

UZASADNIENIE

Przedmiot i przebieg postępowania

1. Pozwem z dnia 3 czerwca 2022 r. (data stempla pocztowego, k. 61) powód M. D. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. na swoją rzecz kwoty 5 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 19 maja 2022 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za naruszenie prawa powoda jako pacjenta w związku z niestarannością w procesie leczenia powoda w Szpitalu (...) im. ks. J. P. SPZOZ w W., kwoty 9 810 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 12 kwietnia 2022 r. do dnia zapłaty tytułem odszkodowania w związku z poniesionymi przez powoda kosztami leczenia w następstwie niestaranności w procesie leczenia w Szpitalu (...) oraz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu powód podał, że w dniu 4 października 2020 r. zgłosił się na (...) Szpitala (...) w związku z doznany urazem palca prawej ręki. W wyniku wykonanych badań i konsultacji poinformowano go o podejrzeniu złamania środkowego palca V oraz założono mu longetę gipsową i przepisano środki farmakologiczne. W dniu 12 października 2020 r. powód zgłosił się do przychodni przyszpitalnej na wizytę, podczas której opatrunek gipsowy został zdjęty, zaś zgłaszane przez niego dolegliwości bólowe, lekarz zakwalifikował jako pogipsowe ograniczenia ruchomości i stwierdził, że palec sam się zagoi. Mimo zapewnień lekarza powód nie odzyskał sprawności w palcu. Z uwagi na utratę zaufania do lekarzy przyjmujących na NFZ oraz utrudnień wynikających z pandemii COVID-19, powód zdecydował się odbyć prywatną konsultację ortopedyczną w ramach Centrum Medycznego (...) Sp. z o.o. U powoda stwierdzono wówczas zastarzałe złamanie podstawy paliczka środkowego palca V ręki prawej ze zwknięciem w stawie międzypaliczkowym bliższym i zakwalifikowano go do leczenia operacyjnego. Następnie w dniu 28 stycznia 2021 r. powód został hospitalizowany na Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej i poddany zabiegowi operacyjnemu, po którym kończyna została unieruchomiona w opatrunku usztywniających. Z uwagi na unieruchomienie prawej ręki, powód nie był w stanie wykonywać codziennych czynności, przy których pomagała mu najbliższa rodzina. Zgodnie z zaleceniami powód kontynuował również leczenie w warunkach ambulatoryjnych. Mimo poddaniu się leczeniu i rehabilitacji powodowi udało się jedynie częściowo przywrócić sprawność w palcu. Jak wskazał nadal odczuwa dolegliwości bólowe, co utrudnia mu codzienne funkcjonowanie. Pojawiły się przy tym także dolegliwości natury psychicznej związane z obawą o stan zdrowia. Pozwany ubezpieczyciel dokonał wypłaty na rzecz powoda kwoty jedynie tytułem zadośćuczynienia na podstawie art. 445 § 1 k.c., odmawiając przy tym zapłaty odszkodowania za koszty leczenia oraz zadośćuczynienia za naruszenie prawa powoda jako pacjenta, których zwrotu powód domaga się w tym procesie. (pozw, k. 2-11)

2. W odpowiedzi na pozw z dnia 27 lipca 2022 r. pozwany (...) S.A. z siedzibą w W., wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu pozwany przyznał, że w sprawie doszło istotnie do błędu medycznego podczas leczenia powoda i z tego tytułu wypłacił na rzecz powoda kwotę 15 200 zł zadośćuczynienia za krzywdę, co w jego ocenie w pełni rekompensuje szkodę, jaką powód doznał w związku z przedmiotowym zdarzeniem. Kwestionował za to roszczenie powoda z tytułu kosztów leczenia z uwagi na to, że powód nie wykazał konieczności i celowości ich poniesienia, a nadto nie przedstawił dowodów na brak możliwości skorzystania z usług świadczonych przez NFZ. Żądanie powoda w tym zakresie zmierzało więc w jego ocenie jedynie do nieuzasadnionego zwiększenia rozmiaru szkody. Kwestionował także żądanie odsetkowe. Pozwany zgłosił również wniosek o przypozwanie na podstawie art. 84 k.p.c. do udziału w sprawie Szpital (...) im. ks. J. P. SPZOZ w W.. (odpowieź na pozw, k. 73-75)

3. Szpital (...) im. ks. J. P. SPZOZ w W. nie zgłosił swojego uczestnictwa w sprawie (k. 87, 90).

Ustalenia faktyczne

4. W dniu 3 października 2020 r. podczas meczu piłki nożnej M. D. doznał kontuzji palca prawej ręki. W wyniku zdarzenia palec zaczął puchnąć i sinieć. Następnego dnia rano M. D. zgłosił się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala (...) w W., gdzie lekarz wykonał badanie RTG kończyny i stwierdził stłuczenie palca bez uszkodzenia paznokcia

oraz podejrzenie złamania paliczka środkowego palca V. Lekarz badający pacjenta założył mu longetę gipsową oraz przepisał środki farmakologiczne. Zlecił mu także wizytę kontrolną za 5 dni w poradni chirurgii urazowo – ortopedycznej. M. D. opuścił (...) jeszcze tego samego dnia.

(opis zdarzenia, k. 15; karta informacyjna leczenia szpitalnego, k. 16-17; karta informacyjna (...), k. 18-20; zeznania powoda, k. 108-109)

5. W dniu 12 października 2020 r. M. D. zgłosił się do przychodni przyszpitalnej poradni chirurgii urazowo – ortopedycznej Szpitala (...). W trakcie wizyty lekarz zdjął mu gips z uszkodzonego palca, a zgłaszane przez niego dolegliwości bólowe zakwalifikował jako „ograniczenie pogipsowe ruchomości” i nie stwierdził żadnego złamania palca. Pacjent opuścił przychodnię bez żadnych zaleceń lekarskich. Według informacji uzyskanych od lekarza, palec miał sam się zagoić.

(dokumentacja medyczna, k. 21; zeznania powoda, k. 108-109)

6. Po ok. 1,5 miesiąca po ostatniej wizycie w przychodni publicznej stan zdrowia poszkodowanego nie uległ poprawie. M. D. miał problemy z codziennymi czynnościami domowymi, przy ubieraniu się potrzebował pomocy rodziny. Dodatkowo z uwagi na charakter wykonywanej pracy był on zmuszony wykonywać ją w sposób ograniczony. Pisanie przy komputerze ograniczał bowiem do używania tylko jednej ręki i robienia dłuższych przerw w celu odciążenia uszkodzonego palca. Szkolenia zaś, których przeprowadzeniem miał zajmować się poszkodowany, w związku z zaistniałym zdarzeniem, odbyły się ostatecznie kilka miesięcy później.

(zeznania powoda, k. 108-109)

7. Z uwagi na brak poprawy stanu uszkodzonego palca i powracające bóle a także utratę zaufania do lekarzy przyjmujących w ramach NFZ i stanem epidemii Covid-19, M. D. zdecydował się na leczenie prywatne. W tym celu zgłosił się w grudniu 2020 r. do Centrum Medycznego (...) Sp. z o.o., w której uprzednio miał już operowaną lewą rękę. Po zgłoszeniu w dniu 8 stycznia 2021 r. miał przeprowadzoną pierwszą konsultację medyczną. Po wykonaniu badania TK i RTG uszkodzonego palca stwierdzono u chorego zastarzałe złamanie podstawy paliczka środkowego palca V ręki prawej ze zwichnięciem w stawie międzypaliczkowym bliższym oraz złamanie powierzchni stawowej głowy paliczka bliższego palca ręki prawej. Z uwagi na to, że palec powodował ból u pacjenta i ograniczał jego możliwości ruchowe, M. D. otrzymał skierowanie na zabieg operacyjny i wyznaczony termin na dzień 28 stycznia 2021 r. Przed wykonaniem zabiegu zlecono wykonanie pacjentowi także badań ogólnozdrowotnych.

(konsultacja ortopedyczna, k. 22; badania TK i RTG, k. 23-24; zeznania powoda, k. 108-109)

8. W dniu 28 stycznia 2021 r. o godz. 08:13 M. D. został przyjęty na Oddział (...) sp. z o.o. i zawarł z tym podmiotem umowę na zabieg operacyjny i hospitalizację. W ramach tej umowy CM Gamma zobowiązała się do wykonania usługi medycznej polegającej na przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego polegającego na nastawieniu na otwarto zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym bliższym palca V ręki prawej, plastyce płytki dłoniowej oraz hospitalizacji pacjenta w związku z wykonaniem operacji (§ 1 ust. 1). Wynagrodzenie przysługujące CM Gamma obejmowało łącznie kwotę 8 350 zł, w tym kwotę 7 500 zł jako cenę zabiegu operacyjnego oraz 850 zł stanowiącą cenę hospitalizacji za każdą rozpoczętą dobę (§ 4 ust. 1 i 2).

(karta informacyjna leczenia szpitalnego, k. 25-v; umowa o zabieg operacyjny i hospitalizację, k. 44-46)

9. Zabieg operacyjny został wykonany jeszcze w tym samym dniu, a operowaną kończynę unieruchomiono w opatrunku usztywniającym. O godz. 20:00 pacjent został wypisany do domu. W ramach zaleceń pooperacyjnych wskazano: zakaz obciążania kończyny przez 6 tygodni, usunięcie drutów Kirschnera po 3 tygodniach, usunięcie szwów przezskórných wprowadzonych podskórną po 6 tygodniach, utrzymywanie kończyny operowanej uniesionej, chłodzenie okolicy operowanej 5x20 min. lodem. Termin zmiany opatrunku wyznaczono na dzień 30 stycznia 2021 r., zdjęcie szwów miało nastąpić po 2 tygodniach, rehabilitacja według zaleceń 2x w tyg. od 2 tyg. po zabiegu oraz

kontrola ortopedyczna + rtg za 3 tyg, ew. usunięcie drutów. W ramach leczenia farmakologicznego w razie wystąpienia dolegliwości bólowych. zalecano przyjmowanie leku E. C. 3x1 tabl.

(karta informacyjna leczenia szpitalnego, k. 25-v; opis zabiegu operacyjnego, k. 26; obserwacje pielęgniarskie, k. 27; obserwacje lekarskie, k. 27v; dokumentacja fotograficzna, k. 28-29)

10. Zgodnie z zaleceniami M. D. kontynuował leczenie w warunkach ambulatoryjnych i stawał się w placówce leczniczej CM Gamma na zmianę opatrunku, usunięcie szwów oraz materiału zespalającego. W ramach leczenia wykonano poszkodowanemu także badanie kontrole RTG palca oraz skierowano pacjenta na rehabilitację. Zabiegi fizjoterapeutyczne dla pacjenta obejmowały okres od 23 lutego do 17 marca 2021 r.

(konsultacje ortopedyczne, k. 30-35, badanie RTG, k. 36, skierowanie na rehabilitację, k. 37-38, wykonane zabiegi fizjoterapeutyczne, k. 39-40)

11. Z tytułu odbytego leczenia w placówce Centrum Medyczne (...) Sp. z o.o. M. D. poniósł w sumie następujące koszty: konsultacji ortopedycznej (600 zł), badań RTG i TK (650 zł), zabiegu operacyjnego (7 500 zł), hospitalizacji związanej z zabiegiem operacyjnym (550 zł) oraz rehabilitacji (510 zł).

(faktury VAT, k. 41-43, 47-48; potwierdzenia przelewów, k. 49-50, 53-56; paragony fiskalne, k. 51-52)

12. Wezwaniem do zapłaty z dnia 19 maja 2021 r. M. D., reprezentowany przez (...) sp. z o.o. z siedzibą w G. wezwał Szpital (...) do uznania na piśmie swojej odpowiedzialności z tytułu szkód spowodowanych urazami oraz obrażeniami fizycznymi powstałymi w związku ze zdarzeniem z dnia 4 października 2020 r. oraz zapłaty kwoty 100 000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na podstawie art. 445 k.c. ewentualnie o wskazanie ubezpieczyciela, z którym szpital podpisał umowę ubezpieczenia OC w okresie kiedy miało miejsce zdarzenie powodujące szkodę oraz podanie numeru polisy.

(wezwanie do zapłaty w aktach szkody, str. 5-8, pliku.pdf, k. 85)

13. Pismem z dnia 26 maja 2021 r. Szpital (...) poinformował spółkę, że szkoda powstała na osobie M. D. w związku podniesionym zarzutem nieprawidłowej diagnostyki uszkodzonego palca została zgłoszona do ubezpieczyciela Szpitala (...), (...) SA i została zarejestrowana pod numerem (...).

(pismo z 26.05.2021 r., k. 57)

14. W piśmie z dnia 7 grudnia 2021 r. ubezpieczyciel przyznał poszkodowanemu zadośćuczynienie pieniężne za krzywdę na podstawie art. 445 k.c. w kwocie 15 200 zł. Ubezpieczyciel uznał, że wykonanie badania RTG podczas wizyty poszkodowanego w poradni w dniu 12 października 2020 r. było wskazane. Szpital nie dochował tym samym należytej staranności w wyniku czego doszło do błędu diagnostycznego, które spowodowało przedłużenie leczenia u pacjenta o 3,5 miesiąca oraz konieczność operacji. Trwały uszczerbek na zdrowiu będący konsekwencją błędu medycznego ubezpieczyciel ustalił na 2%. Jednocześnie odmówił zwrócenia poszkodowanemu kosztów leczenia w oparciu o treść art. 444 k.c. z uwagi na to, że nie przedstawiono dowodów wskazujących na brak możliwości skorzystania z usług świadczonych przez NFZ.

(pismo z 07.12.2021 r., k. 58-v, 78-80)

15. Nie zgadzając się z decyzją ubezpieczyciela, M. D., reprezentowany przez (...) sp. z o.o., wezwał go w dniu 10 marca 2022 r. do zapłaty kwoty 25 000 zł tytułem zadośćuczynienia za naruszenie praw poszkodowanego jako pacjenta oraz kwoty 9 810 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia jakiego wymagał poszkodowany na skutek urazów doznanych w wyniku błędu lekarskiego.

(wezwanie do zapłaty w aktach szkody, str. 33-37, pliku.pdf, k. 85)

16. Na podstawie opinii uzupełniającej medycznej wydanej przez lekarza orzecznika i uznaniu przez niego, że leczenie jak i późniejsza rehabilitacja mogła zostać przeprowadzona w ramach NFZ, a wykonanie jej nawet z trzymiesięcznym opóźnieniem nie spowodowałoby negatywnego skutku dla powodzenia ewentualnej operacji, ubezpieczyciel wydał w dniu 11 kwietnia 2022 r. decyzję, na mocy której roszczenie poszkodowanego dotyczące zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji w kwocie 9 810 zł nie zostało uwzględnione.

(opinia uzupełniająca w aktach szkody, str. 144-145, pliku.pdf, k. 85; a także k. 83-84; pismo z 11.04.2022 r., k. 59)

17. Pismem z dnia 18 maja 2022 r. ubezpieczyciel podtrzymał swoje stanowisko w sprawie. Stwierdził, iż wykonany u poszkodowanego zabieg i jak późniejsza rehabilitacja była konieczna, jednakże z uwagi na to, że mogło to być dokonane w ramach NFZ, odszkodowanie z tego tytułu nie jest poszkodowanemu należne.

(pismo z 18.05.2022 r., k. 60-v, 81-82)

18. Opóźnienie w leczeniu i rehabilitacji M. D. spowodowane błędnym opisem radiogramu i błędną decyzją lekarza ortopedy miało zdecydowanie negatywny wpływ na przywrócenie sprawności piątego palca jego prawej ręki. Właściwie przeprowadzone leczenie tj. unieruchomienie palca i następowe usprawnienie, mogłoby spowodować, że operacja nie musiałaby być przeprowadzona. Podczas wykonanego badania stwierdzono u pacjenta przykurcz zgięciowy w stanie międzypaliczkowym bliższym piątego palca prawej ręki 45 stopni. Pacjent nie może swobodnie włożyć ręki do kieszeni ani posługiwać się ręką. Stanowi to duże utrudnienie w codziennym życiu.

(opinia biegłego, k. 117)

19. Obecnie poszkodowany nie odczuwa bólu palca, nie ma opuchlizny. Palec jest jednak mniej aktywny, poszkodowany nie może go swobodnie zgiąć.

(zeznania powoda, k. 108-109)

Omówienie dowodów

20. Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie złożonych do akt sprawy dokumentów prywatnych, w szczególności dokumentacji medycznej M. D., których autentyczności, wiarygodności i mocy dowodowej strony nie kwestionowały, a Sąd nie znalazł podstaw, by czynić to z urzędu. Ustalając stan faktyczny sprawy Sąd oparł się również na zeznaniach powoda oraz na dowodzie z opinii biegłego sądowego dr F. M..

21. Zeznania powoda były wiarygodnym uzupełnieniem ustaleń faktycznych dokonanych w sprawie. W ocenie Sądu powód zeznawał szczerze, opisując jak najdokładniej pamiętał sam fakt zdarzenia jak i późniejszego leczenia zarówno w placówce publicznej jak również w CM Gamma. Logicznie i przekonująco przedstawił również powody dla czego zdecydował się zmienić miejsce leczenia jak i skutki związane z doznany urazem (problemy z codziennymi czynnościami, utrudnienia w pracy, złe samopoczucie).

22. Sąd dopuścił także dowód z opinii biegłego z zakresu ortopedii i traumatologii na okoliczności ustalenia przez biegłego czy opóźnienie w podjęciu leczenia, rehabilitacji i przeprowadzeniu operacji (związanych z oczekiwaniami na termin operacji ze środków NFZ) miałoby negatywny wpływ na wynik przeprowadzonej operacji lub szanse na skuteczną rehabilitację i przywrócenie sprawności palca V prawej ręki powoda. Opinia ta, w ocenie Sądu, została sporządzona w sposób pełny i rzetelny, a biegły w sposób przekonujący odpowiedział na zadany mu problem. Biegły przebadał także powoda i na tej podstawie przedstawił swoje stanowisko co do aktualnego stanu zdrowia poszkodowanego. W ocenie Sądu wnioski zostały przez biegłego zaprezentowane w sposób rzeczowy i przekonujący i mogły stanowić podstawę ustaleń faktycznych w sprawie. Nie miały natomiast znaczenia dla sprawy spostrzeżenia biegłego odnośnie do biernej postawy powoda w okresie 12.10.2020 do 8.01.2021 oraz „braku obiektywnej informacji o długim oczekiwaniu na operację finansowaną przez NFZ”. Zarzucana w opinii biegłego „bierność” została wyjaśniona przez powoda informacjami i zaleceniami, które otrzymał przy zdjęciu opatrunku gipsowego. Jest w pełni zrozumiałe,

że skoro lekarz nie zalecił mu kolejnej wizyty lub badań oraz stwierdził, że palec sam się w końcu zagoi, powód nie zdecydował się udać do lekarza od razu, a dopiero po ok. 1,5-2 miesiącach, gdy stracił wiarę na zapowiadaną poprawę. Z kolei kwestia możliwości skorzystania z operacji w ramach NFZ i tego, od kogo Sąd powinien oczekiwać informacji na temat takiej możliwości, jest już zagadnieniem prawnym, które zostanie wyjaśnione w dalszej części uzasadnienia.

23. Jednocześnie Sąd pominął na podstawie art. 235² § 1 pkt 2 k.p.c. dowód z opinii biegłego w pozostałym zakresie tj. co do ustalenia czy operacja i późniejsza rehabilitacja powoda w placówce prywatnej były konieczne i celowe jako powołany na okoliczności bezsporne. Z treści odpowiedzi na pozew i jej załączników klarowanie wynika, że pozwany okoliczności tej nie kwestionuje. Pozwany podnosił jednak, że cały proces leczenia i rehabilitacji można było przeprowadzić w ramach NFZ, co nie wiązało by się z poniesieniem przez powoda żadnych kosztów. Te twierdzenia pozostawały jednak już do oceny Sądu i nie stanowiły one podstawy do powołania na tę okoliczność biegłego.

Ocena prawna

24. Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości.

Ustalenie odpowiedzialności ubezpieczyciela

25. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w niniejszej sprawie została ustalona w oparciu o treść art. 822 k.c., zgodnie z treścią którego przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłaty określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia. Świadczenie ubezpieczyciela obejmuje zapłatę sumy pieniężnej odpowiadającej wysokości poniesionej przez poszkodowanego szkody.

26. Podstawą odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela jest więc umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, jaka łączyła pozwanego ze Szpitalem (...) im. ks. J. P. (...) w W.. Zgodnie bowiem z treścią art. 822 § 4 k.c. uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela.

27. Należy również wskazać, iż co do zasady w sprawach związanych z leczeniem szpitalnym ma zastosowanie art. 430 k.c., zgodnie z którym zakład leczniczy odpowiada za działania lekarza, Z treści tego przepisu wynika, że 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. Mimo więc samodzielności lekarzy, dokonujących czynności diagnostycznych i terapeutycznych, powszechnie przyjmuje się na podstawie art. 430 k.c. odpowiedzialność jednostek organizacyjnych, na rachunek których lekarze wykonują te czynności. W niniejszej sprawie jednakże odpowiedzialność zakładu leczniczego jak i lekarzy (personelu placówki) została „przeniesiona” na ubezpieczyciela, który w ramach umowy ubezpieczenia przejął na siebie odpowiedzialność za wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego.

28. Ubezpieczyciel przyznał wprawdzie, iż między nim a zakładem leczniczym została zawarta umowa ubezpieczenia obowiązkowego OC, jednakże kwestionował zasadność wniesionego powództwa, wskazując, iż zadośćuczynienie zostało już powodowi przyznane na podstawie art. 445 k.c. w kwocie 15 200 zł (czemu powód nie przeczył). Odnośnie zaś roszczenia odszkodowawczego i wypłaty kosztów leczenia powoda w oparciu o treść art. 444 k.c. wskazywał, iż konieczność ich poniesienia nie nastąpiła, gdyż poszkodowany mógł poddać się skutecznemu leczeniu w ramach państwowej służby zdrowia. Zwrot kosztów leczenia w przypadku, gdy poszkodowany nie wywiązał się ze swojego obowiązku minimalizacji szkody, był bezzasadny. W związku z powyższym pozwany odmówił zapłaty żądanych świadczeń.

Zadośćuczynienie na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przesłanki odpowiedzialności

29. W myśl art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2018 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Z kolei jak stanowi art. 4 ust. 1 tej ustawy w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c.

30. Na wstępie należy podkreślić, iż roszczenie o zadośćuczynienie na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: u.p.p.), będące następstwem naruszenia praw pacjenta stanowi odrębny charakter od roszczenia o zadośćuczynienie przyznawane na podstawie art. 445 k.c. w zw. z art. 444 k.c. W przypadku roszczenia z kodeksu cywilnego mamy do czynienia z przypadkiem czynu bezprawnego polegającym na zawinionym spowodowaniu uszkodzenia ciała lub wywołaniu rozstroju zdrowia przez wadliwe leczenie i doznanej z tego tytułu krzywdy o charakterze niematerialnym, w drugim zaś na naruszeniu praw pacjenta, szczegółowo wymienionych w samej ustawie (np. prawa do świadczeń zdrowotnych, prawa do informacji) niezależnie od ostatecznej skuteczności przeprowadzonego zabiegu. (tak: postanowienie SN dnia 9 października 2020 r., sygn. II CSK 51/20).

31. Oznacza to w praktyce, że do przyznania zadośćuczynienia za naruszenia praw pacjenta nie jest konieczne spełnienie przesłanki wystąpienia szkody na osobie (odmiennie niż w przypadku roszczeń z art. 445 k.c. w zw. z art. 444 k.c.) i może zostać one przyznane za sam fakt tego naruszenia (tj. wystąpienia zdarzenia stanowiącego naruszenia prawa pacjenta) bez konieczności jednoczesnego wystąpienia szkody. Do stwierdzenia odpowiedzialności podmiotu, który świadczy usługi medyczne, wystarczające jest więc naruszenie wskazanych w ustawie praw pacjenta i zawinienie (tak: wyrok SA w Katowicach z dnia 10 marca 2021 r., sygn. I ACa 1009/19).

32. Co istotne, w art. 4 ust. 1 u.p.p. mowa jest o „naruszeniu praw pacjenta”, z czego należy logicznie wywnioskować, iż mowa jest o prawach, które stanowi sama ustawa. Z kolei pod koniec tego przepisu wskazano, że przyznanie zadośćuczynienia za doznaną krzywdę ma nastąpić na podstawie art. 448 k.c. Oznacza to w istocie, że każde naruszenie prawa pacjenta określonego w ustawie, stanowi naruszenie dobra osobistego. W związku z powyższym pokrzywdzony nie musi w toku postępowania udowadniać, że doszło do naruszenia dobra osobistego prawnie chronionego. Powinien za to wskazać konkretnie do jakie naruszenia jego jako pacjenta doszło w wyniku zdarzenia (tak: wyrok SA w Katowicach z dnia 10 marca 2021 r., sygn. I ACa 1009/19).

33. W niniejszej sprawie powód powoływał się na naruszenie prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1).

34. W ocenie Sądu powód faktycznie wykazał zasadność swojego żądania w tym zakresie. Bezspornie powód, jak sam podnosił, miał prawo oczekiwać, że korzystając z usług publicznych świadczonych przez Szpital (...) w W. wszelkie czynności podejmowane w zakresie diagnostyki i leczenia będą wykonywane z zachowaniem należytej staranności oraz ze stanem aktualnej wiedzy medycznej. W tej sprawie zaś – w wyniku braku przeprowadzenia koniecznego badania RTG, zbagatelizowania przez lekarza na wizycie w dniu 12 października 2020 r. możliwości złamania palca, jak i nieuwzględnienia przez lekarza zgłaszanych przez powoda dolegliwości – doszło do pogłębienia uszczerbku na zdrowiu jakiego doznał poszkodowany. Jak bowiem wynikało z faktu późniejszej koniecznej operacji uszkodzonego palca jak rehabilitacji przeprowadzonych już w ramach leczenia prywatnego, jak i potwierdzającego ten fakt opinii biegłego sporządzonej w sprawie (k. 117), błędy wynikłe po stronie szpitala doprowadziły do ograniczenia możliwości przywrócenia sprawności uszkodzonej kończyny. Gdyby bowiem leczenie zostało przeprowadzone w sposób prawidłowy tj. lekarz unieruchomił palec zamiast zdejmować gips i przekazał pacjentowi konkretne zalecenia co postępowania z uszkodzoną kończyną, istniało wysokie prawdopodobieństwo, że operacja nie musiałaby zostać przeprowadzona.

35. Co istotne sam pozwany jeszcze na etapie przedsądowym nie kwestionował, aby w sprawie istotnie doszło do naruszenia przez szpital wymagań staranności przy udzieleniu świadczeń medycznych i wypłacił powodowi zadośćuczynienie do doznanej krzywdy na podstawie art. 445 § 1 k.c. W uzasadnieniu swojej decyzji potwierdził, iż z uwagi na błędy diagnostyczne, leczenie powoda zostało przedłużone o 3,5 miesiąca i wymagało operacji i późniejszej rehabilitacji. Ustalony zaś trwały uszczerbek na zdrowiu będący konsekwencją błędu medycznego ustalono na 2%.

36. Słusznie podnosiła więc strona powodowa, że jeżeli pozwany uznał swoją odpowiedzialność i wypłacił powodowi zadośćuczynienia na podstawie przepisów kodeksu cywilnego, gdzie dla ustalenia odpowiedzialności za szkodę (art. 415 k.c.) wymagane jest zajście zdarzenia wywołującego szkodę (czynu bezprawnego), wystąpienie szkody oraz istnienie normalnego związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem wywołującym szkodę a samą szkodą (art. 361 § 1 k.c.), a więc przesłanki stosunkowo szersze i liczniejsze niż w przypadku roszczenia z ustawy o prawach pacjenta, to tym bardziej w przypadku, gdy doszło do naruszenia prawa powoda jako pacjenta, zadośćuczynienie z tego tytułu było zasadne.

37. Sąd przyjął także za powodem wysokość kwoty zadośćuczynienia za w pełni uzasadnioną. Przy określaniu wysokości zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta należy mieć bowiem na uwadze to, że przyznana kwota nie może być symboliczna, musi mieć charakter kompensacyjny, a także spełniać funkcję represyjną wobec sprawcy naruszenia. Przy jej ustalaniu należy wziąć pod uwagę: rodzaj i stopień winy naruszydźciela, rodzaj naruszonego prawa pacjenta, rozmiar, intensywność i trwałość krzywdy, rozmiar i trwałość negatywnych konsekwencji wynikających z naruszenia prawa pacjenta (tak: wyrok SA w Katowicach z dnia 10 marca 2021 r., sygn. I ACa 1009/19).

38. Powód w wyniku zaniechania odpowiedniego leczenia przez lekarza doznał długotrwałych dolegliwości bólowych, które utrudniały mu zarówno wykonywanie codziennych czynności jak i świadczenie pracy, a nadto wiązały się z uczuciem pokrzywdzenia. Powód został zmuszony do akceptowania bólu i ograniczeń, które wcale nie musiałyby mieć miejsca, gdyby udzielono mu pomocy zgodnie z zasadami staranności i wymogami wiedzy medycznej. Bezspornie trwałość i intensywność doznanej przez powoda krzywdy jest znaczna, skoro naruszenie prawa pacjenta doprowadziło do wyraźnego materialnego skutku – do dnia dzisiejszego powód nie odzyskał w pełni sprawności w palcu, co stanowi znaczne utrudnienia do wykonywania codziennych obowiązków. Nie może ważyć negatywnie na ocenie żądania zadośćuczynienia to, że jedno z deklarowanych przez powoda negatywnych następstw zdarzenia – utrata zaufania do publicznej służby zdrowia – ma głównie wymiar subiektywny (obiektywnie bowiem trudno uznać taką „utrata zaufania” za uzasadnioną i logiczną, skoro nierzadko ci sami lekarze udzielają świadczeń medycznych zarówno w ramach publicznej, jak i prywatnej opieki zdrowotnej).

39. Dlatego też kwota 5 000 zł zadośćuczynienia, której domagał się powód, nie była w ocenie Sądu nadmiernie wygórowana. Nawet bowiem gdyby doliczyć tę kwotę do już wypłaconego przez pozwanego zadośćuczynienia (15 200 zł), to mając na uwadze fakt, iż powód doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, a wina i naruszenie jego praw po stronie pozwanego zostało w pełni wykazane, to łączna kwota zadośćuczynienia (20 200 zł) wynikająca z jednego zdarzenia – choć z różnych podstaw prawnych – nie stanowiła kwoty rażąco zawyżonej czy grożącej nieuzasadnionym przysporzeniem po stronie powodowej. Z tego względu Sąd uwzględniając powództwo w tym zakresie zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 5 000 zł tytułem zadośćuczynienia zgodnie z żądaniem pozwu.

Odszkodowanie

40. W myśl art. 444 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikiłe z tego powodu koszty, a na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu.

41. Naprawienie szkody na podstawie art. 444 § 1 k.c. obejmuje więc zwrot na rzecz poszkodowanego przez sprawcę wszelkich kosztów, które musiał on ponieść w związku z zaistniałym uszkodzeniem ciała czy rozstrojem zdrowia, jeżeli są one konieczne i celowe.

42. Do kosztów wynikłych z uszkodzenia ciała albo wywołania rozstroju zdrowia doktryna zalicza m.in.: koszty transportu poszkodowanego z miejsca zdarzenia do szpitala, koszty opieki lekarskiej, koszty opieki i pielęgnacji poszkodowanego, rehabilitacji (w tym także dojazdów na rehabilitację), lekarstw, koszty specjalistycznego żywienia, koszty specjalistycznej odzieży i aparatów ułatwiających funkcjonowanie (okulary, protezy, laska, aparat słuchowy, wózek inwalidzki itp.). Co do zasady, podmiot odpowiedzialny za szkodę na osobie obowiązany jest także pokryć

koszty wszystkich zabiegów, które według aktualnego stanu wiedzy medycznej mogą spowodować poprawę stanu zdrowia poszkodowanego. Co istotne dla sprawy, odszkodowanie może obejmować również koszty leczenia w prywatnej placówce, nawet jeśli podobne zabiegi oferowane są przez NFZ. Stanowiska to tłumaczy się w ten sposób, że to poszkodowany ma prawo do jak najszybszego usunięcia skutków zdarzenia szkodzącego w jak najlepszych warunkach. W związku z powyższym podmiot odpowiedzialny za zdarzenie szkodzące nie może skutecznie bronić się przed obowiązkiem pokrycia kosztów leczenia, wskazując, że poszkodowany mógłby "zaczekać" na uzyskanie świadczenia w placówce publicznej. Konieczność oczekiwania na zabieg leczniczy lub rehabilitację stanowi dla poszkodowanego dodatkowe źródło cierpień. Dodatkowo możliwość żądania zwrotu kosztów prywatnej opieki zdrowotnej jest niezależna od charakteru szkody na osobie, w szczególności objęcie takich kosztów odszkodowaniem nie jest ograniczone do leczenia schorzeń, które mogą doprowadzić do śmierci lub nieodwracalnego kalectwa (Art. 444 KC, K. Osajda (red. serii), W. Borysiak (red. tomu), Kodeks cywilny. Komentarz. Wyd. 31, Warszawa 2023.).

43. W niniejszej sprawie pozwany nie przeczył celowości podjętego leczenia. Kwestionował jednak, aby należy był powodowi zwrot kosztów, które pokrył w związku z leczeniem i operacją w placówce CM Gamma, powołując się na to, że usługi te mógł mieć wykonane bezpłatnie w ramach NFZ.

44. Argumentacja pozwanego w tym zakresie nie zasługiwała jednak na uwzględnienie. Sąd zgadza się za to ze stanowiskiem powoda, który powoływał się m.in. na treść uchwały składu siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 2016 r. sygn. akt III CZP 63/15, z której wynikało, że „świadczenie ubezpieczyciela w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmuje także uzasadnione i celowe koszty leczenia i rehabilitacji poszkodowanego niefinansowe ze środków publicznych”. Orzeczenie dotyczy wprawdzie przypadków pokrycia kosztów naprawienia szkód powstałych w wyniku zdarzeń drogowych, ale należy jednak uznać, iż wnioski w nim przedstawione mogą mieć zastosowanie także niniejszej sprawie.

45. Najistotniejszy dla niniejszej sprawy wniosek, który można wywieść z treści tej uchwały dotyczy kwestii dowodowych. Co do zasady to poszkodowany powinien udowodnić poniesione przez niego koszty celowe leczenia lub rehabilitacji, które pozostawały w związku przyczynowym z doznany uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, w tym sumę potrzebną na koszty leczenia. Jak tłumaczy Sąd Najwyższy dowód „celowości kosztów” oznacza także potrzebę poddania się odpłatnemu leczeniu w placówkach prywatnych i konieczność wykazania także poszczególnych rodzajów tych kosztów powiązanych z etapami leczenia lub rehabilitacji. Jednocześnie poszkodowany nie może być obarczany obowiązkiem każdorazowego dowodzenia tylko za pomocą wskazywanych przez zobowiązanego środków dowodowych (np. odpowiednich zaświadczeń medycznych) zasadności skorzystania z leczenia lub rehabilitacji niefinansowanych ze środków publicznych. Takie bezpodstawne wymagania dowodowe prowadzą bowiem do obciążania poszkodowanego obowiązkiem wykazywania wystąpienia wskazanych wcześniej sytuacji uzasadniających leczenie prywatne.

46. Jeżeli jednak ubezpieczyciel odpowiadający wobec poszkodowanego za zaistniałą szkodę powołuje się przy tym na ustawowy obowiązek minimalizacji szkody, to może kwestionować celowość kosztów poniesionych przez poszkodowanego, niemniej to na nim wówczas ciąży ciężar dowodowy dowiedzenia tego, że w istocie koszty te nie były konieczne. Wskazane to zostało wprost w przedostatnim zdaniu uzasadnienia wspomnianej uchwały z 19 maja 2016 r. („Jeżeli jednak ubezpieczyciel odpowiadający wobec poszkodowanego w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych powołuje się wobec uprawnionego na ustawowy obowiązek minimalizacji szkody, to może kwestionować celowość kosztów poniesionych przez poszkodowanego; wtedy ciężar dowodu spoczywa na ubezpieczycielu (art. 6 k.c.)”)

47. W niniejszej sprawie pozwany powoływał się na to, że powód nie sprostał ciężacemu na nim obowiązkowi minimalizacji szkody, przez co poniósł koszty leczenia, których refundacją nie powinien być obciążony pozwany. Niemniej, w myśl opisanego powyżej stanu prawnego, to na nim właśnie ciążył obowiązek wykazania, że powód mógł skorzystać z usług publicznej służby zdrowia, ewentualnie że koszty, które poniósł w związku z leczeniem prywatnym, mógł ponieść w niższej wysokości. Wszelkie zaś braki bądź niedostatki w postępowaniu dowodowym, zgodnie z art.

6 k.c., obciążają w całości ten podmiot, na którym ciężar dowodowy spoczywał i nie mogą być traktowane wybiórczo bądź ulgowo.

48. Pozwany zaś, oprócz twierdzeń, że powód powinien skorzystać z leczenia w ramach NFZ, który takie leczenie umożliwił, nie przedstawił żadnych dowodów na to, że faktycznie w tym dokładnie okresie takie usługi mogły być powodowi świadczone (operacja jak i rehabilitacja miały miejsce w czasie restrykcji „covidowych” kiedy dostęp do publicznej służby zdrowia był istotnie ograniczony), jak również by miały zostać wykonane z należytą starannością. Nie bez przyczyny powód zdecydował się bowiem na leczenie prywatne, właśnie z uwagi na to, że leczenie w ramach NFZ doprowadziło do pogorszenia jego stanu zdrowia, co zakończyło się ostatecznie operacją uszkodzonego palca i koniecznością odbycia rehabilitacji.

49. Faktem jest, iż biegły w swojej opinii stwierdził, że „brak jest jakiegokolwiek obiektywnej informacji o długim oczekiwaniu na operację finansowaną przez Fundusz Zdrowia”. Niemniej Sąd nie może opierać swojego stanowiska tylko na zdaniu biegłego, który w istocie niczego nie tłumaczy. Na podstawie tylko tej opinii nie mógł bowiem ustalić jak długo powód miałby czekać na operację w ramach NFZ i w jakim czasie miałyby zostać to wykonane. Wyjaśnienie tych kwestii pozostawało zaś w interesie pozwanego. Sam pozwany nie podnosił jednak, aby placówka publiczna miała tego dokonać w czasie krótszym niż to zostało przeprowadzone przez CM Gamma i równie skutecznie jak w przypadku tej placówki. Nadto nie kwestionował także samej opinii biegłego. Nie wnosił o to, aby biegły wypowiedział się szerzej na ten temat oraz aby przedstawił jakieś okresy oczekiwania kiedy zabieg ten mógł zostać wykonany. W ten sposób nie sprostał ciężarowi na nim obowiązkowego dowodowemu w tym zakresie (art. 6 k.c.).

50. Dlatego ten zarzuty pozwanego co do możliwości odbycia leczenia przez powoda w ramach NFZ nie zasługiwały na uwzględnienie. Sąd uznał więc, że powództwo w tym zakresie również jest zasadne i zasądził na rzecz powoda od pozwanego kwotę odszkodowania w wysokości 9 810 zł, na którą składały się koszty: konsultacji ortopedycznej (600 zł), badań RTG i TK (650 zł), zabiegu operacyjnego (7 500 zł), hospitalizacji związanej z zabiegiem operacyjnym (550 zł) oraz rehabilitacji (510 zł), stanowiące zasadne koszty leczenia powoda po zdarzeniu z dnia 3 października 2020 r.

Odsetki

51. O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 k.c. Powód wystosował do pozwanego w dniu 10 marca 2022 r. wezwanie do zapłaty kwot tytułem zadośćuczynienia i odszkodowania. Pozwany decyzją z dnia 11 kwietnia 2022 r. odmówił zwrotu kwoty leczenia, zaś pismem z dnia 18 maja 2022 r. zapłaty zadośćuczynienia. W tych dniach niewątpliwie już upłynął trzydziestodniowy okres na zapłatę odszkodowania (art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych), w związku z czym o odsetkach orzeczono zgodnie z żądaniem pozwu.

Koszty postępowania

52. Rozstrzygnięcie o kosztach postępowania oparto na art. 98 § 1 k.p.c. Jako że powód jest wygrywającym w niniejszej sprawie, to jemu przysługuje od pozwanego zwrot kosztów procesu. Z tego też względu Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4 690,90 zł, na którą składa się opłata od pozwu (750 zł), opłata skarbową od pełnomocnictwa (17 zł), koszty zastępstwa procesowego (3 600 zł – na podstawie § 2 pkt 5 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych) oraz wykorzystana zaliczka na poczet wynagrodzenia biegłego (323,90 zł). O odsetkach ustawowych za opóźnienie Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1¹ k.p.c.

53. W związku z tym, że wpłacona przez powoda zaliczka na poczet wynagrodzenia biegłego nie została wykorzystana w całości, Sąd nakazał zwrócić ze środków Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Warszawy – Śródmieścia w Warszawie na rzecz powoda kwotę 676,10 zł zgodnie z art. 84 ust. 2 w zw. z art. 80 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

ZARZĄDZENIE

(...)