

UZASADNIENIE

30 marca 2017 roku W. W. wniósł pozew, żądając zasądzenia od (...) S.A. w W. na swoją rzecz 200'000,00 zł z ustawowymi odsetkami od 1 lutego 2017 roku. Powód oparł swoje roszczenie na twierdzeniu, że podczas pobytu w (...) Szpitalu (...) w Ł. (...) Szpitalu (...) w Ł. w 2011 roku nieprawidłowo przeprowadzono diagnostykę zmian chorobowych w nerce powoda, a nadto zarzucił brak współpracy lekarzy z pacjentem, który powinien mieć wyjaśnioną całą sytuację.

Pozwany, któremu doręczono odpis pozwu 20 lipca 2017 roku wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów procesu według norm. Ubezpieczyciel potwierdził udzielenie (...) Szpitalowi (...) w Ł. (...) Szpitalowi (...) w Ł. ochrony ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej w okresie objętym pozwem, natomiast zakwestionował powództwo co do zasady oraz wysokości podnosząc zarzut przedawnienia roszczenia, zarzut nieudowodnienia zaistnienia okoliczności determinujących odpowiedzialność deliktową szpitala wobec powoda oraz zarzut nieudowodnienia wysokości szkody.

Pismem złożonym 15 grudnia 2017 roku W. W. rozszerzył pozew o żądanie wpisania powoda na listę oczekujących na nowy narząd w postaci nerki lewej, uzasadniając swoje roszczenie przeświadczeniem, że nerkę tę usunięto powodowi niepotrzebnie (k 179 akt).

Stan faktyczny:

W. W. leczony był w poradni proktologicznej z powodu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. W 2009 roku u powoda wykonano resekcję jelita grubego, wyloniono stomię. Podczas jednej z wizyt kontrolnych lekarz prowadzący zlecił tomografię komputerową (TK), którą wykonano 14 czerwca 2011 roku w Szpitalu (...) w Ł. W badaniu tym stwierdzono zmianę patologiczną zinterpretowaną, jako guz górnego bieguna nerki lewej. Pacjent został skierowany do Poradni Urologicznej, do której zgłosił się i otrzymał skierowanie celem leczenia operacyjnego. Zaskoczony zaistniałą sytuacją zgłosił się do lekarza POZ w (...) Centrum Medyczne (...). Lekarz internista ze względu na dolegliwości bólowe lewej okolicy lędźwiowej skierował powoda na badanie USG do (...) ze względu na podejrzenie kolki nerkowej. Badanie USG wykonane 15 lipca 2011 roku w (...) nie wykazało istotnych zmian w układzie moczowym. Wynik badania opisywał lekarz P. G.. Pacjent otrzymał skierowanie z poradni przyklinicznej do leczenia operacyjnego.

W. W. był hospitalizowany w szpitalu (...) od 23 sierpnia 2011 roku do 7 września 2011 roku, gdzie w oparciu o rozpoznanie guza lewej nerki wynikające z badania TK wykonano 25 sierpnia 2011 roku radykalne usunięcie nerki lewej. Pacjent opuścił szpital w stanie dobrym. Badanie histopatologiczne usuniętego narządu wykonane 6 września 2011 roku potwierdziło wcześniejszą diagnozę. Stwierdzono guz górnego bieguna o średnicy 3 cm oraz torbiel mięszzową o średnicy 7 mm. Guz o utkaniu jasno komórkowym typowym dla raka nerki, nieprzekraczający torebki włóknistej, bez naciekania otoczenia. Klasyfikacja guza według Furmana 3. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy. Kolejne wizyty kontrolne ambulatoryjne miały miejsce 22 września 2011 roku, 15 marca 2012 roku i 6 września 2012 roku. Stwierdzono w ich trakcie: wygojenie rany operacyjnej bez powikłań, parametry oczyszczenia nerkowego prawidłowe, RTG klatki piersiowej oraz tomografia komputerowa jamy brzusznej prawidłowa, bez wznowienia procesu nowotworowego.

Leczenie, któremu został podany W. W. w (...) Szpitalu (...) w Ł. zostało przeprowadzone prawidłowo według zasad wiedzy i sztuki medycznej. Leczenie i zachowanie personelu medycznego było prawidłowe. Pacjent został wypisany bez powikłań w stanie dobrym. Okres rekonwalescencji przebiegł prawidłowo. Cierpienie, jakiego doznał pacjent było związane z bólem pooperacyjnym, co jest typowe w przebiegu leczenia operacyjnego. Ból stopniowo ustępujący po operacji, związany jest z przecięciem powłok i jego natężenie uwarunkowane jest progami bólowym różnym u każdego pacjenta. W obserwacjach szpitalnych nie odnotowano odchyień od tego stanu. Pacjent nie został narażony na dodatkowe cierpienia. Nie popełniono błędów podczas procesu leczenia.

Kontrowersje wobec diagnostyki związane z nierozpoznaniami guza w badaniu USG ambulatoryjnym są bezzasadne, ponieważ guz został zdiagnozowany w badaniu tomografii komputerowej, które jest badaniem referencyjnym o większej czułości. Na żadnym etapie diagnozowania powoda w 2011 roku nie popełniono błędów ani zaniedbań w zakresie przeprowadzonej diagnostyki obrazowej. Została ona przeprowadzona rzetelnie, zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej i w optymalnym zakresie. Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne było u powoda szybkie i adekwatne do stanu klinicznego. Rozbieżność pomiędzy wynikiem badania USG wykonanego 15 lipca 2011 roku a wcześniejszym badaniem TK wynika z różnej czułości obu metod oraz zależności wykrywania w USG zmian guzowatych od wielu czynników, przy jednocześnie względnej niezależności wykrywania tych samych zmian w badaniu TK. Wszystkie zmiany guzowate, które mają na obrazach tę samą echogeniczność, co zdrowa część nerki nie są widoczne w badaniu USG. W tej samej sytuacji w badaniu TK zmiany guzowate mające tę samą tętnistość, co reszta miąższu nerki, co prawda w pierwszej części badania przeprowadzanej bez kontrastu są także niewidoczne, ale po podaniu kontrastu uwidaczniają się doskonale. Zastosowanie kontrastu w badaniu USG nie jest możliwe, zatem trudno oczekiwać, że w przeglądowym badaniu, jakim jest USG uda się zobaczyć wszystkie zmiany guzowate w nerce tak jak w badaniu TK. Tomografia komputerowa ma nie tylko wielokrotnie większą czułość i specyficzność niż USG, ale także dodatkowo podawany dożylnie kontrast wyodrębnia ukryte pierwotnie zmiany. Ponadto czytelność obrazu USG jest zależna od tuszy pacjenta, stopnia wypełnienia jego jelit przez treść pokarmową i gazy jelitowe oraz osobniczo zmienną przenikliwość ultradźwięków przez ciało pacjenta. Ograniczenia te i zależności nie występują natomiast podczas badania TK, w którym wszyscy pacjenci są w porównywalnym stopniu diagnozowani, a w trakcie badania można od razu jednocześnie porównywać ze sobą obie nerki, co nie jest możliwe w badaniu USG.

Jednocześnie należy wskazać na ogromną rolę rozpoznania klinicznego, wstępnego poczynionego przez lekarza klinicystę i zawartego w skierowaniu do badania. Znajomość treści wyniku badania TK wykonanego pierwotnie i wynikający z niego obraz guza nerki w sposób bardzo istotny mógł przyczynić się do ujawnienia zmiany w USG mimo jej pierwotnej „niewidzialności”. Jak wynika z akt sprawy lekarz P. G. nie dysponował taką wiedzą, tzn. nie posiadał wyniku badania TK.

W świetle wykonanych u powoda badań obrazowych - w tym doskonale widocznej w badaniu TK zmiany guzowatej w nerce nie było potrzeby wykonywać u powoda dwóch pozostałych badań obrazowych najczęściej wykorzystywanych w diagnostyce układu moczowego, to jest urografii oraz angiografii tętnic nerkowych. Nie wniosłyby one nic nowego do rozpoznania a jedynie opóźniły przeprowadzenie u pacjenta koniecznej operacji usunięcia nerki.

Bezpośrednio po zabiegu operacyjnym powód mógł wymagać pomocy osób trzecich przy poruszaniu się i rehabilitacji mając na uwadze dysfunkcje prawej kończyny dolnej. Rokowanie na przyszłość co do stanu zdrowia powoda w związku z rozpoznaniem schorzenia nerki i zastosowanym leczeniem jest dobre. Wykrycie guza nastąpiło w początkowej fazie rozwoju. Guz był niewielki, bez naciekania tkanek okolicznych, brak było powiększenia węzłów chłonnych. Leczenie chirurgiczne, tzn. nefrektomia, jest jedynym prawidłowym sposobem leczenia guza nerek.

/ dokumentacja medyczna powoda – k 7-13, k 25, k 93-143, k 200-205, k 211-217, opinia pisemna biegłego z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej P. B. (1) – k 224-225, opinia pisemna biegłego urologa R. P. – k 264-265 /

Przed wykonaniem zabiegu, 24 sierpnia 2011 roku W. W. podpisał zgodę, na przeprowadzenie nefrektomii lewostronnej.

/ oświadczenie powoda – k 112 /

Szkoda związana z pobytem w SP ZOZ (...) Szpitalu (...) w Ł. (...) Szpitalu (...) została zgłoszona pozwanemu. Ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania pismem z 15 marca 2017 roku uzasadniając to brakiem podstaw wskazujących, że w placówce objętej ochroną ubezpieczeniową doszło do błędów w leczeniu.

/ pismo (...) S.A i zgłoszenie szkody – k 82-84 /

W. W. ma 49 lat; od wielu lat jest niezdolny do pracy z przyczyn zdrowotnych i utrzymuje się z renty. Powód mieszka sam i ponosi koszty utrzymania mieszkania w wysokości 350,00 do 450,00 zł miesięcznie. Na leki powód wydaje około 100,00 zł miesięcznie. Powód otrzymuje pomoc z MOPS w wysokości 30,00 zł miesięcznie na zakup migawki oraz 100,00 zł co cztery miesiące na wyżywienie.

/ zeznania powoda – k 280 /

29 listopada 2012 roku W. W. wniósł pozew o zasądzenie od J. R. (1) (...) J. R. zadośćuczynienia i renty z tytułu nie wykazania guza nerki lewej w badaniu USG jamy brzusznej wykonanym przez pracownika pozwanego – P. G. 15 lipca 2011 roku, przez co powód miał zostać narażony na utratę zdrowia i życia. Powództwo zostało prawomocnie oddalone wyrokiem Sądu Okręgowego w Łodzi z 20 lutego 2015 roku wydanym pod sygnaturą akt I C 421/13.

/ załączone akta I C 421/13 Sądu Okręgowego w Łodzi /

28 maja 2014 roku W. W. wniósł pozew, w którym domagał się zapłaty od W. G., jako właściciela (...), odszkodowania za nieprawidłową diagnozę schorzenia nerki i wdrożenie nieprawidłowej diagnostyki, co narazić miało zdrowie i życie powoda. Powództwo zostało oddalone prawomocnie wyrokiem Sądu Okręgowego w Łodzi z 2 lipca 2015 roku, wydanym w sprawie II C 1870/14.

/ załączone akta II C 1870/14 Sądu Okręgowego w Łodzi /

Sąd odmówił mocy dowodowej zeznaniom świadków zgłoszonych przez powoda: A. R., P. G., M. S. i A. K., ponieważ nie posiadali oni wiedzy przydatnej do rozstrzygnięcia tej sprawy i wykraczającej poza informacje wynikające z dokumentacji medycznej dotyczącej powoda.

Z tej samej przyczyny Sąd nie uwzględnił wniosku powoda o ponowne przesłuchanie tych świadków. Niezależnie od tego, powtórzenie tych dowodów nie było uzasadnione względami procesowymi. Powód był prawidłowo powiadomiony o terminie rozprawy wyznaczonej na 20 listopada 2017 roku, na której przesłuchano świadków (zpo – k 162) i nie stawiał się bez usprawiedliwionej przyczyny. Natomiast nieakceptowanie treści zeznań świadków przez stronę nie jest wystarczającą przesłanką uzasadniającą ponowne przesłuchanie tych świadków.

Sąd oddalił wniosek o przesłuchanie biegłych, którzy sporządzili w tej sprawie opinie pisemne uznając, że zarzuty formułowane pod adresem tych opinii przez powoda są bezzasadne. Ograniczały się one do stwierdzenia, że opinie są nieprecyzyjne i nie opierają się na faktach. Po skonfrontowaniu opinii ze zgromadzoną w sprawie, dosyć obszerną dokumentacją medyczną, Sąd nie stwierdził, aby któryś z biegłych oparł się na faktach nieprawdziwych. Jedyną nieścisłość w opinii dra R. P. stanowi błędnie wskazana data wykonania u powoda tomografii komputerowej – „11.06.2014r.”. Jest to jednak oczywista omyłka polegająca na zamianie numeracji dnia i roku – w rzeczywistości chodzi o badanie z 14.06.2011r. (k 8 akt). Z dokumentacji wynika, że było to jedyne badanie TK poprzedzające pobyt powoda w Szpitalu im. (...). Uchybienie to było dla Sądu na tyle oczywiste, że nie wymagało ustnego uzupełnienia opinii, a tym bardziej nie dyskwalifikowało jej wartości dowodowej. Obie opinie w sposób wyczerpujący odpowiadają na zasadnicze w tej sprawie pytanie odnoszące się do prawidłowości diagnozowania powoda, nota bene nie prowadzonego w szpitalu, którego dotyczą zarzuty powoda, oraz prawidłowości leczenia W. W. w ubezpieczonej placówce służby zdrowia, zatem zarzut, iż są nieprecyzyjne jest jedynie subiektywną oceną strony niezadowolonej z wniosków, jaki wynikają z tych dowodów.

Postanowieniem z 7 maja 2019 roku Sąd umorzył postępowanie wywołane wnioskiem powoda o wyłączenie biegłych D. B. i W. P., na podstawie art. 355 p 1 w zw. z art. 13 § 2 kpc. Biegli ci nie zostali w tej sprawie powołani do sporządzenia opinii, zatem wniosek o ich wyłączenie był bezprzedmiotowy, zaś wydawanie orzeczenia rozstrzygającego taki wniosek merytorycznie – zbędne.

Rozważania prawne:

Odpowiedzialność pozwanego opiera się na umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartej z placówką medyczną – art. 822 kc. Warunkiem skutecznienia takiej odpowiedzialności jest zaistnienie zdarzenia pociągającego za sobą odpowiedzialność odszkodowawczą ubezpieczonego.

Podmioty prowadzące działalność leczniczą ponoszą odpowiedzialność za szeroko rozumiane błędy medyczne na podstawie art. 430 kc w zw. z art. 415 kc. Przesłankami tej odpowiedzialności są:

- szkoda,
- powierzenie czynności innej osobie na rachunek powierzającego, przy czym osoba ta przy wykonywaniu tej czynności podlega kierownictwu powierzającego i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek,
- zawinione działanie lub zaniechanie osoby, której powierzono wykonywanie czynności, mające związek z wykonywaniem tej czynności,
- adekwatny związek przyczynowy między szkodą a zawinionym działaniem lub zaniechaniem osoby, której powierzono wykonanie czynności.

Obowiązek udowodnienia tych przesłanek, które muszą wystąpić łącznie, spoczywa na stronie powodowej, co wynika z art. 6 k.

W tej sprawie powód nie udowodnił, aby po stronie personelu medycznego zatrudnionego w (...) Szpitalu (...) w Ł. (...) Szpitalu (...) w Ł. miały miejsce jakiegokolwiek zaniedbania, które można byłoby zakwalifikować jako błędy medyczne polegające na niewłaściwej diagnostyce lub zastosowaniu niewłaściwego leczenia.

W tym miejscu należy odnotować, że już w samym pozwie występuje pewna niespójność zarzutów sformułowanych przez W. W.. W końcowej części uzasadnienia powód kategorycznie stwierdza, że w Szpitalu im. (...) nieprawidłowo przeprowadzono diagnostykę w rozpoznaniu choroby (k 5 akt sprawy). Tymczasem we wcześniejszym fragmencie uzasadnienia powód formułuje zarzuty dotyczące nieprawidłowej diagnostyki przeprowadzonej przez P. G., który wykonał opis badania USG powoda. Problem polega na tym, że badanie to wykonano zanim W. W. trafił do Szpitala im. (...), przeprowadzono je w placówce, która nie ma nic wspólnego z tym Szpitalem, skierowanie nie pochodziło od lekarza, za którego czynności Szpital im. (...) ponosiłby jakąkolwiek odpowiedzialność, zaś opis badania wykonał lekarz, który nie działał, jako zatrudniony przez ten Szpital. Co więcej, z dokumentacji sporządzonej w związku z pobytem powoda w (...) Szpitalu (...) w Ł. (...) Szpitalu (...) w Ł. nie wynika, aby przed operacją wykonywano u powoda w tej placówce diagnostykę obrazową (USG lub TK), której prawidłowe przeprowadzenie mogłoby zostać zakwestionowane. Szpital przyjął pacjenta na podstawie skierowania lekarza, zaś wystarczającą przesłanką do przeprowadzenia operacji było badanie TK wykonane 14 czerwca 2011 roku, co potwierdzili w swoich opiniach biegli. Zaniechanie dalszej diagnostyki było postępowaniem prawidłowym, co również wynika z opinii biegłych, zaś słuszność rozpoznania i zasadność przeprowadzenia nefrektomii lewostronnej potwierdzono dodatkowo w pooperacyjnym badaniu histopatologicznym usuniętej nerki.

Jak wynika z opinii biegłego urologa, zastosowana wobec powoda w (...) Szpitalu (...) w Ł. (...) Szpitalu (...) w Ł. procedura medyczna była prawidłowa, ponieważ jest to jedyna metoda leczenia guza nerki. Biegły potwierdził też, że sam zabieg wykonano prawidłowo. Po operacji nie wystąpiły u pacjenta żadne powikłania, które mogłyby chociażby sugerować, iż dopuszczono się uchybień skutkujących narażeniem powoda na uszczerbek zdrowia lub utratę życia.

Wobec powyższego pozew w części opartej na twierdzeniu, że zabieg operacyjny był zbędny, przeprowadzono go nieprawidłowo lub nie wykonano koniecznej diagnostyki w (...) Szpitalu (...) w Ł. (...) Szpitalu (...) w Ł. podlega oddaleniu, jako bezzasadny.

Sąd pochylił się także nad oceną roszczenia powoda w kontekście ewentualnego naruszenia praw pacjenta W. W. w trakcie jego pobytu w (...) Szpitalu (...) w Ł. (...) Szpitalu (...) w Ł.. Ma to związek z zarzutami zawartymi na drugiej

stronie uzasadnienia pozwu ujętym w stwierdzeniach: „... w Szp. (...) przed zabiegiem nie poinformowano mnie jak również nie pokazano mi w/w guza.” oraz „...brak współpracy z pacjentem, który powinien mieć należycie wyjaśnioną całą sytuację, co spoczywa na lekarzach wykonujących operację, co mogło narazić moje życie i zdrowie.” (k 5 akt). Powód nie wyjaśnił jednak, na czym miało polegać owo niepoinformowanie go, tzn. jakich informacji zabrakło w przekazie ze strony personelu medycznego (...) Szpitala (...)w Ł. (...) Szpitala (...) w Ł.. Powód odmówił również wyjaśnienia tej kwestii w trakcie zeznań składanych na ostatniej rozprawie, odwołując się do tego, co sformułował na piśmie. Z drugiej strony, w dokumentacji szpitalnej powoda znajduje się oświadczenie W. W. zawierające zgodę pacjenta na zabieg oraz stwierdzenie o tym, że powód został poinformowany o istocie swojej choroby i możliwościach jej leczenia oraz wyraził zgodę na operację, której założenia, cele, stopień ryzyka i możliwości powikłań zostały mu przedstawione w sposób zrozumiały (k 112). W sytuacji, gdy powód nie zakwestionował prawdziwości tego dokumentu, nie wskazał, które oświadczenia w nim zawarte nie odpowiadają rzeczywistości, ani nie przedstawił żadnych dowodów pozwalających zakwestionować zgodność zawartych w dokumencie oświadczeń z faktycznym stanem wiedzy lub wolą powoda, nie można stwierdzić, że doszło do naruszenia nakazu zawartego w art. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2019 roku poz. 1127), mogącego skutkować odpowiedzialnością odszkodowawczą przewidzianą w art. 4 tej ustawy.

Wobec tego powództwo oparte także na tej podstawie faktycznej należało uznać za bezzasadne.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 102 kpc. Sąd uznał, że trudna sytuacja osobista i majątkowa powoda – trwała niezdolność do pracy z przyczyn zdrowotnych oraz wynikające z tego niewielkie dochody i brak pomocy osób bliskich, uzasadniają odstępstwo od zasady odpowiedzialności za wynik procesu wyrażonej w art. 98 kpc.