

Sygn. akt XXV C 2350/20

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 grudnia 2022 roku

Sąd Okręgowy w Warszawie XXV Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: sędzia Tomasz Gal

Protokolant sekretarz sądowy Katarzyna Nawrocka

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 12 grudnia 2022 roku w Warszawie

sprawy z powództwa M. B.

przeciwko Szpitalowi (...) w Z. Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej i (...) S.A. w W.

o zapłatę

orzeka:

1) zasądza od Szpitala (...) w Z. Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej oraz (...) S.A. w W. na rzecz M. B. kwotę 60.000 zł (sześćdziesiąt tysięcy złotych) z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 16 lutego 2020 r. do dnia zapłaty co do (...) S.A. w W. oraz liczonymi od dnia 20 sierpnia 2020 r. do dnia zapłaty co do Szpitala (...) w Z. Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej i zarazem zastrzega, że w zakresie wyżej wymienionej kwoty 60.000 zł (sześćdziesiąt tysięcy złotych) i odsetek ustawowych za opóźnienie liczonych od dnia 20 sierpnia 2020 r. do dnia zapłaty spełnienie świadczenia przez jednego z wyżej wymienionych pozwanych zwalnia drugiego pozwanego z odpowiedzialności wobec M. B.,

2) oddala powództwo w pozostałej części,

3) ustala, że powódka w stosunku do obojga pozwanych wygrał niniejszy spór w 66,66 % oraz ustala, że powódka nie zostaje obciążona kosztami procesu w zakresie kosztów poniesionych już tymczasowo przez Skarb Państwa (opłata sądowa od pozwu i wydatki) w części w jakiej przegrała niniejszy spór, pozostawiając wyliczenie kosztów procesu referendarzowi sądowemu.

Sygn. akt **XXV C 2350/20**

## UZASADNIENIE

**M. B.** wystąpiła w niniejszej sprawie o zasądzenie solidarnie od (...) **S.A. w W.** (dalej: (...)) oraz **Szpitala (...)** w **Z. SPZOZ** (dalej: Szpital):

1. Kwoty 60 000 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie:

a. w przypadku pozwanego (...) od dnia 16 lutego 2020 r. do dnia zapłaty,

b. w przypadku pozwanego Szpitala od dnia 20 listopada 2018 r. do dnia zapłaty,

- z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego,

2. Kwoty 30 000 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie:

a. w przypadku pozwanego (...) od dnia 16 lutego 2020 r. do dnia zapłaty,

b. w przypadku pozwanego Szpitala od dnia 20 listopada 2018 r. do dnia zapłaty,

- z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego.

Powódka wniosła ponadto o zasądzenie od pozwanych na swoją rzecz solidarnie zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Uzasadniając roszczenie o zapłatę kwoty 60.000 zł powódka wskazała, że stanowi ono zadośćuczynienie za doznaną przez powódkę krzywdę (art. 448 k.c.) spowodowaną błędem medycznym popełnionym przez personel medyczny pozwanego Szpitala, polegającym na: pomyleniu tętnicy udowej z żyłą i jej przecięciu w trakcie operacyjnego zabiegu usunięcia żyłaków w dniu 13 października 2017 r.; nieprawidłowym zszyciu tętnicy udowej po uprzednim jej przecięciu w trakcie operacyjnego zabiegu usunięcia żyłaków, przeprowadzonego w dniu 13 października 2017 r. Według powódki do skutków tego błędu medycznego należy zaliczyć: znaczne przedłużenie procesu leczenia powódki oraz nadmierną jego uciążliwość, konieczność, konieczność przeprowadzenia kolejnej rozległej operacji, polegającej na rekonstrukcji tętnicy udowej powierzchownej prawej wstawką z żyły piszczelowej kończyny lewej w dniu 17 października 2017 r., powstanie dwóch dużych blizn na każdej z kończyn dolnych, trwałe uszczerbek na zdrowiu powódki, oszpecenie ciała powódki, konieczność długiego dochodzenia przez powódkę do sprawności fizycznej, jak i znaczne zintensyfikowanie odczuwanego przez nią bólu, narażenie powódki na utratę życia lub zdrowia. Powódka wskazywała nadto, że w przebiegu pooperacyjnym towarzyszyły jej liczne dolegliwości bólowe, a także wzmożony niepokój związany z narażeniem jej zdrowia. Powódka mogła zacząć normalnie funkcjonować dopiero po około dwóch miesiącach od zdarzenia, podczas gdy według zapewnień lekarza, po operacji żyłaków miała wrócić do pełnej sprawności po upływie 2-3 dni. Powódka z obawy o własne zdrowie nie podejmuje obecnie żadnego wysiłku fizycznego, bojąc się, że zaszyta tętnica udowa pęknie. Powódka jest młodą kobietą i pozostałe blizny wpływają na jej komfort psychiczny, stosunki intymne, powódka unika wyjścia na basen oraz opalania na plaży. Powódka odczuwa dolegliwości bólowe nóg przy aktywności fizycznej.

Roszczenie o zapłatę kwoty 30.000 zł stanowi natomiast zadośćuczynienie za zawinione naruszenie praw pacjenta (art. 6 ust. 1 oraz art. 8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zw. z art. 448 k.c.), tj. prawa do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, do których doszło w trakcie udzielania powódce świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny pozwanego Szpitala. Powódka upatrywała naruszenia przez pacjenta w: pomyleniu tętnicy udowej z żyłą i jej przecięciu w trakcie operacyjnego zabiegu usunięcia żyłaków w dniu 13 października 2017 r.; nieprawidłowym zszyciu tętnicy udowej po uprzednim jej przecięciu w trakcie operacyjnego zabiegu usunięcia żyłaków, przeprowadzonego w dniu 13 października 2017 r. Według powódki pozwany ad. 2 podczas leczenia naruszył jej prawo do świadczeń zdrowotnych zgodnych z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej oraz prawo powódki do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych.

Jako podstawę prawną odpowiedzialności pozwanego Szpitala powódka wskazała art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. podnosząc, że placówka medyczna odpowiada za zawinione działania lub zaniechania swojego personelu. Odpowiedzialność pozwanego (...) jest zdaniem powódki natomiast pochodną odpowiedzialności placówki medycznej i kształtuje się w oparciu o art. 822 k.c. (pozew z 03 lipca 2020 r. – k. 3-15v)

**(...) S.A. w W.** wnosił o oddalenie powództwa w całości. Pozwany ten przyznał, że obejmował ochroną ubezpieczeniową Szpital (...) w Z. SPZOZ. Ochrona dotyczyła odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Polisa ubezpieczeniowa nr (...) obejmowała okres od 01 stycznia 2017 r. do 31 grudnia 2017 r. i była ograniczona do kwoty 429 350,00 zł za zdarzenie. Pozwany ten nie kwestionował podstaw swojej odpowiedzialności, co do zasady, potwierdzając przebieg leczenia powódki w pozwanym Szpitalu oraz w Klinice (...) w

P.. W ocenie pozwanego (...) wypłacone w toku postępowania likwidacyjnego świadczenia, czynią zadość roszczeniom powódki, ich wysokość jest odpowiednia do rozmiaru doznanej przez powódkę krzywdy. Żądane przez powódkę kwoty są rażąco wygórowane i nieadekwatne do rozmiaru krzywdy wywołanej zdarzeniem ubezpieczeniowym. Według pozwanego brak jest podstaw do stwierdzenia, że świadczenia medyczne były udzielone powódce niezgodnie z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej i tym samym doszło do naruszenia art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta. Sam zabieg z 13 października 2017 r., podczas którego doszło do uszkodzenia tętnicy udowej prawej powierzchownej odpowiada aktualnej wiedzy medycznej. Niedbałe/niestaranne wykonanie czynności leczniczej, nie jest działaniem niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną. Dlatego roszczenie o zapłatę 30 000 zł z tego tytułu winno zostać oddalone. Pozwany zakwestionował również żądanie odsetkowe powódki, wskazując, że ewentualne odsetki od świadczenia pieniężnego powinny zostać ustalone od daty wyrokowania (odpowiedź na pozew pozwanego ad. 1 – k. 199-201v, pismo uzupełniające braki formalne odpowiedzi na pozew – k. 281).

**Szpital (...)** w Z. wnosił o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na swoją rzecz zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwany Szpital potwierdził przebieg leczenia powódki oraz zdarzenia faktyczne objęte podstawą faktyczną żądania, kwestionując jednak żądania powódki. Nie doszło bowiem do wystąpienia u powódki trwałych następstw zdarzenia medycznego. Powódka w momencie rozpoczęcia hospitalizacji nie była osobą całkowicie zdrową i sprawną, gdyż od czterech lat leczyła się na dolegliwości związane z żyłakami kończyn dolnych. Dolegliwości zgłaszane przez powódkę w pozwie nie dotyczą następstw zdarzenia medycznego w postaci przecięcia tętnicy, a wiążą je należy z nadal występującymi u powódki żyłakami kończyn dolnych. Rekonstrukcja tętnicy jest zabiegiem praktycznie wykluczającym jakikolwiek odległe powikłania. Samo leczenie związane z wszyciem wstawki żyłnej w miejsce uszkodzonej tętnicy przebiegło prawidłowo. Jedynym następstwem zdarzenia medycznego jest blizna po operacji naprawczej, przy czym blizna w okolicy pachwinowej prawej pokrywa się z blizną w wyniku operacji przeprowadzonej z powodu żyłaków kończyny dolnej prawej. W ocenie pozwanego ogólna kwota zadośćuczynienia w wysokości 90 000 zł, przy uwzględnieniu wypłaty powódce z tytułu zadośćuczynienia kwoty 12 000 zł, co łącznie oznaczałoby ustalenie kwoty zadośćuczynienia na poziomie kwoty 102 000 zł, jest rażąco zawyżona, biorąc pod uwagę stopień pogorszenia zdrowia powódki (odpowiedź na pozew pozwanego ad. 2 – k. 205-213).

**Powódka** ustosunkowując się do zarzutów i twierdzeń pozwanego ad. 2 wskazała, że pozwany Szpital ponosi odpowiedzialność za na zasadach wynikających z art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c., lekarz przeprowadzający operację działał w ramach zorganizowanej struktury organizacyjnej pozwanego szpitala, wykonując obowiązki wynikające ze służbowego podporządkowania. Ponadto jednym z zarzucanych błędów medycznych jest również nieprawidłowe zszywanie tętnicy udowej po uprzednim przecięciu jej w trakcie usunięcia żyłaków, operacji naprawczej, którą przeprowadzała również lek. K. N.. Próby wyłączenia odpowiedzialności przez pozwanego nie znajdują żadnego uzasadnienia. Według powódki zaproponowana przez pozwanego kwota jest deprecjacją dobra osobistego jaki jest zdrowie każdego człowieka (pismo procesowe z 28 września 2020 r. – k. 293-295v).

**Powódka** nie podzieliła zastrzeżeń formułowanych przez pozwanego (...) podnosząc, że kwota żadanego zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę nie jest wygórowana, zważywszy na rozmiar negatywnych następstw zdarzenia ubezpieczeniowego. Powódka podniosła nadto, że według samego lekarza orzecznika pozwanego (...) doszło do naruszenia praw pacjenta do udzielenia świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Odnosząc się do zarzutu pozwanego w zakresie roszczenia odsetkowego, powódka wskazała, iż zostało ono ustalone zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy z 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych „[...]” (pismo procesowe z 20 października 2020 r. – k. 300-301).

**Pozwany Szpital** odnosząc się do stanowiska powódki zawartego w piśmie procesowym z 28 września 2020 r. wskazał, że nie kwestionuje swojej odpowiedzialności za szkodę doznaną przez powódkę, a jedynie wskazuje, że jest ona oparta nie na art. 415 k.c., lecz na przepisie art. 430 k.c. Wykonujący zabieg lekarz realizował powierzone mu przez szpital na podstawie umowy cywilnoprawnej obowiązki podlegając kierownictwu szpitala i realizując jego wskazówki. Szpital ponosi odpowiedzialność na zasadzie ryzyka za szkodę wyrządzoną z winy lekarza. Pozwany ten

przyłączył się nadto do zarzutów formułowanych przez pozwanego (...) wskazujących na brak podstaw do twierdzenia, że świadczenia medyczne udzielone powódce, zostały udzielone niezgodnie z wymogami aktualnej wiedzy medycznej i tym samym doszło do naruszenia art. 6 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta (pismo procesowe z 28 października 2020 r. – k. 307-311).

Sąd zawiadomił w trybie art. 84 k.p.c. przypozwanym B. W. i (...) S.A. o toczącym się procesie, doręczając im odpisy pisma pozwanego ad. 2 z 18 sierpnia 2020 r. (zarządzenie z 02 września 2020 r. – k. 231), którzy jednak nie przystąpili do postępowania w charakterze interwenantów ubocznych (zpo z 24 września 2020 r. – k. 289v).

**Strony** podtrzymały stanowiska na rozprawie w dniu 12 grudnia 2022 r.

Na podstawie przedstawionego materiału dowodowego **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

Powódka została przyjęta do Szpitala (...) w Z. w dniu 12 października 2017 r. na podstawie skierowania z gabinetu lekarskiego lek. med. B. W., który na podstawie badania fizykalnego oraz badania USG zalecił leczenie operacyjne żyłaków prawej kończyny dolnej (okoliczność bezsporna; dowód: skierowanie do szpitala – k. 72; potwierdzenie terminu przyjęcia na leczenie szpitalne – k. 96; karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 19-19v).

W dniu 13 października 2017 r. w w/w Szpitalu została przeprowadzona u powódki przez lek. med. B. W., zatrudnionego przez ten Szpital na podstawie umowy cywilnoprawnej, operacja usunięcia żyłaków prawej kończyny dolnej. W trakcie zabiegu operator błędnie uznał tętnicę udową powierzchwniową za żyłę i dokonał jej przecięcia. Błąd został dostrzeżony w trakcie zabiegu przez samego operatora, który wezwał do pomocy lek. med. K. N.. Lek. med. B. W. dokonał zszycia tętnicy. Po zakończeniu operacji stwierdzono obecność tętna na tętnicy obwodowej oraz brak cech ostrego niedokrwienia kończyny. Powódka została poinformowana o fakcie przecięcia tętnicy. W dniu 14 października 2017 r. stwierdzono u powódki zaburzenie ukrwienia tętniczego operowanej kończyny w postaci jej nieznacznego ochłodzenia i bledości, bez cech zespołu niedokrwienia. U powódki wykonano dodatkowe badania, które wykazały niedrożność tętnicy w miejscu zszycia. Powódka została zakwalifikowana do rekonstrukcji tętnicy w Klinice (...) w P., do której powódka została przewieziona w dniu 16 października 2017 r. W nocy z 15 na 16 października 2017 r. powódka odczuwała niepokój związany z zabiegiem, pielęgniarka udzieliła powódce wsparcia emocjonalnego.

W dniu 17 października 2017 r. powódka została poddana w Klinice (...) w P. operacji rekonstrukcji tętnicy udowej powierzchwniowej prawej wstawką z żyły odpiszczelowej. Następnego dnia powódka została przetransportowana ponownie do pozwanego Szpitala celem kontynuowania leczenia. W dniu 19 października 2017 r. z uwagi na fakt, iż tętno na tętnicy obwodowej było słabsze niż po stronie zdrowej, u powódki wykonano dodatkowe badania, które wykazały drożność naczynia. Nie zaobserwowano powikłania gojenia rany. Powódka została wypisana od pozwanego ad. 2 w dniu 20 października 2017 r. (okoliczności bezsporne; dowód: protokół operacyjny – k. 122; karta obserwacyjna z 15/16 października 2017 r. – k. 130; dokumentacja medyczna – k. 20-42v, k. 66-68; zdjęcia pooperacyjne – k. 136-142, zeznania powódki – k. 906, zeznania świadka B. W. – k. 905 – 905 v.).

Z uwagi na wysoką temperaturę ciała (39 stopni) powódka w dniu 21 października 2017 r. została przewieziona przez Zespół (...) na Szpitalny Oddział Ratunkowy Szpitala (...) w P., gdzie po wykonaniu badań laboratoryjnych i obrazowych, konsultacji chirurgicznej stwierdzono, że powódka nie wymaga pilnej hospitalizacji. W rozpoznaniu wskazano krwiak uda prawego, jako stan po leczeniu operacyjnym rekonstrukcji tętnicy udowej powierzchwniowej. Zalecono antybiotykoterapię i dalsze leczenie ambulatoryjne (dowód: karta informacyjna leczenia SOR – k. 65-65v).

W wyniku w/w zabiegu operacyjnego doszło do jatrogennego nieplanowanego uszkodzenia tętnicy udowej powierzchwniowej prawej na skutek niezachowania należytej ostrożności operacyjnej przez lekarza operującego. Podczas tej samej operacji lekarz operujący zauważył przecięcie tętnicy i dokonał zszycia. Poza faktem przecięcia tej tętnicy nie miało to wpływu na chirurgiczny stan ogólny pacjentki. We wczesnym okresie pooperacyjnym nastąpiło zwięźenie w miejscu dokonanego zszycia uszkodzonej tętnicy, co wymagało ponownej operacji naprawczej. Operacja ta była skuteczna i osiągnęła zamierzony cel. Operacja wykonana u powódki w Szpitalu (...) w P. w dniu 17 października 2017 r. mająca na celu przywrócenie stanu zdrowia powódki, przywróciła pełną hemodynamikę tętnicy udowej

powierzchnowej prawej. W tego typu przypadkach ból ostry u pacjenta trwa jedną dobę i następnie przechodzi w ból przewlekły do 14 dni. Przez 4 tygodnie po operacji naprawczej powódka nie mogła wykonywać codziennych czynności domowych, nie mogła dźwigać rzeczy powyżej 5 kg, musiała prowadzić spokojny tryb życia. Na skutek w/w błędu medycznego leczenie powódki w stosunku do planowanego zabiegu dotyczącego żyłaków zostało przedłużone o okres czasu związany z operacją naprawczą tętnicy. W okresie pooperacyjnym wymagała przyjmowania leków i kontroli medycznych. Nie zachodziły wskazania do rehabilitacji. Aktualnie u powódki nie występują żadne ograniczenia w życiu codziennym, w powódki nie występują powikłania, w tym nie występuje nieprawidłowy przepływ krwi w nogach, zwiększone ryzyko wystąpienia żyłaków, zakrzepicy. Nie jest możliwe całkowite usunięcie blizn pooperacyjnych (po operacji naprawczej) u powódki, możliwe jest jedynie zmniejszenie ich wymiarów poprzecznych. Całkowity trwały uszczerbek na zdrowiu powódki z powodu w/w błędu medycznego wynosi 5 % (opinia biegłego chirurga i chirurga naczyniowego –k. 943 – 947).

W następstwie w/w błędu medycznego M. B. nie doznała ostrych objawów zaburzeń bądź chorób psychicznych, ale skutki tego błędu stanowiły przewlekłe obciążenie czynnikami o potencjale stresowym. Taki stan rzeczy uzasadnia podjęcie przez powódkę konsultacji psychoterapeutycznych, nie można aktualnie oszacować ich wymiaru czasowego (opinia biegłego psychologa – k. 1095 – 1097).

W następstwie w/w błędu medycznego M. B. odczuwała ujemne przeżycia emocjonalne, płakała, obwiała się o swój stan zdrowia, zrezygnowała a aktywności fizycznej, którą poprzednio prezentowała w postaci biegania, uprawiania ćwiczeń gimnastycznych, skarżyła się na dolegliwości bólowe (zeznania świadka B. K. – k. 904 v. – 905, zeznania powódki – k. 906). Powódka wstydzi się blizn powstałych po operacji związanej z naprawą przeciętej tętnicy (k. 906 – zeznania powódki).

W dniu 27 lipca 2018 r. powódka wystąpiła do Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w P. z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego. Zainicjowane przez powódkę postępowanie zakończyło się wydaniem w dniu 19 listopada 2018 r. ostatecznego orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego. Komisja stwierdziła, że działania pozwanego Szpitala były niezgodne z aktualną wiedzą medyczną rozumiane jako niedbałe wykonywanie czynności leczniczych. W ocenie Komisji, przeprowadzenie zabiegu operacyjnego usunięcia żyłaków w dniu 13 października 2017 r. uznać należy za niewystarczające i nieprzystające do wzorca staranności, staranności profesjonalnej. W toku zabiegu doszło bowiem do błędnego uznania przez lekarza operującego tętnicy udowej powierzchniowej jako żyły i jej przecięcia. Wobec tego komisja ustaliła, że przeprowadzony zabieg operacyjny wycięcia żyłaków jest zdarzeniem medycznym w rozumieniu art. 67a ustawy z 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dowód: wniosek z 27 lipca 2018 r. o ustalenie zdarzenia medycznego – k. 219-221; orzeczenie Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych z 19 listopada 2018 r. – k. 144-149).

W piśmie z 17 stycznia 2019 r. pozwany Szpital zaproponował powódce zapłatę tytułem zadośćuczynienia oraz odszkodowania kwoty 5 000 zł (dowód: pismo z 17 stycznia 2019 r. – k. 143). W odpowiedzi na przedmiotową propozycję, powódka oświadczyła, że nie przyjmuje oferty, gdyż proponowana kwota zadośćuczynienia pieniężnego jest zdecydowanie za niska (dowód: pismo z 08 lutego 2019 r. – k. 279).

Pismem z 13 stycznia 2020 r. powódka zgłosiła (...) S.A. w W. szkodę osobową, domagając się zapłaty kwoty 100 000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz kwoty 80 000 zł tytułem zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta w terminie 30 dni od zgłoszenia (dowód: pismo z 13 stycznia 2020 r. – k. 150-154; zpo z 16 stycznia 2020 r. – k. 156).

Wraz ze zgłoszeniem szkody, pozwany (...) otrzymał pełną dokumentację medyczną powódki z leczenia w pozwanej placówce ochrony zdrowia (dowód: akta szkody – k. 314-360, k. 402-492).

Pismem z 20 stycznia 2020 r. r. pozwany (...) poinformował powódkę o przyjęciu zgłoszenia szkody oraz zobowiązał powódkę do uzupełnienia zgłoszenia o wskazane informacje oraz dokumenty. Pozwany (...) tego samego dnia zwrócił się także o nadesłanie dokumentacji medycznej powódki do pozwanego Szpitala. Przedmiotowa dokumentacja została nadesłana przez pozwany Szpital wraz z pismem z 17 lutego 2020 r., nadanym w placówce pocztowej w dniu 19 lutego

2020 r. (dowód: pismo z 20 stycznia 2020 r. – k. 493-496; pismo z 20 stycznia 2020 r. – k. 497; pismo z 17 lutego 2020 r. z załącznikami – k. 508v-545v).

Powódka uzupełniła brakujące dokumenty i dane w dniu 01 lutego 2020 r. (dowód: wiadomość e-mail z 01 lutego 2020 r. – k. 499v; oświadczenie z 31 stycznia 2020 r. – k. 500-500v).

W ramach prowadzonego postępowania likwidacyjnego pozwany (...) dokonał badania powódki w dniu 16 lutego 2020 r. oraz wydał prywatną opinię oceniającą stan zdrowia powódki i uszczerbek na zdrowiu wywołany na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego (dowód: opinia prywatna – k. 504v-505v).

Decyzją z 25 marca 2020 r. (...) S.A. w W. wypłacił powódce kwotę 10 000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz kwotę 2 000 zł tytułem zadośćuczynienia z tytułu naruszenia praw pacjenta (dowód: decyzja z 25 marca 2020 r. – k. 159-159v).

### ***Sąd dokonał następującej oceny dowodów:***

Podstawę ustaleń faktycznych w rozpoznawanej sprawie stanowiła dokumentacja zgromadzona w aktach sprawy dotycząca stanu zdrowia i sytuacji życiowej powódki przed i po dokonanych zabiegach u pozwanym Szpitalu, Klinice (...) w P. oraz Szpitalny Oddział Ratunkowy Szpitala (...) w P.. Dokumentacja medyczna nie była kwestionowana przez żadną ze stron, Sąd również nie znalazł podstaw do kwestionowania jej zgodności z rzeczywistością, dlatego uznał ją za wiarygodne źródło dowodowe.

Stan zdrowia powódki, jego przyczyny i związane z tym następstwa dla osoby powódki Sąd ustalił przede wszystkim w oparciu o wydane w niniejszej sprawie opinie biegłych sądowych.

W ocenie Sądu opinie biegłego chirurga i psychologa zasługują na uznanie za wiarygodne w całości.

W ocenie Sądu opinie te zostały sporządzone w sposób rzeczowy, rzetelny oraz przekonujący, w oparciu o wiedzę fachową. Lekarze sporządzający opinie prezentowali wszystkie specjalności właściwe dla uszczerbków powódki, to osoby posiadające odpowiednie w tym kierunku specjalistyczne wykształcenie i wieloletnie doświadczenie zawodowe. Sporządzili opinie na podstawie złożonej do akt dokumentacji medycznej i badania powódki. Z ich treści wynika, iż przedmiotem analizy sporządzających opinie były wszystkie czynniki, od których zależy prawidłowe ustalenie stanu zdrowia powódki, przyczyn tego stanu rzeczy i skutków tego dla powódki. Sposób badań zaprezentowany przez biegłych wskazuje na prawidłowy tok podejmowania przez nich kolejnych czynności analitycznych. Przedmiotowe opinie są jasne i logiczne. W konsekwencji Sąd uczynił te opinie za podstawę ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie.

Sąd dał wiarę zeznaniom wszystkich przesłuchanych świadków. Zeznania świadków są spójne wewnątrz i zewnątrz, logiczne. Sąd nie znalazł podstaw do ich podważenia. Tak samo i z tych samych przyczyn Sąd ocenił zeznania powódki. Zeznania świadków i powódki znajdują potwierdzenie w treści przedstawionej dokumentacji medycznej.

Sąd na podstawie art. 205 (3) par. 2 kpc pominął wniosek pozwanego Szpitala o dopuszczenie dowodu z zeznań świadka W. P. jako wniosek spóźniony, ponieważ został on zgłoszony po upływie terminu określonego dwukrotnie pozwanemu Szpitalowi na zgłaszanie wniosków dowodowych (k. 932).

Sąd pominął wniosek pozwanego ubezpieczyciela o zlecenie sporządzenia opinii uzupełniającej biegłemu psychologowi jako wniosek niemający znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy (k. 1125 v.), ponieważ Sąd uznał, że dotychczasowe opinie biegłego są wystarczające do dokonania ustaleń pozwalających na rozstrzygnięcie sporu. Należy podkreślić, iż w opinii uzupełniającej biegły w jasny sposób przedstawił stan zdrowia powódki na skutek przedmiotowej operacji (stres spowodowany przewlekłym obciążeniem konsekwencjami przedmiotowego leczenia w pozwanym Szpitalu - k. 1096).

### ***Sąd zważył, co następuje:***

Powództwo zasługuje na częściowe uwzględnienie.

W niniejszej sprawie powódka wywodziła swoje roszczenia z tytułu deliktu (zdarzenia medycznego) popełnionego przez personel medyczny pozwanego Szpitala opisanego przez Wojewódzką Komisję ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w P. w postaci nienależytego (niedbałego) wykonania świadczenia medycznego na rzecz powódki.

W ocenie Sądu pozwani biorący udział w niniejszym procesie, ponoszą co do zasady odpowiedzialność wobec powódki w związku z zachowaniem się personelu pozwanego Szpitala wobec powódki podczas opisanego powyżej świadczenia usług medycznych. Nie ulega wątpliwości, że pozwany (...) jako zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność za skutki objętego procesem sądowym zdarzenia medycznego na podstawie art. 822 k.c. Jest to zatem odpowiedzialność kontraktowa, która aktualizuje się w przypadku możliwości przypisania odpowiedzialności deliktowej podmiotowi, posiadającemu stosowne ubezpieczenie od zdarzenia rodzącego odpowiedzialność ubezpieczeniową. Pozwany (...) zważywszy na wypłatę powódce w toku postępowania likwidacyjnego świadczeń pieniężnych w łącznej wysokości 12 000 zł, niewątpliwie uznał, że pozwany Szpital ponosi odpowiedzialność deliktową za skutki zdarzenia medycznego, w innym razie odmówiłby wypłaty powódce jakiegokolwiek świadczenia pieniężnego.

Mimo postawy pozwanego (...) nieco głębszej analizy wymaga skonkretyzowanie i wyjaśnienie podstaw odpowiedzialności deliktowej pozwanego Szpitala, w szczególności w kontekście wpływu na niniejsze postępowanie podnoszonych przez pozwanego Szpitala twierdzeń, co do tego, iż lekarz wykonujący operację u powódki, zatrudniony był u tego pozwanego na podstawie umowy cywilnoprawnej tzw. „kontrakcie”, a nie klasycznej umowie o pracę, co może wpływać w ocenie tego pozwanego na wysokość świadczenia należnego powódce od zakładu opieki zdrowotnej (przy czym pozwany Szpital nie rozwinął tego w jaki konkretnie sposób jego twierdzenie może wpływać na wysokość świadczenia należnego powódce).

Zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność za lekarza zatrudnionego w tym zakładzie na podstawie kontraktu na podstawie art. 430 k.c., regulującego odpowiedzialność przełożonego za szkodę wyrządzoną przez podwładnego (zob. m.in. wyrok SN z 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10, Legalis nr 309871). Odpowiedzialność samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i lekarza zatrudnionego w tym zakładzie na podstawie kontraktu, zgodnie z art. 33 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. z dnia 8 grudnia 2017 r. Dz.U. z 2018 r. poz. 160), jest odpowiedzialnością solidarną. Podnoszone przez pozwanego Szpitala kwestie, nie mają według Sądu żadnego bezpośredniego przełożenia na ocenę oraz zakres świadczeń pieniężnych należnych powódce od pozwanego Szpitala. Wykraczają także poza ramy niniejszego procesu wobec braku przystąpienia do postępowania operatora oraz jego ubezpieczyciela. Ustalenia na które powołuje się pozwany Szpital mogą mieć wyłącznie znaczenie przy ewentualnym rozpoznawaniu roszczenia regresowego pozwanego Szpitala w stosunku do lekarza wykonującego przedmiotową operację oraz ewentualnie jego ubezpieczyciela. Jeżeli bowiem nie tylko lekarz zatrudniony na kontrakcie w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, ale także ów zakład ponoszą winę za szkodę pacjenta, to roszczenia regresowe pomiędzy nimi będą kształtować się według zasad określonych w art. 441 § 2 k.c., natomiast jeżeli tylko lekarz ponosi winę za szkodę pacjenta, zaś samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej takiej winy nie ponosi, to roszczenia regresowe pomiędzy nimi będą regulowane przez art. 441 § 3 k.c.

W tym stanie rzeczy odpowiedzialność odszkodowawcza pozwanego Szpitala względem powódki nie może budzić wątpliwości. Jest to odpowiedzialność, która zachodzi w przypadku możliwości przypisania winy za szkodę powstałą u osoby trzeciej (pacjenta) – podmiotowi znajdującemu się pod zwierzchnictwem zakładu leczniczego (pozwanego Szpitala), czyli lekarza wykonującego u powódki zabieg usunięcia żylaków oraz zszycia przeciętej tętnicy.

Do stwierdzenia istnienia odpowiedzialności deliktowej lekarza (art. 415 k.c.) wykonującego sporne zabiegi, koniecznym jest ziszczenie się łącznie następujących przesłanek: 1/ bezprawnego i zawinionego działania lub zaniechanie niemające źródła w umowie; 2/ wystąpienie szkody; 3/ istnienie związku przyczynowego pomiędzy owym działaniem bądź zaniechaniem a zaistniałą szkodą. W tym miejscu należy zaznaczyć, że stosownie do dyspozycji art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Obowiązek wykazania wszystkich trzech przesłanek odpowiedzialności deliktowej lekarza, spoczywał zatem na powódce.

Odpowiedzialność deliktowa ukształtowana została w oparciu o zasadę winy, co oznacza, że czyn niedozwolony popełniony przez sprawcę musi mieć charakter zawiniony. Pojęcie winy zawiera w sobie kategorie winy umyślnej oraz nieumyślnej. Pierwsza z nich zachodzi w sytuacji, kiedy sprawca działa z bezpośrednim zamiarem popełnienia czynu niedozwolonego bądź też dokonuje go z tzw. zamiarem ewentualnym tj. godzi się na jego popełnienie. Wina nieumyślna natomiast, zwana również niedbalstwem, zachodzi w sytuacji niedochowania przez sprawcę ustalonych norm należytej staranności.

W przedmiotowej sprawie wina umyślna lekarza jako przesłanka odpowiedzialności deliktowej nie wchodziła w ogóle w rachubę, stąd nie ma potrzeby szerszego omawiania tego rodzaju winy. Co do niedbalstwa będącego taką postacią winy, którą identyfikuje się przy pomocy miernika należytej staranności uzasadnione jest przypomnienie, że aby naruszenie obowiązków tzw. należytej staranności uruchamiało odpowiedzialność deliktową, konieczne jest wykazanie przez stronę powodową naruszenia przez lekarza określonych aktów staranności, oczekiwanych od tej grupy zawodowej, przy zastosowaniu wymogów wynikających z art. 355 § 1 i 2 k.c.

Pochylając się zatem nad kwestią staranności oczekiwanej od podmiotu świadczącego profesjonalne usługi medyczne, wskazać należy, że przez pojęcie „błąd w sztuce medycznej”, zwany także „błędem lekarskim”, należy rozumieć naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, wypracowanych na podstawie nauki i praktyki medycznej. Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy więc podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywany efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażania pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Z kolei pojęcie bezprawności należy rozumieć szeroko jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego; wśród nich mieści się przeprowadzanie zabiegów operacyjnych zgodnie ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny (zob. wyrok SA w Białymstoku z 25 lutego 2019 r., I ACa 176/18, Legalis nr 2249324).

Dla przyjęcia zatem, iż wystąpił błąd lekarski, czyli obiektywna sprzeczność z powszechnie przyjętymi zasadami i regułami postępowania dyktowanymi przez naukę i praktykę medyczną, koniecznym byłoby wykazanie przez powódkę, na której spoczywał w tym zakresie ciężar dowodu (art. 6 k.c.), że popełniono: I. błąd diagnostyczny, czyli wadliwie rozpoznano stan jej zdrowia, bądź – II. przy prawidłowym rozpoznaniu - zastosowano niewłaściwe leczenie, czy wreszcie – III. przy prawidłowej diagnozie i prawidłowo podjętej decyzji co do sposobu leczenia - popełniono błąd w zakresie sposobu jego wykonania. Nie może ulegać żadnym wątpliwości, że proces leczniczy składa się z przedstawionych trzech zasadniczych etapów, w toku realizacji których, może wystąpić błąd w sztuce medycznej, na każdym etapie lub na jednym z tych etapów. Jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, na którymś z wymienionych etapów leczenia, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody pacjentowi (zob. m.in. wyrok SA w Katowicach z 31 marca 2015 r., V ACa 713/14, Legalis nr 1241933).

Na kanwie niniejszego postępowania nie może ulegać wątpliwości, że błąd w sztuce medycznej nastąpił na ostatnim III etapie procesu leczniczego powódki. Lekarz wykonujący operacje u powódki, prawidłowo rozpoznał jednostkę chorobową na którą cierpiała powódka, zaaplikował właściwe z punktu wiedzy medycznej leczenie operacyjne, a szkoda jest wynikiem wyłącznie braku należytej staranności zarówno przy wykonywaniu operacji usunięcia żylaków (przecięcie tętnicy zamiast żyły).

W tym stanie rzeczy zdaniem Sądu analiza całokształtu przedstawionego materiału dowodowego prowadzi do wniosku, iż w realiach niniejszej sprawy zostały spełnione wszystkie przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej, a mianowicie: wystąpiło zdarzenie, z którym system prawny wiąże obowiązek naprawienia szkody (okoliczność bezsporna), zachodzi związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy zachowaniem się personelu pozwanego ad. 2 wobec powódki a szkodą (okoliczność bezsporna), a także zaistniała sama szkoda niemajątkowa po stronie powódki w postaci krzywdy (której rozmiar obaj pozwani kwestionowali). Zachowanie personelu medycznego pozwanego Szpitala jak wynika z dokonanych uprzednio ustaleń i rozważań było zawinione, a wina ta przybrała postać winy

nieumyślnej w postaci niedbalstwa. Zachowanie to było bezprawne, bo wykraczało poza zasady wiedzy medycznej. Pozwany Szpital ponosi odpowiedzialność za zaniedbanie swojego personelu medycznego, za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu powódce świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego stały się szkody niemajątkowe doznane przez powódkę jako pacjentkę.

Pozwany szpital ponosi przy tym odpowiedzialność jako sprawca szkody na podstawie art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c., natomiast pozwany (...) jako jego ubezpieczyciel sprawy szkody na podstawie art. 822 k.c. Odpowiedzialność pozwanych jest zatem tzw. odpowiedzialnością solidarną nieprawidłową – odpowiedzialnością *in solidum*. Polega ona na tym, iż jedna i ta sama osoba ma wiarygodność o to samo świadczenie do dwóch lub więcej osób z różnych tytułów prawnych, a z przepisów ustawy ani z umowy (art. 369 k.c.) nie wynika, by pomiędzy tymi podmiotami zachodziła solidarność bierna. Odpowiedzialność pozwanego ubezpieczyciela jest odpowiedzialnością kontraktową, podczas gdy odpowiedzialność pozwanego Szpitala jako sprawcy szkody jest odpowiedzialnością deliktową. Te odmienne reżimy odpowiedzialności powodują, iż pozwany ad. 1 ponosi odpowiedzialności z pozwanym ad. 2 wyłącznie na zasadzie solidarności niewłaściwej (*in solidum*) i to w granicy sumy ubezpieczenia.

Podstawę prawną zasądzenia na rzecz powódki zadośćuczynienia pieniężnego za szkodę niemajątkową (krzywdę) – roszczenie o zapłatę kwoty 60.000 zł - stanowią przepisy art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. W myśl wskazanych przepisów w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Krzywda polega na odczuwaniu cierpienia fizycznego (ból i innych dolegliwości) i psychicznego (ujemnych uczuć przeżywanych w związku z wypadkiem). Zadośćuczynienie pieniężne ma na celu przede wszystkim złagodzenie cierpienia osoby poszkodowanej (tak: G. Bieniek w Komentarzu do kodeksu cywilnego, Księga trzecia, Zobowiązania, teza 13 i 14 do art. 445, Warszawa 1999). Ustawa stwierdza jedynie, że sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia. Ze względu na niewymierność krzywdy określenie w konkretnym wypadku odpowiedniej sumy pozostawione zostało Sądowi. Odpowiednia suma w rozumieniu omawianego przepisu nie oznacza jednak sumy dowolnej, określonej wyłącznie według uznania Sądu, a jej prawidłowe ustalenie wymaga uwzględnienia wszystkich okoliczności mogących mieć w danym przypadku znaczenie. Wobec tego Sąd ustalając wysokość należnego pokrzywdzonej zadośćuczynienia odwołał się do kryteriów wypracowanych przez orzecznictwo Sądu Najwyższego i sądów powszechnych. Zgodnie z dorobkiem judykatury określając wysokość zadośćuczynienia Sąd powinien wziąć pod uwagę wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy, a zwłaszcza stopień i czas trwania cierpienia psychicznych i fizycznych, trwałość skutków czynu niedozwolonego, prognozy na przyszłość, wiek poszkodowanego, a także przyczynienie się poszkodowanego do powstania szkody. W razie uszkodzeń ciała pierwszorzędne znaczenie muszą mieć orzeczenia lekarskie co do charakteru doznanych obrażeń, ich rodzaju i czasu leczenia. Zadośćuczynienie powinno uwzględniać nie tylko krzywdę istniejącą w chwili orzekania, ale również taką, którą poszkodowany będzie w przyszłości na pewno odczuwać oraz krzywdę dającą się z dużym prawdopodobieństwem przewidzieć (tak też SN w uzasadnieniu do wyroku z dnia 10 marca 2006 roku, IV CSK 80/05, OSNC 2006/10/175). Sąd w pełni podziela pogląd, iż powyższe kryteria pozwalają określić ramy, w jakich powinno mieścić się zadośćuczynienie, które z jednej strony powinno przedstawiać realną, ekonomicznie odczuwalną wartość, z drugiej zaś powinno być umiarkowane, przez co należy rozumieć kwotę pieniężną, której wysokość jest utrzymana w rozsądnych granicach odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa. W orzecznictwie ostatniego okresu podnosi się uzupełniający charakter zasady umiarkowanego zadośćuczynienia – w przyjętym wyżej znaczeniu – w stosunku do kwestii zasadniczej, jaką jest rozmiar szkody niemajątkowej, i wskazuje się, że powołanie się przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia na potrzebę utrzymania go w rozsądnych granicach nie może prowadzić do podważenia jego kompensacyjnej funkcji (tak Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 22 czerwca 2005 roku, III CK 392/04, Lex nr 177203, wyroki Sądu Najwyższego z dnia 12 września 2002 roku, IV CKN 1266/00 niepubl. oraz z dnia 30 stycznia 2004 roku, I CK 131/03, OSNC 2005, nr 2, poz. 40). Zadośćuczynienie spełnia funkcję łagodzącą za doznaną niewymierną materialnie krzywdę (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 października 1999 roku, II UKN 141/99, Lex nr 151535). Długotrwałość cierpienia i rodzaju skutków ma znaczenie i to istotne dla określenia wysokości zadośćuczynienia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 1975 roku, II CR 18/75, LEX nr 7669).

Krzywdą doznana przez powódkę w wyniku omawianego błędu medycznego jest według Sądu ewidentna. Powódka doznała w jego wyniku uszczerbku na zdrowiu, odczuwała dodatkowe cierpienia fizyczne związane z nieumyślnym przecięciem tętnicy, zmuszona była poddać się dodatkowemu zabiegowi operacyjnemu, cały zaś proces leczenia i rekonwalescencji po planowanym zabiegu usunięciu żyłaków, znacznie wydłużył się wpływając na komfort życia powódki. Przeprowadzenie dodatkowej operacji w tym konieczność przeszczepu z drugiej, kończyny dolnej, w celu rekonstrukcji przeciętej tętnicy wpłynęło także na poczucie własnej wartości powódki, której ciało zostało naznaczone widocznymi bliznami pooperacyjnymi, które zniechęcają powódkę do określonych rodzajów aktywności i wpływają na postrzeganie poczucia własnej atrakcyjności. Ostatecznie powódka doznała na skutek tego błędu medycznego trwałego uszczerbku na zdrowiu na poziomie 5 %, przy czym aktualnie powódka nie odczuwa ujemnych skutków tego zdarzenia (poza ujemnymi przeżyciami w związku z istnieniem blizn), nie powoduje to także żadnych ograniczeń w jej życiu. W następstwie w/w błędu medycznego M. B. nie doznała ostrych objawów zaburzeń bądź chorób psychicznych, ale skutki tego błędu stanowiły przewlekłe obciążenie czynnikami o potencjale stresowym. Taki stan rzeczy uzasadnia podjęcie przez powódkę konsultacji psychoterapeutycznych, nie można aktualnie oszacować ich wymiaru czasowego. Nie ulega wątpliwości, iż cała sytuacja wywołana w w/w błędem personelu medycznego pozwanego Szpitala była bardzo stresująca dla powódki, albowiem wprowadzała daleko idący stan niepewności co do jej przyszłego stanu zdrowia.

Należy podkreślić, iż powódka otrzymała już z tego tytułu od (...) kwotę 10.000 zł, a domaga się z tego tytułu dodatkowo kwoty 60.000 złotych. W ocenie Sądu powódka jest uprawniona do uzyskania z tego tytułu dodatkowo kwoty 50.000 złotych. Ustalone przez Sąd zadośćuczynienie na łącznym poziomie 60.000 zł z jednej strony przedstawia ekonomicznie odczuwalną wartość, która z drugiej strony nie jest jednak nadmierne do doznanej krzywdy i aktualnych stosunków majątkowych w społeczeństwie. W ocenie Sądu wielkość ta utrzymana jest w rozsądnych granicach, a jednocześnie odpowiada warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa. Przy czym należy zaznaczyć, iż ta przeciętność nie może być wynikiem oceny najbiedniejszych warstw społeczeństwa. Obecnie bowiem ograniczenie się do przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa, przy znacznym zróżnicowaniu dochodów różnych grup społecznych, nie jest wystarczające, a określenie wysokości zadośćuczynienia na podstawie dochodów najuboższych warstw społeczeństwa byłoby krzywdzące (tak: uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 2006 roku, IV CK 384/05, Lex nr 179739, uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 06 czerwca 2003 roku, IV CKN 213/01).

Mając na uwadze poczynione powyżej ustalenia i rozważania w przedmiocie zakresu i charakteru odpowiedzialności obu pozwanych należy podnieść, iż obaj pozwani ponoszą odpowiedzialność in solidum w zakresie kwoty 50.000 zł.

Pochylając się nad roszczeniem o zapłatę kwoty 30.000 zł opartym o przepisy ustawy z 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. z dnia 8 czerwca 2017 r. - Dz.U. z 2017 r. poz. 1318 – dalej także jako ustawa) należy zauważyć, że powódka zdaje się stawiać znak równości pomiędzy roszczeniem o zapłatę kwoty 60.000 zł a roszczeniem o zapłatę kwoty 30.000 zł, opierając je de facto na tożsamyh podstawach faktycznych.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 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.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego dotyczącym zadośćuczynienia przewidzianego w art. 19 a nieobowiązującej już ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej wyrażono pogląd, że roszczenie o zadośćuczynienie uregulowane w art. 445 § 1 k.c. oraz roszczenie o zadośćuczynienie uregulowane w art. 19a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej będące następstwem zawinionego naruszenia praw pacjenta mają odrębny charakter, określając zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne. Ten słuszny pogląd wyraził Sąd Najwyższy w wyroku z 29 maja 2007 r. (V CSK 76/07, Legalis nr 87062). Samodzielność obu roszczeń potwierdza rodzaj podmiotu uprawnionego do świadczenia pieniężnego, którym w przypadku ustawy o zakładach opieki zdrowotnej jest "pacjent", a zakres tego pojęcia jest węższy od użytego w Kodeksie cywilnym terminu "poszkodowany". Innym ważnym elementem odróżniającym oba roszczenia o zadośćuczynienie jest przedmiot ochrony. Dopuszczalne według art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. zadośćuczynienie pieniężne obejmuje krzywdy będące rezultatem uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Przedmiotem ochrony na podstawie art. 19a ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie jest

zdrowie pacjenta, ale jego autonomia rozumiana, jako swoboda decyzji o niepoddawaniu się interwencji medycznej, nawet wtedy, gdy wydaje się ona w pełni racjonalna, zgodna z zasadami wiedzy medycznej i dobrze rokująca, co do swych rezultatów. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z 3 grudnia 2009 r. (II CSK 337/09, Legalis nr 303905) można przyjąć, że w pierwszym przypadku czyn bezprawny polega na spowodowaniu uszkodzenia ciała lub wywołaniu rozstroju zdrowia, w drugim zaś na naruszeniu prawa pacjenta (w rozpoznawanej przez SN sprawie – naruszone zostało prawo pacjenta do informacji), co należy odnieść do naruszeń innych skatalogowanych w tej ustawie praw, niezależnie od ostatecznej skuteczności przeprowadzonego zabiegu (leczenia). Ochrona prawna na podstawie art. 19a ust. 1 ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie art. 4 ust. 1 ustawy) obejmuje, poza naruszeniem dóbr osobistych objętych powyższym wyliczeniem, także naruszenie prawa do właściwego standardu opieki medycznej mogące wywoływać u pacjenta ujemne doznania psychiczne, dyskomfort, utratę zaufania do leczących, nawet jeśli nie spowodowało szkód medycznych. Do przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta nie jest konieczne spełnienie przesłanki szkody na osobie, może być ono przyznane za sam fakt naruszenia i nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia takiej szkody (wyrok SN z dnia 27 kwietnia 2012 r., V CSK 142/11, Legalis nr 532431).

Poglądy te w pełni zachowały aktualność w odniesieniu do aktualnie obowiązującego stanu prawnego i przedstawione rozważania dotyczą również zadośćuczynienia przewidzianego w stanowiącym odpowiednik wcześniejszej regulacji art. 4 ust. 1 ustawy (zob. wyrok SN z 04 listopada 2016 r., I CSK 739/15, Legalis nr 1538062). Ustawa o prawach pacjenta konstruuje katalog praw pacjenta, których naruszenie może skutkować przyznaniem zadośćuczynienia. Zdaniem Sądu w działaniach lekarza wykonującego zabieg usunięcia żylaków u powódki można dopatrzeć się naruszenia wyłącznie prawa do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (tj. art. 8 ustawy). Brak jest natomiast dowodów na naruszenie przez lekarza wykonującego zabieg art. 6 tej ustawy. Jak już bowiem wyjaśniono powyższej, lekarz dokonał prawidłowej oceny stanu zdrowia powódki, zaproponował adekwatne leczenie, zgodne z ówczesną wiedzą medyczną (powódka odmiennej okoliczności nie wykazała), a błąd w sztuce medycznej polegał tylko i wyłącznie na nienależytym wykonaniu operacji usunięcia żylaków, w trakcie której w skutek braku odpowiedniej staranności, operator pomylił żyłę z tętnicą.

Krzywda oceniana pod kątem art. 8 w/w ustawy, nie może według Sądu w przypadku powódki (która dochodzi równolegle zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na zasadach ogólnych określonych w kodeksie cywilnym), podlegać kompensacji w odniesieniu do rozstroju zdrowia wywołanego błędem medycznym (na tożsamych zasadach jak przy ocenie roszczenia o zapłatę kwoty 60.000 zł), lecz w oparciu o same negatywne przeżycia psychiczne powódki oraz związane z obawą o konsekwencje tego błędu oraz związane z utratą zaufania do wykonującego świadczenie zdrowotne lekarza, który nie dochował należytej staranności oczekiwanej od lekarza przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego powódce.

Nie ulega wątpliwości, że działanie lekarza wykonującego zabieg usunięcia żylaków u powódki było zawinione. Wina operatora przybrała w rozpatrywanym przypadku postać winy nieumyślnej – niedbalstwa. Stwierdzenie jednak zawinionego zachowania personelu medycznego nie obliguje Sądu do przyznania zadośćuczynienia. Zgodnie z utrwaloną już linią orzecniczą powstałą w odniesieniu do art. 448 k.c., do którego wprost odsyła art. 4 ust. 1 ustawy, nie w każdym wypadku stwierdzenie naruszenia dóbr osobistych wymaga zasądzenia zadośćuczynienia, jednak ocena zasadności powództwa w tym przedmiocie możliwa jest dopiero po rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy (por. przywołany wyżej wyrok SN z 14 czerwca 2012 r.).

Mając na uwadze powyższe Sąd uznał, że drugie roszczenie zgłoszone przez powódkę zasługuje na uwzględnienie także w części, a mianowicie na poziomie kwoty 10.000 złotych.

Oceniając roszczenie o zapłatę kwoty 30.000 zł Sąd uznał, że z tytułu naruszenia prawa pacjenta powódka jest uprawniona do uzyskania świadczenia na poziomie 12.000 złotych. Sąd miał na uwadze, że powódka otrzymała już z omawianego tytułu od pozwanego (...) świadczenie pieniężne w kwocie 2.000 zł, co oznacza, że zasądzeniu w niniejszej sprawie podlega kwota 10.000 złotych. Oczywistym jest, że powódka bez względu na faktyczne następstwa zdrowotne (o których w okresie powzięcia informacji o błędzie nie można było przewidzieć) odczuwała niepokój związany z

błędem medycznym, nie będąc pewną jakie skutki przyniesie w zakresie jej stanu zdrowia błąd medyczny wywołany brakiem należytej staranności przy zabiegu usunięcia żyłaków, którego efektem było przecięcie tętnicy, a następnie skrzep w okolicy miejsca zszycia tętnicy, zaburzenia w krążeniu prawej kończyny dolnej oraz konieczność poddanie się dodatkowej operacji rekonstrukcji tętnicy. Powódka odczuwała z tego względu niepokój, który towarzyszyłby każdemu pacjentowi w takiej sytuacji. O stanie emocjonalnym powódki między zabiegami świadczy wpis w historii choroby powódki w nocy z 15 na 16 października 2017 r. (a zatem gdy krążenie w nodze prawej było zakłócone, powódka wiedziała, że musi poddać się dodatkowej operacji), według którego powódka odczuwała nie tylko ból fizyczny, ale także niepokój emocjonalny, wymagała rozmowy i wsparcia psychicznego ze strony pielęgniarki. Przedmiotowy stan niepewności i lęku utrzymywał się przez co najmniej kilka dni. Jej ostatnim obiektywnym przejawem jest przewiezienie powódki przez zespół ratownictwa medycznego na (...) szpitala w P. w dniu 21 października 2017 r. z powodu wysokiej temperatury. Po wykonaniu dodatkowych badań oraz przypisaniu leków powódka została wypisana do domu. W ocenie Sądu negatywne emocje w postaci poczucia krzywdy z powodu błędu medycznego utrzymywały się więc u powódki od dnia przeprowadzenia feralnej operacji usunięcia żyłaków (tj. 13 października 2017 r.) do momentu wypisania powódki z SORu szpitala w P. 21 października 2017 r., przy czym szczególne napięcie emocjonalne towarzyszyło powódce, co najmniej do dnia następnego po przebyciu operacji rekonstrukcji tętnicy (tj. 18 października 2017 r.), kiedy wykonane badanie wykazało, że operacja rekonstrukcji się udała, brak jest zakrzepu, prawa noga odzyskała wyczuwalny puls. Przedstawione okoliczności uzasadniają w ocenie Sądu przyznanie powódce niezależnie od zadośćuczynienia pieniężnego na zasadach ogólnych określonych w kodeksie cywilnym, wynikających z krzywdy wywołanej rozstrojem zdrowia, dodatkowego zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę wywołaną zawinionym naruszeniem praw pacjenta powódki. Zasądzona kwota w ocenie Sądu to kwota odpowiednia zważywszy na rodzaj, natężenie oraz czas występowania u powódki poczucia krzywdy wyrażającego się w stanie niepewności o swój stan zdrowia.

Dalej idące roszczenie w omawianym zakresie było według Sądu wygórowane. Sąd miał na uwadze, że lekarz który dopuścił się błędu medycznego, niezwłocznie po zabiegu poinformował powódkę o błędzie którego się dopuścił, powódka była informowana na bieżąco o swoim stanie zdrowia, który był ciągle monitorowany. Powódka została objęta przez personel medyczny pozwanego Szpitala prawidłową opieką, przejawiającą się nie tylko w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, ale także otrzymała potrzebne wsparcie emocjonalne. Brak jest jednocześnie dowodów świadczących o tym, aby powódka w związku z naruszeniem przez lekarza prawa pacjenta do uzyskania świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, odczuwała szczególny niepokój psychiczny, manifestowała swoje niezadowolenie, odnosiła się podejrzliwie do lekarza lub innego personelu medycznego świadczącego usługi w pozwanym zakładzie opieki zdrowotnej. Powódka nie wykazała takich okoliczności.

Powódka domagała się także zasądzenia odsetek ustawowych za opóźnienie.

Podstawą rozstrzygnięcia w przedmiocie odsetek ustawowych co do pozwanego Szpitala jest art. 481 § 1 k.c., zgodnie z którym wierzyciel może domagać się odsetek za opóźnienie w spełnieniu świadczenia pieniężnego, a także art. 455 k.c., zgodnie z którym jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania.

Za wezwanie do zapłaty świadczeń pieniężnych skierowane do pozwanego Szpitala należy uznać dopiero zdarzenie w postaci doręczenia pozwanemu Szpitalowi odpisu pozwu w niniejszej sprawie, co nastąpiło w dniu 5 sierpnia 2020 r. (k. 236). Powódka nie wykazała aby uprzednio skierowała takie wezwanie do zapłaty do pozwanego Szpitala. Za wezwanie to nie może zostać uznany wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego skierowany do Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach medycznych w P. (k. 219 i nast.), albowiem wniosek ten nie zawierał żadnego skonkretyzowanego żądania zapłaty wobec Szpitala, zawierał on jedynie propozycję wysokości łącznej odszkodowania i zadośćuczynienia na poziomie 55.000 zł przedstawioną Komisji (bez skonkretyzowania z jakich konkretnie tytułów), ponadto nie został skierowany do Szpitala tylko do Komisji.

Zdaniem Sądu 14-dniowy termin na spełnienie świadczenia przez Szpital stanowi termin niezwłoczny w rozumieniu przepisu art. 455 kc, co oznacza że od dnia 20 sierpnia 2020 r. pozwany Szpital pozostaje w opóźnieniu i od tego też dnia powódka jest uprawniona do domagania się odsetek ustawowych od pozwanego Szpitala.

W stosunku zaś do ubezpieczyciela, Sąd kierował się treścią art. 481 § 1 k.c. i art. 817 k.c. uznając, że bezskuteczny upływ dni 30 od momentu zgłoszenia pozwanemu ubezpieczycielowi szkody, otwiera prawo żądania odsetek od tej części roszczeń, które zostały sprecyzowane i ostatecznie okazały się usprawiedliwione. Orzeczenie Sądu przyznające zadośćuczynienie ma charakter rozstrzygnięcia deklaratoryjnego, a nie konstytutywnego. Zdaniem Sądu przewidziany w art. 817 § 1 k.c. trzydziestodniowy termin na wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela i wysokości należnego powódce świadczenia był wystarczający. Pogląd przedstawiony powyżej przez Sąd znajduje zastosowanie zarówno do roszczenia o naprawienie szkody majątkowej, jak i też szkody niemajątkowej. Należy bowiem podkreślić, że obecnie funkcja odszkodowawcza odsetek przeważa nad ich funkcją waloryzacyjną. Przyjęcie odmiennego poglądu prowadziłoby w istocie do nieuzasadnionego uprzywilejowania dłużnika, skłaniając go niekiedy do jak najdłuższego zwlekania z opóźnionym świadczeniem pieniężnym, w oczekiwaniu na orzeczenia sądu znoszące obowiązek zapłaty odsetek za wcześniejszy okres (tak np. Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 24 lipca 2008 r., V ACa 252/08). Przedstawiony pogląd znajduje uzasadnienie w licznych orzeczeniach Sądu Najwyższego: wyrok z dnia 22.02.2007 r., I CSK 433/06, Lex nr 274209, wyrok z dnia 18.02.2011 r., I CSK 243/10, Lex nr 848109, wyrok z dnia 08.02.2012 r., V CSK 57/11, Lex nr 1147804, wyrok z dnia 14.01.2011 r., I PK 145/10, Lex nr 794777 oraz w orzeczeniach sądów powszechnych: wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 10.02.2012 r., I ACa 1405/11, Lex nr 1109992, wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 28.10.2011 r., VI ACa 247/11, Lex nr 1103602.

Pismem z 13 stycznia 2020 r. powódka zgłosiła (...) S.A. w W. szkodę osobową, domagając się zapłaty kwoty 100 000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz kwoty 80 000 zł tytułem zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta w terminie 30 dni od zgłoszenia (dowód: pismo z 13 stycznia 2020 r. – k. 150-154). To wezwanie do zapłaty zostało doręczone ubezpieczycielowi w dniu 16 stycznia 2020 r. (zpo z 16 stycznia 2020 r. – k. 156). Wraz ze zgłoszeniem szkody, pozwany (...) otrzymał pełną dokumentację medyczną powódki z leczenia w pozwanej placówce ochrony zdrowia (dowód: akta szkody – k. 314-360, k. 402-492). Ma zatem rację powódka domagając się zasądzenia odsetek ustawowych za opóźnienie co do tego pozwanego od dnia 16 lutego 2020 roku.

Orzekając o kosztach postępowania Sąd rozdzielił je stosunkowo pomiędzy stronami na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c., przyjmując, iż powódka wygrała sprawę w 66,66% (powódka żądała kwoty 90.000 zł, a została zasądzona kwota 60.000 zł). Jednocześnie Sąd uznał za uzasadnione ustalenie, że powódka nie powinna zostać obciążona kosztami procesu w zakresie kosztów procesu poniesionych już tymczasowo przez Skarb Państwa (opłata sądowa od pozwu i wydatki) w części w jakiej wynika to z zakresu, w którym powódka przegrała niniejszy proces. Wynika to z aktualnej sytuacji życiowej powódki oraz charakteru zdarzenia, z którego powódka wywodziła roszczenia w sprawie. Należy podnieść, że powódka została w niniejszej sprawie uprzednio zwolniona od kosztów sądowych w całości (k. 187). Szczegółowe wyliczenie kosztów procesu na podstawie art. 108 § 1 k.p.c. Sąd pozostawił referendarzowi sądowemu.

Mając na uwadze powyższe Sąd orzekł jak w sentencji wyroku.