

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 grudnia 2015r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu Wydział XVIII Cywilny

w składzie: Przewodniczący: SSO Magda Inerowicz

Protokolant: p.o. stażysty Joanna Bendlewska

po rozpoznaniu w dniu 24 listopada 2015 r.,

na rozprawie

sprawy z powództwa: **J. B. (2)**

przeciwko: **Szpitalowi Wojewódzkiemu w P. i (...) S.A. z siedzibą w W.**

o zapłatę

1. powództwo oddała,
2. kosztami procesu obciąża powoda częściowo i z tego tytułu:
 - a) zasądza od powoda na rzecz pozwanego Szpitala Wojewódzkiego w P. kwotę 7.217 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego,
 - b) zasądza od powoda na rzecz pozwanego (...) S.A. w W. kwotę 7.217zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego,
 - c) nie obciąża powoda kosztami procesu w pozostałej części.

/-/ M. Inerowicz

UZASADNIENIE

Powód J. B. (2), po ostatecznym sprecyzowaniu żądania, wniósł do Sądu Okręgowego pozew przeciwko Szpitalowi Wojewódzkiemu w P. o: zasądzenie na podstawie art. 444 § 1 k.c. od pozwanego na rzecz powoda obowiązku naprawienia szkody w postaci zwrotu kosztów leczenia w wysokości 14.000 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty; zasądzenie na podstawie art. 444 § 2 k.c., od pozwanego na rzecz powoda od dnia 1 września 2006 r. renty dożywotniej w wysokości 500 złotych miesięcznie płatnej z góry do 10. każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w razie zwłoki; zasądzenia na podstawie art. 445 § 1 k.c., od pozwanego na rzecz powoda zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę w postaci utraty prawej nerki w wysokości 330.000 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty; zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego w kwocie 21.600 złotych z 23% VAT i 17 złotych opłaty od pełnomocnictwa oraz zwolnienie powoda od ponoszenia kosztów sądowych w zakresie wpisu sądowego, albowiem nie jest on w stanie ich ponieść bez uszczerbku utrzymania koniecznego siebie (k. 1-8, k. 341 i e-protokół rozprawy z dnia 24.11.2015r.).

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że w dniu 25 sierpnia 2006 r. powód uległ wypadkowi, w wyniku którego nastąpiło pęknięcie pęcherza moczowego. Ze względu na zły stan zdrowia (m.in. wymioty) powód wezwał w dniu 26 sierpnia 2006 r. pogotowie. Karetka zawiozła powoda do pozwanego szpitala, gdzie jeszcze tego samego dnia wykonano operację zszycia pęcherza moczowego. Powód przebywał u pozwanego od 26 sierpnia 2006 r. do 9 września

2006 r. po czym został wypisany do domu. Od dnia 12 września 2006 r. znajdował się pod stałą kontrolą przyszpitalnej poradni chirurgicznej. Powód skarżył się na ból w okolicach prawego dołu brzucha w okolicy pęcherza. W dniu 26 października 2006 r. powód ponownie udał się do przychodni przyszpitalnej u pozwanego, zgłaszając dalsze dolegliwości bólowe i ponownie poinformowano go, iż są to naturalne objawy pooperacyjne i po raz kolejny przepisano środki przeciwbólowe. Po wizycie w przychodni przyszpitalnej pozwanego powód zgłosił się samodzielnie na badanie USG, które wykazało „cechy zastoju w prawym układzie kielichowo-miedniczkowym”. Lekarz przeprowadzający badanie stwierdził wodonercze i nakazał powodowi udać się do szpitala, w którym wykonano operację zszycia pęcherza, tj. do pozwanego. Z wynikami badania powód udał się do przyszpitalnej przychodni pozwanego. Powód nadal skarżył się na dolegliwości bólowe, a nadto na częste parcie na mocz, co związane było z infekcją. Lekarz skierował powoda na zabieg prostaty. Powód ponownie przebywał u pozwanego na Oddziale Chirurgii A w okresie od 26 kwietnia 2007 r. do 1 maja 2007 r., co związane było z przeprowadzoną operacją podcięcia prostaty. Po powrocie do domu powód nadal miał takie same dolegliwości bólowe, jak przed wykonanym zabiegiem podcięcia prostaty. Kolejne badanie USG z dnia 6 lipca 2007 r. wykazało w prawej nerce krańcowe wodonercze. W trakcie kolejnego leczenia szpitalnego ((...)) Zespół (...) w P., Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej-Oddział Urologiczny i Onkologii Urologicznej, ul. (...), (...)-(...) P.) przeprowadzono w dniu 24 lipca 2007 r. komputerową tomografię brzucha, która wykazała nieprawidłową wielkość prawej nerki oraz poszerzony moczowód. Powyższe potwierdził także wynik badania USG przeprowadzonego w dniu 28 lipca 2007 r. Badanie wykazało też zmiany bliznowate wokół moczowodu prawego oraz torbiel na pęcherzu moczowym. Powód ponownie przebywał w w/w szpitalu w dniach od 24 października 2007 r. do 1 listopada 2007 r., gdzie wykonano kolejne badanie histopatologiczne. Powód wykonał kolejne badanie USG w dniu 23 listopada 2007 r., które potwierdziło wyniki poprzednich badań. Badanie USG z dnia 1 grudnia 2007 r. wykazało wąską warstwę korową oraz w znacznym stopniu poszerzone wszystkie kielichy nerki prawej wraz z miedniczką oraz podmiedniczkowy odcinek moczowodu prawego. Badanie MR miednicy z dnia 16 czerwca 2008 r. wykazało pogrubiała ścianę pęcherza moczowego o nieregularnym zewnętrznym zarysie, co po przeprowadzonym z powodzeniem wywiadzie wskazywało na zmiany pooperacyjne. Przeprowadzono także konsultację z kliniką na ul. (...), gdzie powodowi zrobiono również badanie USG, stwierdzając tzw. wodonercze. Po przeprowadzeniu wszystkich tych badań stwierdzono, że prawa nerka nie pracuje, jest całkowicie niesprawna i w obecnym stanie nie da się jej w żaden sposób usprawnić. Powoda zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. W dniu 15 września 2008 r. w szpitalu na ul. (...) wykonano operację usunięcia nerki prawej z powodu skrajnego wodonercza z zanikiem mięszu (nefrektomia prawostronna).

Na podstawie wszystkich przeprowadzonych badań stwierdzono, iż w związku z przeprowadzoną operacją zszycia pęcherza moczowego u powoda doszło do uszkodzenia moczowodu nerki prawej - przez jego zszycie lub przeszywanie do pęcherza moczowego. W wyniku tego powstała przeszkoda w odprowadzaniu moczu z miedniczki nerki, a dalej miedniczka i kielich nerki uległy rozszerzeniu. To z kolei doprowadziło do zaniku mięszu nerki, a ostatecznie do uszkodzenia nerki prawej, którą powodowi trzeba było usunąć. Zachowanie pozwanego, tj. niewłaściwie przeprowadzona operacja, zszycia pęcherza (uszkodzenie moczowodu) i podjęte niewłaściwe leczenie pooperacyjne jest niewątpliwie przyczyną stanu zdrowia pozwanego, który w wyniku zaniedbań ze strony pozwanego utracił prawą nerkę. Powód podniósł, że od września 2006 r. znajdował się pod stałą kontrolą lekarską przychodni przyszpitalnej pozwanego. Mimo wielokrotnych sygnałów zgłaszanych przez powoda u pozwanego, pozwany nie przeprowadził żadnych badań, nawet najbardziej podstawowego jakim jest badanie USG. Pozwany podjął niewłaściwą terapię leczenia powoda, przepisując jedynie leki przeciwbólowe. Wystarczyło przeprowadzenie badania USG, które w sposób jednoznaczny wykazałoby błąd popełniony w trakcie operacji i wówczas byłaby 100% szansa uratowania nerki powoda. Dopiero samodzielne działanie powoda i przeprowadzenie przez niego szeregu badań doprowadziło do ujawnienia błędu pozwanego, tym niemniej na tym etapie nie dało się uratować nerki powoda.

W uznaniu powoda zachodzi związek przyczynowy pomiędzy błędnie wykonaną operacją dokonaną przez lekarzy pozwanego, a kalectwem które powstało u powoda po usunięciu nerki. Oprócz związku przyczynowego pomiędzy błędem popełnionym przez lekarzy pozwanego w trakcie operacji pozwany również dopuścił się błędu zaniechania w prawidłowym leczeniu powoda. Błąd ten polegał na niepodjęciu prawidłowego toku leczenia poprzez przeprowadzenie badań USG lub badania tomografem komputerowym. Badania te, o czym podnosi się powyżej, wykazałyby błąd

operacyjny i wówczas istniałaby szansa uratowania nerki powoda. Roszczenie powoda oparte jest o treść art. 415 w zw. z art. 430 k.c. Pozwany odpowiada za nieprawidłowe i błędne działanie lekarzy prowadzących operację powoda zgodnie z treścią art. 415 w zw. z art. 430 k.c.

Postanowieniem z dnia 29 października 2009 r. Sąd zwolnił powoda z obowiązku ponoszenia kosztów sądowych częściowo – a mianowicie z obowiązku uiszczenia opłaty od pozwu (k. 24).

Pozwany Szpital Wojewódzki w P., w odpowiedzi na pozew, wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwany wskazał, że Szpital Wojewódzki w P. jest samodzielnym publicznym zakładem opieki Zdrowotnej. W okresie hospitalizacji powoda szpital miał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych z (...) S.A. (...) zgłoszeniu roszczenia przez powoda szpital zawiadomił (...) S.A. o żądaniu powoda. (...) odmówiło ochrony ubezpieczeniowej podnosząc zarzut przedawnienia. Niesporne między stronami jest, w dniu 26.08.2006 r. powód został przyjęty do Szpitala w bardzo ciężkim stanie (wstrząs septyczny) i bezpośrednio z Izby Przyjęć został przewieziony na blok operacyjny, gdzie w trybie pilnym wykonano laparotomię. W trakcie zabiegu nie doszło do uszkodzenia moczowodów, a badanie kontrolne USG jamy otrzewnej i nerek wykazało „nerki o prawidłowym położeniu, wielkości i kształcie, bez cech złożeń i cech zastojów moczu”. Wypadek powodujący pęknięcie pęcherza miał miejsce w dniu 25 sierpnia 2006 r. a powód do szpitala został przewieziony przez pogotowie w dniu następnym, co nie pozostaje bez znaczenia dla przebiegu dalszego leczenia. Powód nie miał zastrzeżeń do postępowania medycznego, miał zaufanie do pozwanego i korzystał ze świadczeń medycznych w Oddziale Chirurgii Ogólnej A jeszcze dwukrotnie: w okresie od 26.04.2007 r. do 01.05.2007 r. z powodu przerostu prostaty, w okresie od 31.07.2009 r. do 04.08.2009 r. z powodu urazu głowy po upojeniu alkoholowym. Utrata prawej nerki powoda nie jest zawiniona przez pozwanego, ponieważ nie doszło do uszkodzenia moczowodu przez pozwanego podczas zabiegu operacyjnego. Pozwany zakwestionował zasadność i wysokość dochodzonych roszczeń z uwagi na brak merytorycznego uzasadnienia (k. 33-35).

Powód w piśmie procesowym z dnia 4 lutego 2010 r. podtrzymał dotychczasowe stanowisko w sprawie. Ponadto wskazał, że ubezpieczyciel winien brać udział w procesie w charakterze interwenienta (k. 70-71).

Pozwany w piśmie procesowym z dnia 29 marca 2010 r. podtrzymał swoje stanowisko w sprawie. Ponadto wskazał, że to obowiązkiem powoda jest dopozwanie ubezpieczyciela na podstawie art. 194 § 3 k.p.c. tj. w przypadku kiedy z roszczeniem do ubezpieczyciela występuje poszkodowany na podstawie art. 819 § 3 k.c. (k. 77-78).

Powód w piśmie procesowym z dnia 24 sierpnia 2010 r. podtrzymał dotychczasowe stanowisko w sprawie oraz wskazał, że zarzut przedawnienia jest nietrafny, albowiem z dokumentacji medycznej wynika, iż datą ustalającą szkodę jest 15 września 2008 r. tj. data operacji usunięcia nerki z powodu skrajnego wodonercza z zanikiem mięszysu. Wówczas powód dowiedział się o szkodzie jak i o osobie odpowiedzialnej za szkodę. (k. 149-150).

Powód w piśmie procesowym z dnia 24 sierpnia 2010 r. na podstawie art. 194 § 3 k.p.c. wniósł o wezwanie do udziału w sprawie w charakterze pozwanego (...) S.A. Centrum Operacyjne Likwidacji S. i Świadczeń Zespół (...) z Sektora Ochrony (...) w Ł. jako ubezpieczyciela pozwanego szpitala (k. 151).

Postanowieniem z dnia 6 września 2010 r. Sąd wezwał do udziału w sprawie w charakterze pozwanego (...) S.A. w Ł. (k. 152).

Pozwany (...) S.A. w W. Oddział w P. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego.

W uzasadnieniu pozwany wskazał, że kwestionuje dochodzone roszczenie co do zasady i wysokości. Pozwany podał, iż łączy go z pozwanym Szpitalem Wojewódzkim umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej, potwierdzona polisą Seria (...) Umowa została zawarta na okres od 1 stycznia 2006 r. do 31 grudnia 2006

r., do której mają zastosowanie ogólne warunki Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, przedstawicieli innych zawodów medycznych oraz zakładów opieki zdrowotnej zatwierdzone Uchwałą Zarządu (...) S.A. Nr (...) z dnia 25 kwietnia 2003 r., zmienione Uchwałą Nr UZ/441/2003 z dnia 7 października 2003 r. oraz załącznika Nr 1 do polisy. Pozwany (...) S.A. w ramach zawartej umowy ubezpieczenia udziela ochrony ubezpieczeniowej pozwanemu Szpitalowi w granicach odpowiedzialności ustawowej ubezpieczonego na warunkach zawartej umowy ubezpieczenia i owu, gdy w związku z określoną we wniosku i umowie ubezpieczenia działalnością o charakterze medycznym, zaistnieją zdarzenia w następstwie których ubezpieczony zobowiązany jest do naprawienia szkody osobowej lub rzeczowej osobie trzeciej. Suma gwarancyjna wynikająca z

umowy została ustalona na kwotę 700 000,00 zł w tym na leczenie zamknięte na kwotę 200 000,00 zł do wyczerpania limitu. Pozwany wskazał, iż na dzień udzielania niniejszej odpowiedzi, suma ta została zmniejszona o wypłacone odszkodowanie w kwocie 26 486,24 zł

i założoną rezerwę na łączną kwotę 136 486,24 zł. W tej sytuacji odpowiedzialność ubezpieczyciela z polisy Nr (...) ogranicza się do kwoty 63.513,76 zł. Pozwany podniósł również zarzut przedawnienia roszczenia (k. 160-164).

Powód z piśmie procesowym z dnia 22 października 2010 r. podtrzymał stanowisko w sprawie oraz wskazał, że twierdzenie pozwanego (...) S.A., iż odpowiada do wysokości sumy gwarancyjnej nie ma istotnego znaczenia w niniejszej sprawie z uwagi, iż pozwani (...) S.A. i Szpital Wojewódzki w P. odpowiadają za wynikłą szkodę in solidum. Odpowiedzialność pozwanego (...) S.A. znajduje swoje oparcie w umowie ubezpieczenia zawartej z pozwanym Szpitalem Wojewódzkim w P.. Na tej to podstawie pozwany (...) S.A. jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania obciążającego sprawcę, tj. Szpital Wojewódzki w P.. Powód wskazał dalej, iż nietrafnym jest podniesiony przez pozwanego (...) SA zarzut przedawnienia roszczenia. Ze znajdującej się w aktach sprawy dokumentacji lekarskiej w sposób nie budzący wątpliwości wynika, iż datą ustalającą szkodę jest 15 września 2008 r. wówczas, gdy nastąpiła operacja usunięcia nerki prawej z powodu skrajnego wodonercza z zanikiem miększu. Wówczas to powód dowiedział się zarówno o szkodzie, jak i osobie odpowiedzialnej za szkodę, tj. Szpital Wojewódzki w P.. Pomiędzy zaistniałą szkodą a złożeniem pozwu minął zaledwie rok. Powód podniósł również, że na skutek choroby powód utracił całkowicie możliwość zarobkową i aktualnie pobiera rentę rodzinną po zmarłej żonie. (k. 198-205).

Postanowieniem z dnia 16 maja 2011 r. Sąd zwolnił powoda od obowiązku uiszczenia zaliczki na przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego (k. 248).

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Powód J. B. (2) w toku lekarskich badań profilaktycznych miał zlecone USG jamy brzusznej. W dniu 16 lutego 2006 r. powód zgłosił się do Pracowni Diagnostyki Obrazowej „Rentgen” s.c. przy ul. (...) w P.. W wyniku przeprowadzonego w dniu 16 lutego 2006 r. badania lekarz prowadząca badanie stwierdziła, że wątroba była prawidłowej wielkości i echogenności, drogi żółciowe nie były poszerzone, pęcherzyk żółciowy gładkościenny, bez złogów, a trzustka i śledziona prawidłowa. Obie nerki powoda były prawidłowej wielkości o prawidłowej warstwie korowej bez ech złogów ani cech zastójności moczu, pęcherz moczowy gładkościenny a gruczoł krokowy w badaniu usg nadłonowym nie był powiększony.

W dniu 25 sierpnia 2006 r. w trakcie wykonywania prac porządkowych powód uderzył się w brzuch. Z uwagi na silne dolegliwości bólowe i wymioty powód w dniu następnym tj. 26 sierpnia 2006 r. wezwał pogotowie ratunkowe. Następnie został przewieziony i przyjęty w Izbie Przyjęć pozwanego szpitala. Po przeprowadzeniu badań stwierdzono objawy wstrząsu septycznego oraz objawy zapalenia otrzewnej. Tego samego dnia tj. 26 sierpnia 2006 r. u powoda przeprowadzono zabieg operacyjny, na który powód wyraził zgodę, a w czasie którego stwierdzono perforację pęcherza moczowego. Miejsce perforacji zeszyto szwem ciągłym - pierwsza warstwa i szwami pojedynczymi - druga warstwa. Założono dreny do przestrzeni okołopęcherzowej i do pęcherza moczowego. Zabieg operacyjny przeprowadzony u powoda w dniu 26 sierpnia 2006 r. był zabiegiem ratującym życie chorego i został przeprowadzony w sposób

prawidłowy. W czasie ww. zabiegu operacyjnego nie doszło do uszkodzenia moczowodów. Późniejsza utrata prawej nerki u powoda nie ma związku z wykonanym w dniu 26 sierpnia 2006r. zabiegiem operacyjnym.

Po zabiegu powód został przekazany na Oddział OIOM pozwanego, gdzie przebywał do dnia 04 września 2006 r. z rozpoznaniem: ostrej pooperacyjnej niewydolności oddechowej, stanu po laparotomii, z powodu perforacji pęcherza moczowego, zapalenia otrzewnej, posocznicy.

W dniu 1 września 2006 r. wykonano badanie USG, które nie wykazało cech zastoju moczu, a lekarz stwierdził, że obie nerki są prawidłowej wielkości. W czasie pobytu na oddziale u powoda zaobserwowano stopniową poprawę stanu ogólnego, umożliwiającą odłączenie respiratora i ekstubację. W dniu 4 września powód był przytomny, wydolny krążeniowo i oddechowo został przekazany do Oddziału (...) w celu dalszego leczenia.

W dniu 04 września 2006 r. powód został przyjęty do Oddziału Chirurgicznego pozwanego szpitala. Rana pooperacyjna powoda nie nosiła cech zakażenia. Kontynuowano antybiotykoterapię i leczenie objawowe. W czasie pobytu w Oddziale Chirurgicznym pozwanego szpitala w dniu 6 września 2006 r. ponownie wykonano badanie USG jamy brzusznej, które nie wykazało ani cech zastoju moczu, ani zmian w obrębie nerek. W czasie kolejnych dni pobytu powód nie gorączkował, rana pooperacyjna goiła się prawidłowo, był krążeniowo i oddechowo wydolny. W dniu 09 września 2009 r. powód został wypisany do domu z raną pooperacyjną zagojoną, z cewnikiem w pęcherzu moczowym, listą leków oraz z zaleceniem kontroli w Poradni Chirurgicznej i Urologicznej za 7-10 dni, w tym ewentualnym usunięciem cewnika z pęcherza moczowego,

Powód w dniu 15 września 2006 r. zgłosił się na wizytę do przyszpitalnej poradni chirurgicznej pozwanego szpitala. Zapis z wizyty powoda zawiera rozpoznanie postawione w szpitalu.

W czasie kolejnej wizyty w Przystypitalnej Poradni Chirurgicznej pozwanego szpitala w 20 września 2006 r. zlecono powodowi lek odkażający drogi moczowe i lek stosowany w chorobach żył.

W dniu 26 października 2006 r. powód zgłosił się do Pracowni Diagnostyki Obrazowej „Rentgen” s.c. przy ul. (...) w P. celem wykonania badania USG jamy brzusznej. W wyniku przeprowadzonego w dniu 26 października 2006 r. badania lekarz prowadząca badanie stwierdziła, że wątroba była prawidłowej wielkości i echogenności, drogi żółciowe nie były poszerzone, pęcherzyk żółciowy gładkościenny, bez złożeń, a trzustka prawidłowej wielkości, jednorodna. Obie nerki powoda były prawidłowej wielkości, o prawidłowej warstwie korowej. W toku badania lekarz nie stwierdziła cech złożeń powyżej 3 mm, stwierdziła cechy zastoju w prawym układzie kielichowo-miedniczkowym, a pęcherz moczowy po zabiegu był słabo wypełniony. Gruczoł krokowy w badaniu nadłonowym był słabo widoczny.

W badaniu USG z 26.10.2006r. nie stwierdzono jeszcze typowych objawów dla wodonercza.

W tym samym dniu tj. 26 października 2006 r. powód zgłosił się do przyszpitalnej poradni chirurgicznej pozwanego szpitala, gdzie wobec stwierdzonego w badaniu USG poszerzenia prawego układu kielichowo-miedniczkowego – zlecono powodowi kontrolne badanie za 3 tygodnie i ewentualną urografię oraz zalecono lek rozkurczowy i przeciw bólowy.

Powód, pomimo zalecenia wykonania badania kontrolnego za 3 tygodnie, nie zgłosił się do poradni przyszpitalnej w ww. terminie, w związku z czym nie wykonano wówczas badania kontrolnego, w szczególności urografii ani USG.

Zastój w prawym układzie kielichowo-miedniczkowym, który ujawnił się u powoda dwa miesiące po zabiegu operacyjnym, z największym prawdopodobieństwem spowodowany był uciskiem zrostów otrzewnowych na moczowód. Powikłanie, w postaci zrostów pooperacyjnych, choć było następstwem zabiegu operacyjnego, to nie było efektem nieprawidłowości. Zrosty pooperacyjne były naturalnym następstwem ciężkiego zabiegu operacyjnego spowodowanego zapaleniem otrzewnej.

Następnie J. B. (2) zgłosił się do Poradni Chirurgicznej pozwanego szpitala dopiero w dniu 4 marca 2007 r., gdzie stwierdzono objawy łagodnego przerostu gruczołu krokowego i wykonano przezcewkową elektroresekcję gruczołu

krokowego. W dniu 13 marca 2007 r. wykonano cystoskopię i stwierdzono mały rozrost trzeciego płata gruczołu krokowego. W dniu 13 marca 2007 r. lekarz urolog wydał powodowi zaświadczenie o stanie zdrowia wskazując m.in., że pęcherz powoda jest obecnie zagojony, jednakże częste parcie na mocz nie jest związane z infekcją, a uchyłek pęcherza do ewentualnego leczenia zabiegowego. Powód w trakcie wizyty w dniu 13 marca 2007 r. został skierowany na Oddział Chirurgiczny pozwanego, gdzie miał się zgłosić 26 kwietnia 2007 r. Badania wykonane w marcu 2007 r. związane były z dolegliwościami z dolnego odcinka dróg moczowych. Dolegliwości te nie miały związku z zabiegiem operacyjnym przeprowadzonym w dniu 26 sierpnia 2006 r.

W dniu 26 kwietnia 2007 r. powód zgłosił się na Oddział Chirurgii Ogólnej pozwanego szpitala z rozpoznaniem łagodnego przerostu stercza i przepukliny brzusznej pooperacyjnej. W trakcie pobytu zastosowano u powoda leczenie przezcewkowej elektroresekcji prostaty. Powód został wypisany w dniu 1 maja 2007 r. z zaleceniem kontroli w poradni lekarza rodzinnego za 7 dni i wskazaniem operacji przepukliny brzusznej w trybie planowym.

W marcu 2007r., w związku z wizytami powoda w Poradni Chirurgicznej, nie przeprowadzono u powoda diagnostyki związanej ze stwierdzonym w październiku 2006r. badaniem USG zastojem w prawym układzie kielichowo - miedniczkowym.

Dowód: wynik badania ultrasonograficznego z dnia 16 lutego 2006 r. wraz ze zdjęciem USG (k. 114-115), historia choroby (k. 53), karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 4 września 2006 r. (k. 121), karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 9 września 2006 r. (k. 122), skierowanie do poradni specjalistycznej z dnia 9 września 2006 r. (k. 123), historia choroby (k. 124-126), wynik badania ultrasonograficznego z dnia 26 października 2006 r. wraz ze zdjęciem USG (k. 117-119), zaświadczenie o stanie zdrowia (k. 128), karta informacyjna leczenia szpitalnego za okres 26 kwietnia – 1 maja 2007 r. (k. 129), opinia instytutu naukowo-badawczego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Ł. (k. 307-314v) uzupełniająca opinia Instytutu z dnia 31.10.2014r. (k. 515-518), częściowo zeznania powoda J. B. (2) (min. 6:12-26:59 e-protokołu rozprawy z dnia 24.04.2014r. (k. 446-437).

W dniu 6 lipca 2007 r. powód zgłosił się do Niepublicznego (...) ZOZ (...) w W. w celu wykonania badania ultrasonograficznego. W wyniku przeprowadzonego badania lekarz B. B. ustalił, że nerki u powoda są położone typowo, prawidłowej wielkości. Natomiast w nerce prawej wynik badania wykazał krańcowe wodonercze z cienką warstwą korową nerki, znacznie poszerzoną miedniczką nerkową i górnym odcinkiem moczowodu prawego.

W związku z tym, że w lipcu 2007r. u powoda stwierdzono krańcowe wodonercze nie istniała już w tym czasie możliwość uratowania nerki.

W dniu 18 lipca 2007 r. z powodu dolegliwości dysurycznych oraz dolegliwości bólowych w prawej okolicy lędźwiowej powód zgłosił się na Oddział Urologiczny i Onkologii Urologicznej (...) Zespołu (...) w P. przy ul. (...). Powód przebywał na Oddziale Urologicznym i Onkologii Urologicznej od 18 lipca do 30 lipca 2007 r. z rozpoznaniem: wodonercza prawostronnego ze zniesieniem funkcji prawej nerki, stanu po perforacji pęcherza moczowego, guza w okolicy pęcherza moczowego i niecałkowitego zatrzymania moczu. W trakcie pobytu powoda w szpitalu wykonano m.in. urografię dożylną, USG, cystoskopię.

Badanie USG przeprowadzone w trakcie leczenia w szpitalu przy ul. (...) w P. wykazało po stronie prawej skrajne wodonercze z zanikiem miąższu. Strona lewa była w granicach normy. U powoda wykonano zabieg elektroresekcji przezcewkowej gruczołu krokowego oraz biopsję TRUŚ guza okolicy pęcherza moczowego. W dniu wypisu powodowi zlecono kontrolę specjalistyczna oraz zgłoszenie się po wynik badania histopatologicznego.

W dniu 28 lipca 2007 r. powód udał się do (...) w P. w celu wykonania badania USG i diagnozy. Badanie USG dróg moczowych z dnia 28 lipca 2007 r. wykazało, że prawa nerka była nieznacznie mniejsza - 97 mm w osi długiej i miała znacznie poszerzony układ kielichowy, miedniczką. Po badaniu lekarz zlecił powodowi konieczne wykonanie urografii celem oceny wydzielania nerki prawej, a w przypadku prawidłowego wydzielania do rozważenia plastyka podmiedniczkowej części moczowodu prawego.

W dniu 24 października 2007 r. powód ponownie zgłosił się na Oddział Urologiczny i Onkologii Urologicznej (...) Zespołu (...) w P.. Powód przebywał na Oddziale Urologicznym i Onkologii Urologicznej od 24 października 2007 r. do 1 listopada 2007 r. z rozpoznaniem: guza pęcherza moczowego. W szpitalu wykonano badanie USG, które wykazało, że nerki były obustronnie o prawidłowej strukturze, bez cech zastoju w ukm. Zastosowano leczenie w postaci elektroresekcji guza pęcherza moczowego. W dniu wypisu zalecono powodowi kontrolę specjalistyczną oraz zgłoszenie się do odbiór badania histopatologicznego.

Wynik badania histopatologicznego powoda z dnia 29 października 2007 r. otrzymany z badania materiału pobranego z pęcherza w dniu 26 października 2007 r. wykazał przewlekłe zapalenie pęcherza moczowego.

W dniu 23 listopada 2007 r. powód zgłosił się do (...) Zespołu (...) w P. – Zakładu (...) w celu wykonania KT brzucha. W wyniku badania lekarz ustalił m.in., że nerka prawa była mniejsza, dł. ok. 9,3 cm, o wąskim mięszu i wyraźnie poszerzonym układzie kielichowo-miedniczkowym - obraz jak w poprzednim badaniu TK z lipca 2007. Nerka lewa miała prawidłową wielkość, dł. 12 cm, o nieposzerzonym (...) bez zmian ogniskowych.

Powód ponownie w dniu 28 lipca 2007 r. udał się do (...) w P. w celu wykonania badania USG i diagnozy. Badanie USG jamy brzusznej wykazało, że wątroba nie miała zmian ogniskowych. Prawa nerka - 120 mm w osi długiej – miała wąską warstwę korową. W znacznym stopniu poszerzone były wszystkie kielichy, miedniczka oraz podmiedniczkowy odcinek moczowodu prawego (do 17 mm). Lewa nerka była prawidłowej wielkości i kształtu, bez złogów, bez zastoju moczu w (...).

W dniu 16 czerwca 2008 r. powód na podstawie skierowania z (...) Oddziału Urologicznego zgłosił się do Zakładu (...) przy ul. (...) w P.. Wykonano badanie MR miednicy.

W dniu 17 czerwca 2008 r. lekarz P. N. - specjalista urolog chirurg z SPZOZ przy ul. (...) w P. wystawił powodowi zaświadczenie, wskazując na stan po uszkodzeniu pęcherza moczowego, perforację pęcherza moczowego, wodonercze prawostronne. Chory zakwalifikowany do leczenia operacyjnego prawostronnej nefrektomii.

W dniu 14 września 2008 r. powód zgłosił się na Oddział Urologiczny i Onkologii Urologicznej (...) Zespołu (...) w P.. Przebywał na Oddziale Urologicznym i Onkologii Urologicznej od 14 do 26 września 2008 r. z rozpoznaniem: wodonercza terminalnego prawostronnego, stanu po perforacji pęcherza moczowego, niecałkowitego zatrzymania moczu, odmiedniczkowego zapalenia nerek w stopniu przewlekłym. W czasie pobytu w szpitalu powodowi wycięto nerkę prawą.

Dowód: wynik badania ultrasonograficznego z dnia 6 lipca 2007 r. (k. 131), karta informacyjna leczenia szpitalnego od 18 do 30 lipca 2007 r. (k. 132), wynik badania z dnia 24 lipca 2007 r. (k. 133), wynik badania ultrasonograficznego z dnia 28 lipca 2007 r. (k. 134), wynik badania histopatologicznego z dnia 2 sierpnia 2007 r. (k. 135), karta informacyjna leczenia szpitalnego od 24 października do 1 listopada 2007 r. (k. 137), wynik badania histopatologicznego powoda z dnia 29 października 2007 r. (k. 136), wynik badania z dnia 23 listopada 2007 r. (k. 138), wynik badania z dnia 1 grudnia 2007 r. (k. 138a), wynik badania z dnia 16 czerwca 2008 r. (k. 139), zaświadczenie z dnia 17 czerwca 2008 r. (k. 140), zaświadczenie z dnia 17 września 2008 r. (k. 141), karta informacyjna leczenia szpitalnego od 14-26 września 2008 r. (k. 143), wynik badania z dnia 26 września 2008 r., zeznania świadka B. B. (k. 208), częściowo zeznania świadka P. N. (k. 260-261), częściowo zeznania powoda J. B. (2) (min. 6:12-26:59 e-protokołu rozprawy z dnia 24.04.2014r. (k. 446-437).

Zastój moczu w układzie kielichowo - miedniczkowym może prowadzić do wodonercza, a w konsekwencji do krańcowego uszkodzenia mięszu nerki. Jest to proces przebiegający z różną dynamiką – może trwać kilka miesięcy, jak i kilka lat. Usunięcie jednej nerki przy prawidłowej czynności drugiej nerki stanowi trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 35%. W przypadku stwierdzenia krańcowego uszkodzenia nerki, należy ją wyciąć. Termin takiego zabiegu ustala się, gdy dojdzie do powikłań. Gdy do takich powikłań nie dochodzi, chorzy przez długi okres czasu funkcjonują z uszkodzoną nerką.

Stwierdzone w październiku 2006r. poszerzenie układu kielichowo – miedniczkowego świadczyło o rozpoczynającym się wodonerczu.

Przy wykonaniu zaplanowanych w dniu 26.10.2006r. badań po ok. 3 tygodniach (USG i ewentualnie urografii), istniała możliwość stwierdzenia narastania wodonercza i przy zachowanej funkcji nerki, istniała duża szansa uratowania narządu. Prawdopodobnie nie istniały w tym czasie jeszcze nieodwracalne zmiany w nerce.

Niezgłoszenie się powoda na kontrolną wizytę po 3 tygodniach od wizyty w dniu 26.10.2006r. mogło mieć istotny niekorzystny wpływ na przebieg choroby, gdyż opóźniło diagnostykę, a w konsekwencji opóźniło leczenie. Istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy ww. opóźnieniem diagnostyki i leczenia zastoju w moczu w nerce, a późniejszym skutkiem w postaci niewydolności nerki i koniecznością jej usunięcia.

W marcu 2007r., w związku z wizytami powoda w Poradni Chirurgicznej, nie przeprowadzono u powoda diagnostyki związanej ze stwierdzonym w październiku 2006r. badaniem USG zastojem w prawym układzie kielichowo-miedniczkowym. Zgodnie ze sztuką lekarską, w marcu 2007r. lekarz winien zlecić badanie kontrolne (USG) celem potwierdzenia zastoju moczu. W czasie hospitalizacji powoda – przed planowanym zabiegiem wycięcia gruczołu krokowego w kwietniu 2007r. – należało rutynowo przeprowadzić badanie USG układu moczowego. Badania takiego nie przeprowadzono, co należy traktować jako błąd medyczny.

Obecnie nie można stwierdzić na jakim etapie rozwoju była u powoda choroba prawej nerki w marcu – kwietniu 2007r. z uwagi na brak odpowiedniej dokumentacji medycznej. Istnieje jednak możliwość, że już wówczas funkcja nerki mogła być utracona.

Dowód: opinia instytutu naukowo-badawczego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Ł. (k. 307-314v) uzupełniająca opinia Instytutu z dnia 31.10.2014r. (k. 515-518), wyjaśnienia złożone przez reprezentantów Instytutu prof. S. S., dr. W. C. oraz dr. M. K. (k. 390-392), uzupełniające opinie Instytutu z dnia 31.10.2014r. (k. 515-518) oraz z dnia 1.07.2015r. (k. 619-621).

Pozwany Szpital Wojewódzki w P. przy ul. (...) jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. W czasie, kiedy powód był hospitalizowany w pozwanym szpitalu, szpital miał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za powstałe szkody związane z udzielaniem i świadczeń zdrowotnych z (...) S.A., potwierdzoną polisami: Nr (...) za okres od 1.01.2006 r. do 31.12.2006 r., Nr (...) za okres od 1.01.2007 do 31.12.2007 r.

Dowód: odpis z KRS pozwanego (k. 37-39v), kopia polisy Nr (...) wraz z załącznikami (k. 40-46), kopia polisy Nr (...) (k. 47-52), ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, przedstawicieli innych zawodów medycznych oraz zakładów opieki zdrowotnej (k. 167-171).

Powód przesądowym wezwaniem do zapłaty z dnia 6 października 2009 r. wezwał pozwany szpital do zapłaty kwoty 350.000 zł tytułem poniesionych kosztów leczenia w związku z wywołaniem rozstroju zdrowia i uszkodzeniem ciała, w tym kosztów pobytu w zakładach leczniczych i rehabilitacyjnych w P. oraz tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Otrzymane wezwanie wraz z protokołem szkody pozwany szpital przekazał do (...) S.A. W zgłoszeniu szkody szpital wskazał, że utrata prawej nerki u powoda nie ma związku z wykonanym zabiegiem operacyjnym w dniu 26 sierpnia 2006 r., a szpital nie dopuścił się nieprawidłowości w postępowaniu medycznym. (...) S.A. Centrum Operacyjne Likwidacji S. i Świadczeń Zespół (...) z Sektora Ochrony (...) w Ł. pismem z dnia 13 listopada 2009 r. poinformowało dyrektora pozwanego szpitala oraz powoda o braku podstaw do przyjęcia odpowiedzialności przez (...) S.A. i wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia OC pozwanego, wskazując, że o przedmiotowej sprawie (...) S.A. został powiadomiony w dniu 26 października 2009 r., a więc po upływie 3-letniego okresu z art. 819 § 1 k.c., zatem roszczenie powoda uległo przedawnieniu.

Dowód: wezwanie do zapłaty z dnia 6 października 2009 r., protokół zgłoszenia szkody, pismo (...) S.A. z dnia 13 listopada 2009 r. (w aktach szkody (...) S.A. nr (...)).

Powyższy stan faktyczny, Sąd ustalił na podstawie dokumentów zebranych w aktach sprawy oraz w załączniku - aktach szkody (...) S.A. nr (...), w szczególności dokumentacji medycznej powoda na okoliczność jego pobytu w pozwanym szpitalu oraz jego sytuacji zdrowotnej, a także częściowo na podstawie zeznań świadków oraz opinii instytutu naukowo-badawczego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Ł., uzupełniającej opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Ł. i częściowo zeznań powoda.

Autentyczność oraz treść dokumentów nie była między stronami sporna, a Sąd nie dopatrył się podstaw, by wątpliwości takie powziąć z urzędu. Nie zmieniał oceny sądu fakt, że część dokumentów została przedstawiona Sądowi jedynie w postaci kserokopii: strony nie kwestionowały wzajemnie zgodności przedłożonych kserokopii z oryginałami dokumentów, wobec czego Sąd uznał kserokopie za wiarygodne dowody pośrednie, wskazujące na istnienie i treść dowodów właściwych.

Opinie sądowe Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Ł. (opinia z dnia 5.06.2013 r. i opinie uzupełniające z dnia 31.10.2014r. oraz 1.07.2015r.) sporządzone przez zespół biegłych w osobach: prof. zw. dr hab. n. med. S. S. - p.o. kierownika Zakładu (...) i Ubezpieczeniowego Katedry Medycyny Sądowej, dr n. med. W. C. - specjalistę urologa z Kliniki (...) w Ł. oraz dr n. med. M. K. - starszego wykładowcę z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej, w ocenie Sądu, zostały sporządzone stosownie do zakresu poddanego ocenie, są kompletne, nie zawierają błędów i luk, należycie prezentują podstawy wydania opinii, tok rozumowania biegłych i uzasadnienie ich wniosków. Wnioski opinii, stanowiące wymagającą wiedzy specjalnej ocenę okoliczności faktycznych, Sąd uznał zatem za podstawę do dokonania ustaleń w zakresie okoliczności spornych, w szczególności: czy podczas wykonanego w sierpniu 2006 r. - w pozwanym szpitalu - zabiegu zszycia pęcherza moczowego u powoda doszło do uszkodzenia moczowodu oraz czy zabieg ten przeprowadzony został u powoda zgodnie ze sztuką lekarską?; czy późniejsze usunięcie nerki było konsekwencją uszkodzenia moczowodu podczas zabiegu? czy w czasie opieki pooperacyjnej w Szpitalu i (...) w P. ul. (...), w której powód leczył się po zabiegu, doszło do zaniedbań w leczeniu, czy zostały zlecone powodowi wszystkie niezbędne badania diagnostyczne przy zgłaszanych przez niego dolegliwościach? czy istniała możliwość uratowania nerki i czy o możliwości uratowania nerki może świadczyć stan nerki wynikający z badania usg z 16 lutego 2006 r.?

Opinia pisemna z dnia 5 czerwca 2013 r. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Ł., jak i opinia uzupełniająca z 31.10.2014r. zostały zakwestionowane przez powoda i powód wniósł o powołanie innego biegłego (k. 341). Odnośnie zaś opinii uzupełniającej z 1.07.2015r., to powód w istocie nie zakwestionował jej wniosków, ale wniósł o uzupełnienie jej poprzez wyjaśnienie czy zaniechanie stwierdzonego w dniu 26.10.2006r. poszerzonego układu kielichowo – miedniczkowego nie stanowiło błędu medycznego i czy gdyby wówczas wykonano wymieniona w opinii badania, to dałoby się zatrzymać wodonercze i uratować nerkę. Sąd wniosek ten oddalił, jako nieuzasadniony w okolicznościach sprawy. Był to dowód zbędny, gdyż w dotychczas już wydanych opiniach, które w ocenie Sądu winny być rozpoznawane łącznie (kolejne opinie uzupełniające stanowią doprecyzowanie i uszczegółowienie opinii głównej), biegli odnieśli się już do kwestii tego, czy postępowanie pozwanego w związku z operacją w dniu 26.08.2006r. oraz leczeniem w poradni przyszpitalnej w dniu 26.10.2006r. było prawidłowe, pozytywnie rozstrzygając tę kwestię. A zatem, brak było podstaw, aby uzupełniać opinie w tym zakresie. Nadto, kwestia ta była również przedmiotem wyjaśnień składanych przez reprezentantów instytutu, w szczególności zaś prof. S. S. zeznał, że w badaniu z 26.10.2006r. stwierdzono jedynie poszerzenie układu moczowego, bez zmian w strukturze nerki. Nadto, nie było jeszcze wówczas typowych objawów wodonercza. Jak wynika zaś z opinii z 5.05.2013r., jak i opinii uzupełniających, zalecenia wydane w dniu 26.10.2006r. kontroli za 3 tygodnie były prawidłowe. W kontekście powyższego, nie budzi wątpliwości Sądu, że jeśli w badaniu z 26.10.2006r. nie było jeszcze typowych objawów wodonercza i z tego samego dnia pochodziło badanie USG, to zasadnym było zlecenie kolejnego badania – urografii za 3 tygodnie. W takiej bowiem dopiero sytuacji była możliwość zaobserwowania czy w międzyczasie obraz układu moczowego zmieni się, w szczególności czy zastój w układzie kielichowo – miedniczkowym będzie się utrzymywał, względnie narastał.

W przekonaniu Sądu, wydane w sprawie opinie główna oraz opinie uzupełniające, w sposób fachowy wyjaśniają wszystkie istotne dla sprawy kwestie sporne i pozwalają na rozstrzygnięcie sprawy. Samo zaś niezadowolenie strony z wniosków opinii, nie jest podstawą do przeprowadzenia dowodu z opinii innych biegłych. Z tego względu, Sąd oddalił

Opinie instytutu nie były wprawdzie kateryczne, posługują się pojęciem prawdopodobieństwa pewnych zdarzeń, ale w procesach lekarskich, nie sposób nakładać obowiązku wypowiedzania się ze stuprocentową pewnością co do faktów związanych z diagnostyką, możliwym leczeniem i ich skutkami.

Mając na względzie powyższe Sąd na podstawie art. 217 § 3 kpc, oddalił wnioski o dalsze uzupełnienie opinii instytutu, jak i o przeprowadzenie dowodu z opinii innych biegłych postanowieniami z dnia 24.04.2014r. (k. 631) oraz z dnia 24.11.2015r. (k. 696). W przekonaniu Sądu również zbędne dla rozstrzygnięcia było złożenie przez świadka P. N. zeznań uzupełniających, w związku z czym również ten wniosek Sąd oddalił (k. 631). Odnośnie zaś zeznań tego świadka, to Sąd uznał je za przydatne jedynie częściowo, a mianowicie w zakresie w jakim dotyczyły faktów (leczenia powoda), a nie przyczyn powstałego u powoda wodonercza i jego skutków, gdyż w tym względzie właściwym dowodem była opinia biegłych (instytutu). Sąd uznał za wiarygodne zeznania świadka B. B., albowiem odnosiły się one wyłącznie do faktu leczenia powoda. Jako w istocie nieprzydatne dla sprawy Sąd uznał zeznania świadków D. G. i M. S., albowiem nie pamiętali oni zasadniczo faktów dotyczących leczenia powoda.

Jeśli chodzi o zeznania powoda, to Sąd nie kwestionował ich treści odnośnie przebiegu jego leczenia i to w zakresie w jakim zeznania te były zgodne z przedłożoną dokumentacją medyczną i opiniami biegłych, jak i co do okoliczności związanych z jego aktualną sytuacją życiową. Natomiast zeznania J. B. (2) nie stanowiły podstawy do dokonania ustaleń odnośnie tego czy leczenie w pozwanym szpitali – operacyjne, a później w poradni przyszpitalnej było zgodne ze sztuką medyczną, gdyż właściwym dowodem w tym zakresie była opinia instytutu.

Sąd zważył, co następuje.

Powództwo J. B. (2) okazało się w całości niezasadne.

W niniejszej sprawie znajdują zastosowanie zarówno przepisy ogólne dotyczące odpowiedzialności za szkodę, jak i przepisy szczególne – przede wszystkim przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2008.123.849 z późn. zm.). Podstawę prawną roszczenia powoda stanowiły przepisy art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 415 k.c., które dotyczą możliwych roszczeń w przypadku doznania uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia tj. żądania odszkodowania, renty oraz zadośćuczynienia. W myśl zaś przepisu art. 415 k.c. ten kto z własnej winy wyrządził drugiemu szkodę obowiązany jest do jej naprawienia. Wynika z tego, że dana osoba może ponosić odpowiedzialność, gdy jej działaniu lub zaniechaniu można przypisać winę, a skutkiem zawinonego działania lub zaniechania będzie szkoda. Pierwszą przesłanką odpowiedzialności na podstawie art. 415 k.c. jest wina. Pojęcie to w rozumieniu art. 415 k.c. ujmowane bywa szeroko, jako kategoria obejmująca dwa elementy - obiektywny i subiektywny. Pierwszy z nich oznacza bezprawność działania lub zaniechania osoby odpowiedzialnej, a drugi związany jest z nastawieniem psychicznym sprawcy do czynu.

Podkreślić należy, że zgodnie z art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, w myśl art. 6 k.c. podlega udowodnieniu przez poszkodowanego. Granice wyznaczające możliwości dowodowe stron na płaszczyźnie art. 361 § 1 k.c. wyznacza aktualny stan wiedzy medycznej. W konsekwencji nie wymaga się, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W tzw. „procesach lekarskich” ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Na powstanie szkody ma lub może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników pozostaje zaniedbanie lekarza. Podkreśla się również, że żądanie absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby ani realne, ani uzasadnione. Dowód zatem, że jakieś inne

przyczyny (oprócz niedbalstwa lekarza) mogły, lecz nie musiały spowodować u pacjenta szkody, nie zwolni lekarza od odpowiedzialności. Ani wielość przyczyn, ani zwiększone ryzyko zabiegu (ze względu na stan zdrowia chorego) nie może wyłączyć odpowiedzialności lekarza, jeśli przynajmniej jedną z przyczyn jest niedbalstwo (por. wyrok Sądu Najwyższego z 17 października 2007 r. II CSK 285/07, LEX nr 490418).

W niniejszej sprawie koniecznym było zbadanie czy lekarze z pozwanego szpitala dopuścili się jakichkolwiek zaniechań w związku z operacją powoda w dniu 26.08.2006r. albo później w trakcie leczenia w Przychodni Poradni Chirurgicznej, które to działania albo zaniechania mogły być działaniami / zaniechaniami bezprawnymi (stanowiąc błąd w sztuce medycznej) oraz przez nich zawinionym w postaci niedbalstwa (wina w znaczeniu subiektywnym).

Bezprawność obejmuje swoim zakresem naruszenie przepisu prawa oraz zasad współżycia społecznego, a bezprawność zaniechania występuje wówczas, gdy istniał nakaz działania (por. wyrok SN z dnia 19 lutego 2003 r., LEX nr 121742). Bezprawność działania w zakresie prowadzonej przez lekarza działalności medycznej może być związana z naruszeniem przepisu art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U z 2008 r. Nr 136 poz. 857 z późn. zm.), zgodnie z którym lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Przepis ten określa zatem podstawowe, obowiązujące każdego lekarza reguły postępowania, których naruszenie określa się mianem tzw. „błędu lekarskiego”. Wystąpienie takiego błędu oczywiście wyczerpuje jedynie obiektywny element winy (bezprawność zachowania) i samo w sobie nie jest wystarczające dla postawienia lekarzowi zarzutu winy.

Wzorcem, do którego należy sięgać w odniesieniu do lekarza jest wzorzec „dobrego fachowca”. Wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze lekarz zobowiązany jest prowadzić z należytą starannością poświęcając im niezbędny czas. Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Od lekarzy wymaga się staranności wyższej niż przeciętna, z uwagi na przedmiot ich zabiegów, którym jest człowiek i skutki wadliwego leczenia, które są często nieodwracalne (por. wyrok SN z dnia 24 listopada 1976 r. w sprawie IV CRU 42/76 niepubl., wyrok i glosa do wyroku SN z dnia 1 grudnia 1998 r. w sprawie III CKN 741/98, PiM 2000 r. nr 6-7 s.163).

Odpowiedzialność pozwanego wynika również z treści art. 430 k.c. zgodnie z którym, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Zakład leczniczy odpowiada za lekarza jako za podwładnego nie tylko dlatego, że ma bardziej lub mniej rozległą kontrolę nad lekarzem, lecz dlatego, że lekarz jest pracownikiem zakładu i że działalność lekarza odnoszona jest do zakładu. Do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c., nie jest potrzebne wykazanie, że 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 (por. wyrok SN z 30 kwietnia 1975 r., II CR 140/75, Lex Polonica). Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej może na podstawie art. 430 k.c. ponieść odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną z winy lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, która powstała przy wykonywaniu czynności na podstawie łączącej ich umowy o świadczenie usług medycznych (por. wyrok SN z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10, OSNC 2011/10/116).

Ciężar dowodu wykazania przesłanek odpowiedzialności przewidzianej w przepisie art. 415 k.c. spoczywał na powodzie tj. że działanie lub zaniechanie pozwanego było bezprawne, że spowodowało u powoda szkodę, która pozostaje z nim w adekwatnym związku przyczynowym oraz że ewentualne bezprawne działanie lub zaniechanie pozwanego było przez stronę pozwaną zawinione. W orzecznictwie SN podkreśla się przy tym, że nie można stawiać pacjentowi nierealnego wymogu ścisłego udowodnienia, w jakim momencie i jaką drogą jego organizm został zainfekowany (por. wyrok SN z 20.08.1968 r. II CR 310/68, OSNC 1969, Nr 2 poz. 38, wyrok SN z dnia 17.06.1969 r. II CR 165/69, OSPiKA 1970, nr 7-8, poz. 155, wyrok SN z dnia 12.01.1977 r. II CR 571/76 niepubl.).

W pierwszej kolejności Sąd zajął się ustaleniem, czy personelowi pozwanego szpitala można przypisać winę tj. niedochowanie należytej staranności oraz niedochowanie standardów leczenia według dostępnej i aktualnej wiedzy medycznej - w trakcie leczenia powoda w pozwanym szpitalu, jak i poradni przyszpitalnej.

Wskazać należy, że w obszarze deliktów prawa cywilnego rozróżnia się dwie postacie winy (w subiektywnym aspekcie), tj. winę umyślną i nieumyślną. Przy winie umyślnej sprawca ma świadomość szkodliwego swojego zachowania się i przewiduje jego nastąpienie, celowo do niego zmierza lub co najmniej się na wystąpienie tych skutków godzi. Natomiast przy winie nieumyślnej sprawca wprawdzie przewiduje możliwość wystąpienia szkodliwego skutku, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że zdoła go uniknąć, albo też nie przewiduje możliwości nastąpienia tych skutków, choć powinien i może je przewidzieć. W obu formach winy nieumyślnej mamy do czynienia z niedbalstwem. Pojęcie niedbalstwa wiąże się w prawie cywilnym z niezachowaniem należytej staranności. Dla oceny, kiedy mamy do czynienia z winą w postaci niedbalstwa, decydujące znaczenie ma miernik staranności, jaki przyjmuje się za wzór prawidłowego postępowania. W tej kwestii podstawowe znaczenie ma przepis art. 355 k.c. Zgodnie z tym przepisem, dłużnik obowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (należyta staranność). Ten wzorzec – kreowany na podstawie reguł współżycia społecznego, przepisów prawnych, zwyczajów, swoistych „kodeksów zawodowych”, pragmatyk ma charakter obiektywny. Zarzut niedbalstwa będzie więc uzasadniony wówczas, gdy sprawca szkody zachował się w sposób odbiegający od modelu wzorcowego, ujmowanego abstrakcyjnie. Ustalenie, że w konkretnych okolicznościach sprawca szkody mógł się zachować w sposób należyty, uzasadnia postawienie mu zarzutu nagannej decyzji. Niedbalstwo polega więc na niedołożeniu wymaganej w stosunkach danego rodzaju staranności, niezbędnej do uniknięcia skutku, którego sprawca nie chciał wywołać.

Odnosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy wskazać należy, że powód przede wszystkim zarzucał, że utrata prze niego prawej nerki była skutkiem źle przeprowadzonej operacji zszycia pęcherza moczowego. Zarzuty te okazały się całkowicie nieuzasadnione. Bezsprzeczne było, że powód wyraził zgodę na leczenie operacyjne. Nadto, jak wynika z ustaleń Sądu zabieg operacyjny przeprowadzony u powoda w dniu 26 sierpnia 2006 r. był zabiegiem ratującym życie chorego i został przeprowadzony w sposób prawidłowy. W czasie ww. zabiegu operacyjnego nie doszło do uszkodzenia moczowodów. Zastój bowiem w prawym układzie kielichowo - miedniczkowym, który ujawnił się u powoda dwa miesiące po zabiegu operacyjnym, z największym prawdopodobieństwem spowodowany był uciskiem zrostów otrzewnowych na moczowód. Powikłanie, w postaci zrostów pooperacyjnych, choć było następstwem zabiegu operacyjnego, to nie było efektem nieprawidłowości. Zrosty pooperacyjne były naturalnym następstwem ciężkiego zabiegu operacyjnego spowodowanego zapaleniem otrzewnej. Późniejsza utrata prawej nerki u powoda nie ma związku z wykonanym w dniu 26 sierpnia 2006r. zabiegiem operacyjnym.

Nie budzi zatem wątpliwości Sądu, że powód nie wykazał (art. 6 kc w zw. z art. 232 kpc), aby leczenie operacyjne, jakiemu został poddany w sierpniu 2006r. było niezgodne ze sztuką lekarską (brak przesłanki bezprawności, jak i winy w znaczeniu subiektywnym), jaki aby pomiędzy prawostronną nefrektomią u powoda a ww. zabiegiem operacyjnym istniał normalny związek przyczynowy.

W przekonaniu Sądu, również leczenie powoda w Przyszpitalnej Poradni w dniu 26.10.2006r. było prawidłowe. W tym dniu powód wykonał badanie USG, z którego wynikało, że obie nerki powoda były prawidłowej wielkości, o prawidłowej warstwie korowej, jednakże pojawiły się cechy zastój w prawym układzie kielichowo-miedniczkowym. W badaniu USG z 26.10.2006r. nie stwierdzono jeszcze typowych objawów dla wodonercza.

W tym samym dniu tj. 26 października 2006 r. powód zgłosił się do przyszpitalnej poradni chirurgicznej pozwanego szpitala, gdzie wobec stwierdzonego w badaniu USG poszerzenia prawego układu kielichowo-miedniczkowego – zlecono powodowi kontrolne badanie za 3 tygodnie i ewentualną urografię oraz zalecono lek rozkurczowy i przeciwbólowy.

Powyższe postępowanie było prawidłowe – zgodne ze sztuką medyczną i nosiło znamion zaniechania. Skoro bowiem w badaniu USG z 26.10.2006r. nie było jeszcze typowych objawów wodonercza i z tego samego dnia pochodziło badanie USG, to zasadnym było zlecenie kolejnego badania – urografii za 3 tygodnie. W takiej bowiem dopiero sytuacji była

możliwość zaobserwowania czy w międzyczasie (od jednego do drugiego badania) obraz układu moczowego zmieni się, w szczególności czy zastój w układzie kielichowo – miedniczkowym będzie się utrzymywał, względnie narastał czy też nie oraz czy mamy do czynienia z początkiem wodonercza.

Bezspornym było, że powód, pomimo zalecenia wykonania badania kontrolnego za 3 tygodnie, nie zgłosił się do poradni przyszpitalnej w ww. terminie, w związku z czym nie wykonano wówczas badania kontrolnego, w szczególności urografii ani USG.

Jak wynika z ustaleń Sądu, przy wykonaniu zaplanowanych w dniu 26.10.2006r. badań po ok. 3 tygodniach (USG i ewentualnie urografii), istniała możliwość stwierdzenia narastania wodonercza i przy zachowanej funkcji nerki, istniała duża szansa uratowania narządu. Prawdopodobnie nie istniały w tym czasie jeszcze nieodwracalne zmiany w nerce.

To zatem niezgłoszenie się powoda na kontrolną wizytę po 3 tygodniach od wizyty w dniu 26.10.2006r., a nie zaniechanie po stronie lekarza z podani, miało istotny niekorzystny wpływ na przebieg choroby, gdyż opóźniło diagnostykę, a w konsekwencji opóźniło leczenie. Jak wynika z ustaleń Sądu istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy powyższym opóźnieniem diagnostyki i leczenia zastoju w moczu w nerce, a późniejszym skutkiem w postaci niewydolności nerki i koniecznością jej usunięcia. Opóźnienie to było zatem zawinione w całości przez powoda J. B. (2). Gdyby powód zgłosił się i wykonał właściwe badania w zaleconym czasie, to nie doznałby spornego uszczerbku na zdrowiu, w postaci utraty nerki.

Z ustaleń Sądu wynika, że powód zgłosił się do Przewodzącej Poradni Chirurgicznej dopiero w marcu 2007r. w związku z dolegliwościami. W związku ze stwierdzonym wówczas u powoda łagodnym przerostem stercza, w dniu 26 kwietnia 2007 r. wykonano u niego przezcewkową elektresekcję prostaty.

W marcu 2007r., w związku z wizytami powoda w Poradni Chirurgicznej, nie przeprowadzono jednak u J. B. (2) diagnostyki związanej ze stwierdzonym w październiku 2006r. badaniem USG zastojem w prawym układzie kielichowo- miedniczkowym. Zgodnie ze sztuką lekarską, w marcu 2007r. lekarz winien zlecić badanie kontrolne (USG) celem potwierdzenia zastoju moczu. W czasie hospitalizacji powoda – przed planowanym zabiegiem wycięcia gruczołu krokowego w kwietniu 2007r. – należało rutynowo przeprowadzić badanie USG układu moczowego. Badania takiego nie przeprowadzono, co – jak wynika z ustaleń Sądu – było błędem medycznym.

W ocenie Sądu, w okolicznościach sprawy, nawet jeśli uznać, że powyższe zaniechanie było bezprawne i zawinione przez personel lekarski pozwanego, to jednak brak jest adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy doznaną przez powoda szkodą w postaci nefrektomii prawej nerki a ww. zaniechaniem. Obecnie nie można bowiem stwierdzić na jakim etapie rozwoju była u powoda choroba prawej nerki w marcu – kwietniu 2007r. Jak wynika zaś z ustaleń Sądu, istnieje możliwość, że już wówczas funkcja nerki mogła być utracona. A zatem, nawet, gdyby w marcu – kwietniu 2007r. zostałyby powodowi wykonane właściwe badania diagnostyczne, to prawdopodobnie nie miałyby to już wpływu na stan prawej nerki - nie dałoby się jej uratować. Jak już wyżej wskazano, odmienna sytuacja miała miejsce w listopadzie 2006r., kiedy to powód zaniechał zgłoszenia się na zleconą wizytę kontrolną i badania.

Powód nie wykazał zatem, aby z wysokim prawdopodobieństwem przeprowadzenie w marcu – kwietniu 2007r. prawidłowych badań pozwoliłoby na zdiagnozowanie wodonercza, jego skuteczne leczenie i zachowanie funkcji nerki. Tylko zaś w takim wypadku można by mówić o odpowiedzialności pozwanego za sporną szkodę (wobec braku błędu medycznego w czasie operacji w sierpniu 2006r. i leczeniu w przychodni do marca 2006r.). W przekonaniu Sądu, nie można przerywać skutków istotnych, a nawet kluczowych zaniechań powoda w zakresie prawidłowo zleconej diagnostyki - na pozwanego.

Bezspornym było, że w lipcu 2007r. stwierdzono już krańcowe wodonercze, a zatem funkcja prawej nerki u powoda nie była możliwa do uratowania.

Reasumując powyższe, w okolicznościach sprawy, nie spełniły się przesłanki odpowiedzialności cywilnej pozwanego z tytułu czynu niedozwolonego tj. wina, szkoda oraz związek przyczynowy pomiędzy zaistniałym zdarzeniem a powstałą szkodą.

W związku z tym, że - w ocenie Sądu - roszczenie powoda wobec pozwanych nie istnieje, zbędne było rozpoznanie zarzutu przedawnienia roszczenia.

Mając to na względzie, powództwo podlegało oddaleniu, o czym Sąd orzekł w punkcie 1 wyroku.

Powód korzystał jedynie z częściowego zwolnienia od kosztów sądowych – opłaty sądowej od pozwu oraz zaliczki na poczet opinii instytutu. Zwolnienie to nie zwalniało jednak powoda do poniesienia kosztów zastępstwa prawnego pozwanych (art. 108 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych), w zw. z czym Sąd zasądził od powoda na rzecz każdego z pozwanych kwoty po 7.217 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego (art. 102 kpc w zw. z § 6 pkt. 7 rozporządzenia MS z dnia 28.09.2002r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu) - punkt 2 lit. a i b wyroku. Zważywszy zaś na fakt ww. częściowego zwolnienia powoda od kosztów sądowych oraz jego niskie dochody oraz stan zdrowia, Sąd na podstawie art. 102 kpc nie obciążył powoda kosztami sądowymi (pkt. 2 lit. c wyroku).

SSO /-/ M. Inerowicz