

UZASADNIENIE

Powódka M. P., po ostatecznym sprecyzowaniu żądań pozwu, wniosła o zasądzenie od pozwanych in solidum:

- kwoty 250 000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi od dnia następnego po dniu doręczenia odpowiednio każdemu z pozwanych odpisu pozwu,
- renty miesięcznej w wysokości 2 046,82 zł płatnej do 10-go dnia każdego miesiąca poczynając od stycznia 2011 r. wraz z odsetkami ustawowymi w przypadku każdorazowego opóźnienia w zapłacie,
- renty skapitalizowanej za okres od stycznia 2009 r. do grudnia 2010 r. włącznie w wysokości 47 713,81 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi w następujący sposób: od kwoty 33 313,81 zł od dnia następnego po dniu doręczenia odpowiednio każdemu z pozwanych odpisu pozwu do dnia zapłaty, a od kwoty 14 400 zł od dnia następnego po dniu doręczenia odpowiednio każdemu z pozwanych odpisu pisma z dnia 28 września 2012 r., którym powódka rozszerzyła powództwo.

Nadto domagała się ustalenia, że pozwani in solidum będą odpowiedzialni za wszelkie szkody związane z nieprawidłowościami, jakich się dopuściła, prowadząc leczenie powódki, o ile szkody takie, nieznanne obecnie, ujawnią się w przyszłości. Domagała się także zasądzenia na swoją rzecz od pozwanych kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według złożonego spisu kosztów po 14 400 zł od każdego z pozwanych.

Na uzasadnienie swych roszczeń podała, że cierpi na wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego lewego, a w 2005 r. schorzenie to wywołało u niej dolegliwości bólowych. Zgłosiła się do pozwanego Szpitala celem wykonania operacji lewego biodra poprzez wszczepienie protezy. Podała, że nie wyjaśniono jej, jaki był cel tej operacji ani też jakie są szanse, że operacja przyniesie poprawę, nie zaproponowane jej też alternatywnych metod leczenia. W dniu 14 października 2008 r. wykonano u powódki endoprotezoplastykę bezcementową biodra lewego sposobem U.-C.. Zdaniem powódki operacja ta została wykonana w sposób wadliwy, gdyż w jej trakcie okazało się, że zepsuła się lodówka, wskutek czego przechowywane w niej przeszczepy kostne, mające zostać użyte u powódki nie nadawały się do wykorzystania. Operacja ta nie przyniosła żadnego efektu, w związku z czym powódka miała drugą operację w dniu 30 października 2008 r., w czasie której wszczepiono jej niewłaściwą protezę i nieprawidłowo ją umocowano, a nad panewką nie wykonano nadbudowy. W konsekwencji doszło do zwichnięcia. W czasie tej operacji oparżono powódce pośladki (oparzenie II stopnia). W dniu 1 listopada 2008 r. w związku z oparzeniem przyszedł do powódki lekarz na konsultację. Przy badaniu przewrócił ją na bok, co wywołało silny ból. Na zdjęciu rtg nie stwierdzono zwichnięcia, co zostało zdiagnozowane dopiero na wizycie kontrolnej w grudniu 2008 r. Powódka zrezygnowała z trzeciej operacji u pozwanego Szpitala i poddała się zabiegowi naprawczemu w szpitalu w P.. Leczenie oparzeń trwało około pół roku. Powódka zarzuciła także pozwanemu Szpitalowi, że na skutek działań jego personelu doszło u niej do małopłytkowości.

Na skutek procesu leczenia w pozwanym Szpitalu życie powódki pogorszyło się, w tym również jej stan zdrowia psychicznego uległ pogorszeniu. Powódka doznała znacznego uszczerbku na zdrowiu i stała się osobą całkowicie niepełnosprawną. Zwiększyły się jej potrzeby, a nadto utraciła ona zarobki, w związku z czym domaga się renty skapitalizowanej i renty na przyszłość. W świetle powyższego zdaniem powódki jej roszczenia są zasadne.

Pozwany Wojewódzki Szpital (...) im. Świętej B. w S. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódki na swoją rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwany przyznał, że powódka była u niego dwukrotnie hospitalizowana i dwukrotnie operowana, lecz nie zgadza się z jej zarzutami dotyczącymi wadliwej opieki medycznej. Podał, że wrodzone schorzenie powódki spowodowało u niej trwałe i nieodwracalne zmiany destrukcyjne w stawie biodrowym lewym. Najważniejszym celem zabiegu było zmniejszenie dolegliwości bólowych, a nie poprawienie sprawności fizycznej, o czym powódka została szczegółowo poinformowana przez lekarzy. Zwyródnienie tego stawu zostało u powódki rozpoznane przed

operacją, jednakże pełny obraz jego skali możliwy był do zweryfikowania dopiero w trakcie zabiegu. U powódki stwierdzono śródoperacyjnie ogromną destrukcję panewki pierwotnej, uniemożliwiającą osadzenie panewki w tej lokalizacji. Wobec tego zdecydowano wszczepić jej panewkę w jej wtórnej lokalizacji. U powódki przez całe życie rozwijało się zwyrodnienie stawu biodrowego, co doprowadził do ogromnego zniszczenia łożyska kostnego. Mimo więc zastosowania nowatorskich panewek nie zawsze możliwe jest całkowite pokrycie całej powierzchni panewki tkanką kostną, co łączy się z trwałością całej konstrukcji. Oba zabiegi były przeprowadzone w sposób staranny i zgodny ze sztuką medyczną. Każdorazowo u pacjentki uzyskano stabilne śródoperacyjne osadzenie elementów protezy - panewki i trzpienia. Wystąpienie pooperacyjnych komplikacji nie było w żaden sposób związane z wadliwym wykonaniem zabiegów operacyjnych. Przyczyna późniejszych problemów powódki były wyżej wskazane powikłania, mieszczące się w granicach ryzyka spowodowanego operacją zmian zwyrodnieniowych stawu biodrowego z uwagi na złożony i bardzo skomplikowany charakter tego typu zabiegu.

Pozwany zaprzeczył twierdzeniom powódki, że nie została ona szczegółowo poinformowana o tym, jaki był cel operacji i jakie dawała ona szanse na poprawę. Była szczegółowo informowana o charakterze i skutkach czynności podejmowanych przez lekarzy, w tym o możliwych powikłaniach po zabiegach operacyjnych w tym o możliwości obluźowania się endoprotezy, o czym świadczy treść podpisanych przez powódkę oświadczeń o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie obu zabiegów.

Nie ma również winy pozwanego w postępowaniu w związku z oparzeniem doznany przez powódkę po drugiej operacji. Po stwierdzeniu oparzenia, które stanowiło powikłanie po zabiegu, powódce została udzielona niezbędna pomoc medyczna. W drugiej dobie po zabiegu powódka zgłosiła dolegliwości bólowe. Celem zaopatrzenia oparzenia ułożono powódkę na operowanym boku, co było celowe, gdyż ułożenie na boku przeciwnym niesło ryzyko przywrodzenia kończyny operowanej. W trakcie oględzin oparzenia powódka nie zgłaszała żadnych dolegliwości bólowych o innym charakterze niż przed badaniem. Nie było także innych podstaw do stwierdzenia klinicznych objawów zwichnięcia stawu biodrowego. W ocenie pozwanego niemożliwym jest, żeby na skutek obrócenia powódki na operowany bok doszło do zwichnięcia stawu biodrowego lewego, gdyż wówczas powódka nie mogłaby chodzić. Tymczasem pacjentka poruszała się dość sprawnie i kontynuowała rehabilitację. Pozwany podał, iż istnieje prawdopodobieństwo, że u powódki doszło do będącego powikłaniem zabiegu nieznacznym przemieszczeniem się panewki endoprotezy, natomiast powódka myli to pojęcie ze zwichnięciem stawu biodrowego.

Zdaniem pozwanego wątpliwym jest, że u powódki na skutek operacji wykonanej przez pozwanego mogło dojść do uszkodzenia nerwów w operowanej nodze, bowiem podejrzenie takie zostało wysunięta w trakcie konsultacji powódki w szpitalu w P. po dwóch latach od wykonania operacji u pozwanego. Nadto powódka nie wykazała, że małopłytkowość, która pojawiła się u niej operacji u pozwanego pozostaje w związku przyczynowym z działaniem pozwanego.

Pozwany przyznał, że w styczniu 2010 r. odstąpiono od przeprowadzenia trzeciej operacji u powódki z powodu opryszczki, która wskazywała na zmniejszoną odporność organizmu powódki i zwiększone ryzyko zakażenia w okolicach operowanego stawu biodrowego. Wówczas zakres zabiegu uległ zmniejszeniu, gdyż badania wykazały, że trzpień protezy był osadzony prawidłowo i uległ bardzo dobrej osteointegracji z kością udową, wobec czego nie zachodziła konieczność wymiany obu elementów protezy. W dniu 4 lutego 2011 r. powódka była konsultowana w poradni ortopedycznej pozwanego. Wówczas zgłosiła chęć poddania się zabiegowi operacyjnemu z uwagi na trudności w poruszaniu się przy pomocy kuli, stwierdziła jednocześnie, że wszystkie występujące wcześniej objawy neurologiczne po stronie operowanej kończyny wycofały się całkowicie.

Pozwany stwierdził, że wszystkie działania przez niego podejmowane były zgodne z wiedzą medyczną, a obluźowanie się panewki stawu biodrowego należy do bardzo częstych powikłań tego rodzaju zabiegów. Dodał, że powódka nie wykazała, żeby szkoda zaistniała w związku przyczynowym z działaniem pozwanego. Pozwany zakwestionował także podstawę żądanej przez powódkę renty.

Pozwany (...) S.A. w W. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powódki na swoją rzecz kosztów procesu według norm przepisanych. Podał, że w niniejszej sprawie nie prowadził postępowania likwidacyjnego. W odpowiedzi na pozew podniósł, że na obecnym etapie postępowania nie uznaje roszczeń powódki z uwagi na brak podstaw do przyjęcia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego Szpitala za zaistniałe powikłania choroby powódki i jej aktualny stan zdrowia. W myśl postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, przedstawicieli innych zawodów medycznych oraz zakładów opieki zdrowotnej znajdujących zastosowanie do umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartej pomiędzy pozwanymi, (...) S.A. zobowiązał się do udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, gdy w związku z określoną we wniosku i w umowie ubezpieczenia działalnością, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych lub posiadaniem mieniem, zaistnieją zdarzenia, w następstwie których ubezpieczony zobowiązany jest do naprawienia szkody osobowej lub szkody rzeczowej wyrządzonej osobie trzeciej. Tymczasem powódka nie udowodniła przesłanek odpowiedzialności cywilnej pozwanego Szpitala. Z ostrożności procesowej pozwany ten zakwestionował również roszczenia powódki co do wysokości jako zdecydowanie wygórowane.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka M. P. od urodzenia cierpi na wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego lewego. W dniu 27 czerwca 2005 r. powódka została zakwalifikowana do zabiegu protezoplastyki lewego stawu biodrowego. W dniu 18 sierpnia 2008 r. z powodu silnych dolegliwości bólowych i postępującego skrócenia kończyny zakwalifikowana została do pilnego leczenia operacyjnego.

W dniu 6 października 2008 r. powódka została przyjęta do Wojewódzkiego Szpitala (...) im. Św. B. w S. z rozpoznaniem dysplastycznego zwyrodnienia biodra lewego. W dniu 14 października 2008 r. powódka podpisała oświadczenie, zawierające zgodę na przeprowadzenie badania diagnostycznego, znieczulenia oraz zabiegu operacyjnego endoprotezoplastyki stawu biodrowego lewego. Oświadczenie to nie jest w pełni czytelne, a nadto nie zawiera imiennej pieczętki lekarza i jego czytelnego podpisu. W zakresie ryzyka przeprowadzenia zabiegu wskazano zakażenie, niewydolność naczyniowo-nerwową. Jako możliwe powikłania po zabiegu podano zakażenie, niewydolność naczyniowo-nerwową, obluzowanie. W pozostałym zakresie oświadczenie to nie jest czytelne. W zgodzie na przeprowadzenie zabiegu nie wskazano, iż może zachodzić możliwość stosowania przeszczepów kostnych. W dniu 14 października 2008 r. wykonano u powódki operację w postaci alloplastyki biodra bezcementową sp. U.-C., stosując system protez U.-C. firmy (...) z dostępu bocznego H.'a. Dotarto do kości udowej, zwichnięto staw i pogłębiono panewkę osadzając protezę panewki, a następnie osadzono trzpień. Panewkę osadzono w miejscu pseudopanewki, a nie panewki fizjologicznej. Nie stosowano przeszczepów kostnych z uwagi na ich brak, nie zastosowano także przeszczepów własnych. Głowę i szyjkę kości udowej usunięto. Operację przeprowadził dr K. wraz z asystą w osobach dr J. i W.. W dniu 15 października 2008 r. u powódki wystąpiły silne dolegliwości bólowe zoperowanej kończyny od godzin nocnych, w związku z czym wykonano kontrolne badanie rtg. Wykazało ono przemieszczenie panewki endoprotezy stawu biodrowego lewego. Zdecydowano o ponownym osadzeniu panewki stawu biodrowego po otrzymaniu przeszczepów kostnych.

W okresie między pierwszą operacją a drugą, to jest w dniach 17, 20, 23 i 27 października 2008 r., u powódki występował ból z koniecznością podania jej leków – analgetyków. Nadto w tym czasie powódka miała stany płaczliwości i depresyjne. Na dzień 20 października 2008 r. była zaplanowana konsultacja psychologiczna dla powódki.

W dniu 29 października 2008 r. powódka podpisała zgodę na kolejną operację. Zgodę tę przyjął lekarz (...). Zgoda dotyczyła operacji w postaci wymiany panewki endoprotezy stawu biodrowego lewego polegającej na przecięciu skóry, tkanki podskórnej, powięzi, odsłonięciu kości po odłuszczeniu okostnej i rozwarstwieniu mięśni, usunięciu obecnej panewki, wyłożeniu łoża pod panewkę przeszczepami kostnymi z Banku (...), wszczępieniu nowej panewki, zamknięciu warstwowym rany po założeniu drenażu ssącego. Wskazano, że zaniechanie wykonania wyżej opisanego zabiegu operacyjnego może spowodować dalsze nasilenie dolegliwości, dalsze ograniczenie ruchomości w stawie, przewlekłe dolegliwości bólowe, niewydolność chodu, złamanie kości. Jako ryzyko tej operacji wskazano: zgon,

powikłania anestezyjologiczne i farmakologiczne, uszkodzenie struktur naczyniowo-nerwowych, złamanie kości i oparzenie diatermą. W powikłaniach po zabiegu wskazano powikłania zatorowo-zakrzepowe, martwicę skóry, ropienie miejscowe lub zakażenie kości, opóźnienie lub brak zrostu, zapalenie żył, nierówności kończyn, zaburzenia czucia wokół blizny pooperacyjnej, złamanie kości i obluźowanie wszczepionych implantów.

Druga operacja odbyła się w dniu 30 października 2008 r. Wykonano wówczas reendoprotezoplastykę bezcementową biodra lewego sposobem U.-C.. Operatorem był doktor K., asystowali doktorzy: G., O. i C.. W czasie zabiegu stwierdzono obluźowanie panewki. Ubytki kostne pokryto przeszczepami, wkręcono panewkę protezy o średnicy 44. Zalecono powódce bardzo ostrożne chodzenie tylko przy pomocy dwóch kul łokciowych oraz ćwiczenia według zaleceń rehabilitanta. W obserwacji z dnia 30 października 2008 r. opisano, że wykonano w/w zabieg bez powikłań. W dniu 31 października 2008 r. opisano znaczne dolegliwości bólowe, podano leki przeciwbólowe i zlecono kontrolną morfologię krwi. W dniu 4 listopada 2008 r. odnotowano mniejsze dolegliwości bólowe u powódki, usunięto dreny operacyjne, zmieniono opatrunek, po czym stwierdzono, że rana jest czysta i gojąca się.

W dniu 7 listopada 2008 r. w opisie obserwacyjnym zamieszczono wzmiankę o oparzeniu okolicy krzyżowej powódki. W dniu 10 listopada 2008 r. opisano, że kontrolne badania moczu i morfologia krwi były prawidłowe (poprzednie badanie moczu wykazało liczne bakterie, wyhodowano E. coli) oraz że występował ból okolicy rany oparzeniowej. Stwierdzono, że pacjentka siadała na łóżku i realizowano ćwiczenia przyłóżkowe. W następnych dniach powódka uczyła się chodzić za pomocą kul łokciowych, siadania na łóżku. Nie odnotowano dolegliwości bólowych. W dniu 19 listopada 2008 r. powódka została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym, rana pooperacyjna była wygojona przez rychłozrost. Zalecono powódce bardzo ostrożne poruszanie się wyłącznie za pomocą kul łokciowych, ćwiczenia tylko według wskazań magistra rehabilitacji, spoczynkowy tryb życia oraz kontrolę w Poradni Urazowo-Ortopedycznej w dniu 19 grudnia 2008 r. Uznano za wskazany pobyt rehabilitacyjny w U.. W karcie informacyjnej dla pacjenta, u którego stosowano leczenie z powodu odleżyny z dnia 19 listopada 2008 r. wskazano, iż u powódki występowała odleżyna 2 stopnia umiejscowiona na pośladkach stwierdzona w dniu 1 listopada 2008 r. Podano, iż zastosowano następujące postępowanie: zmianę ułożenia, udogodnienia w postaci kółka pod pośladki, wietrzenie, przemywanie 0,9% NaCl oraz odpowiednie opatrunki. W dniu wypisu odleżyna nadal 2 stopnia o tym samym umiejscowieniu. Zalecono stosowanie kółka pod pośladki, masaż, wietrzenie pośladków, przemywanie 0,9% NaCl oraz opatrunki. W karcie oceny stanu skóry pacjenta po operacji w dniu 30 października 2008 r. nie zaznaczono wystąpienia oparzeń, odleżyn, zaczerwienień, odparzeń ani krwiaka.

W okresie od 17 maja 2009 r. do 15 czerwca 2009 r. powódka przebywała w (...) Centrum (...) w U. w Oddziale (...) Narządu (...) celem leczenia usprawniającego po endoprotezoplastyce stawu biodrowego lewego z powodu zmian zwyrodnieniowo-dysplastycznych. Z placówki tej powódka została wypisana została z poprawą ogólnej sprawności ruchomości stawów biodrowych, chodu i zmniejszeniem dolegliwości bólowych. Zalecono jej kontynuację wyuczonych ćwiczeń, kontrolę w (...) oraz stosowanie wskazanych lekarstw.

W dniu 19 czerwca 2009 r. stwierdzono u powódki utrzymujące się problemy z chodzeniem. Badanie rtg wykazało przemieszczenie panewki stawu biodrowego lewego. Wskazano na konieczność przeprowadzenia zabiegu operacyjnego reimplantacji protezy. Powódka kolejny raz była hospitalizowana w pozwanym Szpitalu w okresie od 4 stycznia 2010 r. do 8 stycznia 2010 r. z rozpoznaniem pierwotna choroba zwyrodnieniowa lewego stawu biodrowego, stan po całkowitej endoprotezoplastyce. Stwierdzono obluźowanie panewki endoprotezy, niedoczynność tarczycy, nadeśnienie tętnicze, opryszczkę zwykłą jamy ustnej. Wykonano badanie CT i kontynuowano rehabilitację. Wówczas z uwagi na zakażenie opryszczką powódka została zdyskwalifikowana z leczenia operacyjnego. Zalecono jej ćwiczenia według wskazań magistra rehabilitacji, kontynuację leczenia w Poradni. Termin kolejnego przyjęcia do pozwanego szpitala wyznaczono na dzień 8 marca 2010 r., gdzie powódka miała stawić się z pisemnym zaświadczeniem od lekarza rodzinnego o wyleczeniu zakażenia opryszczką zwykłą.

Kolejna hospitalizacja powódki w pozwanym szpitalu miała miejsce w okresie od 8 marca 2010 r. do 23 marca 2010 r. Stwierdzono u niej migrację panewki stawu biodrowego lewego i chondromalację rzepki lewej. Powódka zrezygnowała

z leczenia chirurgicznego. Zalecono jej kontrolę w Poradni P. w dniu 30 kwietnia 2010 r., ćwiczenia wzmacniające obręcz biodrową lewą oraz staw kolanowy lewy oraz lek A. complex przez 3 miesiące.

W dniu 18 maja 2010 r. w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu (...) im. dr J. D. w P. wykonano u powódki badanie TK stawu biodrowego lewego. Została zakwalifikowana do zabiegu endoprotezoplastyki rewizyjnej stawu biodrowego zgodnie z limitem NFZ. Wykonane w dniu 21 grudnia 2010 r. badanie neurologiczne przez lekarza med. specjalistę neurologa A. P. wykazało zwolnienie szybkości przewodzenia ruchowego z obniżeniem amplitud odpowiedzi zwłaszcza proksymalnej nerwu piszczelowego lewego.

W okresie od dnia 8 kwietnia 2010 do dnia 3 czerwca 2011 r. powódka była hospitalizowana w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu (...) im. dr J. D. w P. na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym, gdzie przyjęto ją z rozpoznaniem obluzowania panewki endoprotezy stawu biodrowego lewego w stanie po wysokim zwicnięciu stawu biodrowego lewego. W dniu 25 maja 2011 r. powódka została poddana operacji, w czasie której wymieniono endoprotezę stawu biodrowego lewego. Zalecono powódce oszczędzający tryb życia, chodzenie z asekuracją z pomocą dwóch kul łokciowych, bez obciążania operowanej kończyny oraz kontynuowanie wyuczonych ćwiczeń. W okresie od 1 grudnia 2011 r. do 23 grudnia 2011 r. powódka przebywała na Oddziale (...) Centrum (...).

Dowód: dokumentacja medyczna powódki – k.31-135, 290-345; akta rentowe powódki w ZUS; opinia biegłego sądowego dr n. med. M. K. (1) z opinią uzupełniającą – k. 367-389, 459-465; częściowo zeznania powódki – k. 628-631, 674verte-675; zeznania świadka A. S. – k. 264265verte; zeznania świadka T. G. – k. 262verte-263; zeznania świadka K. H. – k. 263-264; zeznania świadka K. W. – k. 266-267; zeznania świadka M. K. (2) – k. 267-269.

Jak wynika z opinii biegłego sądowego dr n. med. M. K. (1) leczenie następstw wrodzonego zwicnięcia stawu biodrowego jest jednym z trudniejszych wyzwań protezoplastyki i wymaga od operatora dużej znajomości zagadnienia i doświadczenia w rekonstrukcji stawu biodrowego. Przy tego typu schorzeniach, budując program leczenia i opracowując plan leczenia operacyjnego lekarze posługują się najczęściej klasyfikacjami zaproponowanymi przez H.'a i C.'a. Klasyfikacje te ułatwiają planowanie zabiegu rekonstrukcyjnego oraz stają się podstawą późniejszych ocen wyników leczenia, dając możliwość porównania osiągalnych wyników i badania korelacji pomiędzy osiągniętymi wynikami, a zaawansowaniem procesu dysplazji i zmian zwyrodnieniowych. Patologia biodra kwalifikująca się do grupy IV w/w klasyfikacji wiąże się z największym ryzykiem niepowodzenia pooperacyjnego. Stosując klasyfikację patologii stawowej łatwiej jest przed operacją ustalić z chorym ryzyko realizowanej operacji, a także omówić z chorym plan leczenia, pokazując choremu jego etapy i najistotniejsze zagrożenia. W badaniu przedoperacyjnym ocenia się wydolność i stan ogólny chorego, obecność zmian zapalnych czy infekcyjnych. Choremu należy dokładnie wyjaśnić cel operacji, sposób jego osiągnięcia, etapy leczenia, ryzyko powikłań, ryzyko braku uzyskania spodziewanego efektu. Trzeba zwrócić uwagę pacjenta na możliwość zaistnienia konieczności przeprowadzenia niektórych procedur, jak podawanie odpowiednich preparatów krwi w razie jej utraty w trakcie operacji. Na to chory musi wyrazić zgodę. O typie operacji, sposobie jej realizacji powinien mówić pacjentowi specjalista lekarz leczący lub operujący. W okresie pooperacyjnym stosuje się procedury ochraniające biodro przed zwicnięciem i sprzyjające właściwemu gojeniu się.

Wrodzone wysokie zwicnięcie stawu biodrowego charakteryzuje się znacznym, kilkucentymetrowym przemieszczeniem bliższego końca kości udowej ku górze i tyłowi od miejsca fizjologicznego położenia panewki kostnej, która jest hypoplastyczna, płytka, ze słabiej wykształconą ścianą przednią i przerośniętą ścianą tylną oraz najczęściej zarośniętą. Towarzyszy temu znaczne względne skrócenie długości kończyny oraz niewydolność i niedorozwój mięśni odwodzących (pośladkowych). Te zmiany powodują konieczność wzięcia pod uwagę sposobu realizacji operacji. Charakterystyka miejsca osadzenia panewki powoduje często konieczność użycia przeszczepów kostnych ułatwiających fiksację panewki i dobre pewniejsze jej osadzenie po okresie przebudowy przeszczepów. W zależności od indywidualnych potrzeb używa się przede wszystkim własnej kości uzyskanej z obciętej głowy i szyjki mrożonej. O konieczności użycia kości obcej chory powinien być poinformowany z racji ryzyka innych powikłań. Poważna zaawansowana patologia tworzy ryzyko powikłań okołoperacyjnych, powikłań wczesnych i późnych. W dokumentacji medycznej powódki w aktach sprawy nie ma wyszczególnionego planu leczenia, a zwłaszcza planu realizowania operacji. W leczeniu choroby zwyrodnieniowej biodra o podłożu dysplastycznym, a zwłaszcza

przebiegającej ze zwichnięciem głowy kości udowej (III, a w szczególności IV grupy wg C.'a) cechuje się znacznie większym odsetkiem złych wyników niż w operacjach implantacji protezy biodra w zmianach zwyrodnieniowych stawu pierwotnego.

Decyzja zakwalifikowania powódki do operacji alloplastyki stawu biodrowego lewego przeprowadzona w dniu 14 października 2008 r. była uzasadniona i konieczna z uwagi na trwające dolegliwości bólowe chorej, postęp skrócenia względnego kończyny dolnej lewej, ograniczenia ruchomości i bolesna ruchomość biodra. Zwłoka w przeprowadzeniu tej operacji prowadziłyby do dalszych cierpień, degradacji w obrębie stawów sąsiednich i kręgosłupa. Natomiast w tym zakresie brak jest leczenia alternatywnego.

Wybór rodzaju protezy przez lekarzy pozwanego Szpitala był właściwy, choć w przypadku takiego schorzenia, na które powódka cierpi, podaje się w literaturze jako wskazane użycie protezy z panewką fiksowaną dodatkowo do kości biodrowej śrubą. Zawsze decyzja o przeprowadzeniu drugiej operacji jest dość trudna. Jednakże z uwagi na zaistniałe powikłanie zwichnięcia stawu biodrowego po pierwszym zabiegu koniecznym stało się w przypadku powódki jego zniwelowanie i odpowiednie zaopatrzenie. Chirurg operujący wybrał do tego najprostszą drogę i najmniej obciążającą organizm powódki, wymieniając panewkę przy jednoczesnym pozostawieniu wszczepionego trzpienia. Dodatkowe zamocowanie śrub wiązałyby się z wymianą całej protezy.

Powódka powinna być poinformowana o ryzyku niepowodzenia operacji z powodu ryzyka zwichnięcia protezy, ryzyka złamań i braku zrostu. Przed pierwszą operacją została poinformowana tylko o podstawowym ryzyku zabiegu.

W pierwszej dobie po pierwszej operacji stwierdzono u powódki zwichnięcie operowanego stawu biodrowego z przemieszczeniem się panewki. Biegły podkreślił, że nie można traktować za uchybienie niezastosowania przeszczepów kostnych czy też implantację sztucznej panewki w miejscu wtórnej, wytworzonej na skutek patologii panewki biodra. Powikłanie to zostało szybko wykryte i zakwalifikowano powódkę do ponownej realloplastyki wymiany obluzowanej panewki. Termin drugiej operacji był związany z oczekiwaniem na przeszczepy kostne z Banku (...).

Druga operacja zakończyła się uzyskaniem repozycji i wczesnej stabilności biodra. Ten zabieg operacyjny powikłany był oparzeniem powódki w okolicy szpary międzypośladowej. Konsekwencje oparzenia stanowiły dla powódki dodatkowe dolegliwości bólowe, ograniczenia w siadaniu, spowolnienie procesu rehabilitacji i uzyskania wczesnej względnej samodzielności. Powódka za każdym razem była operowana na S. nr 7 (...), gdzie używana była diatermia (...)- (...), której producentem jest firma (...). Urządzenie to posiada paszport techniczny nr 661. W paszporcie technicznym tego sprzętu znajdują się karty techniczne, z których wynika, że rozpoczęto jego eksploatację w listopadzie 2002 r. Następny wpis dotyczący przeglądu technicznego datowany jest na dzień 26 lutego 2010 r., a ostatni na lipiec 2010 r., kiedy stwierdzono, że sprzęt jest sprawny. Z certyfikat przeglądu technicznego wystawionego przez (...) S.C. - Serwis (...) wynika, że przegląd techniczny w/w urządzenia wykonano w dniu 27 lipca 2010 r. Wówczas stwierdzono uszkodzenie wyłącznika nożnego podwójnego do diatermii (...)- (...) i przeprowadzono szkolenie w zakresie czyszczenia osprzętu bipolarnego do diatermii. Faktu poparzenia powódki nie zgłoszono.

Dowód: paszport techniczny nr 661 – k. 439-442; certyfikat przeglądu technicznego – k. 443; dokumentacja medyczna powódki – k.31-135, 290-345; akta rentowe powódki w ZUS; opinia biegłego sądowego dr n. med. M. K. (1) z opinią uzupełniającą – k. 367-389, 459-465; częściowo zeznania powódki – k. 628-631, 674verte-675; zeznania świadka A. S. – k. 264265verte; zeznania świadka T. G. – k. 262verte-263; zeznania świadka K. H. – k. 263-264; zeznania świadka K. W. – k. 266-267; zeznania świadka M. K. (2) – k. 267-269.

Po drugiej operacji doszło u powódki do obluzowania panewki, co nastąpiło pomiędzy grudniem 2008 r. a czerwcem 2009 r. Gdyby założono protezę z panewką fiksowaną, to ryzyko obluzowania protezy byłoby mniejsze.

We wczesnym okresie po zabiegu obowiązują określone procedury i ograniczenia. Zasadą jest nieprzywodzenie uda i zakaz rotowania uda operowanego do wewnątrz, a więc nietworzenie warunków biomechanicznych ułatwiających lub prowadzących do zwichnięcia biodra. Wartość sił fiksujących protezę musi być taka, by bezpieczne były proste

procedury lecznicze i pielęgnacyjne. Taka procedura została zastosowana w przypadku przeprowadzania oględzin rany oparzeniowej u powódki. Dolegliwości bólowe, wynik badania radiologicznego z dnia 2 listopada 2013 r. oraz badanie CT biodra wskazywały na konieczność wykonania kolejnego leczenia operacyjnego, co zespół szpitalny proponował powódce w dalszych hospitalizacjach.

Biegły stwierdził, że do częściowego uszkodzenia części strzałkowego nerwu kulszowego mogło dojść w trakcie pierwszej lub drugiej operacji albo w trakcie oczekiwania na drugą operację. Ewentualne uszkodzenie tego nerwu nie musi być i bardzo rzadko jest błędem chirurgicznym. Ryzyko uszkodzenia nerwu wiąże się z jego naciąganiem w trakcie operacji, które to ryzyko zwiększa się podczas operacji biodra dysplastycznego. Ryzyko jego uszkodzenia może wynikać z niedoświadczenia operatora, ale nie można założyć, że miało to miejsce w przypadku powódki.

Ryzyko powikłań okołoperacyjnych podczas operacji wrodzonych zmian stawu biodrowego jest bardzo wysokie i sięga ponad 30%. Leczenie tego typu schorzeń jest bardzo trudne. Powódka należała do grupy chorych o największym ryzyku powikłań związanych z możliwościami niepowodzenia i wczesnych obluzowań protezy. Biegły w przypadku operacji biodra dysplastycznego istnieje częściej wskazania do użycia panewki z fiksacją do kości biodrowej. W jego ocenie po nieudanej pierwszej operacji pewniejsze były wskazania do użycia panewki fiksowanej do kości biodrowej. Jednakże biegły stwierdził, że sprawa wyboru osadzenia panewki jest kwestią poglądów, wyższych racji, doświadczenia własnego oraz panujących trendów w ortopedii. W ocenie biegłego podjęte u powódki leczenie było prawidłowe.

W dniu 2 sierpnia 2010 r. powódka była badana w Szpitalu (...) w J.. Płytki krwi były wówczas nieznacznie obniżone (115,0 G/l). W okresie od 12 sierpnia 2010 r. do 13 sierpnia 2010 r. powódka przebywała w SP ZOZ Szpitalu w J. na oddziale kardiologicznym, gdzie stwierdzono między innymi małopłytkowość. Ponownie hospitalizowana w tej placówce została w dniach od 16 września 2010 r. do 23 września 2010 r. na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala w J. z powodu pierwotnej małopłytkowości immunologicznej. W okresie od 28 września 2010 r. do 4 października 2010 r. powódkę hospitalizowano w Oddziale Hematologii i Transplantologii Ś w K. z rozpoznaniem samoistnej plamicy małopłytkowej.

Nie zachodzi związek przyczynowy pomiędzy leczeniem powódki w pozwanym Szpitalu a małopłytkowością stwierdzoną w 2010 r. Rozpoznana u niej małopłytkowość immunologiczna nie była spowodowana dolegliwościami, w związku z którymi była leczona w 2008 r. w pozwanym Szpitalu. Schorzenie to nie było także następstwem wykonanych wówczas zabiegów operacyjnych ani toczenia krwi na dwa lata przed wystąpieniem małopłytkowości. Obniżenie płytek krwi po pierwszym zabiegu operacyjnym do 92,0 G/l było nieznaczne, klinicznie nieistotne, nie wymagające leczenia ani żadnego dodatkowego postępowania poza kontrolą laboratoryjną. U powódki płytki krwi samoistnie wzrosły do normy bez leczenia w tym kierunku, na co wskazuje wynik badania z dnia 12 listopada 2008 r. (275,0 G/l). Toczenie krwi u powódki był klinicznie uzasadnione spadkiem morfologii, a małopłytkowość, która wystąpiła u niej po dwóch latach od zabiegów operacyjnych miała zdaniem biegłej najprawdopodobniej charakter immunologiczny. Długotrwały stres nie jest przyczyną tego schorzenia. Najczęstszą jego przyczyną jest natomiast etiologia wirusowa i toksyczna, a u powódki przed zdiagnozowaniem małopłytkowości wystąpiła opryszczka. Badania wykonane w maju 2011 r. wykazały remisję choroby. Nawrót tej choroby nie jest wykluczony.

Dowód: opinia biegłej sądowej specjalisty chorób wewnętrznych hematologa A. K. z opinią uzupełniającą – k. 527-529, 563.

Obecny stan zdrowia powódki jest dość dobry i typowy dla osoby z niesprawnością od urodzenia z powodu zwichnięcia wrodzonego stawu biodrowego lewego i przebytego leczenia operacyjnego. Trwająca niewydolność mięśniowa biodra związana jest z chorobą podstawową, wrodzonym zwichnięciem biodra i braku prawidłowej funkcji tego biodra przez okres całego życia. Trudnym do oceny jest to, czy przebyte powikłania, czas ich trwania, stres związany z długim i szybko po sobie następującym koniecznym wtórnym leczeniem mogą mieć wpływ na obecny wynik funkcjonalny powódki. Powikłania doprowadziły do konieczności długotrwałego leczenia, długotrwałych zwiększonych dolegliwości bólowych oraz zaburzeń emocjonalnych. Nadto wydłużyły czas niesprawności i niesamodzielności, wpływając jednocześnie na czas i stopień cierpienia. Powódka ma zmiany zwyrodnieniowe w innych okolicznych stawach

związane z chorobą zwyrodnieniową biodra lewego na tle dysplazji. Największe zmiany chorobowe dotyczą stawu kolanowego kończyny dolnej lewej związane z chorobą zwyrodnieniową prowadzącą do koślawości kolana i cech jego niestabilności. W przyszłości powódka może mieć nasilające się objawy bólowe i dysfunkcyjne odcinak kręgosłupa lędźwiowego. Zmiany te mają związek z chorobą podstawową, a nie z powikłaniami operacyjnymi. Powódka nie może samodzielnie robić zakupów, nie może dźwigać.

Aktualnie powódka wymaga kontynuacji leczenia usprawniającego związanego z przebyłą alloplastyką biodra lewego, kompleksowej rehabilitacji związanej z towarzyszącymi zmianami zwyrodnieniowymi, zwłaszcza stawu kolanowego lewego. Dalsza rehabilitacja ma związek przede wszystkim z chorobą podstawową, a nie wynika z zaistniałych powikłań pooperacyjnych.

Dowód: opinia biegłego sądowego dr n. med. M. K. (1) z opinią uzupełniającą – k. 367-389, 459-465; częściowo zeznania powódki – k. 628-631, 674verte-675; zeznania świadka A. S. – k. 264265verte.

W okresie od 14 października 2005 r. do 31 lipca 2009 r. powódka otrzymywała od ZUS rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy. W okresie od 1 lutego 2009 r. do 31 marca 2013 r. powódka otrzymywała rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy oraz dodatek pielęgnacyjny. Od dnia 1 kwietnia 2012 r. odebrano powódce prawo do dodatku pielęgnacyjnego. Od dnia 1 kwietnia 2013 r. do dnia 31 marca 2016 r. przyznano powódce rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy.

Orzeczeniem z dnia 30 czerwca 2010 r. Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w J. zaliczył powódkę do znacznego stopnia niepełnosprawności do dnia 30 czerwca 2012 r.

Po operacji powódką opiekowała się jej córka A. S. oraz pielęgniarka środowiskowa. Córka powódki zrezygnowała z pracy w celu opiekowania się matką, w związku z czym utraciła wynagrodzenie – strata wyniosła 510 zł miesięcznie. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w J. przyznał córce powódki świadczenie pielęgnacyjne z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy w związku z opieką nad powódką na okres od 1 kwietnia 2010 r. do 31 lipca 2014 r. Nadto decyzją z dnia 8 lutego 2010 r. przyznano córce powódki zasiłek rodzinny na dziecko. Po zabiegu powódka ponosiła dodatkowe koszty zakupu lekarstw w kwocie 845,25 zł. Nadto powódka utraciła zarobek (601,57 zł).

(...) po drugiej operacji przychodziła codziennie oprócz sobót i niedziel do powódki do domu w celu zaopatrywania jej rany po oparzeniu. Nadto wykonywała jej zastrzyki. W początkowym okresie powódka była pacjentką leżącą, stopniowo zaczynała chodzić o kulach i pomocą córki.

Od 2 listopada 1998 r. do 15 stycznia 2005 r. powódka pracowała w (...) Sp. z o.o. w J. jako sprzątaczką, w tym do 30 września 2004 r. na pełny etat, a w pozostałym zakresie w wymiarze 1/2 etatu. W okresie od 20 czerwca 2007 r. do 28 marca 2009 r. powódka była zatrudniona w Szpitalu im. (...) w K. wymiarze 7/8 etatu na stanowisku serwisant sekcji pozamedycznej. W czasie ostatniego zatrudnienia poprzedzającego bezpośrednio leczenie w pozwanym Szpitalu powódka korzystała ze zwolnień lekarskich w lutym, marcu i wrześniu 2008r.

Pozwany Szpital w okresie od 1 kwietnia 2008 r. do 31 marca 2009 r. związany był umową ubezpieczenia z pozwanym (...) S.A. w W., a suma gwarancyjna wynosiła 46 500 euro (167 283,75 zł) na jedno zdarzenie.

Dowód: świadectwa pracy powódki – k. 136-139; orzeczenie o niepełnosprawności – k. 141; orzeczenie lekarza orzecznika ZUS – k. 140; decyzje ZUS – k. 150-159; decyzje MOPS w J. – k. 161-162, 667-671; dokumentacja medyczna powódki – k. 31-135, 290-345; akta rentowe powódki w ZUS; opinia biegłego sądowego dr n. med. M. K. (1) z opinią uzupełniającą – k. 367-389, 459-465; częściowo zeznania powódki – k. 628-631, 674verte-675; zeznania świadka A. S. – k. 264265verte; zeznania świadka T. G. – k. 262verte-263; zeznania świadka K. H. – k. 263-264; zeznania świadka K. W. – k. 266-267; zeznania świadka M. K. (2) – k. 267-269; opinia biegłej sądowej specjalisty chorób wewnętrznych hematologa A. K. z opinią uzupełniającą – k. 527-529, 56; dokumentacja rehabilitacji powódki w tym faktura VAT – k. 621-627; kopie faktur VAT – k. 142-148.

Sąd ustalił powyższy stan faktyczny w oparciu o powołane dowody. Dokumenty nie były przez strony kwestionowane, a nadto nie budziły wątpliwości co do ich prawdziwości i wiarygodności.

Zeznania świadków były logiczne, znajdowały potwierdzenie w zgromadzonej dokumentacji, wobec czego Sąd na ich podstawie poczynił odpowiednie ustalenia faktyczne.

Zeznania powódki częściowo nie zasługiwały na danie im wiary, a to w zakresie, w którym twierdziła, że do chwili obecnej odczuwa ból i negatywne skutki poparzenia, mające miejsce w czasie drugiej operacji.

Opinie wydane przez biegłych pomimo zarzutów zgłaszanych przez stronę powodową, były rzetelne, jasne, logiczne, zgodne z doświadczeniem życiowym i wskazaniem wiedzy medycznej, a nadto łącznie w pełni udzieliły odpowiedzi na sformułowane przez Sąd pytania. Sąd miał na względzie, że zostały one sporządzone przez właściwych ze względu na przedmiot postępowania specjalistów, w oparciu o załączoną do akt sprawy dokumentację medyczną powódki. W przedmiotowej sprawie w wydaniu opinii brali udział lekarze specjaliści ortopeda i hematolog specjalista chorób wewnętrznych, co wskazuje na posiadanie przez nich właściwej wiedzy do opracowania prawidłowych ekspertyz. Wobec powyższego Sąd uczynił wskazane opinie jedną z podstaw poczynionych w sprawie ustaleń faktycznych i wydanego wyroku. Zdaniem Sądu uwagi zgłoszone przez stronę powodową do opinii biegłych zostały wyjaśnione w opiniach pisemnych uzupełniających, o czym świadczyło również to, że powódka ostatecznie po wydaniu opinii uzupełniających nie kwestionowała opinii biegłych.

Sąd zważył, co następuje:

Roszczenia powódki zasługiwały na uwzględnienie jedynie częściowo.

W przedmiotowej sprawie bezspornym było, iż powódka była leczona w pozwanym Szpitalu we wskazanych szczegółowo w stanie faktycznym okresach i była tam dwukrotnie operowana w związku z wrodzonym zwichnięciem stawu biodrowego lewego. Poza sporem pozostawała także okoliczność, iż wówczas pozwany Szpital łączyła umowa obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, zawarta na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń (Dz. U. z 2008 r., Nr 3, poz., 10) z pozwanym (...) S.A. w W..

Struktura organizacyjna podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych i zakres ich zadań określa ramy odpowiedzialności za szkody wyrządzone osobom korzystającym z tych świadczeń. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, uzyskujące osobowość prawną z chwilą wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzące działalność usługową w zakresie służby zdrowia ponoszą odpowiedzialność deliktową jak każda osoba prawna.

Stosownie do art. 430 k.c., ten kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie podlegającej przy jej wykonywaniu jego kierownictwu i mającej obowiązek stosować się do jego wskazówek, odpowiada za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby. W judykaturze i piśmiennictwie został ukształtowany model tej odpowiedzialności, w którym pojęcie podporządkowania rozumie się szeroko, uznając za wystarczające stwierdzenie "ogólnego" czy też "ogólno-organizacyjnego" kierownictwa, jak również ogólnego charakteru wiążących wskazówek. Przy tej interpretacji, zachowanie przez wykonującego powierzone czynności określonej samodzielności nie wyłącza istnienia podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Nawet w odniesieniu do osób posiadających wysokie kwalifikacje zawodowe i podejmujących decyzje na podstawie specjalistycznej wiedzy, co dotyczy między innymi szkód wyrządzonych przez lekarzy, a więc osoby niewątpliwie zachowujące niezależność w procesie leczenia, diagnozy i terapii, przyjęć należy, że niezależność zawodowa lekarza w zakresie sztuki medycznej nie sprzeciwia się stwierdzeniu stosunku podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Dotyczy w szczególności sytuacji, w których lekarz był pracownikiem zakładu opieki zdrowotnej, co miało miejsce w niniejszej sprawie, bowiem lekarze oraz personel

medyczny zajmujący się leczeniem powódki byli zatrudnieni przez Wojewódzki Szpital (...) im. św. B. w S., działający jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Odpowiedzialność samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. zachodzi tylko wówczas, gdy spełnione są wszelkie przesłanki tej odpowiedzialności deliktowej, w postaci wyrządzenia szkody osobie trzeciej przez podwładnego – personel medyczny, zawinionego działania lub zaniechania podwładnego, normalnego związku przyczynowego pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem, a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenia szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności. Ciężar dowodu w myśl art. 6 k.c. w zakresie wykazania zarówno istnienia szkody i związku przyczynowego między powstaniem szkody a działaniem lub zaniechaniem sprawcy szkody, a także faktu, iż szkoda została wyrządzona z winy osoby pociągniętej do odpowiedzialności, spoczywa na poszkodowanym.

Warunkiem koniecznym do pociągnięcia danego podmiotu do odpowiedzialności cywilnej jest wykazanie wszystkich przewidzianych prawem przesłanek tej odpowiedzialności. W przedmiotowej sprawie odpowiedzialność pozwanej uzależniona była od wykazania odpowiedzialności Szpitala, udzielającego świadczeń zdrowotnych powódce w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ.

W judykaturze i piśmiennictwie został ukształtowany model tej odpowiedzialności, w którym pojęcie podporządkowania rozumie się szeroko, uznając za wystarczające stwierdzenie "ogólnego" czy też "ogólno-organizacyjnego" kierownictwa, jak również ogólnego charakteru wiążących wskazówek. Przy tej interpretacji, zachowanie przez wykonującego powierzone czynności określonej samodzielności nie wyłącza istnienia podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Nawet w odniesieniu do osób posiadających wysokie kwalifikacje zawodowe i podejmujących decyzje na podstawie specjalistycznej wiedzy, co dotyczy między innymi szkód wyrządzonych przez lekarzy, a więc osoby niewątpliwie zachowujące niezależność w procesie leczenia, diagnozy i terapii, przyjąć należy, że niezależność zawodowa lekarza w zakresie sztuki medycznej nie sprzeciwia się stwierdzeniu stosunku podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Dotyczy w szczególności sytuacji, w których lekarz był pracownikiem zakładu opieki zdrowotnej, co miało miejsce w niniejszej sprawie, bowiem lekarze oraz personel medyczny zajmujący się leczeniem powoda byli zatrudnieni przez Wojewódzki Szpital (...) im. św. B. w S..

Szkodą jest każdy uszczerbek na dobrach prawnie chronionych. Szkoda może być zarówno majątkowa, stanowiąc uszczerbek materialny na osobie lub mieniu, jak i niemajątkowa, jako doznana krzywda, czyli cierpienia fizyczne i psychiczne. Ustalenie wysokości szkody następuje poprzez porównanie stanu, w jakim znajdowałby się pacjent, gdyby nie postępowanie lekarza, a stanem, jaki powstał w wyniku tego postępowania. Uwzględnieniu podlega także samoistny rozwój choroby pacjenta wpływający na pogorszenie jego stanu zdrowia, a także szkodę przyszłą, będącą wynikiem postępowania lekarza.

Zakład leczniczy jest zobowiązany – poza świadczeniem usług leczniczych – do zapewnienia pacjentowi „bezpieczeństwa” pobytu, jest to obowiązek starannego działania. Pacjent nie ma żadnego wpływu na funkcjonowanie zakładów leczniczych, stosowane środki lecznicze i podejmowane przez lekarzy decyzje nie może, więc tak daleko ponosić ryzyka szkody (orzeczenie SN z 28 listopada 1983r. II CR 358/83 OSPiKA 1984r. poz.197). A zatem odpowiedzialność za skutek powinien ponosić zakład leczniczy. Zakres czynności powierzonych lekarzowi traktuje się bardzo szeroko, jako czynności związane z całym procesem leczenia, wszelkich badań i opieki nad pacjentem. Istotne jest, bowiem tylko, aby jego działanie lub zaniechanie było związane z realizacją celu, dla którego jest zatrudniony w zakładzie leczniczym.

Dla przyjęcia odpowiedzialności zakładu leczniczego konieczne jest ustalenie winy jego pracownika (lekarza, personelu pomocniczego) w znaczeniu obiektywnym. Nie zwalnia jednak tego zakładu z odpowiedzialności niemożność ustalenia sprawcy szkody, jeżeli zostanie udowodnione, że winę ponosi jedna osoba z określonego kręgu. Ma to szczególne znaczenie w „procesach lekarskich”, gdy niejednokrotnie trudno jest ustalić, który z lekarzy leczących pacjenta lub z personelu pomocniczego dopuścił się winy, a dowiedzione zostało, że popełniono zaniedbanie. Zachodzi wówczas tzw. „wina bezimienna”. Po stronie podwładnego zawsze musi występować wina rozumiana w świetle art. 415

k.c. jako psychiczne nastawienie sprawcy do czynu. Koniecznym jest także zaistnienie elementu obiektywnego, jakim jest bezprawność, to jest naruszenie obowiązującego w danym czasie porządku prawnego. W świetle okoliczności przedmiotowej sprawy należało mieć na względzie, iż na mocy art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyści (Dz.U. z 1997 r., Nr 28, poz. 152 z późn. zm.) 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 z należytą starannością. Zgodnie z art. 31 ust. 1 tej ustawy lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Pacjent powinien więc zostać poinformowany o mogących powstać skutkach zabiegu operacyjnego, zwłaszcza gdy zachodzi ryzyko powikłań (wyrok SA w Katowicach z dnia 26 października 2012 r., I ACa 575/12, publ. LEX nr 1236362).

W zakresie odpowiedzialności lekarzy wyróżnia się szczególnie obiektywny element winy, a mianowicie błąd lekarski. Pojęcie to w orzecznictwie Sądu Najwyższego rozumiane jest jako czynność, w tym także zaniechanie, lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla niego dostępnym. Zatem błąd lekarski stanowi naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, wypracowanych na podstawie nauki i praktyki medycznej, lecz jednocześnie podkreślenia wymagał fakt, iż błąd lekarski sam przez się nigdy nie pociąga za sobą odpowiedzialności, a jego stwierdzenie nie decyduje jeszcze automatycznie o powstaniu odpowiedzialności cywilnej (zob. M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Wyd. Prawnicze LexisNexis, W-wa 2004; por. B. Lewaszkiewicz-Petrykowska, *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy leczeniu*, „Prawo i Medycyna”, 1999, nr 1).

Zasadą jest, że tylko błąd zawiniony subiektywnie przez lekarza pociąga za sobą odpowiedzialność cywilną przy spełnieniu się pozostałych przesłanek tej odpowiedzialności. W razie uznania, że postępowanie lekarza było niezgodne ze sztuką lekarską, należy dokonać oceny, czy błąd w sztuce lekarskiej był zawiniony, tzn. czy stanowi on następstwo niedołożenia należytej staranności. Żeby natomiast stwierdzić, czy lekarzowi można postawić zarzut, że gdyby nie dopuścił się niedbalstwa i zachował wymaganą w danych warunkach staranność, wykorzystując wszelkie dostępne mu metody i środki, mógł błędu uniknąć i tym samym nie dopuścić do wyrządzenia szkody, koniecznym jest porównanie jego postępowania z przyjętym dla niego standardem powinienego działania. Jeśli porównanie to doprowadzi do wniosku, że wzorcowy dobry lekarz w identycznych okolicznościach uniknąłby popełnienia błędu w sztuce lekarskiej i wyrządzenia pacjentowi szkody, oznacza to, że błąd był zawiniony. Ocena postępowania lekarza z punktu widzenia możliwości postawienia mu zarzutu winy wymaga uwzględnienia stanu wiedzy medycznej istniejącego w chwili, w której konkretny lekarz podjął decyzję co do sposobu postępowania. W myśl art. 355 k.c. należyta staranność należy rozumieć jako taką, która w danych warunkach jest niezbędna dla uniknięcia szkody.

Odpowiedzialność zakładu leczniczego, przy przyjęciu winy, występuje jedynie wtedy, gdy między zawinionym zachowaniem a szkodą istnieje adekwatny związek przyczynowy. Oznacza to, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynika (art. 361 § 1 k.c.). Za normalne skutki działania lub zaniechania uznaje się takie, które zwykle w danych okolicznościach następują. Adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem się personelu zakładu medycznego a szkodą może być zarówno bezpośredni jak i pośredni. W orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwalili się poglądy, iż nie jest wymagane, by związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza (personelu leczniczego) a powstałą szkodą został udowodniony w sposób pewny. Szczególnie w „procesach lekarskich” jest to, bowiem niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości przypadków można mówić o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadziej o pewności czy wyłączności przyczyny. Na powstanie szkody może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników pozostaje niedbalstwo lekarza (personelu zakładu leczniczego). Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działanie lub zaniechanie personelu było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony.

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. Przy ocenie postępowania lekarza należy też mieć na względzie uzasadnione oczekiwanie nienarażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia, przydatny może być również test oparty na pytaniu, czy niekorzystnego skutku można było uniknąć oraz czy lekarz w danym przypadku powinien był i mógł zrobić więcej (wyrok SN z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, publ. LEX nr 1275006).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy, stwierdzić należy, iż czynności lekarzy z Wojewódzkiego Szpitala (...) im. Św. B. w S. względem powódki nie były w całości prawidłowe. Jak ustalono, stan zdrowia powódki stanowił wskazanie do przeprowadzenia zabiegu. Przed zabiegiem wykonano u pacjentki standardowe i niezbędne badania. Obie operacje zostały przeprowadzone w sposób prawidłowy, a zaproponowany rodzaj wszczepionej protezy i sposób jej założenia, mimo iż istniały inne alternatywne rozwiązania, odpowiadały aktualnej wiedzy medycznej, były wskazane i możliwe do wykonania ze względu na stan zdrowia powódki. Natomiast decyzja o wymianie w czasie drugiej operacji tylko panewki protezy bez wymiany trzpienia była podyktowana ogólnym stanem kondycji zdrowotnej powódki osłabionej po pierwszym zabiegu, mającym miejsce na krótko przed drugą operacją. Ten sposób przeprowadzenia zabiegu był prostszy niż wymiana całej protezy, a zatem operacja była mniej uciążliwa i bardziej bezpieczna dla pacjentki. Nadto zgodnie z opinią biegłego dr n. med. M. K. (1) założenie tego rodzaju protezy zapewniało jej dłuższą żywotność. Zaistniałe po zabiegach operacyjnych powikłania w postaci obłuzowania się panewki i przemieszczenia panewki protezy stanowią normalne powikłania pooperacyjne przy tego typu zabiegach, a ryzyko ich wystąpienia w przypadku powódki z uwagi na wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego lewego było znacznie wyższe niż w innych przypadkach. Stan biodra lewego powódki przed pierwszą operacją, będący wynikiem wrodzonego schorzenia degradującego staw przez całe jej życie, był zły, już na dwa lata przed leczeniem dolegliwości bólowe nasiliły się, a wciągu kilku miesięcy poprzedzających pierwszy zabieg powódka korzystała ze zwolnień lekarskich, co świadczyło o pogorszeniu się jej kondycji zdrowotnej. W tych okolicznościach i tak już sama w sobie skomplikowana operacja była dodatkowo utrudniona, a ryzyko wystąpienia powikłań bardzo duże. W przypadku powódki nie zachodziła bezwzględna konieczność zastosowania innego rodzaju protezy. Biegły z zakresu ortopedii wyraźnie stwierdził, że zastosowany rodzaj protezy był właściwy, a decyzja o wyborze protezy i sposobie przeprowadzenia zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego zawsze zależy od decyzji konkretnego operatora popartej badaniami i stanem ogólnym pacjenta. Nadto ustalono, że wystąpienie u powódki małopłytkowości po dwóch latach od leczenia w pozwanym szpitalu nie pozostawało w normalnym związku przyczynowym z tym leczeniem, z operacjami i toceniem krwi oraz z odczuwanym w związku z przebiegiem hospitalizacji stresem. Powódka nie wykazała także, ażeby na skutek działań lekarzy pozwanego Szpitala doszło u niej do uszkodzenia nerwu strzałkowego w operowanej nodze.

W zakresie przeprowadzenia obu operacji i opieki pooperacyjnej po pierwszej operacji Sąd nie dopatrywał się winy w zachowaniu personelu pozwanego Szpitala. W nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje zjawisko określane mianem ryzyka medycznego. Nawet bowiem przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne. Zasadniczo, pacjent poinformowany o

istniejącym ryzyku, wyrażając zgodę na zabieg przyjmuje je na siebie. Ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny obejmuje tylko zwykle powikłania pooperacyjne, nie można natomiast uznać, by ryzykiem pacjenta były objęte komplikacje powstałe wskutek pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza, zwłaszcza - uszkodzenia innego organu, także w sposób przypadkowy i niezamierzony (wyrok SN z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, publ. LEX nr 1275006). Do takiej sytuacji w przypadku niniejszym nie doszło. Jednakże zawinionym zaniedbaniem jego personelu było niewłaściwe pouczenie powódki o możliwych skutkach operacji, o możliwych metodach leczenia i odebranie od powódki oświadczenia o wyrażeniu przez nią zgody na wykonanie pierwszej operacji. Z obowiązkami lekarza dotyczącymi samego procesu leczenia wiąże się integralnie obowiązek udzielenia odpowiedniej informacji. Prawidłowe wypełnienie obowiązku poinformowania jest konieczną przesłanką wyrażenia przez pacjenta prawnie wiążącej zgody na ustalone leczenie (określanej mianem zgody "objaśnionej", "poinformowanej" lub "uświadomionej"), a bezskuteczność zgody spowodowana nieudzieleniem właściwej informacji przesądza o bezprawności działania lekarza. Celem spoczywającego na lekarzu obowiązku wyjaśnienia pacjentowi skutków zabiegu operacyjnego jest, by pacjent podejmował decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego, w tym jakich powikłań, może się spodziewać. Ma to tym większe znaczenie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 listopada 1979 r., IV CR 389/79, OSNC 1980, Nr 4, poz. 81). Tymczasem w przypadku pierwszego zabiegu formularz oświadczenia o wyrażeniu zgody przez powódkę został wypełniony w sposób niepełny i częściowo nieczytelny. Powódka nie została pouczona o wszystkich możliwych i pozostających w granicach normalnego ryzyka powikłaniach pooperacyjnych, a które u niej faktycznie wystąpiły. Przed wyrażeniem zgody powódka powinna mieć pełną świadomość co do tego, jakiemu zabiegowi zostanie poddana, jaki jest jego cel, jakie niesie za sobą ryzyko i do jakich powikłań może dojść zwłaszcza, że ryzyko powstania powikłań było bardzo duże. Powódka powinna także wiedzieć, iż są dwie możliwe metody przeprowadzenia operacji, jakie są między nimi różnice zarówno w zakresie prowadzenia operacji, jak i w zakresie pewności osadzenia i późniejszej wytrzymałości. Tylko wówczas jej zgoda byłaby wyrażona w sposób świadomy, a tym samym oświadczenie woli złożone w takich warunkach spełniałoby wymóg skuteczności. Tymczasem brak udzielenia powódce pełnej i rzetelnej informacji co do powyższych okoliczności nie pozwala na przyjęcie, iż nie doszło do naruszenia jej prawa jako pacjentki do wyrażenia świadomej zgody na operację. Po przyjęciu do pozwanego Szpitala lekarz prowadzący lub mający wykonać operację winien udzielić powódce informacji na temat możliwych sposobów jej wykonania, w tym o różnych rodzajach protez, o metodach ich wszczepienia i związanych z tym zagrożeniami. Winna wiedzieć o sposobności zastosowania także innej protezy niż ta, która ostatecznie została użyta, to jest protezy z dodatkowym mocowaniem, z jednoczesnym wskazaniem, iż jej zastosowanie wiąże się z bardziej skomplikowaną, a tym samym cięższą dla organizmu, operacją. W oświadczeniu z dnia 14 października 2008 r. brak również informacji na temat możliwości zastosowania przeszczepów kostnych, w tym obcych kości, oraz o tym, iż dopiero po otworzeniu powłok skórnych możliwym jest stwierdzenie, czy użycie przeszczepów będzie konieczne. Co więcej, przedmiotowe oświadczenie nie zawierało wskazania z imienia i nazwiska lekarza przyjmującego zgodę, ani jego czytelnego podpisu. Znamiennym jest, że zgoda powódki na drugą operację była zgoła odmienna w swej treści od pierwszej. Została sporządzona w sposób czytelny, zawierając szczegółowy opis zaplanowanego zabiegu, opis możliwych powikłań i ryzyk związanych z operacją. Już tylko na tle porównania treści pierwszego oświadczenia z drugim widać, że pierwsza zgoda nie jest kompletna i nie spełnia wszystkich niezbędnych do jej skuteczności wymogów. W związku z tym prawa powódki jako pacjenta, o jakich mowa w art. 18 ust. 2 w związku z art. 9 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zostały naruszone. Należy uznać, że nastąpiło to na skutek niedbalstwa lekarzy pozwanego Szpitala, czym naruszono prawo powódki do świadomego podejmowania decyzji o sposobie leczenia lub o zaniechaniu podjęcia operacyjnego leczenia. Faktem jest, że ze względu na mocno zaawansowane i postępujące zwyrodnienie stawu, powódka i tak musiałaby poddać się tej operacji, co jednak nie zwalniało personel pozwanego od należytego pouczenia pacjentki. Należy mieć na względzie, że pacjent, który wyraża zgodę na dokonanie zabiegu operacyjnego, bierze na siebie ryzyko z nim związane, to jest bezpośrednio, typowe, zwykle skutki, o których możliwości powinien być stosownie do okoliczności pouczony. Brak pouczenia w ogóle lub pouczenie nie o wszystkich normalnie możliwych skutkach zabiegu stanowi o bezskuteczności zgody i oznacza dokonanie zabiegu operacyjnego z naruszeniem prawa (wyrok SN z dnia 28 sierpnia 1972 r., II CR 296/72, publ. OSNC 1973/5/86, LEX 1506). Lekarz nie poniesie natomiast odpowiedzialności za wynik operacji, podczas której doszło do powikłań spowodowanych szczególnymi okolicznościami, niezależnymi od jego zachowania. Obowiązki lekarza nie kończą się z chwilą dokonania zabiegu, gdyż pacjent powinien być objęty nadzorem

pooperacyjnym, zwłaszcza, gdy podczas zabiegu doszło do powikłań (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 4 marca 2009 r., I ACa 12/09, P. i M. 2011, nr 2).

Ponadto Sąd uznał, że zbyt późne podjęcie czynności medycznych zmierzających do zaopatrzenia oparzenia, którego powódka doznała w trakcie drugiej operacji, było zawinionym zaniedbaniem ze strony personelu medycznego pozwanego Szpitala. Oparzenie tego rodzaju stanowi normalne ryzyko związane z zabiegiem, o czym powódka została pouczona przed tą operacją. Jednakże strona pozwana nie wykazała, ażeby w chwili operowania powódki, urządzenie diaterma było sprawne i posiadało aktualne ważne atesty techniczne. Przedłożone w tym celu przez pozwanego Szpitala dokumenty w żadnym razie nie potwierdzają sprawności tego urządzenia w dniu 30 października 2008 r. Z paszportu technicznego sprzętu wynika tylko, że jego eksploatacja rozpoczęła się w 2002 r., natomiast kolejny przegląd techniczny miał miejsce dopiero w 2010 r., to jest już po operacji powódki. To samo dotyczy certyfikatu stanu technicznego, który został wystawiony w 2010 r., z którego nadto wynika, że urządzenie to było częściowo niesprawne.

Znamiennym było, że powódka na drugi dzień po operacji zgłosiła dolegliwości bólowe związane z oparzeniem, a tymczasem dopiero po kilku dniach podjęto czynności lecznicze, co naraziło powódkę na dodatkowe cierpienie, co zważywszy na fakt, iż po operacji powódka musiała leżeć w wymuszonej pozycji na plecach, było dla niej bardzo bolesne i niekomfortowe. Co istotne, w karcie oceny stanu skóry po drugiej operacji nie zaznaczono żadnych odchyśleń od normy, w tym odleżyn czy oparzeń, co świadczy o zaniechaniu zapewnienia powódce właściwej opieki pooperacyjnej. Personel pozwanego szpitala, zaniechał podjęcia stosownych działań diagnostycznych, które pozwoliłyby na wcześniejsze wykrycie przyczyny zgłaszanych przez powódkę dolegliwości bólowych wynikających z poparzenia.

Wobec powyższego i w świetle poczynionych ustaleń uznać należy, iż działania lekarzy wykonujących obie operacje powódki były zgodne ze sztuką lekarską i odznaczały się należyłą starannością, w konsekwencji czego zaistniałe powikłania, choć niepożądane i poważne, przy tego rodzaju zabiegach medycznych nie były wynikiem błędu lekarskiego. Lekarze zaniechali jednak właściwego odebrania od powódki zgody na wykonanie pierwszej operacji z zachowaniem wszelkich wymogów formalnych, czym naruszyli jej prawa jako pacjentki, oraz dopuścili się zaniedbań w opiece pooperacyjnej po drugiej operacji w zakresie udzielenia powódce niezwłocznej pomocy medycznej w związku z poparzeniem w trakcie zabiegu. Wcześniejsze podjęcie działań leczniczych mogłoby mieć wpływ na przebieg gojenia się rany poparzeniowej, co z pewnością zmniejszyłoby jej cierpienia. Ponadto personel Szpitala dopuścił się zaniedbań co do użycia diatermii, której wymaganych badań technicznych i certyfikatów nie przedstawiono.

W świetle powyższych rozważań Sąd uznał, że dokonane w niniejszej sprawie ustalenia zezwalają na przypisanie pozwanemu Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) im. św. B. w S. odpowiedzialności w oparciu o przepisy art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. Powódka udowodniła podstawy swego roszczenia, w tym winę personelu pozwanego szpitala i „winę organizacyjną” zakładu leczniczego. Wykazała też, że między zachowaniem personelu medycznego pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) im. św. B. w S. a powstałą u niej krzywdą istnieje adekwatny związek przyczynowy. Decydujące w tym względzie dla Sądu były wnioski opinii biegłego ortopedy dr. n. med. M. K. (1) wraz z opinią uzupełniającą.

Podstawą odpowiedzialności pozwanego (...) S.A w W. jest natomiast art. 822 § 1 k.c., z którego wynika, że przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłaty określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Ponadto, jeżeli strony nie umówiły się inaczej, umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody, o jakich mowa w § 1, będące następstwem przewidzianego w umowie zdarzenia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia - § 2.

Pozwany Wojewódzki Szpital (...) im. św. B. w S. był ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w pozwanym (...) S.A w W., zatem towarzystwo to odpowiada za powstałą, wskutek działań w zakresie świadczenia usług zdrowotnych szkodę na podstawie art. 822 § 1 k.c. Odpowiedzialność ta jest jednak ograniczona do sumy gwarancyjnej,

którą w polisie strony umowy określili na kwotę 46 500 euro (art. 824 § 1 k.c.). Odpowiedzialność towarzystwa ubezpieczeniowego za szkodę jest odpowiedzialnością in solidum.

Zgodnie z art. 445 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia. Konstrukcja przyznania zadośćuczynienia na podstawie art. 445 k.c. oparta jest na kilku zasadach. Przede wszystkim zadośćuczynienie może być przyznane przez sąd tylko w wypadkach wyraźnie uregulowanych w ustawie. Przyznanie zadośćuczynienia pieniężnego, będącego formą naprawienia krzywdy, jest ograniczone tylko do odpowiedzialności deliktowej. Świadczenie to nie jest obligatoryjne i zależy od uznania i oceny sądu.

W orzecznictwie, jak i w piśmiennictwie, ugruntowany jest pogląd o kompensacyjnym charakterze zadośćuczynienia przewidzianego w art. 445 § 1 k.c. Jest ono sposobem naprawienia krzywdy w postaci doznanych cierpień fizycznych i psychicznych. Określając wysokość "odpowiedniej sumy" Sąd powinien niewątpliwie kierować się celami oraz charakterem zadośćuczynienia, uwzględnić wszystkie okoliczności, mające wpływ na rozmiar doznanej szkody niemajątkowej. Podstawowe znaczenie musi mieć rozmiar doznanej krzywdy, o którym decydują przede wszystkim takie czynniki, jak rodzaj uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia, ich nieodwracalny charakter polegający zwłaszcza na kalectwie, długotrwałość i przebieg procesu leczenia, stopień cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność i długotrwałość, wiek poszkodowanego i jego szanse na przyszłość oraz poczucie nieprzydatności społecznej (por. wyrok SN z dnia 1 kwietnia 2004 r., sygn. akt II CK 131/03, opubl. LEX 327923). Nie można pomijać funkcji kompensacyjnej zadośćuczynienia, bacząc, by jego wysokość nie była symboliczna (por. wyrok SN z dnia 28 czerwca 2005 r., I CK 7/05, LEX nr 153254). Określenie wysokości zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia stanowi istotne uprawnienie sądu rozstrzygającego sprawę merytorycznie i w tym zakresie dysponuje on swobodą decyzyjną.

W świetle powyższych ustaleń faktycznych i rozważań prawnych roszczenie powódki o przyznanie zadośćuczynienia co do zasady zasługiwało na uwzględnienie. Przy ustalaniu należnego zadośćuczynienia Sąd wziął pod uwagę, że naruszenie prawa do świadomego wyrażenia zgody na operację ma istotne znaczenie, bowiem pozbawiło powódkę możliwości rozważenia zastosowania innego sposobu leczenia albo też odstąpienia od jego wykonania, lub przeprowadzenia go w innym ośrodku leczniczym, co z kolei mogłoby uchronić powódkę przed cierpieniem i dolegliwościami bólowymi. Nie jest wykluczonym, że zastosowanie innego rodzaju protezy lub jej dodatkowego mocowania mogłoby ograniczyć doznane przez powódkę cierpienie. Powódka miała, a czego nie była świadoma, pełne prawo do odstąpienia w ogóle od leczenia u pozwanego i wybrania innej placówki medycznej. Nadto przedłużający się przebieg leczenia powódki miał negatywny wpływ na jej samopoczucie i kondycję psychiczną. Istotnym było, że pierwsza operacja nie udała się, doszło do obluźnienia panewki protezy, co wymagało od powódki leżenia do następnej operacji. Powódka stała się wówczas osobą płaczącą i rozdrażnioną, a wywołany stres istotnie zmniejszył komfort jej życia w tym okresie. Sąd miał także na względzie, że personel pozwanego Szpitala dopuścił się rażącego zaniedbania stosując diatermię bez ważnych badań i udzielając powódce dopiero po kilku dniach po oparzeniu pomocy medycznej. Świadczyło to o niewłaściwie wykonywanej opiece pooperacyjnej po drugiej operacji, co w świetle obowiązujących przepisów i praw pacjenta jest niedopuszczalne. Naraziło to zdrowie powódki na uszczerbek, którego można było uniknąć, a nadto spowodowało dla powódki dodatkowe cierpienie, zwłaszcza że musiała leżeć w pozycji wymuszonej na plecach, a zatem bezpośrednio na rozległej ranie pooperacyjnej. W związku z tym urazem powódka korzystała przez około miesiąc po opuszczeniu szpitala z pomocy pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, która zaopatrywała tę ranę i wykonywała powódce zastrzyki. Na skutek tego zdarzenia powódka była również w gorszej kondycji psychicznej. Nie można jednak pomijać tego, że powódka obecnie, wbrew jej twierdzeniom, nie odczuwa już żadnych skutków doznanego oparzenia. Rana zagoiła się w pełni w przeciągu około pół roku od dnia zdarzenia. Na skórze pozostała jedynie blizna. Sąd nie dał wiary powódce, że nadal ma ona trudności w siadaniu. Jak wynikało z dokumentacji dotyczącej rehabilitacji, stan zdrowia powódki po turnusie rehabilitacyjnym w U. uległ poprawie. Istotnym jest, że obecny stan zdrowia powódki nie ma związku z leczeniem w pozwanym Szpitalu i wykonanymi tam operacjami, natomiast w zakresie sprawności biodra lewego wynika przede wszystkim z faktu istnienia u powódki schorzenia w obrębie lewego stawu biodrowego od samego urodzenia i z rozwoju choroby

zwyrodnieniowej stawu trwającego przez całe jej życie. Nie ma wątpliwości, że rehabilitacja powódki była i nadal jest podyktowana właśnie jej podstawowym schorzeniem, a nie zaistniałymi powikłaniami po operacjach. Zmieniennym jest, że powódka zarówno przed leczeniem, jak i po jego zakończeniu była uznana za częściowo niezdolną do pracy, co świadczy o tym, iż stan zdrowia powódki po operacjach nie uległ pogorszeniu. Celem tego leczenia przy tak zaawansowanych zmianach zwyrodnieniowych stawu biodrowego nie było całkowite wyeliminowanie niesprawności powódki. W jej przypadku leczenie operacyjne było konieczne, by zapewnić jej możliwość dalszego w miarę możliwości normalnego funkcjonowania, natomiast nie gwarantowało całkowitej poprawy sprawności czy też pełnej eliminacji dolegliwości bólowych.

W konsekwencji uznać trzeba, iż należne powódce na podstawie art. 415 k.c. oraz art. 430 k.c. i art. 445 § 1 k.c. zadośćuczynienie za doznaną uszczerbek na zdrowiu wynosić winno 150 000 zł. jest to bowiem kwota odpowiednia do zaistniałych skutków postępowania lekarzy i personelu medycznego pozwanego Szpitala. Przyznane przez Sąd zadośćuczynienie pozwoli zrekompensować powódce doznaną przez nią krzywdę związane z uszczerbkiem na zdrowiu, doznanym cierpieniem i bólem. Sąd przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia wziął pod uwagę przede wszystkim stopień cierpienia fizycznych i psychicznych powódki oraz ich długotrwałość, całkowite zagojenie rany oparzeniowej, ustanie negatywnych skutków oparzenia dla jej zdrowia oraz fakt naruszenia jej prawa do świadomego wyrażenia zgody na zabieg. Jednocześnie przyznana kwota zadośćuczynienia nie jest też symboliczna, biorąc pod uwagę przeciętną stopę życiową społeczeństwa oraz rodziny powódki. W pozostałym zakresie żądanie powódki w zakresie zadośćuczynienia, jako zawyżone, zostało oddalone.

Odsetki od kwoty przyznanego zadośćuczynienia zostały zasądzone, zgodnie z art. Odsetki od kwoty przyznanego zadośćuczynienia zostały zasądzone, zgodnie z art. 481 k.c. w zw. z art. 455 k.c. zgodnie z żądaniem powódki od dnia następnego po doręczeniu pozwanym odpisów pozwu.

Na mocy art. 444 § 2 k.c. jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Na tej podstawie powódka domagała się zasądzenia kwoty 47 713,81 zł tytułem skapitalizowanej renty za okres od stycznia 2009 r. do grudnia 2010 oraz renty na przyszłość w kwocie po 2 046,82 zł miesięcznie począwszy od stycznia 2011 r. z tytułu zarówno zwiększonych potrzeb jak i utraty zdolności do pracy.

Renta ma na celu wynagrodzenie szkody przyszłej. Do powstania roszczenia o rentę wystarcza wystąpienie jednej z podanych w przepisie art. 444 § 2 k.c. okoliczności. Każda z wymienionych w powołanym przepisie przesłanek może stanowić samodzielną podstawę zasądzenia renty.

Przyznanie renty z tytułu zwiększonych potrzeb nie jest uzależnione od wykazania, że poszkodowany te potrzeby faktycznie zaspokaja i ponosi związane z tym wydatki. Do przyznania renty z tego tytułu wystarcza samo istnienie zwiększonych potrzeb jako następstwo czynu niedozwolonego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11.03.1976r., IV CR 50/76, OSNC 1977/1/11). Przeprowadzone postępowanie dowodowe wykazało, że bezpośrednio po zakończeniu leczenia w pozwanym Szpitalu powódka przez pewien czas była całkowicie niezdolna do pracy oraz że po stronie powódki w okresie, za jaki domaga się zasądzenia renty skapitalizowanej powódka dokonywała zakupów lekarstw, jednakże nie było to wynikiem zawinionego zachowania się pozwanego Szpitala. W istocie doszło do powikłań pooperacyjnych u powódki, jednakże pozostawały one w granicach normalnego ryzyka, jakie związane jest z tego rodzaju interwencjami chirurgicznymi. Pozwany Szpital nie ponosi winy za zaistnienie w/w powikłań, które spowodowały, że po zabiegach powódka była przez oznaczony czas całkowicie niezdolna do pracy oraz że zwiększyły się jej potrzeby. Skoro nie można przypisać winy i postawić zarzutu bezprawnego działania, to nie można także pociągnąć strony pozwanej do odpowiedzialności cywilnej. Na marginesie wskazać można, że obecnie powódka, tak samo jak przed podjęciem leczenia, jest częściowo niezdolna do pracy.

W świetle okoliczności faktycznych niniejszej sprawy nie można uznać, że prawdopodobnym jest wystąpienie u powódki w przyszłości negatywnych następstw z zawinionego zachowania się pozwanego Szpitala. W orzecznictwie

utrwalony jest pogląd, że w przypadku bezsporności odpowiedzialności deliktowej pozwanego przesłanka interesu prawnego w żądaniu ustalenia odpowiedzialności za szkodę przyszłą uznawana jest za spełnioną, jeżeli w świetle okoliczności sprawy możliwe jest powstanie szkody w przyszłości. W niniejszej sprawie rodzaj obrażeń doznanych przez powódkę, proces leczenia oraz stosunkowo długi czas, jaki upłynął od oparzenia nie dają podstaw do przyjęcia, że w przyszłości mogą wyniknąć dla jej zdrowia negatywne skutki leczenia w pozwanym Szpitalu. Nieskuteczne wyrażenie zgody na pierwszy zabieg nie wywołało negatywnych skutków dla jej zdrowia, gdyż sam zabieg był przeprowadzony prawidłowo i zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej. Natomiast skutki doznanego oparzenia nie są już odczuwalne przez powódkę. Rana zagoiła się, a od czasu zdarzenia nie doszło do pogorszenia stanu zdrowia powódki w związku z oparzeniem. Powódka nie wykazała więc, że jej obecny stan zdrowia wskazywał na prawdopodobieństwo wystąpienia w przyszłości negatywnych skutków z zastosowanego leczenia. Jak już podkreślono, jej obecny stan zdrowia nie wynika z zawinonego i bezprawnego postępowania pozwanego Szpitala, ani z zaistniałych powikłań, lecz jest skutkiem pierwotnego schorzenia, za które żaden z pozwanych odpowiedzialności nie ponosi.

Orzekając o kosztach procesu, Sąd zastosował zasadę wzajemnego ich zniesienia, wyrażoną w art. 100 zd. 1 k.p.c., stanowiący, iż w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty mogą zostać wzajemnie zniesione. W ocenie Sądu nie zachodziła znaczna dysproporcja pomiędzy kosztami poniesionymi przez każdą ze stron oraz kosztami, które każda ze stron powinna ponieść wskutek ostatecznego rozstrzygnięcia sprawy (por. postanowienie SN z dnia 28 lutego 1985 r., II CZ 21/85, LEX nr 8690; postanowienie SN z dnia 10 maja 1985 r., II CZ 56/86, LEX nr 8716), co dało podstawę do ich wzajemnego zniesienia. Nadto Sąd na podstawie art. 102 k.p.c. odstąpił od obciążania powódki opłatą w części od oddalonego powództwa, mając na uwadze jej sytuację życiową, zdrowotną i materialną.

Na mocy art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. 2010 r., Nr 90, poz. 594 z późn. zm.) Sąd nakazał pobrać od pozwanych in solidum na rzecz Skarbu Państwa kwotę 7 500 zł tytułem opłaty, od uiszczenia której powódka była zwolniona.

ZARZĄDZENIE

1. odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikom stron;
2. akta przedstawić z wpływem lub za 20 dni.

K., 24.01.2014 r. SSR del. Krzysztof Żyłka