją z dnia 10 listopada 2011 r. (ale było wówczas kompensowane takim właśnie ustawieniem kończyn dolnych). Operacja endoprotezoplastyki (w trakcie której prawidłowo osadzono endoprotezę stawu biodrowego) spowodowała, że powódka odczuwa tę nierówność w sposób znacznie uciążliwy.

W chwili obecnej powódka wymaga opieki i pomocy osób drugich w codziennym funkcjonowaniu w wymiarze około 1-2 godzin dziennie. Ta pomoc jest potrzebna w czynnościach takich jak np. większe zakupy, generalne sprzątnięcie, mycie okien, pranie. W pozostałych czynnościach powódka nie wymaga pomocy. Konieczność korzystania przez powódkę z pomocy innych osób nie jest jednak następstwem leczenia operacyjnego przeprowadzonego w pozwanym szpitalu (to było prawidłowe), lecz wynika z ogólnego stanu zdrowia powódki będącego następstwem jej chorób zasadniczych. Wszystkie istniejące u powódki schorzenia, a szczególności schorzenia ortopedyczne rzutują na aktywność życiową powódki w sposób bardzo niekorzystny, utrudniając codzienne funkcjonowanie.

Rokowania co do stanu zdrowia powódki w przyszłości nie są dobre. Zważywszy, że zabieg operacyjny był przeprowadzony w dniu 10 listopada 2011 r., zabiegi rehabilitacyjne nie przyniosły spodziewanego skutku, to można z prawdopodobieństwem bliskim pewności stwierdzić, że dalsze zabiegi rehabilitacyjne nie są w stanie poprawić stanu ogólnego powódki. Intensywna rehabilitacja nie jest w sposób zdecydowany poprawić stanu zdrowia powódki.

Rehabilitacja medyczna prowadzona w pozwanym szpitalu bezpośrednio po leczeniu operacyjnym, a polegającą na nauce chodzenia, była prowadzona w sposób właściwy. Później przeprowadzona u powódki rehabilitacja nie była wystarczająca. Wykonujący ją rehabilitant błędnie założył, że zabieg operacyjny został przeprowadzony nieprawidłowo i zamiast walczyć z przykurczem zgięciowym prawego stawu kolanowego, skupił się na zupełnie innych problemach zdrowotnych powódki.

Istniejąca u powódki przed zabiegiem operacyjnym skolioza (będąca prawdopodobnie wynikiem nierówności kończyn dolnych) nie miała i nie ma wpływu na przebieg rehabilitacji powódki. Skolioza ta spowodowała, że po założeniu endoprotezy stawu biodrowego powódka mocniej odczuwała niedogodności związane z przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym, w tym większe dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowego kręgosłupa.

Przed podjęciem leczenia w pozwanym szpitalu powódka nie była osobą w pełni sprawną zarówno prywatnie, jak i zawodowo. Gdyby powódka była wówczas osobą w pełni sprawną nie byłoby wskazań do leczenia operacyjnego. Zmiany zwyrodnieniowe stawów i związane z tym trudności w poruszaniu się spowodowały konieczność leczenia operacyjnego powódki.

Znieczulenia wykonane u powódki w dniu 7 listopada 2011 r. i 10 listopada 2011 r. zostały wykonane w sposób prawidłowy. Rezygnacja z operacji pacjenta znieczulonego przewodowo lub ogólnie, do czego doszło w dniu 7 listopada 2011 r., nie powinna mieć miejsca.

Fakt, że w dniu 10 listopada 2011 r. pewne fragmenty operowanego obszaru nie były znieczulone jest zjawiskiem normalnym, które się zdarza w pewnym procencie przypadków i nie wynika z błędów lekarza czy innych nieprawidłowości. Z uwagi na powyższe znieczulenie przewodowe zostało u powódki uzupełnione znieczuleniem ogólnym przy zastosowaniu intubacji. To znieczulenie również przeprowadzono prawidłowo.

Dwukrotne przeprowadzenie znieczulenia podpajęczynówkowego w odstępie kilkudniowym nie miało negatywnych konsekwencji zdrowotnych dla powódki.

dowód:

- opinia instytutu,
- opinia biegłego z dziedziny anestezjologii,
- opinia biegłego z dziedziny chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii

Przedstawiony stan faktyczny sąd ustalił na podstawie powołanych wyżej dowodów, które uznał za wiarygodne.

Za szczególnie przydatne dla rozstrzygnięcia sprawy sąd uznał sporządzone w rozpoznawanej sprawie opinie - opinię instytutu, opinię biegłego z dziedziny chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii oraz opinię biegłego z dziedziny anestezjologii (z zastrzeżeniem co do opinii instytutu, o jakim mowa będzie poniżej). Opinie te poddawały się pozytywnej ocenie, gdyż pozostawały w zgodzie z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, osoby je sporządzające dysponowały wysokim poziomem wiedzy i doświadczenia zawodowego. Sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w opiniach wniosków nie budził zastrzeżeń sądu. Przyjęte przez autorów opinii wnioski zostały w logiczny i spójny sposób uzasadnione w oparciu o wskazania wiedzy z zakresu medycyny, a przy tym wszystkie opinie były spójne i wzajemnie się uzupełniały. Podkreślić przy tym należy, że autorzy opinii w sposób jasny, wyczerpujący i przekonujący ustosunkowali się do wszystkich uwag i zastrzeżeń powódki bądź to na piśmie, bądź też w trakcie przesłuchania na rozprawie.

Strona powodowa kwestionowała opinię sporządzoną przez lekarzy z Zakładu Medycyny Sądowej (...), wskazując m.in. że biegli błędnie przyjęli, iż przedmiotowa operacja skutkowałą redukcją dolegliwości bólowych u powódki. Powódka podnosiła także, iż biegli nie wzięli pod uwagę, że powódka przez (...) ds. Orzekania o Niepełnosprawności została uznana za osobę niepełnosprawną w stopniu znacznym. Powódka podniosła również, że biegli nie odnieśli się wyczerpująco do kwestii przeprowadzonej u niej rehabilitacji oraz wpływu dotychczasowych schorzeń na możliwość wykonania operacji endoprotezoplastyki. Ustosunkowując się do zastrzeżeń powódki instytut wyjaśnił, że ból jest odczuciem subiektywnym i jest przez pacjentów różnie relacjonowany, a biegli nie mają możliwości obiektywnej weryfikacji obecności dolegliwości bólowych i ich natężenia. Biegli wskazali, że w przypadku powódki komponenty endoprotezy zostały osadzone prawidłowo i nie ma obiektywnego uzasadnienia by stwierdzić, że powódka odczuwa znaczące bóle z powodu niewłaściwie przeprowadzonej operacji endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Biegli wyjaśnili również, że nie stwierdzili żadnej dysfunkcji czynnościowej, która uzasadniałaby orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji, a odnosząc się do kwestii rehabilitacji powódki po zabiegu zaznaczyli, że z dokumentacji medycznej nie wynika, by usprawnianie pooperacyjne zostało przeprowadzone nieprawidłowo.

Sąd uznał, że opinia instytutu może stanowić podstawę wyrokowania jako rzetelna, wyczerpująca i przekonująca. Sąd uznał jednak, że w sposób niedostateczny uwypukliła ona okoliczność, iż w dniu 7 listopada 2011 r. powódce podano znieczulenie miejscowe i założono cewnik w związku z przygotowaniem jej do zabiegu, a następnie od niego odstąpiono. W ocenie sądu taka sytuacja nie jest prawidłowa, co więcej - jest niedopuszczalna. Świadczy ona, zdaniem sądu, o niewłaściwym przygotowaniu lekarzy do zabiegu, którzy nie zweryfikowali w sposób rzetelny dokumentacji pacjentki i nie ocenili czy jest ona kompletna. Taka sytuacja nie powinna mieć miejsca również, gdy zważyć na fakt, że zabieg powódki był zabiegiem planowym. Narażanie pacjenta na niepotrzebny stres związany z podaniem znieczulenia, założeniem cewnika i przygotowaniem do zabiegu w sytuacji, gdy z uwagi na niewykonanie

wszystkich koniecznych badań zabieg ten nie będzie mógł zostać przeprowadzony uznać należy za nieprofesjonalne i nieprawidłowe.

W pełni przydatna dla rozstrzygnięcia sprawy okazała się być opinia biegłego z dziedziny chirurgii ogólnej, (...). Opinia ta była szczegółowa, logicznie uporządkowana i spójna. Została sporządzona w oparciu o dokonane przez biegłego badanie powódki oraz dokumentację medyczną znajdującą się w aktach sprawy oraz przedstawioną biegłemu przez powódkę. Wnioski opinii zostały przedstawione w sposób jednoznaczny, kategoriyczny oraz zostały szczegółowo umotywowane. Opinia ta wzmacniała walor dowodowy opinii instytutu. Obie opinie wzajemnie ze sobą korelowały. Co istotne, biegły odniósł się szczegółowo i wyczerpująco do wszystkich zastrzeżeń powódki zarówno na piśmie, jak i w trakcie dwukrotnego przesłuchania na rozprawie. Te dodatkowe wyjaśnienia biegłego sąd uznał za w pełni przekonujące. Powódka nie naprowadziła jakichkolwiek zarzutów, które pozwalałyby skutecznie zakwestionować opinię biegłego, bądź które choćby rodziłyby wątpliwości co jej prawidłowości.

Powódka kwestionowała także opinię biegłego z dziedziny anestezjologii dr. Z. R., lecz i ten biegły w sposób wyczerpujący i przekonujący odniósł się do uwag i zastrzeżeń powódki co do sporządzonej przez niego opinii pisemnej. Należy jednocześnie podkreślić, że biegły anestezjolog zwrócił uwagę na tak akcentowaną przez powódkę nieprawidłowość polegającą na podaniu jej znieczulania w dniu 7 listopada 2011 r., mimo że zabieg nie został tego dnia przeprowadzony.

Podkreślić jednocześnie należy, że ostatecznie strona powodowa nie domagała się przeprowadzenia dowodu z opinii innego biegłego.

Na rozprawie w dniu 15 stycznia 2018 r. sąd oddalił wniosek pełnomocnika powódki o uzupełniające przesłuchanie powódki (k. 979), uznając, że przeprowadzenie tego dowodu jest niecelowe. Powódka została już w sprawie wyczerpująco przesłuchana. Po sporządzeniu przez instytut i biegłych opinii nie ujawniły się zaś żadne nowe okoliczności, które nakazywałyby przeprowadzić dowód z uzupełniającego przesłuchania powódki. Należy podkreślić, że dowód z przesłuchania stron przeprowadza się co do zasady jedynie wtedy, gdy po wyczerpaniu środków dowodowych lub w ich braku powstały niewyjaśnione fakty istotne dla rozstrzygnięcia sprawy (art. 299 k.p.c.). Sytuacja taka nie zachodziła w rozpoznawanej sprawie.

Sąd nie prowadził postępowania dowodowego w szerszym zakresie, albowiem strony się tego nie domagały, a i sąd nie znalazł podstaw, by postępowanie dowodowe uzupełnić z urzędu.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz nieobowiązująca już ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu stanowiły, iż podstawową jednostką organizacyjną utworzoną w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia jest „zakład opieki zdrowotnej”, czyli wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków (np. szpital, zakład opiekuńczo - leczniczy, sanatorium, poradnia, pracownia diagnostyczna itp.), przy czym zakłady te mogły być bądź to publiczne, bądź niepubliczne. Publiczne zakłady opieki zdrowotne mogły być tworzone m.in. przez ministra, wojewodę, czy jednostkę samorządu terytorialnego i prowadzone np. w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które uzyskiwały osobowość prawną z chwilą wpisania do rejestru.

W art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (która uchyliła pierwszą z powołanych wyżej ustaw) wskazano natomiast, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej są podmiotami leczniczymi.

W literaturze przedmiotu podnosi się, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, uzyskujące osobowość prawną z chwilą wpisu do rejestru, ponoszą odpowiedzialność jak każda państwowa osoba prawna w rozumieniu art. 420 k.c., zaznaczając, że przepis ten odsyła w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez funkcjonariusza państwowej osoby prawnej do art. 417-419 k.c. (zob. Komentarz do kodeksu cywilnego pod red. Gerarda Bieńka, Księga trzecia, Zobowiązania, tom 1, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1999, komentarz do art. 417 k.c., str. 248).

Z kolei w wyroku z dnia 1 grudnia 2010 r. (I CSK 109/10) Sąd Najwyższy stwierdził, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, mający osobowość prawną, w ogóle nie może ponosić odpowiedzialności na tych samych zasadach co państwowe i samorządowe osoby prawne wykonujące władzę publiczną w rozumieniu art. 417 k.c.

Działalność usługowa w zakresie służby zdrowia nie jest działalnością z zakresu imperium. Jeśli jest ona wykonywana przez specjalnie powołany do tego celu zakład opieki zdrowotnej posiadający osobowość prawną, to kwestię odpowiedzialności rozstrzygnąć należy na zasadach ogólnych, określonych w art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18 sierpnia 2006 r., I ACa 620/06). Pozwany - jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej - za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych odpowiada więc na podstawie powołanych przepisów.

Jeśli „sprawcami” szkody są pracownicy szpitala, to obowiązany do zadośćuczynienia będzie szpital (wynika to z art. 430 k.c. i art. 120 k.p.). Stosownie bowiem do art. 430 k.c. 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.

W doktrynie i orzecznictwie ukształtował się w miarę jednolity model tej odpowiedzialności, w którym pojęcie podporządkowania rozumie się szeroko, uznając za wystarczające stwierdzenie „ogólnego”, czy też „ogólno-organizacyjnego” kierownictwa, jak również ogólnego charakteru wiążących wskazówek. Przy tej interpretacji, zachowanie przez wykonującego powierzone czynności określonej samodzielności nie wyłącza istnienia podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Rzeczywista trudność w ocenie tego stosunku występuje przede wszystkim w odniesieniu do osób posiadających wysokie kwalifikacje zawodowe i podejmujących decyzje na podstawie specjalistycznej wiedzy. W praktyce sądowej najczęściej rozstrzygano ten problem w sprawach dotyczących szkód wyrządzonych przez lekarzy, a więc osoby niewątpliwie zachowujące niezależność w procesie leczenia, diagnozy i terapii. W judykaturze 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 jest pracownikiem zakładu opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 120 k.p., w razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej, zobowiązany do naprawienia szkody jest wyłącznie pracodawca. Zakład opieki zdrowotnej może jednak, również na podstawie art. 430 k.c., ponosić odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną z winy lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, która powstała przy wykonywaniu czynności na podstawie łączącej ich umowy o świadczenie usług medycznych (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., Biuletyn Sądu Najwyższego 2011/3/15). Zgodnie z treścią ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (w brzmieniu po zmianach z dnia 5 grudnia 1997 r.), organ tworzący oraz samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej mogli udzielać zamówienia na świadczenia zdrowotne m.in. osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki, przy czym w takim przypadku zastrzeżono, że odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie udzielający zamówienie i przyjmujący zamówienie (art. 35 ust. 5 ustawy). W zasadzie tożsamej regulacji doszukać się należy w przepisie art. 33 obecnie obowiązującej ustawy o działalności leczniczej.

Aktualnie zarówno w doktrynie, jak i w orzecznictwie wskazuje się, że mimo samodzielności lekarzy dokonujących czynności diagnostycznych i terapeutycznych, powszechnie przyjmuje się na podstawie art. 430 k.c. odpowiedzialność jednostek organizacyjnych, na rachunek których lekarze wykonują te czynności (zob. W. Czachórski, Zobowiązania, 2002, s. 224; Z. Radwański, A. Olejniczak, Zobowiązania, 2008, nb 546; M. Sośniak, Cywilna odpowiedzialność lekarza, Warszawa 1977, s. 37-43, Adam Olejniczak, Komentarz do art. 430 Kodeksu cywilnego, System Informacji Prawnej LEX). W uzasadnieniu wyroku z dnia 7 marca 2008 r. Sąd Apelacyjny w Katowicach stwierdził, iż struktura organizacyjna podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych i zakres ich zadań określa ramy odpowiedzialności za szkody wyrządzone korzystającym z tych świadczeń. W szczególności należy wskazać, że samodzielne publiczne

zakłady opieki zdrowotnej, uzyskujące osobowość prawną z chwilą wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego, ponoszą odpowiedzialność deliktową jak każda osoba prawna (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 7 marca 2008 r., I ACa 910/07). Podobnie wypowiedział się Sąd Najwyższy, który w uzasadnieniu wyroku z dnia 26 stycznia 2011 r. wskazał, że niezależność zawodowa lekarza w zakresie sztuki medycznej nie sprzeciwia się stwierdzeniu stosunku podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c., a status zakładu leczniczego, będącego niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej, nie wyklucza go z kręgu podmiotów powierzających czynności innym w rozumieniu tego przepisu. Zasady odpowiedzialności niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, które wykonują czynności lecznicze, udzielając świadczeń zdrowotnych w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, nie różnią się bowiem od reguł odpowiedzialności zakładów publicznych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10, por. również wyrok Sądu Najwyższego z 8 stycznia 1965 r., II CR 2/65).

Podstawa faktyczna żądania pozwu ograniczona została do uchybień, jakich w diagnostyce i leczeniu powódki dopuścić się miały osoby wykonujące swe obowiązki w ramach Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w O.. Wobec naprowadzonych wyżej okoliczności stwierdzić należy, że bez znaczenia dla odpowiedzialności tego podmiotu pozostawało czy były one związane z nim stosunkiem pracy czy też innym stosunkiem prawnym. Strona pozwana nie podnosiła zresztą w toku procesu, by czynności diagnostycznych i leczniczych dokonywały względem powódki osoby, które nie pozostawały w jakimkolwiek stosunku podporządkowania względem Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w O..

W myśl art. 430 k.c., 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. Przesłanki roszczenia z art. 430 k.c. są zatem następujące: (1) powierzenie wykonania czynności na własny rachunek osobie podlegającej kierownictwu powierzającego, (2) zawinione zachowanie niedozwolone podwładnego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, (3) szkoda, (4) związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem podwładnego a szkodą. Dowód co do tych okoliczności, w tym również co do winy bezpośredniego sprawcy szkody, obciąża poszkodowanego.

Rozwiązanie przyjęte w powołanym przepisie zaostrza odpowiedzialność w porównaniu z art. 429 k.c. Inaczej niż w art. 429 k.c. nie wchodzi w grę możliwość ekskulpacji powierzającego wykonanie czynności przez wykazanie braku jego winy. Odpowiedzialność powierzającego z art. 430 k.c. jest niezależna od winy własnej i została ukształtowana na zasadzie ryzyka. W konsekwencji nie może on uchylić się odpowiedzialności, przeprowadzając dowód co do braku winy, w tym m.in. co do starannego wyboru wykonawcy czynności. Powierzającym na własny rachunek wykonanie czynności może być zarówno osoba fizyczna, jak i (częściej) osoba prawna. Powierzenie może nastąpić na podstawie stosunku prawnego (mającego swoje źródło w umowie cywilnoprawnej, stosunku pracy, ustawie) lub nawet stosunku faktycznego (zob. Kodeks cywilny. Komentarz do artykułów 1-449(11), tom I, pod red. Krzysztofa Pietrzykowskiego, Wydawnictwo C.H. BECK, Warszawa 2008, str. 1356-1357).

Powódka w rozpoznawanej sprawie domagała się zasądzenia na jej rzecz zadośćuczynienia oraz renty. Podstawę prawną tych żądań stanowią przepisy art. 444 § 2 k.c. i 445 § 1 k.c. Zgodnie z art. 444 k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszystkie wyniki z tego powodu koszty (§ 1), a jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty (§ 2). Zgodnie natomiast z art. 445 § 1 k.c., w sytuacji o której mowa w art. 444 k.c., sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Należy jednocześnie podkreślić, że obowiązek naprawienia szkody (krzywdy) powstaje wówczas, gdy błąd medyczny jest zawiniony przez lekarza i jednocześnie spełnione zostaną pozostałe przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej przewidziane w kodeksie cywilnym. Rozwiązanie to pozostaje w zgodzie z podstawową regułą obowiązującą w płaszczyźnie kompensacji szkód medycznych, w myśl której wykazanie winy jest niezbędne zarówno dla zaistnienia odpowiedzialności lekarza za własny czyn wyrządzający szkodę (w sytuacji, gdy wina stanowi

podstawę odpowiedzialności), jak i odpowiedzialności szpitala za działania lekarza (jeśli wina stanowi przesłankę odpowiedzialności za czyn cudzy).

Wina z art. 415 k.c. obejmuje dwa elementy: obiektywny (bezprawność działania) i subiektywny (podmiotową zarzucalność czynu). Błąd medyczny, jak wskazuje się w orzecznictwie, wypełnia element obiektywny - stanowi jeden z przejawów bezprawności jako postępowanie (działanie lub zaniechanie) sprzeczne z aktualnie obowiązującymi zasadami wiedzy i nauki medycznej. Jest więc kategorią niezależną od osoby konkretnego lekarza (jego indywidualnych cech i umiejętności) oraz od okoliczności, w których podejmował on czynności z zakresu diagnozy i terapii. Czynność medyczna (diagnoza, zabieg) albo odpowiada stanowi wiedzy albo nie. Dopiero stwierdzenie, że doszło do naruszenia reguł fachowego postępowania umożliwia dokonanie oceny, czy błąd medyczny jest jednocześnie przez lekarza zawiniony subiektywnie, tzn. czy stanowi następstwo niedołożenia należytej staranności w działaniu. Należyta staranność, to zgodnie z art. 355 k.c., staranność wymagana w stosunkach danego rodzaju. Od lekarza wymaga się jednak staranności podwyższonej, z uwagi na profesjonalny charakter jego działań i ich przedmiot. Jeżeli natomiast lekarz dopuścił się wprawdzie błędu medycznego (postąpił wbrew zasadom wiedzy medycznej), lecz w jego działaniu nie można stwierdzić braku należytej staranności (gdyż w okolicznościach konkretnego przypadku uczynił wszystko w granicach swoich możliwości i dostępnych środków, a jego postępowanie odpowiada in casu modelowi wzorcowemu), nie można przypisać mu winy, a tym samym - obciążyć odpowiedzialnością za szkodę. Sytuacja taka może mieć miejsce np. przy zabiegach operacyjnych szczególnie trudnych i skomplikowanych, w nieprawidłowych warunkach anatomicznych, kiedy najwyższej klasy specjalista nie byłby w stanie uniknąć błędu.

Zasadnym okazało się wyłącznie żądanie zasądzenia na rzecz powódki zadośćuczynienia, niemniej jednak w dużo mniejszym niż dochodzony zakresie i tylko w oparciu o jedną z przytoczonych przez powódkę podstaw faktycznych.

I tak, należy stwierdzić, że w pozwanym szpitalu w sposób obiektywnie nieprawidłowy i zawiniony przez lekarzy tego szpitala podano powódce w dniu 7 listopada 2011 r. znieczulenie miejscowe i założono cewnik, a to w związku z przygotowaniem do zaplanowanego zabiegu. Jak się bowiem okazało, dopiero po dokonaniu tych czynności, lekarze nie dysponowali całością dokumentacji medycznej, a mianowicie - do przeprowadzenia zabiegu koniecznym okazało się jeszcze badanie tomografem komputerowym, którego wcześniej nie wykonano. W związku z tym lekarze pozwanego podjęli decyzję o odstąpieniu do zabiegu, zaś powódka z sali zabiegowej została przewieziona z powrotem na salę chorych, zaś założony jej wcześniej cewnik usunięto. Należy podkreślić, że taka sekwencja zdarzeń nie była zarówno przez pozwanego, jak i interwenienta ubocznego kwestionowana. Twierdzenia pozwu w tym zakresie uznać zatem można było za przyznane (art. 230 k.p.c.). Niezależnie od powyższego, znajdowały one potwierdzenie w dokumentacji medycznej pozwanego szpitala.

Zarówno w opinii biegłego anestezjologa, jak i w opinii instytutu wskazanym zostało, że taka sytuacja nie jest prawidłowa, choć w tej ostatniej opinii ta wadliwość działania lekarzy w powyższym zakresie, zdaniem sądu, nie została dostatecznie uwypuklona. Nie może bowiem stanowić jej usprawiedliwienia sama tylko okoliczność, że wykonanie badania tomografem komputerowym okazało się konieczne. Ten fakt lekarze winni bowiem byli stwierdzić przed przygotowaniem powódki do zabiegu. Okoliczność, że tak się nie stało świadczy o wadliwej organizacji procedury zabiegowej u pozwanego. Jednoznacznie krytycznie należy ocenić sytuację, w której pacjent przygotowywany jest do zabiegu, podano mu znieczulenie, założono cewnik i dopiero wówczas przystępuje się do kontroli i analizy wyników jego badań. Takie czynności należało wykonać wcześniej. Strona pozwana nie tylko nie wykazała, ale nawet nie próbowała wykazać zaistnienia jakichś szczególnych okoliczności, które wyjaśniałyby ten nieprawidłowy stan rzeczy. Fakt, że lekarze podejmują na sali zabiegowej, po podaniu pacjentowi znieczulenia i założeniu mu cewnika decyzję o przeprowadzeniu dodatkowych badań (mimo że stan pacjenta nie uległ nagłej zmianie) i w związku z tym odstępują od zabiegu świadczy w sposób oczywisty o nieprawidłowym przygotowaniu się do zabiegu. I to, co należy podkreślić z całą mocą, do zabiegu planowego. Takie zaś działanie bez wątplenia uznać należy za bezprawne (jako sprzeczne ze wskazaniami wiedzy medycznej) i zawinione. Może więc ono stanowić podstawę przyznania zadośćuczynienia.

Z uwagi na niewymierność krzywdy, określenie w konkretnym wypadku odpowiedniej sumy pozostawione zostało przez ustawodawcę sądowni. Sąd dysponuje w takim wypadku większym zakresem swobody, niż przy ustalaniu

szkody majątkowej i sumy potrzebnej do jej naprawienia. Wskazuje się przy tym, że kryteria istotne przy ustalaniu „odpowiedniej” sumy zadośćuczynienia to: rodzaj naruszonego dobra, zakres i rodzaj rozstroju zdrowia, czas trwania cierpienia, wiek pokrzywdzonego, intensywność ujemnych doznań fizycznych i psychicznych, rokowania na przyszłość, stopień winy sprawcy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 2006 r., IV CSK 99/05). Podkreśla się również, że zadośćuczynienie za doznaną krzywdę ma mieć charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może stanowić kwoty symbolicznej, lecz musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość (tak Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 8 listopada 2005 r., I ACa 329/05).

Sąd uznał, że na skutek opisanego wcześniej zaniedbania, do którego doszło w pozwanym szpitalu powódka doznała krzywdy. Dla każdego przygotowanie się do zabiegu (operacji) stanowi bez wątpienia źródło dużego stresu. Tak było i w przypadku powódki. Powódce podano znieczulenie podpajęczynówkowe, założono cewnik i przygotowano do zabiegu po to tylko, by chwilę później od niego odstąpić. Czynności te bez wątpienia były dla powódki dokuczliwe i stresujące. Samo zaś odwołanie zabiegu w takich okolicznościach mogło i rodziło u niej obawy co do rzeczywistego stanu jej zdrowia. Powódka miała prawo obawiać się czy jej stan nie jest gorszy od podawanego, jak również wyrażać obawy czy zabieg w ogóle zostanie przeprowadzony skoro tak nagle od niego odstąpiono. Samo podanie znieczulenia podpajęczynówkowego i jego utrzymywanie się przez kilka kolejnych godzin jest dla pacjenta mało przyjemne. Tę samą ocenę należy odnieść dla założenia pacjentowi cewnika. Gdy wziąć pod uwagę, że czynności tych dokonano bezzasadnie, nie sposób jest odrzucić tezy, że były one dla powódki źródłem niepotrzebnego stresu, a tym samym doznanej krzywdy.

Z drugiej jednak strony sąd wziął pod uwagę, że zakres wynikających z tego faktu uciążliwości po stronie powódki nie był znaczny i utrzymywał się tylko przez kilka godzin. Samo zaś podanie znieczulenia miejscowego, co potwierdził biegły anestezjolog, nie wiąże i nie wiązało się dla powódki z negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi. Stan zdrowia powódki na skutek tych czynności nie uległ pogorszeniu, jak również nie nastąpiły żadne negatywne następstwa tychże działań medycznych.

Biorąc pod uwagę wszystkie naprowadzone powyżej okoliczności, sąd uznał, że zasądzeniu tytułem zadośćuczynienia podlega na rzecz powódki kwota 2.000 zł. Zdaniem sądu wskazana kwota nie stanowi sumy wygórowanej i pozostaje we właściwej korelacji z rozmiarem cierpienia, jakich wskutek przedstawionych wyżej okoliczności doznała powódka, stanowiąc należytą za nie rekompensatę. Zadośćuczynienie, jak wcześniej podkreślono, musi pozostawać w granicach przystających do wieku poszkodowanego oraz rozmiarów doznanej krzywdy, a przy tym powinno odpowiadać aktualnym warunkom ekonomicznym i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa. I choć nie może ono stanowić kwoty symbolicznej, to jednak nie powinno zmierzać do wzbogacenia się poszkodowanego. Bacząc zaś na wszystkie te okoliczności, sąd uznał, że zadośćuczynienie ukształtowane na wskazanym wyżej poziomie spełniać będą swą ustawową funkcję.

Podstawę rozstrzygnięcia o odsetkach ustawowych za opóźnienie stanowiły przepisy art. 481 § 1 i 2 k.c. i art. 455 k.c. Wskazać w tym miejscu należy, że kwestia terminu wymagalności roszczenia o zadośćuczynienie bywa rozbieżnie przedstawiana w orzecznictwie sądów powszechnych, jak i Sądu Najwyższego. W wyroku z dnia 8 sierpnia 2012 r. (sygn. I CSK 2/12) Sąd Najwyższy stwierdził, że należy łączyć przyznanie odsetek ustawowych z wymagalnością roszczenia o zadośćuczynienie, do której dochodzi niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do zapłaty, stosownie do art. 455 k.c. Według odmiennego zapatrywania, zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę wymagalne staje się dopiero z dniem wyrokowania (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 20 marca 1998 r., II CKN 650/97; z dnia 4 września 1998 r., II CKN 875/97; z dnia 9 września 1999 r., II CKN 477/98).

Sąd orzekający w niniejszej sprawie podziela natomiast pogląd, że wymagalność roszczenia o zadośćuczynienie zależy od okoliczności konkretnej sprawy. W uzasadnieniu wyroku z dnia 8 marca 2013 r. (III CSK 192/12) Sąd Najwyższy zwrócił uwagę, że odsetki należą się za sam fakt opóźnienia się dłużnika w spełnieniu świadczenia pieniężnego (art. 481 § 1 k.c.). Konstrukcja prawa do żądania odsetek przez wierzyciela od dłużnika za czas opóźnienia jest dostosowana do świadczeń typowo pieniężnych i zakłada, że dłużnik wiedział nie tylko o obowiązku świadczenia na rzecz wierzyciela, ale także znał wysokość świadczenia, które ma spełnić. Specyfika świadczenia zadośćuczynienia pieniężnego jest

jednak tego rodzaju, że jego wysokość nie jest ściśle określona przez przepisy prawa, lecz ma charakter ocenny. W konsekwencji, dłużnik, który zna wyłącznie wysokość żądania uprawnionego, nie ma pewności, czy żądana kwota zadośćuczynienia jest słuszna nie tylko co do zasady, ale również co do wysokości. Specyfika tego świadczenia powinna mieć również wpływ na określenie daty, od której powstał stan opóźnienia w spełnieniu tego świadczenia. Z tej perspektywy istotne jest nie tylko to, czy dłużnik znał wysokość żądania uprawnionego, ale także to, czy znał lub powinien znać okoliczności decydujące o rozmiarze należnego od niego zadośćuczynienia. Uwzględniając powyższe o terminie, od którego należy naliczać odsetki decyduje także kryterium oczywistości żądania zadośćuczynienia. Jeżeli bowiem w danym przypadku występowanie krzywdy oraz jej rozmiar są ewidentne i nie budzą większych wątpliwości, trzeba przyjąć, że odsetki powinny być naliczane od dnia wezwania do zapłaty od kwoty, która była wówczas usprawiedliwiona. W innych przypadkach należne są wierzycielowi od daty późniejszej (w tym również od dnia wyrokowania). Przedstawiony powyżej pogląd uznać należy za w pełni uzasadniony.

Podkreślić jednocześnie należy, że w sytuacji, jak ma to miejsce w rozpoznawanej sprawie, gdy wymagalność roszczenia zależy od wezwania dłużnika do zapłaty (art. 455 k.c.), koniecznym jest dla uznania, że dłużnik pozostaje w opóźnieniu w spełnieniu świadczenia, by wierzyciel w wezwaniu precyzyjnie oznaczył zapłaty jakiej należności się domaga i z jakiego dokładnie tytułu. Powódka wezwała wprawdzie pozwanego do zapłaty zadośćuczynienia jeszcze przed wszczęciem niniejszego postępowania, tym niemniej w wezwaniu nie wskazała, że żądanie wynika również z krzywdy doznanej na skutek przygotowania jej do zabiegu w dniu 7 listopada 2011 r., w tym niepotrzebnego podania jej wówczas znieczulenia miejscowego i założenia cewnika. Sąd uznał zatem, że prawidłowe wezwanie do zapłaty stanowił dopiero pozew w niniejszej sprawie, w którym powódka wyraźnie na te okoliczności się powołała. Został on doręczony pozwanemu w dniu 29 października 2013 r., a w konsekwencji odsetki ustawowe za opóźnienie od zasądanego zadośćuczynienia podlegały zasądzeniu na rzecz powódki dopiero od dnia następnego po dniu doręczenia pozwu, tj. od dnia 30 października 2013 r.

Sąd uznał, że w rozpoznawanej sprawie zaistniały podstawy do zasądzenia odsetek ustawowych za opóźnienie od należności głównej od wezwania pozwanego do zapłaty dokonanego pozwem (a nie np. dopiero od dnia wyrokowania). Za takim stanowiskiem przemawiała w szczególności okoliczność, że wezwanie to powódka skierowała na kilka lat po zdarzeniu, a w konsekwencji możliwym było już w tej dacie określenie całości negatywnych jego następstw. Sąd uznał również, że zasądzenie na rzecz uprawnionej odsetek ustawowych za opóźnienie od przyznanego zadośćuczynienia od wskazanej wyżej daty nie spowoduje zatracenia funkcji kompensacyjnej samego zadośćuczynienia.

W dalej idącym zakresie wywiedzione powództwo nie było zasadne. Poza omówionymi wyżej, sąd nie dopatrył się jakichkolwiek nieprawidłowości w diagnozowaniu i leczeniu powódki w pozwanym szpitalu. Ze wszystkich sporządzonych w sprawie opinii instytutu i biegłych wynika, że leczenie powódki w pozwanym szpitalu w okresie od 6 do 18 listopada 2011 r. było prawidłowe (z zastrzeżeniem co do okoliczności, które z przyczyn wcześniej omówionych stanowiły podstawę zasądzenia na jej rzecz zadośćuczynienia). Biegli z Zakładu Medycyny Sądowej (...) oraz biegły A. B. (2) w sposób kategoryczny uznali, że przy przyjęciu powódki do pozwanego szpitala i w trakcie pobytu powódki w tym szpitalu w dniach od 6 do 18 listopada 2011 r., w tym w trakcie zabiegu przeprowadzonego w tym szpitalu u powódki w dniu 10 listopada 2011 r. nie doszło do nieprawidłowości, a całe postępowanie diagnostyczno - lecznicze odbywało się w sposób prawidłowy i zgodny z aktualną wiedzą medyczną. Postępowanie lekarzy i personelu pozwanego szpitala było więc prawidłowe, zgodne z zasadami wiedzy medycznej i wobec tego brak jest podstaw do uznania, że doszło do błędu w sztuce medycznej.

Powódka podnosiła w szczególności, że po przeprowadzonym w pozwanym szpitalu zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego jej stan zdrowia znacznie się pogorszył - z osoby sprawnej stała się osoba niepełnosprawną, cierpiącą na liczne bóle, mającą problem nie tylko z poruszaniem się, ale w zasadzie z wykonywaniem niemal wszystkich czynności życia codziennego. Taka zmiana w funkcjonowaniu powódki również nie może uzasadniać przypisania pozwanemu odpowiedzialności za błąd medyczny. Jak wynika z opinii biegłych obecny stan zdrowia powódki wynika z wielu innych schorzeń dotyczących i istniejących u powódki wcześniej, przed zabiegiem będącym przedmiotem niniejszego postępowania. Biegli podkreślili, że zabieg operacyjny z dnia 10 listopada 2011 r. został przeprowadzony w sposób prawidłowy i zgodny ze sztuką medyczną, a stan zdrowia powódki po tym zabiegu

był dobry. Nieprawidłowości w funkcjonowaniu powódki wynikają z faktu istnienia u powódki przykurczu stawu kolanowego prawego i związanym z tym nieprawidłowym ustawieniem, na różnym poziomie stawów kolanowych przy równych podudziach. Takie ustawienie kończyn dolnych generuje u powódki poczucie ich nierówności, które prawdopodobnie istniało już przed zabiegiem operacyjnym z dnia 10 listopada 2011 r., ale było kompensowane odpowiednim ustawieniem kończyn dolnych. Operacja endoprotezoplastyki (w trakcie której prawidłowo osadzono endoprotezę stawu biodrowego) spowodowała, że powódka odczuwa tę nierówność w sposób znacznie uciążliwy.

Dla rozstrzygnięcia sprawy nie ma znaczenia również i to, że w chwili obecnej powódka wymaga opieki i pomocy osób drugich w codziennym funkcjonowaniu, gdyż nie jest to następstwem nieprawidłowości w leczeniu operacyjnym przeprowadzonym w pozwanym szpitalu (to było prawidłowe), lecz wynika z ogólnego stanu zdrowia powódki. Jak ocenili biegli wszystkie istniejące u powódki schorzenia, a szczególności schorzenia ortopedyczne rzutują na aktywność życiową powódki w sposób bardzo niekorzystny, utrudniając codzienne funkcjonowanie.

Pozwanemu szpitalowi nie można również skutecznie zarzucić, by rehabilitacja medyczna jaką przeprowadzono bezpośrednio po leczeniu operacyjnym powódki, a polegająca na nauce chodzenia, była nieprawidłowa. Z opinii biegłych wynika, że została ona przeprowadzona w sposób właściwy. To rehabilitacja prowadzona na zlecenie powódki, poza pozwanym szpitalem, nie była wystarczająca. Jak wyjaśnił biegły A. B. (2), rehabilitant błędnie założył, że zabieg operacyjny został przeprowadzony nieprawidłowo i zamiast walczyć z przykurczem zgięciowym prawego stawu kolanowego, skupił się na zupełnie innych problemach zdrowotnych powódki.

Lekarzom zajmującym się powódką w pozwanym szpitalu nie można również zarzucić, że przeprowadzili u powódki zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego mimo istniejących u powódki schorzeń (skolioza, przebyte leczenie onkologiczne), które mogły stanowić przeciwwskazanie do leczenia metodą endoprotezoplastyki. Z opinii biegłych wynika, że istniejąca u powódki przed zabiegiem operacyjnym skolioza (będąca prawdopodobnie wynikiem nierówności kończyn dolnych) nie miała i nie ma wpływu na przebieg rehabilitacji powódki. Jednocześnie biegli wyjaśnili, że skolioza ta spowodowała, że po założeniu endoprotezy stawu biodrowego powódka mocniej odczuwała niedogodności związane z przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym, w tym większe dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Biegli wyjaśnili również, że przebyte leczenie onkologiczne oraz masa ciała powódki nie mogły stanowić przeciwwskazania do leczenia metodą endoprotezoplastyki. Nie miała więc racji powódka, że pozwany w sposób wadliwy zakwalifikował ją to tego zabiegu.

Niezasadne okazały się również zarzuty powódki odnoszące się do nieprawidłowego - w jej ocenie - wykonania u niej znieczulenia miejscowego podczas zabiegu w dniu 10 listopada 2011 r. Na podstawie opinii biegłego anestezjologa sąd ustalił, że znieczulenie podpajęczynówkowe wykonano wówczas u powódki na poziomie 3-4 kręgu lędźwiowego, uzyskując wypływ płynu mózgowo-rdzeniowego, co świadczyło o tym, że przestrzeń podpajęczynówkowa została zlokalizowana należycie. Co więcej, powódce podano adekwatną do wzrostu i wieku dawkę bupiwakainy spinal heavy 0,5%, uzyskując analgezję do wysokości dziesiątego kręgu piersiowego, co dla tego typu operacji jest wystarczające. Niestety, pewne fragmenty operowanego obszaru nie zostały znieczulone, co jest zjawiskiem, które się zdarza i nie wynika z błędów lekarza czy innych nieprawidłowości. Z tego powodu znieczulenie przewodowe zostało natychmiast uzupełnione znieczuleniem ogólnym przy zastosowaniu intubacji. I to znieczulenie również przeprowadzono prawidłowo. Powódka po operacji odzyskała pełną świadomość, jej stan był dobry, krążenie i oddychanie były wydolne. Sąd nie neguje okoliczności, że uzyskanie niepełnego znieczulenia operowanego pola podczas zabiegu w dniu 10 listopada 2011 r. wiązało się dla powódki z przykrymi dolegliwościami (odczuwanie bólu podczas zabiegu). Nie było to jednak wystarczające dla uznania odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego szpitala. Przy dokonywaniu tego znieczulenia, co wynika z opinii biegłego anestezjologa, nie dopuszczono się bowiem żadnych nieprawidłowości.

Mając zatem na uwadze naprowadzone wyżej okoliczności stwierdzić należy, że brak było podstaw do zasądzenia na rzecz powódki renty, jak również zadośćuczynienia w zakresie dalej idącym niż to wynika z wcześniejszej części uzasadnienia. Nie zostały bowiem spełnione przesłanki odpowiedzialności pozwanego szpitala.

Nie było również zasadne zgłoszone przez powódkę żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość.

W pierwszej kolejności wskazać należy, że tak w doktrynie, jak i w orzecznictwie przyjmuje się, iż możliwym jest w sprawie o naprawienie szkody wynikłej z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia oprócz zasądzenia określonego świadczenia jednocześnie ustalenie w sentencji wyroku odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości z tego samego zdarzenia (por. uchwała Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 1970 r., OSNC 1970/12/217, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 września 1971 r., OSP 1972/3/51). Podstawy prawnej dla takiego rozstrzygnięcia upatrywać należy w przepisie art. 189 k.p.c., zgodnie z którym powód może żądać ustalenia istnienia lub nieistnienia prawa lub stosunku prawnego, gdy posiada w tym interes prawny.

Znamiennym jest jednak, że z uwagi na treść znowelizowanego przepisu art. 442¹ § 3 k.c. obecnie interes prawny w domaganiu się ustalenia odpowiedzialności zobowiązanego na naprawienia szkody (krzywdy) na przyszłość nie jest już usprawiedliwiony możliwością przedawnienia roszczeń wynikających z wypadku, które pozostają w związku z mogącymi się ujawnić w przyszłości jego następstwami. Już choćby zatem z tego powodu powództwo w zakresie tego żądania podlegało oddaleniu. Co prawda w orzecznictwie podnosi się, że interes prawny w żądaniu ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela na przyszłość wynika również z zapewnienia w ten sposób wyeliminowania lub przynajmniej złagodzenia trudności dowodowych mogących wystąpić w kolejnym procesie odszkodowawczym z uwagi na upływ czasu pomiędzy wystąpieniem zdarzenia szkodzącego a dochodzeniem naprawienia szkody. Strona powodowa, fachowo reprezentowana, nie upatrywała jednak w tych okolicznościach podstawy tego żądania, ani tym bardziej nie wykazała, by zachodziły one w rozpoznawanej sprawie.

Niezależnie od powyższego sąd zauważa, że niezasadne podanie powódce znieczulenia miejscowego (które stanowiło podstawę zasądzenia na jej rzecz zadośćuczynienia) nie wiąże się dla powódki z żadnymi negatywnymi konsekwencjami jakie mogą się ujawnić w przyszłości (potwierdził to w swojej opinii choćby biegły anestezjolog). Jak to już zaś wcześniej wyjaśniono w toku procesu powódka nie wykazała zaś, by zachodziły podstawy odpowiedzialności pozwanego co do pozostałych czynności diagnostycznych i leczniczych, w szczególności by pozwany dopuścił się błędu, co czyniłoby bezzasadnym żądanie ustalenia jego odpowiedzialności na przyszłość.

To mając na uwadze, na podstawie art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., w punkcie 1. wyroku, sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 2.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 30 października 2013 r. do dnia zapłaty.

W punkcie 2. wyroku, sąd oddalił powództwo w pozostałej części jako niezasadne.

O poniesionych przez strony (w tym interwenienta ubocznego) kosztach procesu, w punkcie 3. wyroku, sąd orzekł na podstawie art. 108 § 1 k.p.c. i art. 102 k.p.c. Powódka przegrała proces w zasadzie całości (wygrała postępowanie w niewielkiej jedynie części), a w konsekwencji zobowiązana byłaby zwrócić pozwanemu i interwenientowi ubocznemu poniesione przez nich koszty procesu. Sąd wziął jednak pod uwagę trudną sytuację osobistą oraz majątkową powódki, w szczególności zaś okoliczności, które legły u podstaw zwolnienia jej od kosztów sądowych, jak również szczególny charakter niniejszej sprawy (dotyczący konsekwencji zdrowotnych, z jakimi zmagają się powódka i które są dla niej bardzo dokuczliwe). Mając to na uwadze, sąd doszedł do przekonania, że względy słuszności przemawiają za nieobciążaniem powódki kosztami procesu poniesionymi przez pozwanego i interwenienta ubocznego.

Mając na uwadze, że powódka przegrała proces w zasadzie w całości, a przy tym zwolniona została postanowieniem sądu w całości od kosztów sądowych, koszty te obciążają w całości Skarb Państwa.

/-/ SSO Tomasz Józkowiak