

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 czerwca 2015r.

Sąd Rejonowy w Środzie Śląskiej Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący SSR Alina Gałęzowska

Protokolant Aniela Kowalik

po rozpoznaniu w dniu 23 czerwca 2015r. w Środzie Śląskiej

sprawy z powództwa A. M.

p/ko (...) S.A z siedzibą w W.

o zapłatę

I. oddała powództwo;

II. zasądza od powoda A. M. na rzecz strony pozwanej (...) S.A z siedzibą w W. kwotę 3617 zł (trzy tysiące sześćset siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu;

III. zwraca powodowi A. M. kwotę 249,60 zł (dwieście czterdzieści dziewięć złotych sześćdziesiąt groszy) tytułem niewykorzystanej zaliczki na opinię biegłego.

UZASADNIENIE

Powód A. M. wniósł o zasądzenie od strony pozwanej (...) SA z siedzibą w W. kwoty 75.000 zł wraz z należnymi odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 31 października 2012 roku do dnia zapłaty oraz zasądzenie od strony pozwanej na rzecz powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa prawnego oraz opłaty od pełnomocnictwa wg norm przepisanych. W uzasadnieniu powód wskazał że z uwagi na nawroty odmy opłucnowej po stronie lewej kilkakrotnie hospitalizowany był w (...) Centrum (...) we W. gdzie każdorazowo wdrażane leczenie przynosiło spodziewane efekty poprawiając stan jego zdrowia, co w efekcie pozwalało na normalne funkcjonowanie powoda w życiu codziennym pod warunkiem pozostawania pod stałą kontrolą Poradni torakochirurgicznej. W roku 2008 sytuacja taka miała miejsce dwukrotnie. Kolejny nawrót choroby nastąpił w marcu 2010 roku. W dniu 4 marca 2010 roku powód został ponownie hospitalizowany we wskazanej wyżej placówce z rozpoznaniem nawrotowej odmy opłucnowej samoistnej. Powód przebywał we wskazanej powyżej placówce w okresie od 4 marca 2010 roku do 19 marca 2010 roku kiedy to pierwotnie leczony był doraźnym drenażem ssącym, w wyniku którego nie udało się doprowadzić do pełnego trwałego upowietrzenia miąższu lewego płuca. Z tego powodu pacjent został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego metodą (...). Po przygotowaniu powoda w dniu 8 marca 2010 roku przeprowadzono operację w znieczuleniu ogólnym- na drodze (...) przeprowadzono resekcję klinową szczytu lewego płuca oraz pleurektomię. W okresie pooperacyjnym doszło do krwawienia do lewej jamy opłucnowej z uwagi na co powoda zakwalifikowano w trybie pilnym do retorakotomii. Z karty informacyjnej leczenia szpitalnego wynika, iż oba zabiegi zakończyły się pełnym sukcesem przywracając prawidłową pracę płuc powoda, a nadto nie zaobserwowano u niego jakichkolwiek powikłań pooperacyjnych. Tymczasem powód, od samego początku, zgłaszał zaburzenia czucia w obrębie dolnej części tułowia oraz dolegliwości bólowe, tak przy oddychaniu jak i odruchach kaszlu, czy kichania. Okoliczność ta była przez personel placówki bagatelizowana, a powód był zapewniany, iż odczuwane przez niego

dolegliwości są normalnym następstwem zabiegu jakim został poddany, a nadto ustąpią po przebyciu przez niego rehabilitacji. Po wypisaniu ze szpitala powód w okresie od 19 marca 2010 roku do 16 lipca 2010 roku przebywał na zwolnieniu lekarskim i w tym okresie poddany został zaleconej przez lekarza rehabilitacji. Niemniej jednak dolegliwości w zakresie braku czucia do dnia wytoczenia powództwa nie ustąpiły. Jediną informacją jaką powód uzyskał była przekazana, że stan ten może być wynikiem śródoperacyjnego uszkodzenia tętnicy międzyżebrowej oraz splotów nerwów. Nikt jednak nie wyjaśnił powodowi czy są to normalne następstwa inwazyjnej metody leczenia jakiej został poddany, czy też dolegliwości jakie mu doskwierają są powikłaniami pooperacyjnym. Na żadnym etapie leczenia powód nie był informowany, co do możliwych powikłań pooperacyjnych, ani też o ewentualnych nieodwracalnych konsekwencjach zabiegów jakim został poddany. Nikt nie informował również powoda o tym, iż pierwotnie zaplanowany u niego zabieg metodą (...) może zakończyć się niepowodzeniem i konieczne będzie przeprowadzenie zabiegów inwazyjnych. Powód rozumie, iż konieczność taka miała prawo nastąpić i niezbędna była w celu ratowania jego życia. Niemniej jednak w toku rekonwalescencji powód uzyskał informacje, iż opisane powyżej dolegliwości nie mieszczą się w normalnych następstwach zabiegów jakim poddany został, a ewentualne uszkodzenie nerwów oraz tętnicy międzyżebrowej należy rozpatrywać w kategorii braku dochowania należytej staranności przez zespół operujący, czy też błędów w sztuce medycznej, podobnie jak i brak należytej informacji przekazanej pacjentowi, a dotyczącej przebiegu leczenia, możliwych powikłań oraz konsekwencji dla zdrowia i życia powoda przeprowadzonych zabiegów operacyjnych. Jako podstawę prawną roszczenia powód wskazuje art. 444 w związku z art. 445 k.c., zgodnie z którym w przypadku uszkodzenia ciała lub spowodowania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty, jak również poszkodowany uprawniony jest do żądania zasądzenia na swoją rzecz stosownego zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Mając na uwadze wskazane okoliczności faktyczne towarzyszące zabiegowi chirurgicznemu, jakim powód został poddany, stoi on na stanowisku, że jego obecny stan zdrowia z całą pewnością nie jest wynikiem powikłań pooperacyjnych mieszczących się w granicach normy. Okoliczności te mają wpływ na ustalenie wysokości należnego powodowi zadośćuczynienia w sytuacji ustalenia, iż w pozwanej placówce popełniono błąd. Powód jest kierowcą w transporcie międzynarodowym osiągając miesięcznie wynagrodzenie na poziomie około 5.000 złotych netto. Co za tym idzie dochodzona pozew kwota w przypadku pozytywnego dla powoda rozstrzygnięcia z całą pewnością nie spowoduje jego wzbogacenia i utrzymana jest w granicach odpowiedniej sumy zadośćuczynienia. Powód w chwili obecnej ogranicza się jedynie do wykonywania pracy zawodowej w warunkach dokuczliwy dla niego zważywszy na charakter wykonywanej pracy i związany z nią wysiłek fizyczny. Z uwagi na odczuwane dolegliwości zmuszony został do rezygnacji praktycznie z wszelkich innych aktywności życiowych z obawy o swój stan zdrowia. Powód za pośrednictwem swych pełnomocników wzywał stronę pozwaną do dobrowolnego spełnienia roszczenia jednakże wezwania nie przyniosły efektu. W zakresie roszczenia odsetkowego powód wskazuje, iż domaga się ich zasądzenia od dnia, w którym strona pozwana z całą pewnością wiedziała o kierowanych w stosunku do niej żądaniach oraz o ich wysokości.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz strony pozwanej kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych oraz siedemnastu złotych tytułem opłaty od pełnomocnictwa. Pomiędzy stroną pozwaną a (...) Centrum (...) we W. w dacie zdarzenia zawarta była umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z prowadzoną działalnością w zakresie świadczeń zdrowotnych, posiadany mieniem, potwierdzona polisą nr (...) WR (...). Do przyjęcia odpowiedzialności gwarancyjnej (...) S.A. konieczne jest ustalenie, że istnieje odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego, a ta w przedmiotowej sprawie nie zachodzi. Zgodnie z art. 415 k.c. określającym przesłanki odpowiedzialności deliktowej kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę obowiązany jest do jej naprawienia. W przedmiotowej sprawie zatem koniecznymi przesłankami odpowiedzialności odszkodowawczej wyżej wymienionej placówki są szkoda, zawinione zachowanie personelu placówki medycznej oraz łączący je normalny adekwatny związek przyczynowy. Powyżej przytoczone przesłanki nie zachodzą i nie zostały przez powoda udowodnione. Ze zgromadzonej w sprawie dokumentacji wynika, że powód został przyjęty do ubezpieczonego szpitala 4 marca 2010 roku z powodu nawrotowej odmy opłucnowej (trzeci nawrót). Po wcześniejszym przygotowaniu zdecydowano się na przeprowadzenie zabiegu videotorakoskopii (...). W czasie zabiegu resekowano przy użyciu endostaplera część płuca z pęcherzami rozedmowymi i wykonano pleurektomię opłucnej ściennej. Tego rodzaju operacja jest obecnie metodą z wyboru przy leczeniu nawrotowej odmy. W okresie pooperacyjnym stwierdzono objawy krwawienia do

jamy opłucnowej i pacjent musiał być powtórnie operowany tym razem metodą klasyczną. W trakcie tej operacji zlokalizowano miejsce czynnego krwawienia z naczynia przestrzeni międzyżebrowej w obszarze po pleurotomii w okolicy tylnego zachyłka. Miejsce krwawienia zaopatrzone skutecznie szwami hemostatycznymi. Dalszy przebieg pooperacyjny niepowikłany. Protokoły obydwu zabiegów operacyjnych są bardzo dokładne i wskazują na prawidłowy sposób ich przeprowadzenia. Zgromadzony materiał nie potwierdza aby lekarze ubezpieczonego szpitala nie dołożyli należytej staranności podczas leczenia. Świadczenia medyczne były udzielane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i przy użyciu dostępnych środków i metod. Krwawienie do jamy opłucnowej po rozległym zabiegu chirurgicznym jest typowym niezawinionym powikłaniem związanym z ryzykiem tego rodzaju operacji. W analizowanym przypadku powikłanie rozpoznano natychmiast, podjęto kroki w celu zatrzymania krwawienia metodą klasyczną. Wybór sposobu zaopatrzenia krwawień u pacjenta był jak najbardziej prawidłowy i zgodny z zasadami wiedzy medycznej. Mając na uwadze przebieg leczenia powoda, a także zgromadzoną dokumentację medyczną, w ocenie strony pozwanej brak jest podstaw do stwierdzenia, że podczas udzielania powodowi świadczeń medycznych doszło do popełnienia błędu lub nie dołożono należytej staranności przez personel medyczny ubezpieczonej placówki, za którą strona pozwana ponosi odpowiedzialność gwarancyjną. Tym samym brak jest podstaw do przyjęcia zawinionego działania personelu medycznego ubezpieczonego u strony pozwanej szpitala, jak również nie można stwierdzić że powoda narażono na ryzyko utraty życia i zdrowia w wyniku prawidłowo wykonanego zabiegu videotorakoskopii.

Sąd ustalił co następuje:

Powód A. M. w okresie od 23 stycznia 2008 r. do 26 stycznia 2008 r. hospitalizowany był na Oddziale Chirurgicznym (...) Publicznego Zespołu (...) w Ś. z powodu samoistnej odmy opłucnowej lewostronnej. Zastosowany drenaż lewej jamy opłucnowej spowodował rozprężenie płuca. W dniu 18 października 2008 r. został przyjęty do leczenia na Oddział (...) we W. z powodu nawrotu odmy opłucnowej po stronie lewej. Zastosowano drenaż ssący z pleurodezą chemiczną uzyskując pełne i trwałe rozprężenie płuca. Powód został wypisany w dniu 22 październik 2008 r. w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem kontroli w Poradni torakochirurgii.

Dowody:

Karta informacyjna leczenia szpitalnego na Oddziale (...) we W. w okresie od 18 październik 2008 do 22 październik 2008 r k.22

Karta informacyjna leczenia szpitalnego na Oddziale Chirurgicznym (...) Publicznego Zespołu (...) w Ś. okresie od 23 stycznia 2008 do 26 stycznia 2008 k. 23

wynik Badania RTG z 23 stycznia 2008 r. k. 24

W dniu 4 marca 2010 roku powód został przyjęty do (...) Ośrodka (...) we W. z powodu nawrotowej odmy opłucnowej lewostronnej samoistnej (3 nawrót). Pacjent leczony doraźnie drenażem ssącym, w wyniku którego nie udało się doprowadzić do pełnego trwałego upowietrzenia miąższu lewego płuca. Na zabieg ten pacjent wyraził pisemną zgodę. Następnie pacjent został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego metodą małoinwazyjną (...). Pacjent został poinformowany o możliwych powikłaniach i na zabieg ten wyraził pisemną zgodę. Po przygotowaniu chorego operacje przeprowadzono w znieczuleniu ogólnym w dniu 9 marca 2010 w godzinach przedpołudniowych. Ś. wykonano resekcję pękniętego pęcherza rozedmowego, będącego miejscem nieszczelności opłucnej płucnej i bezpośrednią przyczyną braku możliwości uzyskania pozytywnego wyniku leczenia metodą drenażu opłucnej. Zabieg uzupełniono wykonaniem pleurektomii. W okresie pooperacyjnym doszło do krwawienia do lewej jamy opłucnowej i chorego zakwalifikowano w trybie pilnym do retorakotomii. Na zabieg ten powód wyraził pisemną zgodę. W okresie pooperacyjnym powód przebywał w Oddziale Intensywnej Terapii od dnia 10 marca 2010 do dnia 19 marca 2010. Dalszy przebieg pooperacyjny niepowikłany. W kontrolnych radiogramach resztkowa komora w szczycie lewej jamy opłucnowej do samoistnej resorpcji. Pacjent wypisany w stanie ogólnym miejscowym dobrym do domu z zaleceniami kontroli pooperacyjnej w Paradni torakochirurgicznej za 10 dni, kontynuacji postępowania rehabilitacyjnego w tym gimnastyki oddechowej, farmakoterapii, usunięcia szwów w dziesiątej dobie od zabiegu.

Dowody:

informacja dla lekarza kierującego z dnia 23 luty 2011 k. 25

Karta informacyjna leczenia szpitalnego (...) Ośrodka (...) we W. w okresie od 4 marca 2010 do 19 marca 2010 k. 20 -21

badania histopatologiczne k. 26

dokumentacja medyczna (...) Centrum (...) we W. k.59

opina biegłego z zakresu chirurgii K. D. k. 61-62

przesłuchanie powoda k. 35

Powód przebywał na zwolnieniu lekarskim od dnia 4 marca 2010 r. do dnia 18 kwietnia 2010 r. , od dnia 20 kwietnia 2010 r. do dnia 28 kwietnia 2010 r. , od dnia 29 kwiecień 2010 r. do dnia 28 maja 2010 r. , od dnia 29 maja 2010 r. do dnia 25 czerwca 2010 r., od dnia 26 czerwca 2010 r. do dnia 16 lipca 2010 r.

Dowód:

zwolnienia lekarskie k. 17-19

W trakcie badania w dniu 23 luty 2011 r. pacjent skarżył się na bóle pooperacyjne i zaburzenia czucia w okolicy blizny pooperacyjnej.

Dowód:

informacja dla lekarza kierującego z dnia 23 luty 2011 k. 25

Po leczeniu odmy opłucnej w marcu 2010 r. powód przebył rekonwalescencje, która miała na celu ograniczenie upośledzenia wydolności i sprawności oddechowej. Pomimo przebytej rehabilitacji pacjent zgłaszał łatwą zapadalność na infekcje dróg oddechowych, uskarżał się na okresowo zaostrzającą się bolesność lewej części klatki piersiowej i odruchowe bóle kurczowe w klatce piersiowej podczas kichania lub kaszlu. Zgłaszane dolegliwości stanowią o dużym ograniczeniu jakiegokolwiek aktywności rekreacyjnej i rezygnacji z wielu sportów. Obecnie uskarża się na miejscowe zaburzenia czucia na powierzchni lewej ściany klatki piersiowej w rzucie V i VI międzyżebrza w miejscu prawidłowo zagojonej blizny po torakotomii lewostronnej, ból po wysiłku i zmianach pogody.

Dowody:

zaświadczenie lekarskie z dnia 23 lipca 2013 r. k. 27

opina biegłego z zakresu chirurgii K. D. k. 61-62

W celu zredukowania dolegliwości bólowych powód zażywa środki przeciwbólowe. W skutek odczuwanych dolegliwości powód nie może realizować pasji sportowych takich jak motokros, pływanie, narciarstwo. Nie może podnosić ciężkich przedmiotów, wykonywać prac w gospodarstwie. Ograniczone ma możliwości aktywnych zabaw z dzieckiem. W trakcie pracy zmuszony jest do częstych przerw, korzystania z urlopu wypoczynkowego, ograniczenia delegacji.

Dowody:

zeznania świadka A. Ł. k. 53

zeznania świadka M. N. k. 53

przesłuchanie powoda k. 53

Zgłaszane przez powoda dolegliwości nie odbiegają od zgłaszanych przez pacjentów po tego typu leczeniu. Są typowymi objawami mogącymi wystąpić u osób poddanych zabiegowi torakotomii. Analiza protokołów operacyjnych pozwala na stwierdzenie, że zabiegi operacyjne przeprowadzone we (...) Ośrodku (...) we W. zostały wykonane prawidłowo, zgodnie z medycznym wzorcem postępowania w tego typu przypadkach.

W trakcie zabiegu nie doszło do uszkodzenia tętnicy międzyżebrowej oraz układu nerwowego, a zgłaszane przez powoda zaburzenia czucia w obrębie dolnej części tułowia oraz dolegliwości bólowe mogą być naturalnymi konsekwencjami tego typu zabiegu z powodu np. uwięzienia międzyżebrowego pęczka nerwowego naczyniowego w bliźnie operacyjnej. W wyniku nacięcia klatki piersiowej lub zaopatrzenia nacięcia mogło dojść do uszkodzenia nerwów, ich uwięzienia lub uciśnięcia. Z sytuacją uciśnięcia nerwów mamy do czynienia w sytuacji gdy rozwieraczami w trakcie rozcinania klatki piersiowej hak uciska nerwy i naczynia. Sytuacja uwięźnięcia zachodzi natomiast w momencie zszywania rany pooperacyjnej. Nie można jednak stwierdzić, że z powodu którejkolwiek z przyczyn doszło do upośledzenia funkcji organizmu, a tym samym uszczerbku na zdrowiu powoda. Uwięźnięcie szypuły nerwowo-naczyniowej w bliźnie operacyjnej może być normalnym następstwem prawidłowo- wzorcowo wykonanej operacji torakotomii i dawać uczucie niedogodności i dyskomfortu. Powikłania, na które uskarża się powód mogą być normalnym następstwem wykonanych zabiegów i nie są skutkiem działania osób wykonujących zabieg. Na podstawie wysłuchania pacjenta, po przeprowadzeniu badania przedmiotowego, a także po zapoznaniu się z dostarczoną dokumentacją medyczną trudno jest się dopatrzeć nieprawidłowości w postępowaniu lekarzy leczących powoda.

Zastosowana wobec pacjenta metoda leczenia znajduje uzasadnienie w aktualnie obowiązującej wiedzy medycznej. Wobec powoda istniały wskazania kliniczne do leczenia operacyjnego. Występująca po raz drugi odma samoistna tej samej strony z zasady powinna być leczona operacyjnie. Metoda (...) oznacza torakoskopię -nazwa zabiegu małoinwazyjnego nie wymagającego otwarcia klatki piersiowej - stanowi uznany standard postępowania. Zabieg uzupełniono wykonaniem pleurektomi, która jest również uznanym standardem postępowania w tego typu przypadkach. T. - nazwa zabiegu inwazyjnego do niedawna będącego standardem pierwotnego zabiegu w tego typu przypadkach. T. przeprowadzona po zabiegu V. była zbiegiem ratującym życie gdyż wystąpiło nadmierne krwawienie mogące się pojawić nawet przy zachowaniu najwyższych zasad staranności w zabiegach torakoskopowych. Jako zabieg ratujący życie była obciążona większym prawdopodobieństwem wystąpienia pooperacyjnych niedogodności. Nie ma alternatywnych metod leczenia w sytuacji nadmiernego krwawienia po zabiegu torakoskopii. Jedynym postępowaniem była torakotomia tj. otwarcie klatki piersiowej.

Dowody:

opina biegłego z zakresu chirurgii K. D. k. 61-62

opina uzupełniająca biegłego z zakresu chirurgii K. D. k. 83

Powód zatrudniony jest w (...) sp. z o. o. z siedzibą w B. na stanowisku kierowcy w transporcie międzynarodowym. Miesięczne średnie dochody powoda w okresie od września 2009 r. do lutego 2010 r. wyniosły 2200 zł brutto oraz 3.137 zł tytułem diet.

Dowody:

zaświadczenie o wynagrodzeniu i zatrudnieniu k. 13

umowa o pracę k. 14

Stronę pozwaną (...) S.A. z siedzibą w W. z (...) Centrum (...) we W. w dacie zdarzenia łączyła umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z prowadzoną działalnością w zakresie świadczeń zdrowotnych, posiadany mieniem potwierdzona polisą numer (...) WR (...).

Niesporne

Pismem z dnia 27 lipca 2012 r. pełnomocnik powoda zgłosił szkodę na osobie w celu przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego oraz wypłaty należnego odszkodowania i zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę w związku ze zdarzeniem z dnia 08 marca 2010 r.

Pismem z dnia 31 października 2012 r. strona pozwana zawiadomiła powoda, że brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności za przedmiotowe zdarzenie i wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (...) Centrum (...) we W..

Pismem z dnia 13 sierpnia 2013 r. pełnomocnik powoda wezwał stronę pozwaną do zapłaty zadośćuczynienia i odszkodowania w wysokości 75.000 zł za rozstrój zdrowia spowodowany błędem w sztuce medycznej i niedochowaniem należytej staranności podczas zabiegów chirurgicznych jakim powód został poddany w (...) Centrum (...) we W..

Pismem z dnia 10 września 2013 r. strona pozwana odmówiła wypłaty odszkodowania i zadośćuczynienia za zgłoszone zdarzenie.

Dowody:

pismo pełnomocnika powoda z dnia 27 lipca 2012 r. wraz z pełnomocnictwem w aktach szkody

pismo strony pozwanej z dnia 31 października 2012 r. k. 28

pismo pełnomocnika powoda z dnia 13 sierpnia 2013 r. wraz z pełnomocnictwem k. 11-12

pismo strony pozwanej z dnia 10 września 2013 r. k. 10

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie zebranego w sprawie materiału dowodowego, w szczególności nie budzących wątpliwości dokumentów, zeznań świadków i powoda A. M., które w powyższym zakresie Sąd uznał za wiarygodne.

Sąd nie dał wiary zeznaniom świadka A. Ł. i M. N. oraz przesłuchaniu powoda w zakresie, iż w trakcie przeprowadzonego zabiegu torakotomii dojść musiało do uszkodzenia tętnicy międzyżebrowej lub przecięcia nerwów, które nie mieści się w ramach normalnych następstw wykonanej operacji. Zeznanie te są sprzeczne ze zgromadzoną w sprawie dokumentacją medyczną z pobytu powoda na Oddziale (...) Centrum (...) we W., potwierdzoną i wyjaśnioną w opinii biegłego sądowego z zakresu chirurgii K. D..

Sąd uznał za pełną i należyście uzasadnioną opinię biegłego sądowego z zakresu chirurgii dr n. med. K. D.. p.o. Kierownika Kliniki (...) d.s (...) Szpitala (...) we W. z dnia 14 listopada 2014 r. uzupełnionej na piśmie dnia 12 stycznia 2015 r. Uzupełnienie pisemne opinii nastąpiło na wniosek pełnomocnika powoda, który zgłosił stosowne zastrzeżenia i pytania do pierwszej opinii biegłego. Biegły w opinii uzupełniającej odniósł się do wszystkich podniesionych zastrzeżeń. Sąd dopuszcza dowód z opinii biegłego zawsze wówczas, gdy dla rozstrzygnięcia sprawy konieczne są wiadomości specjalne (art. 278 k.p.c.). Z tych też przyczyn nie jest rolą Sądu ocena opinii biegłego pod kątem jej zgodności z dokumentacją medyczną oraz prowadzonym leczeniem, ocena Sądu nie może wkraczać w sferę wiedzy specjalistycznej. Sąd dokonuje natomiast oceny opinii biegłego na podstawie kryteriów zgodności z zasadami logiki, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia skuteczności wyrażonych w niej wniosków, bez wkraczania w sferę wiedzy specjalistycznej (por. wyrok SN z dnia 19.12.1990 r., I PR 148/90, OSP 1991, z. 11–12, poz. 300; postanowienie SN z dnia 7.11.2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001, nr 4, poz. 64; wyrok z dnia 15.11.2000 r., IV CKN 1383/00, LEX nr 52544; wyrok SN z dnia 7.04.2005 r., II CK 572/04, LEX nr 151656). Aby ocena taka w ogóle była możliwa przyjmuje się, że integralnymi elementami treści każdej prawidłowo sporządzonej opinii winny być: sprawozdanie z dokonanych czynności i spostrzeżeń, odpowiedzi na postawione biegłemu pytania, udzielone w sposób kategoryczny i jego wnioski

oraz uzasadnienie pozwalające na sprawdzenie przez sąd logicznego toku rozumowania. Opinia powinna być także wyczerpująca, a zatem odnosić się do wszystkich kwestii zawartych w tezie dowodowej postanowienia sądu (por. wyrok SN z dnia 19.05.1998 r., II UKN 55/98, OSNAPiUS 1999, nr 10, poz. 351), zawierać uzasadnienie sformułowane w sposób przystępny i zrozumiały także dla osób nieposiadających wiadomości specjalnych. Sąd uznał, że opinia biegłego sądowego jest pełna, logiczna i należyście uzasadniona.

Sąd zważył, co następuje:

Powód dochodzi od strony pozwanej zapłaty kwoty 75.000 zł tytułem zadośćuczynienia za uszkodzenie tętnicy międzyżebrowej oraz układu nerwowego, a także zaburzeń czucia w obrębie dolnej części tułowia po zabiegu videotorakoskopii we (...) Ośrodku (...) we W..

Pomiędzy stroną pozwaną a (...) Centrum (...) we W. w dacie zdarzenia zawarta była umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z prowadzoną działalnością w zakresie świadczeń zdrowotnych, posiadany mieniem potwierdzona polisą numer (...) WR (...).

W niniejszej sprawie za szkody powstałe na skutek świadczenia powodowi usług medycznych, wykonywanych przez lekarzy (...) Centrum (...) we W., w oparciu o art. 415 k.c. w związku z art. 445 § 1 k.c. I art. 444 § 1 k.c. i art. 430 k.c. odpowiada ubezpieczony (...) Centrum (...) we W.. Odpowiedzialność strony pozwanej (...) S. A. z siedzibą w W. oparta jest na art. 822 k.c. z tytułu zawartej umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej zawartej na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (DzU 2008 Nr 3 poz.10) oraz wynika z ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (DzU 2013 Nr 392 t.j.).

Zgodnie z § 2 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych umowa ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej obejmuje odpowiedzialność cywilną podmiotu objętego obowiązkiem ubezpieczenia za szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym (DzU 2013 Nr 392 t.j.).

Ubezpieczyciel odpowiada w granicach odpowiedzialności sprawcy szkody. Do przyjęcia odpowiedzialności gwarancyjnej strony pozwanej konieczne jest zatem ustalenie, że istnieje odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego. Zgodnie z art. 415 k.c. określający przesłanki odpowiedzialności deliktowej kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę obowiązany jest do jej naprawienia. W przedmiotowej sprawie zatem koniecznymi przesłankami odpowiedzialności odszkodowawczej (...) Centrum (...) we W. są: 1) wyrządzenie szkody przez personel medyczny, 2) zawinione działanie lub zaniechanie personelu medycznego, 3) normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz 4) wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonych czynności medycznej.

Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2011.277.1634 j.t. ze zm.), lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Przepis zawiera podstawowe dyrektywy postępowania lekarza i pod ich kątem następuje badanie bezprawności oraz zawinienia lekarza w każdym wypadku powstania tzw. szkody medycznej.

Wysokie wymagania stawiane lekarzowi nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w

wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Dlatego stwierdzenie błędu lekarskiego wyczerpuje zasadniczo tylko obiektywny element winy (z tym zastrzeżeniem, że są takie kategorie błędu lekarskiego, które będą wystarczające dla stwierdzenia winy także w ujęciu subiektywnym). Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09, niepubl.). Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku "błędu w sztuce", czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, czyli polegający na zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca.

Ciężar dowodu w zakresie wykazania zarówno istnienia szkody i związku przyczynowego między powstaniem szkody a działaniem lub zaniechaniem sprawcy szkody, jak i faktu, iż szkoda została wyrządzona z winy osoby pociągniętej do odpowiedzialności, spoczywa na poszkodowanym, zgodnie z ogólną regułą wyrażoną w art. 6 k.c. Obowiązek naprawienia szkody spoczywa bowiem tylko na tym, kto ją wyrządził, tzn. tylko wtedy, gdy określone działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu powierzonych czynności stanowiło przyczynę powstania szkody.

W pierwszej kolejności należało ocenić, czy zgromadzony w sprawie materiał dowodowy wskazuje, że lekarze (...) Centrum (...) we W. dopuścili się w sposób zawiniony naruszenia swoich obowiązków medycznych doprowadzając do powstania uszczerbku na zdrowiu powoda. Na błąd medyczny muszą składać się następujące elementy: postępowanie niezgodne z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej, wina nieumyślna (tzw. lekkomyślność lub niedbalstwo), ujemny skutek popełnionego błędu, związek przyczynowy między popełnionym błędem, a ujemnym skutkiem postępowania leczniczego w postaci uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

Z ustaleń faktycznych wynika, że w dniu 4 marca 2010 roku powód został przyjęty do (...) Ośrodka (...) we W. z powodu nawrotowej odmy opłucnowej lewostronnej samoistnej (3 nawrót). Pacjent leczony doraźnie drenażem ssącym, w wyniku którego nie udało się doprowadzić do pełnego trwałego upowietrzenia miąższu lewego płuca. Następnie pacjent został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego metodą (...) (pojęcie to oznacza torakoskopię - nazwa zabiegu małoinwazyjnego nie wymagającego otwarcia klatki piersiowej). Po przygotowaniu chorego operacje przeprowadzono w znieczuleniu ogólnym w dniu 9 marca 2010. Ś. wykonano resekcję pękniętego pęcherza rozedmowego, będącego miejscem nieszczelności opłucnej i bezpośrednią przyczyną braku możliwości uzyskania pozytywnego wyniku leczenia metodą drenażu opłucnej. Zabieg uzupełniono wykonaniem pleurektomii, która jest uznanym standardem postępowania w tego typu przypadkach. W okresie pooperacyjnym doszło do krwawienia do operowanej lewej jamy opłucnowej i chorego zakwalifikowano w trybie pilnym do torakotomii (zabiegu inwazyjnego do niedawna będącego standardem pierwotnego zabiegu tego typu przypadkach). W okresie pooperacyjnym powód przebywał w oddziale intensywnej terapii od dnia 10 marca 2010 do dnia 19 marca 2010. Dalszy przebieg pooperacyjny niepowikłany.

Analiza protokołów operacyjnych pozwala na stwierdzenie, że zabiegi operacyjne przeprowadzone we (...) Ośrodku (...) we W. zostały wykonane prawidłowo zgodnie z medycznym wzorcem postępowania w tego typu przypadkach. W trakcie zabiegu nie doszło do uszkodzenia tętnicy międzyżebrowej oraz układu nerwowego, a zgłaszane przez powoda zaburzenia czucia w obrębie dolnej części tułowia oraz dolegliwości bólowe mogą być naturalnymi konsekwencjami tego typu zabiegu z powodu np. uwięzienia międzyżebrowego pęczka nerwowego naczyniowego w bliźnie operacyjnej. W wyniku nacięcia klatki piersiowej lub zaopatrzenia nacięcia mogło dojść do uszkodzenia nerwów, ich uwięzienia lub uciśnięcia. Z sytuacją uciśnięcia nerwów mamy do czynienia w sytuacji gdy rozwieraczami w trakcie rozcinania klatki piersiowej hak uciska nerwy i naczynia. Sytuacja uwięźnięcia zachodzi natomiast w momencie zszywania rany pooperacyjnej. Nie można powiedzieć, że z powodu którejkolwiek z przyczyn doszło do upośledzenia funkcji organizmu, a tym samym uszczerbku na zdrowiu powoda. Uwięźnięcie szypuły nerwowo-naczyniowej w bliźnie operacyjnej może być normalnym następstwem prawidłowo-wzorcowo wykonanej operacji torakotomii. Na podstawie wysłuchania pacjenta, przeprowadzeniu badania przedmiotowego, a także po zapoznaniu

się z dostarczoną dokumentacją medyczną biegły sądowy z zakresu chirurgii nie dopatrywał się nieprawidłowości w postępowaniu lekarzy leczących powoda.

Zastosowana wobec pacjenta metoda leczenia znajduje uzasadnienie w aktualnie obowiązującej wiedzy medycznej. Wobec powoda istniały wskazania kliniczne do leczenia operacyjnego. Występująca po raz drugi odma samoistna tej samej strony z zasady powinna być leczona operacyjnie. Jest to uznany standard postępowania. T. przeprowadzona po zabiegu V. była zbiegiem ratującym życie. Jako zabieg ratujący życie była zabiegiem obciążonym większym prawdopodobieństwem możliwości wystąpienia pooperacyjnych niedogodności. Wystąpienie nadmiernego krwawienia może się pojawić nawet przy zachowaniu najwyższych zasad staranności w zabiegach torakoskopowych. Nie ma alternatywnych metod leczenia w sytuacji nadmiernego krwawienia po zabiegu torakoskopii. Jedynym postępowaniem była torakotomia tj. otwarcie klatki piersiowej. Zgłaszane przez powoda dolegliwości nie odbiegają jednak od zgłaszanych przez pacjentów po tego typu leczeniu. Są typowymi objawami mogącymi wystąpić u osób poddanych zabiegowi torakotomii.

Biorąc pod uwagę powyższe, Sąd uznał, iż powód nie wykazał w niniejszej sprawie przesłanek odpowiedzialności ubezpieczonego zakładu opieki zdrowotnej w postaci zawinionego działania szkodzącego zatrudnionego tam lekarza prowadzącego do powstania uszczerbku na zdrowiu powoda. Żądanie pozwu oparte zatem na art. 415 k.c. w związku z art. 445 § 1 k.c. i art. 444 § 1 k.c. i art. 430 k.c. w zw. z art. 822 k.c., co do zapłaty zadośćuczynienia i odszkodowania nie mogły zostać uwzględnione.

Brak było również przesłanek do zasądzenia zadośćuczynienia na podstawie (art. 4 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta DzU.2012.159 j.t. ze zm.). Zgodnie z powyższym przepisem, w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 488 k.c.

Jak wynika z treści przesłuchania powoda był on informowany o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwości zastosowania metod leczenia, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania. Z dokumentacji medycznej wynika, że pacjent wyraził pisemną zgodę na każdy zastosowany wobec niego zabieg, w tym również zabieg retorakotomii. Właściwszym jest jednak nazywanie drugiego zabiegu torakotomią mając na uwadze, że pierwszy zabieg był torakoskopią. Powód nie wykazał w toku postępowania dowodowego aby lekarze ubezpieczonego zaniechali poinformowania go o możliwych następstwach dokonywanych zabiegów medycznych. Mimo to zauważyć należy, że w sytuacji nadmiernego krwawienia, wstrząsu hipowolemicznego, obniżonej możliwości rozpoznania sytuacji przez pacjenta trudno jest informować o powikłaniach tej metody leczenia. W przedmiotowej sprawie leczenie operacyjne tzw. torakotomię zastosowano w celu ratowania życia pacjenta. Zabiegi te charakteryzują się swoistymi zasadami tj. krótkim czasem działania i mniejszą dokładnością- przy zachowaniu wszystkich standardów postępowania, natomiast priorytetem jest zniwelowanie stanu zagrożenia życia. Mając na uwadze charakter przeprowadzonej operacji nie można było podzielić zarzutu powoda, że zgoda udzielona na zabieg torakotomii nie była świadoma wobec braku pełnej informacji o możliwych powikłaniach, a tym samym zawinionym naruszeniu praw pacjenta (art. 31 ust 1 w zw. z art. 32 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta DzU.2012.159 j.t. ze zm.).

Z tego względu powództwo, jako pozbawione podstaw faktycznych i prawnych podlegało oddaleniu w całości.

Orzeczenie w przedmiocie kosztów procesu oparto na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Wysokość wynagrodzenia pełnomocnika wynika z § 6 pkt. 6 w zw., z § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (DzU z 2002 r. Nr 163 poz 1349).

Jednocześnie na podstawie art. 84 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych Sąd nakazał zwrócić powodowi kwotę 249,60 zł. tytułem niewykorzystanej zaliczki na opnie biegłego.