

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 23 grudnia 2013 roku, skierowanym przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej USK (...) w Ł. oraz Centrum Medycznym (...) Spółce z o.o. z siedzibą w K. (poprzednio: Centrum Medyczne (...) w Ł.), powód Z. S. (1) wniósł o zasądzenie od pozwanych solidarnie na swoją rzecz:

- zadośćuczynienia za szkodę wyrządzoną przy leczeniu w kwocie 80.000 złotych, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 2 października 2013 roku do dnia zapłaty;
- odszkodowania w kwocie 9.992 złotych, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 2 października 2013 roku do dnia zapłaty;
- renty na zwiększone potrzeby poczynawszy od dnia 1 grudnia 2013 roku i na przyszłość w wysokości po 700 złotych miesięcznie, płatnej z góry do 10-ego dnia każdego miesiąca, z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pozwu do dnia zapłaty – co do rat wówczas wymagalnych oraz w przypadku uchybienia terminu płatności którejkolwiek z rat na przyszłość;
- ustalenie odpowiedzialności pozwanych, za mogące powstać w przyszłości skutki błędu medycznego;
- zwrotu kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych bądź wg zestawienia kosztów, które zostaną złożone przed zamknięciem przewodu sądowego oraz zwolnienie powoda od kosztów sądowych, w tym od opłaty od pozwu, z uwagi na sytuację materialną powoda.

W uzasadnieniu wskazano, że dochodzone pozwem roszczenie związane jest z wadliwie przeprowadzonym, w pozwanych placówkach medycznych, postępowaniem diagnostycznym, w wyniku którego doszło do nieprawidłowego leczenia oraz w konsekwencji do konieczności 15-sto miesięcznego zmagania się z dolegliwościami bólowymi przez powoda oraz pogorszenia stanu zdrowia powoda – nieprawidłowy zrost kości, krótsza kończyna dolna, konieczność korzystania ze stabilizatora.

(pozew, k. 2-11)

Postanowieniem z dnia 7 stycznia 2014 roku Sąd zwolnił powoda od kosztów sądowych w całości.

(postanowienie, k. 44)

W odpowiedzi na pozew z dnia 7 lutego 2014 roku pozwany ad.1 Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) w Ł. wniósł o oddalenie powództwa w całości, zasądzenie od powoda zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu, podniósł, iż w wywiadzie powód zgłosił stłuczenie kończyny dolnej prawej, a przeprowadzone badanie przedmiotowe nie wykazało odchyłeń od normy, natomiast obraz choroby nie budził podejrzenia uszkodzenia układu kostnego, co spowodowało odstąpienie od zlecenia wykonania badania radiologicznego kończyny i z tego względu nie sposób przyjąć by doszło do zaniedbań pozwanego, który postępował zgodnie z zasadami sztuki medycznej.

(odpowiedź na pozew, k. 56-57)

W odpowiedzi na pozew z dnia 24 lutego 2014 roku pozwany ad.2 Centra Medyczne (...) sp. z o.o. w K., wniósł o oddalenie powództwa w całości, zasądzenie zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu, pozwana podała, iż kwestionuje powództwo, co do zasady, jak i wysokości. Przyznała, iż oba badania rentgenowskie prawej kończyny dolnej powoda wykonano w prowadzonej przez pozwaną Spółkę placówce w dniach 4 i 25 lipca 2012 roku, jednakże zostały one wykonane prawidłowo oraz właściwie opisane przez dr D. K.. Z tego względu działania pozwanej nie pozostają w związku przyczynowo skutkowym z ewentualną krzywdą i szkodą powoda opisywaną, jako podstawa żądania pozwu.

(odpowiedź na pozew, k. 65-66)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Pozwany SP Zakład Opieki Zdrowotnej (...) w Ł. jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej.

(bezsporne; odpis aktualny z rejestru stowarzyszeń i innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej KRS – k. 59-60)

Pozwana, Centra Medyczne (...) Sp. z o.o. w K. (uprzednio: Centrum Medyczne (...)) jest spółką prawa handlowego, której przedmiotem działalności jest m.in. ogólna i specjalistyczna praktyka lekarska a także pozostała działalność lecznicza.

(bezsporne; i nformacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z rejestru przedsiębiorców KRS – k. 79-82)

W dniu 19 czerwca 2012 roku, w godzinach popołudniowych, w czasie mycia okien na zewnątrz własnego domu, powód Z. S. (1) uległ wypadkowi - upadł z wysokości ok. pół metra na betonową powierzchnię. Powód stał na drabinie, która w pewnym momencie zaczęła upadać i w odruchu obronnym, zeskoczył na prawą nogę, przewracając się na prawy bok i rękę. Po upadku powód poczuł ból prawej nogi w kostce i prawego łokcia, jednakże nie stwierdzające żadnego otwartego skaleczenia był przekonany iż ból sam minie. Następnego dnia, po przebudzeniu, noga bolała powoda bardziej, zauważył opuchliznę na wysokości kostki oraz krwiak od wewnętrznej strony stopy.

(zeznania świadka J. S. – k. 100 e-protokół 00:50:30 ; zeznania świadka M. K. – k. 412 e-protokół 00:17:51 ; zeznania powoda – k. 414 v. e-protokół 01:39:11 w zw. z wyjaśnieniami powoda – k. 95 – 96 e-protokół o 0:04:52)

Powód udał się wówczas do Poradni Chirurgii Ogólnej pozwanego - Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej USK (...) w Ł., gdzie został przyjęty przez chirurga dr R. M., który, po przeprowadzeniu wywiadu z pacjentem na temat okoliczności powstania urazu i występujących objawów oraz obejrzeniu nogi, stwierdził u powoda stłuczenie podudzia i zalecił okłady roztworem „Altacet” i wizytę kontrolną za 4-5 dni.

Powód nie otrzymał skierowania na badanie RTG (prześwietlenie). Żona robiła powodowi okłady zgodnie z zaleceniami lekarza – rano noga powoda była mniej opuchnięta niż wieczorem. Powód nadal poruszał się na chorej kończynie.

(zeznania świadka J. S. – k. 100 e-protokół 00:50:30 ; karta informacyjna ambulatoryjnego leczenia szpitalnego – k. 18 ; zeznania powoda – k. 414 v. e-protokół 01:39:11 w zw. z wyjaśnieniami powoda – k. 96 e-protokół 00:04:52 -00:13:45)

Powód niepokoił się swym stanem zdrowia – brakiem poprawy, dlatego udał się po skierowanie na prześwietlenie kończyny do lekarza rodzinnego. W treści skierowania lekarz POZ, jako rozpoznanie, wpisała „przebyty uraz”, a w uzasadnieniu badania : „diagnostyka”.

Badanie wykonano w dniu 4 lipca 2012 roku w przychodni przy ul. (...) w Ł., prowadzonej przez pozwanego ad.2 Centrum Medycznym (...) (obecnie: Centra Medyczne (...) Sp. z o.o. w K.). Zdjęcie wykonano w dobrej, pozwalającej odczytać wynik badania, jakości i dwóch prawidłowych projekcjach. Opisu zdjęcia dokonywał lekarz specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej dr D. K.. W rozpoznaniu klinicznym, na wykonanych radiogramach, nie stwierdzono

zmian kostnych pourazowych. Stwierdzono pourazowy obrzęk tkanek miękkich. Powód nie rozmawiał z lekarzem dokonującym opisu, był zadowolony, że prześwietlenie nie wykazało złamania.

(wynik badania CR – k. 16 ; płyta CD ozn.nr 2 - k. 43; zeznania świadka J. S. – k. 100 e-protokół 00:54:09; opinia pisemna biegłego specjalisty ortopedii i chirurgii urazowej dr A. W. (1) – k. 195 – 201 ; skierowanie z 3 lipca 2012 roku – k. 369; dokumentacja medyczna – k. 405; zeznania świadka M. K. – k. 412 e-protokół 00:17:51; zeznania powoda – k. 414 v. e-protokół 01:39:11 w zw. z wyjaśnieniami powoda – k. 96 e-protokół 00:13:45 ; kopia skierowania k.178)

Przed wykonaniem badania RTG w przychodni pozwanego ad.2, technik radiologii przeprowadził wywiad z pacjentem i odnotował, że uraz jest „stary”, tj. doszło do niego dłużej niż tydzień przed dniem badania. Lekarz radiolog nie ma kontaktu z pacjentem, zapoznaje się ze zdjęciami na stacji radiografii cyfrowej, jest to specjalistycznym, nowoczesny sprzęt wart 50.000 zł. Dr D. K., jest kierownikiem Zakładu (...) w pozwanej Spółce.

(zeznania świadka D. K. – k. 412 v. e-protokół (...):33:06, 00:49:29)

Podczas kolejnej wizyty kontrolnej w Poradni Chirurgii Ogólnej pozwanego ad.1 Samodzielnego Publicznego ZOZ USK (...) w Ł., w dniu 10 lipca 2012 roku, dr R. M. - lekarz specjalista chirurg ogólny, po zapoznaniu się wyłącznie z opisem badania RTG i przeprowadzeniu wywiadu z pacjentem, który opowiedział o zaobserwowanych rezultatach zaleconej terapii, bólu i opuchliznie, stwierdził u powoda miejscowe zakażenia skóry i tkanki podskórnej, przepisał powodowi antybiotyk Dalacin C, kontynuując zalecone wcześniej leczenie stłuczenia.

Natomiast na wizycie kontrolnej w dniu 13 lipca 2012 roku zalecono powodowi sól iwonicką, odnotowując niewielką poprawę.

Na kolejnych, następujących po sobie wizytach kontrolnych w Poradni Chirurgii Ogólnej pozwanego SP ZOZ USK (...) w Ł., w dniach 17 oraz 23 lipca 2012 roku powód był przyjmowany przez innego lekarza. Powód skarżył się wówczas, że noga „ucieka mu” na prawą stronę. Lekarz również stwierdził wówczas miejscowe zakażenie skóry i tkanki podskórnej i opisał, w karcie choroby, iż utrzymuje się u powoda obrzęk okolicy stawu skokowego, nastąpiła niewielka poprawa, bez cech CVT. Objaw Homans i Mozesa (-) i zalecił bandażowanie kończyny bandażem elastycznym oraz lek Otrez 600.

Nie kierowano powoda na badanie RTG.

(dokumentacja lekarska – k. 13-14 i 15; zeznania świadka J. S. – k. 100 e-protokół 00:54:09 - 00:57:28 ; zeznania powoda – k. 414 v. e-protokół 01:39:11 w zw. z wyjaśnieniami powoda – k. 96 -97 e-protokół 00:13:45 - 00:19:15)

Powód, po ostatniej konsultacji w Poradni Chirurgii Ogólnej pozwanego ad.1 zakupił kulę, gdyż miał problemu z chodzeniem, a z uwagi na brak poprawy stanu zdrowia, sam zdecydował o drugim prześwietleniu kończyny. Ponieważ Z. S. miał problemy z poruszeniem się, po skierowanie na badanie RTG udała się jego żona, którą znała lekarz medycyny rodzinnej powoda, gdyż również była jej pacjentką. W treści drugiego skierowania lekarz POZ, jako rozpoznanie i uzasadnienie badania, wpisała „przebyty uraz – podejrzenie złamania kości”, gdyż była prawie pewna, że do tego doszło.

Badanie w pozwanym Centrum Medycznym (...) w Ł. (obecnie: Centra Medyczne (...) Sp. z o.o. w K. Ł.) wykonano w dniu 25 lipca 2012 roku. Ponownie opisu zdjęcia dokonał lekarz specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej dr D. K.. W rozpoznaniu klinicznym stwierdzono stan po złamaniu trójkostkowym w stawie skokowym prawym z destabilizacją w stawie. Widoczny odłam kostny kostki przyśrodkowej przemieszczony do boku.

(wynik badania CR – k. 17; płyta CD ozn.nr 3 - k. 43 , karta informacyjna ambulatoryjnego leczenia szpitalnego – k. 18 ; zeznania świadka J. S. – k. 100 e-protokół 00:50:30 ; skierowanie z 24 lipca 2012 roku – k. 178 ; dokumentacja medyczna – k. 405 ; zeznania świadka M. K. – k. 412 e-protokół 00:17:51 -00:22:30 ; zeznania powoda – k. 414 v. e-protokół 01:39:11 w zw. z wyjaśnieniami powoda – k. 97 e-protokół 00:19:15 - 00:24:43)

Na dzień 25 lipca 2012 roku powód nie doświadczył innych urazów, poza tym z dnia 19 czerwca 2012 roku.

(karta informacyjna ambulatoryjnego leczenia szpitalnego – k. 18 ; zeznania świadka J. S. – k. 10 1 e -protokół 00:57:28; zeznania świadka M. K. – k. 412 e-protokół 00:17:51-00:22:30; zeznania powoda – k. 414 v. e-protokół 01:39:11 w zw. z wyjaśnieniami powoda – k. 99 e-protokół 00:43:57)

Po wykonaniu badania, lekarz radiolog wyszedł do powoda na korytarz i poinformował o tym, iż sytuacja jest zła, gdyż wystąpiło złamanie z przesunięciem, wręczył pacjentowi opis ze zdjęciem i zalecił niezwłoczne zgłoszenie się do szpitala.

Powód wraz żoną pojechali taksówką do I Szpitala Miejskiego im. dr E. S. w Ł., gdzie lekarz przyjmujący ponownie wykonał badanie RTG, wyraził zdziwienie faktem tak późnego zgłoszenia powoda do szpitala i potwierdził, że już na pierwszym zdjęciu RTG, z 4 lipca 2012r., było widoczne złamanie. Rozpoznano złamanie trójskokowe prawej kończyny dolnej z podwichnięciem w stawie skokowym. W wywiadzie z pacjentem odnotowano brak zgłaszania dolegliwości bólowych, zachowane czucie i tętno, zniesione czucie głębokie. Tego samego dnia wdrożono odpowiednie leczenie: początkowo lekarz próbował nastawić nogę, ale była już zrośnięta, następnie, z powodu cukrzycy powoda i zmian w postaci stopy cukrzycowej, wykluczono operację; po wykonaniu repozycji bez znieczulenia założono but gipsowy i zakazano obciążania kończyny (chodzenie o kulach łokciowych przez 6 tygodni). Powód otrzymał skierowanie do poradni specjalistycznej i kontynuował leczenie w (...) Szpitala Miejskiego (...) w Ł., gdzie od 1 sierpnia 2012r. odbył 7 wizyt. Mimo oceny ustawienia odłamów, jako złe, kontynuowano leczenie zachowawcze (po uwzględnieniu cukrzycy).

Po zdjęciu gipsu utrzymywało się zniekształcenie i obrzęk okolicy prawego stawu skokowego. Powód chodził przy pomocy kul, wykonywał ćwiczenia stawów i mięśni, nie zgłasza bólu; obrzęk stopniowo ustępował - w dniu 04.10.2012r. nie było już obrzęku. Powód nadal chodził przy pomocy kul i bez pełnego obciążania prawej kończyny, zalecono stabilizator i stopniowe obciążanie. W dniu 15.11.2012r. chodził już z pełnym obciążaniem kończyny, w stabilizatorze. Zdjęcia RTG wykazały zrost z utrzymującym się podwichnięciem stawu skokowego, zalecono stopniowe odstawienie stabilizatora. W dniu 15.01.2013r. zdjęcia RTG wykazały pełny zrost kostny w ustawieniu odłamów i powierzchni stawowych, które nie uległo zmianie. Powód poruszał się bez dolegliwości bólowych, ale z ograniczeniem ruchomości prawego stawu skokowego. Lekarz zalecił chodzenie z pełnym obciążeniem i bez stabilizatora. W dniu 15 kwietnia 2014r. powód nadal chodził w stabilizatorze, nie zgłaszał dolegliwości bólowych.

Mimo, że leczenie powoda zostało zakończone w dniu 20 września 2013 roku, nadal nosi stabilizator stopy, jego noga jest krótsza i powód kuleje.

(karta informacyjna ambulatoryjnego leczenia szpitalnego – k. 18 , dokumentacja lekarska – k. 19 - 25 i k. 27 , skierowanie – k. 26 ; płyta CD ozn.nr 1 - k. 43; zeznania świadka J. S. – k. 100 -101 e-protokół 00:57:28 -01:03:10 ; zeznania powoda – k. 414 v. e-protokół 01:39:11 w zw. z wyjaśnieniami powoda – k. 97 - 98 i 99 e-protokół 00:26:59 - 00:38:16 i 00:43:57 ; opinia pismena biegłego sądowego lekarza ortopedy A. W. k.196)

Postępowanie medyczne, podjęte przez personel medyczny w SP ZOZ USK (...) w Ł., nie było prowadzone w sposób zgodny z wiedzą i sztuką lekarską oraz odbiegało od standardów postępowania. Lekarz w Poradni nie zanotował w dokumentacji żadnych danych z wywiadu (czasu zaistnienia i okoliczności zdarzenia szkodzącego - upadek lub zeskok z wysokości 1 1/2 metra), nie podał współwystępowania istotnych schorzeń współistniejących (cukrzyca od kilkunastu lat), nie opisał stanu przedmiotowego kończyny, który uzasadniałby ewentualne odstępianie od diagnostyki RTG; w czasie żadnej z wizyt nie odnotował, której z kończyn dolnych dotyczył uraz. Lekarz ograniczył się jedynie do podania rozpoznania i kodów według systemu ICD-10. Za nieprawidłowe należy uznać, iż lekarze konsultujący powoda w Poradni Chirurgii Ogólnej pozwanego ad.1 nie zlecili, od zgłoszenia się powoda w dniu 20 czerwca 2012 roku, wykonania zdjęć RTG, ani powtórzenia zdjęć RTG (wykonanych z inicjatywy własnej pacjenta) w czasie trzech kolejnych wizyt Z. S. (1), które miały miejsce w dniach 13 lipca 2012 roku, 17 lipca 2012 roku i 23 lipca 2012 roku, pomimo utrzymywania się i najprawdopodobniej, narastania, miejscowych zamian w postaci coraz większego zniekształcania się okolicy stawu skokowego.

Zdjęcie RTG powinno być wykonane powodowi bezpośrednio po dacie urazu w dniu zgłoszenia się pacjenta do Poradni Chirurgii Ogólnej. Przeprowadzona u powoda diagnostyka przez lekarzy z SP ZOZ USK (...)w Ł. była niewłaściwa i niewystarczająca, bowiem, świetle zgłaszanych dolegliwości oraz mechanizmu ich powstania, nie wystarczyło zebranie wywiadu od powoda i dokonanie jego badania fizykalnego, ale należało dokonać dodatkowo diagnostyki w postaci badania RTG stawu skokowego, a przy wątpliwościach klinicznych poszerzyć diagnostykę o badanie TK.

Faktycznie przeprowadzona diagnostyka w postaci zdjęć RTG (z tym, że odbyła się ona z inicjatywy samego pacjenta), była właściwa i powinna być wystarczająca dla dokonania prawidłowego rozpoznania w świetle zgłaszanych dolegliwości i mechanizmu powstania urazu. Tak się jednak nie stało i prawdziwy uraz nie został rozpoznany przed wykonaniem kolejnych zdjęć RTG w dniu 25.07.2012r. Lekarze konsultujący powoda, nie zapoznali się z obrazem badania RTG pacjenta z dnia 4.07.2012r., poprzestając na odczytaniu opisu sporządzonego przez lekarza radiologa, podczas, gdy, jeżeli mieli wątpliwości co do swoich kompetencji w zakresie oceny zdjęcia RTG, mogli i powinni byli skierować powoda na konsultację do specjalisty chirurga ortopedy (który nigdy nie opiera się wyłącznie na wyniku badania i osobiście ogląda zdjęcie), czego nie uczynili, podczas gdy interpretacja wyników badania RTG okazała się niewystarczająca do postawienia prawidłowej diagnozy, także w świetle zgłaszanych przez pacjenta dolegliwości i wyników badania przedmiotowego. Wprawdzie, w stłuczeniu mogą występować objawy typu obrzęku i podbiegnięcia krwawego w tkankach miękkich, biorąc jednak pod uwagę okoliczności zdarzenia (których chirurg w poradni nie odnotował w dokumentacji) należało raczej rozpoznać przynajmniej skręcenie stawu skokowego, a w takim wypadku również celowe byłoby zastosowanie jakiejś formy unieruchomienia stawu skokowego (bandaż elastyczny, orteza, nawet gips).

Również postępowanie medyczne lekarza zatrudnionego w Spółce Centra Medyczne (...) (poprzednio: Centrum Medycznego (...)) dr D. K., nie było prawidłowe, bowiem nie rozpoznał on złamania kostki przyśrodkowej, które jest widoczne na zdjęciach wykonanych w dniu 4 lipca 2012 r. Nie miał żadnych wątpliwości w ocenie zdjęć. Lekarz ten mógł i powinien zasugerować powtórzenie zdjęć RTG w przypadku utrzymywania się dolegliwości po urazie.

Zdjęcia RTG z dnia 4 lipca 2012 roku zostały wykonane prawidłowo i w jakości pozwalającej na postawienie diagnozy i zastosowania leczenia w postaci unieruchomienia gipsowego, odciążenia kończyny i podawania leków przeciwwzkrzepowych. Technik elektroradiologii wykonał zatem prawidłowe technicznie zdjęcia radiologiczne, natomiast lekarz radiolog nie wykonał swojej części pracy związanej z realizacją przedmiotowej procedury radiologicznej prawidłowo, popełniając błąd diagnostyczny, polegający na niezauważeniu złamania kostki przyśrodkowej. Na zdjęciach tych, w projekcji a-p widoczne jest złamanie kostki przyśrodkowej z nieznacznym przemieszczeniem kątowym. Szpara złamania jest nieregularna, szerokości 1-3 mm. Pozioma część szczeliny stawu piszczelowo – skokowego widoczna w projekcji a-p jest nieco asymetryczna, szersza o ok. 1-2 mm od strony przyśrodkowej. Nad nią w odległości ok. 1,0 cm przebiega równoległe linijne (ok. 4,0 cm) zagęszczenie struktury kostnej nasady kości piszczelowej. W projekcji bocznej można dostrzec jedynie drobny (ok. 1x2 mm) ślad szpary złamania kostki przyśrodkowej. Szczeliny złamań tylnej krawędzi dalszej nasady kości piszczelowej i kostki bocznej nie są widoczne w żadnej z projekcji. Na zdjęciu z dnia 4 lipca 2012 roku złamanie kostki przyśrodkowej było wprawdzie bardzo słabo widoczne, nie są natomiast widoczne szczeliny złamania kostki bocznej, jednak, dokonana, przez lekarza pozwanego podmiotu - Centrum Medycznego (...) (obecnie: Centra Medyczne (...) Spółka z o.o.), interpretacja obrazu RTG wykonanego w dniu 4 lipca 2012 roku nie była prawidłowa. Struktura oceniana przez radiologa należy do szczególnie trudnych do interpretacji, niemniej, na zdjęciu z 4 lipca 2012r., widoczna jest szczelina złamania w obrębie kostki przyśrodkowej, co nie zostało uwzględnione w opisie zdjęcia. W okresie późniejszym, na kolejnym zdjęciu, obrzęk tkanek miękkich i rozruszenie złamanych kości rozsunęły odłamy, co uwidocznilo złamanie w sposób nie budzący wątpliwości.

Kostki boczna i przyśrodkowa to struktury przestrzenne o dużej wariantowości budowy i o kształcie nieregularnym, mimo swoich generalnie małych rozmiarów budowy posiadające po kilkanaście nierówności swych powierzchni. W sposób istotny utrudnia to interpretację obrazu radiologicznego zwłaszcza, gdy z treści skierowania na badanie RTG nie wynika, że u pacjenta doszło do urazu lecz np. jest napisane tylko „ból” lub w ogóle nie ma żadnego rozpoznania.

Jeżeli obraz szczeliny budził wątpliwości lekarza, to powinno zostać to odnotowane w opisie badania oraz skutkować następnie poszerzeniem diagnostyki o badanie CT lub od razu unieruchomieniem kończyny w opatrunku gipsowym. Błąd radiologa polegał na tym, że nie zwrócił uwagi na przynajmniej podejrzenie urazu w tej konkretnej lokalizacji, które wynika ze zdjęcia z 04.07.2012 roku. Można było dokładniej przyjrzeć się temu miejscu albo poprzez badanie ortopedyczne, albo poszerzenie diagnostyki.

Na zdjęciach wykonanych w dniu 25.07.2012 r. w projekcji a-p, widoczne jest wieloodłamowe złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem z stronę przyśrodkową o ok. 2,0 cm i takim samym podwichnięciem kości skokowej. Powierzchnia stawowa dalszej nasady kości piszczelowej jest skompresowana ukośnie na >1,0 cm od strony przyśrodkowej, kostka boczna zagięta jest szpotawo ok. 30°, bez widocznej szpary złamania. W projekcji bocznej widoczna jest kompresja tylnej krawędzi dalszej nasady kości piszczelowej na ok. 1,0 cm, ale bez wyraźnego przebiegu szpary złamania.

Nierozpoznanie złamania na wykonanym w dniu 4 lipca 2012 roku zdjęciu i jego niezdiagnozowanie (wobec zaniechania zlecenia w dniu 20 czerwca 2012r. i w trakcie kolejnych wizyt kontrolnych, a następnie powtórzenia, zdjęć RTG, pomimo utrzymywania się i, najprawdopodobniej, narastania miejscowych zmian w postaci coraz większego zniekształcania się okolicy staw skokowego oraz nie skierowania pacjenta na konsultację do specjalisty chirurga ortopedy, o czym szczegółowo była mowa w powyższych ustaleniach) skutkowało dalszym chodzeniem powoda z obciążeniem stawu skokowego; w konsekwencji doszło do przyśrodkowego podwichnięcia kości szpotawego przemieszczenia złamania kostki bocznej i do kompresji złamania tylnej krawędzi dalszej nasady kości piszczelowej. Taka sytuacja doprowadziła do znacznego zniekształcenia i destabilizacji stawu skokowego. Proces ten trwał 3 tygodnie i uległ utrwaleniu, co skutkowało długotrwałym leczeniem zachowawczym, które wiązało się z cierpieniami powoda. U powoda nie doszło bowiem do „nagłego” powstania znacznego przemieszczenia odłamów i podwichnięcia prawego stawu skokowego. Następowало to stopniowo, na skutek ciągłego chodzenia z obciążaniem chorej kończyny. Pierwsze badanie RTG z 4 lipca 2012 wykazało złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem – jednej z trzech kostek. Drugie badanie wykazało pełne złamanie trójkostkowe z podwichnięciem stawu skokowego. Oba złamania są wynikiem jednego, pierwotnego urazu, z tym, że na zdjęciu z 4 lipca 2012r. widać wyraźnie złamanie jednej kostki, jednak, zważywszy na mechanizm powstania urazu i schorzenia towarzyszące – cukrzyca, w dniu 19 czerwca 2012r., doszło również do złamania (nadłamania) dwóch pozostałych kostek, ale bez widocznego przemieszczenia i na zdjęciu RTG z 4 lipca 2012r. te złamania nie były widoczne. Ponieważ powód, cały czas od urazu chodził obciążając kończynę (aż do momentu wykonania drugiego zdjęcia RTG), to spowodowało przemieszczenie wszystkich trzech kostek i podwichnięcie stawu skokowego.

Ostatecznie pozostał niekorzystny wynik anatomiczny i czynnościowy. Następstwem błędu medycznego jest odczuwanie przez powoda wrażenia niepewności w okolicy prawego stawu skokowego, konieczność stałego zakładania stabilizatora na prawy staw skokowy, używanie wkładki wyrównującej do prawego buta, trudności w długotrwałym chodzeniu, zwłaszcza we wchodzeniu po schodach, ograniczenia w przenoszeniu cięższych przedmiotów.

(opinia pisemna biegłego specjalisty ortopedii i chirurgii urazowej dr A. W. (1) – k. 195 – 201 ; ustna opinia uzupełniająca biegłego specjalisty ortopedii i chirurgii urazowej dr A. W. (1) – k. 413v.-414 e-protokół 01:00:22-01:26:55; opinia pisemna biegłego specjalisty radiologii i diagnostyki obrazowej P. B. - k. 268 – 270, ustna opinia uzupełniająca biegłego specjalisty radiologii i diagnostyki obrazowej P. B. - k. 353v. – 355 ; zeznania powoda k. 414 v. e-protokół 01:39:11, 01:43:58)

Pod względem ortopedycznym zakres cierpień fizycznych powoda należy określić jako znaczny do listopada 2012r. Dolegliwości nadal występują, mają charakter umiarkowany. Należy tutaj zaznaczyć, iż u powoda występuje stosunkowo rzadko diagnozowany przypadek ograniczenia wrażliwości bólowej w zakresie kończyn dolnych na skutek zmian w obrębie nerwów obwodowych będących wynikiem wieloletniej cukrzycy i związanej z nią polineuropatii cukrzycowej. Tego rodzaju sytuacje są opisywane w literaturze jako stawy (lub złamania) Charcot'a.

Proces leczenia powoda dobiegł już końca. Uzyskany wynik i rokowania na przyszłość należy określić, jako umiarkowanie dobre. Powód nie już odzyska większego zakresu ruchomości ani poprawy kształtu prawego stawu skokowego, gdyż jest to wynikiem rozległości samego urazu i błędów zaistniałych w diagnozowaniu i leczeniu. Ze względu na powstawanie tendencji do zmian zwyrodnieniowych po złamaniach przestawowych możliwe jest narastanie w przyszłości takich zmian w obrębie prawego stawu skokowego. W chwili obecnej nie sposób przewidzieć kiedy zmiany zwyrodnieniowe u powoda nastąpią, jak będą przebiegały i jaki ostatecznie spowodują skutek. Ortopedyczny uszczerbek na zdrowiu powoda, będący skutkiem błędu medycznego, jest obecnie stały i wynosi 20%, przy czym istniejący u powoda uszczerbek na zdrowiu należy ocenić na 25%, gdyż, nawet po prawidłowo zdiagnozowanym urazie i niepowikłanym leczeniu, jakie u powoda mogło być zastosowane, pozostałoby najprawdopodobniej niewielkie ograniczenia ruchomości prawego stawu skokowego, uzasadniające uznanie stałego uszczerbku w wysokości ok. 5%. W związku z tym, uszczerbek wywołany błędem medycznym, wynosi: $25\% - 5\% = 20\%$.

(opinia pisemna biegłego specjalisty ortopedii i chirurgii urazowej dr A. W. (1) – k. 195 – 201 ; ustna opinia uzupełniająca biegłego specjalisty ortopedii i chirurgii urazowej dr A. W. (1) – k. 413v.-414 e-protokół 01:00:22-01:26:55)

W związku z pogłębieniem skutków urazu doznanego przez Z. S. (1) w dniu 19 czerwca 2012r., a spowodowanym błędami medycznymi, występowała potrzeba częściowej pomocy osób trzecich przez okres ok. 2 miesięcy, w związku z koniecznością chodzenia przy pomocy kul łokciowych i z ograniczonymi możliwościami obciążania chorej kończyny dolnej. Dotyczyło to pomocy praktycznie we wszystkich czynnościach związanych z nieco większym wysiłkiem, zwłaszcza z koniecznością jednoczesnego użycia obu kończyn górnych, dłuższego stania i chodzenia, przenoszenia cięższych przedmiotów. Pomoc innych osób w tym okresie była powodowi potrzebna przeciętnie w wymiarze ok. czterech godzin dziennie. Potrzeba okresowej pomocy osób trzecich występuje w dalszym ciągu, co jest związane z utrzymującą się w znaczącym zakresie ograniczoną sprawnością prawej kończyny dolnej i chodzeniem w stabilizatorze. Dotyczy to pomocy w czynnościach związanych z dużym wysiłkiem, zwłaszcza z koniecznością jednoczesnego użycia obu kończyn górnych, długotrwałego stania i chodzenia, przenoszenia ciężkich przedmiotów. Wymiar tej pomocy wynosi obecnie, przeciętnie mniej, niż jedną godzinę dziennie. Natomiast przy prawidłowym rozpoznaniu i leczeniu zachowawczym u powoda występowałaby konieczność pomocy osób trzecich w ciągu pierwszych trzech miesięcy po urazie.

(opinia pisemna biegłego specjalisty ortopedii i chirurgii urazowej dr A. W. (1) – k. 195 – 201 ; ustna opinia uzupełniająca biegłego specjalisty ortopedii i chirurgii urazowej dr A. W. (1) – k. 413v.-414 e-protokół 01:00:22-01:26:55)

W czasie leczenia powód poniósł koszty wykupu leków, bandaży i okładów, w tym na leki przeciwzakrzepowe wydał 377 zł., a także koszty zakupu ortezy stopowo – goleniowej w kwocie 350 złotych oraz stabilizatorów stawu skokowego w łącznej kwocie 340 złotych, nadto żona powoda zakupiła dla niego kule za kwotę około 30 -50 złotych. W dalszym ciągu stosuje, w zależności od odczuwanych dolegliwości, leki przeciwbólowe, typu Apap lub Ibuprom oraz przeciwbólową maść rozgrzewającą, które miesięczny koszt wynosi około 40 zł.; lekarz prowadzący stwierdził, że może ją stosować, jeśli odczuwa poprawę.

W chwili obecnej, nie istnieje już konieczność przyjmowania przez powoda leków, ani stosowania farmaceutyków, w związku z zaistniałymi błędami medycznymi.

Powód odbywał zabiegi rehabilitacyjne, refundowane przez NFZ, w lipcu 2017r. wykupił prywatną fizjoterapię, płacąc za pięć zabiegów 150 zł. Zapisał się również na kolejny cykl rehabilitacji w ramach NFZ, termin ma wyznaczony na 28 lutego 2018r.

Obecnie nie zachodzi już konieczność korzystania przez powoda z rehabilitacji (masaże, ćwiczenia, pobyty sanatoryjne); stan jego prawej kończyny dolnej jest utrwalony i w przewidywanym okresie czasu nie ulegnie zmianie. Powód nie odczuwa większych dolegliwości bólowych, które można by łagodzić fizykoterapią.

(faktury VAT – k. 28-3 2 i 406 ; zeznania świadka J. S. – k. 100 e-protokół 00:57:28 ; zeznania powoda – k. 414 v. e-protokół 01:39:11 w zw. z wyjaśnieniami powoda – k. 9 8 e-protokół 00:33:24 -00:38:16 oraz zeznania powoda - k. 414 v. e-protokół 01:43:58 ; opinia pisemna biegłego specjalisty ortopedii i chirurgii urazowej dr A. W. (1) – k. 195 – 201)

Po wypadku, żona pomagała powodowi w czynnościach życia codziennego w wymiarze 2 godzin dziennie (kąpiel, przygotowywanie posiłków). Powód był dowożony przez rodzinę, należącym do niego samochodem, do placówek medycznych. Wyjazdy do Poradni Chirurgii Ogólnej pozwanego SP ZOZ USK Nr 1 przy ul. (...) w Ł. miały miejsce w dniach 20 czerwca 2012 roku oraz 10, 13, 17 i 23 lipca 2012 roku (po 12 km w obie strony). Wyjazdy do Szpitala Miejskiego im. (...) przy ul. (...) w Ł. miały miejsce w dniach 25 lipca 2012 roku oraz 1 i 22 sierpnia 2012 roku, 4 października 2012 roku, 15 listopada 2012 roku, 15 stycznia 2013 roku, 15 kwietnia 2013 roku, 19 czerwca 2016 roku (po 16 km w obie strony).

(oświadczenie z dnia 23 sierpnia 2013 roku – k. 33 ; wykaz wyjazdów – k. 34 - niesporne ; zeznania powoda – k. 414 v. e-protokół 01:39:11 w zw. z wyjaśnieniami powoda – k. 98 e-protokół 00:33:24 -00:38:16)

Przed wypadkiem powód był aktywny, jeździł dla przyjemności na rowerze do Ł., pomagał w domu: mył okna, przynosił węgiel, odśnieżał, pomagał w zakupach – obecnie nie jest to możliwe, gdyż powód nie może dźwigać przedmiotów powyżej 5 kg i wszystkie te czynności domowe wykonuje żona powoda.

(zeznania świadka J. S. – k. 10 2 e-protokół 0 1 : 13:15 ; zeznania świadka M. K. – k. 412 e-protokół 00:17:51; zeznania powoda – k. 414 v. e-protokół 01:39:11 w zw. z wyjaśnieniami powoda – k. 9 8 i 99 e-protokół 00:33:24 i 00:43:57)

W piśmie datowanym na 1 października 2013r., pozwany SP ZOZ USK (...)w Ł., uznał roszczenia powoda za bezpodstawne.

W piśmie z dnia 1 października 2013r., pozwany ad 2 – Centra Medyczne (...), poinformował poszkodowanego, że jego roszczenia w całości odrzuca.

(pisma pozwanych k.37,38)

Dokonując przytoczonych ustaleń faktycznych Sąd oparł się na powołanych dowodach, w szczególności: z dokumentów - nie budzących wątpliwości co do ich zgodności z rzeczywistym stanem rzeczy i nie kwestionowanych przez żadną ze stron, zeznaniach świadków J. S. i M. K. oraz – częściowo świadka D. K., zeznaniach powoda oraz wnioskach opinii biegłych sądowych : lekarza ortopedy A. W. (1) i - opinii pisemnej lekarza radiologa P. B. (1), które w pełni wyjaśniły konieczne do rozstrzygnięcia okoliczności.

Przedłożone przez biegłych opinie, które posłużyły, jako podstawa ustaleń faktycznych, podlegają ocenie przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla ich przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w nich wniosków. (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 4/2001, poz. 64) Z kolei wiarygodność i moc poszczególnych dowodów nie podlega klasyfikacji parametrycznej, stąd przekonanie uczestników postępowania może być odmienne od przekonania sądu orzekającego.

Ustalenia w zakresie oceny prawidłowości postępowania lekarzy R. M. i D. K., których postępowanie determinuje odpowiedzialność pozwanych w niniejszej sprawie, Sąd poczynił w oparciu o opinie biegłego sądowego z zakresu ortopedii A. W. (1) oraz opinię pisemną biegłego sądowego lekarza radiologa P. B. (1). Opinie powołanych specjalistów z zakresu medycyny, w zakresie oceny postępowania medycznego D. K., są zbieżne i wskazują na popełnienie błędu medycznego polegającego na nieprawidłowej interpretacji obrazu RTG wykonanego w dniu 4 lipca 2012r., różnią się natomiast nieznacznie, w zakresie stanowczości sformułowanych sądów co do oceny rozpoznania na tymże zdjęciu RTG. Biegły radiolog wskazał, bowiem, że na spornym zdjęciu widoczne jest jedynie „podejrzanie” złamania kostki przyśrodkowej, stwierdzając jednak w innym fragmencie opinii, iż „w sposób słaby i niejednoznaczny była na

nim widoczna szczelina złamania w obrębie kostki przyśrodkowej – co nie zostało uwzględnione w opisie zdjęcia”. Natomiast biegły lekarz ortopeda jednoznacznie ocenił, iż na zdjęciach tych, w projekcji a-p widoczne jest złamania kostki przyśrodkowej z nieznacznym przemieszczeniem kątowym, szpara złamania jest nieregularna, szerokości 1-3mm. Mając jednak na uwadze, iż biegły sądowy A. W. (1), jest specjalistą z zakresu ortopedii należało uznać, iż jest najbardziej kompetentną osobą do oceny rozpoznania na kwestionowanym obrazie badania RTG i z tego względu jego opinia jest bardziej miarodajna. Rozwiązanie pozornej sprzeczności istnienia dwóch usprawiedliwionych sądów (mniemań) tkwi w ustawowym przyznaniu kompetencji składowi orzekającemu ustalenia, według swobodnego uznania, którą spośród prawdopodobnych wersji uznaje za prawdziwą (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 9 stycznia 2004 r., IV CK 339/02, LEX nr 175929).

Mając powyższe na względzie Sąd pominął opinię biegłego sądowego lekarza specjalisty radiologa dr D. B., z uwagi na sprzeczność jej wniosków z pozostałym, zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym, w szczególności z (powołanymi wyżej) wnioskami opinii innego biegłego sądowego lekarza radiologa oraz biegłego sądowego chirurga ortopedy, dokumentacją medyczną, zeznaniami powoda i świadków M. K. i J. S. oraz logicznym wnioskowaniem. Ponadto, biegły sądowy D. B., sam podważył rzetelność własnej opinii, podając, na usprawiedliwienie opóźnienia w wydaniu opinii, iż jego stan psychiczny związany z kłopotami (osobistymi i zawodowymi) nie pozwalał na skupienie się i rzetelne wydawanie opinii. (oświadczenie biegłego z dnia 29 czerwca 2015r. – k.153)

Sąd nie uwzględnił także wniosków uzupełniającej opinii biegłego specjalisty radiologii i diagnostyki obrazowej P. B., złożonej na terminie rozprawy w dniu 20 czerwca 2017r., w których utrzymywał, że u powoda, po wykonaniu badania RTG z dnia 4 lipca 2012r., doszło do drugiego urazu, którego skutki, widoczne na obrazie RTG wykonanym 25 lipca 2012r., są znacznie rozleglejsze i nie mogły powstać, jako późne następstwo pierwszego urazu, w wyniku niezaopatrzenia ortopedycznego pacjenta po wypadku z dnia 19 czerwca 2012 r. Wnioski te pozostają bowiem w sprzeczności z resztą zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w postaci zeznań świadka J. S. i powoda, z których wynika, że Z. S. (1) nie uległ żadnemu innemu urazowi w okresie pomiędzy badaniami RTG w dniach 4 lipca i 25 lipca 2012r., a w szczególności opinią biegłego sądowego lekarza ortopedy, który dysponując nieporównywalnym większym doświadczeniem w zakresie badania mechanizmu powstania urazów kostnych, z wysokim prawdopodobieństwem wykluczył, aby złamanie trójkostkowe, widoczne na zdjęciu z 25 lipca 2012r. było skutkiem kolejnego urazu, o mechanizmie silniejszym, niż ten wywołany upadkiem z drabiny w dniu 19 czerwca 2012r., potwierdzając, że złamania widoczne na obu zdjęciach (kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem na zdjęciu z 4 lipca 2012r. i trójkostkowe z podwichnięciem stawu na zdjęciu z 25 lipca 2012r.), są wynikiem jednego, pierwotnego urazu, w mechanizmie powstania którego doszło do złamania wszystkich trzech kostek, ale bez widocznego przemieszczenia, a następnie, w wyniku dalszego poruszania się powoda i obciążania uszkodzonej kończyny, nastąpiło przemieszczenie wszystkich trzech kostek i podwichnięcie stawu skokowego.

Ponadto w ocenie Sądu opinia ustna uzupełniająca i wnioski opinii pisemnej biegłego radiologa P. B. cechuje wzajemna sprzeczność, bowiem w opinii pisemnej biegły podał, że struktura objęta oceną należy do szczególnie trudnych do interpretacji, gdyż kostki boczna i przyśrodkowa to struktury przestrzenne o dużej wariantowości budowy i o kształcie nieregularnym (mimo swoich generalnie małych rozmiarów budowy) posiadające po kilkanaście nierówności swych powierzchni, co w sposób istotny utrudnia interpretację obrazu radiologicznego - w ten sposób tłumacząc stwierdzone nieprawidłowości w opisie zdjęcia z 4 lipca 2012r., jednak nie wspomniał, aby kolejne badanie RTG - z 25 lipca 2012r., obrazowało skutki innego urazu. Dalej biegły potwierdził, że na zdjęciu z 4 lipca 2012r., widoczna jest szczelina złamania w obrębie kostki przyśrodkowej, co nie zostało uwzględnione w opisie zdjęcia i przyznał, że w okresie późniejszym, na kolejnym zdjęciu, obrzęk tkanek miękkich i rozruszenie złamanych kości rozsunęły odłamy, co uwidoczniło złamanie w sposób nie budzący wątpliwości. Z przytoczonych fragmentów opinii pisemnej biegłego radiologa nie wynika zatem wniosek, że obraz widoczny na badaniu z 25 lipca 2012r. jest spowodowany innym mechanizmem powstania urazu, wręcz przeciwnie, jej wnioski są zbieżne z opinią biegłego lekarza ortopedy, w myśl których, w okresie późniejszym doszło do przemieszczenia (tu określonego, jako rozsuniecie) wszystkich trzech kostek, jako skutek „rozruszenia”, nazwanego przez ortopedę „obciążaniem” złamanych kości.

Mając powyższe na uwadze oddaleniu podlegał wniosek pełnomocnika pozwanego ad.2 o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego sądowego lekarza ortopedy. W ocenie Sądu przeprowadzenie wnioskowanego dowodu zmierzałoby jedynie do zbędnego przedłużania procesu i zwiększania jego kosztów. Zaznaczyć przy tym należy, iż samo niezadowolenie strony z treści opinii lub rozbieżność jej wniosków z oczekiwaniami i roszczeniami strony nie uzasadnia dopuszczania dowodów z opinii kolejnych biegłych tej samej specjalności, bowiem rolą biegłego jest wydanie fachowej i niezależnej opinii zgodnie z zakreśloną tezą dowodową, przy wykorzystaniu wiadomości specjalnych, jakimi dysponuje, nie zaś bezkrytyczne potwierdzenie żądań pozwu. (por. wyrok SN z dnia 5 listopada 1974r. w sprawie o sygn. akt I CR 562/74, nie publikowane)

W świetle wyników postępowania dowodowego Sąd oddalił również wniosek pozwanego ad.2 o dopuszczenie dowodu z zeznań świadka - technika radiologii, który wykonywał zdjęcia RTG powoda, jako zbędny dla rozstrzygnięcia i spóźniony.

Z kolei, w świetle wniosków opinii biegłych sądowych A. W. i P. B., za niewiarygodne należało uznać zeznania świadka D. K., w których utrzymywał, że nie popełnił błędu medycznego, gdyż na zdjęciu RTG z dnia 4 lipca 2012r. nie było widocznego żadnego złamania kostki kończyny dolnej powoda. Co więcej, świadek ten zeznawał znając materiał dowodowy zgromadzony w sprawie, w postaci opinii biegłych sądowych lekarzy, co czyni jego relację tym bardziej niewiarygodną, gdyż nakierowaną na obronę własnych interesów.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo okazało się zasadne, w przeważającej części.

W niniejszej sprawie odpowiedzialność pozwanych - podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą w postaci publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz spółki prawa handlowego, należy rozważać w oparciu o przepis art. 430 k.c.

Zgodnie z tym przepisem, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy.

Zatem przyjęcie odpowiedzialności strony pozwanej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż członek personelu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.). Przesłanką odpowiedzialności zwierzchnika jest wina podwładnego, a normalnym jej następstwem – szkoda wyrządzona osobie trzeciej. Ciężar dowodu winy podwładnego, powstania szkody i jej wysokości obciąża poszkodowanego. Orzecznictwo wskazuje, że do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c., nie jest potrzebne wykazanie, iż osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego; wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (tak wyrok SN z dnia 30 kwietnia 1975 r., II CR 140/75, niepubl.). Zastosowanie art. 430 k.c. nie wymaga jakiegokolwiek winy zwierzchnika. Zwierzchnik odpowiada na zasadzie ryzyka i nie może się ekskulpować, wskazując na brak winy w nadzorze lub w wyborze. Co do zasady zwierzchnik z podwładnym ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez podwładnego. Zasada solidarnej odpowiedzialności doznaje wyjątku w stosunkach pracy. Zgodnie z art. 120 k.p., w razie wyrządzenia szkody przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych, zobowiązany do jej naprawienia jest wyłącznie pracodawca. Wobec pracodawcy pracownik odpowiada tylko do wysokości trzymiesięcznego wynagrodzenia (art. 119 k.p.). Judykatura wskazała, że art. 120 k.p. wprowadza wyłom w zasadach przyjętych w kodeksie cywilnym przez odebranie osobie trzeciej (poszkodowanemu) czynnej legitymacji materialnoprawnej w stosunku do sprawcy szkody, gdyż do naprawienia szkody w takim układzie zobowiązany jest wyłącznie zakład pracy. Przepis ten wychodzi poza ramy regulacji określonej art. 1 k.p. i wkracza tylko o tyle w unormowanie prawa cywilnego, o ile ustanawia wyłączną

legitymację bierną zakładu pracy wobec poszkodowanej osoby trzeciej (uchwała składu 7 sędziów SN z dnia 12 czerwca 1976 r., III CZP 5/76, OSNCP 1977, nr 4, poz. 61).

Między osobą powierzającą wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. W doktrynie i judykaturze przyjmuje się, że chodzi o pojęcie podporządkowania ogólnorganizacyjnego. W konsekwencji, stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii. Jednakże również lekarz, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie np. grafika operacji, dyżurów, a czynności lecznicze wykonuje na rachunek zakładu. Dotyczy to zarówno spółek handlowych zajmujących się świadczeniem usług medycznych jak i publicznych oraz niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, jeżeli lekarz działa na rachunek zakładu, czy spółki. Praktyka orzecznicza bowiem szeroko zakreśla ramy dla relacji zwierzchnik – podwładny i uznaje istnienie stosunku podległości, kierując się często potrzebą ochrony istotnych interesów osób poszkodowanych. Dotyczy to zwłaszcza przypadków, gdy czynności powierzone zostały osobom, których aktywność wiąże się zazwyczaj z działaniem twórczym, podlegającym własnej, swobodnej ocenie, w dużym stopniu niezależnym od decyzji innych podmiotów (lekarze, prawnicy, badacze) i nie polega na ścisłym podporządkowaniu poleceniom, dotyczącym powierzonej czynności. Zakres zwierzchnictwa może być różny w odniesieniu do różnych osób, bowiem podwładnym może być pracownik wykonujący proste czynności (robotnik), jak i osoba, mająca duży zakres samodzielności (właśnie lekarz, inżynier). Argumentem przesądzającym za odpowiedzialnością z art. 430 k.c. zawsze będzie okoliczność, że dana czynność była podejmowana w interesie i na rachunek własny zwierzchnika.

Wobec tego zakład opieki zdrowotnej (szpital) bądź spółka ponosi odpowiedzialność za błędy organizacyjne i zaniechania personelu medycznego oraz za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego są poważne szkody doznane przez pacjenta (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 r., I ACa 377/06, LEX nr 526714; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 4 marca 2009 r., I ACa 12/09, LEX 845994).

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

Dla powstania odpowiedzialności na podstawie powołanych wyżej przepisów konieczne jest zatem ustalenie winy lekarzy – (...) oraz R. M. oraz drugiego z lekarzy konsultujących powoda w Poradni Chirurgii Ogólnej pozwanego ad.1 - w znaczeniu subiektywnym tj. podmiotowej zarzucalności ich działania. Błąd lekarski jest zawiniony subiektywnie, jeżeli stanowi następstwo niedbalstwa, tj. niedołożenia przez lekarza należytej staranności w działaniu. W celu oceny ewentualnej odpowiedzialności za wyrządzoną pacjentowi szkodę zbadać zatem należy, czy lekarzowi można postawić zarzut, że gdyby nie dopuścił się niedbalstwa (zachował wymaganą staranność i wykorzystał wszelkie dostępne w danym czasie i okolicznościach metody i środki działania), mógłby uniknąć błędu i tym samym nie doprowadzić do powstania negatywnych następstw na zdrowiu pacjenta. Oceniając tę kwestię należy mieć na uwadze treść art. 355 k.c. W doktrynie i orzecznictwie przyjmuje się, że błędem lekarskim jest postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej. Sąd Najwyższy w orzeczeniu dnia 1 kwietnia 1955 r. w sprawie IV CR 39/54 (OSN 1957, poz. 7) skonstatował, że błędem w sztuce lekarskiej jest czynność lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym.

Przesłankami odpowiedzialności jest również wystąpienie szkody oraz związku przyczynowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem, a powstałą szkodą. Normalny związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. pomiędzy określonym zdarzeniem a szkodą zachodzi wówczas, gdy w danym układzie stosunków i warunków oraz w zwyczajnym biegu rzeczy, bez zaistnienia szczególnych okoliczności, szkoda jest normalnym następstwem tego rodzaju zdarzeń.

Związek przyczynowy może występować, jako normalny również w sytuacji, gdy pewne zdarzenie, stworzyło warunki do powstania innych zdarzeń, z których dopiero ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody. Nawet pośredni związek przyczynowy pomiędzy wadliwym działaniem lub zaniechaniem, a szkodą może uzasadniać odpowiedzialność za szkodę. (zob. wyrok SN z dnia 6.04.2011r. I CSK 459/10). W prawie polskim przyjmuje się teorię adekwatnego związku przyczynowego, co oznacza, że zobowiązany do naprawienia szkody ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła (art. 361 § 1 k.c.). W orzecznictwie Sądu Najwyższego nie wymaga się, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem zakładu leczniczego, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. Na powstanie szkody ma lub może mieć bowiem wpływ wiele czynników. Należy zatem ustalić stopień prawdopodobieństwa. Dla ustalenia istnienia związku przyczynowego wystarczające jest prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działanie lub zaniechanie było przyczyną szkody.

W niniejszej sprawie przeprowadzone postępowanie dowodowe wykazało wysokie prawdopodobieństwo istnienia takiego związku pomiędzy zachowaniem pozwanych podmiotów leczniczych, a powstaniem szkody (zdefiniowanej przez powoda, jako wynikające z błędnej diagnozy, błędne leczenie prowadzące do długotrwałego cierpienia, nieodwracalnego i utrwałonego nieprawidłowo stanu zdrowia powoda - trwałego uszczerbku na zdrowiu), czy też jej zakresem.

Oceniając prawidłowość działań medycznych, podjętych w stosunku do powoda Z. S. (1), na terenie pozwanych placówek leczniczych, postępowanie dowodowe wykazało zawinione zaniedbania polegające na braku właściwej diagnostyki i w konsekwencji zaleconego leczenia, wykazując, że zarówno zaniechanie zlecenia podstawowej diagnostyki (badania RTG w dniu 20 czerwca 2012r. i podczas kolejnych wizyt kontrolnych przed 4 lipca 2012r.), skutkujące nieprawidłową diagnozą i brakiem wskazanego leczenia zachowawczego (unieruchomienie i zakaz obciążania kończyny), zaniechanie zapoznania się z wynikiem badania RTG i ewentualnego zlecenia konsultacji ortopedycznej oraz błędny opis zdjęć RTG wykonanych w dniu 4 lipca 2012r. (brak odnotowania przynajmniej podejrzenia urazu w konkretnej lokalizacji i zlecenia poszerzenia diagnostyki o badanie CT lub od razu unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym i to w sytuacji, gdy na skierowaniu oraz w wywiadzie z pacjentem pojawiła się informacja, że doszło do urazu) miały wpływ na zwiększenie skutków doznanego urazu i w konsekwencji na proces i długość leczenia istniejącego schorzenia, a wreszcie na obecny stan zdrowia powoda. Nie ulega bowiem wątpliwości, że przyczyną zwiększenia szkody były nieprawidłowości w czynnościach medycznych wskazanych lekarzy pozwanych placówek, którzy nie zachowali wymaganej staranności przy udzielaniu pacjentowi świadczeń medycznych – w trakcie odbytych konsultacji i wykonywaniu opisu badania RTG z 4 lipca 2012r., i nie wykorzystali wszelkich dostępnych w danych okolicznościach metod diagnostycznych i środków działania. Gdyby bowiem dokonano prawidłowego opisu zdjęcia przez specjalistę radiologa oraz przeprowadzono prawidłową diagnostykę po tym jak pacjent zgłosił się w dniu następnym po wystąpieniu urazu (zdjęcie RTG) i później, gdy udał się na kolejną konsultację po badaniu RTG z dnia 4 lipca 2012r., (samodzielna ocena zdjęcia, bądź konsultacja ze specjalistą ortopedą, w świetle zgłaszanych dolegliwości, schorzeń samoistnych i mechanizmu powstania urazu) i wdrożono w dniu 20 czerwca 2012r., a najpóźniej bezpośrednio po 4 lipca 2012r. (kiedy nie doszło jeszcze do znacznego przemieszczenia odłamów i podwichnięcia prawego stawu skokowego, jako następstw chodzenia ze złamaną kostką i obciążania kończyny), prawidłowe leczenie zachowawcze, mogłoby wywołać pożądany skutek terapeutyczny i znacznie niższy uszczerbek na zdrowiu niż obecnie.

Reasumując zatem szkoda w niniejszej sprawie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym z zaniedbaniami popełnionymi przez personel obu placówek medycznych, poprzez niedochowanie reguł sztuki medycznej. Działając zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej i aktualną wiedzą medyczną można było zapobiec skutkowi w postaci znacznego przemieszczenia odłamów i podwichnięcia prawego stawu skokowego. Postępowanie podwładnych obu przywołanych placówek służby zdrowia, aczkolwiek podejmowane na różnych etapach rozwoju skutków urazu i w efekcie wyznaczających inne algorytmy postępowania, odbiegało od wzorca powinno zachowania, wobec czego należało uznać, iż było ono obarczone zawinionymi błędami lekarskimi. Zastosowali oni bowiem nieprawidłowy sposób, najpierw diagnozowania, a potem leczenia pacjenta, rozmiągający się ze wskazaniem wiedzy i sztuki lekarskiej, nie dokładając należytej staranności do wykonywanych obowiązków. Zaistniała szkoda powstała

przy wykonywaniu powierzonych czynności, gdyż ściśle związana była z leczeniem pacjenta, będąc wynikiem zaniechań oraz niewłaściwych działań lekarzy u obu podmiotów. Postępowanie lekarzy stanowiło łączną przyczynę diametralnego pogorszenia stanu zdrowia powoda, bowiem skutkowało dalszym chodzeniem powoda z obciążeniem stawu skokowego; w konsekwencji doszło do przyśrodkowego podwinięcia kości szpotawego przemieszczenia złamania kostki bocznej i do kompresji złamania tylnej krawędzi dalszej nasady kości piszczelowej, co doprowadziło do znacznego zniekształcenia i destabilizacji stawu skokowego. Proces ten trwał 3 tygodnie i uległ utrwaleniu, co skutkowało długotrwałym leczeniem zachowawczym, które wiązało się z cierpieniami powoda. U powoda nie doszło bowiem do „nagłego” powstania znacznego przemieszczenia odłamów i podwichnięcia prawego stawu skokowego; następowało to stopniowo, na skutek ciągłego chodzenia z obciążaniem chorej kończyny. Ostatecznie pozostał niekorzystny wynik anatomiczny i czynnościowy.

Mając to wszystko na uwadze uzasadnione jest przyjęcie odpowiedzialności wszystkich pozwanych, przy czym ich odpowiedzialność jest solidarna. W sytuacji bowiem gdy kilka osób odpowiada za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym – ich odpowiedzialność jest solidarna. Jako warunki zastosowania art. 441 § 1 k.c. wskazuje się wyrządzenie szkody czynem niedozwolonym, jedność szkody, za którą ponoszą odpowiedzialność wszystkie podmioty oraz związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. między szkodą a zdarzeniem ją powodującym, za które to zdarzenie każdy ze współodpowiedzialnych ponosi odpowiedzialność. Odpowiedzialność solidarna sprawców szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym istnieje wówczas gdy działania poszczególnych sprawców się zająbiają i każdy z nich byłby odpowiedzialny za szkodę samodzielnie (por. wyrok SA w Katowicach z dnia 21 listopada 1995 r., I ACr 659/95, OSA 1996, z. 11-12, poz. 62). Odpowiedzialność solidarna osób odpowiadających za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym będzie zachodziła bez względu na to, czy odpowiedzialność ta oparta będzie na zasadzie winy, na zasadzie ryzyka, czy na zasadzie słuszności (wyrok SN z dnia 7 czerwca 1982 r., IV CR 188/82, LEX nr 8428), niezależnie od tego, czy oparta jest na tych samych, czy też różnych podstawach (wyrok SN z dnia 23 marca 1965 r., I CR 41/65, OSNPG 1965, nr 10, s. 51).

Solidarność przewidziana w art. 441 § 1 k.c. nie przewiduje wyjątków od zasady solidarnej odpowiedzialności kilku osób, które wyrządziły szkodę czynem niedozwolonym. Nie jest więc dopuszczalne dowodzenie wobec poszkodowanego, że jedna z tych osób przyczyniła się do szkody w mniejszym stopniu niż inna. Bez znaczenia pozostaje zatem ewentualne zróżnicowanie stopnia i wagi nieprawidłowości w działaniu każdego z pozwanych. (por. m.in. wyrok SN z 2 grudnia 1970 r., II CR 542/70, OSNCP 1971, z.9, poz. 153).

Nadto solidarna współodpowiedzialność kilku podmiotów na podstawie art. 441 § 1 k.c. dotyczy przypadków, gdy konsekwencją ich zachowania jest jedna szkoda. Ma ona miejsce wówczas, gdy w sferze dóbr prawnie chronionych poszkodowanego nie można oznaczyć (wydzielić) uszczerbków wywołanych zachowaniami poszczególnych podmiotów, za nie odpowiadających. Innymi słowy, szkoda jest z natury niepodzielna (np. krzywda) lub nie jest możliwe przypisanie poszczególnym podmiotom uszczerbku, który złożył się na całość szkody doznanej przez poszkodowanego, innymi słowy gdy udział sprawców w jednym delikcie przesądzi o niemożności podziału wywołanych nim skutków (por. wyrok SN z 20 listopada 2002 r., II CKN 859/00, LEX nr 78881, wyrok SN z dnia 4 stycznia 2012r. III CSK 174/11, wyrok SN z dnia 20.11.2002r., II CKN 859/00, wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 14.09.2012r. I ACa 694/12,).

W stanie faktycznym niniejszej sprawy mamy do czynienia z wielością czynów niedozwolonych, których konsekwencją było pogorszenie stanu zdrowia powoda. Trudno jednoznacznie ocenić, w jakim stopniu nieprawidłowe postępowanie każdego z lekarzy przyczyniło się do zwiększenia rozmiarów urazu u Z. S. (3), nie mniej jednak, gdyby postępowanie R. M. było zgodne z procedurami medycznymi, a diagnostyka przeprowadzona przez dr D. K. prawidłowa, Z. S. miałyby zdecydowanie większe szanse na niepowikłany zrost, mimo, iż doszło u niego, w dniu 19 czerwca 2012r., do złamania trójskokowego w stawie skokowym wskutek wypadku - doznana przez powoda szkoda na skutek błędu medycznego jest szkodą niepodzielną ze swej natury, zaś ewentualne zróżnicowanie stopnia i wagi nieprawidłowości w działaniu każdego z pozwanych pozostaje bez wpływu na przyjęcie ich odpowiedzialności solidarnej.

Materialnoprawną podstawę żądań powoda w zakresie zasądzenia zadośćuczynienia stanowi przepis art. 445 §1 k.c. w zw. z art. 444 §1 k.c.

Zadośćuczynienie jest formą rekompensaty pieniężnej z tytułu szkody niemajątkowej i obejmuje swym zakresem wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które mogą powstać w przyszłości. Ma w swej istocie ułatwić przezwycięzenie ujemnych przeżyć. Dzięki niemu winna zostać przywrócona równowaga, zachwiana wskutek popełnienia przez sprawcę czynu niedozwolonego. Ma ono charakter całościowy i winno stanowić ekonomicznie odczuwalną wartość. Wielkość zadośćuczynienia zależy od oceny całokształtu okoliczności sprawy, w tym rozmiaru doznanych cierpień, ich intensywności, trwałości czy nieodwracalnego charakteru. Przy ustalaniu rozmiaru cierpień i ujemnych doznań psychicznych powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny, jednakże w relacji do indywidualnych okoliczności danego przypadku. Od osoby odpowiedzialnej za szkodę poszkodowany winien otrzymać sumę pieniężną, o tyle w danych okolicznościach odpowiednią, by mógł za jej pomocą zatrzeć lub złagodzić poczucie krzywdy i odzyskać równowagę psychiczną. Nie ma natomiast podstaw do uwzględnienia żądania w takiej wysokości, by przyznana kwota stanowiła ponadto, ze względu na swoją wysokość represję majątkową. (vide: uchwała pełnego składu Izby Cywilnej SN z dnia 8 grudnia 1973 roku, OSNCP 1974 ,poz. 145)

Analizując okoliczności faktyczne rozpatrywanej sprawy Sąd, uznał za zasadne żądanie zadośćuczynienia w kwocie 60.000 zł., mając na względzie zakres doznanych przez powoda, w następstwie błędu medycznego, cierpień. Niewątpliwym jest, że błędna diagnoza przedłużyła okres cierpień, leczenia i wygenerowała większe koszty po stronie powoda, który „normalnie” wyleczył by się w czasie ok. 3 miesięcy, zatem zaniechania lekarzy przedłużyły leczenia o 12 miesięcy. Postawienie błędnej diagnozy, skutkujące poruszaniem się na chorej kończynie, bez zabezpieczenia ortopedycznego, doprowadziło do powiększenia się trwałego uszczerbku na zdrowiu z 5% do 25%.

Pod względem ortopedycznym zakres cierpień fizycznych powoda należy określić jako znaczny do listopada 2012r. Dolegliwości nadal występują, mają charakter umiarkowany.

Ostatecznie pozostał niekorzystny wynik anatomiczny i czynnościowy. Następstwem błędu medycznego jest odczuwanie przez powoda wrażenia niepewności w okolicy prawego stawu skokowego, konieczność stałego zakładania stabilizatora na prawy staw skokowy, używanie wkładki wyrównującej do prawego buta, trudności w długotrwałym chodzeniu, zwłaszcza we wchodzeniu po schodach, ograniczenia w przenoszeniu cięższych przedmiotów.

W związku z pogłębieniem skutków urazu doznanego przez Z. S. (1) w dniu 19 czerwca 2012r., a spowodowanym błędami medycznymi, występowała potrzeba częściowej pomocy osób trzecich przez okres ok. 2 miesięcy, w związku z koniecznością chodzenia przy pomocy kul łokciowych i z ograniczonymi możliwościami obciążania chorej kończyny dolnej. Dotyczyło to pomocy praktycznie we wszystkich czynnościach związanych z nieco większym wysiłkiem, zwłaszcza z koniecznością jednoczesnego użycia obu kończyn górnych, dłuższego stania i chodzenia, przenoszenia cięższych przedmiotów. Potrzeba okresowej pomocy osób trzecich występuje w dalszym ciągu, co jest związane z utrzymującą się w znaczącym zakresie ograniczoną sprawnością prawej kończyny dolnej i chodzeniem w stabilizatorze. Dotyczy to pomocy w czynnościach związanych z dużym wysiłkiem, zwłaszcza z koniecznością jednoczesnego użycia obu kończyn górnych, długotrwałego stania i chodzenia, przenoszenia ciężkich przedmiotów. Natomiast przy prawidłowym rozpoznaniu i leczeniu zachowawczym u powoda występowałyby konieczność pomocy osób trzecich w ciągu pierwszych trzech miesięcy po urazie.

Mając na względzie przytoczone argumenty, Sąd uznał, że adekwatnym zadośćuczynieniem jest kwota **60.000 zł.** i orzekł jak w pkt 1. wyroku.

W pozostałym zakresie roszczenie powoda o zadośćuczynienie podlegało oddaleniu, jako wygórowane. Sąd miał przede wszystkim na uwadze, że powód doznał złamania trójkostkowego w stawie skokowym prawym już w dniu 19 czerwca 2012r., mimo, że szczeliny złamania dwóch pozostałych kości nie były widoczne na zdjęciu RTG z 4 lipca 2012r., natomiast na skutek dalszego chodzenia z obciążeniem stawu skokowego, w doszło do przyśrodkowego

podwinięcia kości szpotawego przemieszczenia złamania kostki bocznej i do kompresji złamania tylnej krawędzi dalszej nasady kości piszczelowej, która była już nadłamana, na skutek wypadku. Samo, poważne, w zakresie swojej rozległości i możliwych skutków, złamanie, było zatem spowodowane wypadkiem, który stanowił pierwotną przyczynę szkody i uszczerbku na zdrowiu powoda i pozostaje bez związku z zaniechaniami pozwanych.

Obecnie pacjent został wyleczony; uzyskany wynik i rokowania na przyszłość należy określić, jako umiarkowanie dobre. Powód nie odzyska już większego zakresu ruchomości, ani poprawy kształtu prawego stawu skokowego, co jest wynikiem nie tylko błędów zaistniałych w diagnozowaniu i leczeniu, ale również rozległości samego urazu. Ze względu na powstawanie tendencji do zmian zwyrodnieniowych po złamaniach przezstawowych możliwe jest narastanie w przyszłości takich zmian w obrębie prawego stawu skokowego. W chwili obecnej nie sposób przewidzieć kiedy zmiany zwyrodnieniowe u powoda nastąpią, jak będą przebiegały i jaki ostatecznie spowodują skutek. Skutki te należy jednak przede wszystkim wiązać z samym – rozległym urazem w postaci złamania trójkostkowego stawu skokowego, który stanowił schorzenie samoistne w tym znaczeniu, że nie pozostające w związku z błędem medycznym pozwanych.

Ponadto, Sąd miał także na uwadze, iż nie występowały u powoda dolegliwości bólowe, jakie mogłyby towarzyszyć tak poważnemu urazowi, ponieważ zdiagnozowano u niego, stosunkowo rzadki, przypadek ograniczenia wrażliwości bólowej w zakresie kończyn dolnych, na skutek zmian w obrębie nerwów obwodowych będących wynikiem wieloletniej cukrzycy i związanej z nią polineuropatii cukrzycowej (tzw. stawy, lub złamania, Charcot'a)

Roszczenie o odszkodowanie oraz rentę na zwiększone potrzeby, znajduje podstawę w przepisie art. 444 § 1 i 2 k.c., zgodnie z dyspozycją którego, w razie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty, a jeżeli zwiększyły się potrzeby poszkodowanego może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Renta z tytułu zwiększenia się potrzeb poszkodowanego dotyczy sytuacji, gdy w wyniku doznanej szkody istnieje konieczność ponoszenia wyższych kosztów utrzymania w zakresie usprawiedliwionych potrzeb w porównaniu do stanu sprzed wyrządzenia szkody. Tu wyrównuje się koszty stałej opieki pielęgnarskiej, odpowiedniego wyżywienia, koszty stałych konsultacji medycznych i leków. Przyznanie renty z tego tytułu nie jest uzależnione od wykazania, że poszkodowany te potrzeby faktycznie zaspokaja i ponosi związane z tym wydatki.

W rozpoznawanej sprawie, koszty poniesione przez Z. S. (1), udokumentowane, uzasadnione i pozostające w związku przyczynowym ze skutkami błędu medycznego, obejmowały konieczność korzystania z pomocy osób trzecich przy wykonywaniu czynności życia codziennego, zakup stabilizatorów oraz sfinansowanie dojazdów z miejsca zamieszkania powoda do I Szpitala Miejskiego im. (...) w Ł..

W ocenie Sądu, w konsekwencji błędu medycznego, skutkującego zwiększeniem rozległości urazu odniesionego w wyniku wypadku z dnia 19 czerwca 2012r., w okresie objętym żądaniem zasądzenia odszkodowania, zasadne były, po stronie powoda, koszty opieki i pomocy ze strony osób trzecich, w wymiarze po 4 godziny dziennie, w okresie 2 miesięcy, ponad pierwsze 3 miesiące po wypadku, kiedy, przy prawidłowym rozpoznaniu i leczeniu zachowawczym również występowałyby konieczność pomocy osób trzecich. Tak więc koszty te, za dwa miesiące, czyli średnio 61 dni, wyniosły łącznie **2.318 zł.** (61 dni x 4 godziny dziennie x 9,50 zł/godz.).

Nadto, należało uznać za zasadne, wydatki poniesione przez poszkodowanego na :

- zakup stabilizatorów w łącznej kwocie **340 zł.** (160 zł. +180 zł.), udokumentowane, załączonymi do pozwu rachunkami, bowiem postępowanie dowodowe wykazało, że następstwem błędu medycznego jest odczuwanie przez powoda wrażenia niepewności w okolicy prawego stawu skokowego, wywołane jego destabilizacją, i konieczność stałego zakładania stabilizatora na prawy staw skokowy;

- koszty przejazdów z miejsca zamieszkania powoda do I Szpitala Miejskiego im. (...) w Ł. (i z powrotem), gdzie podjął on leczenie po uzyskaniu wyniku badania RTG w dniu 25 lipca 2012r. - w tym zakresie należało uznać za uzasadnione, gdyż pozostające w związku przyczynowym ze szkodą wywołaną błędem medycznym i udowodnione ilością odbytych wizyt w tej placówce (8) wydatki w łącznej wysokości **80 zł. [96 km** (łączna odległość obliczona zgodnie z załączonym

do pozwu i nie kwestionowanym przez pozwanych wykazem przejazdów) x 0,8358 zł.] - przyjmując stawkę wynikającą z § 2 pkt 1b Rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 roku (Dz.U. 2002, Nr 27, poz. 271) w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy).

Natomiast za nie udowodnione, jako pozostające w adekwatnym związku przyczynowym ze skutkami błędu medycznego, należało uznać wydatki na zakup leków (w tym środków przeciwzakrzepowych i leków przeciwbólowych) i innych medykamentów, ortozy i dojazdy do pozwanego SP ZOZ, bowiem, bez wątpienia, tego typu koszty powód byłby zmuszony ponieść również, w przypadku prawidłowego rozpoznania złamania trójkostkowego i wdrożenia leczenia zachowawczego (unieruchomienie), z czym musiałyby wiązać się potrzeba zakupu ortozy, stosowania leków przeciwbólowych, przeciwzakrzepowych i innych farmaceutyków, a także dojazdy na wizyty kontrolne do Poradni Chirurgii Ogólnej pozwanego ad.1 - SP ZOZ. Powód nie zaoferował natomiast żadnych dowodów na okoliczność, które z tych wydatków, związanych bez wątpienia z leczeniem skutków samego wypadku, wykraczały poza rozmiar urazu wywołanego spadnięciem z drabiny, a zostały spowodowane wyłącznie błędem medycznym pozwanych.

Łącznie, wszystkie w/w wydatki, obejmujące odszkodowanie z tytułu wyrównania szkody majątkowej, pozostające w adekwatnym związku przyczynowym z błędną diagnozą i brakiem właściwego leczenia, wyniosły kwotę **2.738 zł.**

W pozostałym zakresie, żądanie zasądzenia odszkodowania, podległo oddaleniu, jako nieudowodnione.

Podkreślić bowiem należy, iż nowelizacja kodeksu postępowania cywilnego z dnia 1 marca 1996 roku przywróciła do postępowania cywilnego zasadę iudex secundum allegata et probata partium iudicare debet (łac. sędzia powinien orzekać na podstawie twierdzeń i dowodów przedłożonych przez strony). Stosownie bowiem do treści przepisu art. 232 k.p.c. strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Wprawdzie sąd może dopuścić dowód nie wskazany przez stronę (zdanie drugie art. 232 k.p.c.), jednak rzeczą sądu nie jest zarządzenie dochodzenia w celu uzupełnienia lub wyjaśnienia twierdzeń stron i wykrycia środków dowodowych pozwalających na ich udowodnienie, ani też sąd nie jest zobowiązany do przeprowadzenia z urzędu dowodów zmierzających do wyjaśnienia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. To na strony ustawodawca, w myśl art. 3 k.p.c., nałożył obowiązek przedstawiania dowodów i to na stronie – zgodnie z przepisem art. 6 k.c. – ciąży ciężar udowodnienia faktu, z którego wywodzi ona skutki prawne. W ocenie Sądu w przedmiotowej sprawie nie zachodziła żadna z okoliczności nakładająca na sąd obowiązek przejęcia inicjatywy dowodowej – ciężającej na stronie powodowej. Należy bowiem w pełni podzielić pogląd Sądu Najwyższego wyrażony w uchwale z dnia 19 maja 2000 r. w sprawie o sygnaturze akt III CZP 4/00, opublikowanej w OSNC 2000/11/195, iż potrzeba wyjątkowego stosowania przepisu art. 232 zdanie drugie k.p.c., pojawia się w razie rażącej nieporadności strony działającej bez adwokata lub radcy prawnego, której - wobec niepodjęcia przez nią właściwych czynności, mimo stosownych pouczeń sądu – grozi naruszenie interesu podlegającego szczególnej ochronie, bądź w razie stwierdzenia, iż strony w procesie zmierzają do obejścia prawa lub zachodzi podejrzenie prowadzenia przez strony fikcyjnego procesu.

Na powodzie spoczywał zatem ciężar wykazania szkody, a także okoliczności, że powstała ona w związku z błędem medycznym za którego skutki odpowiadają pozwani.

Zgodnie z art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Ta zasada materialno - prawna znajduje odzwierciedlenie w przepisie procesowym art. 232 k.p.c., który z kolei stanowi, iż strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Są to naczelnne zasady postępowania dowodowego, które zawsze w postępowaniu sądowym obciążają stronę, która z danego faktu wywodzi dla siebie określone skutki prawne. W przepisie art. 6 k.c. chodzi o fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, a więc fakty prawotwórcze, czyli wykazujące istnienie prawa oraz fakty niweczące lub tamujące prawo. O tym co każda ze stron stosunku cywilnoprawnego ma udowodnić w sporze toczącym się przed sądem decydują przede wszystkim przedmiot sporu, prawo materialne regulujące określone stosunki prawne oraz prawo procesowe normujące zasady postępowania dowodowego. Uwzględniając treść art. 6 k.c. stwierdzić należy, iż do osoby występującej z pozwem należy udowodnienie faktów pozytywnych, które stanowią podstawę powództwa, gdyż

z faktów tych wywodzi ona swoje prawo. Do przeciwnika natomiast należy wykazanie okoliczności niweczących to prawo lub uniemożliwiających jego powstanie.

W sprawie o odszkodowanie ciężar dowodu i rozkład ciężaru zależą od tego co było przyczyną powstania szkody, czyli jaka jest podstawa materialnej odpowiedzialności pozwanego. W szczególności jeżeli szkoda powstała poza stosunkiem zobowiązaniowym łączącym strony, a więc pozwany ponosi odpowiedzialność na podstawie przepisów kodeksu cywilnego o czynach niedozwolonych, na powodzie spoczywa ciężar udowodnienia przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej sprawcy, czego strona powodowa w niniejszym sporze nie uczyniła, w zakresie roszczeń odszkodowawczych ponad przyznaną kwotę 2.738 zł.

Jeśli chodzi o zwiększone potrzeby powoda, poczynając od 1 grudnia 2013r. i na przyszłość, tj. po zakończeniu leczenia, należało uznać roszczenie z tego tytułu za uzasadnione, w świetle wyników postępowania dowodowego, wyłącznie w zakresie wydatków z tytułu opieki osób trzecich, w wymiarze po średnio 0,5 godziny dziennie (mniej niż 1 godzina, zgodnie z opinią biegłego ortopedy), czyli średnio po 15 godzin miesięcznie a zatem : 15h/miesięcznie x 11 zł./h (wg stawek opieki (...), załączonych do pozwu i nie kwestionowanych przez stronę pozwaną) = **po 165 zł./miesięcznie**.

Potrzeba stosowania natomiast środków przeciwbólowych i odbywania prywatnej rehabilitacji, wywołana wyłącznie skutkami błędu medycznego, nie została przez stronę powodową udowodniona. W tym zakresie, w odniesieniu do zwiększonych potrzeb w okresie od 1 grudnia 2013r. i na przyszłość, aktualność zachowują rozważania poczynione powyżej, dotyczącego rozkładu ciężaru dowodzenia oraz braku udowodnienia wysokości dochodzonego odszkodowania.

W świetle bowiem poczynionych ustaleń faktycznych należało uznać, iż twierdzenia powoda, jakoby w rzeczonym okresie poniósł uzasadnione wydatki na leki przeciwbólowe i fizykoterapię pozostają gołosłowne. W szczególności powód nie udowodnił, że potrzeba poniesienia tych kosztów rzeczywiście zaistniała w związku ze skutkami błędu medycznego, nie zaś, jako skutek złamania trójkostkowego stawu. Z kolei, w myśl opinii biegłego sądowego lekarza ortopedy, w chwili obecnej, nie istnieje już potrzeba przyjmowania przez powoda leków, stosowania farmaceutyków, w związku z zaistniałymi błędami medycznymi, ani konieczność korzystania z rehabilitacji (masaże, ćwiczenia, pobyty sanatoryjne), bowiem stan prawej kończyny dolnej powoda jest utrwalony i w przewidywanym okresie czasu nie ulegnie zmianie. Powód nie odczuwa większych dolegliwości bólowych, które można by łagodzić fizykoterapią. Potrzeba przyjmowania leków (maści, tabletek przeciwbólowych) i prywatnej rehabilitacji nie została zatem przez biegłego sądowego lekarza ortopeda potwierdzona, ani powód nie przejawiał w tym zakresie stosownej inicjatywy dowodowej.

Z powyższych względów, roszczenie pozwu o zasądzenie miesięcznej renty na zwiększone potrzeby ponad zasądzoną kwotę po 165 zł., podlegało oddaleniu.

Na podstawie art. 189 k.p.c. Sąd ustalił, iż pozwani ponoszą solidarną odpowiedzialność względem powoda za szkody mogące pozwać w przyszłości, pozostające w związku przyczynowym ze skutkami błędu medycznego, obejmującego diagnostykę i leczenie urazu, któremu uległ on w dniu 19 czerwca 2012r, podjętych w okresie od 20 czerwca 2012r. do 23 lipca 2012r. – data ostatniej konsultacji powoda w Poradni Chirurgii Ogólnej pozwanego ad.1.

W myśl art. 359 § 1 k.c. odsetki od sumy pieniężnej należą się tylko wtedy, gdy to wynika z czynności prawnej albo z ustawy, z orzeczenia sądu lub decyzji innego właściwego organu. W niniejszej sprawie źródłem roszczenia o odsetki jest przepis art. 481 § 1 k.c., zgodnie z którym dłużnik, który nie spełnia świadczenia w odpowiednim terminie dopuszcza się opóźnienia i wierzyciel może żądać odsetek za opóźnienie w spełnieniu świadczenia pieniężnego. Należy podkreślić, że roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym staje się wymagalne dopiero po wezwaniu dłużnika do wykonania świadczenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 marca 1973 r. I CR 55/73, niepublikowane). Z charakteru świadczenia, którego wysokość ze swej istoty jest trudno wymierna i zależna od szeregu okoliczności związanych z następstwami zdarzenia szkodowego, wynika, że obowiązek jego niezwłocznego spełnienia powstaje po wezwaniu dłużnika i że od tego momentu należą się odsetki za opóźnienie.

Dłużnik ma obowiązek spełnić świadczenie pieniężne w chwili, gdy wskazana została jego wysokość i dopiero od tej chwili można mówić o „świadczeniu pieniężnym” w rozumieniu art. 481 k.c. Dla prawidłowego określenia daty początkowej płatności odsetek konieczne jest ustalenie, przy zastosowaniu zasad art. 481 § 1 k.c., jaka część ze zgłoszonych roszczeń była zasadna co do wysokości w dacie ich wymagalności. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 19 września 1995 r., I ACr. 393/95, OSA 1995/9/66)

W rozpoznawanej sprawie, strona powodowa nie udowodniła, aby zgłoszenie szkody, w odpowiedzi na które pozwani skierowali do poszkodowanego pisma datowane na 1 października 2013r., w których odmówili uznania odpowiedzialności, zawierało żądanie wypłaty określonych świadczeń pieniężnych. Należało zatem przyjąć, że wysokość roszczenia została określona dopiero w pozwie, doręczonym pozwanemu ad. 1 w dniu 24 stycznia 2014r. (k.50), zaś pozwanemu ad.2 w dniu 6 lutego 2014r. (k.92). W tym stanie rzeczy należało uznać, że pozwany ad. 1 - (...) (...) w Ł., pozostaje w opóźnieniu w spełnieniu świadczenia dochodzonego pozwem najwcześniej od dnia następnego po dniu doręczenia odpisu pozwu, i zasądzić odsetki ustawowe za opóźnienie poczynając od dnia 25 stycznia 2014r. Analogicznie, odsetki ustawowe za opóźnienie od pozwanego ad.2 należą się od 7 lutego 2014r.

Solidarna odpowiedzialność obu pozwanych względem powoda obejmuje zasądzoną należność główną wraz z odsetkami za opóźnienie w spełnieniu świadczenia za okresy opóźnienia wspólne dla każdego z zobowiązanych, natomiast za okresy opóźnienia w wypłacie odszkodowania, wynikłe z własnych działań (zaniechań) każdego z pozwanych, zobowiązani ponoszą odpowiedzialność samodzielnie.

O odsetkach od zasądzonych kwot renty miesięcznej należało orzec analogicznie jak w przypadku zasądzonego odszkodowania i zadośćuczynienia, zgodnie z żądaniem pozwu, z tym, że w zakresie rat wymagalnych po doręczeniu każdemu z pozwanych odpisu pozwu.

W pozostałym zakresie roszczenie o zasądzenie odsetek za opóźnienie w spełnieniu świadczenia podlegało oddaleniu, jako nieudowodnione.

W tym miejscu wskazać należy, że na dzień zamknięcia rozprawy, Sąd uwzględnił zmianę stanu prawnego w zakresie prawa materialnego wynikającą z art. 2 w zw. z art. 56 ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1830), która nadała art. 481 § 2 k.c. od dnia 1 stycznia 2016 r. następujące brzmienie: „Jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była oznaczona, należą się odsetki ustawowe za opóźnienie w wysokości równej sumie stopy referencyjnej Narodowego Banku Polskiego i 5,5 punktów procentowych. Jednakże gdy wierzycielność jest oprocentowana według stopy wyższej, wierzyciel może żądać odsetek za opóźnienie według tej wyższej stopy”. Przepis ten określa zatem nową kategorię odsetek ustawowych za opóźnienie naliczanych według innej stopy niż inne odsetki ustawowe (art. 359 § 2 k.c.). Zgodnie z art. 56 ustawy nowelizującej, do odsetek należnych za okres kończący się przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe.

Z tej przyczyny rozstrzygnięcie o odsetkach ustawowych (w tej sprawie służących wynagrodzeniu opóźnienia dłużnika) wymagało rozróżnienia okresów naliczania odsetek według innych stóp przed i po dniu 1 stycznia 2016 r.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 zd. 2 k.p.c., zgodnie z zasadą stosunkowego ich rozdzielenia.

Koszty procesu po stronie powoda wyniosły łącznie po 3,608,50 zł. względem każdego z pozwanych, na co składa się : opłata skarbową od pełnomocnictwa : 17 zł. : 2, i wynagrodzenie pełnomocnika : 3.600 zł. (liczone od w.p.s., wg stawek obowiązujących w dniu wytoczenia powództwa tj. na dzień 23 grudnia 2013r.).

Pozwany ad.1 poniósł koszty procesu w łącznej wysokości 3.600 zł., obejmujące wynagrodzenie pełnomocnika.

Koszty procesu wyłożone przez pozwanego ad.2 wyniosły 4.117,76 zł., na co złożyło się : wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 3.600 zł., opłata skarbową od pełnomocnictwa : 17 zł. i wydatki w wysokości 500,76 zł.

Ponieważ powód wygrał sprawę w 65,8 % (bowiem przyznane świadczenia wyniosły łącznie: 64.718 zł., zaś suma roszczeń, liczonych analogicznie, jak świadczeń zasądzonych, wyniosła 98.392 zł.), w takim też stosunku, odpowiadającym kwocie po 2.374,40 zł. przysługuje mu zwrot od każdego z pozwanych, faktycznie wyłożonych, kosztów procesu. Natomiast pozwanym, którzy wygrali proces w 34,2 %, przysługuje zwrot odpowiednio kwot 1.231,20 zł. (pozwany ad.1) i 1.408,30 zł. (pozwany ad.2), z poniesionych kosztów procesu. Różnica tych dwóch wielkości stanowi kwotę **1.143,20 zł.**, którą Sąd, stosownie do przepisu art. 100 zd.1 k.p.c., zasądził na rzecz powoda od pozwanego ad.1 i kwotę **966,10 zł.** od pozwanego ad.2, jako odpowiedzialnych, we wskazanym wyżej stosunku, ze wynik sporu.

O nieuiszczonych kosztach sądowych w łącznej wysokości **6.071,53 zł.** (na które złożyły się wydatki na poczet wynagrodzenia biegłych sądowych : 180,16 zł. + 112,63 zł. + 858,74 zł. oraz opłata sądowa od pozwu: 4.920 zł.), Sąd orzekł na podstawie art. 113 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U.2010.90.594 j.t. ze zm.), dokonując ich stosunkowego rozliczenia z zastosowaniem w/w art. 100 k.p.c. i nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Łodzi od pozwanych, jako odpowiedzialnych solidarnie za wynik sporu, kwotę **3.995 złotych**, a od Z. S. (1) kwotę **2.076,46 zł** (odpowiadającą stosunkowi w jakim powód przegrał 34,2 %).

Na podstawie art. art. 80 w zw. z art. 84 ust. 2 u.k.s.c. należało orzec o zwrocie na rzecz pozwanego ad.2 kwoty stanowiącej różnicę między kosztami pobranymi, na poczet zaliczek z tytułu wynagrodzenia biegłych sądowych, a kosztami należnymi z tego tytułu.

Z/

Odpis wyroku wraz z odpisem uzasadnienia doręczyć pozwany przez pełnomocników.

2017/1 1/06