

Sygn. akt I. C 120/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 04 lipca 2018 roku

Sąd Okręgowy w Suwałkach I Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Małgorzata Szostak-Szydłowska
Protokolant:	sekretarz sądowy Marzena Miksza

po rozpoznaniu w dniu 20 czerwca 2018 roku w Suwałkach

na rozprawie

sprawy z powództwa **H. P.**

przeciwko **Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w S.**

o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę

I. zasądza od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. na rzecz powódki H. P. kwotę 100.000,- zł (sto tysięcy złotych) z tytułu zadośćuczynienia i kwotę 24.976,74 zł (dwadzieścia cztery tysiące dziewięćset siedemdziesiąt sześć złotych siedemdziesiąt cztery grosze) tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami od kwoty 100.000,- zł od dnia 11 lutego 2015 r. do dnia zapłaty i od kwoty 24.976,74 zł od dnia 16 kwietnia 2015 r. do dnia zapłaty;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powódki tytułem renty kwoty po 250,- zł (dwieście pięćdziesiąt złotych) miesięcznie płatne do 10-go dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami za opóźnienie terminowi płatności każdej z rat do dnia zapłaty poczynając od dnia 16 kwietnia 2015 r.

III. oddala powództwo w pozostałej części;

IV. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 8.117,- zł (osiem tysięcy sto siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu;

V. nakazuje pobrać od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Suwałkach kwotę 5.500,48 zł (pięć tysięcy pięćset złotych czterdzieści osiem groszy) tytułem brakujących wydatków w sprawie.

SSO Małgorzata Szostak-Szydłowska

Sygn. akt: I. C. 120/15

UZASADNIENIE

Powódka H. P. w pozwie wniesionym dnia 15 lutego 2015 r. przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w S. domagała się zapłaty kwoty 85.000,- zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu, tj. od dnia 11 lutego 2015 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę; zapłaty kwoty 15.000,- zł wraz

z ustawowymi odsetkami tytułem zadośćuczynienia za zawinione naruszenie praw pacjenta; zapłaty kwoty 24.976,74 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem odszkodowania; zapłaty kwoty 1.000,- zł miesięcznie tytułem renty płatnej do 10-go dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w stosunku rocznym na wypadek opóźnienia w płatności od dnia wniesienia pozwu. Jednocześnie powódka wniosła o zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu powódka wskazała, że w dniu 15 lutego 2012 r. w (...) szpitalu przeprowadzono u niej zabieg chirurgiczny. Planowano u niej leczenie chirurgiczne przepukliny, jednak w czasie zabiegu stwierdzono u niej guz, który bez jej zgody został usunięty. Po zabiegu okazało się, że w jego trakcie doszło do porażenia nerwu udowego, przez co powódka miała trudności z chodzeniem, odczuwała silny ból. W związku z tym musiała być ponownie operowana i przejść rekonstrukcję nerwu. Po tym zabiegu powódka przez dziesięć dni musiała leżeć unieruchomiona z wyciągiem gąbkowym, a po tym czasie poruszała się za pomocą kul łokciowych i stabilizatora. Poza domem korzystała z orczy i dodatkowych zabezpieczeń, w tym stałej pomocy osoby trzeciej. Dodatkowo powódka korzystała z wielu zajęć rehabilitacyjnych, musiała zakupić sprzęt specjalistyczny do ćwiczeń. W dalszym ciągu utrzymują się u niej bóle i obrzęki, porusza się w bardzo wolnym tempie, utyka, ma problemy z utrzymaniem równowagi, leczy się farmakologicznie. Nie ma szans, aby odzyskała taką sprawność jak przed zdarzeniem. W związku z ciągłą rehabilitacją, ciągłym bólem, koniecznością zweryfikowania planów życiowych, zależnością od osób trzecich, niepewnością rokowań dotyczących sprawności oraz sytuacji zawodowej, u powódki zdiagnozowano zaburzenia lękowo – depresyjne i wprowadzono leczenie farmakologiczne. W związku z tym zdarzeniem powódka poniosła koszty leczenia, rehabilitacji, dojazdów do placówek medycznych i rehabilitacyjnych oraz utraciła część wynagrodzenia. Zwiększyły się też jej potrzeby wyrażające się w konieczności zakupu lepszego pożywienia, zakupu leków i suplementacji, wizyt u specjalistów oraz rehabilitacji, musi korzystać z dodatkowego transportu do lekarzy specjalistów, przychodni i na rehabilitację, a także kupować lepsze obuwie. Powódka wskazała też, że Wojewódzka Komisja do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w B. orzekła, że podczas jej pobytu w (...) szpitalu doszło do zdarzenia medycznego w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komisja ta przyznała, że doszło u powódki do niezgodnego z prawem usunięcia guza i wycięcia odcinka nerwu udowego, przez co doznała ona uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia.

W odpowiedzi na pozew, pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie oraz powódki na swoją rzecz kosztów postępowania sądowego, w tym kosztów zastępstwa prawnego według norm przepisanych.

Uzasadniając swoje stanowisko, pozwany przyznał, że w dniach 14-21 lutego 2012 r. powódka była hospitalizowana ze wstępnym rozpoznaniem przepukliny udowej lewostronnej. Przed wykonaniem zabiegu pacjentka była poddana rutynowym badaniom, poinformowano ją o przebiegu planowanego zabiegu i ewentualnych konsekwencjach. Pacjentka przed rozpoczęciem operacji została ponadto poinformowana, że badanie USG nie daje absolutnej pewności diagnozy. Po rozpoczęciu zabiegu (tzw. „otwarciu”) może okazać się, że konieczny jest dodatkowy bądź inny zabieg. Powódka mając tę świadomość wyraziła pisemną zgodę na rozszerzenie zakresu operacji. W trakcie zabiegu okazało się, iż powodem dolegliwości powódki jest obecność dwóch tworów torbieli N. oraz guza o nieznanym charakterze wielkości kurzego jaja położonego w okolicy tętnicy i żyły udowej. Zespół przeprowadzający zabieg zasięgnął konsultacji śródoperacyjnej. Pacjentka była świadoma komplikacji i poinformowana o wykryciu potencjalnie niebezpiecznego guza umiejscowionego w obrębie nerwu. Lekarze poinformowali powódkę, że z usunięciem guza wiązać się będzie uszkodzenie nerwu udowego. Za zgodą powódki lekarze podjęli decyzję o kontynuacji operacji i usunięciu guza, bowiem pozostawienie go w zastanym stanie groziło komplikacjami trudnymi do przewidzenia. W następnych dniach po operacji okazało się, że powódka ma trudności z poruszaniem. W drugiej dobie po operacji wykonano konsultacje neurologiczne, a następnie konsultacje ortopedyczne. Została postawiona diagnoza, iż doszło do porażenia lewego nerwu udowego. Powyższa dolegliwość, tj. uszkodzenie nerwu, jest następstwem tego typu zabiegów operacyjnych. Pozwany podkreślił, iż gdyby nie wykonano zabiegu u powódki, to doszłoby do takiego samego efektu, tj. do porażenia lewego nerwu udowego. Ponadto mogłyby wystąpić dodatkowe komplikacje grożące nie tylko pogorszeniem stanu zdrowia, ale także zagrażające życiu powódki. Do uszkodzenia nerwu doszło w efekcie

schorzenia, rozległego guza, a nie niewłaściwie przeprowadzonego zabiegu. Pozwany niezwłocznie po otrzymaniu diagnozy uzgodnił dalszy tok leczenia powódki i dołożył wszelkich starań, aby powódka pilnie została przyjęta do Kliniki (...) w B. w celu rekonstrukcji uszkodzonego nerwu. W konsekwencji powyższego pozwany kwestionował swoją odpowiedzialność, a także podważał, aby powódka doznała jakiegokolwiek krzywdy.

Zawiadomiony na wniosek pozwanego o toczącym się postępowaniu (...) Spółka Akcyjna w W. w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanej nie przystąpił do udziału w sprawie (wniosek – k. 202; postanowienie o zawezwaniu do udziału w sprawie – k. 333; zwrotne potwierdzenie odbioru korespondencji – k. 350).

Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:

W dniu 14 lutego 2012 r. H. P. zgłosiła się do Oddziału Chirurgicznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S., po wcześniejszym uzyskaniu skierowania na leczenie chirurgiczne przepukliny udowej lewej wydane w Poradni (...) Ogólnej (...) w S. przez dr J. S. i prywatnej wizycie u dr H. U.. Termin zabiegu został ustalony przez dr H. U.. W dniu przyjęcia do Szpitala, doktor T. Ł. zbadał fizykalnie kanał pachwinowy pacjentki. Wykonano również badania pomocnicze: badanie krwi oraz pomiar ciśnienia tętniczego. Nie wykonano u H. P. badania USG ani innych badań obrazowych. Przed operacją H. P. została poinformowana przez lekarza operatora T. Ł., że obraz kliniczny przepukliny nie jest jednoznaczny i może się okazać, że przyczyna choroby jest inna. Pomimo tego doktor T. Ł. zdecydował się operować powódkę.

H. P. złożyła pisemne oświadczenie, że została poinformowana o rodzaju zabiegu, sposobie jego przeprowadzenia, mogących wystąpić następstwach i powikłaniach oraz ewentualnej konieczności rozszerzenia zabiegu. Wyraziła ona zgodę na operację przepukliny udowej lewostronnej i nieplanowane rozszerzenie zabiegu operacyjnego.

(wyjaśnienia informacyjne powódki H. P. – k. 329-330v oraz dowody: karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 42, 149; historia choroby – k. 212-219, 221-243; zgoda na zabieg operacyjny – k. 220; zaświadczenie – k. 246, pismo – k. 247; historia choroby – k. 246-250, 256-297, 299-304; zeznania świadka B. P. – k. 331v-333; zeznania świadka H. U. – k. 361v-362v; zeznania świadka T. Ł. – k. 368v-369v, opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii i neurotraumatologii W. Ł. – k. 492-503)

Podczas zabiegu w dniu 15 lutego 2012 r. śródoperacyjnie stwierdzono, że u H. P. zamiast przepukliny pachwinowej guza wychodzącego z osłonki mielinowej nerwu udowego lewego. Guz umiejscowiony był w taki sposób, że usunięto go poprzez wycięcie całości guza wraz ze strukturą przechodzącą przez nią, która to struktura okazała się jedną z gałęzi nerwu udowego. Decyzja o usunięciu guza została podjęta po konsultacji śródoperacyjnej z ordynatorem oddziału chirurgicznego pozwanego SP ZOZ w S. – dr H. U.. Usunięta przez lekarza operatora T. Ł. całość materiału została wysłana do badania histopatologicznego, które wykazało, iż usunięta zmiana to nowotwór łagodny (osłoniak – S.), wywodzący się z osłonek nerwowych, wolno rosnący, z natury nie dający przerzutów odległych, którego usuwaniem zajmują się neurochirurdzy lub ortopedzi.

W pozwanym SP ZOZ w S. nie jest praktykowane wykonywanie badań histopatologicznych śródoperacyjnych, albowiem wcześniej zdarzało się, że wynik takiego badania wskazywał, że nie ma nieprawidłowych komórek, a następne badanie histopatologiczne wskazywało, że jest nowotwór. Zaniechano takiej praktyki także z tego względu, że badanie śródoperacyjne przedłuża zabieg operacyjny, ponieważ trwa około 2-3 godziny, gdzie znieczulenie ma działać około godziny. Pozwany ZOZ nie jest ośrodkiem referencyjnym zajmującym się wyluszczeniem guza z nerwu.

(wyjaśnienia informacyjne powódki H. P. – k. 329-330v oraz dowody: karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 42, 149; wynik badania histopatologicznego – k. 44, 191, 192; historia choroby – k. 212-219, 221-243; zgoda na zabieg operacyjny – k. 220; zaświadczenie – k. 246, pismo – k. 247; zeznania świadka B. P. – k. 331v-333; zeznania świadka H. U. – k. 361v-362v; zeznania świadka T. Ł. – k. 368v-369v; opinia biegłego sądowego z zakresu chirurgii onkologicznej L. K. – k. 465)

W trakcie zabiegu operacyjnego H. P. była znieczulona podpajęczynówkowym preparatem M.. Znieczulenie trawało od 7.25 do 8.30. Przed zabiegiem powódka otrzymała premedykację farmakologiczną w postaci preparatu D. i w trakcie zabiegu była w sedacji (zmniejszeniu aktywności ośrodkowego układu nerwowego) tym preparatem. Była przytomna, zorientowana co do zdarzeń mających miejsce na sali operacyjnej. Słyszała rozmowy, rozpoznawała osoby znajdujące się na sali i kolor ubrań operujących. Miała ona zachowaną świadomość i zachowaną zdolność do spostrzegania, ale też - z uwagi na działanie preparatu D. - miała ograniczoną lub zniesioną zdolność do wyrażenia świadomej zgody na zabieg w rozumieniu prawa. Preparat ten może bowiem upośledzać świadomość na tyle, że pacjent może nie rozznawać lub rozznawać nieprawidłowo znaczenie dokonywanych przez siebie czynności. W fazie premedykacji istnieje potencjalna możliwość, że przyjmowana od pacjenta zgoda (oświadczenie) będzie dotknięta wadą prawną z art. 82 k.c.

(wyjaśnienia informacyjne powódki H. P. – k. 329-330v oraz dowody: zgoda na zabieg operacyjny – k. 220; zeznania świadka B. P. – k. 331v-333; zeznania świadka H. U. – k. 361v-362v; zeznania świadka T. Ł. – k. 368v-369v; opinia biegłego sądowego z zakresu medycyny pracy J. T. – k. 662-669; opinia biegłego sądowego z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej W. K. – k. 779-783)

Następnego dnia po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym H. P., pomimo zażywania środków przeciwbólowych odczuwała bardzo silny ból całej nogi lewej, nie mogła jej podnieść ani wyprostować, noga była „drętwa”. W kolejnej dobie po zabiegu operacyjnym H. P. dalej odczuwała ww. dolegliwości. Podjęła zaleconą próbę wstania z łóżka, która się nie powiodła. Przy próbie chodzenia lewa noga zginała się w kolanie bezwładnie, składała się „jak scyzoryk” uniemożliwiając chodzenie. W związku z powyższymi nieustępującymi dolegliwościami, H. P. została przewieziona do Szpitala Wojewódzkiego w S. na konsultację neurologiczną. Konsultacja ta wykazała, że doszło u niej do porażenia nerwu udowego nogi lewej. W dniu 21 lutego 2012 r. H. P. została wypisana z Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. z zaleceniem kontroli w pracowni (...), jak również została skierowana do (...) Szpitala (...) w B. na umówioną wizytę do dr n. med. P. Ś..

(wyjaśnienia informacyjne powódki H. P. – k. 329-330v oraz dowody: karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 42, 149; badanie (...) k. 45; historia choroby – k. 212-219, 221-243; zgoda na zabieg operacyjny – k. 220; zaświadczenie – k. 246, pismo – k. 247; zeznania świadka B. P. – k. 331v-333)

W przypadku H. P. istniała możliwość leczenia operacyjnego z zastosowaniem techniki mikrochirurgicznej i przekierowania jej do innego ośrodka, chociażby do Kliniki (...) w B., w sytuacji gdyby lekarz miał wątpliwości co do postawionej diagnozy bądź leczenie przekraczało możliwości (...) szpitala. Oddział (...) w B. jest bowiem ośrodkiem referencyjnym zajmującym się skomplikowanymi zabiegami ortopedycznymi, w tym usuwaniem guzów. Niejednokrotnie zdarza się, że usunięcie guza wiąże się z wycięciem całego przekroju nerwu, zależy to od tego, jak ten guz rośnie. Istnieje jednak możliwość wycięcia guza bez wycięcia nerwu, jednak decyzja w tym zakresie podejmowana jest przez lekarza w trakcie operacji. Należy mieć pewność, że wycina się guz w granicach zdrowych i to sprawdza się histopatologicznie. W przypadku guzów z przerzutów, to musi być pewność, że wycina się w granicach zdrowych. Przy tego rodzaju operacjach istnieje możliwość użycia mikroskopu operacyjnego, który technicznie zwiększa możliwości w przedmiocie rozpoznania granicy, poprawia możliwości operacyjne, chociaż nie rozpoznaje komórek nowotworowych. Do zakresu badań wykonywanych w (...) w B. przed operacją rozpoznania guza należą m. in. tomografia, rezonans, biopsja, badania kontrastowe, USG.

(dowody: zeznania świadka P. Ś. – k. 383v-384; opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii i neurotraumatologii W. Ł. – k. 492-503)

W dniu 28 lutego 2012 r. H. P. skonsultowała się z dr P. Ś., który po badaniu manualnym klinicznym stwierdził, iż nerw jest przerwany i potrzebna jest jego rekonstrukcja. W dniu 5 marca 2012 r. H. P. została przyjęta na Oddział (...) w B.. W dniu 15 marca 2012 r. dr P. Ś. dokonał rekonstrukcji nerwu udowego przeszczepami międzypęczkowymi z prawego nerwu łydkowego. Rekonstrukcja nerwu się powiodła; H. P. odzyskała władzę w nodze, funkcja mięśnia wróciła. Po operacji H. P. początkowo przez blisko 10 dni leżała na wyciągu gąbkowym, a następnie poruszała się przy

pomocy kuli, miała trudności z utrzymaniem pozycji pionowej. Dnia 26 marca 2012 r. H. P. została wypisana z (...) Szpitala (...) w B. z zaleceniem kontroli w (...).

(wyjaśnienia informacyjne powódki H. P. – k. 329-330v oraz dowody: karta informacyjna – k. 43, 150; historia choroby – k. 187-188, 338-344; zeznania świadka P. Ś. – k. 383v-384)

Pomimo rekonstrukcji nerwu udowego i podjętego leczenia, H. P. miała duże problemy z poruszaniem się, szczególnie z chodzeniem po schodach. Po zabiegu z dnia 15 lutego 2012 r. i po rekonstrukcji nerwu H. P. odczuwała bardzo silny ból nogi, miała obrzęki. Aktualnie ból związany jest z wysiłkiem i przemęczeniem. Początkowo leżała ona z nogami w górze, stosowała okłady. Z uwagi na powyższe dolegliwości H. P. wielokrotnie przebywała na leczeniu w SP ZOZ Ośrodku (...) w S., jak również odbyła rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w (...) Sanatorium (...) w G.. W celu uzyskania u H. P. poprawy siły mięśniowej mięśni lewej kończyny dolnej oraz poprawę funkcji chodu stosowano wobec niej fizykoterapię, kinezyterapię i farmakologię. Również samodzielnie H. P. wykonywała masaże i inne ćwiczenia usprawniające, na ten cel poświęcała od 10 minut rano i do pół godziny wieczorem. W dniach 07-18.01.2013 r. H. P. miała wykonywane drenaże limfatyczne kończyny dolnej. Pomimo powyższych zabiegów u H. P. nadal utrzymywały się obrzęki i bóle obu nóg, zarówno lewej, której dotyczyła rekonstrukcja nerwu, jak i prawej, z której pobrano nerw do rekonstrukcji. Bóle wpływały na intensywność ćwiczeń usprawniających, jak również możliwość chodzenia (poruszanie się w wolnym tempie, utykanie, występujące problemy z utrzymaniem równowagi).

(wyjaśnienia informacyjne powódki H. P. – k. 329-330v oraz dowody: badanie (...) k. 47; karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 48; karta informacyjna – k. 49, skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne – k. 51; informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS – k. 52-54, 195; wyciąg z karty pacjenta – k. 56, 58; informacja dla pacjenta o terminie badań w ośrodku rehabilitacyjnym – k. 50, 55, 57, 59, 67; zaświadczenie – k. 60; zaświadczenie i informacja dla pacjenta o terminie badań w ośrodku rehabilitacyjnym – k. 61, 63, 65, 66; karta informacyjna – k. 62; zaświadczenie – k. 64; historia choroby – k. 136, 154v-156; skierowanie do szpitala – k.137; wyniki badań – k. 138-139, karta zleceń – k. 140, karta pacjenta – k. 141-147, 160-161, 164v-170; wynik badania (...) k. 148; karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 151; karta statystyczna – k. 152; epikryza – k. 153; skierowanie do szpitala – k. 154; skierowanie na zabieg fizjoterapeutyczne – k. 157; przebieg indywidualnego programu rehabilitacji leczniczej pacjenta – k. 158-159, 162-163, skierowanie – k. 164; historia choroby poradni rehabilitacyjnej – k. 171-172; historia choroby – 196-201; historia choroby – k. 249-250, 310-313; karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 298; karta informacyjna – k. 306; wynik badania – k. 308; zeznania świadka B. P. – k. 331v-333)

Dnia 12 lutego 2013 r. H. P. wystąpiła z wnioskiem do Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w B. o orzeczenie, czy w trakcie leczenia w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w S. w dniach 14-21 lutego 2012 r., w szczególności poprzez zastosowanie niewłaściwego z aktualną wiedzą medyczną leczenia, doszło do uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia oraz uznanie powyższego za zdarzenie medyczne. W związku z powyższym domagała się odszkodowania w kwocie 100.000,- zł.

(dowody zgromadzone w postępowaniu przed Wojewódzką Komisją do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w B., sygn. sprawy: (...). (...).10.2013; wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego – k. 1-5; odpowiedź na wniosek – k. 89-91)

Po rozpoznaniu powyższego wniosku, Wojewódzka Komisja do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w B. w dniu 9 lipca 2013 r. wydała orzeczenie, w którym uznała, że leczenie pacjentki H. P. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w S. w dniu 15 lutego 2012 r. nie jest zdarzeniem medycznym w rozumieniu ustawy z dnia 6 lipca 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.). W ocenie Wojewódzkiej Komisji – powołując się na opinię sporządzoną przez dr hab. n. med. S. R., Kierownika Katedry (...) Ogólnej, Transplantacyjnej i (...) Żywieniowego (...) w L. - każdą nieprawidłowo rozrośniętą masę tkankową powinno usunąć się operacyjnie, a wykonanie lub niewykonanie USG nie jest badaniem decydującym o konieczności wykonania operacji. W przypadku zmiany stwierdzonej u chorej postępowanie chirurgiczne było

właściwe. W przypadku nowotworu o charakterze osłoniaka łagodnego nie było innej możliwości, jak usunięcie tej zmiany, co zawsze skutkuje uszkodzeniem nerwu, z którego się wywodzi. Postępowanie operatora było właściwe, zaś leczenie w ośrodku referencyjnym nie zmieniłoby konsekwencji operacji, a wynika z charakteru choroby. Wprawdzie pogorszyła się (...) i doznawała dolegliwości i uciążliwości w funkcjonowaniu, jednak dolegliwości te są naturalnym następstwem leczenia tej jednostki chorobowej związanego z umiejscowieniem i charakterem nowotworu.

(dowody zgromadzone w postępowaniu przed Wojewódzką Komisją do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w B., sygn. sprawy: (...). (...).10.2013: opinia – 249; orzeczenie z dnia 9 lipca 2013 r. – k. 268; uzasadnienie – k. 269-273)

W przepisany terminie H. P. wystąpiła do Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w B. z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy z jej wniosku przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w S. o ustalenie zdarzenia medycznego.

(dowody zgromadzone w postępowaniu przed Wojewódzką Komisją do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w B., sygn. sprawy: (...). (...).46.2013: wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy – k. 1-5)

Po ponownym rozpoznaniu wniosku H. P., Wojewódzka Komisja do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w B. orzeczeniem z dnia 4 grudnia 2013 r. orzekła, iż w trakcie leczenia pacjentki H. P. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w S. od dnia 14 lutego 2012 r. do dnia 21 lutego 2012 r. doszło do zdarzenia medycznego w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

W ocenie Wojewódzkiej Komisji – w oparciu o opinię biegłego z zakresu chirurgii onkologicznej dr n. med. K. N. – w przypadku H. P. postawiono nieprawidłową diagnozę posługując się jedynie palpacyjną metodą diagnostyczną, która była niewystarczająca. Pacjenta wyraziła zgodę na zabieg usunięcia przepukliny, nie wyraziła zgody na usunięcie guza. Brak zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego oznacza pozbawienie przymiotu legalności po stronie podmiotu udzielającego świadczenie bez takiej zgody. Innymi słowy, w sytuacji, gdy pacjent nie udziela zgody na określone świadczenie zdrowotne podmiot leczniczy zobowiązany jest do ponoszenia wszelkiego ryzyka, nawet typowych następstw związanych z jego udzieleniem. W przypadku H. P. nie wykorzystano dostępnych metod diagnostycznych, a mogły one dać szansę na podjęcie leczenia, które nie doprowadziłoby do uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. W trakcie zabiegu operacyjnego przy braku zgody pacjenta nie należało wycinać guza, w stosunku do którego nie postawiono diagnozy i na wycięcie którego H. P. nie wyraziła zgody. W konsekwencji Wojewódzka Komisja uznała, że na skutek niepełnej diagnozy, niewłaściwego rozpoznania przedoperacyjnego H. P. doznała rozstroju zdrowia. Dolegliwości przez nią wskazywane nie potwierdzały jednoznacznie przepukliny, dlatego lekarz nie powinien opierać się wyłącznie na badaniu fizykalnym, lecz zlecić inne dodatkowe badania. Zastosowanie dostępnych technik diagnostycznych pozwoliłoby na postawienie prawidłowej diagnozy, która pozwoliłaby H. P. na podjęcie specjalistycznych konsultacji, uzyskanie informacji o możliwych powikłaniach i następstwach świadomego podjęcia decyzji o usunięciu guza oraz na wybór metody leczenia polegającej na zastosowaniu techniki mikrochirurgicznej.

Na skutek powyższego orzeczenia, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. zaproponował H. P. odszkodowanie i zadośćuczynienie w wysokości 125,- zł. H. P. odrzuciła jednak tę propozycję, wskazując, że jest ona zaniżona.

(dowody zgromadzone w postępowaniu przed Wojewódzką Komisją do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w B., sygn. sprawy: (...). (...).46.2013: opinia – k. 30; orzeczenie – k. 65; uzasadnienie – k. 67-68; propozycja odszkodowania i zadośćuczynienia – k. 71-72; oświadczenie o odrzuceniu propozycji – k. - 84)

H. P. w związku z dolegliwościami, miała obniżony nastrój, nie mogła spać, nie miała apetytu, z nikim nie chciała spotykać się towarzysko, przez większość czasu pozostawała w pozycji leżącej, była osobą pesymistycznie nastawioną, często się denerwowała, miała poczucie wykluczenia społecznego. Nie wyjeżdżała na wczasy. Codzienne funkcjonowanie H. P. było zaburzone ze względu na dolegliwości somatyczne - bóle, obrzęki nóg, zaburzenia czucia, poczucie niepełnosprawności. Wpłynęło to na jej samoocenę, ograniczyła kontakty społeczne, nie mogła być tak

aktywna. Na pogorszenie jej stanu psychicznego w latach 2014 i 2015 wpływ miało też samobójstwo syna jej podopiecznej oraz śmierć jej syna. Początkowo, przez rok czasu zażywała leki antydepresyjne przepisywane od lipca 2012 r. przez lekarza rodzinnego, a następnie korzystała z pomocy psychiatry, który również przepisywał jej tego samego rodzaju lekarstwa. W dalszym ciągu H. P. pozostaje pod opieką psychiatryczną i zażywa leki antydepresyjne. Dominuje u niej poczucie krzywdy, bezradności i obniżonej samooceny.

Tego rodzaju zachowania przez operacją były obce H. P.. Przed zabiegiem chirurgicznym H. P. była osobą energiczną, aktywną, samodzielną, niezależną, zdecydowaną i towarzyską, organizowała różnego rodzaju wyjazdy, wycieczki, razem z mężem wyjeżdżała za granicę, wypoczywała na działce ogrodowej. Była zadowolona z wykonywanej pracy i miała wiele planów z nią związanych, nie miała problemów z rozwiązywaniem trudnych sytuacji społecznych.

(wyjaśnienia informacyjne powódki H. P. – k. 329-330v dowody: historia zdrowia i choroby z (...) dla Dorosłych – k. 131-134, zeznania świadka K. M. – k. 331-331v; zeznania świadka M. M. – k. 331v, zeznania świadka B. P. – k. 331v-333; opinia psychiatryczno-psychologiczna – k. 585-595; opinia uzupełniająca psychiatryczno-psychologiczna – k. 620; zeznania powódki H. P. – k. 810v-812)

Obecnie, pod względem psychicznym H. P. nie ujawnia zaburzeń percepcji i myślenia o charakterze psychotycznym ani osłabienia funkcji poznawczych. Występują u niej zaburzenia adaptacyjne o łagodnym nasileniu. W związku z tym występuje u niej 5% długotrwały uszczerbek na zdrowiu. Kontynuuje leczenie psychiatryczne i dalsze leczenie powinno przynieść poprawę jej stanu psychicznego, ale w dużej mierze jej samopoczucie zależy od kondycji somatycznej. Dolegliwości bólowe i niepełnosprawność ruchowa wpływają na jakość jej życia i sprawiają, że z osoby aktywnej i zaradnej stała się bardziej zależna i spowolniała. W aktualnym stanie zdrowia psychicznego nie ma u niej przeciwwskazań do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia. Może ona okresowo, zwłaszcza w sytuacjach stresujących wymagać modyfikacji leczenia psychiatrycznego czy terapii psychologicznej. Na lekarstwa antydepresyjne wydaje ok. 180 zł na okres 3 miesięcy. Ból nogi ogranicza jej udział w wyjazdach firmowych.

(dowody: opinia psychiatryczno-psychologiczna – k. 585-595; zeznania powódki H. P. – k. 810v-812)

W związku z doznany przez H. P. uszczerbkiem na zdrowiu, lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. orzeczeniem z dnia 12.07.2012 r. uznał ją za niezdolną do pracy i na okres 4 miesięcy, licząc od daty wyczerpania zasiłku chorobowego, ustalił uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego. Analogiczne decyzje o przyznaniu H. P. świadczenia rehabilitacyjnego zapadły również w: orzeczeniu z dnia 20.11.2012 r. – na okres 2 miesięcy licząc od daty ustania uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego; orzeczeniu z dnia 15.01.2013 r. – na okres 4 miesięcy licząc od daty ustania uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, orzeczeniem z dnia 17.05.2013 r. – na okres 2 miesięcy licząc od daty ustania uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego (dowody: orzeczenia lekarza orzecznika ZUS – k. 74, 68, 70, 72). W związku z tym Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. Inspektorat w S. postanowił przyznać H. P. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 12.08.2012 r. do 11.11.2012 r. w wysokości 90% podstawy wymiaru, a od 12.11.2012 r. do 11.12.2012 r. w wysokości 75% podstawy wymiaru. Kontynuując H. P. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. Inspektorat w S. przyznał je na dalsze okresy, tj. za okres od 12.12.2012 r. do 09.02.2013 r. w wysokości 75% podstawy wymiaru, za okres 10.02.2013 r. do 09.06.2013 r. w wysokości 75% podstawy wymiaru, za okres od 10.06.2013 r. do 08.08.2013 r. w wysokości 75% podstawy wymiaru (dowody: decyzje – k. 75, 69, 71, 73).

Obecnie u H. P. w związku z uszkodzeniem nerwu podczas zabiegu w dniu 15 lutego 2012 r., stwierdza się umiarkowany stopień niepełnosprawności, aktualnie ustalony do dnia 31 lipca 2018 r. Wymaga ona czasowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych, zatrudnienia w warunkach pracy chronionej oraz zapewnienia w przedmioty ortopedyczne.

(dowody: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – k. 654; dokumenty związane z przyznaniem powódce umiarkowanego stopnia niepełnosprawności – k. 697-738)

W związku z usunięciem guza wraz z całą przyległą wiązką nerwu udowego, H. P. poniosła koszty leczenia, rehabilitacji, koszty dojazdów do placówek medycznych i rehabilitacyjnych oraz utraciła część wynagrodzenia.

I tak, na zakup przyrządów i sprzętu, badań lekarskich oraz leków H. P. wydatkowała łączną kwotę 4.453,65 zł

(dowody: faktura nr (...) – k. 96; faktura nr (...) – k. 97; rachunek nr (...) – k. 98; paragon z dnia 26.11.2012 r. – k. 99; paragon z dnia 27.12.2012 r. – k. 99; paragon z dnia 12.12.2013 r. – k. 99; faktura nr (...) – k. 76; faktura nr (...); faktura nr (...) – k. 76; faktura nr (...) – k. 80; faktura nr (...) – k. 79; faktura nr (...) – k. 81; faktura nr (...) – k. 82; faktura nr (...) – k. 83; faktura nr (...) – k. 84; faktura nr (...) – k. 85; faktura nr (...) – k. 86; faktura nr (...) – k. 86v; faktura nr (...) – k. 87; faktura nr (...) – k. 87v; faktura nr (...) – k. 88; faktura nr (...) – k. 88v; faktura nr (...) – k. 89; faktura nr (...) – k. 89v; faktura nr (...) – k. 90; faktura nr (...)/s – k. 90v; faktura nr (...) – k. 91; faktura nr (...)/s – k. 91v; faktura nr (...) – k. 92; faktura nr (...) – k. 93; faktura nr (...) – k. 93v; faktura nr (...) – k. 94; faktura nr (...) – k. 94v; faktura nr (...) – k. 95)

H. P. przed zabiegiem chirurgicznym była zatrudniona w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w S. począwszy od dnia 1 października 1990 r. na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony na stanowisku kierownika tegoż Ośrodka w okresie od 1 września 2009 r. do 15 stycznia 2014 r. Od dnia wypadku przebywała ona na zwolnieniu lekarskim przez 182 dni, a następnie miała przyznane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na 12 miesięcy świadczenie rehabilitacyjne. Następnie wróciła do pracy na uprzednio zajmowane kierownicze stanowisko pracy. Z uwagi jednak, iż była osobą nie w pełni sprawną fizycznie i miała trudności z poruszaniem się w budynku w miejscu pracy oraz nienajlepszy stan psychiczny, od dnia 16 stycznia 2014 r. H. P. na własną prośbę została przeniesiona na stanowisko starszego inspektora. W związku ze zmianą stanowiska, nie uległo obniżeniu jej wynagrodzenie zasadnicze, jednak nie otrzymuje już dodatku funkcyjnego. W przypadku gdyby H. P. świadczyła pracę w 2012 r., średnie dzienne jej wynagrodzenie wyniosłoby 120,57 zł brutto, a w 2013 r. – 133,67 zł brutto. Natomiast łączne miesięczne wynagrodzenie za okres od stycznia do grudnia 2014 r. wyniosło 49.157,55 zł brutto (35.286,89 zł netto), tj. 4.727,20 zł brutto miesięcznie (3.359,98 zł netto miesięcznie). W związku ze zmianą stanowisko w zakładzie pracy oraz pozostawianiem na zwolnieniu lekarskim, zasiłku chorobowym i świadczeniu rehabilitacyjnym, H. P. utraciła część wynagrodzenia w łącznej wysokości 17.431,41 zł.

(dowody: zaświadczenia – k. 35, 100, 101, zeznania świadka M. K. (1) – k. 330v-331, zeznania świadka B. P. – k. 331v-333)

W związku z uszkodzeniem zdrowia, H. P. poniosła także wydatki na koszty podróży do placówek medycznych, rehabilitacyjnych, oddziału ZUS. W większości tych sytuacji, H. P. wymagała pomocy osób trzecich, dowoził ją mąż lub inni członkowie rodziny samochodem marki A. (...) nr rej. (...) i na ten cel wydatkowała łączną kwotę 3.091,72 zł, przyjmując, że przejechała ona łącznie 3.700 km (9 wyjazdów do B., 2 wyjazdy do Sanatorium (...) w G., 242 wyjazdy do Ośrodka (...) w S.) przy zastosowaniu stawki 0,8356 zł/km (3700 km x 0,8356 zł/km = 3.091,72 zł).

(dowody: dokumentacja medyczna dotycząca udziału powódki w zajęciach rehabilitacyjnych, wyjazdów do ośrodka rehabilitacyjnego i wyjazdów do ZUS w B.; zeznania świadka B. P. – k. 331v-333)

W wyniku przeprowadzonego zabiegu operacyjnego w (...) szpitalu, H. P. doznała częściowego uszkodzenia nerwu udowego. Od jatrogennego uszkodzenia nerwu udowego i od leczenia naprawczego upłynął okres na tyle długi pozwalający stwierdzić, że jej stan jest stabilny i istotne zmiany już nie nastąpią. Uszczerbek na zdrowiu związany z uszkodzeniem nerwu udowego lewego wynosi 15%. Dodatkowo u powódki stwierdza się 5% uszczerbku na zdrowiu w związku z zaburzeniami czucia po pobraniu nerwu łydkowego do przeszczepów kablowych.

(dowody: opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii i neurotraumatologii W. Ł. – k. 492-503; opinia biegłego sądowego z zakresu rehabilitacji M. K. (2) – k. 517-530; opinia biegłego sądowego z zakresu medycyny pracy J. T. – k. 662-669; opinia biegłego sądowego z zakresu (...) – k. 746-750)

Obecnie H. P. porusza się powoli, drobnym krokiem naprzemiennym lekko utykając, odczuwa wiercenie lewej nogi, pociągania, ból, nadwrażliwość na chłód, zaburzenia czucia oraz dysfunkcje – po chodzeniu i zmęczeniu dochodzi u niej do przeprostnego ustawienia się stawu kolanowego. Nie potrafi już biegać ani kucać. Na schodach jest w stanie przejść bez pomocy rąk 3-4 stopnie, na trzecie piętro nie byłaby w stanie wejść bez barierki. Podczas chodzenia często potyka się lewą nogą i upada. Ma poczucie niestabilności kolana lewego, a tym samym całej nogi. Aby poruszać się bardziej sprawnie stosuje zewnętrzny stabilizator na staw kolanowy, a także korzysta z kul łokciowych, natomiast w pomieszczeniach, gdzie są ściany, nie porusza się za ich pomocą. Stabilizator zdejmuje w domu i pracy. Początkowo przez około rok czasu H. P. korzystała ze stabilizatora obejmującego całą nogę, tj. od uda do kostki, a następnie zmieniła go na krótszy. W krótkim stabilizatorze H. P. chodzi na odległościach kilkuset metrów, natomiast gdyby chciała wybrać się na przechadzkę, musiałaby założyć długi stabilizator i używać kul łokciowych. Poczawszy od samego zabiegu chirurgicznego wymaga pomocy osób trzecich. Oprócz tego, H. P. odczuwa zaburzenia czucia i zdrętwienie w obrębie kończyny dolnej prawej obejmujące połowę stopy prawej i piętę. Okresowo występuje w tej kończynie ostry ból przemieszczający się wzdłuż kończyny. Na skórze na przedniej stronie pachwiny lewej widoczna jest zagojona blizna pooperacyjna długości 15 cm, natomiast po stronie zewnętrznej podudzia prawego widoczna jest zygzakowata blizna po pobraniu przeszczepie nerwu długości około 40 cm. Na co dzień H. P. chodzi w spodniach, nie nosi spódnic ani rajstop przy stabilizatorze, albowiem szew je niszczy. Podczas podróży samochodem nie korzysta z klimatyzacji, albowiem wówczas odczuwa zdrętwienie i ból. Samodzielnie prowadzi samochód na krótkich odcinkach do ok. 40-50 km. Aktualnie odczuwane przez nią cierpienia natury fizycznej są związane z niestabilnością stawu kolanowego i spaczonym czuciem w zakresie zaopatrzenia nerwu udowego lewego, jak i zaburzeniami czucia po pobraniu nerwu łydkowego prawego do przeszczepów kablowych. Stan zdrowia wymusza na niej okresowe stosowanie ortezy stawu kolanowego lewego. Uszkodzony nerw udowy upośledza jej sprawność fizyczną powodując określonej pozycji niestabilność lewej nogi. Kula łokciowa jest stosowana jako zabezpieczenie, dające jej poczucie bezpieczeństwa. Niestabilność stawu kolanowego nie powoduje u H. P. niemożności pracy zawodowej, w szczególności pracy o charakterze umysłowym. Niestabilność kolana jest dobrze zabezpieczona stabilizatorem zewnętrznym, a sam stabilizator nie ogranicza możliwości pracy w obecnym charakterze. Stan H. P. w dużej części jest moderowany istniejącą depresją, która potęguje poczucie choroby, jak i psychicznie ogranicza jej samoocenę i ogranicza tym samym jej wydolność.

(dowody: zeznania świadka M. K. (1) – k. 330v-331, zeznania świadka B. P. – k. 331v-333, wyjaśnienia informacyjne powódki H. P. – k. 329-330v. oraz opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii i neurotraumatologii W. Ł. – k. 492-503; badanie (...) k. 505; opinia biegłego sądowego z zakresu rehabilitacji M. K. (2) – k. 517-530; opinia biegłego sądowego z zakresu medycyny pracy J. T. – k. 662-669; zeznania powódki H. P. – k. 810v-812)

Trwałym skutkiem wykonanej operacji w dniu 15 lutego 2012 r. jest usunięcie guza nerwu udowego lewego i istniejące do tej pory: osłabienie siły mięśniowej kończyny dolnej lewej w stawie biodrowym i kolanowym, zaniki mięśniowe uda lewego, osłabienie czucia powierzchniowego na skórze uda lewego oraz trudności w samodzielnym sprawnym chodzeniu po podłożu równym i po schodach. Stwierdza się u niej także objawy choroby chondromalacji rzepek kolanowych i torbiele okołokorzeniowe i centranolewostronne na poziomie S2 kręgosłupa nieutrudniające sprawnego chodzenia czy nawet biegania. Nie stwierdza się też u niej objawów choroby dyskopatycznej kręgosłupa L-S. Używanie stabilizatorów kolan przy chondromalacji rzepek jest przeciwwskazane. H. P. używa do tej pory stabilizatora kolana lewego zwłaszcza podczas dłuższego chodzenia. Wynika to z istniejącego do tej pory osłabienia siły mięśniowej mięśnia czworogłowego uda lewego, który jest częściowo unerwiony przez uszkodzony nerw udowy. Stabilizator ten zapobiega niekontrolowanemu zgięciu kolana lewego, co groziłoby jej upadkiem. Rokowania na przyszłość co do powrotu prawidłowej funkcji kończyny dolnej lewej są niepomyślnie. Od zabiegu operacyjnego minęło ponad 6 lat i pomimo prowadzonej przez H. P. przez ten czas intensywnej rehabilitacji nadal utrzymują się wyraźne zaniki mięśniowe uda lewego, co skutkuje wyraźną dysfunkcją całej kończyny dolnej lewej. Jednak dalsze okresowe leczenie usprawniające kończynę dolną lewą jest niezbędne, aby przynajmniej utrzymać osiągnięte dotychczas efekty. H. P. powinna, tak jak do tej pory, korzystać z leczenia usprawniającego w warunkach (...) średnio 3-4 razy w roku. Zabiegi usprawniające kończynę dolną lewą powinny zawierać: masaż ręczny i wodno – wirowy, ćwiczenia izometryczne mięśnia czworogłowego i mięśni z grupy kulszowo-goleniowej, ćwiczenia czynne oporowe w stawie

biodrowym i kolanowym, ćwiczenia kończyn dolnych na rotorze mechanicznym z oporem, ćwiczenia równoważne w tym chodzenie po bieżni i stanie na gumowym „dysku”, elektrostymulację mięśnia czworogłowego uda zwłaszcza głowy przysródkowej. Tego rodzaju zabiegi są bezpłatne i powinny być wykonywane w każdej Poradni (...) lub Ośrodku (...), które mają podpisaną umowę z NFZ. Z tytułu istniejącego nadal niewielkiego niedowładu kończyny dolnej lewej nie można uznać H. P. za osobę niezdolną do pracy zarobkowej nawet częściowo, a tym bardziej trwale. Jednak istniejąca u niej dysfunkcja tej kończyny zmusiła ją do zmiany charakteru swojej dotychczasowej pracy na pracę typowo biurową.

(dowody: opinia biegłego sądowego z zakresu rehabilitacji M. K. (2) – k. 517-530; opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu rehabilitacji M. K. (2) – k. 562-568)

Aktualne potrzeby H. P. to kontynuacja fizykoterapii, zarówno w ramach ambulatoryjnych serii zabiegów, jak też leczenia sanatoryjnego w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. W ciągu roku 3-4 razy korzysta z dwutygodniowych turnusów rehabilitacyjnych w ośrodku rehabilitacyjnym w S. po godzinach pracy oraz ćwiczy w domu. Okresowo wymaga ona kuli łokciowej i stabilizatora kolana. Leków przeciwbólowych nie wymaga. Przyjmuje M. z powodu zespołu adaptacyjnego. W chwili obecnej jest ona zdolna do pracy z ograniczeniem, przeciwskazana jest praca fizyczna związana z dźwiganiem, kucaniem, długotrwałym chodzeniem czy bieganiem. Zespół adaptacyjny, będący wyrazem zaburzenia funkcji sfery psychicznej nie upośledza zdolności do pracy.

(dowody: opinia biegłego sądowego z zakresu medycyny pracy J. T. – k. 662-669; zeznania powódki H. P. – k. 810v-812)

Lekarz operujący mając wątpliwości co do postawionej diagnozy przed operacją, powinien był rozszerzyć diagnostykę, aby sprecyzować rozpoznanie albo je zanegować. Poza tym guz w typie osłoniaka jest guzem łagodnym dobrze odgraniczonym od otoczenia, co jest ewidentne w ocenie śródoperacyjnej. Pozostawienie (nieusuwanie) zmiany guzowej nie narażało pacjentki na utratę zdrowia. Operacja resekcji guza osłonkowego nerwu stanowczo przekraczała kompetencje i możliwości terapeutyczne (...) szpitala. W konsekwencji, w przypadku śródoperacyjnej negatywnej weryfikacji wstępnie postawionej diagnozy (zmiana patologiczna w obrębie pachwiny lewej, w obrębie kanału udowego nie okazała się ani przepukliną ani torbielą N.), należało na takim etapie zakończyć operację, tj. nie usuwać zmiany o nieokreślonym charakterze, a dokonać zeszcicia powłok, a w kolejnym etapie ustalić przekierowanie pacjentki do ośrodka o wyższej referencyjności. W przypadku bowiem H. P. istniała możliwość leczenia operacyjnego z zastosowaniem techniki mikrochirurgicznej i przekierowania jej do innego ośrodka, chociażby do Kliniki (...) w B., w którym wykonano u niej operację naprawczą z zastosowaniem przeszczepów kablowych, tj., operację o charakterze mikrochirurgicznym.

H. P. powinna wyrazić świadomą zgodę na każdy typ proponowanych działań medycznych, zatem zarówno na badania diagnostyczne inwazyjne, jak i metody leczenia, do których należy zaliczyć interwencję chirurgiczną. H. P. powinna być poinformowana o istocie swojej choroby, sposobie planowanego leczenia, ryzyku związanym z danym rodzajem leczenia (powikłania, efekty, niepożądane, itp.), jak i o ryzyku wynikającym z potencjalnego odstąpienia od leczenia. W kwestii zmiany rozległości i zakresu operacji, pacjentka powinna być poinformowana w sposób świadomy, dlaczego takie warunki mogą zaistnieć i dlaczego należy dokonać modyfikacji.

(dowody: opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii i neurotraumatologii W. Ł. – k. 492-503)

Powyższy stan faktyczny został ustalony na podstawie powołanych wyżej dowodów, wśród nich dokumentów zgromadzonych w niniejszej sprawie i w sprawie przed Wojewódzką Komisją do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w B., zeznań świadków i powódki, jak też wielu opinii biegłych sądowych z zakresu: onkologii, neurochirurgii, rehabilitacji, psychologii i psychiatrii, medycyny pracy, ortopedii i anestezjologii.

Zdaniem Sądu, opinie biegłych (k. 465, 492-503, 517-530, 585-595, 662-669, 746-750, 779-783), w tym także opinie uzupełniające z zakresu rehabilitacji (k. 562—568) oraz psychologii i psychiatrii (k. 620) były wiarygodne, ostatecznie też żadna ze stron nie wносиła o ich dalsze pisemne lub ustne uzupełnianie ani o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych tej samej specjalizacji na te same okoliczności. Sąd częściowo nie dał wiary jedynie opinii biegłego

sądowego z zakresu (...) (k. 746-750). Jego opinia w zakresie, w jakim stwierdza on, że leczenie operacyjne polegające na usunięciu guza w pozwanym Szpitalu nie było niewłaściwe, jest bowiem sprzeczna z pozostałym materiałem dowodowym, w tym przede wszystkim opinią biegłego z zakresu neurochirurgii i neurotraumatologii W. Ł. (k. 492-503) oraz opinią biegłego z zakresu chirurgii onkologicznej dr n. med. K. N. wydaną na potrzeby ponownego postępowania przez Wojewódzką Komisję do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w B.. Zdaniem Sądu, ww. lekarze jako specjaliści w zakresie schorzenia stwierdzonego u powódki (neurochirurg i neurotraumatolog, chirurg onkologiczny) dysponowali szerszym zasobem wiedzy medycznej i doświadczenia w tego typu przypadkach, stąd ich stanowisko było bardziej miarodajne dla oceny okoliczności przedmiotowej sprawy. Pozostałe zaś opinie złożone przez biegłych sądowych w niniejszej sprawie, poza opinią biegłego M. S., nie budzą wątpliwości. Są rzetelne, zostały sporządzone zgodnie z wymogami specjalistycznej wiedzy, na podstawie załączonej do akt sprawy obszernej dokumentacji medycznej powódki oraz przeprowadzanych badań, zawierają pełne i fachowe ustosunkowanie się do postawionych tez. Biorąc pod uwagę ich podstawy teoretyczne, sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w nich wniosków Sąd uznał je za pełnowartościowe źródło informacji specjalnych niezbędnych dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Przedmiotowe powództwo zasługiwało na uwzględnienie niemal w całości.

Niniejszym pozwem powódka dochodziła czterech roszczeń:

- kwoty 85.000,- zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę;
- kwoty 15.000,- zł tytułem zadośćuczynienia za zawinione naruszenie praw pacjenta;
- kwoty 24.976,74 zł tytułem odszkodowania;
- renty w kwocie 1.000,- zł miesięcznie z tytułu zwiększonych potrzeb.

Odnosząc się do dwóch pierwszych roszczeń o zadośćuczynienie, Sąd uznał, że mają one charakter samodzielny i niezależny od siebie.

W orzecnictwie dominuje pogląd, że roszczenie o zadośćuczynienie oparte na art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z art. 448 k.c. jest samodzielnym i odrębnym żądaniem od roszczenia o zadośćuczynienie wywodzonego z tytułu szkody na osobie i opartego na przepisie art. 445 § 1 k.c. Tego rodzaju stanowisko jeszcze na gruncie dawnego art. 19a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej prezentował Sąd Najwyższy m. in. w wyroku z dnia 29 maja 2007 r. w sprawie V CSK 76/07 (OSNC 2008/7-8/91) podkreślając, że odmienny jest przedmiot ochrony prawnej każdego z nich. Przepis art. 445 § 1 k.c. rekompensuje skutki uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, natomiast art. 19a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 14, poz. 89) chroni godność, prywatność i autonomię pacjenta, niezależnie od staranności i skuteczności zabiegu leczniczego. Pogląd ten pozostaje aktualny także na gruncie analizowanego przepisu art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (vide: uzasadnienie wyroku SN z dnia 18 stycznia 2013 r. w sprawie IV CSK 431/12, Legalis nr 617787, uzasadnienie wyroku SN z dnia 20 maja 2016 r., II CSK 654/15, Legalis nr 1472883; wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 27 listopada 2014 roku, I ACa 745/14, Legalis nr 1185896). W tym stanie rzeczy należy uznać, że przepis art. 4 powołanej ustawy służy ochronie dóbr osobistych pacjenta, a decydujące o odpowiedzialności udzielającego świadczeń medycznych jest wyłącznie wykazanie naruszenia skatalogowanych w ustawie praw pacjenta i zawinienie podmiotu świadczącego usługę. W piśmiennictwie podkreśla się, że celem regulacji art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie jest osłabienie ochrony pacjenta poprzez wskazanie tych naruszeń dóbr, w przypadku których uzasadnione jest roszczenie o zadośćuczynienie. Należy opowiedzieć się za istnieniem zbiegu roszczeń z art. 448 k.c. i art. 4 ust. 1 powołanej ustawy. W efekcie znaczenie art. 4 ust. 1 ww. ustawy polega na tym, że wskazuje on *expressis verbis* te naruszenia praw pacjenta, które przesadzają o naruszeniu dobra osobistego. W związku z tym pokrzywdzony nie musi udowadniać, że doszło do naruszenia

prawnie chronionego dobra osobistego - wystarczy wskazać konkretne naruszenie praw pacjenta (tak: Z. Cnota, G. Gura, T. Grabowski, E. Kurowska, Zasady i tryb ustalania świadczeń/roszczeń (odszkodowania i zadośćuczynienia) w przypadku zdarzeń medycznych. Komentarz. Warszawa 2016).

Powództwo o zadośćuczynienie za doznaną krzywdę powódka wywodziła z przepisu art. 445 § 1 k.c., a podstawę odpowiedzialności pozwanego Szpitala stanowi art. 430 k.c., który stanowi, że kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Odpowiedzialność za szkody wyrządzone pacjentom w toku leczenia powstaje zatem, jeśli szkoda zaistniała z winy personelu medycznego szpitala, czy to umyślnej, czy nieumyślnej i pozostaje w normalnym związku przyczynowym z działaniem lub zaniechaniem personelu medycznego szpitala (art. 361 § 1 k.c.). W takim przypadku podmiot odpowiedzialny zobowiązany jest do naprawienia szkody pacjenta poprzez przyznanie mu odpowiedniego zadośćuczynienia za krzywdę (art. 445 k.c.).

Odpowiedzialność szpitala, jako osoby prawnej jest więc odpowiedzialnością na zasadzie ryzyka, ale za zawinione działania personelu medycznego - art. 415 k.c. Odpowiedzialność zakładów opieki zdrowotnej opiera się więc głównie na zasadzie winy, którą polski ustawodawca statuuje jako fundamentalną zasadę odpowiedzialności cywilnej. Może to być wina lekarza, personelu medycznego lub wina organizacyjna. Dla odpowiedzialności placówki medycznej wystarczy tzw. wina anonimowa, gdy zostanie dowiedzione, że popełniono zaniedbanie, na skutek którego pacjent doznał szkody, chociaż nie można ustalić, który z lekarzy leczących pacjenta lub kto z personelu medycznego dopuścił się winy.

Przesłankami odpowiedzialności deliktowej jest łączne spełnienie następujących przesłanek: powstanie szkody rozumianej jako uszczerbek w dobrach prawnie chronionych o charakterze majątkowym, a w przypadkach określonych w ustawie - także o charakterze niemajątkowym, wyrządzenia szkody czynem niedozwolonym, polegającym na bezprawnym i zawinionym zachowaniu sprawcy szkody, związku przyczynowym pomiędzy czynem niedozwolonym a powstaniem szkody. Ciężar dowodu zaistnienia wymienionych wyżej przesłanek spoczywa zgodnie z dyspozycją art. 6 k.c. na poszkodowanej, albowiem ona wywodzi z tych okoliczności skutki prawne.

Między szkodą a zawinionymi działaniami, zaniechaniami pozwanego musi zachodzić adekwatny związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. W procesach lekarskich nie jest konieczne wykazanie związku przyczynowego o charakterze bezpośrednim i stanowczym, lecz wystarczy ustalenie odpowiedniego stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia następstw typowych. Jednak nawet tak rozumiany związek określony w art. 361 § 1 k.c. musi zachodzić pomiędzy nieprofesjonalnym i niestarannym, a więc zawinionym zachowaniem strony pozwanej, a szkodą na zdrowiu powstałą u pacjenta (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 2014 r., II CSK 296/2013). Nie jest zatem wystarczające istnienie jakiegokolwiek prawdopodobieństwa, że w płaszczyźnie przyczynowości jedno zdarzenie jest następstwem innego, ale wymagane jest istnienie odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa.

Podnieść przy tym należy, że w literaturze przedmiotu przez pojęcie „błąd w sztuce medycznej”, zwany także „błędem lekarskim”, rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, wypracowanych na podstawie nauki i praktyki (zob. Marian Filar i inni, Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej, Wyd. Praw. „LexisNexis”, Warszawa 2005 r., str. 29). Dla przyjęcia, iż wystąpił błąd lekarski, czyli obiektywna sprzeczność z powszechnie przyjętymi zasadami i regułami postępowania dyktowanymi przez naukę i praktykę medyczną, koniecznym było wykazanie przez powódkę, na której spoczywał w tym zakresie ciężar dowodu (art. 6 k.c.), że popełniono błąd diagnostyczny, czyli wadliwie rozpoznano stan jej zdrowia, bądź - przy prawidłowym rozpoznaniu - zastosowano niewłaściwą metodę leczenia (w tym wypadku chirurgicznego), bądź wreszcie przy prawidłowej diagnozie popełniono błąd w zakresie sposobu leczenia.

Ponieważ ustalenie tych faktów wymagało wiedzy specjalistycznej z zakresu medycyny, Sąd posiłkował się opiniami biegłych.

Analizując materiał dowodowy Sąd uznał, że pozwany Szpital ponosi odpowiedzialność za skutki zabiegu operacyjnego przeprowadzonego u powódki w dniu 15 lutego 2012 r. Opierając się na opinii biegłych sądowych z zakresu chirurgii onkologicznej L. K. oraz - przede wszystkim - z zakresu neurochirurgii W. Ł. Sąd przyjął, że pozwany zaniechał przeprowadzenia niezbędnych badań diagnostycznych pozwalających na ustalenie przyczyny pogorszenia stanu zdrowia powódki. Nie ulega wątpliwości, że powódka nie miała przepukliny, tak jak ustalili lekarze kierujący powódkę na zabieg operacyjny, a także lekarz, który został wyznaczony do operacji. Dopiero w czasie zabiegu chirurgicznego okazało się, że przyczyną schorzenia był guz o nieznanym etiologii umiejscowiony w lewej nodze. Diagnoza co do przepukliny została postawiona wyłącznie na podstawie badania fizykalnego, z pominięciem przeprowadzenia innych bardziej dokładnych obrazowo badań, tj. tomografii, rezonansu, biopsji, badania kontrastowego, USG. Zdaniem Sądu, ww. badania mogłyby ułatwić lekarzowi pozwanego Szpitala postawienie właściwej diagnozy, szczególnie jeśli tuż przed operacją miał już co do tego wątpliwości oraz wybrać odpowiednie leczenie, w tym skierować powódkę do (...) Szpitala (...) w B., który jest ośrodkiem referencyjnym zajmującym się usuwaniem guzów za pomocą mikroskopu operacyjnego. Zabieg usunięcia guza mógł być zatem przeprowadzony bez usunięcia nerwu lewej nogi, a przynajmniej z mniejszym jego uszkodzeniem. Zdaniem Sądu, zastosowanie dostępnych technik diagnostycznych pozwoliłoby na postawienie prawidłowej diagnozy, która umożliwiłaby powódce H. P. podjęcie specjalistycznych konsultacji, uzyskanie informacji o możliwych powikłaniach i następstwach świadomego podjęcia decyzji o usunięciu guza oraz na wybór metody leczenia polegającej na zastosowaniu techniki mikrochirurgicznej. Biegły sądowy W. Ł. wprost wskazał, że pozostawienie (nieusuwanie) zmiany guzowej nie narażało pacjentki na utratę zdrowia. Operacja resekcji guza osłonkowego nerwu stanowczo przekraczała kompetencje i możliwości terapeutyczne (...) szpitala. W konsekwencji, w przypadku śródoperacyjnej negatywnej weryfikacji wstępnie postawionej diagnozy, skoro zmiana patologiczna w obrębie pachwiny lewej, w obrębie kanału udowego nie okazała się ani przepukliną ani torbielą N., należało na takim etapie dokonać zeszcicia powłok i nie usuwać zmiany o nieokreślonym charakterze, a następnie przekierować powódkę do ośrodka o wyższej referencyjności. W przypadku bowiem powódki możliwe było leczenie operacyjnego z zastosowaniem techniki mikrochirurgicznej w ośrodku o wyższej referencyjności, chociażby w Klinice (...) w B., gdzie wykonano u niej operację naprawczą. W tych warunkach Sąd uznał, że pozwany Szpital ponosi odpowiedzialność za skutki niewłaściwej diagnozy schorzenia i przeprowadzonego leczenia.

Wprawdzie biegły sądowy z zakresu (...) wskazał, że usunięcie guza w Klinice (...) w B. nie dawało gwarancji jego usunięcia bez powikłań neurologicznych i w czasie operacji nie było pewności jaki charakter ma guz (łagodny czy złośliwy), to jednak należy zauważyć, że nie przeprowadzono żadnych badań śródoperacyjnych (histopatologicznych), które mogły wykluczyć złośliwy charakter zmiany nowotworowej. Biegły ten również wskazał, że gdyby pozwany Szpital w czasie operacji miał wiedzę co do rodzaju guza, to lekarz operujący nie zdecydowałby się na jego usunięcie z nerwu. Opinia tego biegłego, jak wyżej wskazano, nie była zdaniem Sądu, miarodajna z uwagi na jej sprzeczność z opiniami specjalistów o wyższych kwalifikacjach w zakresie leczenia tego typu przypadków.

Podstawą materialnoprawną roszczenia powódki zgłoszonego w pozwie, w zakresie zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, stanowią przepisy art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. Zadośćuczynienie jest formą rekompensaty pieniężnej z tytułu szkody niemajątkowej i obejmuje swym zakresem wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które mogą powstać w przyszłości. Ma w swej istocie ułatwić przezwycięzenie ujemnych przeżyć. Dzięki niemu winna zostać przywrócona równowaga, zachwiana wskutek popełnienia przez sprawcę czynu niedozwolonego. Ma ono charakter całościowy i winno stanowić ekonomicznie odczuwalną wartość. Wielkość zadośćuczynienia zależy od oceny całokształtu okoliczności sprawy, w tym rozmiaru doznanych cierpień, ich intensywności, trwałości czy nieodwracalnego charakteru. Sąd rozpoznający sprawę w całości akceptuje w tym zakresie kryteria miarkowania zadośćuczynienia wskazywane w orzecznictwie Sądu Najwyższego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 maja 2008r., II CSK 78/08, LEX nr 420389, wyrok z dnia 27 lutego 2004 r., V CK 282/03, LEX nr 183777). Wysokość zadośćuczynienia powinna uwzględniać rozmiar doznanej krzywdy tj. stopień cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność, czas trwania, nieodwracalność następstw, aktualne warunki oraz stopę życiową społeczeństwa kraju, w którym mieszka poszkodowany. Z uwzględnieniem powyższych kryteriów nie powinno

ono jednak przekraczać rozsądnych granic (IV CR 902/61, OSNPCP 1963/5/92, z dnia 24 czerwca 1965 r. I PR 203/65 OSPiKA 1966/4/92, z dnia 12 września 2002 r. IV CKN 1266/00, LEX nr 80272).

Określając wysokość zadośćuczynienia należnego powódce, Sąd miał na uwadze przede wszystkim, że powódka doznała jatrogennego uszkodzenia nerwu udowego i od leczenia naprawczego upłynął okres na tyle długi pozwalający stwierdzić, że jej stan nie ulegnie już poprawie. Bezpośrednio po zabiegu chirurgicznym powódka odczuwała ból, miała trudności z utrzymaniem pozycji pionowej i chodzeniem, musiała mieć przeprowadzoną rekonstrukcję uszkodzonego nerwu udowego, co wiązało się z kolejną hospitalizacją. Pomimo dokonania rekonstrukcji nerwu udowego, powódka miała problemy z poruszaniem się, szczególnie z chodzeniem po schodach. Po rekonstrukcji nerwu H. P. odczuwała bardzo silny ból nogi, miała obrzęki. Poruszała się za pomocą stabilizatora i kul łokciowych. Z uwagi na powyższe dolegliwości powódka wielokrotnie przebywała na leczeniu w SP ZOZ Ośrodku (...) w S., jak również odbyła rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w (...) Sanatorium (...) w G.. W celu uzyskania u niej poprawy siły mięśniowej mięśni lewej kończyny dolnej oraz poprawę funkcji chodu stosowano wobec niej fizykoterapię, kinezyterapię i farmakologię, drenaże limfatyczne kończyny dolnej. Podjęte leczenie i rehabilitacja nie pozwoliły na odzyskanie pełnej sprawności.

Obecnie – jak wynikało z poczynionych ustaleń – powódka H. P. porusza się powoli, drobnym krokiem naprzemiennym lekko utykając, odczuwa liczne dolegliwości lewej nogi (pociąganie, ból, nadwrażliwość na chłód, zaburzenia czucia oraz dysfunkcje), nie może biegać ani kucać. Jest osobą niepełnosprawną. Poruszając się po powyżej 3-4 stopni musi korzystać z pomocy rąk i barierek. Ponadto często potyka się lewą nogą i upada, ma poczucie niestabilności kolana lewego, a tym samym całej nogi. Powódka nadal stosuje zewnętrzny stabilizator na staw kolanowy, a także korzysta z kul łokciowych. Stabilizator zdejmuje dopiero w pomieszczeniach, tj. w domu i pracy. Początkowo przez około rok czasu H. P. korzystała ze stabilizatora obejmującego całą nogę, tj. od uda do kostki, a następnie zmieniła go na krótszy. W krótkim stabilizatorze powódka jest jednak w stanie przejść odległości kilkuset metrów, więc na dłuższe wyjścia musi założyć długi stabilizator i używać kul łokciowych. Począwszy od samego zabiegu chirurgicznego wymaga pomocy osób trzecich. Oprócz tego, H. P. odczuwa zaburzenia czucia i zdrętwienie w obrębie kończyny dolnej prawej obejmujące połowę stopy prawej i piętę. Okresowo występuje w tej kończynie ostry ból przemieszczający się wzdłuż kończyny. Powódka ma blizny, nie tylko po planowanych zabiegu, lecz przede wszystkim po leczeniu jego skutków (na skórze na przedniej stronie pachwiny lewej o długości 15 cm, po stronie zewnętrznej podudzia prawego zygzakowata blizna po pobraniu przeszczepie nerwu o długości około 40 cm). Na co dzień H. P. chodzi w spodniach, nie nosi spódnic ani rajstop przy stabilizatorze. Podczas podróży samochodem nie korzysta z klimatyzacji, albowiem wówczas odczuwa zdrętwienie i ból. Samodzielnie prowadzi samochód jedynie na krótkich odcinkach do ok. 40-50 km. Aktualnie odczuwane przez nią cierpienia natury fizycznej są związane z niestabilnością stawu kolanowego i spaczonym czuciem w zakresie zaopatrzenia nerwu udowego lewego, jak i zaburzeniami czucia po pobraniu nerwu łydkowego prawego do przeszczepów kablowych. Uszkodzony nerw udowy upośledza jej sprawność fizyczną powodując określonej pozycji niestabilność lewej nogi. Istotnie jest, że potrzebne jest dalsze okresowe leczenie usprawniające kończyny dolnej lewej, aby przynajmniej utrzymać osiągnięte dotychczas efekty. Powódka powinna, tak jak do tej pory, korzystać z leczenia usprawniającego w warunkach (...) średnio 3-4 razy w roku. Uszczerbek na zdrowiu związany z uszkodzeniem nerwu udowego lewego kwalifikuje się na poziomie 15%, a 5% w związku z zaburzeniami czucia po pobraniu nerwu łydkowego do przeszczepów kablowych.

Poza sferą typowo fizyczną, pokazującą widoczne, bo zewnętrzne skutki operacji chirurgicznej u pozwanego, powódka doznała też w związku z tym zabiegiem szkód w zdrowiu psychicznym, które wręcz utrudniają jej normalne funkcjonowanie w życiu społecznym, czego nie wolno pominąć ani bagatelizować oceniając zasadność roszczenia o zadośćuczynienie. Zdrowie psychiczne człowieka stanowi bowiem podstawę prawidłowego jego funkcjonowania w rodzinie, życiu osobistym czy zawodowym. Wszelkie jego zachwiania rodzą zatem dla człowieka ujemne konsekwencje nie tylko medyczne, ale też we wszystkich innych przejawach jego dotychczasowej aktywności życiowej.

W kontekście powyższych uwag - opierając się na opinii biegłych sądowych z zakresu psychologii i psychiatrii - podkreślić trzeba, że w wyniku przebytego zabiegu operacyjnego, występują u powódki zaburzenia adaptacyjne o łagodnym nasileniu. W związku z tym występuje u niej 5% długotrwały uszczerbek na zdrowiu. Powódka w związku

z dolegliwościami, miała obniżony nastrój, nie mogła spać, nie miała apetytu, z nikim nie chciała spotykać się towarzysko, przez większość czasu pozostawała w pozycji leżącej, była osobą pesymistycznie nastawioną, często się denerwowała, miała poczucie wykluczenia społecznego. Nie wyjeżdżała na wczasy. Codzienne funkcjonowanie powódki było zaburzone ze względu na dolegliwości somatyczne - bóle, obrzęki nóg, zaburzenia czucia, poczucie niepełnosprawności. Wpłynęło to na jej samoocenę, ograniczyła kontakty społeczne, nie mogła być tak aktywna jak to miało miejsce przed zabiegiem chirurgicznym. Na pogorszenie jej stanu psychicznego w latach 2014 i 2015 wpływ miało też samobójstwo syna jej podopiecznej oraz śmierć jej własnego syna. Trudno jest jednak stwierdzić w jakim stopniu, zdarzenia te wpłynęły na jej obecny stan psychiczny. Od lipca 2012 r. do chwili obecnej powódka zażywa leki antydepresyjne. Dolegliwości bólowe i niepełnosprawność ruchowa wpływają na jakość jej życia i sprawiają, że z osoby aktywnej i zaradnej stała się bardziej zależna i spowolniała. Może ona okresowo, zwłaszcza w sytuacjach stresujących wymagać modyfikacji leczenia psychiatrycznego czy terapii psychologicznej.

Uwzględniając wszystkie powyższe okoliczności roszczenie powódki z tytułu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę ocenił Sąd jako usprawiedliwione co do żądanej wysokości – do kwoty 85.000,- zł. Krzywda ta jest bowiem w przypadku powódki bardzo znaczna, jako że uszczerbek na zdrowiu, jakiego powódka doznała w wyniku przedmiotowego błędu lekarskiego wpłynął negatywnie na wszystkie aspekty jej życia zawodowego, rodzinnego jak i osobistego i jego skutki będzie ona odczuwała cały czas.

Odnosnie odsetek godzi się w tym miejscu wskazać, że – w realiach sprawy niniejszej – zasadne uznał Sąd przyznanie ich powódce za okres poprzedzający datę wyrokowania w związku z tym, że pozwany był wzywany przez powódkę do zapłaty zadośćuczynienia w kwocie 100.000,- zł w toku postępowania przed Wojewódzką Komisją do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w B.. Sąd na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 455 k.c., zasądził na rzecz powódki zadośćuczynienie z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 11 lutego 2015 r., tj. od dnia wniesienia pozwu do Sądu.

Przystępując do rozważań dotyczących roszczenia o zasądzenie zadośćuczynienia za zawinione naruszenie praw pacjenta, wskazać należy, że zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1318), w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kodeksu cywilnego. Stosownie zaś do przepisu art. 448 k.c., w razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Przesłanką roszczeń wywodzonych z art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z art. 448 k.c. w żadnym razie nie jest szkoda na osobie w postaci rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała. Roszczenie o zadośćuczynienie oparte na art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z art. 448 k.c. jest bowiem samodzielnym i odrębnym żądaniem od roszczenia o zadośćuczynienie wywodzonego z tytułu szkody na osobie i opartego na przepisie art. 445 § 1 k.c.

Przepis art. 4 powołanej ustawy służy ochronie dóbr osobistych pacjenta, a decydujące o odpowiedzialności udzielającego świadczeń medycznych jest wyłącznie wykazanie naruszenia skatalogowanych w ustawie praw pacjenta i zawinienie podmiotu świadczącego usługę. W piśmiennictwie wskazuje się na istnienie zbiegu roszczeń z art. 448 k.c. i art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W efekcie znaczenie art. 4 ust. 1 ustawy polega na tym, że wskazuje on *expressis verbis* te naruszenia praw pacjenta, które przesądzają o naruszeniu dobra osobistego. W związku z tym pokrzywdzony nie musi udowadniać, że doszło do naruszenia prawnie chronionego dobra osobistego - wystarczy wskazać konkretne naruszenie praw pacjenta (tak między innymi wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 27 listopada 2014 roku, I ACa 745/14, uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 roku w sprawie IV CSK 431/12).

Ustawa o prawach pacjenta konstruuje zatem katalog praw pacjenta, których naruszenie może skutkować przyznaniem zadośćuczynienia. Zdaniem Sądu w działaniach lekarzy w stosunku do powódki można dopatrzeć

się naruszenia: prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 6 ust.1 i 8 ustawy) i prawa do informacji (art. 9 ust.1).

Pacjent ma prawo oczekiwać, że jego indywidualny przypadek będzie potraktowany z najwyższą, należytą starannością. Udzielane mu świadczenia zdrowotne powinny odpowiadać zasadom wiedzy medycznej oraz uwzględniać aktualny jej poziom w zakresie diagnostyki i leczenia. Do obowiązków lekarzy należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Wzorzec zachowania lekarza jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Przyjęcie zawinonego naruszenia praw pacjenta będzie uzasadnione w przypadku nieuzasadnionego i powstałego z przyczyny niedbalstwa pozwanego, które jednocześnie nie mieści się w kategorii błędu medycznego.

Jak wynika z ustaleń faktycznych poczynionych w niniejszej sprawie w trakcie zabiegu operacyjnego w dniu 15 lutego 2012 r. okazało się, że postawiono błędną diagnozę i zamiast przepukliny, stwierdzono u powódki guz wychodzący z osłonki mielinowej nerwu udowego lewego i który ostatecznie usunięto. Lekarz operator nie wiedząc – z powodu błędnej diagnozy – o istnieniu guza, nie udzielił powódce informacji o wszelkich możliwych metodach leczenia guza i nie poinformował jej o mogących wystąpić działaniach niepożądanych. Wyrażona przez powódkę na piśmie zgoda dotyczyła jedynie zbiegu usunięcia przepukliny w ewentualnych komplikacji i niepożądanych następstwach leczenia operacyjnego tego schorzenia. Nie można też się zgodzić, jak oceniał to pozwany, że powódka w trakcie zabiegu chirurgicznego wyraziła ustną świadomą zgodę na ostatecznie udzielone jej świadczenie medyczne.

Zgodnie z art. 31 ust. 1 art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2018 r., poz. 617) lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Natomiast w art. 34 ust. 1 stwierdzono że lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody.

Zgoda wyrażona przez pacjenta ma mieć charakter zgody objaśnionej, czyli świadomej, zatem sama aprobatą pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda w rozumieniu art. 32 i 34 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. W sytuacji, gdy istnieje możliwość wykonania zabiegu różnymi metodami, to pacjent każdorazowo musi być szczegółowo poinformowany o wszystkich konsekwencjach wynikających z zastosowania poszczególnych metod, w tym o stopniu i możliwym zakresie ryzyka powikłań tak, aby mógł w sposób w pełni świadomy uczestniczyć w wyborze najlepszej dla siebie metody.

Zdaniem Sądu, nawet zakładając, że w czasie zabiegu chirurgicznego powódka wyraziła jednak ustną zgodę na przeprowadzenie zabiegu usunięcia guza uda lewej nogi (tak zeznawał świadek – lekarz operator, chociaż kategorycznie zaprzeczała temu powódka), to nie można uznać, że zgoda wyrażona w takich warunkach spełniała wymagania stawiane przez ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Oczywiście nie można wymagać, by każdorazowo lekarz przedstawiał wszelkie możliwe komplikacje, które mogą wystąpić, łącznie z tymi, które występują sporadycznie, czy jednostkowo, jednakże nie zwalnia to lekarza od zaprezentowania możliwych metod przebiegu leczenia. Analiza całości zebranego w sprawie materiału dowodowego nie pozwala na przyjęcie, że lekarz operator spełnił te minimalne standardy. Przedłożona do akt zgoda na zabieg operacyjny, choć formalnie zawiera w sobie formułkę wyrażenia zgody na przebieg zabiegu i ewentualnej konieczności rozszerzenia zabiegu oraz klauzulę

poinformowania pacjenta o całości niezbędnej mu wiedzy w tym zakresie, nie przedstawia, jakie faktycznie informacje, z jakiego zakresu przedstawiono pacjentce.

W ocenie Sądu przyjęć należy, że ewentualna zgoda powódki wyrażona w czasie zabiegu chirurgicznego jest nieważna. Biegły sądowy z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej W. K. wskazał, że w trakcie zabiegu operacyjnego powódka była pod wpływem preparatu D. stosowanego w czasie premedykacji. Wprawdzie powódka była przytomna, zorientowana co do zdarzeń mających miejsce na sali operacyjnej, słyszała rozmowy itp., a zatem miała ona zachowaną świadomość i zachowaną zdolność do spostrzegania, to jednak – z uwagi na działanie preparatu D. – miała co najmniej ograniczoną lub nawet zniesioną zdolność do wyrażenia świadomej zgody na zabieg w rozumieniu prawa. Preparat ten może bowiem upośledzać świadomość na tyle, że pacjent może nie rozróżniać lub rozróżniać nieprawidłowo znaczenie dokonywanych przez siebie czynności. W fazie premedykacji przyjmowana od pacjenta zgoda (oświadczenie) może być dotknięta wadą prawną z art. 82 k.c. i oceniając zachowanie powódki w trakcie zabiegu i jej relacje opisywane biegłemu, uznać należy że w tym przypadku powódka nie była w stanie świadomie i swobodnie podjąć decyzji i wyrazić swoją wolę.

W ocenie Sądu placówka, która podejmuje się świadczenia usług lekarskich powinna być w pełni przygotowana zarówno lokalowo, sprzętowo, jak i personalnie do świadczenia tych usług. Podkreślić należy iż pozwanym jest szpital powiatowy, w którym pracują lekarze z wieloletnim doświadczeniem. Od takiego rodzaju placówki, jaką jest pozwany SP ZOZ pacjent ma prawo wymagać świadczenia usług w sposób kompleksowy i o określonym standardzie, jeśli decyduje się na wykonanie określonej usługi medycznej.

Treść art. 9 ust.1 ustawy o prawach pacjenta stanowi, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. Treść ustępu 2 tego przepisu wskazuje, że pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Należy też mieć na względzie, że zgodnie z art. 16 ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9. W myśl art. 17 ust. 4 ww. ustawy, zgoda oraz sprzeciw co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, o których mowa w ust. 1-3, mogą być wyrażone ustnie albo przez takie zachowanie się osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom proponowanym przez osobę wykonującą zawód medyczny albo brak takiej woli. Stosownie zaś do art. 18 ust. 1 i 2 ww. ustawy, w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w art. 17 ust. 1, wyraża się w formie pisemnej. Do wyrażania zgody oraz sprzeciwu stosuje się art. 17 ust. 2 i 3. Przed wyrażeniem zgody w sposób określony w ust. 1 pacjent ma prawo do uzyskania informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2.

Należy też mieć na względzie, że zgodnie z treścią art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. W orzecznictwie powszechnie przyjmuje się, że zaniechanie przez lekarza obowiązku poinformowania pacjenta o wszystkich konsekwencjach wynikających z zastosowanej metody leczenia (lub diagnostyki) w tym o stopniu i możliwym zakresie powikłań narusza dyspozycje wyżej wskazanych przepisów (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2008 r., sygn. akt I CSK 259/08, LEX nr 577166, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., sygn. akt II CK 303/04, OSP 2005/11/131, wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 lutego 2010 r., sygn. akt I ACa 51/10, POSAG 2010/3/22-34).

Podkreśla się, że zasada autonomii woli pacjenta jest jedną z podstawowych zasad prawa medycznego i wyrazem odejścia od paternalistycznego modelu relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem, a także stanowi wyraz poszanowania

podmiotowości pacjenta w procesie leczenia. Podstawowym przejawem prawa pacjenta do samostanowienia jest możliwość swobodnego wyrażania lub odmowy zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Prawo do informacji jest jednym z najistotniejszych elementów relacji między osobą wykonującą zawód medyczny a pacjentem. W doktrynie podkreśla się także, że zakres informacji, co do której pacjent ma prawo obejmuje proponowaną procedurę medyczną, dane na temat ryzyka związanego z procedurą, informacje na temat możliwych skutków zabiegu, wiadomości o możliwości odmowy poddania się zabiegowi, a także o implikacjach z tego płynących (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 11 marca 2008 r., sygn. akt I ACa 846/07, PS 2009/11-12/220-225). Tak szerokie ujęcie zakresu informacji wynika z faktu, że zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne musi być efektem świadomego wyboru.

W przedmiotowej sprawie - jak wykazało postępowanie dowodowe - lekarz prowadzący nie uzyskał od powódki ważnej zgody na wykonanie operacji chirurgicznej polegającej na usunięciu guza umieszczonego w nerwie lewej nogi, nie poinformował jej o sposobie i metodach leczenia takiego schorzenia.

Podkreślić przy tym należy, że Wojewódzka Komisja do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w B. orzeczeniem z dnia 4 grudnia 2013 r. orzekła, iż w trakcie leczenia pacjentki H. P. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w S. od dnia 14 lutego 2012 r. do dnia 21 lutego 2012 r. doszło do zdarzenia medycznego w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.). Komisja ta miała na względzie, że w przypadku powódki H. P. postawiono nieprawidłową diagnozę posługując się jedynie palpacyjną metodą diagnostyczną, która była niewystarczająca. Pacjenta wyraziła zgodę na zabieg usunięcia przepukliny, takiej zaś zgody nie udzieliła na usunięcie guza. Brak zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego oznacza pozbawienie przymiotu legalności po stronie podmiotu udzielającego świadczenie bez takiej zgody. W przypadku powódki H. P. nie wykorzystano dostępnych metod diagnostycznych, a mogły one dać szansę na podjęcie leczenia, które nie doprowadziłoby do uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. W trakcie zabiegu operacyjnego przy braku zgody pacjenta nie należało wycinać guza, w stosunku do którego nie postawiono diagnozy i na wycięcie którego H. P. nie wyraziła zgody. W konsekwencji Wojewódzka Komisja uznała, że na skutek niepełnej diagnozy, niewłaściwego rozpoznania przedoperacyjnego H. P. doznała rozstroju zdrowia. Dolegliwości przez nią wskazywane nie potwierdzały jednoznacznie przepukliny, dlatego lekarz nie powinien opierać się wyłącznie na badaniu fizykalnym, lecz zlecić inne dodatkowe badania. Zastosowanie dostępnych technik diagnostycznych pozwoliłoby na postawienie prawidłowej diagnozy, która pozwoliłaby powódce H. P. na podjęcie specjalistycznych konsultacji, uzyskanie informacji o możliwych powikłaniach i następstwach świadomego podjęcia decyzji o usunięciu guza oraz na wybór metody leczenia polegającej na zastosowaniu techniki mikrochirurgicznej.

Należy też mieć na względzie, że pacjent z reguły jest laikiem i nie ma pojęcia o zawiłościach diagnozowania, terapii, leczenia, stąd też przyjąć należy, że lekarz powinien uczynić wszystko, by w sposób zrozumiały dla pacjenta przekazać mu podstawowe informacje dotyczące leczenia. Do takiej informacji należała niewątpliwie informacja o rodzaju schorzenia i metodach jego leczenia. W ocenie Sądu jest to istota staranności zawodowej lekarza. W przypadku powódki, lekarz operator stwierdzając guz w udzie lewej nogi powódki nie powinien go usuwać, szczególnie jeśli sytuacja ta nie narażała jej na utratę zdrowia. Operacja resekcji guza przekraczała kompetencje i możliwości terapeutyczne (...) szpitala. Pacjent nie powinien być zaskakiwany w trakcie operacji bądź też innych badań inwazyjnych informacją o rzeczywistym rodzaju swojego schorzenia i nagłej zmianie sposobu leczenia. Pacjent powinien mieć wybór placówki medycznej, która zajmie się jego konkretnym leczeniem. Tego rodzaju decyzja należy do pacjenta, a nie lekarza. Wiadomym jest też, że drobne i powszechne schorzenia zazwyczaj są leczone w lokalnych placówkach medycznych, natomiast bardziej poważniejsze schorzenia, takie jak nowotwory lub rzadkie choroby są leczone w placówkach posiadających bardziej wykwalifikowaną kadrę medyczną oraz lepszej jakości sprzęt. Tymczasem, powódka została pozbawiona prawa wyboru metody i sposobu leczenia.

Niewątpliwie opisane powyżej działania doprowadziły do ujemnych doznań fizycznych i psychicznych, ogromnego dyskomfortu oraz utraty zaufania do leczących przez powódkę. W ocenie Sądu, uprawniony jest zatem wniosek, że doszło do opisanych powyżej naruszeń polegających na pozbawieniu powódki prawa do właściwego standardu opieki medycznej i informacji oraz wyrażenia zgody na operację chirurgiczną konkretnego schorzenia, co uzasadnia

przyznanie zadośćuczynienia na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zw. z art. 448 k.c.

Mając na względzie powyższe Sąd uznał, że kwota 15.000,- zł zadośćuczynienia jest adekwatna za naruszenie praw powódki jako pacjentki polegającej na pozbawieniu jej wyrażenia świadomej zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz uzyskaniu informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych. W niniejszym przypadku pozwany Szpital odpowiada bowiem za naruszenie dóbr osobistych powódki, a nie za szkodę na osobie w postaci pogorszenia jej stanu zdrowia. O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 455 k.c., zasądając na rzecz powódki zadośćuczynienie z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 11 lutego 2015 r., tj. od dnia wniesienia pozwu do Sądu.

W ocenie Sądu, zasadne okazało się też roszczenie powódki o przyznanie odszkodowania w łącznej kwocie 24.976,74 zł.

Zgodnie z art. 444 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty.

Przewidziane w tym przepisie odszkodowanie obejmuje wszelkie wydatki pozostające w związku z uszkodzeniem ciała i rozstrojem zdrowia, jeżeli są one konieczne i celowe. Co prawda ustawodawca nie dokonał choćby przykładowego wyczenia tych wydatków, lecz sformułowanie „wszelkie wydatki” pozwoliło dokonać przykładowego wyczenia tych wydatków w orzecznictwie Sądu Najwyższego. Do wydatków, o których mowa w art. 444 § 1 k.c. zaliczono między innymi: koszty leczenia (pobytu w szpitalu, konsultacji lekarskich, dodatkowej pomocy pielęgniarstwa, kosztów zakupu lekarstw, itp.), koszty specjalnego odżywiania się, nabycia protez i innych koniecznych aparatów np. okularów czy aparatów słuchowych (por. wyrok SN z dnia 16.01.1981 r., I CR 455/80, OSPiKA 1981, poz.223), wydatki związane z przewozem chorego do szpitala i na zabiegi, z przejazdami osób bliskich w celu odwiedzin chorego w szpitalu, z koniecznością specjalnej opieki i pielęgnacji (por. wyrok SN z dnia 04.10.1973 r., II CR 365/73, OSNCP 1974/9/147), koszty zabiegów rehabilitacyjnych, a także inne koszty np. opłaty za kursy czy szkolenia, mające na celu przekwalifikowanie zawodowe poszkodowanego.

Jeżeli chodzi o odszkodowanie z tytułu zwrotu kosztów zakupu leków, przyrządów i sprzętu rehabilitacyjnego oraz badań lekarskich, to powódka w trakcie procesu za pomocą faktur w wystarczający sposób udowodniła zarówno zaistnienie wydatków związanych z jej leczeniem i rehabilitacją, a także celowość ich ponoszenia, gdyż pozostawały one w związku z przedmiotowym zdarzeniem. Ponadto pozwany Szpital nie kwestionował wysokości ani zasadności tych wydatków.

W zakresie więc tego roszczenia, powódce H. P. należy się zwrot wydatków poniesionych na zakup sprzętu i przyrządów rehabilitacyjnych w łącznej wysokości 1.062,- zł, wizyty lekarskie, których łączny koszt wyniósł 250,- zł oraz zakup lekarstw, których łączny koszt wyniósł 3.141,65 zł.

Również koszty przejazdów do placówek medycznych, rehabilitacyjnych, oddziału ZUS naliczone przez powódkę są uzasadnione. Powódka wskazywała, że w toku leczenia powódka przebyła do różnych placówek medycznych łącznie 3.700 km (w tym 9 wyjazdów do B., 2 wyjazdy do Sanatorium (...) w G., 242 wyjazdy do Ośrodka (...) w S.). Leczenie i wizyty lekarskie mają bowiem potwierdzenie w dokumentacji medycznej. W większości tych sytuacji, powódka dowożona przez męża lub innych członków rodziny samochodem marki A. (...) nr rej. (...). Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 roku w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów nie będących własnością pracodawcy (Dz. U. z 2002 r. nr 27, poz. 271 z późn. zm.) stawka za 1 km przebiegu samochodu osobowego o poj. powyżej 900 cm³ wynosi 0,8358 złotych. Łącznie 3.700 km x 0,8358 zł daje kwotę 3.091,72 zł.

Za zasadne Sąd uznał też roszczenie powódki tytułem utraconego zarobku. W związku z przeprowadzonym w dniu 15 lutego 2012 r. zabiegiem operacyjnym powódka przebywała na zwolnieniu lekarskim oraz na zasiłku chorobowym i rehabilitacyjnym w okresie od dnia 14 lutego 2014 r. do 8 sierpnia 2013 r. Z tego tytułu powódka utraciła

wynagrodzenie w łącznej kwocie 17.431,41 zł, która to kwota nie była kwestionowana przez pozwanego Szpital. Wysokość utraconego wynagrodzenia dokumentuje zaświadczenie wystawione przez pracodawcę powódki.

O odsetkach od zasądzonej kwoty 24.976,74 zł tytułem odszkodowania Sąd orzekł na zasadzie art. 481 § 1 i 2 k.c. Przed wniesieniem powódki powódka nie wzywała pozwanego do zapłaty odszkodowania, stąd jego wymagalność określać należy na termin, w jaki pozwany się o tym roszczeniu dowiedział i mógł je spełnić, a więc dzień po doręczeniu pozwanemu odpisu pozwu, które miało miejsce w dniu 15 kwietnia 2015 r.

W niniejszej sprawie powódka domagała się również przyznania renty w kwocie 1.000,- zł miesięcznie.

Podstawą do przyznania powódce renty z tytułu zwiększonych potrzeb i zmniejszenia widoków powodzenia na przyszłość stanowił przepis art. 444 § 2 k.c. Roszczenie to, zdaniem Sadu, okazało się zasadne do kwoty 250,- zł. Wskazać należy, że zwiększenie się potrzeb poszkodowanego stanowi szkodę przyszłą, wyrażającą się w stale powtarzających się wydatkach na ich zaspokojenie (np. konieczność stałego leczenia, zabiegów, kuracji, opieki osób trzecich, specjalnego odżywiania itp. – wyrok SA w Katowicach z dnia 24 maja 1996 r., III APr 7/96, OSA 1997, z. 6, poz. 18). Zwiększenie się potrzeb w rozumieniu art. 444 § 2 k.c. należy bowiem interpretować jako stan, w którym materialne koszty egzystencji poszkodowanego po zdarzeniu inicjującym szkodę są wyższe od podobnych wydatków ponoszonych w okresie wcześniejszym. Sytuacja ta ma charakter obiektywnego zwiększenia wydatków i w swojej istocie jest pochodną szkody majątkowej (wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 15 grudnia 2017 r., I ACa 618/17, Legalis nr 1728532). Natomiast przyznanie renty z tytułu zwiększonych potrzeb nie jest uzależnione od wykazania, że poszkodowany te potrzeby faktycznie zaspokaja i ponosi związane z tym wydatki (wyrok SN z dnia 11 marca 1976 r., IV CR 50/76, OSNCP 1977, nr 1, poz. 11).

Niewątpliwie powódka wykazała, że w dalszym ciągu wymaga 3-4 w ciągu roku zabiegów rehabilitacyjnych. Powyższe znajduje potwierdzenie w opinii biegłego sądowego z zakresu rehabilitacji M. K. (2), co wiąże się z pewnością kosztami dojazdu do takich placówek. Same jednak zabiegi mogą być realizowane bezpłatnie w ramach NFZ, tak jak to miało miejsce dotychczas. Nie można też pominąć, że powódka korzysta z wizyt u specjalistów, ponosi koszty zakupu leków. Okoliczności te znajdują potwierdzenie w zaświadczeniach lekarskich, fakturach, zeznaniach powódki i świadków. Okoliczność ponoszenia takich wydatków dotychczas nie została wykazana, nie wykazano ile te wydatki wynoszą obecnie, lecz nadal są one konieczne, stąd na zasadzie art. 322 k.p.c. Sąd szacował zwiększone potrzeby powódki w zakresie zakupu leków, ewentualnych wizyt lekarskich i dojazdów na łączną kwotę 250,- zł miesięcznie. W tej też kwocie przyznał rentę płatną do 10-tego dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami za opóźnienie terminowi płatności każdej z rat do dnia zapłaty, poczynając od dnia 16 kwietnia 2015 r. Brak zaś było dowodów na okoliczność, że powódka wymaga specjalnej diety, czy specjalnego obuwia, a przede wszystkim, że koszty zakupu takiej żywności, czy obuwia są wyższe niż zazwyczaj.

Nie zostało też w sprawie udowodnione, aby rezygnacja powódki z pełnienia stanowiska kierowniczego w dotychczasowym miejscu pracy - i w konsekwencji utrata związanych z tym dochodów w postaci dodatku funkcyjnego w przyszłości - pozostawała w adekwatnym związku przyczynowym ze zdarzeniem z dnia 15 lutego 2012 r. i była następstwem niewłaściwego leczenia. Przypomnieć w tym miejscu należy, że powódka na zwolnieniu lekarskim przebywała przez 182 dni, potem przez 12 miesięcy otrzymywała świadczenie rehabilitacyjne, po czym wróciła do pracy na uprzednio zajmowane kierownicze stanowisko pracy. Od dnia 16 stycznia 2014 r. na własną prośbę została przeniesiona na stanowisko starszego inspektora. Przeniesienie to było jednak wynikiem splotu różnych okoliczności, nie tylko następstw usunięcia guza, lecz także na stan psychiczny powódki i jej decyzje o przeniesieniu na niższe stanowisko wpłynęły inne zdarzenia, tj. śmierć jej syna oraz opisywana w mediach samobójcza śmierć nastolatka - podopiecznego kierowanej przez powódkę jednostki.

Swoje przekonanie co do bezzasadności żądania roszczenia o rentę z tytułu zmniejszonych widoków na przyszłość Sąd oparł na opinii biegłego z zakresu medycyny pracy J. T. (k. 662-669). Z opinii tej wynika, że obecny stan zdrowia powódki pozwala jej na wykonywanie pracy biurowej, niezależnie czy na zajmowanym obecnie stanowisku inspektora do spraw świadczeń rodzinnych czy na poprzednim stanowisku kierownika Miejskiego

Centrum Interwencji Kryzysowej. W ocenie biegłego, nie ma istotnych różnic w zakresie wymagań zdrowotnych wobec pracowników zajmujących takie stanowiska, na obu wykonuje się pracę biurową. Sąd podzielił powyższe wnioski biegłego. Powódka wprawdzie kwestionowała te wnioski wskazując, że są pomiędzy tymi stanowiskami istotne różnice, uniemożliwiające powódce pracę na stanowisku kierowniczym, lecz nie przedstawiła dowodów na tę okoliczność, jak choćby dokumentów w postaci zakresów obowiązków, czy opisów stanowisk, co ewentualnie mogłoby skłonić biegłego z zakresu medycyny pracy (a także Sąd) do innej oceny tej okoliczności. W tym więc zakresie roszczenie rentowe powódki jak nieusprawiedliwione podlegało oddaleniu.

O kosztach procesu Sąd rozstrzygnął na podstawie art. 100 zd. drugie k.p.c. w zw. z art. 98 § 1 i 3 k.p.c. zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik sprawy, zasądzając je od pozwanego Szpitala na rzecz powódki, która wygrała spór niemal w całości. Na poniesione przez powódkę koszty procesu w łącznej kwocie 8.117,- zł, składały się: wynagrodzenie profesjonalnego pełnomocnika w kwocie 3.600,- zł, określone na podstawie § 6 pkt 6 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2013 r., poz. 490 – obowiązującego w dacie wniesienia pozwu), opłata skarbową od udzielonego pełnomocnictwa w kwocie 17,- zł, opłata sądowa od pozwu w kwocie 1.500,- zł oraz zaliczka na wydatki w kwocie 3.000,- zł.

O brakujących kosztach sądowych tymczasowo skredytowanych przez Skarb Państwa – Sąd Okręgowy w łącznej kwocie 5.500,48 zł Sąd rozstrzygnął na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 300) w zw. z art. 100 zd. drugie k.p.c. i art. 98 k.p.c., obciążając nimi pozwanego odpowiednio do wyniku sprawy. Na powyższą kwotę składało się: wynagrodzenie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ośrodek (...) w S. za sporządzenie kserokopii dokumentacji medycznej w kwocie 50,56 zł (k. 176), wynagrodzenie Szpitala (...) w B. za sporządzenie kserokopii dokumentacji medycznej w kwocie 6,57 zł (k. 252), zwrot kosztów podróży świadka K. M. w kwocie 78,- zł (k. 336), wynagrodzenie (...) Szpitala (...) w B. za sporządzenie kserokopii dokumentacji medycznej w kwocie 9,87 zł (k. 346), wynagrodzenie biegłego sądowego W. Ł. w kwocie 1.543,48 zł (k. 535), wynagrodzenie biegłego sądowego M. K. (2) w kwocie 1.023,04 zł (k. 536), częściowe wynagrodzenie biegłego sądowego J. T. w kwocie 524,86 zł (k. 678), wynagrodzenie biegłego sądowego M. S. w kwocie 1.912,50 zł (k. 759), wynagrodzenie biegłego sądowego W. K. w kwocie 351,60 zł (k. 793).

SSO Małgorzata Szostak - Szydłowska