

UZASADNIENIE

Pozwem z 24 maja 2015 roku, skierowanym przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) Medycznej (...) w Ł. – (...) Szpitalowi (...) w Ł. oraz (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W., powód R. K. wniósł o:

- 1) zasądzenie od pozwanych na zasadzie in solidum na rzecz powoda kwoty 75.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 16 maja 2015 roku do dnia zapłaty;
- 2) zasądzenie od pozwanych na zasadzie in solidum na rzecz powoda kwoty 60.000,00 zł tytułem renty wyrównawczej za utracone zarobki w roku 2009 wraz odsetkami ustawowymi od dnia 16 maja 2015 roku do dnia zapłaty;
- 3) zasądzenie od pozwanych na zasadzie in solidum na rzecz powoda renty wyrównawczej w wysokości 1.200,00 zł płatnej miesięcznie do dziesiątego dnia każdego miesiąca, począwszy od maja 2015 roku na przyszłość, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia następnego w razie uchybienia terminu płatności, do dnia zapłaty;

oraz o zasądzenie od pozwanych na rzecz powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu powód wskazał, że w pozwanym szpitalu błędnie zdiagnozowano u niego guza trzustki, a następnie przez trzy lata błędnie prowadzono leczenie nowotworu, który u powoda nie wystąpił. Nieprawidłowe leczenie powoda, w tym przy pomocy chemioterapii trwało aż do czasu prawidłowego zdiagnozowania marskości wątroby przez lekarzy z Kliniki (...) w Ł. w dniu 25 maja 2012 roku. Powód podniósł, że błędna diagnoza i leczenie przyczyniły się pogorszenia stanu jego zdrowia, a nadto spowodowały cierpienia psychiczne wywołane przekonaniem o zagrożeniu życia. Powód podniósł też, że kolejnym uchybieniem personelu pozwanego szpitala było błędne przeprowadzenie u powoda zabiegu laparotomii, co doprowadziło do powikłań w postaci perforacji przewodu pokarmowego (przełyku) i zapalenia otrzewnej oraz ropni płuca i wątroby. Wskazał ponadto, że przed niewłaściwym procesem leczenia był osobą sprawną i aktywną fizycznie, a obecnie nie może sobie pozwolić na aktywny tryb życia, nie może nic dźwigać i bardzo szybko się męczy.

Uzasadniając żądanie zasądzenia renty wyrównawczej powód wskazał, że na skutek działań pozwanego szpitala utracił zdolność do wykonywania pracy zarobkowej. Przed rozpoczęciem procesu leczenia powód prowadził bowiem wraz z małżonką działalność gospodarczą, z której osiągalni dochody w wysokości 10.000,00 zł miesięcznie. W wyniku błędu medycznego powód nie był w stanie kontynuować tej działalności ze względu na stan zdrowia. Podniósł, że był całkowicie niezdolny do pracy w okresie od grudnia 2008 r. do września 2011 r. W związku z powyższym dochodzi renty wyrównawczej za 2009 rok w wysokości 60.000,00 zł., za utracony comiesięczny zarobek w wysokości 5 000,00 zł. Powód podniósł nadto, że obecnie jest częściowo niezdolny do pracy - do 30 czerwca 2016 r., co uzasadnia żądanie zasądzenia comiesięcznej renty na przyszłość w wysokości 1.200,00 zł.

(pozew – karty 2- 8 akt sprawy)

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) S.A. w W. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania według norm przepisanych. Podniósł, że proces leczenia powoda przebiegał prawidłowo i nie doszło podczas niego do błędów medycznych, tym samym roszczenie jest nieusprawiedliwione co do zasady. Nadto pozwany podniósł, że również wysokość dochodzonych roszczeń jest nadmiernie wygórowana i nie znajduje uzasadnienia w świetle załączonej do pozwu dokumentacji, a twierdzenie powoda, że jego niezdolność do pracy została spowodowana niewłaściwym leczeniem nie zostało udowodnione. Pozwany wskazał, że w jego ocenie niezdolność do pracy powoda wynika raczej z wielości jego schorzeń samoistnych.

(odpowiedź na pozew – k. 135 - 138)

W odpowiedzi na pozew pozwany samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Szpital (...) Medycznej (...) w Ł. (...) szpital (...) w Ł. wniósł o oddalenie powództwa jako bezzasadnego i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania według norm przepisanych. W uzasadnieniu zaprzeczył, by pozwany szpital dopuścił się błędów w leczeniu powoda. Nadto podniósł, że powód nie wykazał żadnej z przesłanek odpowiedzialności deliktowej pozwanego szpitala, choć to jego obarcza ciężar dowodu.

(odpowiedź na pozew – k. 148-151)

Na rozprawie w dniu 15 lutego 2017 roku pełnomocnik pozwanego (...) S.A. w W. oświadczył, że nie wnosi o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego od powoda. Aż do zamknięcia rozprawy w dniu 15 lutego 2017 roku strony pozostały przy swoich dotychczasowych, wyżej przedstawionych stanowiskach procesowych.

(protokół elektroniczny rozprawy z dnia 15.02.2017 r. – czas nagrania 00: 0 2 : 3 4 – 00: 1 3 : 3 6)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 12 grudnia 2008 roku powód R. K. trafił do Wojewódzkiego (...) im. dr W. B. w Ł., Kliniki (...) w Ł. z rozpoznaniem guza wątroby oraz wywołanej nim żółtaczki mechanicznej. W dniu 16 grudnia 2008 roku przeprowadzono u niego badanie USG, w którym stwierdzono, iż w okolicy wnęki wątroby widoczny jest nieostro odgraniczony obszar mięszu o nieco niejednorodnej echostrukturze, o wymiarach 20x17 mm, budzący podejrzenie zmiany o typie tu cholangiocellulare. Nazwą tą określa się guza wątroby wywodzącego się z nabłonka dróg żółciowych. W badaniu tym stwierdzono również, że trzustka powoda nie jest powiększona, ma jednorodną podwyższoną echostrukturę bez widocznych zmian ogniskowych. Odnotowano wskazanie do badania tomografii komputerowej lub endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej ((...)) wątroby. W dniu 17 grudnia 2008 roku powoda wypisano do domu, wydając mu skierowanie do kliniki (...) w Ł. celem dalszej diagnostyki i leczenia.

(karta informacyjna – k. 20 akt sprawy)

Powód zgłosił się do Kliniki (...) w celu diagnostyki utraty masy ciała – jak podawał schudł 7 kg w ciągu dwóch miesięcy – oraz utrzymującej się u niego żółtaczki. Przeprowadzone badania USG oraz tomografii komputerowej jamy brzusznej wskazywały na obecność guza trzustki, który, jak podejrzewano, był przyczyną żółtaczki mechanicznej. Na podstawie badań powoda zakwalifikowano do badania (...). W dniu 19 stycznia 2009 roku w Pracowni Endoskopowej (...) Szpitala (...) Medycznej w Ł. u powoda wykonano zabieg (...), dokonano rozcięcia brodawki Y. (sfinkterotomii żółciowej) i ze względu na nasiloną żółtaczkę mechaniczną i zwężenie przewodu żółciowego wspólnego, do dróg żółciowych wprowadzono protezę długości 9 cm i szerokości 2,8 mm.

(dokumentacja medyczna – k. 21 , k. 196)

Po upływie około 6 godzin od zabiegu u powoda wystąpiły kliniczne i radiologiczne objawy przedziurawienia przewodu pokarmowego, stanowiącego zagrożenie życia pacjenta. W nocy z dnia 19 na 20 stycznia 2009 roku, z powodu objawów otrzewnowych został przeniesiony do Kliniki (...) w Szpitalu (...). U powoda rozpoznano: stan po (...) i protezowaniu dróg żółciowych, perforację przewodu pokarmowego, żółtaczkę mechaniczną, guza głowy trzustki, zmianę ogniskową w płucu prawym. Po przygotowaniu zakwalifikowano go do operacji, którą przeprowadzono w trybie pilnym. Otrzymała się ona rankiem 20 stycznia 2009 roku, od godz. 7:30 do godz. 10:10. W skład zespołu operacyjnego wchodził 1 chirurg z tytułem profesora, dwóch doktorów nauk medycznych specjalistów z zakresu chirurgii ogólnej i jeden dr n. med. chirurg. Ś. stwierdzono w jamie otrzewnowej powoda niewielką ilość treści podbarwionej żółciowo, mimo prób nie znaleziono miejsca ewentualnej perforacji przewodu pokarmowego. Jamę otrzewnową wypłukano i zdrenowano okolicę. Po zabiegu włączono leczenie żywieniowe. Podczas hospitalizacji nie doszło do istotnych powikłań. Powoda wypisano do domu 26 stycznia 2009 roku, zalecając zgłoszenie się do Poradni Chirurgicznej celem leczenia ambulatoryjnego.

(dokumentacja medyczna – k. 22 , k. 196 , zeznania świadka L. K. – protokół elektroniczny rozprawy z 4 grudnia 2015 roku, czas nagrania od 00:38:59 do 00:55:53)

Powód został ponownie hospitalizowany w powyższej Klinice (...) z objawami wytrzewienia (ewentracji) w dniu 30 stycznia 2009 roku. Operowany w trybie pilnym. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono obecność ropnia podwątrobowego. Ropień opróżniono, jamę otrzewnej przepłukano i zdrenowano. Powoda wypisano do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym 2 lutego 2009 roku, z zaleceniem przyjmowania antybiotyku i zgłoszenia się do Poradni Chirurgicznej celem kontroli.

(karta informacyjna – k. 23)

Powód przyjęty został ponownie do Kliniki (...) im. WAM w dniu 14 kwietnia 2009 roku, z powodu podejrzenia guza trzustki, w celu diagnostyki. Przebywał tam jeden dzień. U powoda wykonano badanie tomografii komputerowej jamy brzucha. Na jego podstawie u powoda stwierdzono guza w dolnym płacie prawego płuca, guza między tylną ścianą żołądka a trzonem trzustki, poszerzenie przewodu trzustkowego w głowie trzustki i liczne powiększone regionalne węzły chłonne. Tego samego dnia wypisano go do domu w stanie ogólnym dobrym, z zaleceniem dalszej opieki w poradni chirurgicznej i zgłoszenia się do (...) Ośrodka (...) celem podjęcia dalszego leczenia.

(karta informacyjna – k. 24)

W dniach 30 kwietnia 2009 roku do 1 maja 2009 roku powód przebywał na Oddziale (...) Onkologicznej (...) Ośrodka (...) w Ł.. Przeprowadzono wówczas u niego biopsję aspiracyjną cienkoigłową trzustki sterowaną USG. Wynik badania otrzymano 6 stycznia 2009 roku, okazał się on niediagnostyczny.

(karta informacyjna – k. 25, wynik badania – k. 26, opinia biegłego chirurga – k. 222-225, uzupełniająca opinia biegłego chirurga – k. 239-244, 253-255 .)

W dniu 22 czerwca 2009 r. powoda hospitalizowano w Klinice (...). Wykonano u niego badania moczu, krwi, EKG, USG jamy brzusznej i (...), usunięto niedrożną protezę z dróg żółciowych, nie stwierdzono wówczas istotnej patologii w obrębie dróg żółciowych. Wypisano powoda w dniu 25 czerwca 2009 roku z zaleceniem diety wątrobowej i dalszego leczenia chirurgicznego.

(karta informacyjna – k. 27)

Powód przyjęty został ponownie do Kliniki (...) im. WAM w Ł. w dniu 15 lipca 2009 roku z powodu narastającej żółtaczki. Przeprowadzono diagnostykę ultrasonograficzną przewodu pokarmowego. Zakwalifikowano powoda do endoskopowego protezowania dróg żółciowych. W dniu 17 lipca 2009 roku wykonano u powoda ponowny zabieg (...), ponownie wprowadzono protezę teflonową do przewodu żółciowego wspólnego. W dniu 21 lipca 2009 roku powoda wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem dalszej kontroli w poradni chirurgicznej, konsultacji w Oddziale Torakochirurgii oraz wykonania badania magnetycznego rezonansu jądrowego ((...)). Protezę dróg żółciowych usunięto powodowi w marcu 2011 roku z powodu jej niedrożności.

(karta informacyjna – k. 29-31 , karta informacyjna – k. 32-33)

W dniach od 2 do 10 sierpnia 2011 roku powód hospitalizowany był w Klinice (...) im. WAM w Ł.. Przyjęto go w trybie pilnym w stanie ogólnym przedwstrząsowym , w wyniku masywnego krwawienia z przewodu pokarmowego. Stan pacjenta zagrażał jego życiu. W dokumentacji medycznej wskazano, że powód od około 3 lat obserwowany był w kierunku guza trzustki z naciekiem wnęki wątroby i uciskaniem na drogi żółciowe; a ponadto podejrzewano u niego zmianę naciekową w dolnym płacie prawego płuca, która miała prawdopodobnie charakter zapalny. Wskazano, że obecnie w dolnym płacie prawego płuca powoda nie występują zmiany zapalne. Przeprowadzono u powoda badania krwi, elektrolitów, proteinogram, koagulologię, badanie EKG, TK brzucha, RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej i gastroskopię. Stwierdzono znaczną niedokrwistość – poziom hemoglobiny 3,9 g/dl a poziom żelaza

7 ug/dl. W trakcie hospitalizacji w wykonanych badaniach obrazowych stwierdzono przebudowaną, powiększoną wątrobę, splenomegalię, naciek zapalny wokół trzustki oraz liczne powiększone węzły chłonne we wnęce wątroby, okołoaortalne oraz w obu pachwinach. Podczas pobytu powodowi przetoczono łącznie 6 jednostek krwi, uzupełniono niedobory żelaza. Nie znaleziono istotnej przyczyny krwawienia poza żylakami przełyku, które nie były krwawiące. Powód nie wyraził zgody na wykonanie kolonoskopii. Wypisano go do domu w stanie ogólnym zadowolającym z zaleceniem diagnostyki w poradni hematologicznej – z powodu obrazu chorobowego, który mógłby wskazywać na proces autoimmunologiczny - oraz konsultacji w poradni pulmonologicznej.

(karta informacyjna – k. 32-33 , zeznania świadka K. M. – protokół elektroniczny rozprawy z 4 grudnia 2015 roku, czas nagrania od 01:02:54 do 01:33:51)

Do ponownej hospitalizacji powoda doszło 25 maja 2012 r. w Klinice (...) w Ł. w związku z utrzymującym się podżółceniem i świądem skóry, stanami podgorączkowymi, dreszczami oraz zmianą ogniskową. Wykonano u powoda badania laboratoryjne, a także trójfazowe badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej, które wykazały niejasny obraz chorobowy w zakresie wątroby. U powoda ujawniono zmianę wątroby podejrzaną w kierunku ChCC, ewentualnie ropnia wątroby. Badanie to ujawniło również torbiel wątroby bez zmian ogniskowych, zwapnienie na głowie trzustki bez zmian ogniskowych i powiększenie licznych węzłów chłonnych. U powoda rozpoznano objawy marskości wątroby oraz kamicy pęcherzyka żółciowego, żylaki przełyku II/III stopnia. U chorego włączono leczenie antybiotykowe, jak w przewlekłym zapaleniu dróg żółciowych, po oraz dodatkowo włączono leczenie p/H.. Zalecono dalszą opiekę w poradni chorób wątroby, powoda wypisano ze szpitala w dniu 13 czerwca 2012 roku.

(karta informacyjna – k. 34-35)

W dniach 28 listopada – 6 grudnia 2013 roku powód leczony był w Klinice (...). Rozpoznano u niego marskość wątroby w przebiegu pierwotnego stwardniającego zapalenia dróg żółciowych, żółciową wtórną nadczynności tarczycy, podejrzenie zmian płuca prawego, refluksowe zapalenie przełyku. Stwierdzono ponadto płyn w zrostach podstawy płuca prawego, w prawym dolnym polu niejednoznaczne zagęszczenie miąższu o nieostrych obrysach. W dokumentacji medycznej powoda zawarto informację o stanie po radioterapii, brak jednak dokładnych informacji na ten temat. Ponadto w dniu 4 grudnia 2013 roku rozpoznano u powoda żylaki przełyku, przewlekłe zapalenie części przedodźwiernikowej żołądka z nadżerkami uniesionymi, zapalenie opuszki dwunastnicy. W późniejszym okresie powód leczony był z uwaga na żylaki przełyku i chorobę G. B..

(dokumentacja medyczna – k. 196, 199)

Orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS z 31 lipca 2009 roku ustalono, że powód był całkowicie niezdolny do pracy od grudnia 2008 roku do 30 września 2011 roku. Orzeczeniem z 22 marca 2013 roku ustalono niezdolność do pracy powoda z pomyślnymi rokowaniami na przyszłość. Orzeczeniem z 18 czerwca 2016 roku ustalono, że powód jest częściowo niezdolny do pracy do 30 czerwca 2016 roku.

(orzeczenia – k. 42-45)

Żona powoda – I. K. (1) – przekazała powodowi na początku marca 2009 roku, że postawiono u niego diagnozę raka trzustki. Informację taką powzięła w grudniu 2008 roku na podstawie rozmowy z lekarzem – prof. B., który powiedział jej, że jest w stanie zoperować guza głowy trzustki, podejrzanego u powoda, i tym samym przedłużyć mu życie o pół roku. Powód był zrozpaczony tą informacją, mówił, że nie warto dalej żyć, nie chciał się leczyć. Spodziewał się najgorszego. W maju 2009 roku dowiedział się, iż diagnoza ta była nieprawidłowa.

(zeznania świadka I. K. (1) – protokół elektroniczny rozprawy z 4 grudnia 2015 roku, czas nagrania od 00:03:44 do 00:37:57)

Przed ujawnieniem się w 2008 roku choroby wątroby, powód był sprawnym człowiekiem, prowadził sportowy tryb życia, grał w piłkę, jeździł rekreacyjnie na rowerze, chodził na spacer, na basen. Prowadził wraz z żoną restaurację

(...) na podstawie umowy franczyzowej z firmą (...). Zajmował się głównie dostawą towaru. W związku ze swoją pracą często dźwigał ciężkie pakunki. Miał również własną szkołę nauki jazdy. Szkoła ta przynosiła mu dochody w wysokości od 1.000 zł do 2.000 zł miesięcznie. Prowadzenie restauracji przynosiło małżeństwu łączny dochód ok. 7.000 – 8.000 zł na miesiąc.

(zeznania świadka R. A. – proto kól elektroniczny rozprawy z 18 września 2015 roku, czas nagrania od 00:05:35 do 00:20:10 ; zeznania świadka M. S. – protokól elektroniczny rozprawy z 18 września 2015 roku, czas nagrania od 00:20:11 do 00:28:53; zeznania świadka J. S. – protokól elektroniczny rozprawy z 18 września 2015 roku, czas nagrania od 00:28:54 do 00:37:54; zeznania świadka I. K. (2) – protokól elektroniczny rozprawy z 18 września 2015 roku, czas nagrania od 00:37:55 do 00:44:34 , zeznania świadka I. K. (1) – protokól elektroniczny rozprawy z 4 grudnia 2015 roku, czas nagrania od 00:03:44 do 00:37:57)

Spółka (...) rozwiązała z powodem i jego żoną umowę franczyzową, na podstawie której prowadzili oni restaurację (...). Przyczyną rozwiązania umowy było niewystawienie przez pracowników restauracji paragonu dla klienta.

(zeznania świadka I. K. (1) – protokól elektroniczny rozprawy z 4 grudnia 2015 roku, czas nagrania od 00:03:44 do 00:37:57)

Obecnie powód jest osłabiony, nie prowadzi już aktywnego życia. Nie może się schylać, dźwigać. Szybko się męczy. Częściej choruje na przeziębienia. Nie może jeść potraw ostrych ani smażonych, wymaga lżejszej diety. Schudł, przed chorobą ważył ok. 100 kg, obecnie ok. 60 kg. Nie może już dźwigać, potrzebuje pomocy w robieniu zakupów. Czasami skarży się na ból mięśni. Rzucił palenie papierosów, nie pije alkoholu. Ma skierowanie do szpitala na przeszczep wątroby. Od 2013 roku zatrudniony jest w MPK Ł. jako kierowca, z uwagi na stan zdrowia obecnie nie pracuje. Skończył mu się zasiłek rehabilitacyjny, wystąpił z wnioskiem do ZUS o przyznanie renty. Mieszka wraz z żoną. Jego żona zarabia ok. 1200-1.400 zł netto miesięcznie, pomaga powodowi finansowo. Powód wydaje ok. 800 zł miesięcznie na mieszkanie i media. Na leczenie powinien wydawać ok. 500 zł miesięcznie, ale nie stać go na to.

(zeznania świadka R. A. – protokól elektroniczny rozprawy z 18 września 2015 roku, czas nagrania od 00:05:35 do 00:20:10 ; zeznania świadka M. S. – protokól elektroniczny rozprawy z 18 września 2015 roku, czas nagrania od 00:20:11 do 00:28:53; zeznania świadka J. S. – protokól elektroniczny rozprawy z 18 września 2015 roku, czas nagrania od 00:28:54 do 00:37:54; zeznania świadka I. K. (2) – protokól elektroniczny rozprawy z 18 września 2015 roku, czas nagrania od 00:37:55 do 00:44:34 , zeznania świadka I. K. (1) – protokól elektroniczny rozprawy z 4 grudnia 2015 roku, czas nagrania od 00:03:44 do 00:37:57 , dowód z przesłuchania powoda – protokól elektroniczny rozprawy z 15 lutego 2017 roku, czas nagrania od 00:06:13 do 00:08:38)

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Szpital (...) Medycznej (...) w Ł. – (...) Szpital (...) posiadał obowiązkowe ubezpieczenie OC świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej w okresie leczenia powoda.

(okoliczności bezsporne)

Powód zgłosił szkodę pozwanemu Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) Medycznej (...) w Ł. – (...) Szpitalowi (...) pismem z 10 kwietnia 2015 roku, żądając jednocześnie odszkodowania z tytułu wydatków na leczenie w wysokości 500,00 zł, zadośćuczynienie za doznaną krzywdę w łącznej wysokości 75 000,00 zł oraz renty wyrównawczej w wysokości 5 000,00 zł miesięcznie za okres 12 miesięcy. Powód zgłosił szkodę pozwanemu (...) S.A. z siedzibą w W. w dniu 22 kwietnia 2015 roku.

(pismo – k. 46-50 , druk zgłoszenia szkody – w załączonych aktach szkody)

Pozwany (...) S.A. z siedzibą w W. nie uznał swojej odpowiedzialności za szkodę powoda i pismem z 16 czerwca 2016 roku odmówił powodowi wypłaty odszkodowania.

(pismo w załączonych aktach szkody, bez nr karty)

Personel pozwanego szpitala nie dopuścił się błędu w sztuce w czasie leczenia chirurgicznego powoda. Po zabiegu endoskopowym, w dniu 19 stycznia 2009 r., u powoda wystąpiły objawy kliniczne i radiologiczne wskazujące na możliwość zaistnienia przedziurawienia przewodu pokarmowego. Takie powikłania są typowe dla zabiegów endoskopowych - wynikają z charakteru tego badania, związanego z penetracją przewodu pokarmowego lub dróg żółciowych z użyciem giętkich endoskopów przesuwanych w obrębie przewodu pokarmowego mechanicznie, siłą rąk badającego lekarza, z forsownym rozszerzaniem zwężeń w obrębie dróg żółciowych, wprowadzaniem rozszerzadeł lub protez oraz używaniem elektronarzędzi do rozcinania tkanek. Nieuchronnie wiąże się to z ryzykiem mechanicznego uszkodzenia tkanek i narządów oraz naruszeniem ciągłości przewodu pokarmowego. Po ujawnieniu powikłania powód został niezwłocznie przeniesiony do Kliniki (...) i poddany leczeniu operacyjnemu w trybie pilnym w dniu 20 stycznia 2009 roku. Personel pozwanego szpitala zareagował bez zbędnej zwłoki. Sam zabieg był przeprowadzony starannie i bez pośpiechu. Wskazuje na to m. in. czas tej operacji: od godz. 7.30 do godz. 10.10. Biorąc pod uwagę zakres przeprowadzonej operacji – był to czas ponadstandardowy. W skład zespołu operacyjnego wchodził jeden chirurg z tytułem profesora, dwóch doktorów nauk medycznych specjalistów z zakresu chirurgii ogólnej i jeden dr n. med. chirurg. Zespół reprezentował adekwatne kwalifikacje chirurgiczne. Przebieg operacji spełniał wszelkie wymogi w zakresie diagnostyki śródoperacyjnej i zakresu tego typu operacji brzusznych. Nie wystąpiły żadne powikłania śródoperacyjne. Mimo dołożenia ponadstandardowej staranności, u powoda nie odnaleziono miejsca ewentualnej perforacji przewodu pokarmowego. Powoda zaopatrzono w sposób typowy dla operacji przebiegających z przedziurawieniem przewodu pokarmowego -po przeprowadzeniu szczegółowego śródoperacyjnego badania wnętrza jamy brzusznej, oczyszczono jamę otrzewnej i zastosowano drenaż jamy otrzewnej.

Druga operacja została wykonana u powoda ze względu na wystąpienie tzw. wytrzewienia, czyli ewentracji. Wskutek niezidentyfikowanych przyczyn u powoda wystąpiły zaburzenia w gojeniu rany powłok brzusznych, co skutkowało rozejściem się brzegów rany operacyjnej i wytrzewieniem. Operacja ta została wykonana prawidłowo. Brak przy tym podstaw by uznać, że zaburzenia w gojeniu rany powłok brzusznych u powoda wystąpiły w wyniku wcześniejszego nieprawidłowego ich zszycia. Przyczyną wytrzewienia mógł być wzrost ciśnienia śródbrzusznego na skutek wystąpienia u powoda ropnia podwątrobowego. Taka sytuacja mogła skutkować rozerwaniem brzegów rany brzusznej, nawet przy prawidłowym zaopatrzeniu rany powłok brzucha.

Zarówno perforacja przewodu pokarmowego z objawami żółciowego zapalenia otrzewnej jak i wytrzewienie powodują zagrożenie życia. Obie operacje przeprowadzono u powoda w stanie zagrożenia życia. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne w takich wypadkach musi być ograniczone do niezbędnego minimum. Podczas obu przeprowadzonych u powoda operacji chirurgicznych, nie było ani miejsca ani wskazań do naruszania integralności jego wątroby czy trzustki. Taka procedura mogłaby istotnie pogorszyć przebieg i rokowanie u pacjenta, a dokonanie biopsji chirurgicznej w warunkach obu operacji było przeciwwskazane. Diagnostykę zmian w wątrobie i trzustce należało odłożyć na okres poprawy stanu zdrowia u powoda i tak też uczyniono. Naruszenie sprawności organizmu powoda nie jest wynikiem błędu medycznego, a przeżytych przez powoda chorób samoistnych.

(dokumentacja medyczna – k. 196, 199, 235, opinia biegłego chirurga – k. 222-225, uzupełniająca opinia biegłego chirurga – k. 239-244, 253-255)

Postępowanie personelu medycznego pozwanego szpitala, zmierzające do rozpoznania choroby wątroby powoda i jej leczenia było prawidłowe. Dokumentacja medyczna nie daje podstaw do wnioskowania, by w przypadku powoda doszło do błędu w sztuce lekarskiej. Brak również podstaw do przypuszczeń, by marskość wątroby, do której doszło u powoda na tle pierwotnego zapalenia dróg żółciowych miała związek z niewłaściwym postępowaniem personelu pozwanego szpitala. Pierwotne rozpoznanie choroby powoda wskazywało na żółtaczkę mechaniczną wywołaną nowotworem – guzem. Rozpoznanie to później uległo modyfikacji. Nie potwierdziła się ostatecznie, by zmiany w jamie brzusznej powoda miały charakter nowotworu. Dalsze badania wykazały marskość żółciową wtórną, prawdopodobnie spowodowaną pierwotnym stwardniającym zapaleniem dróg żółciowych. Tym samym podłożem choroby wątroby powoda jest idiopatyczne, pierwotne zapalenie dróg żółciowych. Jest to choroba o charakterze

autoimmunologicznym i mało znanych przyczynach. Tego rodzaju przypadki są bardzo trudne diagnostycznie, wymagają leczenia objawowego i ewentualnie próby leczenia immunosupresyjnego. W pozwany szpitalu podjęto badania w kierunku ustalenia przyczyny choroby wątroby pozwanego. Badania laboratoryjne wykonane w czasie pobytu szpitalnego w dniach 25.05-13.06.2012 r. nie wykazały jednak zaburzeń wskazujących na autoimmunologiczną chorobę wątroby. Niezależnie od tego, leczenie immunosupresyjne, stosowane przy ostatecznie zdiagnozowanym u powoda schorzeniu ma znaczenie objawowe i nie prowadzi do wyleczenia, a jego ewentualne wcześniejsze nie doprowadziłoby do istotnej poprawy stanu zdrowia powoda.

(dokumentacja medyczna – k. 196, 199, 235, opinia biegłego hepatologa – k. 261-264 , uzupełniająca opinia biegłego hepatologa – k. 273-274)

Powyższy stan faktyczny sąd ustalił na podstawie powołanych dowodów z dokumentów, zeznaniach świadków i przesłuchania strony powodowej, a także opinii biegłych sądowych z zakresu chirurgii i hepatologii. Opinie te są jasne i spójne, zostały rzeczowo i wyczerpująco uzasadnione, a wnioski z nich płynące są jednoznaczne. Wskazane opinie, po ich pisemnym uzupełnieniu nie były kwestionowane przez strony.

Sąd pominął dowód z zeznań świadka J. K., który nie pamiętał okoliczności sprawy; jego zeznania okazały się nieprzydatne dla rozstrzygnięcia.

Sąd nie dał wiary zeznaniom świadka I. K. (1) w zakresie w jakim zeznała ona, że powoda pozbawiono prowadzenia restauracji (...) z uwagi na jego zły stan zdrowia. Świadek zeznała, że powodem rozwiązania umowy franczyzowej z powodem było niewydanie paragonu przez obsługę restauracji. Okoliczność, że powodem rzeczywistym był stan zdrowia powoda jest jedynie przyczyną domniemaną przez świadka. Jednocześnie świadek, jako osoba najbliższa dla powoda jest w oczywisty sposób zainteresowana wynikiem niniejszego postępowania, a jej zeznania w tym zakresie nie znajdują potwierdzenia w pozostałej części zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo podlegało oddaleniu jako nieuzasadnione.

Powód domaga się w niniejszej sprawie od pozwanych odszkodowania i zadośćuczynienia za nieprawidłowe leczenie, które doprowadziło do jego rozstroju zdrowia oraz krzywdy związanej z błędnym zdiagnozowaniem u niego nowotworu.

Kwestię odpowiedzialności pozwanego szpitala rozważyć należało na gruncie przepisów kodeksu cywilnego o czynach niedozwolonych, w szczególności art. 415 i 430 k.c. Powód domagał się dodatkowo od pozwanego szpitala zadośćuczynienia uregulowanego przepisami art. 445 k.c. w zw. z art. 444 k.c.

Zgodnie z art. 415 kodeksu cywilnego kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Art. 430 k.c. przewiduje natomiast odpowiedzialność podmiotu, który powierza na własny rachunek wykonanie danej czynności innej osobie, podlegające jej kierownictwu i poleceniom, za szkodę wyrządzoną przez nią przy wykonywaniu tych zleconych czynności. Podstawą roszczenia o zadośćuczynienie stanowią natomiast przepisy art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. Na ich podstawie, w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Każde roszczenie związane z czynami niedozwolonymi musi się opierać na ogólnych przesłankach odpowiedzialności odszkodowawczej interpretowanych z art. 415 k.c. Tym samym powód jako osoba, która z określonych faktów wywodzi skutki prawne (art. 6 k.c.) jest zobowiązana wykazać: zdarzenie, z którym system prawny wiąże odpowiedzialność na określonej zasadzie, szkodę oraz związek przyczynowy między owym zdarzeniem a szkodą. Nadto powód powinien również wykazać, że do wyrządzenia mu szkody doszło w sposób zawiniony przez personel pozwanego szpitala.

Powód szkodę swą określił jako rozstrój zdrowia oraz związaną z nim utratę dochodów. Rozstrój zdrowia powoda stwierdzony został przede wszystkim w obszernej dokumentacji medycznej, prowadzonej przez pozwany szpital.

Okoliczność utraty dochodów przez powoda i pogorszenia się jego sytuacji materialnej wynika zaś z zgodnych zeznań świadków – przyjaciół i członków rodziny powoda.

Spornym jest natomiast, czy do rozstroju zdrowia powoda doszło w wyniku zawinionego zachowania się osoby, której pozwany szpital powierzył wykonanie czynności, a także czy szkoda była normalnym następstwem takiego zachowania się (tzn. pozostaje w sferze odpowiedzialności placówki), czy też nie pozostaje w związku przyczynowym (tzw. adekwatnym) z zawinionym zachowaniem się osób, którym powierzono wykonanie czynności medycznych.

Dla wyjaśnienia powyższych okoliczności niezbędna była specjalistyczna wiedza medyczna i w tym zakresie sąd przeprowadził dowód z opinii biegłych chirurga i hepatologa. Wskazani biegli wydali opinie na podstawie zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej oraz badania powoda. W swoich opiniach stwierdzili oni jasno i kategorycznie, iż podczas leczenia powoda w pozwanym szpitalu nie dopuszczono się błędów medycznych. Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto podejrzenie powstania u powoda zmian nowotworowych, które ostatecznie się nie potwierdziło. Pozwany szpital podejmował przy tym prawidłowe działania w celu diagnostyki i leczenia powoda. U powoda w prawidłowy sposób przeprowadzono również konieczne zabiegi chirurgiczne, a zgromadzony w sprawie materiał nie daje podstaw do uznania, by w ich trakcie dopuszczono się błędu medycznego.

Powód nie wykazał również, by na skutek wdrożonego w pozwanym szpitalu leczenia powstała u niego szkoda. Jak wynika to z opinii biegłych, obecny stan zdrowia powoda jest wynikiem chorób samoistnych, w tym w szczególności autoimmunologicznej choroby wątroby powoda.

W tym miejscu zauważyć należy, że sąd jako nieposiadający wiadomości specjalnych nie jest władny podważać wniosków biegłego, jeśli lektura opinii nie wykazuje, że sposób przeprowadzenia opinii i wnioskowania zawiera braki, wady logiczne bądź inne nieprawidłowości wychwytywane przez osobę niebędącą specjalistą w danej dziedzinie. Treść opinii biegłych, w szczególności ich stanowczość i logiczna argumentacja, jak i doświadczenie biegłych nie budzą przy tym zastrzeżeń. Opinie biegłych, po ich uzupełnieniu nie były również kwestionowane przez strony.

Mając na uwadze powyższe należy wskazać, że powód nie wykazał przesłanek odpowiedzialności pozwanego szpitala. W szczególności nie udowodnił, by w procesie jego leczenia doszło do jakichkolwiek nieprawidłowości z winy pozwanego szpitala. Powód nie udowodnił także związku przyczynowego między działaniem pozwanego szpitala a zaistniałą u niego szkodą. Obecny stan zdrowia powoda wynika z jego chorób samoistnych; powód nie wykazał nadto, by pogorszenie się jego sytuacji materialnej pozostawało w adekwatnym związku przyczynowym z działaniem pozwanego. Z uwagi na powyższe, nieuzasadnionym było również żądanie pozwu w zakresie zadośćuczynienia. Powództwo w stosunku do pozwanego szpitala podlegało zatem oddaleniu.

W dalszej kolejności sąd rozważył roszczenie powoda w stosunku do pozwanego (...) S.A. w W.. Możliwość skierowania roszczeń pozwanego bezpośrednio do ubezpieczeń nie budzi wątpliwości. Odpowiedzialność ubezpieczyciela wynika z zawartej przez niego z pozwanym szpitalem umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, i opiera się na przepisach art. 805 w zw. z art. 822 i 824 § 1 k.c.

Stosownie do art. 822 § 4 k.c. poszkodowany może dochodzić roszczeń bezpośrednio w stosunku do ubezpieczyciela, przy czym górną granicę jego odpowiedzialności stanowi suma określona w umowie. W sytuacji jednoczesnego żądania zapłaty odszkodowania od sprawcy szkody i jego ubezpieczyciela zachodzi przypadek tzw. odpowiedzialności in solidum.

Podzielić należy wywody przedstawione w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 19 października 2011 roku (II CSK 86/11), że z chwilą wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego poszkodowanemu przysługuje bezpośrednio przeciwko ubezpieczycielowi roszczenie prawno - ubezpieczeniowe, które w doktrynie kwalifikowane jest jako specyficzna figura prawna, niepodlegająca zaliczeniu do tradycyjnej konstrukcji roszczenia deliktowego czy kontraktowego (actio directa). W relacji ubezpieczyciel - poszkodowany mają zastosowanie zarówno przepisy prawa ubezpieczeń, jak i przepisy prawa cywilnego dotyczące obowiązku naprawienia szkody, natomiast poszkodowany zajmuje na gruncie tych zasad szczególną pozycję prawną, ponieważ przysługują mu dwa odrębne roszczenia. Zachodzi między nimi ścisła

współzależność polegająca na tym, że oba roszczenia istnieją obok siebie dopóty, dopóki jedno z nich nie zostanie zaspokojone. Poszkodowany nie może uzyskać dwóch odszkodowań, a o tym, w jaki sposób i w jakiej kolejności nastąpi realizacja przysługującego mu odszkodowania decyduje sam, kierując żądanie przeciwko ubezpieczonemu albo ubezpieczycielowi, albo przeciwko obu nim równocześnie. W razie pozwania obu wymienionych podmiotów nie ma podstaw do przyjęcia solidarnej odpowiedzialności sprawcy szkody i ubezpieczyciela. W sytuacji, w której dwaj dłużnicy na podstawie różnych stosunków prawnych łączących ich z wierzycielem mają spełnić na jego rzecz to samo świadczenie, może być wykorzystana konstrukcja odpowiedzialności in solidum.

Zgodnie z art. 822 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony.

Powód nie wykazał w niniejszej sprawie przesłanek odpowiedzialności ubezpieczonego – pozwanego szpitala. Skoro zatem pozwanemu szpitalowi nie można przypisać odpowiedzialności za szkodę powoda, to nie może jej ponosić również ubezpieczyciel. Tym samym powództwo również i w stosunku do pozwanego (...) S.A. podlegało oddaleniu.

O kosztach postępowania sąd orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. Mając na uwadze okoliczności przedmiotowej sprawy, a także sytuację życiową powoda, sąd odstąpił od obciążania go zwrotem kosztów procesu na rzecz pozwanego.

ZARZĄDZENIE

odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć zgodnie z wnioskiem.

17.03 .2017 r.