

Sygn. akt: I C 603/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 grudnia 2020 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie I Wydział Cywilny

w składzie następującym: Przewodniczący SSO Wojciech Waclaw

Protokolant: sekr. sądowy Justyna Szubring

po rozpoznaniu w dniu 2 grudnia 2020 r. w Olsztynie

na rozprawie

sprawy z powództwa **J. H.**

przeciwko **(...) Spółka Akcyjna z/s w Warszawie**

o zapłatę i ustalenie

I. zasądza od pozwanego **(...) Spółka Akcyjna z/s w Warszawie** na rzecz powódki **J. H.** kwotę 70.000 (siedemdziesiąt tysięcy) złotych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 25 kwietnia 2017 r. do dnia zapłaty,

II. oddala powództwo w pozostałym zakresie,

III. nakazuje ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa (Sąd Okręgowy w Olsztynie) kwotę 970,- zł tytułem zwrotu wydatków tymczasowo pokrytych ze Skarbu Państwa,

IV. odstępuje od obciążania powódki brakującą częścią wydatków tymczasowo pokrytych ze Skarbu Państwa,

V. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1860,- zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygn. akt I C 603/17

UZASADNIENIE

W pozwie skierowanym przeciwko Pozwanemu Zakładowi (...) S.A. z/s w Warszawie, powódka J. H. wniosła o:

a) zasądzenie od pozwanego na jej rzecz kwoty 180.000 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 25 kwietnia 2017 r. do dnia zapłaty,

b) ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za wszelkie skutki, jakie mogą ujawnić się w stanie zdrowia powódki w przyszłości w wyniku błędu medycznego z dnia 23 grudnia 2014 r.

c) zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwu wskazała, że została poszkodowana w wyniku wypadku komunikacyjnego. W (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w E. zaproponowano powódce przeprowadzenie zabiegu. Miał on polegać na wprowadzeniu śrub stabilizujących przez nacięcie w skórce i tkance podskórnej w okolice uszkodzonego kręgu w celu jego zabezpieczenia i umożliwienie prawidłowego zrostku tkanki kostnej. Po przeprowadzonym zabiegu, powódka odczuwała promieniujący ból w okolicach operowanej części kręgosłupa, zawroty głowy, bezsenność, a rehabilitacja nie przynosiła oczekiwanych rezultatów. W innej placówce medycznej, stwierdzono, że zabieg został wadliwie

przeprowadzony, a śruba została wprowadzona przez kanał kręgowy, co zagrażało życiu i zdrowiu powódki. W wyniku błędnie przeprowadzonego zabiegu w szpitalu w E., powódka doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu w związku z naruszeniem prawidłowych czynności kręgosłupa, których pomimo drugiej operacji nie udało się przywrócić. Powódka stała się osobą niepełnosprawną, która do chwili obecnej wymaga pracy w warunkach chronionych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne.

Powódka podjęła próbę mediacji i skierowała do (...) w E. wezwanie do zapłaty - bezskutecznie (pozew k.3-11).

Pozwany Zakład (...) w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości, kwestionując roszczenie zarówno co do zasady jak i wysokości. W ocenie pozwanego nie doszło do błędu medycznego, powódka została operowana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, a wadą każdej stabilizacji jest możliwość zdestabilizowania się jej elementów np. w czasie rehabilitacji (odpowiedź na pozew k. 115-117).

Sąd ustalił, co następuje:

W dniu 17 grudnia 2014 r. w miejscowości K. gm. E., kierowca samochodu osobowego marki S. (...) podczas wykonywania manewru skrętu w lewo, nie zachował należytej staranności i nie ustąpił pierwszeństwa przejazdu prawidłowo poruszającemu się samochodowi osobowemu marki A. kierowanego przez E. Ż., czym doprowadził do wypadku komunikacyjnego. Pasażerem samochodu A. była J. H., która w wyniku tego zdarzenia doznała obrażeń ciała i została przetransportowana karetką do (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w E. z podejrzeniem urazu kręgosłupa.

(bezsporne, a nadto opis zdarzenia z wyroku (...)z akta sprawy (...): wyrok k. 79-80)

Sąd Rejonowy (...) wyrokiem z 30 czerwca 2015 r. przypisał sprawcy zdarzenia spowodowanie wypadku komunikacyjnego, w następstwie którego powódka doznała złamania 12 kręgu piersiowego, złamania koron trzech zębów oraz średnio rozległych wielomiejscowych stłuczeń ciała, które to obrażenia spowodowały u niej naruszenia prawidłowych czynności kręgosłupa i narządu ruchu na czas przekraczający 7 dni. Jednocześnie, ustalając że społeczna szkodliwość tego czynu i wina podejrzanej nie są znaczne, a okoliczności popełnienia czynu nie budzą wątpliwości, na podstawie art. 66 § 1 k.k. w zw. z art. 67 § 1 k.k., postępowanie przeciwko kierowcy warunkowo umorzył na okres 1 roku próby.

(bezsporne, a nadto dowód z akt (...): wniosek prokuratora k.77-78, wyrok SR w (...) k. 79-80)

Po wypadku w (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w E., w wyniku przeprowadzonego wywiadu z powódką oraz po przeprowadzeniu badań USG brzucha, RTG klatki piersiowej, TK kręgosłupa stwierdzono podejrzenie złamania wyrostka stawowego (...) i podejrzenie załamania górnej blaszki granicznej trzonu (...).

Bezpośrednio po wypadku, lecz przed zabiegiem powódka nie odczuwała silnych dolegliwości bólowych kręgosłupa.

Na (...) Neurochirurgii, powódka prowadzona była przez lekarza M. D. (1), specjalistę z zakresu neurochirurgii. Po analizie dokumentacji medycznej i wywiadzie z powódką ostatecznie rozpoznano u wymienionej złamanie trzonu (...) typu (...) wg (...). Kilka dni później, tj. 22 grudnia 2014 r. powódka została zakwalifikowana do leczenia operacyjnego w postaci stabilizacji przemasadowej przezskórnej (...)–(...) systemem R.. W dniu 23 grudnia 2014 r. przeprowadzono operację. Lekarzem operującym był M. D. (1). Po przygotowaniu powódki do zabiegu, dokonano wielkiego nacięcia powłok skórnych paracentalnych na wysokości kręgow (...) Pod kontrolą RTG wprowadzono przemasadowo po stronie lewej dwie śruby o wymiarach 5,0x40mm w trzon (...) i o wymiarach 5,0x45mm w trzon (...). Następnie w główki śrub wprowadzono pręt łukowaty długości 80 mm i zablokowano je w tym położeniu dwiema nakrętkami. Podobnie postąpiono po stronie prawej, gdzie pod kontrolą RTG wprowadzono przemasadowo po stronie prawej dwie śruby o wymiarach 5,0x40mm w trzon (...) i o wymiarach 5,0x40mm w trzon (...), a następnie w główki wprowadzono pręt łukowy długości 80 mm i zablokowano je w tym położeniu dwiema nakrętkami. Kończono operację przy użyciu pojedynczych szwów na powięzi piersiowo-łędźwiowej, na tkance podskórnej i skórze.

Rutynową procedurą w tego typu zabiegach jest jego udokumentowanie za pomocą zdjęć rentgenowskich, w celu weryfikacji i potwierdzenia prawidłowości osadzenia śrub. W czasie zabiegu powódki posługiwano się aparatem rentgenowskim pozwalającym bieżąco śledzić wykonywaną pracę. Aparat ten zdjęć nie robił i zabieg powódki nie został w ten sposób utrwalony.

Po operacji i wybudzeniu z narkozy, powódka był w pełni wydolna krążeniowo i oddechowo, została unieruchomiona i wróciła do Oddziału Neurochirurgii. Nie stwierdzono zaburzeń czucia ani siły mięśniowej kończyn dolnych, jednakże uskarżała się na silne dolegliwości bólowe kręgosłupa w miejscu operacji i ogólnie całych pleców.

Przez następne dni była nadzorowana przez lekarza prowadzącego M. D. (1) i poddawana obserwacji pielęgniarskiej. W dalszym ciągu zgłaszała utrzymujący się ból w miejscu operowanym.

Po dwóch dniach od operacji usunięto dren R. i cewnik F. a także podjęto próbę spionizowania powódki. Przez cały okres pobytu w szpitalu powódka uskarżała się na silny ból. W dniu 29 grudnia 2014 r. w stanie ogólnym dobrym została wypisana do domu. Przepisano jej leki B., K., F., C., P., P.. Po dwóch dniach w poradni chirurgicznej w miejscu zamieszkania powódki usunięto szwy.

Po zabiegu powódka uczęszczała do Poradni Neurochirurgicznej (...) w E., do lek. M. D. (1) na konsultacje. Uskarżała się na bóle prawej kończyny, a wymieniony lekarz przepisywał leki przeciwbólowe i wystawiał zwolnienia lekarskie (k. 214).

Pomiędzy spotkaniami u lek. M. D. (1), powódka odbyła wizytę w Poradni Neurologicznej (...) w O., gdzie 11 marca 2015 r. wykonano rezonans magnetyczny kręgosłupa i kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego. Stwierdzono wówczas, że górna śruba stabilizująca w trzonie (...) po prawej stronie ustawiona jest nieco skośnie, stycznie do przedniej części dolnej blaszki granicznej trzonu (...), a tylko część dolnej śruby stabilizującej w trzonie (...) po stronie prawej wysunięta jest ku tyłowi, przylega o tylnej powierzchni mięśnia wielodzielnego grzbietu. Trzony (...) i (...) wokół śrub wykazywały cechy obrzęku szpiku. Z przeprowadzonego badania wynikało nadto spłycenie fizjologiczne lordozy lędźwiowej, dehydratacja krążków międzykręgowych (...) z masywnym obniżeniem wysokości krążka (...) gdzie na tej wysokości widoczna była tylnolewoboczna przepuklina, która spłyca zachyłki boczne i zwęża dolną część lewego otworu międzykręgowego. Lekarz diagnostyki obrazowej i radiolog opisujący zdjęcie (...), stwierdził również, że:

- blaszki graniczne sąsiadujących trzonów są nierówne,
- przyległe części trzonów wykazują cechy przebudowy zwyrodnieniowej typu tłuszczowego,
- na poziomie (...) tylnolewoboczna wypuklina spłyca zachyłki boczne i zwęża dolną część lewego otworu międzykręgowego,
- tylna część pierścienia włóknistego przerywana na odcinku 2 mm,
- na obu poziomach w lewych otworach międzykręgowych korzenie nerwowe są modelowane przez boczne krawędzie trzonków (...),
- na poziomie (...) tylnolewoboczna wypuklina spłyca zachyłki boczne modelując lewy korzeń nerwowy i zwężając dolną część lewego otworu międzykręgowego (k. 217).

Po otrzymaniu wyników badań (...), 7 kwietnia 2015 r. powódka udała się do lek. M. D. (1). Ten zamieścił płytę z wynikiem w komputerze, a następnie w karcie pacjentki wpisał „(...) w załączeniu. Obraz nie budzi wątpliwości”, a następnie wystawił powódce zwolnienie lekarskie na okres 1 miesiąca (k. 214v).

Powódka raz jeszcze spotkała się na konsultacji z lek. M. D. (1), co nastąpiło w dniu 5 maja 2015 r. Uskarżała się na ból, oczekując dodatkowej pomocy, jednakże nie podjęto dalszych konkretnych działań medycznych (k. 214v).

Pomiędzy tymi wizytami, powódka swój stan zdrowia konsultowała również w (...) (...) (...) z (...) - (...) (...) w O., gdzie w okresie od 30 grudnia 2014 r. do czasu drugiej operacji (tj. 16 lipca 2015 r.) w czasie regularnych (co kilka tygodni) wizyt kontrolnych uskarżała się na ból klatki piersiowej i kończyn niezależnie od pozycji ciała, zaś pozycja leżąca nie przynosiła ulgi. Przepisywano powódce leki typu C., a także kierowano na liczne zabiegi rehabilitacyjne typu laser, ćwiczenia usprawniające z terapią manualną na odcinku szyjnym kręgosłupa, zabiegi fizjoterapeutyczne, magnetronic. Na wizycie 24 lutego 2015 r. poza bólem kończyny dolnej prawej, odcinka operowanego, bólem barku lewego, dodatkowo uskarżała się na zaburzenia pamięci, obniżenie nastroju. Postawa powódki była pochylona, o nieznacznym wzmożeniu napięcia mięśni przykręgosłupowych, zaś próba wykonania skłonu do boku prawego była bolesna. Podobnie jak wcześniej, zalecono ćwiczenia usprawniające, w tym ćwiczenie izometryczne wzmacniające i rozluźniające mięśnie.

W dniu 24 kwietnia 2015 r. podczas jednej z wizyt w (...) z (...) - (...) (...), psycholog I. S. rozpoznała u powódki reakcję depresyjno-lękową. Stwierdziła również, że przeżycia związane z wypadkiem oraz jego konsekwencje zdrowotne, w tym dolegliwości bólowe, wpływają na stan emocjonalny. Jednocześnie towarzyszyła powódce troska i obawa o przyszłość, lęk o zdrowie, poczucie straty i bezsilności, płaczliwość, nadmierna wrażliwość, smutek, poczucie ograniczonej mobilności i swobody działania oraz ograniczenie kontaktów interpersonalnych.

Na dwóch wizytach czerwcowych, w dniach 16 czerwca i 22 czerwca 2015 r. stan powódki nie uległ zmianie.

Na wizycie w (...) (...) Diennej (...) (...) z (...) - (...) (...) w O. 7 lipca 2015 r. powódka zgłaszała bóle pleców przy ruchach tułowiem, okresowe promieniowanie do biodra i ud.

W związku z tym, następnego dnia na wizycie kontrolnej 8 lipca 2015 r. w (...) (...) (...) - (...) (...) w O. powódka poinformowała lekarza o odczuwalnym znacznym nasileniu bólu promieniującego do prawej kończyny dolnej. W wyniku analizy stanu zdrowia powódki i po konsultacji ortopedycznej skierowano wymienioną na badania tomografii komputerowej kręgosłupa piersiowego. Przeprowadzono badanie TK, w którym stwierdzono, że śruby w trzonie (...) oraz lewa w trzonie (...) ustawione są prawidłowo, zaś prawa śruba na poziomie (...) jest wysunięta i przechodzi przez prawą połowę światła kanału kręgowego poza nasadę łuku. Stwierdzono również niewielkie szerokopasmowe wypukliny tylne centralne krążków międzykręgowych (...), (...) i (...), objaw próżniowy w zwężonym krążku (...) a także drobne zmiany wytwórcze na krawędziach trzonów kręgowych i nierówność blaszek granicznych trzonków (...) - (...) (k. 215).

W dniu 13 lipca 2015 r. skierowano powódkę do leczenia operacyjnego z rozpoznaniem wysuwania się śruby dolnej z kręgu (...), wprowadzonej poza łuk do otworu międzykręgowego (k. 49).

W związku z powyższym w okresie od 15 lipca do 20 lipca 2015 r. przebywała w (...) (...) (...) (...) i (...) (...), Wojewódzkiego Szpitala (...) w O. celem przeprowadzenia reoperacji.

W dniu 16 lipca 2015 r. podczas pobytu ww. placówce przeprowadzono operację usunięcia stabilizatorów z kręgosłupa i wszczepiono mastergraft firmy (...). Podjęto również leczenie farmakologiczne w postaci D., E., B., C., P., P., M., C..

Jeszcze kilkanaście dni po przeprowadzeniu operacji, dolegliwości bólowe kręgosłupa na odcinku (...) nie ustępowały. Powódka odczuwała ból z promieniowaniem do prawego pośladka, bóle stawów kolanowych, drętwienie w stopach, bolesność palpacyjną wyrostków kolczastych (...) (...), bóle krzyża i pleców oraz prawej nogi o charakterze rwy. Kolejne kontrole specjalistyczne wykazywały wzmożone napięcie mięśni przykręgosłupowych wzdłuż całego kręgosłupa, ból przy ruchu w prawo, zaburzenie czucia powierzchniowe na kdp, na plecach po stronie prawej od (...), obrzęk prawego stawu skokowego, koślawość ustawienia kolan. Dostrzeżono postępującą koślawość stóp oraz niewydolność mięśniową, zaś siła zginaczy, prostowników w obrębie stopy była nieco osłabiona, podobnie jak odruchy ścięgniste ze strony (...). Zalecono masaż suchy, pole magnetyczne, laser, ćwiczenia wzmacniające i zabiegi fizjoterapeutyczne (k. 249).

Przed wypisaniem powódki do domu, zalecono zdjęcie szwów oraz okresową kontrolę w poradni ortopedycznej i wystawiono receptę na leki C. 1x1 amp, oraz D. tabl. 1x1. W dniu 10 sierpnia 2015 r. podczas wizyty kontrolnej powódka dalej uskarżała się na ból. Wystawiono wniosek o świadczenie rehabilitacyjne na okres 3 miesięcy. Wdrożono leki przeciwbólowe typu (...) i M.. (k. 219v, a także dokumentacja medyczna k. 51-56).

Z czasem, w wyniku tej ostatniej operacji powódka poczuła ulgę, przestała ją boleć prawa noga, zmniejszyły się też dolegliwości bólowe na plecach. Ustępowanie bólu było stopniowe, lecz w przypadku nogi było znaczące i szybkie (zeznania powódki k. 312-313). Powoli też powracała do samodzielności. (zeznania D. H. k. 130v)

W dniu 13 grudnia 2015 r. zakończono leczenie ortopedyczne powódki (k. 219v).

(dowód: dokumentacja medyczna k. 17-65, 67-92, płyta CD koperta 93, koperta 141 i 152, zeznania powódki k. 312-312v, zeznania świadka B. G. k. 130, zeznania świadka E. Ż. k. 130v-131, zeznania świadka M. D. (1) k. 176)

W grudniu 2015 r., stan zdrowia powódki pozwalał jej wrócić do pracy w zawodzie rehabilitantki. Pomimo tego, córka nadal pomaga jej w pracach domowych. Sporadycznie bierze leki przeciwbólowe, choć ból odczuwa codziennie.

Po wypadku oraz operacjach zmieniła się motoryka powódki, stoi i porusza się krzywo.

(dowód: zeznania świadka D. H. k. 130v, zeznania świadka E. Ż. k. 130v-131)

W dniu 18 kwietnia 2016 r. (...)zaliczył powódkę do osób niepełnosprawnych o stopniu umiarkowanym. Jako datę niepełnosprawności wskazał 17 grudnia 2014 r., zaś stopień niepełnosprawności od 22 marca 2016 r. W tamtym okresie powódka została uznana za osobą mogącą podjąć zatrudnienie, przy czym wymagała ona pracy w warunkach chronionych. Aktualnie charakter orzeczenia nie uległ zmianie. Powódka pracuje w wymiarze czasu pracy zmniejszonym o 0,5 godziny.

Jest zatrudniona na stanowisku fizjoterapeuty w Poliklinice w O.. Prowadzi również zajęcia z rehabilitacji ruchowej z podopiecznymi Stowarzyszenia (...) w O. oraz zajęcia fitness.

(dowód: orzeczenie o niepełnosprawności k. 66, zeznania powódki k. 312v)

W wypadek komunikacyjny, któremu uległa powódka nie spowodował u niej ubytkowych objawów neurologicznych, nie występował niedowład kończyn dolnych, zaburzenie funkcji zwieraczy ani zaburzenia czucia uzasadniający wdrożenie leczenia operacyjnego. Nie było również objawów uciskowych, a złamanie miało stabilny charakter. Przy takich też objawach lub ich braku wystarczające było wdrożenie leczenia zachowawczego poprzez unieruchomienie kręgosłupa za pomocą gorsetu.

Generalnie też wskazaniem do podjęcia leczenia stabilizacji przemasadowej jest nieprawidłowy kształt lub niestabilność kręgosłupa polegająca na nadmiernej ruchomości poszczególnych kręgów względem siebie.

Możliwość przesunięcia się śrub występuje również w trakcie pracy kręgosłupa, gdyż jego części ulegają pewnym przemieszczeniom.

Obraz badań rezonansem magnetycznym przeprowadzony 11 marca 2015 r. wskazywał na nieprawidłowe położenie śruby w kanale kręgowym i konieczność usunięcia zespolenia z uwagi na ryzyko powikłań neurologicznych, a wynik obrazu tomografii komputerowej kręgosłupa z 8 lipca 2015 r. wskazywał na nieprawidłowości osadzenia śrub w czasie zabiegu lub mogące powstać przy dodatkowym urazie lub nadmiernym obciążeniu kręgosłupa. Brak reakcji na wzmiankowane wyniki badań mógł skutkować u powódki uciskiem na rdzeń kręgowy i wystąpieniem niedowładów.

Istniejące otwory pooperacyjne mogą w przyszłości prowadzić do osłabienia kręgosłupa, a nawet do kalectwa w wypadku złamania nasady kręgosłupa, mogą też wpływać na nadmierność i skrętność kręgosłupa. Dlatego niewykluczona jest kolejna operacja powódki usztywniająca kręgosłup (k. 295v-269).

(dowód: opinia biegłych k. 205-222, w szczególności k. 221v-222, opinia uzupełniająca pisemna k. 247-249, z opinii ustnej biegłego M. Z. na rozprawie 7 września 2020 r. k. 295-296)

Wskutek konieczności przeprowadzenia drugiej operacji polegającej na usunięciu śrub było powstanie blizn operacyjnych – w rzucie kręgosłupa o długości około 13 cm oraz bocznie po lewej i prawej stronie po dwie blizny długości 1,5-2,5 cm. Trwałość uszczerbku na zdrowiu z tego powodu zostało ocenione na poziomie 3%.

Powódce nadal towarzyszą dolegliwości bólowe, wymaga pewnej pomocy osób trzecich w cięższych pracach, a rokowania co do poprawy stanu zdrowia są niekorzystne.

(dowód: opinia biegłych k. 205-222, w szczególności k. 221v-222, opinia uzupełniająca pisemna k. 247-249)

Jeszcze przed zainicjowaniem niniejszego procesu, powódka wystąpiła z pozwem przeciwko ubezpieczycielowi sprawcy wypadku komunikacyjnego o zapłatę zadośćuczynienia i odszkodowanie.

Wyrokiem Sąd Okręgowy w (...) z 14 lutego 2019 r. w sprawie (...) zasądził od (...) Spółki Akcyjnej w Warszawie na jej rzecz 99.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwotę 9.493,49 zł tytułem odszkodowania, oba roszczenia płatne z odsetkami ustawowymi liczonymi od 24 listopada 2016 r. do dnia zapłaty.

Jeszcze w toku postępowania likwidacyjnego, pozwane w tamtej sprawie Towarzystwo (...) wypłaciło powódce 21.000 zł.

Podstawą faktyczną wywiedzonego powództwa stanowił wypadek komunikacyjny z 17 grudnia 2014 r.

Doznane w wyniku tego wypadku zmiany urazowe kręgosłupa szyjnego (...) oraz kręgu piersiowego (...) powstały w mechanizmie przygięciowym, z prawostronną rotacją tułowia, przy czym przeciwdziałać skutecznie sile bezwładności występującej w chwili zderzenia powódka nie mogła, nawet przy zapiętych pasach bezpieczeństwa (por. treść uzasadnienia wyroku SO w (...) k. 675 tych akt). W postępowaniu przed tym sądem ustalono 30% trwały uszczerbek na zdrowiu.

Na skutek apelacji wniesionej przez A. towarzystwo (...) S.A. w Warszawie, Sąd Apelacyjny w Gdańsku wyrokiem z 16 października 2019 r. w sprawie I ACa 301/19 obniżył zadośćuczynienie do kwoty 79.000 zł.

(bezsporne, a nadto dowód z akt (...) Sądu Okręgowego w (...): wyrok i uzasadnienie I instancji k. 666 i 667-681, II instancji k. 723 i 734-738)

Powódka pismem z 22 marca 2017 r. podjęła próbę mediacji i wezwała (...) Wojewódzki Szpital (...) w E. do zapłaty kwoty 180.000 zł z tytułu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w wyniku błędu lekarskiego. Następnie, ww. Szpital przekazał sprawę do postępowania likwidacyjnego.

W odpowiedzi na powyższe, pozwany odmówił wypłaty świadczenia, uznając że powódka nie udowodniła swojego roszczenia, błąd medyczny nie został popełniony, a wadą każdej stabilizacji jest możliwość zdestabilizowania się jej elementów.

(dowód: wezwania do polubownego rozwiązania sporu k. 80-82, wezwanie do uzupełnienia brakujących dokumentów k. 83-85, uzupełnienie ich przez powódkę k. 86, odmowa wypłaty świadczenia k. 89-90)

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo o zapłatę zasługiwało na uwzględnienie w części, zaś powództwo o ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za wszelkie skutki, jakie mogą ujawnić się w stanie zdrowia powódki podlegało oddaleniu.

Formułując podstawę żądań zawartych w pozwie powódka powołała się popełnienie błędu medycznego polegającego na nieprawidłowo przeprowadzonej operacji śrubami stabilizującymi, wykonanej przez lekarzy (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w E..

W ocenie powódki bowiem nieprawidłowe umiejscowienie śrub w rdzeniu kręgowym skutkowało poważnymi, opisanymi w pozwie konsekwencjami zdrowotnymi, jednocześnie też powódka miała zostać narażona wskutek wadliwie wykonanej operacji na przerwanie lub uszkodzenie rdzenia kręgowego, a w następstwie tego na paraliż lub nawet śmierć.

Konsekwencją powyższego była też konieczność przeprowadzenia drugiej operacji polegającej na usunięciu nieprawidłowo wkręconych śrub (tak pozew k. 9-10, a także określenie podstaw faktycznych żądania k. 313).

Na wstępie przy tym i dla porządku wskazać należy, iż stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów, które nie były w sprawie kwestionowane, a także na podstawie zeznań świadków oraz powódki, nadto, a w zasadzie przede wszystkim, na podstawie dowodu z opinii biegłych.

Sąd przy tym uznał nie tyle za niewiarogodne, co mało miarodajne zeznania świadków M. D. (1) i I. K., albowiem świadkowie ci jako osoby przeprowadzające operację, nie pamiętali zarówno powódki jak i przebiegu tej konkretnej operacji, a swoją wiedzę o okolicznościach sprawy w istocie oparli na historii choroby wymienionej.

Nadto, co warte zauważenia, opisywali standardowe czynności przy przeprowadzaniu stabilizacji przezskórnej, a nie to jak faktycznie postępowano w przypadku operacji powódki.

Zaznaczenia także wymaga, że ich zeznania jako osób bezpośrednio uczestniczących w zabiegu, z którym to zabiegiem powódka wiąże doznaną krzywdę, cierpienie i konieczność naprawienia skutków błędu medycznego, mogły siłą rzeczy rozmijać się z rzeczywistym przebiegiem zdarzeń, wobec czego znalazło to swe odzwierciedlenie w odpowiedniej ostrożności z jaką Sąd ocenił te zeznania.

Sąd uznał za miarodajną i przydatną ostatecznie opinię biegłych specjalisty medycyny sądowej A. M. oraz specjalisty neurochirurgii M. Z., w tym ich opinię uzupełniającą pisemną oraz opinię uzupełniającą ustną M. Z. złożoną na rozprawie 7 września 2020 r.

W ocenie Sądu, wszystkie te opinie oceniane całościowo, w sposób jasny, jednoznaczny i przekonujący udzieliły odpowiedzi na pytania wskazane w tezie dowodowej, co odnosiło się do kwestii prawidłowości zastosowania wobec doznanych przez powódkę urazów zabiegu medycznego, rokowań co do stanu zdrowia powódki, negatywnych następstw zabiegu i uciążliwości w funkcjonowaniu w życiu codziennym powódki.

W pierwszej opinii biegli wskazali, iż brak jest jednoznacznych dowodów na to, iż jedna ze śrub została umieszczona w sposób wadliwy.

Na rozprawie w dniu 27 listopada 2019 r. pełnomocnicy stron poddali pod rozagę dopuszczenie dowodu z dodatkowej opinii biegłych, którzy sporządzili opinię, bądź dopuszczenie dowodu z opinii innej jednostki (protokół rozprawy z 27 listopada 2019 r. k. 266).

Przychylając się do tych wniosków stron, Sąd dopuścił dowód z opinii uzupełniającej ustnej biegłego M. Z. w trybie wideokonferencji.

Z ustnej opinii tego biegłego wynika, że brak zdjęć rentgenowskich śród- i pooperacyjnych utrudnia obecnie kategoryczne ustalenie przebiegu i prawidłowości wykonanego zabiegu w kontekście niewłaściwego umieszczenia jednej ze śrub stabilizujących, niemniej jednak stwierdził w sposób „wariantowy”, że jeżeli ból odczuwany przez powódkę po zabiegu stabilizacji śrubami był znaczny i nie ustępował, zaś ustąpił po usunięciu śrub – to wysoce prawdopodobne jest, że umiejscowienie śrub było od samego początku niewłaściwe.

Po wysłuchaniu biegłego, strony nie zgłaszały dalszych zarzutów, ani dalszych wniosków dowodowych, co oznacza to, że ostatecznie także nie kwestionowały wniosków z niego wynikających.

Wobec powyższego, w ocenie Sądu, wszystkie opinie biegłych nie nasuwają wątpliwości, co do ich rzetelności, fachowości i kompletności, stanowiły pełnowartościowy materiał dowodowy, na podstawie którego Sąd ustalił stan faktyczny.

Przechodząc do podstawy prawnej żądania, tu należy wskazać, iż podstawę odpowiedzialności pierwotnej za którą jest odpowiedzialny z tytułu umowy ubezpieczenia OC pozwany ubezpieczyciel stanowią przepisy art. 415 k.c., w zw. z art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c.

Lekarzowi (i odpowiednio zakładowi opieki zdrowotnej) można przypisać winę w przypadku wystąpienia jednocześnie obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się tu z naruszeniem zasad wynikających z wiedzy medycznej i doświadczenia, a w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarzy reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Element subiektywny odnosi się natomiast do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem odpowiedniego standardu postępowania przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej (zob. wyroki SN z 10 lutego 2010 r. V CSK 287/09, z 18 stycznia 2013 r. IV CSK 431/12).

W wyroku Sądu Najwyższego z 14 kwietnia 1955 r. (IV CR 39/54) wskazano wprost, że błędem lekarskim jest czynność (zaniechanie) lekarza w sferze diagnozy i terapii, niezgodnie z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym.

W literaturze przedmiotu oraz licznych orzeczeniach sądów powszechnych dokonuje się podziału (typologii) błędów lekarskich w oparciu o kryterium czynności, w związku z podjęciem których dochodzi do uszczerbku na zdrowiu pacjenta. Rozróżnia się błąd diagnostyczny (rozpoznania), błąd prognozy (rokowania) oraz błąd w leczeniu (terapeutyczny).

Błąd diagnostyczny wynika zazwyczaj z niewłaściwej interpretacji objawów, na których oparł się lekarz dokonujący rozpoznania i polega na nierozpoznaniu rzeczywistej choroby (tzw. błąd diagnostyczny negatywny) albo na mylnym stwierdzeniu choroby faktycznie nieistniejącej (błąd diagnostyczny pozytywny).

Błąd ten stosunkowo często, choć nie w każdym przypadku powiązany jest z błędem terapeutycznym. Ten ostatni polega na postawieniu wadliwej diagnozy, która pociąga za sobą wybór niewłaściwej metody lub nieodpowiedniego sposobu leczenia. Szczególną postacią błędu terapeutycznego jest tzw. błąd operacyjny polegający na wadliwym (nieprawidłowym przeprowadzeniu zabiegu, który z reguły wywołuje stosunkowo najpoważniejsze skutki (w postaci szkód nieodwracalnych) np. nieuzasadnione okolicznościami i nieprawidłowe zwężenie lub poszerzenie pola operacyjnego. Za błąd terapeutyczny uznaje się także zaniechanie opieki pooperacyjnej oraz niewdrożenie koniecznej rehabilitacji. Obowiązki lekarza nie kończą się bowiem z chwilą zakończenia operacji. W pojęciu leczenia tj. czynności fachowych objętych zakresem błędu, mieszczą się również szeroko rozumiane powinności pooperacyjne przewidujące objęcie pacjenta starannym nadzorem pooperacyjnym tak, by wyeliminować ryzyko powstania powikłań. Nadzór ten powinien jednocześnie trwać tak długo, jak jest to konieczne i uzasadnione w okolicznościach konkretnego przypadku.

W tym miejscu można przywołać wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 24 stycznia 2008 r. w sprawie I ACa 354/07, który orzekł, że do obowiązków lekarzy nie tylko w czasie operacji, ale także po jej przeprowadzaniu należy podjęcie takiego sposobu postępowania, który gwarantować powinien przy zachowaniu aktualnej wiedzy i zasad staranności, przewidywany efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażenie pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia. W szczególności więc, jeśli stan pacjenta i charakter zabiegu tego wymagają, niezbędne jest wdrożenie programu rehabilitacyjnego po to, by przywrócić choremu możliwie największą sprawność w stosunku do okresu sprzed dokonania interwencji (zob. „Odpowiedzialność cywilna za błąd w sztuce lekarskiej” Kinga Bączyk-Rozwadowska, Zakład Prawa Medycznego UMK w Toruniu oraz wyroki SN: 18 lutego 1972 r. II CR 609/71, z 20 marca 2002 r. V

CKN 909/00, SO w Bydgoszczy z 19 lipca 1999 r. I C 1150/98, SN z 10 marca 2006 r. IV CSK 80/05, SO w Katowicach z 17 grudnia 2003 r. II C 844/01, SA w Lublinie z 10 stycznia 2002 r. I ACA 576/01, SA w Poznaniu z 8 lutego 2006 r. I ACa 1131/05, SA w Lublinie z 29 listopada 2005 r. I ACa 510/05, SA w Warszawie z 24 stycznia 2008/ r. I ACa 354/07, SA w Lublinie z 4 marca 2009 r. I ACa 12/09, SO w Radomiu z 30 marca 2009 r. I C 681/06).

Przenosząc powyższe uwagi na grunt sprawy niniejszej, ocenie pod kątem przesłanek odpowiedzialności cywilnej „zadośćuczynieniowej” podlegało postępowanie lecznicze ubezpieczonego Zakładu wobec powódki i to nie tylko decyzja o zakwalifikowaniu wymienionej do zabiegu operacyjnego, lecz prawidłowość jego przeprowadzenia, przyczyny przeprowadzenia drugiej operacji, jak również to, czy pomiędzy nadal utrzymującymi się dolegliwościami bólowymi, bliznami i doznany uszczerbkiem na zdrowiu powódki a zabiegiem przeprowadzonym w ubezpieczonym szpitalu istnieje normalny związek przyczynowy.

Przede wszystkim w tej mierze jak już to zostało powiedziane, Sąd oparł się na dokumentacji medycznej oraz opinii pisemnej i opinii uzupełniającej biegłych oraz opinii uzupełniającej ustnej złożonej do protokołu rozprawy z 7 września 2020 r.

Ze wzmiankowanych opinii przede wszystkim w sposób jasny i konsekwentny wynika, iż całokształt obrażeń powódki spowodowany wypadkiem komunikacyjnym jakiemu uległa ona w dniu 17 grudnia 2014 r. nie uzasadniał konieczności ingerencji operacyjnej jako takiej, w szczególności, w takiej formule jaką faktycznie wobec niej zastosowano.

Brak bowiem ubytków neurologicznych, brak występowania niedowładu kończyn dolnych, brak zaburzenia funkcji zwieraczy czy czucia, potwierdzony klinicznie i w obrazie radiologicznym w chwili przyjęcia powódki do szpitala w E. przemawiał za tym, że wystarczającą metodą leczenia była jego forma zachowawcza w postaci unieruchomienia kręgosłupa za pomocą gorsetu. Nadto, doznane złamania nie były uciskowe i miały stabilny charakter, a więc nie wymagający natychmiastowej inwazyjnej reakcji.

Błędna też decyzja co do wyboru metody inwazyjnego leczenia, ostatecznie zaskutkowała dalej idącymi konsekwencjami, nie tylko związanymi ze zbędnym przejściem operacji jako takiej i związanymi z nią uciążliwościami, lecz również konsekwencjami nieprawidłowości jakie związane były z jej takim, a nie innym jej wykonaniem .

Jak bowiem wynika z treści opinii operacja ta, która była w świetle jej treści zbędna, stała się źródłem dodatkowego uszczerbku i przyczyną, jeśli nie długotrwałego, to przedłużonego leczenia.

Otóż, jak wynika z dokumentacji medycznej i wniosków opinii biegłych, a także całościowej, dokonanej przez Sąd logicznej oceny ciągu zdarzeń, wykonanie zabiegu wkręcenia śrub pod względem technicznym i jednocześnie medycznym było nieprawidłowe.

W tego typu operacjach (co jest poza sporem w płaszczyźnie medycznej) śrubę osadza się dokładnie w łuku kręgowym, który jest częścią i przestrzenią mocną, silną i dającą gwarancję stabilnego jej osadzenia, bez ryzyka jej przemieszczenia. Śruba wkręcona zaś w sposób niedokładny, w szczególności tak, że jej oś przechodzi nawet w sposób minimalny przez światło kanału kręgowego, siłą rzeczy może powodować jej przypadkową lub nieprzypadkową styczność z rdzeniem, powodując (w najlepszym razie) silny ból, a nawet może prowadzić do uszkodzenia , czy przerwania rdzenia kręgowego.

W ty miejscu należało ocenić, czy faktycznie do wadliwego osadzenia śruby tj. takiego jaki uwidoczony jest na wyniku badania faktycznie doszło już podczas operacji, czy też (co teoretycznie w świetle opinii również jest możliwe) owo zastane, finalne umiejscowienie wynika (co zdaje się sugerować strona pozwana) np. z przemieszczenia się poniewczasie śruby spowodowanego np. niewłaściwym przestrzeganiem reżimu rekonwalescencyjnego przez powódkę.

Otóż rozważając tę kwestię w płaszczyźnie dowodowej zebrany w sprawie materiał dowodowy, oraz określone domniemania faktyczne, nakazują uznać, iż osadzenie śruby w trakcie operacji jest tożsame z tym, jakie wynika ze stwierdzonego w trakcie badania wykonanego okresie późniejszym.

Jeśli chodzi też o bezpośrednie środki dowodowe, które w normalnym toku zdarzeń i takiej samej, przyjętej zwykle procedurze „okołooperacyjnej” mogłyby i winny o powyższym zaświadczyć, bądź powyższemu zaprzeczyć, takich dowodów wprost w sprawie nie ma, bowiem żadne zdjęcia z przyczyn bliżej nieznanymi nie zostały wykonane lub nie są obecnie dostępne.

Jak wynika zaś z opinii - i co nie jest z fachowego punktu widzenia kwestionowanym - rutynowym postępowaniem w tego typu operacjach jest również ich rejestrowanie za pomocą wykonanych w trakcie zabiegu zdjęć rentgenowskich. Lekarze operujący powódkę wskazali w trakcie przesłuchania, że wprowadzanie śrub odbywa się z bieżącą pomocą wskazanej aparatury monitorującej, choć bez zapisywania tychże zdjęć, dlatego też przebieg operacji powódki nie został utrwalony za pomocą takich zdjęć.

W związku z tym, (również w świetle opinii) nie da się ze 100%-ową pewnością ustalić, czy zabieg wkręcania śrub u powódki był technicznie wykonany prawidłowo, czy jest zgodnie ze stanowiskiem pozwanego skutkiem np. innej aktywności powódki jak rehabilitacja, czy też jej „nadaktywności” (np. niedozwolonego dźwigania)

Całościowa jednakże ocena materiału dowodowego w tej mierze jak i okoliczności sprawy przemawiają na niekorzyść strony pozwanej.

Od kluczowej choćby strony rozkładu ciężaru dowodu można stwierdzić, iż skoro w niedługim czasie po wykonaniu operacji śruba w sposób bezsprzeczny przechodzi przez światło kanału rdzenia kręgowego, to faktycznie, zgodnie z zasadami doświadczenia życiowego, nie sposób żadną miarą domniemywać, iż doszło w bliżej nieokreślony sposób i według niewiadomego bliżej mechanizmu do migracji tejsze śruby, jeśli jakiegokolwiek inne okoliczności za powyższym w żaden sposób nie przemawiają.

Logicznie rzecz biorąc, od strony procesowej trudno też tutaj dowodem przeciwnym tj. na okoliczność, że śruba się od dnia operacji nie przesunęła w sposób samoistny obciążać pacjenta, bowiem byłoby to w istocie obciążaniem strony wykazaniem faktu negatywnego.

Co więcej, za tym, iż do migracji śruby w sposób niekontrolowany faktycznie nie doszło, zaświadczały inne okoliczności sprawy.

Taki stan rzeczy potwierdza choćby fakt stałego, permanentnego od dnia operacji odczuwania bólu przez powódkę po wykonanej operacji, który to był konsekwentnie przez nią manifestowany. Co więcej, uległ on jeśli nie wyeliminowaniu, to zdecydowanemu zmniejszeniu dopiero po przeprowadzeniu drugiej operacji usuwającej śruby stabilizujące kręgosłup.

Za twierdzeniami powódki w zakresie odczuwanego przez nią bólu po operacji przemawia zgromadzona przez nią dokumentacja medyczna, która obrazuje choćby jej determinację w zakresie ustalenia przyczyny źródła utrzymującego się bólu i uciążliwości w codziennym funkcjonowaniu. Częstotliwość odbywanych konsultacji zarówno w przychodni (...) w E. u lek. operującego M. D., jak również konsultacje u innych specjalistów doprowadziły zresztą ostatecznie do wykonania badania rezonansu magnetycznego kręgosłupa na poziomie odcinka lędźwiowego zarówno bez kontrastu jak i z kontrastem 11 marca 2015 r.

Opis przebytego badania wskazywał na nieprawidłowości, polegające na tym że górna śruba stabilizująca w trzonie (...) po stronie prawej ustawiona została „nieco skośnie”, stycznie do przedniej części dolnej blaszki granicznej trzonu (...), zaś tylna część dolnej śruby również po prawej stronie została wysunięta ku tyłowi i przylegała do tylnej powierzchni mięśnia wielodzielnego grzbietu.

To ostatnie mogło skutkować poważnymi konsekwencjami neurologicznymi w tym nawet do paraliżem nóg.

Jak wskazali powołani w sprawie biegli, już w marcu 2015 r. istniało uzasadnienie do zakwalifikowania powódki do usunięcia zespolenia, a dalsze jego utrzymywanie mogło grozić poważnymi powikłaniami neurologicznymi. Ostatecznie zresztą u powódki przeprowadzono operację polegającą na usunięciu śrub, po której w znacznym stopniu zmniejszyło się odczuwanie przez nią dolegliwości bólowych.

Powyższe okoliczności w sposób logiczny dopełniają rzeczywistego obrazu stanu rzeczy potwierdzającego w istocie wadliwe osadzenie śruby.

W tym miejscu należy zauważyć, że Sąd poniechał odrębnej oceny ewentualnych zaniechań lek. M. D. w czasie odbywania konsultacji przez powódkę, w szczególności braku właściwego wyciągnięcia wniosków z opisu badania (...), albowiem jak wskazał pełnomocnik powódki na rozprawie w dniu 2 grudnia 2020 r. podstawą faktyczną zgłoszonych żądań jest błąd pierwszej operacji i konieczność wykonania drugiej operacji, która w normalnym toku zdarzeń byłaby zbędna.

Wynikiem tego doprecyzowania było wskazanie przez przeciwnika procesowego, że praktyka lekarska lek. M. D. (4) prowadzona w formie spółki jawnej w poradni w Szpitalu w E. jest odrębnym podmiotem od (...) w E. (por. protokół z rozprawy 2 grudnia 2020 r. k. 313).

Na marginesie i w sposób zupełnie uboczny warto jedynie przywołać poglądy literatury przedmiotu (wskazane wcześniej), że opieka lekarska operującego lekarza nie kończy się z chwilą wypisania pacjenta do domu, lecz rozciąga się również na czas pooperacyjny. Dlatego też za co najmniej dyskusyjne należało uznać przejście do porządku nad wynikami badania (...) wykonanego przez powódkę 11 marca 2015 r., a przedłożonymi wymienionemu lekarzowi 7 kwietnia 2015 r. W sytuacji zagrożenia wystąpienia ucisku na rdzeń kręgowy i pozostawiania powódki w sytuacji zagrożenia dla życia i zdrowia ten element dopełnia jedynie obrazu mało jak się wydaje dbałego podejścia do skarg i relacji składanych przez powódkę.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz. U. 2009 r. , nr 52, poz. 417) pacjent ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Przyjęty przez pozwany szpital model wdrożonego leczenia stał się ostatecznie przyczyną bądź zbędnego leczenia w postaci inwazyjnej operacji , bądź też wykonaniem operacji w sposób oczywiście wadliwy.

Konsekwencją wadliwej zaś operacji była druga operacja, która okazała się niezbędna dla ratowania życia i zdrowia powódki i stanowiła, jak należy przyjąć, udaną zresztą próbą eliminacji negatywnych następstw przeprowadzonej operacji, jak również metody podjętego przez pozwanego leczenia.

Przechodząc do oceny skali krzywdy powódki - ta jest niezmiernie trudna do ścisłego rozgraniczenia i wychwycenia choćby z powodu tego, iż na powyższe siłą rzeczy nakładają się skutki wypadku komunikacyjnego jakiemu uległa powódka i za które to skutki zostało zasądzone na jej rzecz zadośćuczynienie.

Tak też z jednej strony nie sposób stwierdzić, co wynika zresztą z opinii, że wdrożenie leczenia zachowawczego definitywnie uchroniłoby powódkę od negatywnych następstw wypadku oraz odczuwanych cierpień.

Z drugiej jednakże strony, zbędna jak należy uznać operacja, spowodowała sytuację w której powódka poniosła jej zbędne w istocie uciążliwości, w tym choćby skutki naruszenia integralności ciała związane z mechanizmem operacji (wprowadzenie ciała obcego do organizmu, z czym związane było wykonanie nawięrtów pod wkrety, które po usunięciu śrub pozostały).

Jest też oczywistym, choć trudnym do ścisłego ocenienia, iż wykonane zbędnie ostatecznie otwory stanowią pewne osłabienie konstrukcji kręgosłupa, mogące rzutować na przyszłe jego funkcjonowanie.

Z kolei jeśli alternatywnie przyjąć medyczną dopuszczalność operacji jako takiej, to jej wadliwe wykonanie spowodowało długotrwałe dolegliwości bólowe i konieczność reoperacji, wiążącej się z oczywistymi, kolejnymi uciążliwościami, w tym bólowymi, co wynika w sposób oczywisty z zeznań powódki.

Dopiero zresztą wykonanie drugiej operacji polegającej na usunięciu śrub, przyniosło znaczącą ulgę w cierpieniu powódki.

Dzięki niej powódka stała się osobą bardziej samodzielniejszą, a obecna kondycja fizyczna i psychiczna pozwala jej na pracę zawodową. Podkreślenia wymaga, że powódka jest fizjoterapeutką w Poliklinice w O. i ta praca wymaga dostatecznej fizycznej sprawności organizmu.

Co do wysokości zadośćuczynienia, ma ono przede wszystkim charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty sumy symbolicznej, lecz musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość. Jednocześnie winno ono być utrzymane w rozsądnych granicach. Od osoby odpowiedzialnej za szkodę poszkodowany winien otrzymać sumę pieniężną na tyle w danych okolicznościach odpowiednią, by mógł za jej pomocą zatrzeć lub załagodzić poczucie krzywdy i odzyskać równowagę psychiczną (zob. uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973 r., III CZP 37/73, OSNC 9/1974/145).

Istotne jest także to, że zadośćuczynienie ma charakter jednorazowy, powinno zatem uwzględniać w sposób całościowy wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które mogą powstać w przyszłości.

Nie bez znaczenia pozostaje tu fakt, iż prawomocnym wyrokiem zasądzono na rzecz powódki od ubezpieczyciela sprawcy wypadku zadośćuczynienie, wyrównując je do kwoty 100.000 zł.

Podstawą prawną tamtego żądania również stanowiły przepisy art. 445 § 1 w zw. z art. 444 k.c., choć podstawa faktyczna była odrębna (wypadek samochodowy). Rozgraniczenie obu tych spraw i zakresu podstaw faktycznych jest ważne, jednocześnie też obiektywnie trudne i w zasadzie nieuchwytnie.

Otóż, w postępowaniu przed Sądem Okręgowym w (...) powódka wywodziła swoje roszczenie z faktu uczestniczenia w wypadku komunikacyjnym, którego skutkiem było doznanie przez nią złamania 12 kręgu piersiowego, złamania koron trzech zębów oraz średnio rozległych wielomiejscowych stłuczeń ciała, które to obrażenia spowodowały u niej naruszenie prawidłowych czynności kręgosłupa i narządu ruchu na czas przekraczający 7 dni.

W niniejszej natomiast sprawie tym zdarzeniem jest błędna metoda i błędnie wykonany zabieg stabilizacji kręgosłupa, a następnie konieczność drugiej operacji zmierzającej do zniwelowania skutków pierwszego zabiegu.

Szkoda (krzywda) jaka była przedmiotem ustaleń zarówno w sprawie z odpowiedzialności cywilnej OC sprawcy wypadku, jak i w niniejszej sprawie – wzajemnie się w jakiejś mierze pokrywają i są jakościowo podobne.

W obu tych przypadkach, chodzi o ból, cierpienie, składające się krzywdę jakiej doznała powódka. W sprawie rozpatrzonej przed sądem w (...) krzywda powódki obejmowała czas od chwili wypadku do powrotu do pracy i jest wynikiem leczenia powypadkowego, hospitalizacji i leczenia operacyjnego, również objętego badaniem niniejszej sprawie.

Niewątpliwie zbędny w ocenie biegłych zabieg operacyjny pozostawił na ciele powódki szpecące blizny i tylko z tego tytułu biegli z tego tytułu ocenili trwałe uszczerbek na zdrowiu na 3%.

Nadto, przebyte zabiegi mogą, choć nie muszą być wyłączną przyczyną lub współprzyczyną postępującej choroby zwyrodnienia kręgosłupa w stopniu wyższym niż u osoby, która przedmiotowych zabiegów by nie przeżyła.

Dlatego też, w ocenie Sądu, należało odpowiednio do całokształtu powyższych okoliczności zmiarkować zadośćuczynienie, odpowiednio rekompensując powódce doznaną krzywdę w wyniku przeprowadzenia tych dwóch operacji.

W ocenie Sądu, adekwatną do tego całokształtu jest kwota 70.000 zł.

Jakkolwiek biegli wskazali, że alternatywne i zarazem prawidłowe postępowanie medyczne w stosunku do powódki w postaci unieruchomienia kręgosłupa w gorsecie, wpływałoby również na zmniejszenie ruchomości kręgosłupa, występowanie objawów korzennych i mogłoby skutkować wzmożonym napięciem mięśni, czy też progresją zmian o charakterze zwyrodnieniowym (por. opinia k. 249), niemniej jednak, nie zmienia to całokształtu dodatkowych następstw spornej operacji opisanych wcześniej.

Dlatego też dalej idące żądanie o zadośćuczynienie Sąd oddalił.

O odsetkach Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 481 k.c., zgodnie z żądaniem pozwu. Powódka wezwała Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala (...) w E. z 22 marca 2017 r. do zapłaty kwoty 180.000 zł, które następnie zostało przekazane pozwanemu z całą dokumentacją medyczną celem przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego (k. 87). Po zapoznaniu się z materiałem dowodowym, pozwany pismem z 24 kwietnia 2017 r. poinformował powódkę o braku wystarczającej dokumentacji medycznej (k. 88), po czym pismem z 23 maja 2017 r. odmówił wypłaty świadczenia (k. 89).

W ocenie Sądu, już w dniu 24 kwietnia 2017r. posiadał wystarczającą wiedzę na temat przebiegu procesu leczenia, zaś argumentacja pozwanego w ostatnim wymienionym piśmie nie zasługuje na uwzględnienie. Pozwany bowiem wskazał, że nie otrzymał dokumentacji medycznej, podczas gdy Szpital przekazując zgłoszenie szkody przekazał wymienianemu te właśnie dokumenty.

Przepis art. 817 § 1 k.c. stanowi, iż ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Pozwany nie udowodnił, iż niezbędny termin do ustalenia wszelkich wątpliwości wiążących się z okolicznościami zdarzenia był dłuższy. W toku niniejszego postępowania nie pojawiły się żadne nowe okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej szkody, a które nie występowałyby w toku postępowania likwidacyjnego, ewentualnie których w toku takiego postępowania nie byłoby można ustalić. Biorąc pod uwagę datę zgłoszenia szkody, Sąd zasądził odsetki ustawowe od 25 kwietnia 2017 r. - tj. zgodnie z żądaniem pozwu.

Drugim żądaniem powódki było ustalenie odpowiedzialności na przyszłość za skutki, jakie mogą ujawnić się w stanie zdrowia powódki w przyszłości w wyniku błędu medycznego.

Zgodnie z tym przepisem powódka może żądać ustalenia przez sąd istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego lub prawa, gdy ma w tym interes prawny.

W judykaturze wskazano, iż o występowaniu interesu prawnego w żądaniu ustalenia świadczy możliwość stanowczego zakończenia w tym postępowaniu sporu między stronami, natomiast przeciwko jego istnieniu - możliwość uzyskania przez powódkę pełniejszej ochrony w drodze innego powództwa. Interes ten należy rozumieć zatem szeroko. Pojęcie to powinno być interpretowane z uwzględnieniem szeroko pojmowanego dostępu do sądu w celu zapewnienia należytej ochrony prawnej, której nie można się domagać w drodze innego powództwa (wyrok SN z dnia 15 maja 2014 r., III CSK 254/12, LEX nr 1353202, wyrok SN z dnia 31 stycznia 2008 r., II CSK 378/07, LEX nr 863958).

Podkreśla się też, że ocena istnienia interesu musi uwzględniać to, czy wynik postępowania doprowadzi do usunięcia niejasności i wątpliwości co do danego stosunku prawnego i czy definitywnie zakończy spór na wszystkich płaszczyznach tego stosunku lub mu zapobiegnie, a zatem czy sytuacja powoda zostanie jednoznacznie w tej mierze określona.

Wskazuje się też, że interes prawny w świetle art. 189 k.p.c. rozumieć należy jako obiektywną potrzebę uzyskania wyroku określonej treści, wywołaną rzeczywistym naruszeniem albo zagrożeniem sfery prawnej podmiotu występującego z powództwem o ustalenie. Oczywiście, obiektywny charakter interesu prawnego nie może być oderwany od okoliczności sprawy, gdyż podstawą niepewności co do stanu prawnego są konkretne okoliczności faktyczne, które miały wpływ na ukształtowanie stosunku prawnego lub prawa (wyrok SA w Warszawie z dnia 5

czerwca 2019 r., I ACa 185/18, Lex nr 2691197). Sama odpowiedzialność pozwanego za niewłaściwy przebieg leczenia i operowania została w niniejszym postępowaniu przesądzona treścią wyroku zasądającego.

Tym samym ustalenia Sądu w tej mierze tj. co do niewłaściwego przeprowadzenia operacji, również zostały przesądzone, co eliminuje inters prawny w ustaleniu.

Z kolei jak wynika z opinii biegłych, uszczerbek powódki związany z niewłaściwym wyborem metody leczenia oraz nieprawidłową techniką wykonania zabiegu został określony na 3%, jednakże nie jest możliwe do ustalenia, czy zmiany chorobowe w kręgosłupie powódki są wynikiem doznanego w wypadku urazu, czy samej operacji. Jak wskazano w opinii biegłych (k. 249v) w normalnej sytuacji, bez wypadku i bez operacji, zmiany kręgosłupa o charakterze zwyrodnieniowym także występują i są naturalnym procesem starzenia. Wpływ na rozwój powyższego ma także między innymi wiek, obciążenie narządu ruchu u każdej osoby oraz przebyte operacje czy zabiegi.

Powódka jest obecnie osobą aktywną zawodową, prowadzi zajęcia fitness, zajęcia rehabilitacji ruchowej, co wymaga niewątpliwie dobrej kondycji fizycznej.

W świetle powyższego, również wobec niemożności stanowczego ustalenia, że ewentualne nieuchronne, negatywne następstwa na przyszłość są skutkiem leczenia, Sąd oddalił to żądanie.

O kosztach orzeczono na podstawie art. 98 i 108 kpc.

Powódka poniosła koszty w łącznej wysokości 16.417 zł, obejmujące opłatę od pozwu 9.000 zł, wynagrodzenie pełnomocnika 5.400 zł, opłatę skarbową od pełnomocnictwa – 17 zł, a także uiściła zaliczkę w wysokości 2.000 zł.

Pozwany poniósł zaś koszty w rozmiarze 7.400 zł obejmujące wynagrodzenie pełnomocnika 5.400 zł i zaliczkę na wydatki w wysokości 2.000 zł.

Dokonując stosunkowego rozdzielenia kosztów, Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1.860 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Kwota została wyliczona w oparciu o procentowy stopień w jakim powódka wygrała sprawę tj. 38,88% (70.000 zł x 100%/180.000 zł), który następnie został pomnożony przez koszty procesu, które powódka poniosła, co dało po jej stronie kwotę 6.383 zł. Kwota ta została zminusowana odpowiednio z kwotą należną pozwanemu, a więc 7.400 zł x 61,12% = 4.523 zł. Różnica obu tych kwot (6.383 zł – 4.523 zł) daje 1.860 zł. i taką też kwotę Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki tytułem zwrotu kosztów procesu.

O kosztach sądowych orzeczono w oparciu o art. 113 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych. Otóż wydatki pokryte tymczasowo ze Skarbu Państwa to kwota 2.493,36 zł, na którą składały się zwrotu kosztów podróży świadkowi M. D. (1) (k. 186) oraz wydatki na wynagrodzenie biegłych (k. 229, 254). W związku z tym, że pozwany przegrał proces w 38,88%, należało ściągnąć od niego 970 zł.

Stosując zaś odpowiednio art. 102 k.p.c. w zw. z art. 113 uoksc Sąd odstąpił od ściągnięcia brakujących wydatków tymczasowo pokrytych ze Skarbu Państwa od powódki uznając, że w niniejszej sprawie zachodzi szczególnie uzasadniony wypadek, a mianowicie:

- a) powódka była w sposób uzasadniony okolicznościami przekonana o słuszności swoich żądań, które co do zasady zostały uwzględnione,
- b) wysokość dochodzonego roszczenia zależała od wyników postępowania dowodowego oraz dyskrecjonalnej oceny Sądu.

Okoliczności wskazane wyżej, przemawiały za odstąpieniem od obciążania kosztami sądowymi w omawianej części.