

Sygn. akt IC 1837/16

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 lipca 2017 r.

Sąd Okręgowy w Toruniu Wydział I Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: Sędzia Sądu Okręgowego Wojciech Modrzyński

Protokolant: stażysta Joanna Lubańska

po rozpoznaniu w dniu 12 lipca 2017 r. w Toruniu

sprawy z powództwa: W. Ł.

przeciwko: Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w T.

### o **zapłatę**

1. oddała powództwo;
2. kosztami postępowania od uiszczenia których zwolniony był powód obciąża Skarb Państwa;
3. zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 14 400 zł (czternaście tysięcy czterysta złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;
4. przyznaje ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Toruniu na rzecz Kancelarii Adwokackiej (...) kwotę 7200 zł (siedem tysięcy dwieście złotych) powiększoną o należną stawkę podatku VAT tytułem wynagrodzenia za pomoc prawną świadczoną stronie z urzędu.

SSO Wojciech Modrzyński

**IC 1837/16**

## UZASADNIENIE

Do Sądu Okręgowego w Toruniu wpłynął pozew W. Ł. przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w T. o zapłatę. Powód wskazywał, iż w związku z narażeniem go na bezpośrednią utratę zdrowia i życia, ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, w trakcie leczenia w trybie planowanym, w dniu 18 lipca 2013 roku, domaga się od pozwanego szpitala zapłaty w kwocie łącznej 1.400.000 zł. Na powyższą kwotę składały się zadośćuczynienie za doznaną krzywdę związaną z uszkodzeniem ciała i rozstrojem zdrowia w kwocie 800.000 zł oraz odszkodowanie w wysokości 600.000 zł za wyrządzoną szkodę wynikającą z konieczności rehabilitacji po przebytych zawale i chorobach współistniejących, które pojawiły się po 18 lipca 2013 roku. W ocenie powoda pozwany szpital wyrządził mu szkodę polegającą na błędnie medycznym i niewłaściwym leczeniu. Powód wskazał art. 415 k.c., 430 k.c. oraz art. 444 k.c. w zw. z art. 445 k.c. jako podstawę prawną swoich roszczeń.

W uzasadnieniu swego żądania powód wskazał, iż w niniejszej sprawie w dniu przyjęcia do szpitala na planowany zabieg koronarografii 18 lipca 2013 roku pomiędzy godzinami 9:45-10.00 do 13.00 – 13.10 został pozbawiony przez personel szpitala, a w szczególności lekarza P. S. opieki medycznej. Powód zarzucił pozwanemu brak należytej staranności, rzetelności i ostrożności na etapie przyjęcia do szpitala na skutek czego doszło do błędnej identyfikacji,

niewłaściwego leczenia inwazyjnego, błędu medycznego, wykonaniu zabiegu koronarografii mimo przeciwwskazań pulmonologicznych, braku odpowiedniego badania i analizy dokumentacji medycznej. Tego dnia w Pracowni Kardiologii Inwazyjnej przeprowadzono u powoda koronarografię. Na skutek niewłaściwych badań, braku konsultacji pulmonologa zdecydowano się na przeprowadzenie tego zabiegu, w trakcie którego P. S. podjął bezprawną decyzję o przeprowadzeniu angioplastyki prawej tętnicy wieńcowej. Lekarz operator nie posiadał żadnej wiedzy na temat stanu zdrowia pacjenta, a podczas zabiegu na skutek błędu i braku należytej staranności doprowadził do uszkodzenia prawej tętnicy wieńcowej, jej niedrożności i potrzebie pilnej implementacji stenta. Decyzja P. S. doprowadziła do ponownej niedrożności prawej tętnicy wieńcowej i po przewiezieniu powoda na Oddział Kardiologii P. S. stwierdził u niego cechy świeżego zawału. Powód ponownie został przewieziony na Oddział Kardiologii Inwazyjnej gdzie przeprowadzono kolejną koronarografię podczas, której P. S. założył powodowi 4 kolejne stenty lekowe (...). Lekarzowi udało się uzyskać udrożnienie tętnicy, ale nie nastąpił powrót do stanu zdrowia sprzed zabiegu. U powoda zdiagnozowano: zawał ściany dolnej lewej i prawej komory serca z powikłaniami i trzykrotnym migotaniem komór i blokiem przedsionkowo- komorowym całkowitym, pozawałową niewydolność serca i zespół (...). Konieczna okazała się implementacja stałego stymulatora serca.

Jak wynika z dokumentacji medycznej i wpisów na kartach informacyjnych powód został przyjęty do szpitala celem wykonania zabiegu angioplastyki w prawej tętnicy wieńcowej i wstawienia stentu lekowego (...) w prawej tętnicy wieńcowej. Na żadnej z kart wypisu ze szpitala nie zamieszczono informacji o przyczynie zawału serca tj.:

- pierwszej niedrożności prawej tętnicy wieńcowej powstałej w trakcie pierwszego zabiegu 18 lipca 2013 roku od godz. 11:55 do 12:35 w skutek uszkodzenia ściany naczyń wieńcowych;
- drugiej niedrożności prawej tętnicy wieńcowej po wszczepieniu stenta lekowego (...) w trakcie pierwszego zabiegu 18 lipca 2013 roku pomiędzy godziną 11:55 a 12:35, co skutkowało rozwarstwieniem i pęknięciem ściany prawej tętnicy wieńcowej.

Powyższe rozpoznanie jest rozpoznaniem klinicznym, a rozpoznane niedrożności powstały w okresie pobytu powoda w szpitalu.

Powód wystąpił z roszczeniami odszkodowawczymi do szpitala jak i ubezpieczyciela, ale szpital kategorycznie odmówił uznania zasadności roszczeń powoda. W ocenie powoda błąd szpitala mógł również polegać na tym, iż w dniu przyjęcia powoda na planowany zabieg do szpitala przyjęto w Pracowni Kardiologii Inwazyjnej wykonywano zabieg innemu pacjentowi o bardzo podobnym brzmiącym nazwisku – Z. Ł.. W ocenie powoda mogło dojść do pomyłki pacjentów i z uwagi na brak właściwej dokumentacji medycznej powodowi wykonano badanie w sposób niewłaściwy i nie uwzględniono przeciwwskazań pulmonologicznych przed zabiegiem. W związku z powyższym powód przedstawił szczegółowo w pozwie sposób przyjmowania go na Oddział celem wykonania planowanego zabiegu. Powód do szpitala stawił się przed godziną 10:00 w dniu 18 lipca 2013 roku. Został skierowany na Izbę Przyjęć gdzie oczekiwał od 9.45 do 10.00. Został zarejestrowany na zabieg przez pielęgniarkę Oddziału Kardiologii B. B. (1). Na (...) wykonano powodowi badanie EKG i skierowano go na salę przedoperacyjną. Na sali tej inna pielęgniarka D. M. założyła powodowi wenflon, pobrała do badania krew, zmierzyła ciśnienie i przeprowadziła wywiad. Powód poinformował ją o możliwych przeciwwskazaniach pulmonologicznych do planowanego badania inwazyjnego. Powód został także poinformowany przez pielęgniarkę, iż lekarz zna jego stan zdrowia z Oddziału i nie ma potrzeby zmieniać terminu zabiegu. W tej sytuacji powód przekazał D. M. posiadaną dokumentację medyczną i poprosił o dalsze badanie i analizę zdjęcia RTG klatki piersiowej. W odpowiedzi znowu usłyszał, iż lekarz zna jego stan zdrowia. Prośba powoda o zbadanie przez innego lekarza została zbagatelizowana. Powód około godziny 11:40 przeprowadził rozmowę telefoniczną z żoną. O godzinie 11:55 lekarz P. S. rozpoczął u powoda zabieg. Lekarz nie stwierdził istotnych zmian w lewej tętnicy i poinformował pacjenta o wprowadzeniu cewnika do prawej tętnicy. Po chwili wzburzony lekarz zakazał powodowi patrzenia na siebie podczas zabiegu, bo go to rozprasza i nie może się skupić. W ocenie powoda lekarz popełnił błąd i uszkodził tętnicę. Potem poinformował powoda o zwężeniu tętnicy w 70-80% i zażądał od personelu stenta i zapytał powoda o zgodę na jego założenie. P. S. zwrócił się do powoda słowami „nie wiem co jest grane, chyba nie zrobi mi Pan tu zawału”. Lekarz nie przedstawił powodowi żadnych innych opcji leczenia i natychmiast wykonał implementację

pierwszego stenta. W ocenie powoda nie było zwężenia tętnicy w takim stopniu jak wskazał to lekarz. Zator w tętnicy spowodował sam lekarz źle wykonując zabieg, potem okłamał powoda o rzekomym zwężeniu aby ukryć swój błąd. Od 12.10 zabieg obserwował (...) W. M.. Po zabiegu powód został przewieziony na Oddział Kardiologii.

W ocenie powoda wystarczyło aby jeden z lekarzy przed zabiegiem zbadał go i zapoznał się z dokumentacją medyczną aby uniknąć błędu. Powód przychodząc do szpitala informował pielęgniarki, iż ma prawdopodobnie zapalenie płuc. Informacja ta została zignorowana. Z uwagi na to, iż koronarografia była zabiegiem planowanym, istniała możliwość jej przesunięcia na inny termin. Celem tego badania było wykluczenie przeciwwskazań do przeprowadzenia operacji kręgosłupa. W wyniku rażącego niedbalstwa, rutyny i braku odrobiny empatii powód został trwale okaleczony i w efekcie został ze szpitala wypisany w stanie dużo gorszym niż gdy go przyjmowano. W dniu 20 kwietnia 2015 roku pozwany szpital przesłał powodowi dokumentację medyczną, z której, w ocenie powoda, wynika, iż pomyłono pacjentów tj. powoda – W. Ł. ze Z. Ł.. Z dokumentacji wynika, iż powód był w szpitalu w dniu 18 lipca 2013 roku już od godziny 7.40, co jest nieprawdą. Do szpitala dotarł bowiem dopiero o 9.45.

W odpowiedzi na pozew (k. 81-85) pozwany wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie kosztów postępowania według norm przepisanych.

Motywując swoje stanowisko, w pierwszej kolejności pozwany powołał się na zarzut przedawnienia roszczenia powoda.

Z daleko idącej ostrożności procesowej pozwany wskazał, że nieprawdą jest, że personel pozwanego szpitala nie zapoznał się z dokumentacją medyczną powoda oraz, że nierozpoznanie zapalenia płuc mogło być przyczyną popełnienia błędu przy kwalifikacji do zabiegu koronarografii. Z dokumentacji powoda z Oddziału Neurologii w dniach 2-5 lipca 2013r. nie wynikały podstawy kliniczne do rozpoznania zapalenia płuc. Pozwany podniósł, że powód został poinformowany o wyniku badania koronarograficznego i po przedstawieniu wszystkich opcji terapeutycznych, wyraził świadomą zgodę na zabieg angioplastyki wieńcowej. Zabieg został wykonany i ze względu na dobry stan zdrowia, powód został przewieziony z Pracowni Kardiologii Inwazyjnej do Oddziału Kardiologii i Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego. U powoda pojawił się ból w klatce piersiowej oraz krwawienie w miejscu wkłucia do tętnicy. Stwierdzono cechy ostrego niedokrwienia serca. Powoda zakwalifikowano do pilnej kontrolnej koronarografii, która została wykonana najszybciej jak to było możliwe, po wyrażeniu zgody powoda na zabieg. Stwierdzono wówczas niedrożność prawej tętnicy wieńcowej spowodowaną przez dyssekcję. Tętnicę udrożniono, co wymagało wszczęcia dodatkowych stentów. W kolejnych dobach pojawiły się cechy niewydolności serca, na podstawie wykonanych badań rozpoznano cechy zespołu (...). W trakcie dalszej hospitalizacji stan powoda ulegał poprawie. Wystąpienie dyssekcji tętnicy podczas zabiegu koronarografii czy angioplastyki jest możliwym powikłaniem, o którym każdy pacjent jest informowany. Wszystkie powikłania u powoda zostały prawidłowo rozpoznane oraz wdrożono odpowiednio wcześniej prawidłowe leczenie. Pozwany zaprzeczył, aby w dokumentacji medycznej powoda istniały jakiegokolwiek nieprawidłowości. Rozpoznanie widniejące w karcie informacyjnej – opisowe „zawał serca” jest rozpoznaniem klinicznym, ostatecznym wraz z chorobami towarzyszącymi. Pozwany wskazał, że nieprawdą jest, aby pomyłono powoda z innym pacjentem. Zabiegi koronarografii i angioplastyki wykonywane są w czasie rzeczywistym i wykluczone jest pomylenie pacjenta.

Pismem z dnia 16 stycznia 2017r. (k. 144-149), pełnomocnik powoda wskazał, że mimo ewidentnych wskazań spowodowanych stanem zdrowia powoda, lekarz operator zamiast dokonać zabiegu koronarografii, na który powód wcześniej zgody nie wyraził. Podczas wykonywania zabiegu, doszło do uszkodzenia prawej tętnicy wieńcowej, co doprowadziło do konieczności pilnej angioplastyki i implementacji stenta. W efekcie doszło do niedrożności tętnicy i po przewiezieniu na Oddział Kardiologii doszło do krwotoku oraz zawału serca. Po wykonaniu kontrolnej koronarografii, lekarz podjął decyzję o wszczęciu dodatkowo czterech stentów. Stan pacjenta wymagał jednak ostatecznie wszczęcia stymulatora. W ocenie powoda, powyższa sytuacja spowodowana była kompletnym brakiem orientacji lekarza operatora o stanie zdrowia w jakim znajdował się powód. Istotnym jest również fakt, iż zdaniem powoda zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że powód został od samego początku pomyłony z innym pacjentem o tak samo brzmiącym

nazwisku, oczekującym na pilny zabieg kardiologiczny i znajdującym się tego samego dnia na Sali przedoperacyjnej – Z. Ł.. Pełnomocnik powoda wskazał, że stan zdrowia w jakim znalazł się powód, uniemożliwia mu poddanie się planowanej wcześniej operacji kręgosłupa, a także zmusiło go do zaprzestania intensywnej rehabilitacji, która pozwalała mu na funkcjonowanie bez dolegliwości bólowych, a która po wszczęciu stymulatora okazała się być niemożliwa. Pełnomocnik powoda podkreślił, że szkoda powstała w wyniku błędu medycznego, polega na zniweczeniu kosztownego i długotrwałego leczenia kręgosłupa przez okres około 10 lat, które to leczenie stało się w dalszej perspektywie niemożliwe ze względu na wszczepiony rozrusznik serca.

Na rozprawie strony podtrzymały swoje stanowiska.

### **Sąd ustalił, co następuje:**

W. Ł. przeszedł udar oraz cierpi od wielu lat na zaawansowaną dyskopatię kręgów szyjnych. Od pewnego czasu z uwagi na stan zdrowia był kwalifikowany na zabiegi koronarografii. Koronarografia jest inwazyjnym badaniem kardiologicznym, w którym lekarz operator wprowadza przez tętnicę cewnik wraz z kontrastem przy znieczuleniu miejscowym, dzięki czemu możliwe jest przedstawienie na ekranie aparatu rentgenowskiego stanu tętnic pacjenta. Dzięki temu badaniu możliwe jest szybkie zdiagnozowanie zwężenia tętnic, a w razie jego stwierdzenia w ramach angioplastyki założenie stentów i udroźnienie tętnic. Badanie to stosowane jest w przypadku chorób układu krwionośnego szczególnie wskazane przy chorobie wieńcowej. Powód W. Ł. został skierowany na takie planowe badanie koronarograficzne w 2013 roku. Termin zabiegu i przyjęcia powoda do szpitala wyznaczono na 18 lipca 2013 roku. Badanie to miało pozwolić na ustalenie czy możliwe jest przeprowadzenie operacji kręgosłupa u powoda. Wcześniej powód miał przeprowadzaną koronarografię co najmniej dwa razy. We wcześniejszym badaniu stwierdzono u powoda niewielkie zmiany przyścienne.

**Dowód:** okoliczność niesporna

Karta leczenia informacyjnego k 33

W maju 2013 roku powód przebywał w szpitalu w C.. W szpitalu przeprowadzono szczegółowe badania powoda pod kontem przyszłego zabiegu kręgosłupa. Z uwagi na pewne nieprawidłowości w wynikach wcześniejszych koronarografii i braku możliwości przeprowadzenia badania EKG wysiłkowego z uwagi na uszkodzenie układu ruchu, powoda skierowano na koronarografię w trybie planowym. Zabieg miał zostać przeprowadzony w Wojewódzkim Szpitalu (...) w T.. W szpitalu wykonano powodowi także zdjęcia RTG klatki piersiowej. W badaniu tym stwierdzono, iż pola płucne bez zagęszczeń miąższowych, serce rtg w granicach normy, jamy opłucnowe wolne.

**Dowód:** karta leczenia informacyjnego k – 33,

Dokumenty medyczne k -34

Przed zabiegiem koronarografii powód przechodził ciężką grypę, podejrzewał nawet zapalenie płuc. W dniu 5 lipca 2013 roku u powoda wykonano ponowne badanie RTG klatki piersiowej i stwierdzono obwodowo w polu dolnym prawego płuca niecharakterystyczne zagęszczenia – zmiany pozapalne i zalecono porównanie ze zdjęciami poprzednimi.

**Dowód:** dokumenty medyczne k -36

Powód wraz z żoną zamieszkują w C.. Każdorazowo gdy powód wyjeżdża na umówione badania czy pobyt w szpitalu do innej miejscowości dzwoni do tej placówki dzień wcześniej, przed wyjazdem, aby upewnić się czy zabieg się odbędzie. W dniu 17 lipca 2013 roku powód zadzwonił do szpitala i potwierdził przyjazd na umówioną koronarografię. O zawiezenie do szpitala poprosił swojego kolegę J. D.. Następnego dnia rano wraz z żoną i kolegą pojechali samochodem do T. do pozwanego szpitala.

**Dowód:** zeznania J. D. złożone 5.04.2017r., 02:28:15, k- 497

Zeznanie G. Ł. złożone 12.07.2017r., 01:05:39, k- 612

Po przyjeździe do szpitala powód wraz z żoną udał się do Izby Przyjęć, gdzie po okazaniu dowodu osobistego został wpisany w bazę pacjentów. Osoba zatrudniona na Izbie Przyjęć wpisuje dane pacjenta do komputera. Dane te podlegają weryfikacji z listą oczekujących na planowane zabiegi medyczne. Następnie dane osobowe pacjenta weryfikowane są na (...). Powoda poproszono o oczekiwanie na korytarzu i poinformowano, iż za kilka minut zostanie zabrany na badania. W pierwszej kolejności powodowi przeprowadzono badanie EKG. Następnie jeden z pielęgniarzy odprowadził go na (...), gdzie pobrano m.in. krew i założono wenflon. Pielęgniarka przeprowadziła z pacjentem wywiad, założyła dokumentację pielęgniarstwa. Dokumentacja ta obok dokumentacji lekarskiej jest podstawowym źródłem wiedzy o stanie pacjenta, leczeniu i przeprowadzonych zabiegach. Oddzielnie swoją dokumentację prowadzą pielęgniarki, oddzielnie lekarze. Dzięki temu pielęgniarka po przewiezieniu pacjenta na oddział ma pełen obraz stanu pacjenta i działań podejmowanych przez swoje poprzedniczki. Powód przekazał pielęgniarce posiadane wyniki z wcześniejszego leczenia, poinformował ją o przebytej grypie. Pierwsze badania morfologiczne i dane do dokumentacji pielęgniarstwa odebrała D. M..

**Dowód:** zeznanie W. M. złożone 27.02.2017r., 00:31:12, k- 172

zeznanie D. M. złożone 27.02.2017r., 01:06:55, k- 173v

Następnie powód został przewieziony na Oddział Kardiologii Inwazyjnej pozwanego szpitala, gdzie miał oczekiwać na przeprowadzenie zabiegu koronarografii. Przed zabiegiem zadzwonił do swojej żony, która po przewiezieniu powoda na (...) poszła na autobus do domu. Żona powoda była zdziwiona, iż mimo zbliżającego się południa powód nie był jeszcze na zabiegu. Tego samego dnia z Oddziału Kardiologii na zabieg koronarografii przewieziony został pacjent o nazwisku podobnym do powoda – Z. Ł. z T.. Około południa technik radiolog zabrał powoda na zabieg koronarografii. Lekarzem operatorem był P. S.. Przed zabiegiem lekarz zapoznał się z dokumentacją medyczną pacjenta i wcześniejszymi wynikami badań. Stwierdził brak przeciwwskazań do przeprowadzenia zabiegu koronarografii. Pacjent nie miał objawów zapalenia płuc – badania morfologiczne nie potwierdziły stanu zapalnego, wcześniejsze badania rtg również nie dawały podstaw do przyjęcia, iż powód cierpi na zapalenie płuc. Lekarz zapoznał się z wcześniejszymi wynikami badań koronarograficznych, z których wynikało, iż pacjent cierpi na zwężenia tętnic wieńcowych w 40-50%.

P. S. przystąpił do przeprowadzenia zabiegu. Wcześniej jednak odebrał zgodę pacjenta na jego przeprowadzenie i pouczył go o możliwych komplikacjach. W trakcie zabiegu lekarz operator stwierdził progresję choroby – zwężenie tętnic wieńcowych w 70-80%. Według lekarza konieczne było przeprowadzenie zabiegu angioplastyki i założenie stentów – niewielkich urządzeń przypominających sprężynę mających za zadanie rozszerzyć zwężoną tętnicę. Przed przystąpieniem do angioplastyki lekarz jeszcze raz zapytał powoda o zgodę na przeprowadzenie tego zabiegu. Po jej uzyskaniu założył stenta w jednej z tętnic.

**Dowód:** dokumentacja medyczna k – 41 oraz 185 - 492

zeznanie P. S. złożone 5.04.2017r., 00:22:25, k - 493

Po zabiegu powód został przewieziony na Oddział Kardiologii. Po zabiegu po około 30 minutach u powoda zauważono krwawienie z miejsca wkłucia, pacjent skarżył się także na ból. W wykonanym badaniu elektrokardiologicznym stwierdzono cechy ostrego niedokrwienia serca. Z tego powodu zakwalifikowano powoda do pilnej kontrolnej koronarografii, która została wykonana po wyrażeniu na nią zgody przez powoda. Następnie, w kolejnych dobach pojawiły się cechy niewydolności serca, na podstawie badań rozpoznano cechy zespołu (...). W dniu 26 lipca 2013r. z powodu utrzymujących się zaburzeń przewodzenia przedsionkowo-komorowego implantowano stały dwujamowy układ stymulujący. W dniu 30 lipca 2013r. dokonano repozycji elektrody.

**Dowód:** dokumentacja medyczna k – 41 oraz 185 – 492

zeznanie P. S. złożone 5.04.2017r., 00:22:25, k - 493

Powód został wypisany ze szpitala w dniu 18 sierpnia 2013 roku. W karcie informacyjnej wpisano, iż powód został przyjęty do szpitala w dniu 18 lipca 2013 roku na planowany zabieg koronarografii. Został wypisany ze szpitala po zawale ściany dolnej mięśnia sercowego lewej i prawej komory, z powikłaniami – trzykrotnym migotaniem komór i następnie blokiem przedsionkowo – komorowym całkowitym. Dokonano u powoda implementacji stymulatora dwujamowego w dniu 26 lipca 2013 roku oraz dyslokacją elektrody przedsionkowej i rewizji układu stymulującego w dniu 30 lipca 2013 roku. u powoda stwierdzono także pozawałową niewydolność serca (...)/II.

**Dowód:** dokumentacja medyczna k – 41 oraz 185 - 492

W pozwanym szpitalu wdrożony jest system ISO (...), co nakłada m.in. na personel szpitala obowiązki w zakresie wypełniania dokumentacji medycznej pacjenta. Dokumentacja taka po wypisaniu pacjenta ze szpitala jest odsyłana do archiwum. Jeśli pracownicy archiwum stwierdzą jakieś braki niezwłocznie zwracają dokumentację pacjenta na Oddział celem jej uzupełnienia. Nie zawsze lekarze uzupełniają karty pacjentów zaraz po przeprowadzeniu danych czynności medycznych. Czasem uzupełnienie to następuje nawet po dłuższym czasie – do karty wpisywane są wyniki badań. Karty uzupełniają lekarze przeprowadzający badanie, czasem lekarze mający dyżur lub rezydenci. Jest to normalna praktyka obowiązująca w każdym szpitalu. Dokumentacja powoda była uzupełniana. Czynności takie przeprowadziła lekarka M. T., która uzupełniała puste pola w dokumentacji medycznej powoda. M. T. uzupełniła dokumentację przedłożoną do akt sprawy, wpisując w wywiadzie (k-243) słowa „plastyka (...)” oraz dopisała na dole wywiadu w miejscu na podpis lekarza, iż badanie przeprowadził M. M. – odbywający wówczas staż z koronarografii. Lekarka ustaliła ponad wszelką wątpliwość, iż M. M. miał dyżur w dniu przyjęcia powoda do szpitala i to on brał udział w czynnościach związanych z jego przyjęciem. Z uwagi na jego nieobecność w pracy w dniu uzupełniania dokumentacji lekarka wpisała jego nazwisko w danych z wywiadu medycznego.

**Dowód:** zeznania M. T. złożone 12.07.2017 r., 00:03:51, k-610

W trakcie pobytu w szpitalu powoda regularnie odwiedzała jego żona – G. Ł.. Powód wielokrotnie skarżył się jej na to, iż pogorszenie stanu zdrowia jest wynikiem błędów lekarzy. Miał pretensję o przeprowadzony zabieg koronarografii. W ocenie powoda w chwili przyjęcia go do szpitala na planowany zabieg koronarografii cierpiał na zapalenie płuc, które było przeciwwskazaniem do przeprowadzenia badania. W ocenie powoda zawał mięśnia sercowego jest wynikiem błędów lekarskich.

**Dowód:** zeznania G. Ł. złożone w dniu 12.07.2017r., 01:05:39, k- 612.

Już w 2014 roku powód kierował pod adresem szpitala i ubezpieczyciela żądania wypłaty należnego mu odszkodowania i zadośćuczynienia za szkodę wywołaną błędem medycznym związanym z doprowadzeniem do zawału serca.

**Dowód:** pisma k 61 i n.

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powyższy stan faktyczny ustalono w oparciu o zebraną dokumentację medyczną, zeznania świadków: G. Ł., J. D., W. M., P. S., D. M., B. B. (2).

Sąd uznał złożone do akt dokumenty za wiarygodne. Przedstawiają one wyniki badań powoda, przeprowadzone zabiegi i obrazują powikłania do jakich doszło po przeprowadzeniu u powoda zabiegu koronarografii. Dokumenty zostały sporządzone przez uprawnione do tego osoby. Zeznający w sprawie świadkowie wskazali w jaki sposób gromadzone są informacje o pacjencie do dokumentacji medycznej, w jaki sposób, kiedy i przez kogo jest uzupełniana dokumentacja lekarska i pielęgniarska.

Sąd uznał za w pełni wiarygodne zeznania G. Ł., W. M., P. S., D. M., B. B. (2). Zeznania te są spójne, logiczne i konsekwentne. W. M., P. S., D. M. i B. B. (2) są zatrudnieni w pozwanym szpitalu, mieli kontakt z powodem w trakcie jego leczenia w dniach 18 lipca 2013 – 18 sierpnia 2013 roku. Zeznania świadków znajdują odzwierciedlenie w załączonej dokumentacji medycznej.

G. Ł. – żona powoda potwierdziła, iż już trakcie pobytu w szpitalu powód zgłaszał wątpliwości i zarzuty do działań lekarzy i obwiniał ich o doprowadzenie do zawału serca. Warto podkreślić, iż w tym zakresie stanowisko świadka jest zbieżne z oświadczeniami powoda, który na rozprawie wielokrotnie dopytywał poszczególnych świadków o różne zadania wypowiedziane pod jego adresem. Z oświadczeń tych wynika jednoznacznie, iż już w trakcie pobytu w szpitalu powód miał podejrzenie zbagatelizowania jego dokumentacji lekarskiej i zgłoszonego możliwego zapalenia płuc, które było przeciwwskazaniem do przeprowadzenia zabiegu. Podejrzał także, iż na skutek pomylenia pacjentów – powoda W. Ł. ze Z. Ł. z T. lekarz P. S. popełnił błąd w trakcie zabiegu koronarografii, co skutkowało koniecznością założenia stenta. Wszystkie te elementy doprowadziły do zawału u powoda i kolejnych powikłań i w efekcie do drastycznego pogorszenia się stanu zdrowia powoda oraz uniemożliwiły przeprowadzenie zabiegu operacyjnego kręgosłupa i wręcz uniemożliwiły mu zabiegi rehabilitacyjne kręgosłupa.

Sąd uznał za w pełni wiarygodne zeznanie świadka J. D.. Świadek potwierdził, iż odwiózł powoda do szpitala w dniu 18 lipca 2013 roku. Jego zeznania są spójne, logiczne i korespondują z pozostałym materiałem dowodowym zebrany w sprawie.

Na wstępie wskazać należy, iż w związku ze zgłoszonym w odpowiedzi na pozew zarzutem przedawnienia podstawowym celem postępowania dowodowego było ustalenie od jakiego momentu w omawianej sprawie termin przedawnienia rozpoczął swój bieg.

W niniejszej sprawie mamy do czynienia z odpowiedzialnością za tzw. błąd medyczny. Powód zarzucał, iż lekarze Wojewódzkiego Szpitala (...) w T. w sposób niewłaściwy przeprowadzili zabieg koronarografii, zlekceważyli istniejące przeciwwskazania do zabiegu w postaci zapalenia płuc, przez co doprowadzili do zawału serca z powikłaniami i uniemożliwili mu planowaną operację kręgosłupa. Błąd medyczny należałoby określić jako nieumyślne działanie, zaniechanie lub zaniechanie lekarza lub osoby zatrudnionej w szpitalu i świadczącej pomoc medyczną, które doprowadziło do powstania szkody u pacjenta. Na błąd medyczny muszą składać się następujące elementy: postępowanie niezgodne z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej, wina nieumyślna (tzw. lekkomyślność lub niedbalstwo), ujemny skutek popełnionego błędu, związek przyczynowy między popełnionym błędem, a ujemnym skutkiem postępowania leczniczego w postaci śmierci pacjenta, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. z 2017 poz. 1318) pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Zgodnie z art. 17 pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w art. 17 ust. 1, wyraża się w formie pisemnej (art. 18 ustawy). Przed wyrażeniem zgody w sposób określony w ust. 1 pacjent ma prawo do uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 18.2 w zw. z art. 9 ustawy).

Zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego ten kto wyrządził drugiemu szkodę obowiązany jest do jej naprawienia (art. 415 k.c.). Powyższy przepis statuuje podstawową zasadę odpowiedzialności deliktowej. Każdy podmiot doprowadzający ze swej winy, choćby nieumyślnej obowiązany jest do jej naprawienia. Jak wyżej wskazano, w ocenie powoda lekarze pozwanego szpitala wyrządzili mu szkodę związaną z doprowadzeniem do zawału serca i komplikacjami po zabiegu koronarografii. Zgodnie z art. 445 k.c. wykazanie, iż lekarze wyrządzili powodowi szkodę na skutek błędu medycznego upoważniałoby W. Ł. do uzyskania zadośćuczynienia na podstawie powyższego przepisu. Zgodnie z art. 445 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia Sąd przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Niezależnie od

przyznanego zadośćuczynienia powód mógłby także domagać się naprawienia szkody wyrządzonej zawinionym bezprawnym działaniem pozwanego szpitala.

Jak wyżej wskazano, w odpowiedzi na pozew, pozwany domagał się oddalenia powództwa podnosząc w pierwszej kolejności zarzut przedawnienia.

Zgodnie z art. 117 k.c. z zastrzeżeniem wyjątków w ustawie przewidzianych, roszczenia majątkowe ulegają przedawnieniu. Po upływie terminu przedawnienia ten, przeciwko komu przysługuje roszczenie, może uchylić się od jego zaspokojenia. Przepis art. 442<sup>1</sup> §1.k.c. stanowi, iż roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się albo przy zachowaniu należytej staranności mógł się dowiedzieć o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę.

Zatem według art. 442<sup>1</sup> § 1 k.c., 3-letni okres przedawnienia a tempore scientiae rozpoczyna swój bieg w chwili dowiedzenia się przez poszkodowanego o szkodzie i osobie obowiązanej do jej naprawienia. Obydwie przesłanki spełnione powinny być kumulatywnie. Jeśli poszkodowany ustali, kto jest odpowiedzialny za szkodę później niż dowiedział się o szkodzie, bieg okresu przedawnienia rozpoczyna się dopiero od chwili powzięcia informacji o osobie obowiązanej do naprawienia szkody (tak trafnie SN w wyr. z 10.4.2002 r., IV CKN 949/00, Biul. SN 2002, Nr 11, s. 11). Poszkodowany nie może dowiedzieć się, kto jest obowiązany do naprawienia szkody, zanim dowiedział się o szkodzie.

Zatem w przedmiotowej sprawie, wobec podniesienia zarzutu przedawnienia roszczenia, konieczne było ustalenie, kiedy powód dowiedział się o szkodzie i osobie obowiązanej do jej naprawienia.

Jak wskazuje orzecznictwo Sądu Najwyższego, które w pełni podziela niniejszy Sąd wymaga się, aby okoliczności, na podstawie których poszkodowany mógł się dowiedzieć o szkodzie były wiarygodne, np. wiadomość o zachorowaniu przekazana przez lekarza, a nie np. przez wróżkę (w tym kierunku m.in. wyr. SN z 17.11.1967 r., I PR 354/67, OSNCP 1968, Nr 8–9, poz. 146; wyr. SN z 19.2.2003 r., V CKN 207/01, L.). Bieg terminu przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym nie jest także uzależniony od uzyskania pewności, co do związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem powodującym szkodę, a szkodą, jak również termin biegnie niezależnie od potencjalnej świadomości uprawnionego co do możliwości dochodzenia roszczeń przed sądem (wyr. SN z 29.4.2015 r., IV CSK 495/14, L.; por. wyr. SA w Katowicach z 24.5.2013 r., I ACA 157/13, L.).

W ocenie Sądu, zarzut przedawnienia podniesiony przez pozwanego jest uzasadniony, a roszczenie powoda uznać należy za przedawnione, co skutkuje oddaleniem powództwa bez merytorycznej oceny jego zasadności.

Nie ulega bowiem żadnej wątpliwości, w świetle zebranego przez Sąd w sprawie materiału dowodowego, iż o stanie swojego zdrowia i przeprowadzonych zabiegach oraz doznanej w związku z nimi szkodzie, powód dowiedział się już w czasie pobytu w pozwanym szpitalu (18.07.2013r. – 19.08.2013r.), a najpóźniej w dniu 19 sierpnia 2013 r. tj. w dniu wypisu ze szpitala, gdyż okoliczność ta wynika wprost z karty leczenia szpitalnego i wypisu ze szpitala. Jak ustalono w sprawie, w dniu wypisu ze szpitala, tj. 19 sierpnia 2013r. powód otrzymał kartę informacyjną dotyczącą jego stanu zdrowia z ostatecznym rozpoznaniem klinicznym. Po kilku dniach, powodowi przesłano pocztą kartę informacyjną wraz z protokołami zabiegów będącymi rozszerzeniem informacji o leczeniu. Podkreślenia wymaga fakt, że rozpoznanie widniejące w karcie informacyjnej – „zawał serca” – jest już rozpoznaniem ostatecznym wraz z chorobami towarzyszącymi. Nie jest to natomiast rozpoznanie, z którym powód trafił do pozwanego szpitala. Z karty informacyjnej wynika też, że w dniu 26 lipca 2013r. powodowi wszczepiono stymulator serca, a następnie w dniu 30 lipca 2013r., dokonano dyslokacji elektrody przedsionkowej i rewizji układu stymulującego. Warto także podkreślić, iż już w trakcie pobytu w szpitalu powód miał pełną świadomość przebytego zawału serca i powikłań do jakich doszło na skutek koronarografii, jak wynika z zeznań G. Ł. już w dniu 18 lipca 2017 roku powód informował ją telefonicznie o przebytym zawale serca. Powód żalił się także żonie na swój stan zdrowia w trakcie trwania leczenia szpitalnego. Zgłaszał jej swoje zastrzeżenia i podejrzenia. Co istotne zeznania te w pełni korespondowały z oświadczeniami powoda.



Ustalenie wiedzy poszkodowanego o szkodzie nie jest rekonstrukcją rzeczywistego stanu świadomości poszkodowanego, lecz stanowi przypisywanie mu świadomości wystąpienia szkody według kryteriów zrelatywizowanych do właściwości podmiotowych poszkodowanego, dostępnej mu wiedzy o okolicznościach wyrządzenia szkody oraz zasad doświadczenia życiowego, w szczególności co do powiązania zaistniałej szkody z określonym czynem niedozwolonym (zob. wyr. SA w Krakowie z 19.3.1991 r., I ACR 39/91, OSA 1991, Nr 4, poz. 28). W piśmie z dnia 16 stycznia 2017r., (k. 144) pełnomocnik powoda podniósł, że szkoda powstała w wyniku błędu medycznego polega na zniweczeniu kosztownego i długotrwałego leczenia kręgosłupa przez okres około 10 lat tj. pomiędzy 2004r., a 2013r. , a które to leczenie w dalszej perspektywie czasu stało się niemożliwe ze względu na wszczepiony rozrusznik serca. Jak wyżej wskazano, rozrusznik serca został powodowi wszczepiony w lipcu 2013r. W ocenie Sądu, już wtedy powód zdawał sobie sprawę i był świadomy tego, że wszczepiony stymulator serca ograniczy jego możliwości rehabilitacji kręgosłupa i uniemożliwi mu poddanie się planowanej operacji.

Powód wskazał, że o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia, dowiedział się dopiero w momencie otrzymania kserokopii dokumentacji medycznej w dniu 20 kwietnia 2015r. czyli niespełna dwa lata po zabiegu i wszczepieniu rozrusznika serca. Twierdzenia powoda w tej kwestii, są jednak dla Sądu nieprzekonujące. Okolicznością wskazującą na to, że powód miał pełną wiedzę o zaistniałej sytuacji bezpośrednio po wyjściu ze szpitala, jest pismo z dnia 2 grudnia 2014r. skierowane do pozwanego szpitala, w którym powód podał, że skutkiem przeprowadzonego zabiegu oraz wcześniejszego zaniechania określonych działań przez lekarza „jest nieodwracalny, stały, ciężki uszczerbek na zdrowiu”. Skoro w tamtym czasie, tj. na dzień 2 grudnia 2014r. powód nie dysponował pełną dokumentacją medyczną (którą jak wskazywał otrzymał w dniu 20.04.2015r.), a mimo to, twierdził, że wystąpił u niego uszczerbek na zdrowiu, to w ocenie Sądu, powód bezpośrednio po wyjściu ze szpitala miał wiedzę o doznanej szkodzie i osobie obowiązanej do jej naprawienia, tym bardziej, że już w dniu wyjścia ze szpitala dysponował kartą informacyjną o swoim stanie zdrowia i przebytych zabiegach medycznych.

Ponadto, w piśmie z dnia 2 czerwca 2016r. powód wskazał, że po wyjściu ze szpitala (tj. w sierpniu 2013r. ) zgłosił zaistniałe zdarzenie swojemu ubezpieczycielowi jako nieszczęśliwy wypadek. Skoro więc powód kwalifikował zdarzenie z lipca 2013r. jako „nieszczęśliwy wypadek” to w ocenie Sądu musiał mieć w tamtym czasie świadomość doznanej szkody, w przeciwnym razie zgłoszenie zdarzenia ubezpieczycielowi, byłoby bezpodstawne. Rozpoczęcie biegu terminu przedawnienia w związku z uzyskaniem wiedzy o szkodzie nie musi się łączyć z wiedzą o jej zakresie czy trwałości jej następstw, chyba że następnie pojawia się szkoda w nowej postaci, której wcześniej nie można było przewidzieć (tak SN w wyr. z 24.11.1971 r., I CR 491/71, OSN 1972, Nr 5, poz. 95). Posiadanie wiadomości o szkodzie jako przesłance koniecznej do dochodzenia odszkodowania zostaje zrealizowane już w chwili, w której poszkodowany wie o wystąpieniu szkody w ogóle, czyli gdy ma świadomość faktu powstania szkody, a jeszcze nie o jej wysokości, i ta świadomość wystarcza do rozpoczęcia biegu przedawnienia (tak wyr. SA w Gdańsku z 21.10.2011 r., I ACA 625/11, L.).

Nie było przy tym kwestionowane przez strony, że w sprawie ma zastosowanie art. 442<sup>1</sup> k.c., a więc że roszczenia, których dochodził powód ulegają przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę (§ 1). W razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie obowiązanej do jej naprawienia (§ 3).

Zatem w omawianej sprawie Sąd uznał, iż początek biegu terminu przedawnienia roszczenia przypada najpóźniej na dzień opuszczenia przez powoda szpitala tj. 19 sierpnia 2013 roku, co oznacza, iż roszczenia te przedawniły się z upływem 3 lat tj. z dniem 19 sierpnia 2016 roku. W omawianej sprawie powód wystąpił ze swoimi roszczeniami do Sądu w dniu 29 września 2016 roku.

Przypomnieć też należy, że podniesienie zarzutu przedawnienia może być uznane za nadużycie prawa jedynie zupełnie wyjątkowo, gdy indywidualna ocena okoliczności w rozstrzyganej sprawie wskazuje, iż opóźnienie w dochodzeniu przedawnionego roszczenia jest spowodowane szczególnymi przesłankami uzasadniającymi to opóźnienie i nie jest

ono nadmierne (por. orzeczenia SN III CKN 522/99, I CKN 204/2001 czy I CSK 238/11). Zasadą prawa cywilnego jest bowiem, iż roszczenia majątkowe, a tylko takich dochodził powód, ulegają przedawnieniu w terminach wskazanych przepisami kodeksu cywilnego i uprawnieniem zobowiązanego jest podniesienie zarzutu przedawnienia (art. 117 k.c. i art. 442<sup>1</sup> k.c.).

Powód zdaje się być osobą aktywną i rozezaną w sprawie, o czym świadczą liczne formułowane przez niego pisma procesowe. Stan zdrowia powoda po zabiegu z lipca 2013r. nie był na tyle ciężki, żeby powód nie mógł wnieść pozwu we właściwym terminie. Nie zaistniały żadne przeszkody, w wyniku których powód nie mógłby wytoczyć powództwa przed upływem terminu przedawnienia.

Mając powyższe okoliczności na uwadze Sąd zgodnie z powołanymi wyżej przepisami orzekł jak w sentencji. O kosztach orzeczono w myśl art. 98 k.p.c. Zgodnie z zasadą wyrażoną w powyższym przepisie strona przegrywająca ma obowiązek zwrotu przeciwnikowi kosztów niezbędnych do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Powyższy przepis ustanawia dwie zasady ponoszenia kosztów sądowych: zasadę zwrotu kosztów celowych oraz zasadę odpowiedzialności za wynik postępowania (procesu). Zasada odpowiedzialności za wynik procesu polega na obowiązku zwrotu kosztów procesu przez stronę przegrywającą sprawę. Przez "przegranie sprawy" należy rozumieć przegranie zarówno z przyczyn merytorycznych, jak i formalnych. W omawianej sprawie powód jest stroną przegrywającą sprawę ma zatem obowiązek zwrotu pozwanemu kosztów wynagrodzenia pełnomocnika procesowego ustalonych w oparciu o §2 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz. U. z 2015 roku, poz. 1800 ze zmianami) obowiązującego w chwili wszczęcia niniejszego postępowania (stawka wynosi 14.400zł). Należy podkreślić, iż powód był reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika, miał zatem świadomość zgłoszonych zarzutów przedawnienia i wiedzę o tym, iż wysokość opłat determinuje wartość dochodzonego przez niego roszczenia. Kosztami postępowania od uiszczenia, których zwolniony był powód Sąd obciążył Skarb Państwa. O kosztach wynagrodzenia pełnomocnika powoda z urzędu Sąd rozstrzygnął w oparciu o §8 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 roku w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (Dz.U. z 2016 r. poz. 1714).

SSO Wojciech Modrzyński

**IC 1837/16**

## ZARZĄDZENIE

1) (...)

2) (...)

T., 21 lipca 2017 roku

SSO Wojciech Modrzyński

sekretarz sądowy

E E. Z.