

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 13 lipca 2015 roku W. W. wystąpił przeciwko Instytutowi Centrum (...) w Ł. o zapłatę kwoty 4.744 złotych tytułem odszkodowania oraz kwoty 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz zasądzenie kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że dochodzone kwoty wynikają ze szkody powstałej na skutek ustalonego zdarzenia medycznego w trakcie przebiegu leczenia W. W. po wykonaniu zabiegu cewnikowania serca i balonoplastyki z implantacją stentu w zwężeniu cieśniny aorty w Instytucie Centrum (...) w Ł..

(pozew k. 3-8)

Postanowieniem z dnia 12 marca 2015 roku Sąd Okręgowy w Łodzi zwolnił W. W. od kosztów sądowych.

(postanowienie k. 41)

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu swojego stanowiska strona pozwana zakwestionowała roszczenia tak co do zasady, jak i co do wysokości, podnosząc w pierwszej kolejności, że w trakcie leczenia powoda w pozwanej placówce nie doszło do błędu medycznego, zaś występujące u powoda powikłania należą do naturalnych powikłań po zabiegu przeprowadzonym u powoda.

(odpowiedź na pozew k. 46-54)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Powód W. W. urodził się (...) z wrodzoną wadą układu krążenia pod postacią koarktacji aorty. W drugim miesiącu życia został poddany zabiegowi kardiochirurgicznemu - plastyce łuku aorty metodą Waldhausena. Ze względu na szybki nawrót zwężenia został następnie dwukrotnie poddany leczeniu przezskórnemu, tj. balonowej angioplastyce łuku aorty. Pomimo tego u chłopca rozwinęło się nadciśnienie tętnicze, wymagające leczenia farmakologicznego.

Podczas dalszego rozwoju somatycznego powoda ponownie doszło do nawrotu zwężenia w cieśni aorty z maksymalnym gradientem echokardiograficznym = 40 mmHg. Z tego powodu W. W. został zaprezentowany podczas konsultacji kardiologiczno-kardiochirurgicznych, w wyniku których został zakwalifikowany do przezskórnego poszerzenia zwężenia metodą implantacji stentu.

(bezsporne)

W dniu 19 marca 2012 r. powód został przyjęty do Kliniki (...) w Ł. celem implantacji stentu. Przed zabiegiem w dniu 19 marca 2012 r., po wyjaśnieniu przez dr. n. med. P. D. (1) techniki zabiegu oraz możliwych powikłań, zarówno ogólnych, jak i miejscowych, opiekun prawny dziecka – matka M. W. (1), podpisał świadomą zgodę na przeprowadzenie zabiegu u powoda.

W dniu 20 marca 2012 r. został wykonany u powoda zabieg cewnikowania serca w znieczuleniu ogólnym, po podaniu 3.000 jednostek heparyny. Przed planowaną interwencją wykonano angiografię diagnostyczną, potwierdzając istotność zwężenia. W wyniku tego podjęto decyzję o leczeniu interwencyjnym. Implantacja wybranego stentu wiązała się z wprowadzeniem do tętnicy udowej odpowiednio szerokiej koszulki naczyniowej, tj. koszulki Mullins 12 F długości 63 cm. Po zamontowaniu stentu CP8Z39 na balonie BIB 16/8, całość wprowadzono poprzez koszulkę Mullins w miejsce zwężenia, następnie stent rozprężono. Następnie stent został doprofilowany do ścian naczynia przed i

za stentem. Wykonano kontrolny pomiar ciśnień. Potwierdzono dobry efekt zabiegu, tj. spadek bezpośredniego gradientu ciśnień z 20 do 3 mmHg. Po zabiegu założono opatrunek uciskowy, zlecono podawanie Fragminu w dawce 5.000 jednostek podskórnym przez 3-5 dni. O godzinie 15:00 pacjent został ponownie przyjęty do Kliniki (...). Według dziennego raportu pielęgniarskiego stwierdzono, że „opatrunek uciskowy o godzinie 18:00 był suchy, obie kończyny dolne jednakowo ocieplone, natomiast prawa kończyna dolna była lekko zasiniona - zlecono usunięcie opatrunku w następnym dniu rano”. W raporcie pielęgniarskim nocnym wskazano, że "opatrunek uciskowy utrzymany do 3:00 – brak cech podkrwawiania. Kończyna dolna chłodniejsza, całą noc docieplana [...] O godz. 6:00 – opatrunek usunięty – kończyna prawa dolna ciepła". W raporcie lekarskim stwierdzono, że „naczynia były dobre, natomiast z uwagi na dużą koszulkę naczyniową i silne krwawienie (na sali cewnikowań) utrzymano ucisk na prawą tętnicę udową do rana, kończyna prawa nieco chłodniejsza". Lekarz prowadzący stwierdził „w miejscu wkłucia po koszulce w prawej tętnicy udowej duży wylew krwawy. Kończyny obie ocieplone. Zlecono przepływy w naczyniach".

W dniu 21 marca 2012 r. wykonano badanie przepływów naczyniowych, podczas którego stwierdzono „tętnice biodrowe oraz tętnice lewej kończyny dolnej drożne, bez zmian patologicznych z zachowanym przepływem dwufazowym z prędkością około 125-30 cm/s. Po stronie prawej na poziomie więzadła pachwinowego stwierdza się rozległe zmiany obrzękowe w tkankach powierzchownych oraz obecność drobnych krwiałków wielkości do 1 cm. Znacznie zwężone jest światło tętnic biodrowej zewnętrznej i udowej wspólnej na tym poziomie - obraz najprawdopodobniej związany jest z obrzękiem ścian tętnic w okolicy miejsca jej nakłucia. Drożność tętnic jest jednak zachowana, chociaż przepływ ku obwodowi jest wyraźnie upośledzony: od poziomu t. udowej wspólnej jego charakter jest jednofazowy, niskooporowy: prędkość Vmax nie przekracza 45 cm/s".

Kolejne badanie przepływów wykonano w dniu 26 marca 2012 r. Do tego dnia stosowano Fragmin w dawce 5.000 jednostek na dobę, a ponadto miejscowo maść heparynową. W badaniu stwierdzono niedrożność prawej tętnicy biodrowej zewnętrznej na długości 4 cm, z zachowanym przepływem w tętnicy udowej wspólnej z naczyń krążenia obocznego. W związku z tym pacjenta przedstawiono podczas konsultacji kardiologiczno-kardiochirurgicznych, w wyniku których, biorąc pod uwagę prawidłowe ocieplenie kończyn, zalecono dalszą obserwację z jednoczesną zamianą Fragminu na Heparynę podawaną we wlewie ciągłym. Nie uzyskując powrotu przepływu przez prawą tętnicę biodrową zewnętrzną, jednak przy prawidłowym ociepleniu obu kończyn dolnych z obecnym tętnem na obu tętnicach grzbietowych stopy, powoda wypisano w dniu 2 kwietnia 2012 r. do domu z zaleceniem ambulatoryjnego przyjmowania Clexanu.

(dokumentacja medyczna k. 63, zeznania świadka P. D. k. 88-90 nagranie 00:30:07-01:11:36, zeznania świadka K. K. k. 117-119, zeznania świadka M. W. k. 300 v. – 302 nagranie 00:08:35-01:15:07, zeznania powoda k. 301 v. – 302 nagranie 01:16:38-01:31:32)

Ze względu na dolegliwości bólowe i niepoprawiający się stan prawej nogi rodzice powoda z własnej inicjatywy skonsultowali się z Kliniką (...) Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w W., gdzie następnie powód był hospitalizowany w okresie 7-10 maja 2012 r. Podczas tego pobytu wykonano angiografię, w wyniku której stwierdzono, że obie tętnice biodrowe wspólne oraz wewnętrzne są drożne bez zwężeń. Po stronie prawej tętnica biodrowa zewnętrzna jest nieco węższa z wolniejszym wysokooporowym przepływem. Poniżej tętnica udowa wspólna niedrożna na długości ok. 3-4 cm. Z krążenia obocznego głównie od tętnicy biodrowej wewnętrznej, przez tętnicę nabrzuszną i inne drobne odgałęzienia wypełniał się dystalny odcinek tętnicy udowej wspólnej i jej rozgałęzienia. Powód został wypisany z Kliniki z zaleceniem stosowania dotychczasowego leczenia zleconego w Klinice w Ł.. Rodzice powoda zostali poinformowani o planach rekonstrukcji przepływu krwi w uszkodzonym naczyniu w przyszłości, po osiągnięciu odpowiednich parametrów somatycznych.

(dokumentacja medyczna k. 19-23, zeznania świadka A. B. k. 115-117, zeznania świadka K. K. k. 117-119)

W dniu 26 listopada 2012 r. w Klinice (...) w Ł. przeprowadzono u powoda kolejne badanie USG naczyniowe tętnic/żył kończyn dolnych (doppler). Badanie to wykazało, że tętnica po stronie lewej jest całkowicie niedrożna. Napływ ze sprawnego krążenia obocznego następował przez tętnicę głęboką uda i uchwytany jest w tętnicy udowej

powierzchnowej od poziomu wejścia TGU ku obwodowi. Prędkości przepływu były niższe niż po stronie lewej i wynosiły 80/20 cm/sek.

(karta informacyjna k. 18)

Po zabiegu przeprowadzonym w Instytucie Centrum (...) w Ł. powód odczuwał silny ból w operowanej nodze, miał problemy z poruszaniem się, utykał. Po domu poruszał się powoli krokiem dostawnym. Przez 2-3 miesiące po zabiegu w ogóle nie wychodził na dwór, przebywał jedynie w domu. Powód musiał chodzić w ubraniach w o wiele większym rozmiarze niż przed zabiegiem, albowiem operowana noga nie mogła się w nich zmieścić.

Operacja dla powoda była silnym przeżyciem psychicznym, był przerażony rokowaniami. Stał się wygaszony, smutny, wstydził się swojej rany, nie chciał o tym rozmawiać nawet z najbliższymi. Stał się odludkiem, czas spędzał głównie w swoim pokoju. Wcześniej często chodził z dziadkiem na działkę, był żywym i towarzyskim dzieckiem. Od czasu operacji powód nie chodzi w krótkich spodenkach, zakrywa bliznę.

Z powodu operacji powód na kilka miesięcy musiał przerwać naukę w szkole i uczyć się w domu, przestał uczęszczać na zajęcia w szkole muzycznej, nie spotykał się z kolegami. Po powrocie do szkoły powód musiał początkowo siedzieć na dwóch krzesłkach – na jednym on, na drugim leżała noga. W szkole muzycznej początkowo powód nie mógł używać pedału od fortepianu w trakcie gry na instrumencie. Powód nie mógł samodzielnie nosić swojego tornistra, był on dla niego za ciężki, nosiła mu go wtedy do szkoły mama. Ze szkoły muzycznej często wracał taksówką razem z dziadkiem, gdyż samodzielne powroty pieszo były dla powoda zbyt męczące i bolesne.

(zeznania świadka A. B. (2) – k. 116 – 117, zeznania świadka K. K. k. 117-119, zeznania świadka E. K. k. 119-120, zeznania świadka J. W. k. 120-121, zeznania świadka M. W. k. 300 v. – 302 nagranie 00:08:35-01:15:07, zeznania powoda k. 301 v. – 302 nagranie 01:16:38-01:31:32)

W dniu 3 lutego 2015 r. przeprowadzono u powoda badanie USG doppler tętnic kończyn dolnych. W wyniku badania stwierdzono w stronie prawej niedrożny końcowy odcinek tętnicy biodrowej zewnętrznej i tętnica udowa wspólna – widoczny przepływ od wysokości ok. 1 cm powyżej miejsca odejścia tętnicy głębokiej uda, odcinek niedrożny na długości ok 40 mm, wokół w tkance mięśniowej widoczne naczynia krążenia obocznego, przepływ w tętnicy udowej powierzchownej zachowany, spektrum trójżałankowe (mała fala zwrotna, spektrum nieznacznie poszerzone) PSV od 105 cm/sek (przed kanałem przywodzicieli) do 52 cm/sek, przepływ w tętnicy głębokiej uda zachowany, max. PSV 70 cm/sek w podkolanowej PSV 78 cm/sek, spektrum z bardzo niskim lub brakiem załamka 3-go, przepływ na grzbietowej stopy zachowany, PSV ok. 28 cm/sek. Po stronie lewej stwierdzono tętnice drożne, spektra trójżałankowe: PSV w udowej wspólnej 134 cm/sek, w udowej powierzchownej 112 cm – 80 cm/sek, w podkolanowej PSV 84 cm/sek, na grzbietowej stopy 28 cm/sek.

(badanie USG k. 24)

Po przeprowadzonym u pozwanego zabiegu powód mógł przejść maksymalnie 10-15 minut wolnym tempem. Nie mógł biegać, mógł przejść ok. 0,5 km. Przy wysiłku lub niskiej temperaturze kończyna miała siny odcień. Nie było różnicy w długości kończyn. Powód nie utykał. Noga prawa, bardziej stopa, była szczuplejsza. Paznokcie na tej stopie rosły wolniej.

(oświadczenie M. W. k. 236 v., nagranie z dnia 23 maja 2017 roku, 00:30:29-00:36:00)

W dniu 12 kwietnia 2018 r. przeprowadzono u powoda badanie USG doppler tętnic kończyn dolnych. W wyniku badania stwierdzono w stronie prawej niedrożną tętnicę udową wspólną prawą, końcowy odcinek tętnicy biodrowej wspólnej prawej (ok. 1 cm przed więzadłem pachwinowym) na długości ok. 40 mm, tętnica udowa wspólna unaczyniona przez naczynia krążenia obocznego, drożna na ok. 1 cm przed podziałem na udową powierzchowną i głęboką uda. Tętnice udowa powierzchniowa, głęboka uda, podkolanowa drożne. Spektrum poszerzone, dwużałankowe, PSV w tętnicy udowej powierzchownej ok. 101 cm/sek – 67 cm/sek (przed kanałem

przywodzicieli), w tętnicy podkolanowej ok. 54 cm/sek, w grzbietowej stopy ok. 17 cm/sek. Po stronie lewej stwierdzono tętnice drożne, spektra 4-załamkowe, prawidłowe, PSV w tętnicy udowej wspólnej ok. 127 cm/sek, w tętnicy udowej powierzchownej ok. 133 cm/sek – 100 cm (przed kanałem przywodzicieli), w tętnicy podkolanowej ok. 86 cm/sek, w grzbietowej stopy ok. 53 cm/sek.

(badanie USG k. 270)

Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Ł. orzeczeniem z dnia 14 lutego 2014 r. wskazała, że przebieg dalszego leczenia W. W. po wykonanym w dniu 20 marca 2012 r. w Instytucie Centrum (...) w Ł. zabiegu cewnikowania serca oraz balonoplastyki z implantacją stentu CP8Z mm nie był prawidłowy. W trakcie przebiegu leczenia nie dołożono należytej staranności, ucisk zastosowanej opaski spowodował upośledzenie prawidłowego przepływu krwi przez tętnicę i w konsekwencji zwężenie światła tętnicy udowej i biodrowej zewnętrznej.

Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Ł. orzeczeniem z dnia 8 maja 2014 r. ustaliła, że przebieg leczenia W. W. po wykonaniu zabiegu cewnikowania serca i balonoplastyki z implantacją stentu w zwężeniu cieśni aorty w Instytucie Centrum (...) w Ł. był zdarzeniem medycznym w rozumieniu art. 67a ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

(orzeczenia wraz z uzasadnieniami k. 11-17, 26-30)

W okresie od października 2013 r. do lutego 2014 r. powód uczęszczał na rehabilitację do Ośrodka (...) w B.. W tym czasie odbył 9 terapii. Koszt jednego spotkania wynosił 40 zł.

W okresie listopada i grudnia 2017 r. powód korzystał z pomocy psychologicznej w formie konsultacji psychologicznych.

(zaświadczenie k. 25, zaświadczenie k. 276)

W okresie od marca 2012 roku do lipca 2014 roku powód wielokrotnie (11 razy) dojeżdżał do różnych placówek służby zdrowia – pozwanego szpitala i szpitala klinicznego MSWiA w W. na konsultacje i badania oraz w celach leczniczych. Dojazdy te odbywały się samochodem i pociągami. Ponad 20 razy dojeżdżał do szkoły publicznej i muzycznej oraz placówek medycznych taksówkami. Koszt 4 badań dopplerowskich kończyn dolnych i USG jamy brzusznej wyniósł 490 zł.

(dokumentacja lekarska – k. 18 i nast., zestawienie zleceń na przejazdy taksówkami – k. 31 – 35, zestawienie przejazdów – k. 5v- 7 zeznania świadka A. B. (2) – k. 116 – 117, zeznania świadka K. K. k. 117-119)

W ocenie biegłego z zakresu kardiologii dziecięcej w przebiegu procesu leczniczego w Klinice (...) w Ł. małoletniego W. W. nie miał miejsca błąd medyczny, ani też nieprawidłowość w procesie leczenia.

Podczas zabiegu wykonanego u W. W., podobnie jak u każdego innego pacjenta, u którego wykonuje się tego typu zabiegi, doszło do uszkodzenia śródbłonna naczyniowego, gdyż bez tego nie byłoby możliwości wykonania żadnego zabiegu. Każde nakłucie naczynia, dodatkowo z wprowadzeniem koszulki wewnątrznaczyniowej, powoduje uszkodzenie śródbłonna naczyniowego. Jednak dzięki fenomenalnym właściwościom tegoż śródbłonna w zdecydowanej większości przypadków bardzo szybko dochodzi do całkowitego wygojenia.

Zaburzenia przepływu krwi w tętnicach kończyny dolnej mogą zagrażać żywotności kończyny w sytuacji, gdy dojdzie do nagłego zamknięcia światła tętnicy i nie powstanie alternatywna droga unaczynienia, czyli krążenie oboczne. W przypadku kardiologicznych zabiegów przezskórnych, a więc takiego jaki był wykonany u W. W., występuje to ekstremalnie rzadko i dotyczy głównie grupy noworodkowej.

Wskaźnik kostka-ramię lub wskaźnik kostkowo-ramienny jest to wskaźnik używany do oceny stanu tętnic kończyn dolnych. Jest to stosunek ciśnienia zmierzonego na tętnicy stopy do wyższego z ciśnień mierzonych na obu

tętnicach ramiennych. Wskaźnik ten służy jako badanie przesiewowe w diagnostyce przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych, w monitorowaniu postępu choroby i oceny wyników leczenia zarówno chirurgicznego jak i przezskórnego. U W. W. w czasie, gdy miał on założony opatrunek uciskowy, nie miało sensu wykonanie tego wskaźnika, natomiast w późniejszym okresie, czyli po rozpoznaniu nieprawidłowości, znacznie wyższą wartość miała ocena ultrasonograficzna. Ocena tego wskaźnika nie jest rutynowo stosowana w kardiologii dziecięcej.

Utrzymujące się zwężenie tętnicy udowej u powoda może mieć związek z zabiegiem operacyjnym, a może być też skutkiem nieprawidłowo założonej opaski, jest to trudne do rozstrzygnięcia. U powoda była założona bardzo gruba, szeroka, koszulka naczyniowa, co znacznie częściej skutkuje powstaniem powikłań ze strony tętnicy.

(opinia biegłego z zakresu kardiologii dziecięcej k. 138-139, opinia uzupełniająca k. 147-149, ustna opinia uzupełniająca k. 220-221)

Z perspektywy chirurgii naczyniowej zastosowanie u powoda opatrunku uciskowego nie było prawidłowe. Prawdopodobnie opatrunek uciskowy wywierał zbyt duży ucisk na tkanki miękkie prawego uda. Mimo tego, ten ucisk nie był wystarczający do uzyskania hemostazy, u powoda utrzymywało się silne krwawienie z miejsca nakłucia tętnicy. W związku z tym utrzymano opatrunek uciskowy przez prawie 17 godzin, nie kontrolując przepływu krwi przez tętnice prawej kończyny dolnej.

Z danych zawartych w historii choroby nie wynika czas założenia opatrunku uciskowego. Z karty znieczulenia wynika, że znieczulenie ogólne do zabiegu plastyki balonowej rekoarktacji aorty u powoda zakończyło się ok. godz. 14:15, dnia 20.03.2012 r. Tę godzinę należy przyjąć za czas założenia opatrunku uciskowego na prawe udo. Z kolei z karty obserwacyjno-bilansowej po zabiegu kardiologii interwencyjnej, wynika że ok. godz. 3:00 dnia 21.03.2012 r. (prawdopodobnie, brak jest naniesionych dat), poluzowano opatrunek uciskowy, a o godzinie 6:00, prawdopodobnie usunięto opatrunek.

Instytut Centrum (...) w Ł. nie wdrożył kompleksowego leczenia, ani dotyczącego przedłużonego krwawienia z miejsca nakłucia prawej tętnicy udowej wspólnej – tu ograniczono się tylko do przedłużonego utrzymania opatrunku uciskowego, ani nie zastosowano nowoczesnych metod zamykania otworów w ścianach tętnic. Mimo wczesnego podejrzenia, a potem rozpoznania niedrożności prawej tętnicy biodrowej i prawej tętnicy udowej wspólnej, nie wdrożono adekwatnego postępowania farmakologicznego ani chirurgicznego. We wczesnym etapie niedrożności tętnic na tle ucisku i zakrzepicy tętniczej, można podjąć próby udrożnienia tętnicy: chirurgiczne lub farmakologiczne (tromboliza).

Pierwszym negatywnym skutkiem leczenia powoda była dysproporcja pomiędzy średnicą prawej tętnicy udowej, a koszulką wewnątrznaczyniową. Tego nie dało się uniknąć, ze względu na proporcje instrumentarium i tętnicy u 12-letniego chłopca. Taka dysproporcja skutkowałą wytworzeniem znacznego otworu w przedniej ścianie prawej tętnicy udowej. Krwawienia z tego otworu tego nie udało się opanować w krótkim czasie, w drodze zastosowania opatrunku uciskowego. Przedłużono zatem czas utrzymania tego opatrunku, od ok. godz. 14:15 do ok. 7:00 rano dnia następnego.

Opatrunek uciskowy, jaki zastosowano u małoletniego powoda, nie ma możliwości kontroli siły ucisku na tkanki. Wzmacnianie siły ucisku może co prawda zatrzymać krwawienie, ale równolegle może skutkować całkowitym zablokowaniem przepływu krwi przez tętnicę. W dokumentacji medycznej brak jest zapisów kontroli tętna obwodowego na prawej kończynie dolnej u powoda w trakcie utrzymywania opatrunku uciskowego na prawym udzie.

Nie da się wykluczyć, że nadmierny, przedłużony ucisk opatrunku uciskowego mógł spowodować całkowite zaciśnięcie prawej tętnicy udowej wspólnej. Wskutek zadziałania energii mechanicznej ucisku doszło do mechanicznego uszkodzenia tętnicy, co początkowo skutkowało obrzękiem ściany prawej tętnicy biodrowej zewnętrznej i jej przedłużenia – prawej tętnicy udowej wspólnej, potem w tak uszkodzonej tętnicy ustaje przepływ krwi, rozwija się zakrzepica tętnicy i, o ile nie podejmie się na czas działań terapeutycznych – tętnica staje się trwale niedrożna. Takie zmiany zostały wykazane w badaniach obrazowych układu naczyniowego u powoda.

Stwierdzone u powoda zmiany patologiczne w zakresie układu tętniczego tętnic biodrowych i tętnic prawej kończyny dolnej są skumulowanymi następstwami zabiegu endowaskularnego i przedłużonego, niekontrolowanego ucisku opatrunku założonego po zabiegu endowaskularnym.

Głównym czynnikiem etiologicznym niedrożności tętnicy u powoda był przedłużony, niekontrolowany ucisk na miejsce nakłucia tętnicy.

Wyłącznie sam ucisk opatrunkiem uciskowym mógł stanowić przyczynę powstania u powoda niedrożności tętnicy.

U powoda wielokrotnie dokonywano nakłuwania tętnic, zabiegi te nie były powiązane z zakrzepicą tętnicy i wystąpieniem niedrożności naczynia.

Biegły ocenił, że wielkość uszczerbku na zdrowiu u powoda wynosi 20%. Biegły wskazał, że uszczerbek ten należy oceniać jako długotrwały ze względu na możliwość ewentualnego planowanego leczenia operacyjnego. Biegły podkreślił, że uszkodzona tętnica nie odzyska integralności, nie da się jej rozszerzyć, możliwe jest jedynie operacyjne krótkoodcinkowe obejście niedrożności.

(opinia biegłego w zakresie chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej i torakochirurgii k. 158-162, opinia uzupełniająca k. 172-175, ustna opinia uzupełniająca k. 250 nagranie 00:04:52-00:25:07 i 00:36:00-00:46:15 transkrypcja k. 285-292)

Prawa noga powoda jest zimniejsza, ma inny kolor, zwłaszcza stopa jest sina. Powód ma prawo jazdy. Może prowadzić auto, ale nie przez długi czas, tj. maksymalnie przez 45 min, a potem przez ok. 15 min. musi odpoczywać. Ma przeciwwskazania do lotów samolotem. Nigdy nie był za granicą.

(przesłuchanie powoda – protokół z dnia 12 kwietnia 2019 roku, godz. 01:25:03 – 01:30:20).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie całokształtu zebranego materiału dowodowego, w szczególności złożonej przez strony dokumentacji medycznej, która nie była kwestionowana na żadnym etapie postępowania, zeznań świadków, a także opinii biegłego z zakresu chirurgii naczyniowej.

Złożona w toku niniejszego procesu ekspertyza pozostawała spójna, logiczna, wewnątrznie niesprzeczna oraz odpowiadała na określone tezy dowodowe. Uwzględniając treść przedłożonej opinii, wiedzę specjalną biegłego z zakresu powierzonych mu dziedzin, a także doświadczenie w przygotowywaniu ekspertyz na potrzeby postępowań sądowych o zbliżonej tematyce, nie ujawniły się żadne okoliczności deprecjonujące jej walor dowodowy dla potrzeb rozstrzygnięcia. W opiniach uzupełniających biegły odpowiedział na wszelkie pytania stron związane z pierwotną opinią i tak uzupełniona treść opinii nie była kwestionowana.

Sąd nie podzielił wniosków opinii biegłego z zakresu kardiologii dziecięcej albowiem rozważana problematyka czyli przyczyny niedrożności tętnicy kończyny dolnej powoda leżała w sferze zainteresowań chirurgii naczyniowej. W związku z tym jedynie miarodajną wiedzą w tym zakresie dysponował biegły z tej specjalności czyli chirurg naczyniowy em. prof. G.. Zresztą, biegły kardiolog dziecięcy stwierdził, że utrzymujące się zwężenie tętnicy udowej u powoda może mieć związek z zabiegiem operacyjnym, a może być też skutkiem nieprawidłowo założonej opaski, jest to trudne do rozstrzygnięcia, nie wykluczając tym samym związku niedrożności z założeniem i utrzymywaniem się opaski na nodze powoda.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo podlegało uwzględnieniu w części.

Zdaniem Sądu w rozpoznawanej sprawie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności pozwanego Instytutu Centrum (...) w Ł. względem powoda a wynikające z treści art. 430 k.c.

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

Przesłankami odpowiedzialności na podstawie powołanego przepisu art. 430 k.c. jest: wyrządzenie szkody osobie trzeciej przez podwładnego, wina podwładnego, wyrządzenie szkody przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności.

Nadto, między osobą powierzającą wykonanie czynności, a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. W doktrynie i judykaturze przyjmuje się, że chodzi o pojęcie podporządkowania ogólnoorganizacyjnego. W konsekwencji tego, stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji, np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii (zob. teza 8 do art. 430 k.c. Komentarz do Kodeksu Cywilnego Księga Trzecia, Zobowiązania tom 1, pod red. Gerarda Bieńka, Wydanie 7, LexisNexis, Warszawa 2006, strona 389).

Warunkiem odpowiedzialności pozwanego Instytutu Centrum (...) w Ł. jest kumulatywne spełnienie wszystkich wyżej wymienionych przesłanek.

W nauce prawa cywilnego i orzecznictwie, przyjmuje się, że lekarz ponosi winę za powstanie szkody, jeżeli nie zastosował właściwych środków w należyty sposób. Przez „zastosowanie właściwych środków” rozumie się takie fachowe postępowanie (np. postawienie właściwej diagnozy, zastosowanie właściwej kuracji, przeprowadzenie określonego zabiegu), które w danej sytuacji było wskazane z medycznego punktu widzenia. Postępowanie odmienne określane zazwyczaj jest jako błąd w sztuce lekarskiej. Natomiast przez pojęcie „w należyty sposób” należy rozumieć dołożenie takiej staranności, jaka w określonej sytuacji była należąca, wymagana i potrzebna. Lekarz winien wykonywać swe obowiązki z należyłą starannością (art. 355 k.c.). Zatem w sprawie, w której powód wywodzi odpowiedzialność jednostki medycznej ze zdarzenie, którym jest błąd w sztuce lekarskiej, lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny występuje w wypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej (zob. wyrok SN z 18.01.2013 roku, IV CSK 431/12, niepubl., M. Sośniak „Cywilna odpowiedzialność lekarza”, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977, strona 98-100). Zatem lekarz ponosi winę za szkodę powstałą w wyniku błędu lekarskiego, bądź też jeżeli nie zastosował właściwych środków w należyty sposób, czy też zaniechał swoim obowiązkom, co nastąpiło w wyniku nieostrożności, niedołożenia należytej staranności lub innego rodzaju uchybień.

W piśmiennictwie prawniczym istnieje rozróżnienie błędu diagnostycznego (rozpoznania), błędu prognozy (rokowania) oraz błędu w leczeniu (terapeutycznego – niewłaściwa metoda leczenia, wadliwy sposób leczenia, przeprowadzenie zabiegu pomimo istnienia w tym względzie przeciwwskazań lekarskich).

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

nieomyślności. Prawdliwość postępowania diagnostycznego należy oceniać biorąc po uwagę wiedzę dostępną dla lekarza w momencie podejmowania decyzji o diagnozie i dalszym sposobie leczenia.

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu medycznego jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego powstanie wymaga zaistnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego.

Odnosząc się do przesłanki odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego w postaci adekwatnego związku przyczynowego wskazać należy na treść art. 361 § 1 k.c., zgodnie z którym zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Zatem, warunkiem skutecznego domagania się naprawienia szkody na osobie (oprócz faktu jej wyrządzenia) jest adekwatny (normalny) związek przyczynowy pomiędzy określonym zachowaniem a szkodą. W orzecznictwie następstwo uznawane jest za „normalne”, jeśli „w danym układzie stosunków i warunków oraz w zwyczajnym biegu rzeczy, bez zaistnienia szczególnych okoliczności, szkoda jest zwykłym następstwem” tego zdarzenia (zob. wyrok SN z 26.01.2006 r., II CK 372/05, Legalis; wyrok SN z 28.04.2004 r., III CK 495/02, LEX). Sąd Najwyższy natomiast w wyroku z dnia 20 października 2011 roku wydanym w sprawie o sygn. akt III CSK 351/10 (LEX) podkreślił, że normalnymi następstwami zdarzenia, z którego wynikła szkoda, są te, które tego rodzaju zdarzenie jest w stanie wywołać w zwyczajnym biegu rzeczy, który z reguły je wywołuje a nie tylko na skutek szczególnego zbiegu okoliczności. Natomiast anormalne jest następstwo, gdy doszło do niego z powodu zdarzenia niezwykłego, nienormalnego, niemieszczącego się w granicach doświadczenia życiowego, na skutek nadzwyczajnego zbiegu okoliczności, którego przeciętnie nie bierze się w rachubę. Wskazać należy, że w orzecznictwie przyjmuje się, że związek przyczynowy (bezpośredni, pośredni) między zaniechaniem ze strony placówki medycznej, a szkodą w postaci pogorszenia stanu zdrowia pacjenta czy obniżenia rokowań na jego poprawę, nie musi być ustalony w sposób pewny, wystarczy jedynie wysokości stopień prawdopodobieństwa istnienia takiego związku. Nadto nie ma znaczenia, czy przyczyna powstania szkody jest dalsza, czy bliższa, byleby tylko skutek pozował jeszcze w granicach „normalności” (zob. wyrok SA w Katowicach z 16.06.2016 r., V ACa 723/15, Legalis).

Przechodząc na grunt przedmiotowej sprawy, stwierdzić należy, że powód W. W. wykazał, zgodnie z treścią przepisu art. 6 k.c., że personel udzielający mu pomocy w pozwanym Szpitalu po zabiegu w dniu 20 marca 2012 r. popełnił błąd skutkujący wyrządzeniem mu szkody, a ich działanie było zawinione. Personel nie dołożył bowiem należytej staranności i nie zachował się według standardów obowiązujących w medycynie, przede wszystkim w zakresie diagnostyki pooperacyjnej powoda i wdrożenia u niego odpowiedniego leczenia, co należy zakwalifikować jako błąd medyczny.

Z materiału dowodowego zebranego w sprawie, a przede wszystkim z opinii wydanej przez biegłego sądowego z zakresu chirurgii naczyniowej em. prof. nadzw. dr hab. n. med. M. G., którą to opinię Sąd uznał w pełni za wiarygodną, wynika, że postępowanie w leczeniu powoda w pozwanym Szpitalu po zabiegu z dnia 20 marca 2012 r. jest obarczone brakiem dołożenia należytej staranności i niewykorzystaniem możliwości diagnostyczno-terapeutycznych istniejących w pozwanym Szpitalu. Poprzez brak właściwego postępowania dopuszczono u powoda do powstania niedrożności tętnicy w prawej dolnej kończynie, skutkiem czego było upośledzenie tej kończyny u powoda.

Jak wynika albowiem ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, po przeprowadzonym w dniu 20 marca 2012 r. zabiegu ponownej angioplastyki balonowej nawrotu zwężenia cieśni aorty w prawej nodze zastosowano u powoda opatrunek uciskowy. Analiza przebiegu hemostazy u powoda wskazuje jednoznacznie, co potwierdziła opinia biegłego em. prof. nadzw. dr hab. n. med. M. G., że zastosowanie w/w opatrunku było nieprawidłowe, zwłaszcza jego utrzymywanie przez okres około 17 godzin. Zastosowany opatrunek uciskowy wywierał zbyt duży nacisk na tkanki miękkie prawego uda u powoda, co w konsekwencji doprowadziło do niedrożności tętnicy.

Wyraźnie podkreślić należy, że, jak wskazał biegły prof. G., nieprawidłowości w leczeniu powoda w pierwszej kolejności doprowadziły do dysproporcji pomiędzy średnicą prawej tętnicy udowej, a koszulką wewnątrznaczyniową. Taka dysproporcja skutkowałą następnie wytworzeniem znacznego otworu w przedniej ścianie prawej tętnicy

udowej. Krwawienia z tego otworu tego nie udało się opanować w krótkim czasie, w drodze zastosowania opatrunku uciskowego. Pozwany Instytut zamiast wdrożyć kompleksowe leczenie w zakresie przedłużonego i intensywnego krwawienia zdecydował się jedynie na przedłużenie utrzymywania opatrunku uciskowego, ostatecznie przez okres 17 godzin. Co więcej, w dokumentacji medycznej brak jest zapisów kontroli tętna obwodowego na prawej kończynie dolnej u powoda w trakcie utrzymywania opatrunku uciskowego na prawym udzie. Ocenic to należy zdecydowanie jako zaniechanie, bądź niedopatrzenie ze strony personelu Szpitala. Brak stałej kontroli tętna obwodowego doprowadził do tego, **że nadmierny, przedłużony ucisk opatrunku uciskowego spowodował mechaniczne uszkodzenia tętnicy**, co początkowo skutkowało obrzękiem ściany prawej tętnicy biodrowej zewnętrznej i jej przedłużenia tj. prawej tętnicy udowej wspólnej, a potem w tak uszkodzonej tętnicy stopniowo ustawał przepływ krwi, rozwijała się zakrzepica tętnicy i **tętnica stawała się trwale niedrożna**. Takie zmiany zostały wykazane w badaniach obrazowych układu naczyniowego u powoda.

Mając na uwadze powyższe rozważania, a także okoliczności niniejszej sprawy, Sąd uznał, że końcowy efekt dla zdrowia powoda to skutek zaniedbań (deliktu) mających miejsce po zabiegu z dnia 20 marca 2012 r., a suma tych zaniedbań to niedrożność prawej dolnej tętnicy u powoda i za ten stan z całą pewnością odpowiada pozwany Szpital, w którym pracował personel opiekujący się powodem po przedmiotowym zabiegu. Pozwany Szpital poprzez swoje zaniechanie a następnie niewprowadzenie właściwego kompleksowego leczenia nie przerwał łańcucha zdarzeń, które razem doprowadziły do niedrożności tętnicy, a następnie do upośledzenia prawej dolnej kończyny powoda, wymagającego ciągłego leczenia.

Zdaniem Sądu – w okolicznościach niniejszej sprawy – stwierdzić należy, że personel medyczny udzielający powodowi pomocy w pozwanym Szpitalu nie wykonał swoich obowiązków z należytą starannością i zgodnie z zasadami sztuki medycznej. Istnieją bowiem podstawy do uznania, że do nieprawidłowości w procesie diagnostyki powoda, które skutkowały brakiem wdrożenia u powoda odpowiedniego leczenia, a z całą pewnością podjęcia takiej próby i te nieprawidłowości doprowadziły do wystąpienia u powoda wyżej wskazanej szkody. Została więc naruszona przez personel wyżej wskazanego Szpitala norma art. 4 ustawy o zawodach lekarza i dentysty z dnia 5 grudnia 1996 roku (Dz.U. 1997, Nr 28, poz. 152 ze zm.), która stanowi, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz należytą starannością. Zachowanie natomiast personelu pozwanego Instytutu nie odpowiada przyjętym standardom postępowania i aktualnej wiedzy medycznej. Taka konkluzja jest zresztą zgodna z orzeczeniami Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Ł., **które jednoznacznie stwierdzały, że przebieg dalszego leczenia W. W. po wykonanym w dniu 20 marca 2012 r. w Instytucie Centrum (...) w Ł. zabiegu cewnikowania serca oraz balonoplastyki z implantacją stentu CP8Z mm nie był prawidłowy**, w trakcie przebiegu leczenia nie dołożono należytej staranności, **ucisk zastosowanej opaski spowodował upośledzenie prawidłowego przepływu krwi przez tętnicę i w konsekwencji zwężenie światła tętnicy udowej i biodrowej zewnętrznej. Tym samym nie powinno być żadnych wątpliwości co do etiologii niedrożności tętnicy udowej wspólnej prawej kończyny dolnej powoda, a więc związku przyczynowo skutkowego pomiędzy zaniedbaniami personelu pozwanego szpitala a szkoda (krzywdą) powoda.**

Ponadto, zdaniem Sądu, związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. pomiędzy wyżej wskazanymi nieprawidłowościami w postępowaniu personelu pozwanego szpitala wobec powoda w okresie po 20 marca 2012 r. a powyższą szkodą powoda jest oczywisty, a zatem przyjąć należy odpowiedzialność pozwanego szpitala za szkodę wyrządzoną u powoda.

Zgodnie z treścią art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 zd. 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Chodzi tu o krzywdę ujmowaną jako cierpienie fizyczne (ból i inne dolegliwości) oraz cierpienie psychiczne (ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia). Zadośćuczynienie obejmuje cierpienia zarówno już doznane, jak i te, które wystąpią w przyszłości. Ma więc ono charakter całościowy i powinno stanowić rekompensatę za całą krzywdę doznaną przez poszkodowanego.

Przepisy kodeksu cywilnego nie zawierają żadnych kryteriów, jakie należy uwzględnić przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia pieniężnego, jednakże judykatura wskazuje kryteria, którymi należy się kierować przy ustalaniu tej wysokości. Zadośćuczynienie z art. 445 § 1 k.c. ma charakter kompensacyjny, a o jego rozmiarze powinien decydować w zasadzie rozmiar doznanej krzywdy, tj. stopień cierpień psychicznych i fizycznych, ich intensywność, czas trwania, nieodwracalność następstwa zdarzenia (por. wyrok SN z 15.07.1977 r., IV CR 244/77, niepubl.). Ponadto zadośćuczynienie nie może stanowić zapłaty symbolicznej, ale również niewspółmiernej. W wyroku z dnia 30 stycznia 2004 roku (I CK 131/03, Legalis) Sąd Najwyższy stwierdził, że powoływanie się przez sąd przy ustalaniu zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na potrzebę utrzymania wysokości zadośćuczynienia w rozsądnych granicach, odpowiadającym aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, nie może prowadzić do podważenia kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia. W świetle powyższego, przy określaniu wysokości zadośćuczynienia należy wziąć pod uwagę całokształt okoliczności sprawy, zadośćuczynienie bowiem ma na celu naprawienie krzywd niematerialnych, więc trudno je wymierzyć i jego wysokość zależy od każdego, indywidualnego przypadku. Sąd ustalając wysokość zadośćuczynienia, uwzględnia też uszczerbek na zdrowiu, który jest tylko jednym z elementów tego ustalania.

Rozważając kwestię wysokości należnego powodowi zadośćuczynienia, Sąd miał na uwadze charakter szkody doznanej przez powoda oraz jej nieodwracalność. Niepodjęcie bowiem przez personel pozwanego Szpitala właściwego postępowania wobec powoda, skutkowało nieodwracalną niedrożnością jego prawej tętnicy udowej, która to niedrożność doprowadziła do upośledzenia prawej dolnej kończyny. Wskazać należy, że w badaniach obrazowych układu naczyniowego u powoda z marca 2012 r. zostały wykazane takie zmiany.

Z materiału dowodowego zebranego w sprawie wynika, że prawa tętnica udowa powoda pozostanie nieodwracalnie uszkodzona, nie jest bowiem obecnie możliwe przywrócenie jej integralności, albowiem nie da się jej ponownie rozszerzyć. W ocenie Sądu, również powyższa okoliczność ma wpływ na wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia.

Zaznaczyć nadto trzeba, że wydający opinie w niniejszej sprawie biegły sądowy w zakresie chirurgii naczyniowej em. prof. nadzw. dr hab. n. med. M. G. podał, że długotrwały **uszczerbek na zdrowiu** wynikający z uszkodzenia tętnicy prawej udowej **należy szacować na 20%**. Tak określona wysokość uszczerbku na zdrowiu świadczy niewątpliwie o dużym zakresie doznanych przez powoda cierpień i muszą znaleźć odzwierciedlenie w ustaleniu należnego powodowi zadośćuczynienia.

Mając powyższe na uwadze, Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 70.000 złotych tytułem zadośćuczynienia, uznając, że zadośćuczynienie dla powoda w powyższej kwocie za doznaną krzywdę i cierpienia fizyczne w związku z zaniedbaniami, jakich dopuszczono się względem niego w pozwanym Szpitalu, jest odpowiednie, bowiem kwota ta z jednej strony uwzględnia charakter, stopień, intensywność i czas trwania cierpień doznanych przez powoda oraz ograniczeń w jego życiu, z drugiej zaś strony kwota ta stanowi odczuwalną dla powoda wartość ekonomiczną, która pozwoli na złagodzenie doznanej przez niego krzywdy.

W pozostałym zakresie Sąd oddalił żądanie powoda w zakresie zadośćuczynienia, uznając że w okolicznościach niniejszej sprawy zasądzenie na rzecz powoda wyższej kwoty tytułem zadośćuczynienia byłoby wygórowane.

Stosownie do treści art. 444 § 1 zd.1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikiłe z tego powodu koszty. Uszkodzenie ciała polega na naruszeniu integralności fizycznej człowieka i może dotyczyć tak powłoki cielesnej, jak i narządów wewnętrznych. Rozstrój zdrowia wyraża się w zakłóceniu funkcjonowania poszczególnych organów, bez ich widocznego uszkodzenia. Odszkodowanie przewidziane w powyższym przepisie obejmuje wszelkie wydatki pozostające w związku z uszkodzeniem ciała czy rozstrojem zdrowia, jeżeli są konieczne i celowe.

Z treści art. 444 § 2 k.c. wynika, że roszczenie o rentę przysługuje poszkodowanemu w razie całkowitej lub częściowej utraty zdolności do pracy zarobkowej, zwiększenia się jego potrzeb lub zmniejszenia widoków powodzenia na przyszłość. Do zasądzenia renty sam fakt trwałego pogorszenia zdrowia nie jest wystarczający. Ponieważ

renta jest postacią odszkodowania konieczne jest, aby pogorszenie stanu zdrowia poszkodowanego wiązało się z negatywnymi skutkami w jego sferze majątkowej. Konieczną przesłanką przyznania renty jest więc powstanie szkody w postaci zwiększenia wydatków lub zmniejszenia dochodów. Zatem nie sama tylko utrata zdrowia, lecz także rzeczywiste zwiększenie się potrzeb poszkodowanego jako następstwo wywołania uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia stanowią przesłanki zasądzenia renty po myśli art. 444 § 2 k.c. (zob. wyrok SN z 7.5.1998 r., III CKU 18/98, Legalis). Jeśli chodzi o rentę z tytułu zwiększenia potrzeb poszkodowanego to mówimy o powstaniu konieczności ponoszenia dodatkowych wydatków, co powoduje, że sytuacja majątkowa poszkodowanego ulega pogorszeniu. Prawo poszkodowanego do ekwiwalentu z tytułu zwiększonych potrzeb, w tym polegających na konieczności leczenia nie jest uzależnione od wykazania, iż poszkodowany faktycznie przeznacza te kwoty na leczenie, a sama konieczność ich poniesienia – podobnie jak w przypadku konieczności sprawowania opieki przez osoby trzecie – uzasadnia żądanie w tym zakresie. (zob. teza 39 do art. 444 k.c. Komentarz do kodeksu cywilnego, Księga trzecia, Tom I, Warszawa 1996 str. 362).

Wskazać w tym miejscu należy, że jeżeli ściśle udowodnienie wysokości żądania odszkodowania bądź renty jest utrudnione, sąd skorzystać z możliwości przewidzianej w art. 322 k.p.c. i zasądzić odpowiednią sumę według swojej oceny – po rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy.

W ocenie Sądu, mając na uwadze całokształt materiału dowodowego zebranego w niniejszej sprawie, przyjąć należy, że zasadnym jest przyznanie powodowi odszkodowania w kwocie 4.744 złotych, na którą to kwotę składają się koszty związane z dojazdami powoda do placówek medycznych, Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Ł., szkoły publicznej oraz szkoły medycznej, koszty związane z opłatami za badania powoda oraz koszty zakupu niezbędnych leków dla powoda. Koszty te zostały bardzo szczegółowo wyliczone przez stronę powodową, których to wyliczeń pozwany nie kwestionował. Sama konieczność ponoszenia powyższych kosztów nie została zakwestionowana przez pozwanego. Ponadto liczba przejazdów taksówkami i ich koszty zostały potwierdzone zestawieniem – zaświadczeniem sporządzonym przez korporację taksówkarską. Liczne dojazdy powoda do placówek medycznych, na konsultacje i do szkół są oczywiście uzasadnione stanem zdrowia powoda wywołanym działaniami pozwanego. Noga powoda pozostawała niesprawna, co uniemożliwiało swobodne przemieszczanie się. Trudno się też dziwić powodowi, że podejmował wszelkie działania by poszukiwać pomocy lekarskiej i konsultacji w różnych ośrodkach medycznych i ratować swoje zdrowie.

W związku z powyższym i w oparciu o normę art. 322 k.p.c. Sąd zasądził od pozwanego Instytutu Centrum (...) w Ł. na rzecz powoda W. W. dochodzoną kwotę 4.744 złotych tytułem odszkodowania, uznając, że odszkodowanie dla powoda w powyższej kwocie jest odpowiednie w związku ze szkodą poniesioną przez powoda w wyniku zaniedbań, jakich dopuszczono się względem niego w pozwanym Szpitalu.

O odsetkach ustawowych za opóźnienie od zasądzonych kwot Sąd orzekł na podstawie przepisu art. 481 k.c. Jako termin początkowy naliczania odsetek ustawowych za opóźnienie od kwot zasądzonych tytułem zadośćuczynienia i odszkodowania, Sąd przyjął dzień 19 sierpnia 2015 rok, tj. następny dzień po dniu, w którym pozwany Szpital odebrał odpis pozwu w niniejszej sprawie (art. 455 k. c.).

Orzekając o kosztach procesu, które w przypadku obu stron sprowadzały się do kosztów zastępstwa procesowego, Sąd Okręgowy na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c. zniósł je wzajemnie między stronami, mając na uwadze stopień wygrania sprawy przez powoda (ok. 50 proc.) oraz identyczne koszty poniesione przez strony.

W oparciu o przepis art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U z 2018 r., poz. 300 ze zm.) Sąd nie obciążył stron nieuiszczonymi kosztami sądowymi.

ZARZĄDZENIE

Odpis wyroku doręczyć zgodnie z wnioskiem.