

Sygn. akt I ACa 741/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 maja 2023 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	<i>SSA Wojciech Żukowski</i>
Sędziowie:	<i>SSA Robert Jurga</i> <i>SSA Paweł Czepiel</i>
Protokolant:	Marta Sekuła

po rozpoznaniu w dniu 19 maja 2023 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa **A. L. (1)**

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

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Nowym Sączu

z dnia 29 marca 2021 r. sygn. akt I C 786/16

1. **oddala apelację,**

2. **odstępuje od obciążania powoda obowiązkiem zwrotu stronie pozwanej kosztów postępowania apelacyjnego.**

UZASADNIENIE

rozstrzygnięcia zawartego w pkt 1 wyroku z dnia 26 maja 2023 r.

Pozwem z 01.02.2016 r. powód A. L. (1) wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) S.A. w W. na swoją rzecz kwoty 100 000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 30.07.2015 r. do dnia zapłaty. Nadto wniósł o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w maksymalnej wysokości, według norm przepisanych. Na uzasadnienie żądań pozwu powód podał, że 28.04.2015 r. około godz. 22.00 zgłosił się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala (...) w N. (dalej też jako: Szpital w N.) z dolegliwościami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa oraz problemami z oddawaniem moczu i kału. Informował lekarza, iż ból kręgosłupa nie ustępuje nawet po spożyciu (...), nieprawidłowości w zakresie zwieraczy stale się nasilają. Lekarz nie zdecydował się pozostawić go na obserwacji,

nie zlecił także podstawowego w tego typu przypadkach badania diagnostycznego rezonansu magnetycznego, celem wyeliminowania ewentualnego ucisku korzenia nerwowego. Interwencja lekarza ograniczyła się do zacewnikowania powoda i odesłania go do domu z zaleceniem skonsultowania się z lekarzem rodzinnym, chociaż powód prosił o pozostawienia go na oddziale. Następnego dnia z rana, tj. 29 kwietnia 2015 r., ból nasilił się do tego stopnia, iż powód nie był w stanie poruszać się w sposób prawidłowy. Powód nie był również w stanie kontrolować kwestii związanych z oddawaniem moczu oraz kału. Powód natychmiast udał się do lekarza rodzinnego, który w trybie pilnym skierował go ponownie na konsultację (...) do Szpitala w N.. Powód bez zbędnej zwłoki po raz kolejny udał się do wskazanego Szpitala, gdzie w końcu wykonano badanie diagnostyczne za pomocą rezonansu magnetycznego. Ujawnione w trakcie tego badania zmiany degeneracyjne skutkowały tym, że powód został pilnie przetransportowany do Szpitala (...) SP ZOZ w T., celem wykonania tzw. laminektomii S1 wraz z usunięciem przepukliny jądra miazdżystego. Pomimo tego, że zabieg operacyjny przebiegł bez powikłań, powód nie odzyskał już pełnej sprawności. Zabieg operacyjny przeprowadzony został bowiem zbyt późno. Opisane opóźnienie w przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego mającego na celu uwolnienie uciskanych korzeni nerwowych, najprawdopodobniej doprowadziło do obumarcia nerwu. Gdyby powód został w trybie niezwłocznym, tj. w dniu 28.04.2015 r., skierowany na odpowiednie badania diagnostyczne, zabieg operacyjny zostałby zapewne przeprowadzony znacznie szybciej, co z pewnością pozwoliłoby powodowi na odzyskanie sprawności. Na skutek opisanych zaniedbań powód do dnia dzisiejszego jest cewnikowany, zmuszony jest również stosować pieluchy dla dorosłych, nie odzyskał czucia w mięśniach pośladkowych. Rokowania są niekorzystne. Stwierdzone dolegliwości w sposób znaczny utrudniają codzienne funkcjonowanie powoda, nie tylko na gruncie osobistym, lecz również rodzinnym i zawodowym. Przedstawiony w pozwie stan powoda oraz brak perspektyw w zakresie poprawy na przyszłość niekorzystnie wpływają również na jego samopoczucie. W związku z opisanymi dolegliwościami powód uznany został za osobę czasowo niezdolną do pracy. Do chwili obecnej, pomimo zabiegów rehabilitacyjnych, powód nie odzyskał zdolności do pracy. Pismem z dnia 24.06.2015 r., zgłosił szkodę, wnosząc o przyznanie stosownej kwoty tytułem zadośćuczynienia. Pozwana pismem z dnia 29.07.2015 r. ostatecznie odmówiła przyjęcia odpowiedzialności za zdarzenie będące podstawą niniejszego powództwa oraz wypłaty świadczenia.

W odpowiedzi na pozew (k. 91-94) pozwany wniósł o jego oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Przyznał, że przeprowadził postępowanie likwidacyjne w przedmiotowej sprawie i odmówił przyjęcia odpowiedzialności z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Szpitala (...) w N.. W toku postępowania likwidacyjnego ustalono bowiem, że u powoda od kilku lat występował zespół bólowy odcinka lędźwiowo krzyżowego kręgosłupa. Zaostrzenie choroby miało miejsce od marca 2015, był leczony farmakologicznie w POZ, jednak bez poprawy. W nocy z 26.04./27.04.2015 zespół bólowy ustąpił a na jego miejsce pojawiły się zatrzymanie moczu i stolca oraz zaburzenie czucia okolicy krocza. Do SOR Szpitala w N. powód zgłosił się dopiero w dniu 28.04.2015 r. o godz. 22:58. Pozwany zarzucił, że powód zgłosił się do SOR w N. po niemal 2-óch dobach utrzymywania się ww. objawów, a dwie doby niedokrwienia rdzenia kręgowego niemal na pewno doprowadziły do jego uszkodzenia i szanse na powrót czynności zwieraczy już w dniu 28.04.2015 były niewielkie. Nie przyjęcie powoda do szpitala nie ma zatem związku z uszkodzeniem rdzenia kręgowego u powoda, które musiało nastąpić przed zgłoszeniem się do SOR. Zgromadzona w toku postępowania likwidacyjnego dokumentacja nie daje podstaw do stwierdzenia, iż działanie personelu medycznego Szpitala w N. doprowadziły do uszkodzenia rdzenia kręgowego u powoda, w związku z czym nie zachodzą podstawy do przyjęcia przez pozwanego odpowiedzialności za przedmiotowe zdarzenie. Na zasadzie art. 84 k.p.c. pozwany wniósł o zawiadomienie i wezwanie do udziału w sprawie Szpitala (...) w N..

Pismem z 28.01.2019 r. (k. 281-283) powód rozszerzył żądanie pozwu wnosząc o zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz kwoty 180 000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od kwoty 100 000 zł od dnia 30.07.2015 r. do dnia zapłaty oraz od kwoty 80 000 zł od dnia następującego po dacie doręczenia niniejszego pisma pozwanemu do dnia zapłaty.

Pismem z 07.02.2019 r. pozwany wniósł o oddalenie powództwa także w rozszerzonym zakresie (k. 287-288).

Wyrokiem z dnia 29 marca 2021 r. Sąd Okręgowy w Nowym Sączu:

I. zasądził od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powoda A. L. (1) kwotę 60 000 zł (sześćdziesiąt tysięcy złotych) tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 30 lipca 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

II. oddalił powództwo w pozostałej części;

III. zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 3473,88 zł (trzy tysiące czterysta siedemdziesiąt trzy złote 88/100) tytułem zwrotu kosztów procesu;

IV. nakazał ściągnąć od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Nowym Sączu kwotę 2261,35 zł (dwa tysiące dwieście sześćdziesiąt jeden złotych 35/100) tytułem części opłaty od pozwu i wydatków sądowych tymczasowo poniesionych przez Skarb Państwa;

V. w pozostałym zakresie kosztami sądowymi, od których powód został zwolniony, obciążył Skarb Państwa.

Sąd Okręgowy ustalił, że Powód od 2013 r. leczył się z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa lędźwiowego z objawami rwy kulszowej prawostronnej. Korzystał przy tym z opieki medycznej świadczonej w ramach (...) s.c. w R.. Rozpoznanie zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych – jako rozpoznanie zasadnicze – odnotowano w jego historii zdrowia i choroby już podczas wizyt, które odbyły się w dniach: 08.04.2013 r. i 12.04.2013 roku. Kolejne wizyty z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa odnotowano m. in. w dniach: 16.04.2013 r., 23.04.2013 r., 23.04.2013 r., 30.04.2013 r., 13.05.2013 r., 11.10.2013 r., 22.10.2013 r., 10.02.2014 r., 17.02.2014 r., 24.02.2014 r., 30.04.2013 r., 13.05.2013 r., 14.10.2014 r., 21.10.2014 r., 25.03.2015 r., 03.04.2015 r., 14.04.2015 r. i 20.04.2015 roku. Z analizy zapisów z porad wynika, że powód był także kierowany na rehabilitację, że w dniu 17.04.2013 r. wykonano u powoda badanie RTG kręgosłupa lędźwiowego, oraz że w dniu 03.07.2015 r. była zaplanowana konsultacja (...). W dniu 29.04.2013 r. powód był też konsultowany przez lekarza (...). W dniu 25.03.2015 r. lekarz POZ odnotował m. in.: „nasilone dolegliwości bólowe w odcinku lędźwiowym z promieniowaniem do prawej kończyny dolnej (...)”.

W trakcie leczenia powód parokrotnie kierowany był na zwolnienia lekarskie. Na zwolnieniu lekarskim ZLA był od dnia 25.03.2015 r. do 03.04.2015 r., na zwolnieniu lekarskim był też w dacie 28.04.2015 roku.

W dniu 28.04.2015 r. (wtorek) o godz. 22:58 powód zgłosił się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala (...) w N. z dolegliwościami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa oraz problemami z oddawaniem moczu i kału. Lekarz dyżurny w karcie informacyjnej odnotował m. in.: „zatrzymanie moczu od nd., zatrzymanie stolca, choruje na rwę kulszową (...)”. Powodowi założono cewnik do pęcherza moczowego nr (...)F. podano D. i wypisano do domu z zaleceniem: jutro kontrola w lekarza rodzinnego.

W dniu 29.04.2015 r. powód zgłosił się do lekarza (...) s.c. w R.. Lekarz POZ odnotował m. in.: „silne dolegliwości bólowe w odcinku lędźwiowym z promieniowaniem do prawej kończyny dolnej (...)”. Powód został skierowany do Oddziału (...)

Niezwłocznie, w tym samym dniu 29.04.2015 r. o godz. 12:22, powód ponownie zgłosił się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala (...) w N., gdzie przyjęty został do Oddział(...) z rozpoznaniem: rwa kulszowa prawostronna; choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa: wypukliny krążków L4/L5 i L5/S1 z sekwestracją; stenoza kanału w odcinku L/S. Pobyt powoda na ww. Oddziale miał miejsce od 29.04.2015 r. do 30.04.2015 roku. W historii choroby w wywiadzie odnotowano m. in.: „pacjent lat (...), nie leczony przewlekle, w wywiadzie rwa kulszowa prawostronna od ok. 1,5 m-ca. Od nd./pn. – zatrzymanie moczu i stolca. Około 24 godz. – zgłosił się do POZ – został zacewnikowany (...)”.

Już w dniu 29.04.2015 r. u powoda wykonano badanie MRI kręgosłupa lędźwiowego, w którym stwierdzono m. in.: wyrównanie lordozy. Osłabienie sygnału MR z obszaru wszystkich krążków międzykręgowych. Wyciągnięcie wałowate i dziobiaste krawędzi przednich i tylnych trzonów wszystkich kręgow. Drobne guzki Schmorla w zakresie blaszek granicznych trzonów Th10 do L4. Zmiany degeneracyjne w stawach międzykręgowych od L2 do S1-obustronnie zwężające światło otworów międzykręgowych. Na poziomie L4/L5 widoczna jest szeroka koncentryczna

wypuklina krążka na głębokość ok 4 mm, wraz z wyciągnięciami krawędzi tylnych trzonów modelująca przednią powierzchnię worka oponowego oraz korzenie nerwów rdzeniowych – zwłaszcza po stronie prawej. Na poziomie L5/S1 widoczna jest pośrodkowa wypuklina tarczy międzykręgowej wpuklająca się na głębokość ok. 5 mm w obręb światła kanału kręgowego modelująca przednią powierzchnię worka oponowego bez wyraźnych cech ucisku na korzenie nerwów rdzeniowych. Ponadto w przedniej części kanału kręgowego pośrodkowo oraz w obrębie zachyłka prawego, wzdłuż tylnej powierzchni S1 widoczna podłużna masa o pośrednim sygnale nieco zbliżonym do sygnału krążka międzykręgowego o szerokości ok. 14 mm i długości 21 mm prawie całkowicie wypełniająca kanał kręgowy na tym odcinku z cechami ucisku na korzenie nerwowe. Po podaniu środka kontrastowego uwidoczniło się jedynie brzeżne wzmocnienia – najpewniej poszerzonych spłotów żylnych – zmiana w pierwszej kolejności może odpowiadać oddzielnemu sekwestrowi przepukliny jądra miażdżystego krążka – do konsultacji neurochirurgicznej. Cechy wtórnej stenozы kanału kręgowego na odcinku od L4 do S1 – wymiar strzałkowy kanału na tym odcinku zmniejszony do 10-11 mm. Stożek końcowy rdzenia kręgowego bez zmian ogniskowych bez cech ucisku. Wnioski: zmiany degeneracyjne o cechach spondylozy. Stenoza kanału w odcinku dolnym. Wypukliny krążków L4/L5 i L5/S1. Masa patologiczna (sekwestr jądra miażdżystego?) w przedniej części kanału kręgowego na poziomie S1. W epikryzie karty informacyjnej z leczenia powoda w w/w Oddziale (...) odnotowano m. in.: „(...)letni chory przyjęty do diagnostyki. Od półtorej miesiąca zespół bólowy kręgosłupa L/S promieniujący do prawej kończyny dolnej. Od 2 dni zaburzenia zwieraczy – zatrzymanie moczu – chory zacewnikowany. W badaniu fizykalnym bez uchwytnych niedowładów, czucie powierzchowne osłabione w okolicy pośladków o krocza, odruchy kolanowe słabe, symetryczne, skokowe nb. Objawy rozciągowe (+/-) po prawej. Wykonane MRI kręgosłupa L/S – wynik j.w. Po konsultacji telefonicznej z Oddziałem (...) w T. chorego skierowano do leczenia operacyjnego na zabieg chory wyraża zgodę (...)”.

Na Oddziale (...) Szpitala Wojewódzkiego(...) SP ZOZ w T. powód hospitalizowany był – celem leczenia operacyjnego – od 30.04.2015 r. do 04.05.2015 roku. Był operowany w dniu 01.05.2015 r. – wykonano u niego laminectomię S1 z usunięciem przepukliny jądra miażdżystego L5/S1 obustronnie. W dniu 04.05.2015 r. powód został wypisany do Oddziału (...) Szpitala w N.. W epikryzie karty informacyjnej z leczenia w w/w Oddziale (...) odnotowano m. in.: „pacjent (...)letni, przyjęty w trybie pilnym z powodu objawów częściowego uszkodzenia ogona końskiego, celem leczenia operacyjnego centralnej przepukliny jądra miażdżystego L5/S1. W wywiadzie od kilku lat bóle kręgosłupa lędźwiowego, od marca br. rwa kulszowa prawostronna (tor promieniowania S1), od nocy 26.04./27.04.2015 r. wystąpienie zespołu bólowego, pojawienie się objawów uszkodzenia ogona końskiego (zaburzenia czucia perianalnie i perigenitalnie, zatrzymanie moczu). W badaniu NMR centralna przepuklina jądra miażdżystego L5/S1 z wolnym sekwestrem schodzącym na poziom S1. Operowany 01.05.2015 r.: wykonano laminectomię S1 i usunięto przepuklinę jądra miażdżystego L5/S1 obustronnie. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, rano rana goi się prawidłowo. Wypisany do dalszego leczenia do Oddziału (...)w N.. W dniu wypisu bez istotnej poprawy(...)w zakresie zwieraczy, chodzący, bez niedowładów kończyn dolnych, wydolny krążeniowo i oddechowo (...)”. Ostatecznie rozpoznano: zespół częściowego uszkodzenia ogona końskiego; przepuklina jądra miażdżystego L5/S1 z sekwestrem na poziomie L5/S1.

Dokonane u powoda rozpoznanie obejmuje obecnie: zespół częściowego uszkodzenia ogona końskiego rdzenia kręgowego oraz stan po operacji kręgosłupa – dyskopatii lędźwiowo-krzyżowej na wysokości L5/S1 – w dniu 01.05.2015 roku. Do uszkodzenia rdzenia kręgowego u powoda doprowadziło wypadnięcie dysku.

W momencie zgłoszenia się powoda na SOR Szpitala w N. w godzinach nocnych 28.04.2015 r. przeprowadzono u niego badanie fizykalne, postawiono jednak diagnozę objawową, nie przyczynową. Ponieważ na pierwszym miejscu były objawy ze strony zwieraczy – powodowi zalecono lactulozę i założono cewnik. Nie podjęto dalszej diagnostyki, nie posiłkowano się też konsultacją (...) czy (...) Nie podejrzewano ucisku nerwów, ponieważ nie było już dolegliwości bólowych. Nie przewidziano, że zacewnikowanie pacjenta nie likwiduje przyczyny choroby, lecz zaopatruje jedno z jego następstw.

Powód był leczony z powodu dyskopatii lędźwiowo – krzyżowej od 2013 roku, czyli od dwóch lat przed przedmiotowym zdarzeniem. Dopiero w badaniu tomografii komputerowej można zobrazować tkanki miękkie a jeszcze lepszym badaniem diagnostycznym jest badanie NMR, tj. rezonans magnetyczny, który pokazuje w dokładny sposób anatomiczne struktury nerwowe i tkanki miękkie m.in. dyski międzykręgowe, a przede wszystkim ich stosunek do

struktur nerwowych. Można w tych okolicznościach zadać pytanie czy diagnostyczne badania neuroobrazowe należało wykonać dopiero w momencie kiedy doszło do uszkodzenia ogona końskiego rdzenia kręgowego czy też wcześniej w trakcie dwuletniej historii choroby.

Niemniej jednak przy samym przyjęciu powoda na SOR Szpitala w N. w dniu 28.04.2015 r. doszło w konkretnym wypadku do niewłaściwej oceny stanu klinicznego pacjenta, co było spowodowane wywiadem od powoda, który chorował od kilku lat na bóle kręgosłupa i przez wiele lat był leczony zachowawczo. Zaciemnienie obrazu klinicznego powodowało również to, iż w przebiegu kliniczny ostrych zespołów bólowych kręgosłupa z rwą kulszową czasem dochodzi do odruchowego zatrzymania moczu. Spowodowane to jest głównie tym, iż parcie na pęcherz w czasie mikcji zwiększa ciśnienie w kanale kręgowym i potęguje ból, dlatego dochodzi do zaciśnięcia zwieracza pęcherza. Czasem jest to trudne do zróżnicowania, do czasu kiedy rozstrzygnie się w badaniach neuroobrazowych czy dyskopatia powoduje ucisk pojedynczego korzenia czy też całej grupy korzeni tj. ogona końskiego rdzenia kręgowego. Podawane objawy wykazywały jednak uszkodzenie ogona końskiego rdzenia kręgowego, natomiast nie była znana jego przyczyna. Gdy obraz kliniczny jest niejasny, istnieją podstawy do pogłębienia diagnostyki. Zaburzenie pracy zwieraczy, przy jednoczesnym występowaniu objawów (...) stanowi wskazanie do podjęcia pilnego procesu diagnostycznego. W tym przypadku można zatem mówić w niniejszej sprawie o błędzie decyzyjnym, tj. pominięciu wykonania badań diagnostycznych. Pogłębiona diagnostyka miałaby na celu postawienie diagnozy, co było przyczyną uszkodzenia rdzenia. Jeżeli występuje klasyczny zespół bólów korzeniowych i zaburzeń zwieraczy, to standardowym postępowaniem jest wykonanie badań neuroobrazowych odcinka lędźwiowo-krzyżowego i zaplanowanie dalszego leczenia w zależności od wyniku tych badań.

Generalnie nie ma możliwości zdiagnozowania, czy dokonane uszkodzenie funkcji nerwowych jest trwałe czy odwracalne. Wiadomo jednak, że usunięcie ucisku na struktury nerwowe ogona końskiego stwarza szansę na poprawę funkcji nerwowych. Z drugiej strony usunięcie ucisku na struktury nerwowe wcale nie gwarantuje poprawy funkcji. Powszechna jest też opinia neurochirurgów, że jeżeli już dojdzie do mechanicznego uszkodzenia ogona końskiego, to mimo odbarczenia korzeni, u większości pacjentów objawy uszkodzenia pozostają, mimo intensywnego postępowania pooperacyjnego zarówno rehabilitacyjnego jak i farmakologicznego. Uważa się, iż przy ucisku korzeni dochodzi do funkcjonalnej amputacji korzeni, mimo iż w badaniach radiologicznych są anatomicznie całe. Regułą jest jednak, że im dłuższy jest czas trwania niedokrwienia, tym większe ryzyko utrwalenia uszkodzenia korzeni nerwowych. Im natomiast krótszy jest czas od wystąpienia objawów uszkodzenia ogona końskiego rdzenia kręgowego do jego odbarczenia to szansa na powrót choćby częściowy – funkcji jest większy.

Można w okolicznościach sprawy przyjąć, że do uszkodzenia ogona końskiego oraz uszkodzenia funkcjonalnego zwieraczy doszło u powoda w nocy z 26.04/27.04.2015 r., czyli dwa dni przed zgłoszeniem się powoda na SOR Szpitala w N. – zniesienie dolegliwości bólowych przemawia za tym, że już wówczas doszło do uszkodzenia elementów nerwowych korzeni nerwowych. O funkcjonalnej amputacji nerwu świadczy tu objaw nagłego ustąpienia dolegliwości bólowych przy zachowanych zaburzeniach funkcji czuciowych. Nie można natomiast jednoznacznie stwierdzić, kiedy doszło do nieodwracalnego uszkodzenia ogona końskiego (czyli do zmian nieodwracalnych).

Stwierdzone zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego) odpowiadają uszczerbkowi na zdrowiu 40% (czterdzieści procent). Jest to kwalifikacja najbardziej zbliżona do opisywanego zespołu, mimo iż uszkodzenie było na wysokości ogona końskiego, który jest poniżej stożka końcowego.

Obecnie występują u powoda bóle w odcinku lędźwiowo-krzyżowym i bóle do prawej stopy i zdrętwienie prawej stopy. Stolec oddaje zmiennie, raz oddaje 1 x dziennie innym razem występuje brak kontroli zwieracza odbytu i popuszczenie stolca. Mocz oddaje sam – chodzi co 3-4 godziny i wypiera mocz siłą z pęcherza. Jak zapomni, to popuszcza do pieluchy. Nietrzymanie moczu i kału pozostaje w związku z uszkodzeniem ogona końskiego rdzenia kręgowego. Powód nie czuje okolicy krocza, dochodzi do erekcji, lecz zaburzenia czucia powodują brak satysfakcji i zaniechanie czynności seksualnych.

Rokowanie jest niepewne. W ciągu ponad dwóch lat do czasu opiniowania w sprawie nie doszło u powoda do istotnej poprawy funkcji korzeni ogona końskiego. Dlatego istnieje obawa, że jest to trwałe uszkodzenie i dalsze leczenie ma na celu zapewnienie minimum komfortu życiowego pacjentowi z uszkodzonymi zwieraczami. Występowały powikłania zaburzeń zwieraczy. Pacjent musiał mieć przez długi czas założony cewnik do pęcherza moczowego. Spowodowało to wytworzenie kamienia moczowego w pęcherzu moczowym i konieczność operacyjnego jego usunięcia.

Powód zażywa na stałe N. – kompleks witamin z grupy (...) polepszający możliwość regeneracji nerwów, oraz F. na stałe – chemioterapeutyk – służący do odkażania dróg moczowych. Okresowo zażywa środki przeciwbólowe np. O.w miarę możliwości korzysta z zabiegów rehabilitacyjnych. W przyszłości nadal będzie wymagał leczenia farmakologicznego i leczenia rehabilitacyjnego.

Powód wymagał pomocy żony – kilka godzin dziennie, tj. 4-5 godzin – pomocy przy myciu, ubieraniu – przez okres około 3-4 miesięcy od operacji. Obecnie jest samowystarczalny.

Powód może pracować, lecz nie powinien pracować ciężko fizycznie. Nie powinien podnosić ciężkich przedmiotów. Nie powinien pracować w pozycjach wymuszonych. Dodatkowym ograniczeniem w pracy jest konieczność wykonania zabiegów higienicznych związanych z uszkodzeniem zwieraczy. Powód musi używać pieluchomajtek. Mało prawdopodobne aby doszło do poprawy funkcjonowania uszkodzonych zwieraczy.

W dniu 19.08.2015 r. sporządzony został protokół ze spotkania Komisji do spraw rozpatrywania skarg pacjentów dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy. Komisja uznała, że podjęte w Szpitalu w N. działania przeprowadzono bez zbędnej zwłoki, trudno jednoznacznie stwierdzić kiedy doszło do ucisku nerwu rdzeniowego. Brak wykonania rezonansu magnetycznego w dniu zgłoszenia się powoda do Ambulatorium Ogólnego POZ nie mógł wpłynąć na stan chorego.

Po operacji powód leczyl się w trybie ambulatoryjnym m. in. w Poradni (...) (...) w N. (wizyty w dniach: 21.07.2015 r., 12.08.2015 r. i 05.12.2016 r.).

Ponadto był intensywnie rehabilitowany na przełomie maja i czerwca 2015 r. oraz września i października 2015 r. w trybie ambulatoryjnym w ramach świadczeń z ZUS.

W dniu 09.11.2016 r. Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w N. zaliczył powoda do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności. Symbol przyczyny niepełnosprawności: 10 – N (choroby (...)) i 05 – R (upośledzenie narządu ruchu). Niepełnosprawność istnieje od (...) – go roku życia. Ustalony stopień niepełnosprawności datuje się od 29.05.2015 roku. Orzeczenie wydano do 30.11.2018 roku.

Decyzją z 05.10.2015 r. przyznano powodowi świadczenie rehabilitacyjne na łączny okres od 23.09.2015 r. do 20.01.2016 roku.

Od 27.06.2017 r. do 30.06.2017 r. powód był hospitalizowany w Oddziale (...) Szpitala w N. z rozpoznaniem: kamica pęcherza moczowego; pęcherz neurogeny.

Od 02.07.2017 r. do 05.07.2017 r. powód był ponownie hospitalizowany w Oddziale (...) Szpitala w N. z rozpoznaniem: zespół bólowy odcinka lędźwiowego kręgosłupa; nawrotowa przepuklina jądra miazdżystego L5/S1; zespół ogona końskiego. W trakcie pobytu w dniu 03.07.2017 r. u powoda wykonano kontrolne badanie NMR kręgosłupa lędźwiowego.

Powód kontynuuje leczenie ambulatoryjne w poradni lekarza (...) s.c. w R. (kolejne wizyty miały miejsce w dniach: 21.01.2019 r., 14.02.2019 r., 18.03.2019 r., 29.03.2019 r., 24.04.2019 n, 10.05.2019 r., 28.05.2019 r., 26.04.2019 r., 17.07.2019 r., 24.07.2019 r., 05.08.2019 r., 02.09.2019 r., 24.09.2019 r., 01.10.2019 r., 14.10.2019 r., 22.10.2019 r., 20.11.2019 r., 03.12.2019 r., 20.12.2019 r., 30.12.2019 r., 14.02.2020 r., 03.06.2020 r., 08.06.2020 r. i 15.06.2020 r.). Odbywa też rehabilitację – w historia choroby Poradni (...) Centrum (...) w N. odnotowano wizyty w dniach: 21.10.2019

r., 25.11.2019 r. i 11.05.2020 roku. Jest konsultowany (...) (karty konsultacyjne z dnia: 31.05.2017 r., 26.06.2017 r., 30.05.2018 r., 15.04.2019 r. i 29.04.2019 r.). Od 15.06.2020 r. do 18.06.2020 r. był hospitalizowany w Oddziale (...) Szpitala w N.. z rozpoznaniem: wypuklina krążka międzykręgowego L5./S1; dyskopatia wielopoziomowa odcinka lędźwiowo-krzyżowego; stan po discektomii L5/S1 w 2015 roku.

Na skutek przedmiotowego zdarzenia powód odczuwa bardzo negatywne dla funkcjonowania psychicznego konsekwencje. Z jednej strony są to dolegliwości bólowe, z drugiej nietrzymanie moczu i kału, konieczność stałego używania pampersów, co wymagało od powoda długotrwałego okresu przystosowawczego, aby zaakceptować tę sytuację. Głębokość negatywnych konsekwencji jest tym większa, że wg powoda lekarze nie widzą możliwości poprawy tego stanu. W związku z tym skutkuje to długotrwałym, a być może trwałym, pogorszeniem samopoczucia psychicznego powoda. Aktualne badania psychologiczne nie wskazują na występowanie dysfunkcji poznawczych, ani nieprawidłowych cech osobowości, natomiast widoczne są konsekwencje w postaci zaburzeń funkcjonowania, które wynikają przede wszystkim z konsekwencji utraconej sprawności fizycznej, konieczności używania pampersów ale też zaburzeń czucia w okolicy krocza (rzutuje to na sferę jego funkcjonowania seksualnego). Samopoczucie powoda spowodowane dolegliwościami fizycznymi rzutuje na aktywność zawodową, życiową i rodzinną powoda. Powód nie może wykonywać prac fizycznych w takim zakresie, jak dotychczas, w znacznym stopniu ograniczył swoje dotychczasowe zainteresowania i aktywności, trudno mu zaakceptować fakt utraconej sprawności, także seksualnej, a fakt iż jest zmuszony do korzystania z pampersów powoduje nieustanne poczucie dyskomfortu fizycznego i psychicznego.

Powód z zawodu jest stolarzem. Przed 28.04.2015 r. pracował w firmie (...), zajmował się obsługą maszyn przy produkcji okien dachowych. W dacie zdarzenia miał (...)lata, wspólnie z żoną A. L. (2) wychowywał 4 dzieci, zajmował się domem.

Stwierdzone dolegliwości w sposób znaczny utrudniają codzienne funkcjonowanie powoda, nie tylko na gruncie osobistym, lecz również rodzinnym i zawodowym. We wrześniu 2016 r. wrócił do pracy w F., ale na lżejsze stanowisko. Nie odzyskał pełnej zdolności do pracy. W domu wykonuje jedynie podstawowe prace. Jest samodzielny, nie musi już nosić cewnika, ale musi nosić „pampersa”, uskarża się na ból rąk i kręgosłupa, źle znosi zmiany pogody oraz dłuższe przebywanie w pozycji siedzącej, zrobił się nerwowy, mniej energiczny.

Pismem z dnia 24.06.2015 r. powód zgłosił szkodę, wnosząc o przyznanie stosownej kwoty 200 000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 3000 zł jako odszkodowania z tytułu utraconego zarobku – w terminie 30 dni od otrzymania wezwania.

Kolejnymi pismami, na wezwanie pozwanego, powód uzupełnił brakującą dokumentację.

Pismem z 07.09.2015 r. pozwany ostatecznie odmówił przyjęcia odpowiedzialności za zdarzenie będące podstawą niniejszego powództwa oraz wypłaty świadczenia.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Okręgowy zważył, że okoliczności faktyczne przedstawione przez powoda wskazywały, że podstawę prawną powództwa stanowią przepisy art. 445 § 1 i art. 444 § 1-3 k.c., w związku z art. 415 i art. 430 k.c.

Zgodnie z art. 445 § 1 k.c. w wypadkach przewidzianych w art. 444 k.c. sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Art. 444 § 1 k.c. stanowi, że w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego, zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu.

Wskazać należy, że roszczenia z art. 445 k.c. ustawodawca określił w ramach odpowiedzialności deliktowej. Wobec tego aby określić przesłanki odpowiedzialności na podstawie art. 445 k.c. należy odwołać się do art. 415 k.c.

ustalającego przesłanki odpowiedzialności za szkodę powstałą na skutek czynu niedozwolonego. Zgodnie z art. 415 k.c. kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Wobec tego, aby można było mówić o odpowiedzialności deliktowej muszą zaistnieć łącznie trzy przesłanki: zachowanie, z którym system prawny wiąże odpowiedzialność, powstanie szkody oraz związek przyczynowy między owym zachowaniem a szkodą.

Odpowiedzialność będących osobami prawnymi zakładów opieki zdrowotnej opiera się przy tym na art. 430 k.c., zgodnie z którym 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.

Natomiast odpowiedzialności ubezpieczyciela należy upatrywać w art. 822 § 1 k.c., zgodnie z którym przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Zgodnie z art. 822 § 4 k.c., uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela. Zgodnie z 2 ust. 2 Rozp. Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2011.293.1729) – wydanego na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2020.295 j.t.) i obowiązującego w dacie zdarzenia, którego dotyczy postępowanie – ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody, o których mowa w § 1 Rozp., wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

W sprawie bezspornym było, że pozwany udzielił Szpitalowi w N. ochrony ubezpieczeniowej w oparciu o umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej tego podmiotu (polisa nr (...)), a stosownie do postanowień przedmiotowej umowy ubezpieczenia, suma gwarancyjna na jedno zdarzenie wynosi 100 000 euro.

Stwierdzenie błędu w sztuce medycznej w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miała miejsce procedura lecznicza, jest niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Istotne jest to, iż czynność tę wykonała osoba, której powierzono jej wykonanie, która podlega kierownictwu zakładu w ramach jego działalności.

Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza denty (Dz.U.2020.514 j.t.), lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. O zawinięciu fachowego personelu medycznego może zdecydować nie tylko zarządzenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinna wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza czy pielęgniarki jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Do obowiązków personelu medycznego należy bowiem podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 14 lutego 2013 r., sygn. akt I ACa 970/12, Lex nr 1289424, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010r., sygn. akt V CSK 287/09, Lex nr 786500601).

Błąd w sztuce lekarskiej nie jest definiowany w żadnym konkretnym przepisie prawa. Odwoływać należy się tu zatem do ogólnych reguł odpowiedzialności deliktowych określonych w cytowanym wyżej art. 415 k.c. Nie można jednak tracić z pola widzenia, iż leczenie jest zawsze obarczone ryzykiem wystąpienia różnorodnych, częstokroć niemożliwych do przewidzenia powikłań, które mogą całkowicie lub choćby częściowo zniweczyć starania personelu służby zdrowia.

Zachowaniem, za które osoba ponosi odpowiedzialność deliktową, może być zarówno działanie jak i zaniechanie. Zachowanie to musi być zawinione. Zarzut winy umyślnej można sprawcy postawić jeżeli ma on zamiar naruszenia obowiązujących nakazów lub zakazów, chce je przekroczyć (zamiar bezpośredni) albo przewiduje taką możliwość i godzi się na ten skutek (zamiar ewentualny), natomiast zarzut winy nieumyślnej można postawić sprawcy, gdy dojdzie do stwierdzenia naganności decyzji, jaką sprawca podjął w konkretnej sytuacji, nieświadomy możliwości bezprawnego zachowania albo bezpodstawnie sądząc, że go uniknie (A. Olejniczak, Komentarz do art. 415 k.c. (w:) Kodeks Cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania - część ogólna, red. A. Kidyba, SIP LEX). Ponadto, jako zawinione mogą być kwalifikowane wyłącznie zachowania bezprawne. Co do znamienia bezprawności, wskazać należy, iż powszechnie przyjmuje się, że na gruncie prawa cywilnego za bezprawne uchodzą nie tylko czyny zakazane przez przepisy prawne, ale również zachowania sprzeczne z zasadami współżycia społecznego, zasadami wykonywania zawodu, wśród których mieści się udzielanie pomocy medycznej zgodnie ze sztuką lekarską oraz z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny.

W piśmiennictwie prawniczym istnieje rozróżnienie błędu diagnostycznego (rozpoznania), błędu prognozy (rokowania) oraz błędu w leczeniu (terapeutycznego). Błąd diagnostyczny polega przy tym rozróżnieniu bądź na mylnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby, bądź częściowo na nie rozpoznaniu rzeczywistej choroby pacjenta. W toku postępowania, w którym powód zarzuca popełnienie błędu diagnostycznego należy ustalić, czy błędne rozpoznanie było usprawiedliwione występującymi objawami, czy też wynikało z przyczyn zawinionych przez lekarza (np. nieprzeprowadzenie dodatkowych badań, mylnego odczytania wyniku badania, zaniechanie konsultacji z innym specjalistą). Mimo takiego błędu lekarz nie odpowiada, gdy przedsięwziął wszystko, co w danych okolicznościach było konieczne i możliwe, gdyż nie można od niego wymagać nieomyślności.

Pamiętać należy też, że w wyroku z 8 września 1973 r., I KR 116/72 (OSNKW 1974/2/26) Sąd Najwyższy stwierdził, iż "nie każdy błąd diagnostyczny stwierdzony ex post może być uznany eo ipso za błąd sztuki lekarskiej, który należy oceniać z pozycji ex ante, czyli w zależności od zakresu informacji rzeczywiście posiadanych przez lekarzy stawiających diagnozę czy dostępnych dla nich przy odpowiednim staraniu".

Nade wszystko jednak, zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa swego działania lub zaniechania (art. 361 § 1 k.c.). Przepis ten odnosi się do jednej z koniecznych przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej, jaką jest związek przyczynowy. Wypowiedziano w nim zasadę adekwatnej przyczynowości. Bez spełnienia warunku, iż między określonym zdarzeniem obciążającym (przypisanym przez przepis prawny) zobowiązanego do odszkodowania a powstałą szkodą istnieje związek przyczynowy, roszczenie odszkodowawcze nie powstanie. Skonstruowanie na potrzeby odpowiedzialności właściwego związku przyczynowego jest więc zagadnieniem podstawowym, ponieważ wpływa na kształt roszczenia odszkodowawczego, a w konsekwencji decyduje o prawach poszkodowanego wierzyciela i obowiązkach dłużnika.

Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 kwietnia 2012 r., V CSK 142/11 (LEX nr 1222168) to powód musi udowodnić wszystkie przesłanki swojego roszczenia łącznie z winą lekarza, który jeśli chce uwolnić się od odpowiedzialności powinien dowieść, że postępował zgodnie z zasadami wiedzy medycznej i należycie wypełnił swoje obowiązki wobec pacjenta. Dla złagodzenia ciężaru dowodu spoczywającego na pacjencie, nierzadko napotykanym w tym względzie na istotne trudności wynikające chociażby z braku wiedzy medycznej, w judykaturze dopuszczono możliwość korzystania także z dowodów pośrednich o mniejszym niż dowody bezpośrednie stopniu prawdopodobieństwa oraz z domniemań faktycznych. W oparciu o domniemanie faktyczne może być ustalona zarówno wina lekarza, o ile brak jest dowodu przeciwnego, a także istnienie związku przyczynowego między zaniedbaniami funkcjonariuszy zakładu służby zdrowia a pogorszeniem stanu zdrowia czy śmiercią pacjenta, chyba że istnieją podstawy do wniosku, iż zasady medycyny związek ten wyłączają (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 stycznia 1972 roku, sygn. I CR 516/71, OSNC 1972/9/159). Rozstrzygnięcia w tym zakresie mogą być oparte na domniemaniu faktycznym, jeżeli stanowi ono wniosek logiczny z prawidłowo ustalonych faktów stanowiących jego przesłankę (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 stycznia 1998 r., II UKN 465/97, OSNP 1999/1/24). Przepis

art. 231 k.p.c. wchodzi jednak w rachubę tylko w braku bezpośrednich środków dowodowych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 lutego 2002 r., IV CKN 718/00, Lex nr 54362).

Związek przyczynowy między zaniechaniem lekarza a szkodą w postaci pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, czy obniżenia rokowań na jego poprawę nie musi być ustalony w sposób pewny, wystarczy wysoki stopień prawdopodobieństwa istnienia takiego związku, a w przypadku wielości możliwych przyczyn przeważające prawdopodobieństwo związku przyczynowego szkody z jedną z tych przyczyn (m.in. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 5 lipca 1967 roku, sygn. I PR 74/67, OSN z 1968 roku, nr 2, poz. 26 i z dnia 7 czerwca 1969 roku, sygn. II CR 165/69, OSPiKA z 1969 roku, nr 7-8, poz. 155, z dnia 13 czerwca 2000 roku, sygn. V CKN 34/00, Lex nr 52689, z dnia 17 maja 2007 roku, sygn. III CSK 429/06, Lex nr 274129).

W ocenie Sądu Okręgowego zachowanie personelu medycznego wykonującego pracę w Szpitalu w N. podczas przyjęcia powoda w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym dnia 28.04.2015 r. naruszyło wynikające z zasad wykonywania zawodu reguły staranności. Lekarz przyjmujący powoda dokonał błędnego rozpoznania rzeczywistej choroby pacjenta, nieumyślnie nie poszerzył przy tym diagnostyki ani też nie skonsultował się z(...) czy (...), co w danych okolicznościach było konieczne i możliwe. Jak wynika z opinii biegłego J. M. (1), podawane przez powoda przy przyjęciu objawy wykazywały na uszkodzenie ogona końskiego rdzenia kręgowego, natomiast nie była znana jego przyczyna. Jeżeli występuje klasyczny zespół bólów korzeniowych i zaburzeń zwieraczy, to standardowym postępowaniem jest wykonanie badań neuroobrazowych odcinka lędźwiowo-krzyżowego i zaplanowanie dalszego leczenia w zależności od wyniku tych badań. W konkretnej sprawie obraz kliniczny był niejasny, istniały zatem podstawy do pogłębienia diagnostyki. Co więcej, zaburzenia pracy zwieraczy, przy jednoczesnym występowaniu objawów (...) stanowiło wskazanie do podjęcia pilnego procesu diagnostycznego. Nie przewidziano przy tym wszystkim, że zacementowanie pacjenta nie likwiduje przyczyny choroby, lecz zaopatruje jedno z jego następstw. W tym przypadku można zatem mówić w niniejszej sprawie o błędzie decyzyjnym, tj. pominięciu wykonania badań diagnostycznych. Pogłębiona diagnostyka miałaby na celu postawienie diagnozy, co było przyczyną uszkodzenia rdzenia.

W ocenie Sądu Okręgowego, biorąc pod uwagę dyspozycję art. 6 k.c. oraz art. 361 § 1 k.c., strona powodowa w niniejszej sprawie zdołała wykazać zaistnienie błędu w sztuce lekarskiej, polegającego na zaniechaniu wykonania dalszych badań diagnostycznych podczas przyjęcia w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w późnych godzinach wieczornych 28.04.2015 r. odesłaniu powoda do domu, skutkiem czego poszerzone badania diagnostyczne wykonano u powoda dopiero po ponownym zgłoszeniu się przez niego do szpitala w dniu 29.04.2015 r., a konieczną operację, po przetransportowaniu do T., dopiero 01.05.2015 roku. Mając na uwadze wnioski płynące z wiarygodnych opinii biegłych Sąd uznał przy tym, że strona powodowa nie zdołała natomiast wykazać, że aktualny stan powoda i jego niepełnosprawność jest w całości wynikiem nieprawidłowego postępowania personelu ubezpieczonego.

Przede wszystkim wskazać należy, że w uzupełniającej opinii z 22.12.2017 r. biegły J. M. (1) stanowczo podał (k. 198), iż biorąc pod uwagę objawy kliniczne, tj. zaburzenia zwieraczy i zmniejszenie dolegliwości bólowych można przyjąć, że do uszkodzenia ogona końskiego doszło w godzinach poprzedzających zgłoszenie się powoda do SOR Szpitala w N.. Dlatego zasadniczym pytaniem, jakie należało postawić, jest to czy były to zmiany jeszcze odwracalne, czy już zmiany nieodwracalne. I na to pytanie, wg. biegłego, nie da się odpowiedzieć jednoznacznie. Wiadomo, że do uszkodzenia ogona końskiego doszło już na etapie leczenia w POZ, ale nie wiadomo kiedy doszło do zmian nieodwracalnych, w szczególności czy do zmian nieodwracalnych doszło zanim powód zgłosił się do Szpitala w N., w trakcie pobytu czy po nim, kiedy powód oczekiwał już na zabieg operacyjny w T.. W konsekwencji nie da się ocenić czy opóźnione przyjęcie do szpitala o jeden dzień (a właściwie o kilkanaście godzin), miałyby wpływ na odwracalność uszkodzenia ogona końskiego. W trzeciej opinii uzupełniającej z 03.09.2018 r. (k. 254-255) biegły J. M. (1) jasno wyjaśnił też, że nie można jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, czy diagnostyka pacjenta zmierzająca do szybkiego skierowania go na zabieg operacyjny polegający na odbarczeniu uszkodzonego ogona końskiego, spowodowałaby poprawę jego stanu zdrowia i umożliwiłaby mu powrót do pełnej, bądź częściowej sprawności.

Pamiętać przy tym trzeba, że specyfika spraw w przedmiocie roszczeń z tytułu błędu medycznego, w znacznej części nie pozwala na ustalenie w sposób pewny i stanowczy okoliczności określających odpowiedzialność szpitala. Rodzące

się wątpliwości w sytuacji, gdy odpowiedzialność ta nie została wykluczona przez biegłych specjalistów, a jedynie niemożliwym pozostaje ustalenie stopnia prawdopodobieństwa co do możliwości wpływu zawinionego działania na stan zdrowia powoda, w ocenie sądu drugiej instancji, samoistnie nie mogą prowadzić do oddalenia powództwa.

W konsekwencji, opierając się na wnioskach opinii biegłych w tym zakresie, Sąd Okręgowy stwierdził, że brak jakiegokolwiek związku przyczynowego pomiędzy działaniem personelu medycznego Szpitala w N., a uszkodzeniem ogona końskiego rdzenia kręgowego u powoda. Za działanie nieprawidłowe, rodzące odpowiedzialność po stronie pozwanego jako zakładu ubezpieczeń, uznał natomiast Sąd Okręgowy zaniechanie przez personel medyczny ubezpieczonego pogłębionej diagnostyki podczas przyjęcia powoda w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Odesłanie powoda do domu po zaopatrzeniu objawowym oraz zaniechanie czynności zmierzających do ustalenia, jaka jest przyczyna zaburzenia pracy zwieraczy, przy jednoczesnym występowaniu objawów (...) było postępowaniem wysoce nieostrożnym, wyczerpującym znamiona błędu medycznego decyzyjnego. Wprawdzie nie wiadomo, w jakim stopniu przełożyłoby się to na aktualny stan powoda, to – jak wynika z opinii biegłego J. M. (1) – usunięcie ucisku na struktury nerwowe ogona końskiego stwarzało szansę na poprawę funkcji nerwowych, przy czym im dłuższy był czas trwania niedokrwienia, tym większe ryzyko utrwalenia uszkodzenia korzeni nerwowych, a im krótszy czas od wystąpienia objawów uszkodzenia ogona końskiego rdzenia kręgowego do jego odbarczenia, szansa na powrót choćby częściowy – funkcji była większa. Nietrzymanie moczu i stolca pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z uszkodzeniem przez sekwestr dysku ogona końskiego rdzenia kręgowego powoda. Natychmiastowa diagnostyka i wcześniejsze leczenie operacyjne mogła zatem wpłynąć na poprawę funkcjonowania zwieraczy.

Reasumując, za uszkodzenie ogona końskiego rdzenia kręgowego u powoda pozwany odpowiedzialności nie ponosi. Ponosi jednak odpowiedzialność za pozbawienie powoda szansy na zminimalizowanie skutków utrwalenia uszkodzenia korzeni nerwowych. Pomiędzy zawinionym działaniem (zaniechaniem) personelu ubezpieczonego a aktualnym stanem zdrowia powoda, który mógłby być lepszy, gdyby pozwany postąpił zgodnie z procedurami, zachodzi normalny związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c.

W konsekwencji stwierdzić należało, że zgłoszone przez powoda żądanie zasądzenia zadośćuczynienia, przy uznaniu zaistnienia odpowiedzialności deliktowej pozwanego, jest usprawiedliwione co do zasady. Ustalając natomiast jego wysokość przyjąć należało jednak, że nie wszystkie dolegliwości powoda pozostają w adekwatnym związku przyczynowym z zakwestionowanym postępowaniem personelu Szpitala w N.. Tym samym Sąd Okręgowy uznał, iż powód wykazał istnienie odpowiedzialności pozwanego jedynie w części.

W ostatecznie zmodyfikowanym żądaniu pozwu powód domagał się zadośćuczynienia w kwocie 180 000 zł. Rzeczą Sądu w niniejszej sprawie było zatem ustalenie sumy odpowiedniej za krzywdy doznanej przez powoda przy założeniu, że z jednej strony nie można ustalić, na którym z etapów leczenia powoda (leczenie w ramach POZ, diagnostyka podczas pobytu w SOR 28.04.2015 r., diagnostyka podczas drugiego pobytu w Szpitalu w N. i leczenie operacyjne na Oddziale (...) Szpitala w T.) doszło do zmian nieodwracalnych, z drugiej zaś pewnym jest, że prawidłowe postępowanie personelu Szpitala w N. dnia 28.04.2015 r. mogło, ale nie musiało skutkować poprawą jego stanu zdrowia i możliwością powrotu do pełnej, bądź częściowej sprawności. Było to zadanie trudne także z uwagi na niemożliwość ustalenia, w jakim zakresie i o ile stan zdrowia powoda byłby lepszy, gdyby do zaniechania przez personel medyczny pozwanego nie doszło. Należało w końcu wziąć też pod uwagę, że jak wynika z przeprowadzonych w sprawie dowodów, usunięcie ucisku na struktury nerwowe wcale nie gwarantowało poprawy konkretnych funkcji.

W orzecnictwie wskazuje się, że należność z tytułu zadośćuczynienia za krzywdę (art. 445 § 1 k.c.) winna być w takim stopniu „odpowiednia”, aby poszkodowany za jej pomocą mógł zatrzeć lub co najmniej złagodzić odczucie krzywdy i odzyskać równowagę psychiczną (por. uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973 r., III CZP 37/73, OSNCP 1974/9/145) a priorytetową funkcją tej instytucji jest funkcja kompensacyjna (por. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 2005 r., IV CSK 80/05, OSNC 2006/10/175).

Zadośćuczynienie winno mieć charakter całościowy i obejmować wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które zapewne wystąpią w przyszłości, a więc prognozy na przyszłość (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 lutego 2000r., I CKN 969/98, Lex nr 50824).

Powszechnie przyjmuje się, że ocena rozmiaru krzywdy wymaga uwzględnienia nasilenia cierpień, długotrwałości choroby, rozmiaru kalectwa, trwałości następstw zdarzenia oraz konsekwencji uszczerbku na zdrowiu w dziedzinie życia osobistego i społecznego (por. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 1999r., w sprawie II UKN 681/98, OSNP 2000, nr 16, poz. 626).

Krzywdy doznanej przez powoda nie da się zmierzyć, szczególnie że jego aktualny stan jest wynikiem splotu okoliczności, które zaistniały już w trakcie leczenia powoda w ramach POZ, niezawinionych przez pozwanego. Powód doznał ogromnych cierpień fizycznych i psychicznych, nadal odczuwa dolegliwości bólowe, zaś stan jego zdrowia psychicznego nie wrócił do równowagi. W związku z uszkodzeniem ogona końskiego przeszedł operację laminektomii oraz intensywną rehabilitację w trybie ambulatoryjnym. Wymagał pomocy żony przy myciu, ubieraniu przez okres około 3-4 miesięcy od operacji. Przez długi czas musiał mieć założony cewnik do pęcherza moczowego. Spowodowało to wytworzenie kamienia moczowego w pęcherzu moczowym i konieczność operacyjnego jego usunięcia. Za opiniami biegłych przyjąć należy, że powód, mimo stosunkowo młodego wieku, nigdy nie będzie sprawnym człowiekiem. Jego życie na zawsze podporządkowane zostało ograniczeniom wynikającym z potrzeby wykonywania zabiegów higienicznych związanych z uszkodzeniem zwieraczy i używania pieluchomajtek oraz konieczności podejmowania dalszych zabiegów rehabilitacyjnych i leczenia. Stwierdzone zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych odpowiadają uszczerbkowi na zdrowiu 40%. Nadal występują u powoda bóle w odcinku lędźwiowo-krzyżowym i bóle do prawej stopy oraz zdrętwienie prawej stopy. Występuje u niego brak kontroli zwieracza odbytu i popuszczenie stolca. Mocz oddaje sam – chodzi co 3, 4 godziny i wypiera mocz siłą z pęcherza, ale jak tego zapomni, to popuszcza do pieluchy. Nietrzymanie moczu i kału pozostaje w związku z uszkodzeniem ogona końskiego rdzenia kręgowego. Powód nie czuje okolicy krocza, dochodzi do erekcji, lecz zaburzenia czucia powodują brak satysfakcji i zaniechanie czynności seksualnych. Rokowanie w dalszym ciągu jest niepewne. Istnieje obawa, że jest to trwałe uszkodzenie i dalsze leczenie ma na celu zapewnienie minimum komfortu życiowego pacjentowi z uszkodzonymi zwieraczami. Powód nie powinien pracować ciężko fizycznie, nie powinien podnosić ciężkich przedmiotów oraz pracować w pozycjach wymuszonych.

Jak już podkreślono, stan powoda nie jest w całości wynikiem błędu medycznego popełnionego przez personel Szpitala w N.. Jednakże błąd ten przyczynił się do aktualnego stanu powoda. Biorąc pod uwagę, że powód domagał się zasądzenia kwoty 180 000 zł, Sąd Okręgowy uznał, że 1/3 tej kwoty będzie w okolicznościach niniejszej sprawy odpowiednią dla zrekompensowania dolegliwości powoda doznanych w wyniku pozbawienia go szansy na zminimalizowanie skutków utrwalenia uszkodzenia korzeni nerwowych oraz życia w przeświadczeniu, że przy właściwym postępowaniu personelu medycznego Szpitala w N. mogło jednak dojść do poprawy jego stanu zdrowia z możliwością powrotu do pełnej, bądź częściowej sprawności. Z podanych przyczyn w pozostałej części żądanie zadośćuczynienia zostało oddalone. Skoro w stanie faktycznym sprawy na rozstrój zdrowia powoda obok okoliczności zawinionych przez personel ubezpieczonego, wpłynęły również, i to w przeważającym zakresie, okoliczności niezawinione, zasądzona na rzecz powoda kwota zadośćuczynienia ustalenia te powinna odzwierciedlać.

O odsetkach od zasądzonych na rzecz powoda kwot tytułem zadośćuczynienia i odszkodowania Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c. i art. 455 k.c. Sąd stwierdził, że jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, to dłużnik powinien spełnić świadczenie niezwłocznie po wezwaniu. Zgłoszenie szkody z wezwaniem do zapłaty nastąpiło pismem z 24.06.2015 roku. W odpowiedzi na wezwanie z 03.07.2015 r. powód 21.07.2015 r. przekazał pozwanemu posiadaną dokumentację. Mimo tego pozwany pismem z 27.07.2015 r. (nadanym 29.07.2015 r.) odmówił przyjęcia odpowiedzialności domagając się dalszych powołując się na brak pełnej dokumentacji z ubezpieczonej placówki. Znane pozwanemu były już wówczas okoliczności pozwalające na zaspokojenie, chociażby częściowe, roszczeń powoda. Jak wynika z akt szkody, do Szpitala w N. pozwany zwrócił się o dokumentację dopiero 27.07.2015 roku. Dlatego też Sąd zasądził odsetki ustawowe za opóźnienie (oraz ustawowe

przed nowelizacją art. 481 § 2 k.c. dokonaną z dniem 01.01.2016 r.) od przyznanej powodowi tytułem zadośćuczynienia kwoty 60 000 zł od dnia następnego po wysłaniu pisma z 27.07.2015 r., tj. od dnia 30 lipca 2015 roku.

O kosztach procesu sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. i 108 § 1 k.p.c., przy uwzględnieniu, że powód wygrał sprawę jedynie w 33 %. Na koszty poniesione przez powoda złożyły wynagrodzenie adwokackie w kwocie 7200 zł ustalone na podstawie § 2 pkt. 6 rozp. Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U.2015.1800), w brzmieniu obowiązującym w dniu wniesienia pozwu, kwota 17 zł opłaty od pełnomocnictwa oraz kwota 1500 zł uiszczonej zaliczki na wydatki. Razem dało to kwotę 8717 zł, z czego 33% to 2876,61 zł. Na koszty pozwanego złożyły się kwota 7200 zł wynagrodzenia radcy prawnego ustalona na podstawie § 2 pkt. 6 rozp. Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U.2018.265 j.t.), w brzmieniu obowiązującym w dniu wniesienia pozwu, kwota 17 zł opłaty od pełnomocnictwa oraz kwota 1500 zł tytułem części opłaty od pozwu i 761,35 zł tytułem części wydatków. Razem dało to kwotę 9476,35 zł, z czego 67% to 6350,49 zł. Na rzecz pozwanego zasądzeniu podlegała różnica podlegających stronom zwrotowi kosztów postępowania (6350,49 zł – 2876,61 zł = 3473,88 zł).

Przy zastosowaniu tych samych proporcji, na zasadzie art. 113 u.k.s.c, nakazano też ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Nowym Sączu od pozwanego kwotę 2261 zł tytułem części opłaty od pozwu i wydatków tymczasowo poniesionych przez Skarb Państwa, a w pozostałym zakresie, w jakim powód zwolniony został z kosztów sądowych, kosztami tymi obciążono Skarb Państwa.

Apelację od tego wyroku wniósł powód, zaskarżając go w zaskarżając go w części, tj. co do punktu:

- 2 wyroku oddalającego powództwo w pozostałej części - co do kwoty 120.000,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od kwoty 40.000,00 zł od dnia 30 lipca 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od kwoty 80.000,00 zł od dnia 30 stycznia 2019 r. do dnia zapłaty;

- 3 wyroku zasadzającego od powoda na rzecz pozwanej kwotę 3.473,88 zł tytułem zwrotu kosztów procesu;

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

I. naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na treść wyroku, a to:

1. art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego oraz błędne uznanie, że:

a) świadek A. L. (2) (żona powoda) podczas przesłuchania na rozprawie w dniu 30 stycznia 2017 r. nie wskazała, kiedy dokładnie doszło do zatrzymania moczu u powoda, podczas gdy świadek dokładnie wskazała datę (28 kwietnia 2015 r.), kiedy u powoda pojawiły się dolegliwości związane z niemożnością oddania moczu i kału, co bezpośrednio wynika z nagrania z rozprawy z dnia 30 stycznia 2017 r. (czas: 00:44:25 - 00:45:50);

b) z zeznań powoda przesłuchanego na terminie rozprawy w dniu 30 stycznia 2017 r. nie wynika, że do zatrzymania moczu doszło dopiero w dniu 28 kwietnia 2015 r., podczas gdy powód szczegółowo opisał, że do zatrzymania moczu doszło u niego w godzinach popołudniowych w dniu 28 kwietnia 2015 r., co bezpośrednio wynika z nagrania z rozprawy z dnia 30 stycznia 2017 r. (czas: 00:57:18 - 00:59:00);

co w konsekwencji doprowadziło do:

- błędów w ustaleniach faktycznych, który miał wpływ na treść wyroku poprzez bezzasadne ustalenie przez Sąd, że powód żadnym z dowodów nie zakwestionował zapisów widniejących na karcie leczenia szpitalnego dotyczących czasu, w którym u powoda nastąpiło zatrzymanie moczu i ustąpienie dolegliwości oraz błędne uznanie przez Sąd, że dążenie strony powodowej do zakwestionowania zapisów' widniejących w karcie leczenia rozpoczęło się dopiero po wydaniu w sprawie opinii przez biegłego, podczas gdy okoliczności te były podnoszone przez pełnomocnika powoda

już w pozwie, piśmie przygotowawczym pełnomocnika powoda z dnia 17 listopada 2016 r. oraz na rozprawie w dniu 30 stycznia 2017 r., a więc przed sporządzeniem przez biegłego pierwszej opinii;

2. art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego i błędne uznanie, że zapisy w dokumentacji medycznej leczenia powoda w okresie od 28 kwietnia 2015 r. do 4 maja 2015 r. są ze sobą spójne i jednoznaczne i wynikają z informacji pozyskanej od powoda, podczas gdy tylko zapisy z leczenia powoda w szpitalu w N. i T. są tożsame, bowiem powstały po przekazaniu dokumentacji medycznej pomiędzy szpitalami, a z zapisów tych nie wynika, aby treść epikryzy (w Szpitalu w T.) powstała na podstawie informacji pozyskanych bezpośrednio od powoda, a dodatkowo z zapisu w dokumentacji medycznej przeprowadzonej przez lekarza w POZ (...) w dniu 29 kwietnia 2015 r., do którego powód zgłosił się po wypuszczeniu go ze szpitala w N., w której odnotowano silne dolegliwości bólowe w odcinku lędźwiowym z promieniowaniem do prawej kończyny dolnej;

oraz

3. art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego i dokonania jego oceny z pominięciem istotnej części, tj. opinii biegłego dr n. med. J. M. (2) z dnia 22 grudnia 2017 r. (przedostatnia strona opinii - odpowiedź na pytanie gdzie biegły wskazał, że o funkcjonalnej amputacji nerwu świadczy objaw nagłego ustąpienia dolegliwości bólowych... „Obumarcie nerwu” jest trochę niefortunne, gdyż sugeruje martwicę tkanki, która wiąże się z jej rozkładem i resorbcją. Tutaj możemy mówić o funkcjonalnym uszkodzeniu nerwów spowodowanych mechanicznym uciskiem, co w konsekwencji doprowadziło do błędnego przyjęcia, że za uszkodzenia ogona końskiego rdzenia kręgowego u powoda pozwany odpowiedzialności nie ponosi.

4. art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego i dokonanie jego oceny z pominięciem istotnej części w postaci:

a) opinii biegłego dr n. med. J. M. (1) z dnia 4 sierpnia 2017 r. (ostatnia strona opinii), gdzie biegły wskazał, że nie można dać jednoznacznej odpowiedzi czy pierwotnie do uszkodzenia ogona końskiego doszło w dniu 28 kwietnia 2015 r. czy dwa dni wcześniej;

b) zeznań świadków i powoda, którzy wskazywali na uskarżanie się przez powoda na dolegliwości bólowe w nocy 28 kwietnia 2015 r., pomimo przyjęcia silnych dawek leku przeciwbólowego (K.);

c) dokumentacji medycznej przeprowadzonej przez lekarza w POZ (...) W (...) w dniu 29 kwietnia 2015 r., do którego powód zgłosił się po wypuszczeniu go ze szpitala w N., w której odnotowano silne dolegliwości bólowe w odcinku lędźwiowym z promieniowaniem do prawej kończyny dolnej.

co w konsekwencji doprowadziło do błędu w ustaleniach faktycznych, który miał wpływ na treść wyroku poprzez bezzasadne przyjęcie przez Sąd orzekający, że z uwagi na zniesienie dolegliwości bólowych u powoda do uszkodzenia ogona końskiego oraz uszkodzenia funkcjonalnego zwieraczy doszło w nocy z 26 na 27 kwietnia 2015 r., podczas gdy powód oraz świadkowie wielokrotnie wskazywali, że powód pomimo przyjęcia leku przeciwbólowego (K.) nadal uskarżał się na dolegliwości bólowe, a ich zmniejszenie było spowodowane przyjęciem silnych leków przeciwbólowych, o czym informował personel medyczny.

5. art. 232 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. w zw. z art. 6 k.c. poprzez błędne przyjęcie, że:

a) powód w toku postępowania nie wykazał, że aktualny stan zdrowia powoda i jego niepełnosprawność jest wynikiem nieprawidłowego postępowania personelu medycznego, podczas gdy Sąd orzekający dysponował pełną dokumentacją medyczną leczenia powoda tak przed jak i po zdarzeniu, wobec czego znane Sądowi były dolegliwości powoda przed 28 kwietnia 2015 r. oraz po 28 kwietnia 2015 r.;

b) rację ma pozwana, który twierdziła, że powód podczas pierwszego zgłoszenia się do szpitala nie uskarżał się na ból, co było sprzeczne ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym, w szczególności wobec zeznań świadków, powoda oraz zapisów dokumentacji medycznej POZ (...) w R. w dniu 29 kwietnia 2015 r., a odmienny stan faktyczny

nie wynikał z żadnego z przytoczonych przez pozwaną dowodów, zaś pozwana zadając kategoryczne pytania biegłemu dr n. med. J. M. (1) wskazujące na brak dolegliwości bólowych u powoda już w dniu 28 kwietnia 2015 r. wprowadzała biegłego w błąd i wymuszała odpowiedzi, które nie odpowiadały stanowi faktycznemu sprawy;

II. sprzeczność istotnych ustaleń ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym, mającą istotny wpływ na treść zaskarżonego orzeczenia, a polegającą na przyjęciu, iż zasądzona zaskarżonym wyrokiem kwota 60.000,00 zł stanowi odpowiednie zadośćuczynienie za doznaną przez powoda krzywdę, w wyniku nieprawidłowego postępowania personelu medycznego Szpitala (...) w N., a kwota wyższa byłaby nadmiernie wygórowana, podczas gdy mając na względzie okoliczności niniejszej sprawy, a w szczególności rozmiar doznanego przez powoda trwałego uszczerbku na zdrowiu, który wydający w niniejszej sprawie opinie biegli ocenili na ponad 40%, a także konsekwencje, jakie wskazany deficyt powoduje w codziennym, normalnym funkcjonowaniu powoda, zasądzona tytułem zadośćuczynienia kwota jawi się, jako rażąco niska i nie odpowiada krzywdzie, jaką poniósł powód, tym samym kwota ta nie realizuje podstawowej funkcji zadośćuczynienia, jaką jest kompensata doznanej krzywdy, a prawidłowe ustalenia w sprawie winny skutkować zasądzeniem na rzecz powoda kwoty o 120.000,00 zł większej.

W oparciu o tak sformułowane zarzuty wniosł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku w pkt 2 i 3 poprzez zasądzenie od pozwanej na rzecz powoda kwoty 120.000,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od kwoty 40.000,00 zł od dnia 30 lipca 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od kwoty 80.000,00 zł od dnia 30 stycznia 2019 r. do dnia zapłaty oraz zmianę orzeczenia o kosztach postępowania pierwszoinstancyjnego zgodnie z kierunkiem apelacji;
2. zasądzenie od pozwanej na rzecz powoda kosztów postępowania odwoławczego, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego wg norm prawem przepisanych.

W odpowiedzi na apelację strona pozwana wniosła o jej oddalenie oraz o zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja okazała się bezzasadna.

Odnosząc się w pierwszej kolejności do zarzutów naruszenia art. 233 § 1 w zw. z art. 227 k.p.c. i ściśle powiązanego z nimi zarzutu błędnych ustaleń faktycznych należy wskazać, że nie można odmówić racji twierdzeniom apelacji, że pełna, utrwalona na nagraniu, treść zeznań powoda i jego małżonki mogłaby wskazywać na ujawnienie się objawów dopiero w dniu 28 kwietnia 2015 r. Nie przekonuje również argumentacja zawarta w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku odwołująca się do stwierdzenia, iż dążenie powoda do zakwestionowania zapisów w kartach informacyjnych „nabrzmiało” dopiero po wydaniu w sprawie opinii biegłego. Uwzględnić bowiem należy, że twierdzenia w tym przedmiocie podniosła strona pozwana w odpowiedzi na pozew (k. 92) a powód odniósł się do nich w piśmie z dnia 17 listopada 2018 r. (k. 115-116). Tym niemniej powyższy stan rzeczy otwiera jednak dopiero potrzebę skonfrontowania treści zeznań powoda i jego małżonki z zapisami w dokumentacji medycznej. W pierwszej kolejności podkreślić należy, że zapisy te zawarte zostały w dokumentach sporządzonych przez osoby posiadające wiadomości fachowe potrzebne do sporządzania tego typu dokumentów. Za wiarygodnością tych dokumentów przemawia również okoliczność, iż sporządzone zostały one gdy istotne dla określenia odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej zdarzenia miały miejsce. Twierdzenia o powielaniu treści w kolejnych zapisach dokumentacji mają charakter gołosłowny. Nie sposób zaakceptować tezy o powielaniu tych treści, jeżeli uwzględni się, że pomiędzy zapisami z karty informacyjnej z dnia 28 kwietnia 2015 r. (k. 20, gdzie w pozycji „WYWIAD” wpisano między innymi „zatrzymanie moczu od nd.”), zapisami karty informacyjnej leczenia szpitalnego z Oddziału (...) Szpitala im. (...) (akta szkodowe w pozycji „Epikryza” odnotowano m. in.: „Od 2 dni zaburzenia zwieraczy – zatrzymanie moczu – chory zacewnikowany”), zapisami w historii choroby z 29 kwietnia 2015 r. (akta szkodowe, odnotowano w pozycji „Istotne dane z wywiadu lekarskiego...”: „w wyw. rwa kulszowa prawostronna od ok. 1,5 mi-ca. Od nd/pn – zatrzymanie moczu i stolca (pokoło 24h –

zgłosił się do POZ – został zacewnikowany)”) z zapisami w karcie informacyjnej z dnia 4 maja 2015 r. (k. 42, w pozycji „Epikryza” wpisano między innymi „ W wywiadzie od kilku lat bóle kręgosłupa L-S od marca br rwa kulszowa prawostronna (tor promieniowania. S1), od nocy 26.04/27.04.2015 wystąpienie zespołu bólowego, pojawienie się objawów uszkodzenia ogona końskiego, zaburzenia czucia perianalne i perigenitalne P&L, zatrzymanie moczu”), mimo że ich ogólny sens jest tożsamy, występują wyraźne różnice treściowe silnie przemawiające za oceną, że zapisy te wynikały z samodzielnie przeprowadzanych wywiadów, a nie stanowiły bezrefleksyjnego powielenia informacji zawartych we wcześniejszej dokumentacji medycznej. Na przeprowadzenie wywiadów z powodem wskazują zresztą wyraźne zapisy w dokumentacji. Konfrontując w tych warunkach treść zapisów w dokumentacji medycznej z treścią zeznań świadka i powoda należy, w ocenie Sądu Apelacyjnej, większą wiarygodność przypisać zapisom zawartym w dokumentacji medycznej. Za taką oceną przemawia w szczególności okoliczność, że zeznania powód i świadek składali w dniu 30 stycznia 2017 r. a zatem blisko dwa lata po zdarzeniu, podczas gdy dokumentacja medyczna była sporządzana niemal bezpośrednio po zmianach w stanie zdrowia powoda, których dotyczyły wywiady lekarskie. Upływ czasu niewątpliwie jest czynnikiem, który sprzyja zniekształceniu w pamięci osoby zeznającej prawidłowy przebieg zdarzeń. Nadto zauważyć należy, że z opinii biegłego J. M. (1) wynika, że zapisy karty informacyjnej z dnia 4 maja 2015 r. wskazują na ustąpienie w nocy z 26 na 27 kwietnia 2015 r. zespołu bólowego (k. 162) i fakt ten przemawia za oceną, że już wówczas doszło do uszkodzenia elementów nerwowych korzeni nerwowych (k. 163). Natomiast powoływane w apelacji zapisy zawarte w dokumentacji sporządzonej w dniu 29 kwietnia 2015 r. w (...) s.c. (k. 25) („...”silne dolegliwości bólowe w odcinku l/s z promieniowaniem do prawej kończyny dolnej”) nie są na tyle jednoznaczne aby podważyć zapisy powoływane przez biegłego J. M. (1). Uwzględnić przy tym należy, że silne dolegliwości bólowe powód mógł odczuwać również jako objaw zatrzymania moczu, na co zwrócono uwagę w opinii biegłego J. M. (1) (k. 202). Powoływanie się w apelacji na stwierdzenia zawarte w opinii biegłego J. M. (1) (k. 169) nie może odnieść skutku, albowiem wskazał jedynie na trudność w udzieleniu jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o datę uszkodzenia ogona końskiego, podczas gdy materiał dowodowy w postaci dokumentacji medycznej wskazuje na to, że przy udzielaniu wywiadów powód podawał dane wskazujące na pojawienie się objawów tego uszkodzenia już w nocy z 26 na 27 kwietnia 2015 r.

Powyższe prowadzi do wniosku, że argumentacja apelacji nie mogła prowadzić do postulowanych w apelacji korekt ustalonego stanu faktycznego co do okoliczności dotyczących przebiegu pogorszenia się stanu powoda w drugiej połowie kwietnia 2015 r. w szczególności zaś do zmian poczynionych ustaleń w kwestii, że do uszkodzenia ogona końskiego i uszkodzenia funkcjonalnego zwieraczy u powoda doszło w nocy z 26 na 27 kwietnia 2015 r. Nie można w konsekwencji podważyć wniosków opinii biegłych opieranych na założeniu, że do uszkodzenia ogona końskiego i uszkodzenia funkcjonalnego zwieraczy u powoda doszło w nocy z 26 na 27 kwietnia 2015 r.

Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny aprobeje ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd I instancji i przyjmuje je za własne, czyniąc podstawą orzekania w sprawie. Zbędne jest natomiast powtarzanie ich w tym miejscu.

W tak ustalonym stanie faktycznym nie było podstaw do zmiany zaskarżonego orzeczenia poprzez postulowane w apelacji podwyższenie kwoty zadośćuczynienia podlegającego zasądzeniu na rzecz powoda. Sąd Apelacyjny aprobeje stanowisko, iż kontrola wysokości zasądzzonego zadośćuczynienia jest możliwa jedynie w wypadku gdyby zasądzona z tego tytułu kwota była rażąco niewspółmierna, tj. rażąco zawyżona lub rażąco zaniżona. Określając globalną wysokość zadośćuczynienia Sąd I instancji uwzględnił, że powód wykazał zaistnienie po stronie zakładu opieki zdrowotnej błędu w sztuce lekarskiej polegającego na zaniechaniu wykonania dalszych badań diagnostycznych, ale stwierdził zarazem, że strona pozwana odpowiada jedynie za pozbawienie powoda szansy na zminimalizowanie skutków utrwalenia uszkodzenia korzeni nerwowych. Nie wszystkie zatem dolegliwości powoda pozostają w adekwatnym związku przyczynowym z postępowaniem personelu ubezpieczonego u strony pozwanej Szpitala. Ustalonego przez Sąd I instancji stanu faktycznego, powód nie zdołał skutecznie zakwestionować. Nie ma zatem podstaw do przypisania stronie pozwanej odpowiedzialności za skutki w postaci bardzo znacznego pogorszenia się stanu zdrowia powoda oraz rozległych i długotrwałych cierpień i dolegliwości, których skutki ujawniają się w różnych sferach życia powoda. Niewykonanie w dniu 28 kwietnia 2015 r. dalszych badań pozbawiło jedynie powoda szansy na poprawę stanu zdrowia, ale nie było przyczyną, w rozumieniu art. 361 § 1 k.c., pogorszenia się stanu zdrowia powoda. Nietrafne

jest zatem podkreślanie w apelacji do rozmiaru uszczerbku na zdrowiu powoda, ograniczeń powoda w codziennym funkcjonowaniu, w tym braku kontroli potrzeb fizjologicznych i ograniczeń życia intymnego, ograniczeń w możliwości wykonywania pracy zawodowej oraz konsekwencji tego stanu rzeczy w zdrowiu psychicznym powoda. Szpital w N. (a w konsekwencji strona pozwana) nie ponosi bowiem odpowiedzialności za te skutki, ale krzywda powoda wyraża się w utracie, wskutek udzielenia świadczeń niezgodnie z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej, niedającej się precyzyjnie ocenić szansy na poprawę stanu zdrowia. Nawet szybsze podjęcie działań diagnostycznych i leczniczych nie dawałoby gwarancji, że stan zdrowia byłby wymiennie lepszy od tego, jaki faktycznie się ukształtował (por. k. 169, k. 201). W tym stanie rzeczy wysokość przyznanej przez Sąd I instancji kwoty zadośćuczynienia mieści się w granicach przewidzianej w art. 445 § 1 k.c. „odpowiedniej sumy”, uwzględniającej tą krzywdę, za którą odpowiedzialność można przypisać stronie pozwanej, a zatem krzywdę wyrażającą się w utracie szansy na poprawę stanu zdrowia. W tym stanie rzeczy nie było zatem podstaw do postulowanej w apelacji zmiany wysokości zadośćuczynienia.

Mając powyższe na uwadze apelacja podlegała oddaleniu o czym orzeczono w pkt 1 sentencji na zasadzie art. 385 k.p.c.