

Sygn. akt I C 213/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 grudnia 2018 r.

Sąd Rejonowy w Kutnie I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący – Sędzia SR Paweł Wrzesiński

Protokolant – st. sekr. sąd. Irena Anyszewska

po rozpoznaniu w dniu 27 listopada 2018 r. w Kutnie

na rozprawie

sprawy z powództwa U. S.

przeciwko (...) Spółka Akcyjna w W.

o zadośćuczynienie 15.000,00 złotych i odszkodowanie 10.402,50 złotych

1. zasądza od (...) Spółka Akcyjna w W. na rzecz U. S. tytułem zadośćuczynienia kwotę 15.000,00 (piętnaście tysięcy) złotych z odsetkami ustawowymi od dnia 25 marca 2011 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie w wysokości odsetek ustawowych od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,
2. zasądza od (...) Spółka Akcyjna w W. na rzecz U. S. tytułem odszkodowania kwotę 3.467,50 (trzy tysiące czterysta sześćdziesiąt siedem 50/100) złotych z odsetkami ustawowymi od dnia 25 marca 2011 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie w wysokości odsetek ustawowych od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,
3. oddala powództwo w pozostałym zakresie,
4. zasądza od (...) Spółka Akcyjna w W. na rzecz U. S. kwotę 1.039,96 (jeden tysiąc trzydzieści dziewięć 96/100) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu,
5. nakazuje pobrać od (...) Spółka Akcyjna w W. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Kutnie kwotę 2.975,20 (dwa tysiące dziewięćset siedemdziesiąt pięć 20/100) złotych tytułem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych od uwzględnionego powództwa,
6. nie obciąża powódki obowiązkiem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych od oddalonego powództwa.

Sygn. akt I C 213/14

UZASADNIENIE

Pozwem złożonym dnia 21 marca 2014 r. powódka U. S. wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwoty 15.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wynikłą z błędu medycznego wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 25 marca 2011 r. do dnia zapłaty oraz kwoty 10.402,50 zł tytułem odszkodowania za poniesioną szkodę w związku z opieką osób bliskich nad powódką wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 25 marca 2011 r. do dnia zapłaty. Powódka wniosła także o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w wysokości podwójnej stawki minimalnej. W uzasadnieniu powódka wskazała, że w dniu 29 stycznia 2009 r. upadła, doznając złamania ręki, następnie udała się do Niepublicznego (...) Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w K., gdzie stwierdzono wieloodłamowe złamanie dalszych nasad kości przedramienia prawego z niewielkim przemieszczeniem

odłamu obwodowego w stronę boczną. Specjalista z zakresu chirurgii ogólnej i medycyny sportowej lek. med. K. K. (1) po miejscowym znieczuleniu nastawiła złamaną rękę, następnie założyła opatrunek gipsowy i przepisała środki przeciwbólowe. Do kolejnych wizyt, jak i po zdjęciu gipsu, powódka nadal odczuwała silny ból ręki, która pozostawała niesprawna, a trzykrotne rehabilitacje nie przyniosły rezultatu. W związku z nieustępującymi dolegliwościami bólowymi powódka udała się do specjalisty ortopedy z poradni ortopedycznej w P., który stwierdził, że kości zrosły się w nieprawidłowym ustawieniu. Powódka wskazała ponadto, że z powodu długotrwałego zwolnienia lekarskiego została wyrejestrowana z urzędu pracy i straciła ubezpieczenie, stwierdzono u niej także niepełnosprawność w stopniu lekkim. Powódka jest załamana psychicznie, nie może znaleźć pracy, korzysta z zasiłku MOPS oraz pomocy psychiatrycznej i psychologicznej. W ocenie powódki doszło do nieprawidłowości w początkowym etapie leczenia, co doprowadziło do niedowładu złamanej ręki, co zdaniem powódki nastąpiło wskutek błędu lekarskiego. Ponadto powódka podała, że była zmuszona korzystać z opieki osób trzecich, której koszt wyniósł łącznie 10.402,50 zł [365 dni x 3 godz. x 9,50 zł, do obliczenia przyjęto stawkę godzinową, która została ustalona na podstawie zaświadczenia (...) Komitetu Pomocy (...)]. W ocenie powódki, gdyby lekarz zastosował w sposób prawidłowy leczenie, powódka wróciłaby do pełni zdrowia prawdopodobnie po około dwóch miesiącach choroby, czyli w kwietniu 2009 r., okres wydłużonego stanu chorobowego i niezdolności do pracy należy zatem liczyć od dnia 1.04.2009 r. przez okres jednego roku. Jednocześnie powódka zastrzegła możliwość rozszerzenia powództwa. Powódka zgłosiła szkodę (...) w K., który wskazał, że dr J.-K. nie jest jego pracownikiem, lecz zleceniobiorcą. Następnie szkoda została zgłoszona do poradni dr J.-K., która wskazała jako swojego ubezpieczyciela (...) S.A. Pozwany ubezpieczyciel odmówił wypłaty świadczenia.

/pozew – k. 2-6, protokół rozprawy z dnia 7 października 2014 r. – k. 80-83/

Postanowieniem z dnia 17 kwietnia 2014 r. powódka została zwolniona od kosztów sądowych w sprawie w całości.

/postanowienie w przedmiocie wniosku o zwolnienie od kosztów sądowych – k. 44/

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) S.A. w W. wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powódki kosztów procesu według norm przepisanych. Pozwany podniósł zarzut braku po jego stronie legitymacji procesowej biernej. Wskazał, że leczenie powódki odbywało się w ramach usług komercyjnych, niepodlegających ochronie ubezpieczeniowej z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. Zakres udzielanej ochrony w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC świadczeniodawcy NFZ tj. (...) Poradni Chirurgicznej i (...) w K. dotyczył jedynie szkód osobowych powstałych podczas realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy z NFZ.

/odpowiedź na pozew – k. 48-49/

Pismem z dnia 2 października 2014 r. pozwany podtrzymał swoje stanowisko, ponadto z ostrożności procesowej podniósł zarzut przedawnienia, wskazując, że roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem 3 lat.

/pismo procesowe pozwanego z dnia 2.10.2014 r. – k. 84-85, pismo procesowe pozwanego z dnia 22.10.2014 r. – k. 98-99/

Na rozprawie w dniu 16 stycznia 2018 r. pełnomocnik powódki podtrzymał swoje stanowisko procesowe, wniósł na podstawie art. 102 k.p.c. o nieobciążanie powódki kosztami procesu.

/protokół rozprawy z dnia 16 stycznia 2018 r. – k. 239-240/

Pismem z dnia 19 lipca 2018 r. pozwany wniósł o zawiadomienie o toczącym się postępowaniu (...) Poradni Chirurgicznej i (...) w K. oraz K. K. (1), ze wskazaniem możliwości przystąpienia do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanego. (...) Chirurgiczna i (...) w K. oraz K. K. (1), zawiadomione o sprawie, nie przystąpiły do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego. Na rozprawie w dniu 27 listopada 2018 r. pełnomocnik powódki poparł powództwo, wnosząc o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego.

/pismo procesowe pozwanego z dnia 19.07.2018 r. – k. 301, zawiadomienia – k. 305, 306, elektroniczne potwierdzenie odbioru – k. 317, protokół rozprawy z dnia 27 listopada 2018 r. – k. 324/

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 29 stycznia 2009 r. U. S. poślizgnęła się na oblodzonej powierzchni w parku i upadła, podpierając się prawą ręką, doznała urazu ręki.

/dowód: przesłuchanie powódki – k. 239v-240 w zw. z k. 80v-81v/

U. S. razem z córką udała się szpitala, gdzie zostało wykonane zdjęcie RTG ręki oraz skierowano ją do przychodni. Następnie udała się do Niepublicznego (...) Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w K. do Poradni Chirurgicznej. Specjalista z zakresu chirurgii ogólnej i medycyny sportowej lek. med. K. K. (1) stwierdziła wieloodłamowe złamanie w miejscu typowym dalszych nasad kości przedramienia prawego z niewielkim przemieszczeniem odłamu obwodowego w stronę boczną, wykonała w znieczuleniu miejscowym repozycję złamania (nastawienie odłamów) oraz unieruchomiła złamaną kończynę w gipsie (podłużniku gipsowym), wyznaczyła wizytę kontrolną na dzień 5 lutego 2009 r. i przepisała środki przeciwbólowe (K.). Pierwsza wizyta odbyła się prywatnie, była odpłatna. Z uwagi na trudną sytuację materialną pacjentki, lekarz poinformował, aby na kolejne wizyty zapisać się w ramach ubezpieczenia zdrowotnego z NFZ. Dalsze wizyty odbywały się w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

/dowód: przesłuchanie powódki – k. 239v-240 w zw. z k. 80v-81v, zeznania świadka K. K. (1) – k. 124v-125, dokumentacja medyczna powódki – k. 12-16, 105-113/

W dniu 5 lutego 2009 r. lekarz prowadzący leczenie zmienił unieruchomienie gipsowe i założył gips okrężny na przedramię i śródreżce prawe, wyznaczono kolejny termin wizyty na 20 lutego 2009 r. celem wykonania kontrolnego zdjęcia RTG. W trakcie kolejnych wizyt w poradni w dniu 20 lutego 2009 r. i 5 marca 2009 r. wykonano chorej zdjęcie RTG, gips określono jako wygodny, następnie chora otrzymała zaświadczenie o niezdolności do pracy. W dniu 27 lutego 2009 r. wykonano zdjęcie RTG przez gips, opisano stan po złamaniu dalszej nasady kości promieniowej z niewielkim przemieszczeniem odłamu obwodowego w stronę boczną. W dniu 18 marca 2009 r. zdjęto unieruchomienie gipsowe, stwierdzono klinicznie zrost złamania, następnie na kolejnych wizytach w kwietniu 2009 roku stwierdzono niepełny zakres ruchów, niezdolność do pracy oraz wystawiono skierowanie na rehabilitację.

/dowód: historia choroby powódki z (...) w K. – k. 12-16/

W dniu 30 maja 2009 r. U. S. wykonała w prywatnym gabinecie lekarskim lek. W. T. badanie USG prawego nadgarstka. Chirurg opisał cechy zaniku mięśniowego prawego przedramienia, obecność wolnego fragmentu kostnego na wysokości dalszej nasady kości promieniowej o średnicy 6 mm.

/dowód: opis badania USG – k. 17/

W dniu 31 sierpnia 2009 r. U. S. zgłosiła się do (...) w (...) w K.. Od lekarza ortopedy otrzymała skierowanie do Oddziału Ortopedii z rozpoznaniem wadliwie wygojonego złamania nasady dalszej kości promieniowej prawej.

/dowód: historia choroby powódki z (...) w K. – k. 16, skierowanie do szpitala – k. 18/

W okresie kwiecień-sierpień 2009 roku U. S. korzystała z zabiegów rehabilitacyjnych, nie poprawiały jednak one ruchomości prawej ręki.

/dowód: przesłuchanie powódki – k. 239v-240 w zw. z k. 80v-81v, zeznania świadka A. G. – k. 82, zeznania świadka B. S. – k. 82v, skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne – k. 106-108/

W dniu 12 czerwca 2009 r. U. S. zgłosiła się do (...) Sp. z o.o. (...) w P., gdzie lekarz ortopeda, specjalista z zakresu chirurgii urazowej wystawił zaświadczenie z rozpoznaniem stanu po wadliwie wygojonym złamaniu dalszego końca

kości promieniowej prawej. Z udzielonej informacji wynikało, że kości zrosły się w nieprawidłowym ustawieniu. U. S. zapisano na leczenie operacyjne oraz wystawiono skierowanie na przyjęcie do szpitala.

/dowód: zaświadczenie z (...) Sp. z o.o. – k. 20, skierowanie do szpitala – k. 19, dokumentacja zdjęciowa – k. 21-23/

W dniu 14 lipca 2009 r. orzeczeniem (...) ds. Orzekania o Niepełnosprawności ustalono u U. S. lekki stopień niepełnosprawności do dnia 31 lipca 2010 r.

/dowód: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – k. 24/

U. S. nie podjęła leczenia operacyjnego, miała obawy co do następstw zabiegu operacyjnego, kontynuowała leczenie rehabilitacyjne w ramach NFZ. Po zakończeniu rehabilitacji sama kontynuowała ćwiczenia usprawniające nadgarstka prawego.

/dowód: przesłuchanie powódki – k. 239v-240 w zw. z k. 80v-81v/

W maju 2010 roku U. S. udała się do Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Sp. z o.o. w K. do (...). Lekarz psychiatra rozpoznał epizod depresji reaktywnej w stopniu umiarkowanym. U. S. otrzymała leki przeciwdepresyjne. Na drugiej, a jednocześnie ostatniej, wizycie we wrześniu 2010 roku lekarz opisał jej stan, jako nawracające zaburzenia depresyjne. Po zastosowanych lekach nastąpiła częściowa poprawa, następnie powódka zamiechała leczenia.

/dowód: historia choroby z (...) Sp. z o.o. – k. 210-214/

W 2013 roku U. S. skorzystała z 30 godzinnej terapii psychologicznej organizowanej przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w K. w ramach środków unijnych.

/dowód: pismo z dnia 10.04.2013 r. dotyczące terapii psychologicznej – k. 26/

Orzeczeniem (...) Zespołu (...) o Niepełnosprawności z dnia 4 października 2011 r. ustalono u U. S. lekki stopień niepełnosprawności do dnia 31 października 2011 r.

/dowód: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – k. 25/

Pismem z dnia 20 sierpnia 2010 r. U. S. skierowała do (...) w K. wezwanie do próby ugodowej, wzywając do zapłaty kwoty 30.000 zł tytułem odszkodowania i zadośćuczynienia za doznany trwały uszczerbek na zdrowiu w związku ze zdarzeniem z dnia 29 stycznia 2009 r., w terminie 14 dni od dnia otrzymania pisma.

/dowód: pismo z dnia 20.08.2010 r. – k. 28-29/

W odpowiedzi pismem z dnia 6 września 2010 r. (...) w K. odmówił wypłaty jakichkolwiek świadczeń, wskazując, że przychodnię z dr K. K. (1) łączyła umowa cywilnoprawna tj. umowa o świadczenie usług, na podstawie której dr K. K. (1) była zobowiązana do świadczenia usług medycznych w zakresie poradni chirurgicznej, w tym zakresie przyjęła na siebie odpowiedzialność za prawidłową, zgodną ze sztuką lekarską jakość świadczonych usług.

/dowód: pismo (...) w K. z dnia 6.09.2010 r. – k. 29v-30/

Pismem z dnia 10 września 2010 r. U. S. zgłosiła szkodę do (...) Poradni Chirurgicznej i (...) w K., wzywając do podjęcia próby ugodowej w terminie 14 dni od dnia otrzymania pisma.

/dowód: pismo z dnia 10.09.2010 r. – k. 31v-32v/

W odpowiedzi pismem z dnia 21 września 2010 r. (...) Chirurgiczna i (...) w K. wskazała swojego ubezpieczyciela (...) S.A. oraz nr polisy (...).

/dowód: pismo z dnia 21.09.2010 r. – k. 33/

Pismem z dnia 2010 r. szkoda została zgłoszona ubezpieczycielowi (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W.. Pismem z dnia 24 marca 2011 r. ubezpieczyciel odmówił wypłaty świadczeń, powołując się na brak podstaw do przyjęcia przez (...) S.A. odpowiedzialności za przedmiotowe zdarzenie z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. Ubezpieczyciel wskazał, że odpowiedzialność za wyrządzoną szkodę ponosi jedynie (...) Chirurgiczna i (...) w K..

/dowód: pismo pozwanego z dnia 24.03.2011 r. – k. 34-43v/

Niepubliczny (...) Zakład Opieki Zdrowotnej (...) w K. łączyła z (...) Chirurgiczna i (...) reprezentowaną przez K. K. (1) jako zleceniobiorcą umowa o świadczenie usług medycznych, na podstawie której zleceniobiorca zobowiązał się do świadczenia usług medycznych w zakresie poradni chirurgicznej. W § 5 umowy wskazano, że zleceniobiorca oświadczył, że przyjmuje na siebie pełną odpowiedzialność za prawidłowość i zgodną ze sztuką, etyką lekarską jakość świadczonych usług.

/dowód: umowa o świadczenie usług medycznych – k. 30v-31/

(...) Chirurgiczna i (...) w K. posiadała zawartą z (...) S.A. umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej jako świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, obowiązek taki wynikał z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa ta została zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2009 r. do dnia 31 grudnia 2009 r. Suma gwarancyjna na jedno zdarzenie w okresie ubezpieczenia wynosiła 46.500 euro.

/dowód: polisa nr (...) – k. 86-87/

U. S. obecnie ma 56 lat, jest wdową, ma pięcioro dorosłych dzieci, mieszka w K.. Posiada wykształcenie zasadnicze zawodowe ogrodnicze, obecnie jest bezrobotna, jest na stałym zasiłku z MOPS w wysokości 650 zł, w części w formie dodatku mieszkaniowego, ma orzeczone umiarkowany stopień niepełnosprawności. Po śmierci męża była załamana, gdyż miała wtedy niepełnoletnią córkę na utrzymaniu, nie otrzymała emerytury po zmarłym mężu. Odczuwa bóle kręgosłupa, lecz się na nadciśnienie i arytmie serca. Zawsze była osobą, która nigdy nie prosiła nikogo o pomoc, wszystko robiła sama, kierowała się dobrem dzieci. Po wypadku załamała się, wystąpiły u niej zaburzenia snu, okresy depresji lękowej, jak przychodzi zima i jest ślisko boi się, że znów się przewróci, zamknęła się w sobie, płakała, nie wychodziła nigdzie, miała problem z prostymi czynnościami, nie mogła zrobić sobie herbaty, zapalić gazu lewą ręką, umyć się, była uzależniona od pomocy dzieci. Bezpośrednio po wypadku we wszystkich czynnościach pomagały jej córki, wspierały ją psychicznie. U. S. nie była w stanie wykonać prostych codziennych czynności takich jak: samodzielne ubieranie się, umycie, zawiązanie butów, przygotowywanie posiłków.

/dowód: przesłuchanie powódki – k. 239v-240 w zw. z k. 80v-81v, zeznania świadka A. G. – k. 82, zeznania świadka B. S. –k. 82v, pisemna opinia biegłej psychiatry E. P. – k. 205-209, 271-272/

Od czasu wypadku U. S. ma znaczne kłopoty z wykonywaniem czynności prawą ręką, występuje u niej stały ból nadgarstka, czasem upuszcza trzymany w ręce przedmiot. Z tego względu w czynnościach manualnych, noszeniu przedmiotów posługuje się głównie lewą ręką. Utrzymujące się bóle nadgarstka powodują konieczność zażywania środków przeciwbólowych. Odczuwa ból na zmiany pogody. Sama wykonuje ćwiczenia rehabilitacyjne. Z uwagi na przeciążenie lewej ręki pojawiają się u niej również okresowe bóle ręki lewej. Obecnie w codziennych cięższych pracach powódce nadal pomagają córki. Powódka nie jest w stanie poświęcić się opiece nad wnukami i dbaniem o dom z uwagi na ból ręki, który nadal odczuwa. Ma ograniczenia przy gotowaniu, nie może obierać ziemniaków, dźwigać zakupów, zrobić prania ręcznego, ręka nieraz puchnie. Zachowanie powódki zmieniło się, nie wróciła do stanu psychicznego sprzed złamania.

/dowód: przesłuchanie powódki – k. 239v-240 w zw. z k. 80v-81v, zeznania świadka A. G. – k. 82, zeznania świadka B. S. –k. 82v/

Z ortopedycznego punktu widzenia złamanie u U. S. miało charakter skomplikowany: skrócenie kości promieniowej, podwichnięcie w obwodowym stawie promieniowo-nadgarstkowym, boczne kątowe zagięcie dopromieniowe odłamu obwodowego. Zdaniem biegłego ortopedy dra med. J. F. nawet po udanej repozycji ręcznej takie złamanie wymagało wewnętrznej stabilizacji co najmniej drutami K.. Wybór sposobu leczenia powódki przez dr K. K. (1): nastawienie w znieczuleniu miejscowym i próba repozycji zachowawczej był prawidłowy. Natomiast na dalszych etapach leczenia postępowanie lekarskie było nieprawidłowe. Kontrola RTG przez gips wykazała niezadowolające ustawienie odłamów, co powinno skłonić lekarza leczącego do skierowania chorej na oddział ortopedyczny. Leczący chorą lekarz niesłusznie zaakceptował przemieszczenie odłamów wymagające dalszej korekcji i dopuścił do zrostu odłamów w niekorzystnym ustawieniu. W przypadku złamania C. (jak u powódki) obowiązuje próba nastawienia zachowawczego. Bezpośrednio po nastawieniu sprawdza się radiologicznie poprawność repozycji. Jeżeli ustawienia odłamów ocenia się jako dobre to zdjęcia RTG powtarza się jeszcze po tygodniu i około 3 tygodniach od złamania celem monitorowania ewentualnego ubytku korekcji. W przypadku niekorzystnego ustawienia odłamów obowiązuje działanie zmierzające do poprawy ustawienia odłamów na drodze zachowawczej lub operacyjnej w czasie, gdy nie nastąpi jeszcze pełen zrost odłamów - w praktyce do ok. 3 tygodni. Tych procedur u powódki nie dokonano. Dowodem na błąd postępowania lekarza leczącego jest obraz RTG w gipsie. Zgodnie z zapisami w historii choroby zdjęcie wykonano najprawdopodobniej 20.02.2009 r. a więc po ok. 3 tygodniach od wypadku. Podsumowując - lekarz leczący chorą źle ocenił wynik ustawienia odłamów na zdjęciu kontrolnym przez gips, co doprowadziło do zrostu złamania w niekorzystnym ustawieniu. Z danych zawartych w dokumentacji nie wiadomo czy wykonano u chorej zdjęcia RTG po nastawieniu i w dniu 5.02.2009 r. podczas pierwszej kontroli chorej. Są to dodatkowe elementy obciążające lekarza leczącego. W ocenie biegłego ortopedy, w przypadku jak u powódki teoretycznie możliwe jest bezoperacyjne wygojenie złamania w korzystnym ustawieniu. Z uwagi jednak na niewykorzystanie w procesie leczenia możliwości poprawy ustawienia odłamów na etapie nie dokonanego zrostu i zakończenie procedury skorygowania ustawienia odłamów przedwcześnie, nie jest możliwa zdecydowana odpowiedź na sformułowane pytanie odnośnie konieczności leczenia operacyjnego. Być może taką decyzję podjąłby specjalista po ewentualnej nieudanej próbie powtórnej zachowawczej repozycji odłamów. Są to indywidualne procedury uzależnione od oceny konkretnego przypadku na danym etapie leczenia. Biegły podkreślił jednak, że obraz ustawienia odłamów na zdjęciu kontrolnym przez gips jest nie do zaakceptowania, na pewno wtedy należało chorą skierować na oddział ortopedyczny. Wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu w związku z przebyłym złamaniem dalszej nasady kości promieniowej lewej biegły ortopeda ocenił na 18%. Uszczerbek po prawidłowym leczeniu tego typu złamania mógłby oscylować na poziomie 10% pkt 122a. Ponadto biegły wskazał, że cierpienia fizyczne związane z wypadkiem były dość znaczne w okresie pierwszego miesiąca po wypadku. Spowodowane były bólem towarzyszącym złamaniu kości, rękocyznem nastawienia, niedogodnościami unieruchomienia gipsowego. W okresie późniejszym, po uzyskaniu zrostu odłamów cierpienia powódki określił jako przewlekłe dolegliwości nadgarstka spowodowane pourazową deformacją i związaną z tym dysfunkcją chwytnej ręki. Leczenie ortopedyczne powódki zakończyło się i rokowanie na przyszłość odnośnie możliwości istotnej poprawy funkcji ręki jest negatywne. Można rozważać różne warianty operacyjnego leczenia rekonstrukcyjnego: skrócenie kości łokciowej, osteotomia korekcyjna dalszej przynasady kości promieniowej, wreszcie artrodeza, trudno jednak przewidzieć ewentualne korzyści dla poprawy funkcji chwytnej ręki. Można ogólnie stwierdzić, że w przypadku lepszego wyniku po prawidłowo przeprowadzonym leczeniu rokowanie byłoby lepsze. Powódka jest zdolna do wykonywania pracy lekkiej nie wymagającej pełnej sprawności oburęcznej, dźwigania cięższych przedmiotów w prawej ręce. Należałoby zatem oczekiwać, że gdyby leczenie zostało przeprowadzone prawidłowo to chora miałaby lepszą funkcję chwytu, zdolność do wykonywania czynności manipulacyjnych, lepszą tolerancję wysiłku: możliwość dźwigania przedmiotów prawą ręką, tym samym lepszą możliwość do wykonywania pracy fizycznej.

/dowód: pisemna opinia biegłego ortopedy dra med. J. F. – k. 253-255, pisemna uzupełniająca opinia biegłego ortopedy dra med. J. F. – k. 307-308/

W świetle pisemnej opinii biegłej z zakresu psychiatrii, u powódki po wypadku w dniu 29 stycznia 2009 r. wystąpiły zaburzenia depresyjne o umiarkowanym nasileniu skutkujące długotrwałym uszczerbkiem na zdrowiu psychicznym w wysokości 5%. W związku z niesprawną ręką pogorszyło się codzienne funkcjonowanie powódki, wystąpiły objawy depresji, co spowodowało wizyty u psychiatry. U. S. korzystała też z terapii psychologicznej. Po zaleconych lekach stan psychiczny powódki się nieco poprawił, jednak zaniechała leczenia i jej stan psychiczny nie wrócił jeszcze do pełnej formy. Zdaniem biegłej powódka powinna w obecnym stanie psychicznym kontynuować leczenie psychiatryczne, co mogłoby spowodować całkowitą poprawę jej stanu psychicznego. Fakt, że powódka do psychiatry poszła dopiero po roku i 3 miesiącach nie ma znaczenia, bo objawy depresyjne pojawiły się u niej dużo wcześniej i miały ewidentny związek z doznanym urazem ręki i długotrwałą niesprawnością tej ręki. Okoliczność, że ktoś nie podejmuje leczenia nie wyklucza choroby. Powódka ewidentnie ujawniała objawy depresyjne: obniżony nastrój, apatia, niechęć do wszystkiego, zaburzenia snu, myśli rezygnacyjne, poczucie winy, że jest osobą niesprawną i nie może wykonywać czynności, które robiła całe życie, a teraz wymaga pomocy z racji niesprawnej prawej ręki, obawy, aby znów się nie przewrócić, myśli o samobójstwie. Stan psychiczny powódki potwierdziły jej córki, jednocześnie podkreślając, że nie była w takim stanie nawet po śmierci męża 2 lata wcześniej, kiedy to szybko uporowała się z reakcją żałoby i szybko wróciła do codziennego funkcjonowania. Ewentualne dywagacje pozwanego tj. wyliczanie czasu, kiedy można rozpoznać zaburzenia depresyjne nawracające, długość występowania objawów, okresów trwania epizodów również nie znajdują żadnego uzasadnienia w świetle wiedzy psychiatrycznej.

/dowód: pisemna opinia biegłej psychiatry E. P. – k. 205-209, pisemna uzupełniająca opinia biegłej psychiatry E. P. – k. 271-272/

Powyższy stan faktyczny sąd ustalił w oparciu o zebrany w sprawie materiał dowodowy w postaci dowodów z dokumentów, które nie były kwestionowane przez strony, zeznań świadków oraz na podstawie przesłuchania powódki, które w odpowiedniej części stanowiły podstawę poczynionych ustaleń faktycznych.

Ustaleń faktycznych dokonano również w oparciu o opinię biegłego z zakresu ortopedii dra med. J. F. oraz opinię biegłej psychiatry E. P..

Należy zauważyć, że opinia biegłego podlega, jak inne dowody, ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., lecz odróżniają ją szczególne kryteria oceny. Stanowią je zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej wniosków. Przedmiotem opinii biegłego nie jest przedstawienie faktów, lecz ich ocena na podstawie wiedzy fachowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 lipca 2005 r., II UK 277/04, OSNP 2006/5-6/97; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00, LEX nr 77046; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 października 1987 r., II URN 228/87, (...)).

W ocenie sądu nie sposób kwestionować ustaleń zawartych w opinii biegłej psychiatry E. P.. Opinia ta została sporządzona w sposób fachowy i rzeczowy, dający możliwość wyjaśnienia kwestii dotyczących wpływu zdarzenia na psychikę powódki. Biegła oparła swoją opinię na niekwestionowanych przez strony dokumentach w postaci historii choroby powódki oraz po przeprowadzeniu badania powódki. Nadto w opinii uzupełniającej biegła udzieliła odpowiedzi na zadane pytania w sposób wyczerpujący. Ostatecznie też zarzuty podnoszone w odniesieniu do wydanych opinii nie doprowadziły do podważenia wniosków z nich płynących.

Przy ustalaniu stanu faktycznego, w zakresie skutków zdarzenia oraz wyboru sposobu leczenia powódki i następstw tego leczenia, sąd co do zasady pominął wydane w sprawie opinie biegłego z zakresu ortopedii i traumatologii lek. K. G. (1) [k. 142-151, 176-179, 200-202], gdyż ustalenia poczynione przez tego biegłego zostały skutecznie zakwestionowane. Biegły nie był w stanie w szczególności odnieść się do oceny skuteczności dokonanej repozycji, czy też oceny zasadności skierowania poszkodowanej do szpitala. Wskazał jednocześnie, że po wykonanej skutecznej repozycji złamania ważne jest również dalsze prowadzenie pacjenta tj. odpowiednie utrzymywanie unieruchomienia gipsowego, wykonywanie kontrolnych zdjęć RTG wskazujących na dalsze poprawne ustawienie odłamów, bądź na wtórne ich przemieszczanie się, co może kwalifikować pacjenta do leczenia operacyjnego. Należy zauważyć,

że biegły nie ustosunkował się w sposób jednoznaczny do postawionych przez sąd pytań, wskazując, że nie ma obecnie zgodnej opinii dotyczącej właściwego leczenia czy spodziewanych wyników po leczeniu złamań dalszej nasady kości promieniowej. Opinia zawiera także niejasności. Biegły stwierdził, że brak jest podstaw do kwestionowania decyzji dr K. K. (1) o sposobie leczenia powódki. Jednocześnie jednak stwierdził, że przebyte złamanie skutkuje trwałym uszczerbkiem na zdrowiu w wysokości 18%. Nie wskazał również jednoznacznie, czy leczenie powódki zostało zakończone. Wobec zakwestionowania opinii przez stronę powodową, sąd dopuścił dowód z uzupełniającej opinii biegłego ortopedy K. G.. W opinii uzupełniającej biegły nie odniósł się jednak do dodatkowych zarzutów pełnomocnika powódki zawartych w piśmie procesowym z dnia 2 lutego 2017 r., nie ustosunkował się również do zdjęć RTG, które przedłożyła powódka. W związku z tym sąd uznał powyższą opinię za niepełną i nieprzydatną do rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, wobec czego sąd dopuścił dowód z innego biegłego z zakresu ortopedii celem wydania opinii w sprawie.

Podkreślić należy, że dowód z opinii biegłych jest przeprowadzony prawidłowo, jeżeli sądy uzyskały od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania, a tylko brak w opinii fachowego uzasadnienia wniosków końcowych, uniemożliwia prawidłową ocenę jej mocy dowodowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z 30.06.2000 r., II UKN 617/99, OSNAPiUS 2002/1/26).

Ostatecznie ustalenia faktyczne co do skutków zdarzenia oraz wyboru sposobu leczenia powódki i następstw tego leczenia, sąd oparł w całości na podstawie pisemnej opinii biegłego ortopedy dra med. J. F.. Sąd uznał, że przedmiotowa opinia w całym swoim zakresie była rzetelna oraz zawierała pełne, kompleksowe, fachowe i rzeczowe ustosunkowanie się do postawionej tezy dowodowej. Przedstawione przez biegłego wnioski są jasne, stanowcze i logiczne, tym samym nie budzą wątpliwości. Biegły w sposób wyczerpujący odniósł się również do zarzutów zgłaszanych przez pozwanego. W opinii uzupełniającej biegły wyjaśnił zgłoszone przez stronę pozwaną wątpliwości, podtrzymując wnioski złożonej opinii pisemnej. Biegły dokonał rzetelnej oceny skuteczności dokonanej repozycji oraz dalszych działań lekarza prowadzącego leczenie powódki odnośnie odpowiedniego monitorowania ewentualnego ubytku korekcji. Wypada zauważyć, że na odpowiedni sposób dalszego prowadzenia pacjenta po wykonanej skutecznej repozycji złamania wskazywał także biegły ortopeda K. G..

Nie ulega wątpliwości, że na skutek ograniczonej ruchomości prawej ręki, będącej następstwem niewłaściwego leczenia doznanego urazu ręki, powódka musiała korzystać z pomocy osób trzecich przy wielu codziennych czynnościach, takich jak mycie, ubieranie się, przygotowanie posiłków czy zrobienie zakupów, korzystała głównie z pomocy swoich córek. Mając na uwadze przesłuchanie powódki, zeznania świadków, zgromadzoną dokumentację medyczną oraz ustalenia biegłych, nie sposób przyjąć, że powódka była zdolna do samodzielnej obsługi oraz wykonywania samodzielnie wszystkich czynności niezbędnych w codziennym życiu, co miałyby uzasadniać brak konieczności udzielania powódce pomocy lub opieki przez inne osoby.

Zgromadzony w przedmiotowej sprawie materiał dowodowy w ocenie sądu nie dawał jednak dostatecznej podstawy do przyjęcia, że zakres pomocy, jakiej potrzebowała powódka po zakończonym leczeniu urazu ręki, faktycznie odpowiadał wskazaniom strony powodowej. W tym zakresie powódka nie zgłosiła chociażby dowodu z opinii biegłego, który mógłby określić faktyczny zakres tej pomocy związany tylko z następstwami niewłaściwego leczenia powódki. Zeznania świadków wskazują na znaczny zakres pomocy zwłaszcza w okresie unieruchomienia gipsowego, natomiast po zdjęciu gipsu powódka nie wymagała już takiej pomocy. Wypada również zauważyć, że powódka nie mieszkała i nie mieszka sama, nie była zmuszona samodzielnie wykonywać wszelkich domowych obowiązków. Ponadto zgodnie ze wskazaniem biegłego obecnie stwierdza się ograniczenia w zakresie zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy również w związku ze schorzeniem oraz dolegliwościami dotyczącymi kręgosłupa, co niewątpliwie również ma wpływ na zakres odczuwanych przez powódkę ograniczeń w normalnym funkcjonowaniu.

W ocenie sądu zachodziły zatem podstawy do przyjęcia, że po niewłaściwym leczeniu złamania oraz występującą ograniczoną sprawność ręki powódka wymagała pomocy osób trzecich, jednakże w wymiarze jednej godziny dziennie.

Stawka odpłatności za usługi opiekuńcze wskazana przez (...) Komitet Pomocy (...) w Ł. wynosiła 9,50 zł za godzinę (k. 27). Sąd przyjął zatem, przy ustaleniu odszkodowania, za miarodajną w tym zakresie stawkę wynagrodzenia opiekunów, wskazaną przez powódkę oraz stosowaną w (...) Komitecie Pomocy (...) w Ł., co jest uzasadnione na podstawie art. 322 k.p.c., w sytuacji, gdy nie ma innej możliwości wyceny świadczeń osobistych mających swoją wartość, ale świadczonych nieodpłatnie. Wypada zauważyć, że przyjęta przez stronę powodową stawka za godzinę opieki nie jest stawką wygórowaną.

Obowiązek udowodnienia faktów mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy (art. 227 k.p.c.) stwarza art. 6 k.c. (ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne) i jako podstawowy przepis w tym przedmiocie, stosowany w postępowaniu sądowym, pozostaje w ścisłym związku i tłumaczony jest w powiązaniu z przepisami kodeksu postępowania cywilnego, normującymi reguły dowodzenia. W procesie cywilnym strony mają obowiązek twierdzenia i dowodzenia tych wszystkich okoliczności (faktów), które stosownie do art. 227 k.p.c. mogą być przedmiotem dowodu.

Sąd zważył, co następuje:

Przedmiotowe powództwo zasługiwało na uwzględnienie w części.

Spór w niniejszej sprawie dotyczył przede wszystkim istnienia podstawy odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela za szkodę na osobie, której doznała powódka w wyniku leczenia następstw wypadku z dnia 29 stycznia 2009 r. Pozwany podniósł zarzut braku legitymacji procesowej biernej, wskazując, że leczenie powódki odbywało się w ramach usług komercyjnych, niepodlegających ochronie ubezpieczeniowej z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej.

Podstawowe znaczenie w niniejszej sprawie miała zatem ocena istnienia podstaw odpowiedzialności po stronie (...) Poradni Chirurgicznej i (...) w K. za szkodę na osobie, której doznała powódka. Powódka w toku niniejszego postępowania wskazywała, że dr K. K. (1), udzielająca świadczeń medycznych w poradni chirurgicznej działającej w ramach (...) w K., w trakcie jej leczenia dopuściła się błędu w sztuce lekarskiej, co w ocenie powódki doprowadziło do niedowładu złamanej ręki, jak również dalszej niepełnosprawności powódki. Dokonanie takich ustaleń warunkuje w dalszej kolejności odpowiedzialność pozwanego ubezpieczyciela oraz stanowi podstawę do oceny wysokości zgłaszanych przez powódkę roszczeń.

Niepubliczny (...) Zakład Opieki Zdrowotnej (...) w K. łączyła z (...) Chirurgiczna i (...) reprezentowaną przez K. K. (1) jako zleceniobiorcą umowa o świadczenie usług medycznych, na podstawie której zleceniobiorca zobowiązał się do świadczenia usług medycznych w zakresie poradni chirurgicznej. W § 5 tej umowy wskazano, że zleceniobiorca oświadczył, że przyjmuje na siebie pełną odpowiedzialność za prawidłowość i zgodną ze sztuką, etyką lekarską jakość świadczonych usług.

Natomiast w dniu zdarzenia (...) Chirurgiczna i (...) w K. posiadała zawartą z (...) S.A. umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej jako świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, potwierdzoną polisą nr (...). Umowa ta została zawarta w dniu 1 stycznia 2009 r. na okres do dnia 31 grudnia 2009 r. w oparciu o regulacje Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2008, Nr 3, poz. 10).

Podstawę odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela stanowi art. 822 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. Natomiast stosownie do treści § 4 powołanego artykułu uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela.

Zgodnie z treścią art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.

Umowa ubezpieczenia jest umową odpłatną, dwustronnie zobowiązującą, ubezpieczający opłaca składkę w zamian za ochronę ubezpieczeniową, ubezpieczyciel zaś w celu zwolnienia się ze zobowiązania wypłaca świadczenie. Zgodnie z art. 805 § 2 k.c. świadczenie ubezpieczyciela z ubezpieczenia majątkowego polega w szczególności na zapłacie określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie zdarzenia losowego. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej regulują ogólne przepisy działu II tytułu XXVII Kodeksu cywilnego oraz przepisy ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U.2003.124.1152 ze zm.).

Ubezpieczeniem obowiązkowym jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu lub ubezpieczenie mienia, jeżeli ustawa lub ratyfikowana umowa międzynarodowa nakłada obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia wedle art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych. Ubezpieczeniami obowiązkowymi są między innymi ubezpieczenia wynikające z przepisów odrębnych ustaw nakładających na określone podmioty obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia, do których między innymi należało obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (art. 4 pkt 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych w zw. z art. 136 b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008.164.1027 ze zm.), zaś aktualnie chodzi o obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy będącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2018.2190 ze zm.)).

Ochrona ubezpieczeniowa przewidziana obowiązkowym ubezpieczeniem OC obejmowała swoim zakresem odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu (wykonywaniu) przez świadczeniodawcę zakontraktowanych usług zdrowotnych w Narodowym Funduszu Zdrowia, czyli finansowych ze środków publicznych (art. 132 w zw. z art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej mogły również zawrzeć dobrowolne umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. (...) dobrowolne są stosowane w zakresie szkód nie objętych obowiązkowym ubezpieczeniem, jako uzupełnienie ochrony ubezpieczeniowej, np. w zakresie szkód wynikających z zabiegów kosmetycznych, szkód osobowych wynikających z posiadanego mienia oraz szkód rzeczowych.

Do chwili wejścia w życie nowej ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej tj. do dnia 1 lipca 2011 r., która to ustawa uchyliła ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.2007.14.89 ze zm.), w systemie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej funkcjonowały trzy obowiązkowe ubezpieczenia OC i jedno dobrowolne: 1) obowiązkowe OC świadczeniodawcy NFZ, zakres udzielanej ochrony dotyczył wyłącznie szkód osobowych powstałych podczas realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy z NFZ; 2) obowiązkowe OC przyjmującego zamówienie, obowiązek zawarcia tego ubezpieczenia miały wyłącznie te zakłady opieki i lekarze, którzy przyjęli zamówienie na udzielanie świadczeń: od ministra lub centralnego organu administracji rządowej, lub wojewody lub jednostki samorządu terytorialnego, lub państwowej uczelni medycznej, lub publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zakres udzielanej ochrony dotyczył wyłącznie szkód osobowych podczas realizacji świadczeń zamówionych przez ww. podmioty; 3) obowiązkowe OC lekarza i lekarza dentystry, obowiązek zawarcia umowy dotyczył każdego lekarza, który wykonywał zawód w dowolnej formie: praktyk lekarskich (indywidualnych czy grupowych), pracował na podstawie umów cywilnoprawnych (zlecenia), a także, jeżeli wykonywał zawód w własnym zakładzie opieki zdrowotnej, obowiązek nie dotyczył jedynie osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę; 4) dobrowolne ubezpieczenie OC oparte na warunkach danego ubezpieczyciela.

Wszystkie ubezpieczenia obowiązkowe działały rozłącznie i selektywnie na określony rodzaj świadczeń, miały różne sumy gwarancyjne. Zakłady opieki zdrowotnej, które realizowały świadczenia poza umowami (np. poza umową z NFZ), tzw. świadczenia komercyjne (płatne bezpośrednio przez pacjenta), nie miały obowiązku zawierania żadnego ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone podczas udzielania tych świadczeń. Szkody tego typu były obejmowane ochroną w ramach dobrowolnego ubezpieczenia.

Przed wejściem w życie nowego systemu ubezpieczeń podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, dobrowolne ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przedmiotowo dotyczyły zdarzeń losowych, które nie podlegały ubezpieczeniu obowiązkowemu OC i stanowiły uzupełnienie tej ochrony ubezpieczeniowej, np. o odpowiedzialność cywilną za szkody w nieruchomościach najmowanych lub dzierżawionych od osób trzecich, odpowiedzialność cywilną za szkody w mieniu znajdującym się w pieczy, pod dozorem lub kontrolą ubezpieczonego, czy odpowiedzialność cywilną za szkody na osobie wyrządzone w związku z wykonywaniem tzw. komercyjnych (płatnych bezpośrednio przez pacjenta) świadczeń zdrowotnych. Obowiązkowe ubezpieczenie OC obejmowało swoją ochroną jedynie likwidację szkód osobowych powstałych podczas realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, a zatem przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Co do zasady umowy obowiązkowego i dodatkowego ubezpieczenia OC działały zatem rozłącznie i obejmowały różny zakres przedmiotowy ochrony ubezpieczeniowej.

Z treści umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej według polisy nr (...) zawartej pomiędzy lekarzem prowadzącym leczenie powódki a pozwanym ubezpieczycielem wynika, że zakresem ubezpieczenia objęte było obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2008.3.10). Ochrona ubezpieczeniowa przewidziana obowiązkowym ubezpieczeniem OC obejmowała swym zakresem szkody wyrządzone przy udzielaniu (wykonywaniu) przez lekarza zakontraktowanych usług zdrowotnych w Narodowym Funduszu Zdrowia, a więc finansowanych ze środków publicznych.

Należy zauważyć, że tylko pierwsza wizyta u lekarza prowadzącego leczenie powódki po zdarzeniu z dnia 29 stycznia 2009 r. odbyła się na zasadach komercyjnych, czyli świadczeń zdrowotnych płatnych bezpośrednio przez pacjenta. Natomiast kolejne wizyty odbywały się w ramach realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, a zatem przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wybór sposobu leczenia powódki przez dr K. K. (1): nastawienie w znieczuleniu miejscowym i próba repozycji zachowawczej, zastosowany na pierwszej wizycie był prawidłowy. Natomiast na dalszych etapach leczenia, które odbywało się przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, postępowanie lekarskie było nieprawidłowe. Ochrona ubezpieczeniowa wynikająca z zawartej przez lekarza prowadzącego leczenie powódki umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC obejmowała zatem swoim zakresem odpowiedzialność za szkody wyrządzone powódce przy udzielaniu przez świadczeniodawcę zakontraktowanych usług zdrowotnych w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Lekarz, który w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej i na własny rachunek udziela pacjentom świadczeń zdrowotnych, ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą za szkodę wyrządzoną zawinionym błędem medycznym.

Pomiędzy lekarzem a pacjentem, który zgłasza się do gabinetu w celu uzyskania porady lub pomocy medycznej, zostaje zawarta, najczęściej w sposób dorozumiany, umowa o świadczenie usług z art. 750 k.c., rzadziej umowa o dzieło z art. 627 k.c. Prawną podstawę roszczeń co do zasady stanowi więc art. 471 k.c. (odpowiedzialność kontraktowa), jednakże w zbiegu z art. 415 k.c. (deliktowy reżim odpowiedzialności), ponieważ wyrządzenie szkody na osobie, niezależnie od tego, że stanowi niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy, jest jednocześnie czynem niedozwolonym (art. 443 k.c.).

Dla powstania odszkodowawczej odpowiedzialności cywilnej na podstawie art. 415 k.c. muszą łącznie zostać spełnione następujące przesłanki: 1) wystąpienie zdarzenia wyrządzającego szkodę, 2) istnienie normalnego związku

przyczynowego pomiędzy zdarzeniem i szkodą, 3) powstanie szkody mającej charakter majątkowy (na osobie lub mieniu) lub niemajątkowy (doznana krzywda).

W sprawie, w której strona powodowa wywodzi odpowiedzialność jednostki medycznej ze zdarzenia, którym jest błąd w sztuce lekarskiej, lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny występuje w przypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej. Wysokie wymagania stawiane lekarzom nie oznaczają ich odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku błędu w sztuce medycznej, czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, polegający za zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca. Przy ocenie postępowania lekarza należy mieć na względzie uzasadnione oczekiwanie nienarażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia. Wysokie wymagania stawiane lekarzom nie oznaczają ich odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, niepubl.).

Błąd w sztuce lekarskiej to działanie niezgodne z powszechnie przyjętymi zasadami wiedzy medycznej, zaś aby mówić o jego zaistnieniu, musi nastąpić ujemny skutek takiego działania i zachodzić adekwatny związek przyczynowy pomiędzy takim działaniem a zaistniałym skutkiem.

Najczęściej spotykany podział błędów to podział na: 1) błąd diagnostyczny (rozpoznanie), 2) błąd terapeutyczny (błąd w leczeniu), 3) błąd rokowania (prognozy).

Warunkiem przyjęcia, że doszło do błędu medycznego, a w konsekwencji, że istnieją podstawy do uzyskania zadośćuczynienia, jest ustalenie, że postępowanie personelu medycznego było obiektywnie niezgodne ze wskazaniami współczesnej wiedzy medycznej oraz miało charakter zawiniony, tj. że postępowanie to w danych okolicznościach sprawy może być przedmiotem zarzutu, że było nieprawidłowe, przy uwzględnieniu surowych wymagań stawianych lekarzom w zakresie profesjonalizmu postępowania (art. 355 § 2 k.c.), co nakazuje szczególnie rygorystycznie oceniać wszelkie nieprawidłowości oraz tego, że w podobnych przypadkach o winie przesądza najmniejszy nawet stopień zawinienia, w tym nie tylko wina umyślna, ale także najmniejsza nawet lekkomyślność lub niedbalstwo.

Odpowiedzialność lekarza powstanie w wypadku "błędu w sztuce", czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, czyli polegający na zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca.

W nauce prawa cywilnego i orzecznictwie, przyjmuje się, że lekarz ponosi winę za powstanie szkody, jeżeli nie zastosował właściwych środków w należyty sposób. Przez „zastosowanie właściwych środków” rozumie się takie fachowe postępowanie (np. zastosowanie właściwej kuracji, przeprowadzenie określonego zabiegu, zlecenie odpowiednich badań), które w danej sytuacji było wskazane z medycznego punktu widzenia. Postępowanie odmienne określane zazwyczaj jest, jako błąd w sztuce lekarskiej. Natomiast przez pojęcie „w należyty sposób” należy rozumieć dolożenie takiej staranności, jaka w określonej sytuacji była należna, wymagana i potrzebna.

Przy ocenie postępowania lekarza należy też mieć na względzie uzasadnione oczekiwanie nienarażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia, przydatny może być również test oparty na pytaniu, czy niekorzystnego skutku można było uniknąć oraz czy lekarz w danym przypadku powinien był i mógł zrobić więcej (lepiej). W nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje zjawisko określane mianem ryzyka medycznego. Nawet bowiem przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne. Co do zasady, pacjent poinformowany o istniejącym ryzyku, wyrażając zgodę na zabieg przyjmuje je na siebie. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne. Ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny, obejmuje tylko zwykłe powikłania pooperacyjne. Ryzykiem pacjenta nie są objęte komplikacje powstałe wskutek pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z

29 października 2003 r., III CK 34/02, z dnia 13 stycznia 2005 r., III CK 143/04 i z dnia 10 lutego 2010 r., VCSK 287/09, niepublikowane).

Błąd diagnostyczny i stanowiący często jego konsekwencję błąd terapeutyczny mogą także skutkować naruszeniem zagwarantowanego w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2009.52.417 ze zm.), prawa do świadczeń medycznych, w tym diagnostycznych, odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz prawa do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością (art. 8 w/w ustawy).

Wobec charakteru skomplikowania procesów leczenia w sprawach o niedołożenie należytej staranności przez lekarza i wystąpienia błędów lekarskich, sąd dla ustalenia ewentualnej winy lekarza korzysta z wiadomości specjalnych posiadanych przez biegłych.

W rozpoznawanej sprawie, wobec skutecznego zakwestionowania dowodu z opinii biegłego ortopedy K. G. (1), sąd dopuścił dowód z opinii innego biegłego z zakresu ortopedii tj. dra med. J. F., z opinii którego wynika, że złamanie ręki u U. S. miało charakter skomplikowany. Zdaniem biegłego nastawienie w znieczuleniu miejscowym i próba repozycji zachowawczej były prawidłowe. Natomiast na dalszych etapach leczenia postępowanie lekarskie było nieprawidłowe. Kontrola RTG przez gips wykazała niezadowalające ustawienie odłamów, co powinno skłonić lekarza leczącego do skierowania chorej na oddział ortopedyczny. Leczący chorą lekarz niesłusznie zaakceptował przemieszczenie odłamów wymagające dalszej korekcji i dopuścił do zrostu odłamów w niekorzystnym ustawieniu. W przypadku złamania C. (jak u powódki) obowiązuje próba nastawienia zachowawczego. Bezpośrednio po nastawieniu sprawdza się radiologicznie poprawność repozycji. Jeżeli ustawienia odłamów ocenia się jako dobre to zdjęcia RTG powtarza się jeszcze po tygodniu i około 3 tygodniach od złamania celem monitorowania ewentualnego ubytku korekcji. W przypadku niekorzystnego ustawienia odłamów obowiązuje działanie zmierzające do poprawy ustawienia odłamów na drodze zachowawczej lub operacyjnej w czasie, gdy nie nastąpi jeszcze pełen zrost odłamów, w praktyce do ok. 3 tygodni. Tych procedur u powódki nie dokonano. Dostatecznym dowodem na błąd postępowania lekarza leczącego jest obraz RTG w gipsie. Zgodnie z zapisami w historii choroby zdjęcie wykonano najprawdopodobniej 20.02.2009 r. a więc po ok. 3 tygodniach od wypadku. Lekarz leczący chorą zatem niewłaściwie ocenił wynik ustawienia odłamów na zdjęciu kontrolnym przez gips, co doprowadziło do zrostu złamania w niekorzystnym ustawieniu. Z danych zawartych w dokumentacji nie wiadomo czy wykonano u chorej zdjęcia RTG po nastawieniu i w dniu 5.02.2009 r. podczas pierwszej kontroli chorej, są to dodatkowe elementy obciążające lekarza leczącego.

W ocenie sądu materiał dowodowy zgromadzony w sprawie uzasadniał przyjęcie, że zachowanie lekarza dr K. K. (1) na dalszych etapach leczenia powódki było bezprawne, a także zawinione. Jej działania nie cechowała należyta podwyższona staranność, wymagana w kontakcie z pacjentem, wynikająca z braku zastosowanie właściwych środków, które w danej sytuacji były wskazane z medycznego punktu widzenia. Złamanie u powódki miało charakter skomplikowany, co wymagało podwyższonej staranności. Nawet po udanej repozycji ręcznej takie złamanie wymagało wewnętrznej stabilizacji co najmniej drutami K., jednak wskazana metoda leczenia nie została wdrożona. Lekarz prowadzący leczenie powódki nie dochował również należytej staranności w zakresie monitorowania ewentualnego ubytku korekcji, obraz ustawienia odłamów na zdjęciu kontrolnym przez gips był nie do zaakceptowania, na pewno wtedy należało chorą skierować na oddział ortopedyczny, co niewątpliwie nosi znamiona winy nieumyślnej.

Strona powodowa wykazała zatem winę lekarza w podjęciu nieprawidłowego leczenia oraz związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy działaniem, czy też w konkretnych okolicznościach zaniechaniem lekarza, a doznaną przez powódkę krzywdą w postaci dopuszczenia do zrostu złamania w niekorzystnym ustawieniu oraz niedowładu złamanej ręki, które w konsekwencji doprowadziło do zdecydowanego pogorszenia stanu zdrowia powódki.

Materialnoprawną podstawę żądania powódki co do zasądzenia zadośćuczynienia stanowił art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 k.c. Stosownie do art. 444 § 1 zd. 1 k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Natomiast w myśl art. 445 § 1 k.c., w

wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Zadośćuczynienie w przeciwieństwie do odszkodowania dotyczy szkody niemajątkowej, a więc nieprzeliczalnej wprost na określoną kwotę pieniężną. Ustawodawca nie wprowadza przy tym żadnych kryteriów, jakimi kierować ma się sąd przy ustalaniu wysokości należnego poszkodowanemu zadośćuczynienia.

Życie i zdrowie ludzkie jest wartością nadrzędną i żadna kwota nie jest w stanie zrekompensować utraty zdrowia, stąd też celem zadośćuczynienia jest jedynie złagodzenie doznanych cierpień i naprawienie wyrządzonej krzywdy. Z tych to też przyczyn zadośćuczynienie nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość, nie będąc jednocześnie nadmierną w stosunku do doznanej krzywdy. Zadośćuczynienie powinno uwzględniać rozmiar doznanej krzywdy, przy czym zindywidualizowana ocena kryteriów decydujących o jego wysokości pozostawiona jest uznaniu sędziowskiemu.

Oceniając wysokość przyjętej sumy zadośćuczynienia jako „odpowiedniej”, sąd korzysta z daleko idącej swobody, niemniej nie może to być suma rażąco odbiegająca od zasądzanych w analogicznych przypadkach (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lipca 2000 r., II CKN 1119/98, LEX nr 50884).

Przy ustalaniu rozmiaru cierpień powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny, odniesione jednak do indywidualnych okoliczności danego wypadku. Oceniając rozmiar doznanej krzywdy trzeba zatem wziąć pod uwagę całokształt okoliczności, w tym: rozmiar cierpień fizycznych i psychicznych, ich nasilenie i czas trwania, nieodwracalność następstw wypadku (kalectwo, oszpeccenie), rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiową oraz inne czynniki podobnej natury, a w szczególności wiek poszkodowanego (zob. uchwałę pełnego składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973 r., III CZP 37/73, OSNC 1974, nr 9, poz. 145 oraz orzeczenia Sądu Najwyższego: z dnia 11 lipca 2000 r., II CKN 1119/98, nie publ., z dnia 12 października 2000 r., IV CKN 128/00, nie publ., z dnia 12 września 2002 r., IV CKN 1266/00, nie publ., z dnia 29 września 2004 r., II CK 531/03, nie publ., z dnia 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03, OSNC 2005, nr 2, poz. 40 oraz z dnia 28 czerwca 2005 r., I CK 7/05, nie publ., z dnia 9 listopada 2007 r., V CSK 245/07, OSNC-ZD 2008, nr D, poz. 95, z dnia 14 lutego 2008 r., II CSK 536/07, OSP 2010, nr 5, poz. 47, z dnia 26 listopada 2009 r., III CSK 62/09, nie publ. i z dnia 28 stycznia 2010 r., I CSK 244/09, nie publ.).

Ustalając odpowiednią w niniejszej sprawie kwotę zadośćuczynienia, sąd uwzględnił dotkliwie odczuwane przez powódkę dolegliwości będące następstwem niewłaściwego leczenia, występujące przewlekłe dolegliwości nadgarstka spowodowane pourazową deformacją i związaną z tym dysfunkcją chwytnej ręki. Wypada również zauważyć, że rokowanie na przyszłość odnośnie możliwości istotnej poprawy funkcji ręki jest negatywne, a wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu w związku z przebyтым złamaniem uległa znacznemu zwiększeniu na skutek niewłaściwego leczenia. Od zakończenia leczenia doznanego złamania powódka ma nadal znaczne kłopoty z wykonywaniem czynności prawą ręką, występuje u niej stały ból nadgarstka, czasem upuszcza trzymany w ręce przedmiot. Z tego względu w czynnościach manualnych, noszeniu przedmiotów posługuje się głównie lewą ręką. Utrzymujące się bóle nadgarstka powodują konieczność zażywania środków przeciwbólowych. Obecnie w codziennych cięższych pracach powódce nadal pomagają córki. Powódka nie jest w stanie poświęcić się opiece nad wnukami i dbaniem o dom. Ma duże ograniczenia przy gotowaniu, dźwiganiu cięższych zakupów. Ponadto należało zauważyć, że zachowanie powódki zmieniło się, nie wróciła do stanu psychicznego sprzed złamania. Z opinii biegłego psychiatry wynika, że objawy depresyjne stwierdzone u powódki mają ewidentny związek z doznanym urazem ręki i długotrwałą niesprawnością tej ręki. Powódka wykazuje obniżony nastrój, apatię, niechęć do wszystkiego, zaburzenia snu, myśli rezygnacyjne, poczucie winy, że jest osobą niesprawną i nie może wykonywać czynności, które robiła całe życie, a teraz wymaga pomocy z racji obniżonej sprawności prawej ręki. Powódka była niezdolna do pracy, co skutkowało wyrejestrowaniem jej z Urzędu Pracy i utratą ubezpieczenia.

Całościowe rozważenie powyższych elementów w ocenie sądu w pełni uzasadniało przyjęcie wysokości należnego powódce zadośćuczynienia w dochodzonej przez stronę powodową kwocie 15.000,00 zł, kwota ta we właściwym stopniu uwzględnia zakres doznanej przez powódkę krzywdy, posiada zarazem odczuwalną wartość ekonomiczną.

Wystąpienie szkody materialnej uzasadnia natomiast przyznanie odszkodowania. Regułą jest uzyskanie pełnego odszkodowania. Co do zasady, należne poszkodowanemu odszkodowanie powinno odpowiadać wysokości doznanej przez niego szkody i rekompensować mu uszczerbek, jaki dotknął jego prawnie chronione dobra lub interesy. Niewątpliwie poszkodowany powinien mieć zwrócone wszystko to, co utracił wskutek zdarzenia wyrządzającego szkodę. Odszkodowanie winno zapewnić poszkodowanemu wyrównanie poniesionego uszczerbku, nie może jednak prowadzić do jego wzbogacenia (art. 363 § 1-2 k.c.). Zgodnie z przepisem art. 361 § 1 k.c. obowiązek naprawienia szkody obejmuje normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. W tych granicach zatem nieodzowne jest wyrównanie poniesionej szkody materialnej. Z tego względu poniesione przez powódkę wydatki z tytułu pomocy osób trzecich świadczonej powódce po niewłaściwym leczeniu następstw złamania powinny podlegać rekompensacie.

W myśl przepisu art. 444 § 1 k.c., odszkodowanie obejmuje wszelkie koszty wynikłe z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. W rachubę wchodzi koszty leczenia w szerokim tego słowa znaczeniu (pobyt w szpitalu, konsultacje lekarskie, dodatkowa pomoc pielęgnarska, wydatki na lekarstwa, koszty związane z transportem poszkodowanego po wypadku do domu, do szpitala, na zabieg, koszty odpowiedniego odżywiania się, wydatki związane z opieką i pielęgnacją po wyjściu ze szpitala itp.).

Wszelkie koszty związane z zapewnieniem poszkodowanemu należytej opieki są uważane w judykaturze za tak zwane koszty dodatkowe. Kwestie tę podkreślił Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z dnia 21 lutego 2013 r., sygn. akt V ACA 740/12 oraz Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 lutego 2012 r., V CSK 57/11. Fakt ponoszenia całego ciężaru opieki nad poszkodowanym w czasie leczenia i rehabilitacji przez członków najbliższej rodziny lub osoby trzecie, najczęściej specjalistów w zakresie opieki medycznej lub rehabilitacji, nie zwalnia osoby odpowiedzialnej od zwrotu kwoty obejmującej wartość tych świadczeń, o czym traktował Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 lutego 2012 r., sygn. akt V CSK 57/11. Zasadnym jest przyjęcie, że dla ustalenia kosztów sprawowanej nad poszkodowanym opieki przyjmuje się koszty wynagrodzenia osoby mającej odpowiednie kwalifikacje do wykonywania tych czynności. Legitymacja czynna w zakresie żądania zwrotu tych kosztów przysługuje poszkodowanemu niezależnie od tego, kto sprawuje opiekę nad nim (osoba bliska, np. żona lub osoba inna). Po drugie, wyjaśniono także to, od czego zależy ewentualny rozmiar roszczenia przysługującego poszkodowanemu, jeżeli konieczna jest mu pomoc innej osoby (wysokość dochodu utraconego przez żonę rezygnującą z pracy lub działalności gospodarczej, a gdy opieka może być wykonywana przez osobę trzecią - wysokość odszkodowania z tytułu utraty zarobków przez żonę nie może przekraczać wynagrodzenia osoby mającej odpowiednie kwalifikacje do wykonywania takiej opieki). W wyroku z dnia 15.02.2007 r. (II CSK 474/06, niepubl.) Sąd Najwyższy również stwierdził, że jeżeli poszkodowany wymagał stałej kilkugodzinnej opieki sąd może zasądzić koszty leczenia obejmujące wynagrodzenie przysługujące osobie mającej stosowne kwalifikacje do opieki nad chorym w okresie, w którym opieka taka była niezbędna.

Nie pozostawia wątpliwości, że na skutek wypadku powódka przez długi czas przestała być osobą w pełni samodzielną. Unieruchomienie w gipsie ręki, jak i następnie ograniczona sprawność ręki sprawiło, że musiała korzystać z pomocy córek przy wielu codziennych czynnościach, takich jak mycie, ubieranie się, przygotowanie posiłków czy zrobienie zakupów. Bezpośrednio po wypadku powódce pomagały głównie córki oraz wspierały ją psychicznie. Prawo powódki do ekwiwalentu z tytułu zwiększonych potrzeb, polegających na konieczności korzystania z opieki i pomocy osoby trzeciej, nie jest uzależnione od wykazania, że efektywnie wydała odpowiednie kwoty na koszty tej opieki.

Rozważając kwestię kosztów pomocy i opieki osób trzecich sąd uznał, że uzasadnione jest określenie ich poprzez przyjętą przez powódkę stawkę 9,50 zł za godzinę, jak również zasadne jest przyznanie kosztów opieki za okres wskazany w pozwie tj. okres jednego roku. Sąd uznał jednak, że w okresie całego roku zasadnym było określenie zakresu udzielonej powódce pomocy na 1 godzinę dziennie. W konsekwencji wysokość dochodzonych pozewem

kosztów opieki nad powódką w okresie jednego roku powinna obejmować kwotę 3.467,50 zł (365 dni x 1 godz. x 9,50 zł).

Z tych względów w oparciu o przywołane przepisy, sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki tytułem należnego odszkodowania obejmującego zwrot kosztów pomocy osób trzecich kwotę 3.467,50 zł. Roszczenie o zwrot kosztów pomocy osób trzecich w pozostałym zakresie wraz z żądanymi odsetkami w tej części podlegało oddaleniu jako nieudowodnione i nieuzasadnione.

O odsetkach za opóźnienie w spełnieniu zasądzzonego świadczenia pieniężnego sąd orzekł w oparciu o art. 481 § 1 k.c. Zgodnie z tym przepisem, jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik nie ponosi odpowiedzialności.

Dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, jeżeli nie spełnia tego świadczenia w terminie, w którym stało się ono wymagalne, a gdy termin nie jest oznaczony, jeżeli nie spełnia go niezwłocznie po wezwaniu wierzyciela (art. 476 k.c.).

Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie.

Wprawdzie zasądzenie odszkodowania czy zadośćuczynienia według cen z chwili wyrokowania uzasadnia w zasadzie zasądzenie odsetek od tej daty, jednakże w sytuacji, gdy powód domaga się zasądzenia określonej kwoty tytułem odszkodowania z odsetkami za opóźnienie od danego dnia, wcześniejszego niż dzień wyrokowania, i w toku postępowania okaże się, że kwota ta istotnie należała się powodowi od tego dnia, odsetki powinny być zasądzone od tego dnia (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2000 r., II KKN 725/98, OSNC 2000, z. 9, poz. 158). Należy stwierdzić, że obowiązek zaspokojenia roszczenia o zadośćuczynienie z tytułu uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nie staje się wymagalny dopiero z datą wydania uwzględniającego to roszczenie wyroku wydanego w toku wytoczonego o nie procesu sądowego, lecz z chwilą wezwania dłużnika do jego zaspokojenia (art. 455 k.c.) (zob. m.in. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 12 października 1999 r., I ACa 318/99, OSA 2000/6/27).

Pomimo, że do roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia mają zastosowanie w drodze analogii zasady ustalania wysokości odszkodowania przewidziane w art. 363 § 2 k.c., to w niniejszej sprawie należy uznać, że okoliczności uzasadniające zgłoszone żądanie zapłaty zadośćuczynienia istniały już w chwili wniesienia pozwu. Zatem zasadnym było zasądzenie odsetek co do przyznanego zadośćuczynienia od daty, kiedy pozwany popadł w opóźnienie w spełnieniu dochodzonego świadczenia, co najmniej od dnia następnego po dniu wydania negatywnej decyzji odnośnie wypłaty świadczenia, czyli od dnia 25 marca 2011 r.

Powódka zgłosił ubezpieczycielowi żądanie zapłaty zadośćuczynienia i odszkodowania, roszczenie było skonkretyzowane co do wysokości i umotywowane ze wskazaniem dowodów umożliwiających zweryfikowanie zasadności. Nie było zatem obiektywnych przeszkód do niezwłocznego wypłacenia zadośćuczynienia, czy odszkodowania. Postępowanie w niniejszej sprawie potwierdziło zasadność dochodzonego przez stronę powodową już na etapie postępowania likwidacyjnego zadośćuczynienia czy odszkodowania.

W świetle przytoczonych okoliczności należało przyjąć, że zasądzenie spornych odsetek dopiero od dnia wyrokowania nie zapewniłoby właściwej równowagi między rozmiarem doznanej przez stronę powodową krzywdy, a przyznanym zadośćuczynieniem, jak również rozmiarem poniesionej szkody materialnej, a przyznanym odszkodowaniem.

W konsekwencji odsetki ustawowe za opóźnienie od zasądzzonego świadczenia zostały przyznane od dnia, kiedy pozwany pozostawał w opóźnieniu ze spełnieniem danego świadczenia, czyli od dnia 25 marca 2011 r.

Wysokość odsetek za opóźnienie w braku odmiennego jej ustalenia odpowiada odsetkom ustawowym zgodnie z art. 481 § 2 k.c., z uwzględnieniem zmiany wprowadzonej z dniem 1 stycznia 2016 r. przez art. 2 pkt 2 lit. a ustawy z dnia 9 października 2015 r. (Dz.U. z 2015 poz. 1830).

Nie zasługiwał na uwzględnienie podniesiony przez pozwanego zarzut przedawnienia roszczenia. W konkretnych okolicznościach niniejszej sprawy zarzut ten należało także ocenić jako sprzeczny z zasadami współzycia społecznego.

Zgodnie z art. 442¹ § 1 k.c. roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się albo przy zachowaniu należytej staranności mógł się dowiedzieć o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę. Nadto w razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia (§ 3).

W powyższym przepisie ustawodawca sformułował ogólne reguły określające termin przedawnienia roszczeń o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym: przedawnienie następuje z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia (termin *a tempore scientiae*), jednakże termin ten nie może być dłuższy niż 10 lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę (termin *a tempore facti*). Jednocześnie ustawodawca określił dwa istotne odstępstwa od tych reguł: dla przedawnienia roszczeń deliktowych, jeżeli szkoda wynikła ze zbrodni lub występku (art. 442¹ § 2 k.c.) oraz dla roszczeń o naprawienie szkód na osobie (art. 442¹ § 3 k.c.).

Zdanie pierwsze art. 442¹ § 1 k.c. wskazuje, że chwilę wymagalności roszczenia o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym wyznacza dowiedzenie się o szkodzie i osobie obowiązanej do jej naprawienia. Dowiedzenie się o tym może nastąpić w jednym dniu, ale nie jest to regułą. Jeżeli zatem poszkodowany dowie się o osobie zobowiązanej do naprawienia szkody później niż o samej szkodzie, to późniejsza chwila wyznacza początek biegu terminu przedawnienia. W każdym jednak wypadku, jak wynika ze zdania drugiego omawianego przepisu, roszczenie przedawnia się z upływem lat 10 od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wyrządzające szkodę (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 kwietnia 2002 r., IV CKN 949/00, Biul. SN 2002, nr 11, s. 11). Zastrzeżenie to nie odnosi się jednak do szkody na osobie.

Dla rozpoczęcia biegu terminu *a tempore scientiae* nie jest konieczne, aby poszkodowany, który dowiedział się o szkodzie, znał już rozmiar szkody (por. uchwała SN (7) z dnia 11 lutego 1963 r., III PO 6/62, OSN 1964, nr 5, poz. 87; wyrok SN z dnia 24 listopada 1971 r., I CR 491/71, OSN 1972, nr 5, poz. 95 oraz wyrok SA w Gdańsku z dnia 21 października 2011 r., I ACa 625/11, LEX nr 1112459). Także nie jest konieczne, aby poszkodowany dowiedział się równocześnie o szkodzie, jak i o osobie zobowiązanej do jej naprawienia. Jeżeli o dłużniku dowie się później niż o samej szkodzie, wówczas termin przedawnienia rozpocznie bieg w tej późniejszej dacie (por. wyrok SN z dnia 10 kwietnia 2002 r., IV CKN 949/00, Biul. SN 2002, nr 11, s. 11). Ustalenie wiedzy poszkodowanego o szkodzie dla oznaczenia biegu terminu *a tempore scientiae* nie stanowi rekonstrukcji rzeczywistego stanu świadomości poszkodowanego, lecz przypisanie mu świadomości wystąpienia szkody, opartego na obiektywnie sprawdzalnych okolicznościach (por. wyrok SN z dnia 8 grudnia 2004 r., I CK 166/04, LEX nr 277853, a także wyrok SN z dnia 21 października 2011 r., IV CSK 46/11, LEX nr 1084557).

Niewątpliwie o następstwach zdarzenia szkodzącego, w postaci uszkodzenia ciała, poszkodowany z reguły uzyskuje wiedzę dopiero po przeprowadzeniu specjalistycznych badań, stwierdzających chorobę, stopień jej zaawansowania i często także jej przyczynę, a co za tym idzie wiedzę o osobie zobowiązanej do naprawienia szkody (por. wyrok SN z dnia 19 maja 1999 r., II UKN 647/98, OSNP 2000, nr 15, poz. 589; wyrok SN z dnia 19 lutego 2003 r., V CKN 207/01, LEX nr 78272; wyrok SN z dnia 13 stycznia 2004 r., V CK 172/03, LEX nr 182118). W wyroku z dnia 16 kwietnia 1999 r. (II UKN 579/98, (...) 1999, nr 10, s. 40) Sąd Najwyższy uznał, że datą rozpoczęcia biegu przedawnienia

jest data uzyskania przez poszkodowanego owej wiedzy na podstawie „miarodajnego i autorytatywnego orzeczenia kompetentnej placówki medycznej”.

W przedmiotowej sprawie do wypadku doszło w dniu 29 stycznia 2009 r. Wskutek nieustępujących dolegliwości bólowych powódka w okresie od stycznia do sierpnia 2009 roku odbyła kilka wizyt lekarskich w ramach poradni ortopedycznej, jednak ból ręki nadal występował. Zabiegi rehabilitacyjne również nie przyniosły rezultatu. W dniu 12 czerwca 2009 r. powódka zgłosiła się do (...) Sp. z o.o. (...) w P., gdzie lekarz ortopeda, specjalista z zakresu chirurgii urazowej wystawił zaświadczenie z rozpoznaniem stanu po wadliwie wygojonym złamaniu dalszego końca kości promieniowej prawej, wskazując, że nic nie da się już zrobić, gdyż kości zrosły się w nieprawidłowym ustawieniu. Powódkę zapisano na leczenie operacyjne oraz wystawiono skierowanie na przyjęcie do szpitala. Powódka nie poddała się leczeniu operacyjnemu. Wprawdzie pozwany wskazywał, że roszczenie powódki jako roszczenie z umowy ubezpieczenia przedawnia się w okresie 3 lat, nie wskazał jednak żadnego jednoznacznego terminu, od którego należałoby liczyć bieg terminu przedawnienia.

Biorąc pod uwagę okoliczności przedmiotowej sprawy, terminu przedawnienia nie sposób liczyć od dnia następnego po dniu wypadku. Jak już wspomniano bowiem wyżej w przypadku szkód na osobie przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. W okolicznościach sprawy kwestia oznaczenia konkretnej daty dowiedzenia się powódki o szkodzie była trudna do ustalenia. Powódka wskazywała, że o nieprawidłowym ustawieniu złamania dowiedziała się w dniu 12 czerwca 2009 r., kiedy to zgłosiła się do specjalistycznej poradni ortopedycznej tj. (...) Sp. z o.o. (...) w P.. Następnie w ramach wizyt w (...) w (...) w K. powódkę skierowano na operację z powodu wadliwego zrostu odłamów. Sporną okolicznością było jednak ustalenie przez powódkę podmiotu odpowiedzialnego za zaistniałą szkodę. Pismem z dnia 20 sierpnia 2010 r. powódka zgłosiła szkodę do (...) w K., wzywając do zapłaty kwoty 30.000 zł tytułem odszkodowania i zadośćuczynienia za doznany trwały uszczerbek na zdrowiu w związku ze zdarzeniem z dnia 29 stycznia 2009 r. W odpowiedzi pismem z dnia 6 września 2010 r. (...) w K. odmówił wypłaty jakichkolwiek świadczeń, wskazując dr K. K. (1) jako odpowiedzialną za zdarzenie. W związku z otrzymaną informacją powódka niezwłocznie tj. pismem z dnia 10 września 2010 r. zgłosiła szkodę do (...) Poradni Chirurgicznej i (...) w K., wzywając do podjęcia próby ugodowej w terminie 14 dni od dnia otrzymania pisma. Z kolei w dniu 21 września 2010 r. (...) Chirurgiczna i (...) w K. wskazała dane swojego ubezpieczyciela: (...) S.A. oraz nr polisy: (...). (...) S.A. pismem z dnia 24 marca 2011 r. odmówił wypłaty jakichkolwiek świadczeń, kwestionując swą odpowiedzialność za powstałą szkodę. Brak jednak dowodu doręczenia pisma pozwanej.

Należało również wziąć pod uwagę, że zgodnie z przepisem art. 819 § 4 k.c., bieg przedawnienia roszczenia do ubezpieczyciela przerywa się także przez zgłoszenie ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem i rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie świadczenia.

Zgłoszenie roszczenia nastąpiło pismem z dnia 10 września 2010 r., pozwany ubezpieczyciel wydał ostateczną decyzję w ramach postępowania zainicjowanego powyższym zgłoszeniem w dniu 24 marca 2011 r. Powódka złożyła niniejszy pozew o zapłatę zadośćuczynienia i odszkodowania w dniu 21 marca 2014 r., a zatem przed upływem trzyletniego terminu przedawnienia.

Z tych względów w oparciu o przywołane przepisy sąd orzekł jak w punktach 1.-3. wyroku.

O kosztach procesu sąd postanowił na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c., stosując zasadę stosunkowego rozdzielenia pomiędzy stronami tych kosztów.

Powódka poniosła koszty procesu w wysokości 2.400 zł [wynagrodzenie fachowego pełnomocnika], zaś pozwany poniósł koszty procesu w wysokości 2.637,20 zł [2.400 zł wynagrodzenie fachowego pełnomocnika + 220,20 zł wydatki sądowe związane ze sporządzonymi opiniami], co stanowi w sumie kwotę 5.037,20 zł.

Roszczenie powódki zostało uwzględnione w ok. 73%, zatem koszty procesu powinny obciążać pozwanego w 73%, a stronę powodową w 27% [2.400 zł – 1.360,04 zł (27% x 5.037,20 zł) = 1.039,96 zł]. W konsekwencji stronie powodowej przysługiwał od pozwanego zwrot kosztów procesu w kwocie 1.039,96 zł.

Okoliczności faktyczne niniejszej sprawy, rodzaj i stopień zawichości sprawy oraz wymagany nakład pracy, nie uzasadniały dokonania zwiększenia należności fachowego pełnomocnika stron.

Z tych względów w oparciu o przywołane przepisy sąd postanowił jak w punkcie 4. wyroku.

W zakresie obowiązku zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych w zakresie pokrytych ze środków Sądu Rejonowego w Kutnie wydatków związanych z opiniami biegłych w łącznej wysokości 3.057,03 zł [k. 155, 183, 215, 219, 260, 275], a także opłaty sądowej od pozwu, wobec korzystania przez powódkę ze zwolnienia od kosztów sądowych w przedmiotowej sprawie, sąd postanowił na podstawie art. 100 k.p.c. w zw. z art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jednolity Dz. U. z 2010 r., Nr 90, poz. 594 z późn. zm.), również stosując zasadę stosunkowego rozdzielenia tych kosztów.

Powództwo zostało uwzględnione w ok. 73%. Z tego względu tytułem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych od uwzględnionego powództwa, sąd nakazał pobrać od pozwanego kwotę 2.975,20 zł [3.057,03 zł x 73% = 2.231,63 zł + 923,37 zł opłaty sądowej od uwzględnionego powództwa, pomniejszona o nadpłaconą przez pozwanego część zaliczki w kwocie 179,80 zł].

Z tych względów w oparciu o przywołane przepisy w punkcie 5. wyroku sąd postanowił o zwrocie nieuiszczonych kosztów sądowych.

W zakresie obowiązku zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych od oddalonego powództwa, w oparciu o przepis art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. Nr 167, poz. 1398 z późn. zm.), mając na uwadze charakter roszczenia oraz sytuację materialną powódki, sąd nie obciążył powódki obowiązkiem zwrotu tych kosztów.