

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 marca 2021 r.

Sąd Okręgowy w Świdnicy I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Hanna Płonka

po rozpoznaniu w dniu 23 marca 2021 r. w Świdnicy na posiedzeniu niejawnym

**sprawy z powództwa małoletniego R. O. reprezentowanego przez przedstawicielkę ustawową M. K.
przeciwko (...) Publicznemu Zespołowi (...) w Ś.**

o zapłatę

I. zasądza od strony pozwanej (...) Publicznego Zespołu (...) w Ś. na rzecz małoletniego powoda R. O. reprezentowanego przez przedstawicielkę ustawową M. K.:

- kwotę 80 000,00 zł (osiemdziesiąt tysięcy złotych 00/100) tytułem zadośćuczynienia, z ustawowymi odsetkami od dnia 4 października 2017 r. do dnia zapłaty;

- kwotę 30 000,00 zł (trzydzieści tysięcy złotych 00/100) tytułem odszkodowania, z ustawowymi odsetkami od dnia 4 października 2017 r. do dnia zapłaty;

II. zasądza od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 5 417,00 zł, tytułem kosztów zastępstwa procesowego;

III. nakazuje uiścić stronie pozwanej na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Świdnicy kwotę 15 979,17 zł tytułem wydatków i opłat poniesionych w sprawie tymczasowo przez Skarb Państwa

UZASADNIENIE

Powód, małoletni R. O., reprezentowany przez przedstawicielkę ustawową M. K., wniósł o zasądzenie od strony pozwanej – (...) Publicznego Zespołu (...) w Ś. kwoty 80 000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, 30 000 zł tytułem znacznego pogorszenia się sytuacji życiowej małoletniego oraz o zasądzenie kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwu wskazano, iż B. O. (1) zmarł w dniu (...) r. na skutek błędnej diagnostyki przeprowadzonej przez pracowników strony pozwanej. B. O. (1) był ojcem małoletniego powoda, który bardzo przeżył jego śmierć.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz strony pozwanej kosztów procesu. Wniosła także o zawiadomienie o toczącym się procesie (...) S.A. i wezwanie ubezpieczyciela do udziału w sprawie. W uzasadnieniu strona pozwana wskazała, iż w jej ocenie nie zachodzi związek przyczynowy między zaniechaniem lekarza strony pozwanej a śmiercią B. O. (1). Z ostrożności procesowej pozwany wskazał na stan upojenia alkoholowego B. O. (1) w dniu zdarzenia co zadaniem pozwanego mogło utrudnić leczenie i przyczynić się do zgonu. Zdaniem pozwanego zachodzi więc podstawa do obniżenia ewentualnego zadośćuczynienia i odszkodowania.

(...) S.A. nie przystąpił do procesu w charakterze interwenienta ubocznego.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

(...) r., o godzinie 0:16 B. O. (1) został przyjęty na Oddział Ratunkowy Szpitala (...) w Ś., przywieziony przez policję. Wcześniej (...) letni mężczyzna został znaleziony na ulicy w stanie upojenia alkoholowego. Z karty leczenia szpitalnego wynika, iż u pacjenta rozpoznano otwartą ranę powieki i okolicy oczodołowej. Upadek na tym samym poziomie wskutek potknięcia, poślizgnięcia (w innym określonym miejscu). Upojenie alkoholowe. W badaniu RTG czaszki – bez świeżych zmian urazowych kości. W leczeniu - (...), opatrunek. Pacjenta wypisano o godzinie 1:00, kierując go do policyjnej izby zatrzymań. W zaleceniach wskazano kontrolę w poradni chirurgicznej po 2-3 dniach. W badaniu przedmiotowym wymieniono pacjenta jako pacjenta przytomnego i agresywnego, w stanie neurologicznym bez objawów oponowych, bez obecności objawów ogniskowych i bez niedowładów kończyn, z symetrycznie prawidłowym napięciem mięśniowym oraz z widocznymi w stanie miejscowym podbiegnięciem krwawym okolicy ciemieniowej prawej, otarciem naskórka okolicy łuku brwiowego lewego i obrzękiem wargi górnej ust. W ocenie pielęgniarstwa wskazano dodatkowo duży guz okolicy potylicy oraz zaniedbanie higieniczne w stopniu bardzo znacznym. Zachowanie niegrzeczne po wulgarność i agresywność.

Dowód:

- dokumentacja medyczna – załącznik do akt;
- karta informacyjna -k. 14
- karta medyczna czynności ratunkowych – 140
- historia choroby – k. 15

Po wypisaniu B. O. (1) z Oddziału Ratunkowego Szpitala (...), został on przewieziony do pomieszczenia dla osób zatrzymanych w Komendzie Policji w W., po wydaniu zaświadczenia przez lekarza J. M. o braku przeciwwskazań do osadzenia pacjenta w izbie zatrzymań. Będąc zatrzymanym B. O. (1) zgłaszał zaburzenia widzenia i bóle głowy w związku z tym wezwano karetkę pogotowia, która przewiozła go do Szpitala dr A. S. w W. na Oddział Neurochirurgiczny. Przyjęcia na (...) dokonano o godzinie 11.40, na oddział o godzinie 14.45. między skierowaniem pacjenta na oddział a przyjęciem do szpitala wykonano szereg badań, których zaniechano poprzedniego dnia po przyjęciu w Szpitalu (...) w Ś.. Po przyjęciu pacjent był przytomny, następnie nastąpiły objawy delirium a jego stan pogorszył się. W TK głowy wykryto krwiak podtwardówkowy. Stwierdzono krwiak okularowy oka lewego oraz aniochorie – poszerzenie źrenicy lewej (zwężenie prawej). Dodatkowo stwierdzono złamanie kości nosowej z przemieszczeniem odłamów kostnych. W wywiadzie pielęgniarstwie stwierdzono, iż pacjent był pobijany, liczne siniaki na całym ciele. Skóra brudna, chory zaniedbany. O godzinie 16:10 przewieziono pacjenta na salę operacyjną. 31 sierpnia 2013 r. o 7:10 stwierdzono zgon B. O. (1).

Dowód:

- karta medycznych czynności ratunkowych – k. 17

W sprawie śmierci B. O. (1) prowadzone było postępowanie karne przez Prokuraturę Rejonową w (...) pod sygn. 3 Ds. 7/14. W ramach postępowania biegli z Zakładu Medycyny Sądowej w S. stwierdzili, że postępowanie członków zespołu (...) w Ś. w nocy z 29 na 30 sierpnia 2013 r. było postępowaniem nieprawidłowym. Istota tej nieprawidłowości był brak podmiotowej i opartej na przedmiotowym stanie miejscowym, diagnostyki różnicowej charakteru i mechanizmu obrażeń, doznanych przez poszkodowanego. Istotą tej nieprawidłowości było wybiórcze powiązanie patologii zachowań poszkodowanego z wpływem alkoholu, bez obiektywizacji tego wpływu badaniem poziomu alkoholu we krwi. W sprawie skierowano akt oskarżenia przeciwko lekarzowi J. M., którego oskarżono o nieumyślne narażenie B. O. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu poprzez zaniechanie zlecenia wnikliwej obserwacji lekarskiej, w związku ze stwierdzonymi u B. O. (2) widocznymi obrażeniami głowy i podjęcia nieprawidłowej decyzji o skierowaniu go do Pomieszczenia dla Osób

Zatrzymanych w Komendzie Miejskiej Policji w W., wydając zaświadczenie o braku przeciwwskazań do osadzenia go w Izbie Wytrzeźwień.

Wyrokiem z dnia 28 sierpnia 2015 r. w sprawie o sygn. akt II K 316/15 Sad umorzył warunkowo postępowanie karne przeciwko J. M. na okres próby wynoszący rok.

Dowód:

- opinia Zakładu Medycyny Sądowej w S. z dnia 7.08.2014 r. oraz z 17.10.2014 r. – k. 169-174,

175-181

- wyrok SR w (...), sygn. akt II K 316/15 – k. 30

Postępowanie personelu medycznego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, w tym zwłaszcza lekarza J. M., było nieprawidłowe. Pomimo istniejących u pacjenta licznych obrażeń zewnętrznych, zwłaszcza okolicy twarzoczaszki i mózgowcowej nie przeprowadzono diagnostyki neuroobrazowej, poza wykonaniem RTG czaszki, co było działaniem niewystarczającym, gdyż w oparciu o standardowe RTG nie było możliwe rozpoznanie krwaka śródczaszkowego. Objawy prezentowane przez poszkodowanego powiązane ze stanem upojenia alkoholowego, przy czym nawet nie oznaczono poziomu alkoholu we krwi. Obecność tak licznych obrażeń zewnętrznych u osoby znajdującej się w stanie nietrzeźwości powinna wywołać u personelu podejrzenie, że poszkodowany mógł doznać poważniejszych obrażeń, niż te, które bardzo lakonicznie, skrótowo i w niepełny sposób zostały opisane w dokumentacji medycznej. Gdyby pacjent został zbadany szczegółowo, zgodnie z elementarnymi zasadami przeprowadzenia badania przedmiotowego, być może zauważono by również liczne obrażenia tułowia oraz kończyn górnych i dolnych (opisane szczegółowo dopiero w protokole oględzin i sekcji zwłok), które wraz z obrażeniami okolicy twarzoczaszki i mózgowcowej jednoznacznie wskazywałyby, że pacjent mógł doznać poważniejszych obrażeń wewnętrznych np. w wyniku pobicia czy wielokrotnych upadków na twarde podłoże spowodowanych stanem nietrzeźwości. Jeśli nie dokonano oględzin ciała pacjenta, to jak możliwe było przeprowadzenie szczegółowego badania neurologicznego. Opis obrażeń wskazuje, że najprawdopodobniej dokonano jedynie oględzin głowy i okolicy twarzy, odnotowując lakonicznie widoczne obrażenia. Nawet badanie przedmiotowe okolicy twarzy było pobieżne i niedokładne, skoro nie rozpoznano choćby podejrzenia złamania kości nosa, a rozpoznanie takie pojawiło się już wstępnie u Zespołu (...), który przetransportował pacjenta do Szpitala Oddziału (...) w dniu 30.08.2013 r. Nie wykonano również jakichkolwiek badań laboratoryjnych, co praktycznie uniemożliwiło jakąkolwiek diagnostykę stanu ogólnego chorego. Gdyby chory został poddany zwykłej obserwacji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, możliwe byłoby zlecenie podstawowych badań laboratoryjnych, jak choćby morfologii krwi, elektrolitów, poziomu alkoholu we krwi. Zaniechanie tych procedur uniemożliwiło rozpoznanie u pacjenta małopłytkowości, która przy istniejących obrażeniach zewnętrznych głowy mogła wskazywać na predyspozycje do krwawienia śródczaszkowego, nawet jeśli jeszcze objawy neurologiczne nie były uchwytne lub maskowane przez stan upojenia alkoholowego. Nie można więc mówić o zachowaniu należytej staranności personelu medycznego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w stosunku do postępowania z pacjentem B. O. (1). Stan nietrzeźwości niewątpliwie mógł maskować objawy neurologiczne narastającego krwaka podtwardówkowego, a sam pacjent był mało współpracujący, niegrzeczny, agresywny wobec personelu. Okoliczność ta nie może być jednak przesłanką do bagatelizowania stanu pacjenta przy współistniejących tak licznych obrażeniach zewnętrznych i braku możliwości zebrania dokładnego wywiadu odnośnie okoliczności urazu. Umieszczenie pacjenta w Pomieszczeniu dla Osób Zatrzymanych było błędem i opóźniło o kilkanaście godzin rozpoznanie obrażeń czaszkowo-mózgowych u poszkodowanego. Pomieszczenie dla Osób Zatrzymanych nie jest miejscem, gdzie można w sposób staranny obserwować stan neurologiczny pacjenta, tym bardziej że funkcjonariusze Policji nie mają w tym zakresie odpowiednich kompetencji. Nie ma jednak żadnej pewności gwarancji, że wcześniejsze wdrożenie leczenia neurochirurgicznego uratowałoby życie chorego, choć niewątpliwie zwiększyłyby szansę na przeżycie i poprawiło rokowanie. Opóźnienie wdrożenia leczenia zabiegowego i odbarczenie krwaka podtwardówkowego pogorszyło rokowanie i zmniejszyło szanse na przeżycie chorego. Należy natomiast podkreślić, że prawidłowe postępowanie personelu medycznego w Szpitalu (...) w Ś. i niezwłocznie przekazanie pacjenta do najbliższego oddziału

neurochirurgicznego w sposób istotny poprawiłoby rokowanie co do przeżycia, gdyż przede wszystkim poszkodowany nie spędziłby niepotrzebnie prawie 9 h w Pomieszczeniu dla Osób Zatrzymanych, co niewątpliwie istotnie pogorszyło rokowanie, gdyż w tym czasie narastał krwaki podtwardówkowy i obrzęk mózgu, a pacjent pozbawiony był opieki personelu medycznego. Przeprowadzenie prawidłowego, a nie pobieżnego badania przedmiotowego poszkodowanego, przyspieszyłoby wykonanie zabiegu operacyjnego u pacjenta. Brak przeprowadzenia diagnostyki w Szpitalu (...) spowodował, iż po przyjęciu do szpitala w W. konieczne było przeprowadzenie całej diagnostyki od podstaw, co niewątpliwie miało wpływ na termin wykonania operacji. Przekazanie pacjenta do najbliższego oddziału neurochirurgicznego w sposób istotny poprawiłoby rokowanie co do przeżycia B. O. (1).

Analiza dokumentacji medycznej z Oddziału Neurochirurgicznego (...) imienia S. w W. nie wskazuje by doszło do jakiegoś szczególnego i nieuzasadnionego opóźnienia w przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego. Stan nietrzeźwości nie miał wpływu na przebieg pooperacyjny ani w sposób bezpośredni nie wpłynął na zgon pacjenta.

Dowód:

- opinia sądowo- lekarska Katedry Zakładu (...) w P. – k. 262 -274;

- opinia uzupełniająca sądowo- lekarska Katedry Zakładu (...) w P. – k. 292-298;

Przedstawicielka ustawowa małoletniego powoda wystąpiła do strony pozwanej o wypłacenie zadośćuczynienia na rzecz swoją i małoletniego syna. Spotkała się jednak z odmową wypłaty zadośćuczynienia. Wypłaty odmówił również (...) S.A. u którego strona pozwana posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego.

Dowód:

- wezwanie do zapłaty – k. 31-35, 39-42;

- odpowiedź strony pozwanej – k. 36,43

- pismo (...) – k. 37- 38

B. O. (1) był ojcem małoletniego powoda. Żył w konkubinacie a matką małoletniego przez (...) lat. Dzierżawił pola uprawne, które uprawiał i uzyskiwał z tego tytułu dochody. Zarówno jemu jak i jego rodzinie niczego nie brakowało. Pracował też w (...) jako pracownik budowlany przez kilka lat. Po narodzinach syna M. K. wraz z dzieckiem i córkami z innego związku zamieszkała z B. O. (2) w G.. Małoletni był jedynym synem B. O. (1), z którym ten był bardzo mocno związany emocjonalnie. Każdą wolną chwilę spędzali razem. Ojciec zabierał małoletniego wraz z całą rodziną na wakacje i zimowe ferie. Na pogrzebie ojca R. krzyczał do księdza by oddał mu tatusia. Małoletni wspomina ojca bardzo często, w miarę możliwości odwiedza jego grób, położony w Ż.. R. ma w pokoju mnóstwo zdjęć taty, za każdym razem reaguje płaczem, gdy się go wspomina. Po śmierci ojca miał ataki agresji, problemy w kontaktach z rówieśnikami i pogorszył się w nauce.

Ze względu na występujące u małoletniego zaburzenia po śmierci ojca przedstawicielka ustawowa małoletniego była zmuszona korzystać z pomocy psychologa. Sytuacja materialna rodziny po śmierci B. O. (2) bardzo się pogorszyła, w chwili obecnej jedyne źródło utrzymania stanowi renta rodzinna przyznana małoletniemu oraz renta przyznana M. K. ze względu na problemy ze stawami. Rodzinę wspomaga w miarę możliwości córki M. A. K. i N. K. oraz siostra M. – B. F..

B. O. (2) przed śmiercią znalazł się w Ś., ponieważ stąd pochodził. W przeciągu dwóch ostatnich lat życia stracił całą najbliższą rodzinę. Najpierw zmarła siostra jego matki, później matka, następnie w wypadku samochodowym zginął jego brat, a kilka miesięcy po wypadku, bratanek popełnił samobójstwo. B. O. (2) był tą sytuacją załamany.

Ojciec małoletniego był uzależniony od alkoholu. M. K. próbowała mu pomóc w wyjściu z nałogu, jednak jego stan po śmierci bliskich mu osób znacznie się pogorszył.

Dowód:

- zeznania świadka A. K. – k. 214-216
- zeznania świadka N. K. – k. 225-226
- zeznania świadka B. F. – k. 236-237
- zeznania przedstawicielki ustawowej małoletniego M. K. - k. 321

Sąd dokonał ustaleń faktycznych na podstawie powołanych dowodów w postaci dokumentów, zeznań świadków oraz opinii zespołu biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w P. a także opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w S. wydanych dla potrzeb postępowania karnego, które uznał za wiarygodne we wskazanym wyżej zakresie.

W ocenie Sądu, na wiarę zasługują dowody w postaci dokumentów, w tym w szczególności w postaci dokumentacji leczenia B. O. (1) w pozwanej placówce leczniczej oraz w Szpitalu im. (...) w W.. Wskazać należy, iż strona powodowa nie podnosiła żadnych zarzutów dotyczących ich wiarygodności. Wymienione dokumenty nie noszą cech fałszu, są kompletne. Wskazać należy, iż dokumentacja leczenia pacjenta w placówce u pozwanego prowadzona była niedokładnie. Nie zawierała pełnego opisu stanu zdrowia pacjenta, zaleconych czynności leczniczych i sposobu ich wykonania. Wskazać należy, iż obserwacje lekarza nie znajdują pełnego odzwierciedlenia w zapisach obserwacji pielęgniarских (te są szersze).

Sąd uznał za wiarygodne zeznania świadków, którzy opisali stan małoletniego powoda po utracie ojca oraz jego sytuację materialną przed śmiercią B. O. (1) i w chwili obecnej. Zeznania te są logiczne, konsekwentne i szczere, a nadto znajdują odzwierciedlenie w zeznaniach przedstawicielki ustawowej małoletniego.

Wydane przez katedrę medyczną opinie w rozpoznawanej sprawie nie zawierają żadnych luk czy wątpliwości, które pozwalałyby podważyć prawidłowość przeprowadzonego przez biegłych rozumowania i ostatecznej oceny zaprezentowanej w przedstawionych wnioskach. Podkreślić należy, iż biegli w swej opinii odniósł się szczegółowo do każdego etapu leczenia i jednoznacznie stwierdzili, że postępowanie personelu medycznego w pozwanym szpitalu nie było prawidłowe.

Istotnym jest w tym miejscu wskazanie, że opinia biegłego ma ułatwić sądowi dokonanie oceny dowodów w sytuacji, gdy potrzebne są wiadomości specjalne, tj. wiedza fachowa z danej dziedziny, a biegły powinien ograniczyć się do oceny stanu faktycznego okoliczności rozstrzyganej sprawy i zgodności postępowania lekarza z zasadami wiedzy medycznej i jego obowiązkami (zob. wyroku SN z 1.12.1998 r., III CKN 741/98, L.).

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie.

Podstawą odpowiedzialności pozwanego Szpitala kształtuje się na zasadach ogólnych określonych w art. 430 k.c.

Zgodnie z treścią art. 430 k.c. kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonych jej czynności. Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy, a więc przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie wyżej wskazanego przepisu wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony.

Odnosząc się do roszczeń dochodzonych przez powoda jako osoby najbliższej zmarłego B. O. (1) (poszkodowanego) w oparciu o art. 446 k.c. stwierdzić należy, że naprawienie szkody może nastąpić tylko i wyłącznie w przypadku,

gdy skutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego. Wynika z tego – co wyraźnie należy podkreślić – że do przyjęcia odpowiedzialności za tę szkodę, pomiędzy szkodą wskazywaną u poszkodowanego a jego śmiercią musi istnieć związek przyczynowy, o którym traktuje art. 361 § 1 k.c. (zob. wyrok SA w Łodzi z 10.05.2012 r., I ACa 331/12, niepubl.).

W ocenie Sądu, powód wykazał zgodnie z treścią przepisu art. 6 k.c., że lekarz zatrudniony u strony pozwanej J. M. podczas przyjęcia pacjenta do szpitala popełnił błąd w sztuce medycznej skutkujący śmiercią, a jego działanie było zawinione.

Przesłankami odpowiedzialności na podstawie powołanego przepisu art. 430 k.c. jest: wyrządzenie szkody osobie trzeciej przez podwładnego, wina podwładnego, wyrządzenie szkody przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności. Nadto między osobą powierzającą wykonanie czynności, a tym komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. W doktrynie i judykaturze przyjmuje się, że chodzi o pojęcie podporządkowania tylko ogółnoorganizacyjne. W konsekwencji tego, stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji, np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii (stanowisko takie zostało przedstawione w tezie 8 do art. 430 k.c. Komentarz do Kodeksu Cywilnego Księga Trzecia, Zobowiązania tom 1, pod redakcją Gerarda Bieńka, Wydanie 7 LexisNexis Warszawa 2006 s. 389).

Warunkiem odpowiedzialności pozwanego Szpitala jest kumulatywne spełnienie wszystkich wymienionych wyżej przesłanek.

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

Przez błąd lekarski należy rozumieć obiektywny element winy. Stwierdzenie błędu lekarza dostarcza jedynie naukowych kryteriów oceny postępowania lekarza i oznacza jedynie, że postępowanie lekarza wywołuje określone zastrzeżenia z naukowego punktu widzenia. Stanowi jedynie teoretyczną ocenę tego postępowania, którą następnie należy skonfrontować z pełnym zakresem powinności lekarza i konkretnymi warunkami, w jakich miało miejsce jego postępowanie (tak M. Sośniak „Cywilna odpowiedzialność lekarza”, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977, s. 98-100).

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

Błąd terapeutyczny zachodzi w przypadku niewłaściwej metody lub wadliwego sposobu leczenia. Błąd terapeutyczny może polegać także na przeprowadzeniu zabiegu pomimo istnienia w tym względzie przeciwwskazań lekarskich. Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu medycznego jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego powstanie wymaga zaistnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego. Błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy

lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo. Stwierdzenie błędu w sztuce medycznej, w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miała miejsce interwencja lekarza, jest natomiast całkowicie niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Innymi słowy w sprawie, w której powód wywodzi odpowiedzialność jednostki medycznej ze zdarzenia, którym jest błąd w sztuce lekarskiej, lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny występuje w wypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej (por. wyrok SN z 18.01.2013 roku, IV CSK 431/12, niepubl.).

Odnosząc się do przesłanki odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego w postaci adekwatnego związku przyczynowego wskazać należy na treść art. 361 § 1 k.c., zgodnie z którym zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Zatem, warunkiem skutecznego domagania się naprawienia szkody na osobie (oprócz faktu jej wyrządzenia) jest adekwatny związek przyczynowy pomiędzy określonym faktem, z którym norma prawna wiąże obowiązek odszkodowawczy a szkodą, w tym przypadku śmiercią B. O. (3).

Badając istnienie adekwatnego związku przyczynowego najpierw stwierdzamy istnienie między badanym zachowaniem a szkodą powiązania typu *conditio sine qua non* (tzw. test warunku koniecznego). Stwierdzenie natomiast, że pomiędzy zachowaniem a powstaniem szkody istnieje związek przyczynowy typu *conditio sine qua non* pozwala przejść do drugiego etapu, polegającego na badaniu, czy jest to związek przyczynowy normalny (adekwatny). W orzecnictwie następstwo uznawane jest za „normalne”, jeśli „w danym układzie stosunków i warunków oraz w zwyczajnym biegu rzeczy, bez zaistnienia szczególnych okoliczności, szkoda jest zwykłym następstwem” tego zdarzenia (zob. wyrok SN z 26.01.2006 r., II CK 372/05, L.; wyrok SN z 28.04.2004 r., III CK 495/02, LEX). Sąd Najwyższy natomiast w wyroku z dnia 20 października 2011 roku wydanym w sprawie o sygn. akt III CSK 351/10 (LEX) podkreślił, że normalnymi następstwami zdarzenia, z którego wynikła szkoda, są te, które tego rodzaju zdarzenie jest w stanie wywołać w zwyczajnym biegu rzeczy, a nie tylko na skutek szczególnego zbiegu okoliczności, który z reguły je wywołuje. Natomiast anormalne jest następstwo, gdy doszło do niego z powodu zdarzenia niezwykle, nienormalnego, niemieszczącego się w granicach doświadczenia życiowego, na skutek nadzwyczajnego zbiegu okoliczności, którego przeciętnie nie bierze się w rachubę.

Podstawowym zagadnieniem w rozpoznawanej sprawie było wyjaśnienie, czy podczas przyjęcia poszkodowanego w pozwany Szpital doszło do błędu medycznego. Na tak postawione pytanie należy udzielić odpowiedzi pozytywnej.

W literaturze wskazuje się, że postawienie sprawcy szkody zarzutu niedbalstwa, czyli niezachowania wymaganej w danych warunkach staranności, wymaga zestawienia i porównania postępowania konkretnego sprawcy z modelowym, abstrakcyjnie ujętym zachowaniem się wzorca postępowania, tzw. dobrego fachowca. Uwzględnić przy tym należy przy wykonywaniu danych czynności należy odwołać się do wiedzy medycznej, procedur postępowania, doświadczenia zawodowego i etyki zawodowej. Wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze lekarz zobowiązany jest prowadzić z należytą starannością poświęcając na nie niezbędny czas. 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. Koniecznym jest także, zbadanie czy lekarz przy zachowaniu należytej staranności wymaganej w danych warunkach i przy wykorzystaniu wszelkich dostępnych w danych warunkach, okolicznościach metod i środków mógł błędu uniknąć i nie dopuścić do wyrządzenia szkody (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, (...) 2000 r. nr 6-7 s.163). Przy ocenie przesłanki winy należy mieć na uwadze treść art. 355 k.c., określającego próg wymaganej w obrocie staranności. Personel medyczny ma zatem obowiązek działania z należytą starannością, zgodnie z zasadami wiedzy lekarskiej, jednak co do zasady nie odpowiada za wystąpienie określonego efektu (np. wyleczenie chorego), lecz tylko za przedsięwzięcie wszelkich możliwych czynności, które są w danej sytuacji możliwe. Odpowiedzialność

lekarza będzie wyłączona wówczas, gdy dochował należytej staranności lub był ograniczony stanem wiedzy medycznej. Przede wszystkim personel medyczny nie może narażać pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia (patrz wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 29 września 2005 roku, I ACa 510/05, Prawo i Medycyna (...), s. 134). Zgodnie z art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Co do zasady normalne następstwa zdarzenia, z którego wynika szkoda, to takie, które to zdarzenie ogólnie jest w stanie wywołać w normalnym biegu rzeczy. Będą wykraczać poza tę normalność jedynie takie zdarzenia, które są wynikiem okoliczności nadzwyczajnych, niezwykłych, nie mieszczących się w ramach doświadczenia życiowego, a więc takie, których normalnie nie bierze się pod uwagę. Adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, w myśl art. 6 kc 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**. Podkreślenia wymaga, że 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 zaniechanie lekarza. Podkreśla się również, że żądanie absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby ani realne, ani uzasadnione. Dowód zatem, że jakiś inne przyczyny (oprócz niedbalstwa lekarza) mogły, lecz nie musiały spowodować u pacjenta szkodę, 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). **Należy zauważyć, iż związek przyczynowy może występować jako normalny również w sytuacji, gdy pewne zdarzenie stworzyło warunki do powstania innych zdarzeń, z których dopiero ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody**. Nawet pośredni związek przyczynowy pomiędzy wadliwym działaniem lub zaniechaniem a szkodą może uzasadniać odpowiedzialność za szkodę. Taka sytuacja zaistniała w sprawie niniejszej. Zarówno bowiem z opinii biegłych sporządzonych na potrzeby niniejszego procesu jak i biegłych sporządzających opinie w sprawie karnej, wynika, iż zachowanie lekarza zatrudnionego u strony pozwanej - J. M. było nieprawidłowe. Przede wszystkim lekarz nie przeprowadził badania neuroobrazowego, wskazanego w takim przypadku, a dodatkowo odstępując od przeprowadzenia takiego badania nie pozostawił pacjenta nawet na obserwacji na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Nie przeprowadził też dokładnego badania przedmiotowego, pomijając chociażby obrażenia ciała poszkodowanego poza twarzą, czy też złamanie nosa.

Przechodząc do kwestii związanych z wysokością odszkodowania na rzecz małoletniego powoda zauważyć należy, że zgodnie z zapisem treści art. 446 § 3 k.c. przez znaczne pogorszenie się sytuacji życiowej należy rozumieć wszelkie niekorzystne zmiany bezpośrednio w sytuacji materialnej najbliższych członków rodziny zmarłego, jak też zmiany w sferze dóbr niematerialnych, które jednak rzutują na ich sytuację materialną, przy czym pogorszenie sytuacji życiowej polega nie tylko na pogorszeniu obecnej sytuacji materialnej, lecz także na utracie realnej możliwości polepszenia warunków życia w przyszłości. W szczególności jak wyjaśnił to Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 25 IV 2020 r. wydanym w sprawie II CSK 535/18 „Szkoda, o jakiej mowa w przepisie art. 446 § 3 k.c., może polegać na rozstroju zdrowia osoby pośrednio poszkodowanej, związanym ze stresem i przeżyciami wywołanymi zgonem osoby bliskiej. Jeśli stan zdrowia tej osoby prowadzi do utraty energii, sił życiowych, ujemnie rzutuje na wszystkie sfery jej życia po śmierci osoby bliskiej, osłabia motywację do kształcenia się, zdobywania kwalifikacji, pracy zarobkowej, zmniejsza efektywność w zdobywaniu środków utrzymania, gromadzeniu zasobów, a zatem pogarsza jej perspektywy na przyszłość, to niewątpliwie okoliczności te powodują znaczne pogorszenie sytuacji życiowej, wywołując odczuwalne skutki ekonomiczne kompensowane odszkodowaniem, o którym mowa w tym przepisie. Znaczne pogorszenie sytuacji życiowej może polegać także na pozbawieniu osoby pośrednio poszkodowanej możliwości korzystania z faktycznego wsparcia udzielanego jej wcześniej przez osobę bliską. Świadczenia te, jakkolwiek trudno wyliczalne, mają niewątpliwie swój wymiar majątkowy, bowiem zwalniają uprawnionych z konieczności pokrywania ich kosztów.”. Zdaniem Sądu z takim właśnie znacznym pogorszeniem się sytuacji życiowej mamy do czynienia w przypadku powoda. Pogorszenie sytuacji życiowej o jakim mowa w tym przepisie obejmuje szkody, które tylko do pewnego

stopnia ogólności poddają się materialnej wycenie. Ich ściśle wyliczenie nie jest możliwe. Dlatego też art. 446 § 3 k.c. przewidując przyznanie „stosownego” odszkodowania, bez bliższego wskazania kryteriów, które miałyby decydować o „stosowności” odszkodowania. Oznacza to, że określenie wysokości konkretnego świadczenia z tego tytułu należy do sądu, który powinien w tym zakresie uwzględnić wszystkie okoliczności danej sprawy (wyrok SN z 3 VII 2008 r., IV CSK 113/08, z 28 V 2014 r., I CSK 332/13). Sąd miał na uwadze również to, że odszkodowanie przyznane na podstawie art. 446 § 3 k.c. nie jest odszkodowaniem pełnym w rozumieniu art. 361 § 2 k.c., lecz z woli ustawodawcy „stosownym”, tj. takim, które ułatwi przystosowanie się uprawnionemu do zmienionej sytuacji życiowej. Ze swej natury jest to kompensacja o charakterze ryczałtowym (wyrok SA w Warszawie z 23 II 2018 r., I ACa 2091/16). Odnosząc powyższe rozważania natury ogólnej do okoliczności niniejszej sprawy, Sąd miał na uwadze, że zmarły B. O. (1) mimo choroby alkoholowej był głównym żywicielem rodziny. To on w największej mierze przyczyniał się do tego, że rodzina, zarówno syn i konkubina jak i córki partnerki z poprzednich związków, żyła na dobrym poziomie. Zmarły dzierżał pola uprawne na których zatrudniał pracowników, a dodatkowo pracował na budowach w (...). Co miesiąc łożył na utrzymanie rodziny kwotę 2 000 zł, a dodatkowo dawał pieniądze na wycieczki syna czy inne szkolne wyjścia. Zabierał też całą rodzinę na wakacje i ferie zimowe. Po śmierci ojca powodowi została przyznana renta rodzinna, która wynosiła w 2017 r. 870 zł.

Wraz z odejściem B. O. (1) zabrakło osoby, która wcześniej stale wykonywała czynności związane z utrzymaniem domu w należytym stanie i której dochody pozwalały na prawidłowe funkcjonowanie rodziny. Mając to na uwadze Sąd uznał, że dochodzona przez powoda kwota 30 000,00 zł jest jak najbardziej uzasadniona jako odszkodowanie w przedmiotowej sprawie.

Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych tzw. błędów medycznych określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z brzmieniem art. 4 ust. 1 wskazanej ustawy, „w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego”. Ów przepis prawny pozwala dochodzić zadośćuczynienia za krzywdę, powstałą w wyniku naruszenia praw pacjenta, które ustawodawca konkretyzuje w przepisach kodeksu cywilnego. Jednym ze zdarzeń, powodujących naruszenie praw pacjenta są niewątpliwie „błędy medyczne”, „błędy lekarskie” lub „błąd w sztuce lekarskiej”. Choć ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie używa tego pojęcia, to konkretyzuje chociażby prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, czy prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Zatem każdy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ponosi odpowiedzialność za niedołożenie należytej staranności w świadczeniu usług zdrowotnych.

W ocenie Sądu zgodzić się należało również z wysokością dochodzonego przez powoda zadośćuczynienia w żądanej przez niego kwocie 80 000,00 zł, która w okolicznościach niniejszej sprawy stanowi kwotę odpowiednią w rozumieniu art. 446 § 4 k.c. Wymaga podkreślenia, że przepis ten ma na celu zadośćuczynienie najbliższym członkom rodziny osoby zmarłej w wyniku czynu niedozwolonego doznanej przez nich krzywdy, a więc naprawienie szkody niemajątkowej. Zadośćuczynienie przewidziane w powołanej normie prawnej nie jest zależne od pogorszenia sytuacji życiowej osoby bliskiej w wyniku śmierci bezpośrednio poszkodowanego, lecz jego celem jest kompensacja krzywdy i złagodzenia cierpienia psychicznego, wywołanego śmiercią osoby najbliższej oraz pomoc poszkodowanemu w dostosowaniu się do zmienionej, w związku z tym, jego sytuacji życiowej (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 10 maja 2012 r., IV CSK 416/11, i z dnia 20 grudnia 2012 r., IV CSK 192/12). Zadośćuczynienie to ma bowiem zrekompensować krzywdę wynikającą z naruszenia dobra osobistego, którym jest prawo do życia w pełnej rodzinie i ból spowodowany utratą najbliższej osoby. W orzecznictwie podkreśla się przy tym, iż na rozmiar krzywdy podlegającej naprawieniu – w rozumieniu cytowanej normy prawnej – mają wpływ przede wszystkim wstrząs psychiczny i cierpienia moralne wywołane śmiercią osoby najbliższej, poczucie osamotnienia i pustki po jej śmierci, rodzaj i intensywność więzi łączącej pokrzywdzonego ze zmarłym, rola w rodzinie pełniona przez osobę zmarłą, wystąpienie zaburzeń będących skutkiem śmierci osoby najbliższej, stopień, w jakim pokrzywdzony będzie umiał odnaleźć się w nowej rzeczywistości

i zdolność do jej zaakceptowania, wiek zarówno zmarłego, jak i pokrzywdzonego (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2011 r., III CSK 279/10, z dnia 7 marca 2014 r., IV CSK 374/13). Niewątpliwym jest także, że doznana w wyniku śmierci bliskiej osoby krzywdę bardzo trudno ocenić i wyrazić w formie pieniężnej. Każdy przypadek winien być zaś rozpatrywany indywidualnie, przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy. Uwadze ujęć przy tym nie może, że zadośćuczynienie przewidziane w art. 446 § 4 k.p.c. stanowi odzwierciedlanie rozmiaru krzywdy wyrażonego w formie pieniężnej. Krzywda ta nie jest jednak zależna od statusu materialnego pokrzywdzonego. Jedynie zatem rozmiar zadośćuczynienia może być odnoszony do stopy życiowej społeczeństwa, która pośrednio może rzutować na jego umiarkowany wymiar. Przesłanka „przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa” ma więc charakter uzupełniający i ogranicza wysokość zadośćuczynienia tak, by jego przyznanie nie prowadziło do wzbogacenia osoby uprawnionej, nie może jednak pozbawiać zadośćuczynienia jego zasadniczej funkcji kompensacyjnej i eliminować innych czynników kształtujących jego rozmiar (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 12 września 2002 r. IV CKN 1266/00 i z dnia 3 czerwca 2011 r. III CSK 279/10). W sprawie niniejszej niewątpliwym jest, że powód na skutek śmierci ojca doznał znacznej krzywdy. Łącząca skarżącego ze zmarłym więź była bardzo silna, o czym świadczą zeznania świadków jak i matki powoda. Małoletni w chwili śmierci B. O. (1) miał zaledwie (...) lat. Był jedynym dzieckiem zmarłego, co niewątpliwie wpływało na stopień łączącej ich bliskości. Sąd nie ma wątpliwości, że śmierć ojca, a więc w istocie jednej z najbliższych powodowi osób, spowodowała nagle zerwanie więzi rodzinnych, rodząc po stronie dziecka poczucie krzywdy i osamotnienia. Utrata tak ważnego członka rodziny bezsprzecznie była dramatycznym przeżyciem i niosła ze sobą negatywne konsekwencje w sferze psychicznej i emocjonalnej powoda, co potwierdzają zeznania świadków wskazujące na zachowanie R. O. na cmentarzu w trakcie pogrzebu, czy też wywieszenie licznych fotografii zmarłego w pokoju małoletniego. Ojciec stanowił dla powoda wsparcie, którego aktualnie nie może już oczekiwać. W ocenie Sądu, prawidłowa ocena wszystkich okoliczności sprawy nakazywała zatem przyznanie żądanej przez powoda kwoty 80 000,00 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Sąd nie przychylił się do wniosku strony pozwanej o uwzględnienie przyczynienia się poszkodowanego do zaistniałej sytuacji i tym samym obniżenie należnych roszczeń dochodzonych pozwem. W ocenie Sądu uznanie, że pozostawianie B. O. (1) pod wpływem alkoholu w momencie przyjęcia do szpitala nie może stanowić okoliczności przemawiających za obniżeniem zadośćuczynienia i odszkodowania na rzecz powoda. Z dokumentacji medycznej zmarłego, jak i zeznań świadków wynika, że był on osobą uzależnioną od alkoholu. Uznanie przyczynienia po stronie pokrzywdzonego stanowiłoby w ocenie Sądu „ciche” przyzwolenie na traktowanie przez personel medyczny osób pod wpływem alkoholu inaczej niż osób trzeźwych, co nie powinno mieć miejsca.

Decydując o odsetkach od zasądanego zadośćuczynienia i odszkodowania Sąd miał na uwadze, że zgodnie z utrwalonym orzecnictwem wyrok zasądzający zadośćuczynienie ma charakter deklaracyjny, a nie konstytutywny (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 lutego 2011 r., I CSK 243/10, publik. LEX nr 848109). O ustaleniu początkowej daty świadczenia odsetkowego decyduje to, czy zadośćuczynienie zostało określone biorąc pod uwagę stan rzeczy istniejący w chwili wyrokowania, czy też stan rzeczy istniejący we wcześniejszej dacie, na przykład w dacie zgłoszenia żądania zapłaty zadośćuczynienia, kiedy znane były już wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy, a tym samym wysokość zadośćuczynienia. Mając to na uwadze Sąd zasądził odsetki zgonie z roszczeniem pozwu, od daty jego wniesienia.

O kosztach procesu orzeczono na mocy art. 98 k.p.c., zobowiązując jednocześnie do pokrycia przez stronę pozwaną wszystkich wydatków poniesionych w sprawie, pokrytych tymczasowo przez Skarb Państwa – Sąd Okręgowy w Świdnicy.