

Sygn. akt: I1C 372/20

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

G., dnia 4 października 2022r

Sąd Rejonowy w Gdyni, I Wydział Cywilny sekcja do spraw rozpoznawanych w postępowaniu uproszczonym

Przewodniczący: SSR Małgorzata Nowicka – Midziak

Protokolant: st. sekretarz sądowy Iwona Górska

po rozpoznaniu w G. na rozprawie w dniu 4 października 2022r

sprawy z powództwa **B. Z.**

przeciwko **(...) S.A. z siedzibą w S.**

z udziałem **interwenienta Szpitala (...) Spółka z o. o. z siedzibą w G.**

o zapłatę i ustalenie

1. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1000 zł. (jeden tysiąc złotych) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 11 lipca 2019r do dnia zapłaty;
2. oddala powództwo w pozostałym zakresie;
3. ustala, że koszty procesu ponosi pozwany w całości, pozostawiając szczegółowe wyliczenie referendarzowi sądowemu.

UZASADNIENIE

Powód B. Z. wniósł pozew przeciwko (...) S.A. z siedzibą w S. o zasądzenie kwoty 1.000,00 zł jako częściowego zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w związku z wypadkiem z dnia 23 października 2017 roku wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 11 lipca 2019 roku do dnia zapłaty, ustalenia odpowiedzialności pozwanego za skutki zdarzenia z dnia 23 października 2017 roku, jakie mogą wystąpić u powoda w przyszłości, a także zasądzenia na swoją rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu powód podał, że dnia 23 października 2017 roku doszło do wypadku drogowego, w którym na tył motocykla kierowanego przez powoda najechał inny pojazd, co spowodowało, że powód „wyleciał” w powietrze i uderzył o jezdnię, tracąc przy tym przytomność. Powoda przewieziono do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala (...). W. a P. w G.. Po przeprowadzonych badaniach uznano, że powód nie doznał żadnych poważnych obrażeń, a jest tylko potłuczony i może zostać wypisany do domu. Powód nie zgadzał się z diagnozą lekarzy – nadal odczuwał ból i nie mógł się samodzielnie poruszać. Pomimo protestów podjęto próbę przetransportowania powoda do domu. Na skutek obrażeń powód zasłabł i doznał drgawek. Podano mu kroplówkę z lekami przeciwbólowymi. Powoda umieszczono na wózku inwalidzkim. Powodowi zaczęło robić się słabo i czuł, że mdleje. Powoda zostawiono na noc i następnego dnia wypisano do domu z zaleceniem kontynuowania leczenia w ramach POZ. Po dwóch tygodniach od wypadku stan powoda nie ulegał poprawie. Powód skorzystał w prywatnej porady lekarza ortopedy i stwierdzono m.in. złamanie miednicy i zerwania więzadeł w kolanie lewym. Dla potwierdzenia wykonano badanie rezonansem magnetycznym. Powodowi zalecono leżenie i ograniczenie ruchu do niezbędnego minimum. Po zroście miednicy zaplanowano zabieg rekonstrukcji więzadeł kolana. Powód leczył złamanie korzystając z zabiegów fizjoterapeutycznych i terapii manualnej. Powód korzystał z zabiegów prywatnie, z uwagi na długie kolejki w ramach NFZ. Po operacji powód kontynuował

rehabilitację, ale musiał ją przerwać z uwagi na brak środków finansowych. Przy wypisie ze szpitala zalecono kontrolę ortopedyczną, stosowanie leków oraz ochładzanie kolana. Powód nie odzyskał pełnej sprawności. W wyniku wypadku powód nie mógł przebywać w pozycji stojącej, schylać się oraz wykonywać gwałtownych ruchów. Powód nieustannie pozostawał w pozycji leżącej. W pomoc powodowi zaangażowana była cała rodzina. Nie był w stanie samodzielnie funkcjonować. Wiele miesięcy przebywał na zwolnieniu lekarskim. Powód doznał również rozstroju zdrowia psychicznego.

Błędna diagnoza doprowadziła do zwiększenia się cierpień powoda i znacznego wydłużenia okresu leczenia, a następnie rekonwalescencji.

Dnia 6 maja 2019 roku powód wystąpił ze stosownym roszczeniem do pozwanego, co nie przyniosło zamierzonego skutku.

(pozew – k. 8-12)

Pozwany w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na swoją rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

Zdaniem pozwanego nie doszło do jakichkolwiek błędów medycznych po stronie ubezpieczonego szpitala. Zdaniem pozwanego za doznane urazy powoda odpowiada sprawca wypadku i jego ubezpieczyciel. Pozwany nie uznawał swojej odpowiedzialności, zarówno co do zasady jak i wysokości. Pozwany podał, że nie wiadomo, czy przed wypadkiem powód miał urazy. Uczestniczył bowiem w 4 kolizjach. Nie wiadomo, czy powód leczy się na stałe. Nie ma informacji, czy powód korzystał z pomocy psychiatry/psychologa. Powód przed wypadkiem miał wykonaną operację rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego (opis wyniku badania MR kolana z dnia 10 listopada 2017 roku). Bezpośrednio po przyjeździe do szpitala powodowi wykonano: USG jamy brzusznej, RTG (miednicy, stawów biodrowych, kręgosłupa lędźwiowego), TK (głowy, kręgosłupa szyjnego). Żadne z badań nie ujawniło jakichkolwiek zmian pourazowych. Wszelkie czynności medyczne zostały wykonane z najwyższą starannością. Powód na (...) nie zgłaszał jakichkolwiek dolegliwości w zakresie stawu kolanowego. Dolegliwości bólowe w zakresie stawu kolanowego powód zgłosił po 4 tygodniach lekarzowi ortopedzie w POZ. Gdyby dolegliwości opisane w pozwie występowały – z pewnością wcześniej poszukiwałby pomocy i wykonał dodatkowe badania. Powód opisuje dolegliwości, które wynikały tylko i wyłącznie z wypadku komunikacyjnego (a nie jakiegokolwiek błędu medycznego). Powód nawet nie sprecyzował, na czym polegał błąd medyczny i jakie są ewentualne jego konsekwencje.

Powód nie wykazał, że doszło do wystąpienia krzywdy w związku z działaniami personelu szpitala, a nadto iż żądana pozwem kwota jest niewspółmierna do rozmiaru odniesionej przez nią krzywdy.

Nie ma podstaw do uznania, że mogą wystąpić inne objawy po blisko 3 latach od wypadku i 2,5 roku od zakończenia leczenia. Dlatego brak jest podstaw do ustalania odpowiedzialności pozwanego na przyszłość.

Ewentualne odsetki od kwoty zadośćuczynienia powinny być zasądzone od dnia wyrokowania.

(odpowiedź na pozew – k. 56-60v.)

Interwencję uboczną po stronie pozwanej zgłosiły Szpitale (...) sp. z o.o. z siedzibą w G.. Interwenient wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

Interwenient zakwestionował powództwo tak do zasady z uwagi na brak zawinięcia pozwanego, jak też co do wysokości. Postępowanie lecznicze szpitala, w jego ocenie było prawidłowe, podejmowane działania adekwatne do sytuacji klinicznej oraz zgłaszanych przez powoda dolegliwości. Interwenient nie odpowiada za doznanie urazu oraz jego skutki. Podmiotem odpowiedzialnym jest sprawca wypadku i jego ubezpieczyciel. Powód nie podaje, czy uzyskał zadośćuczynienie/odszkodowanie od ubezpieczyciela sprawcy, a zatem, czy jego szkoda została zrekompensowana. Po przewiezieniu do szpitala chirurg nie stwierdził żadnych odchyłań w badaniu fizykalnym, poza bolesnością w okolicy biodra prawego. Wykonano badania: USG jamy brzusznej – bez zmian, RTG miednicy i stawów biodrowych, RTG

kręgosłupa lędźwiowego – nie stwierdzono zmian pourazowych. Wykonano także TK głowy, TK kręgosłupa szyjnego – nie stwierdzono zmian. Po okresie obserwacji, podaniu leków przeciwbólowych, chory został wypisany z (...) z zaleceniami do kontroli POZ. Powód otrzymał pomoc medyczną zgodną z aktualną wiedzą medyczną i udzieloną z należytą starannością. Interwenant przedstawił argumentację przedstawioną przez pozwanego pozwanego.

(interwencja uboczna – k. 92-101)

Dnia 6 maja 2021 roku postanowiono o rozpoznaniu sprawy w dalszym ciągu z pominięciem przepisów o postępowaniu uproszczonym.

(postanowienie – k. 186)

Stan faktyczny:

Dnia 23 października 2017 roku powód, po wypadku drogowym na motocyklu, przewieziony został na Szpitalny Oddział Ratunkowy Szpitala św. W. a P., który zgodnie z odpisem KRS (...) został przejęty w 2014r przez interwenienta ubocznego Szpitala (...) sp. z o.o. w G..

Lekarz dokonał ogólnych oględzin ciała powoda. Wykonano badania: USG jamy brzusznej, RTG miednicy i stawów biodrowych, kręgosłupa lędźwiowego, TK głowy, kręgosłupa szyjnego i nie stwierdzono zmian pourazowych. W czasie pobytu w szpitalu powód utracił przytomność przy próbie pionizacji. Po obserwacji, podaniu leków przeciwbólowych, pomimo zgłaszanych przez powoda dolegliwości bólowych, przewieziono go do domu z zaleceniami kontroli w POZ. W czasie domowego leczenia powód próbował wstawać i poruszać się przy pomocy balkonika, co wiązało się z bólem o dużym natężeniu. Po dwóch tygodniach od zdarzenia powód zgłosił się do (...) w G., skąd został skierowany na badanie rtg miednicy i stawu kolanowego lewego. Po wykonaniu badań powód zgłosił się do (...), gdzie rozpoznano powypadkowe złamanie miednicy i zalecono leżenie przez okres kolejnych dwóch tygodni oraz wydano zalecenie wykonania badania MR miednicy i stawu kolanowego. Od tego czasu przez dwa tygodnie powód stosował łóżkowy tryb życia. Natężenie bólu, w skali od 0-10, u powoda należy z uwagi na złamanie miednicy określić na poziomie 7, a po urazie i zabiegu stawu kolanowego – natężenie bólu to 4. Następnie powód został skierowany na zabiegi rehabilitacyjne stawu kolanowego, po których dolegliwości kolana nie ustąpiły. W dniu 12.02.2018r powód został poddany zabiegowi operacyjnemu – artroskopii stawu kolanowego, rekonstrukcji rewizyjnej więzadła krzyżowego przedniego (...) i rekonstrukcji więzadła pobocznego przyśrodkowego kolana przeszczepem pobranym ze ścięgna A.. W szpitalu w Nadmorskim Centrum Medycznym w G. przebywał w okresie 12.02.-13.02.2018r. Rehabilitację odbywał do maja 2018r, podejmował również rehabilitację we własnym zakresie. Przebywał przez okres 182 dni na zasiłku chorobowym. W czasie łóżkowego trybu życia powoda wspomagała rodzina.

(dowód: dokumentacja medyczna – k. 16-26, 74v.-77v., zeznania świadka B. L. – k. 168-169v., płyta – k. 172, zeznania powoda – k. 169v.-171v., płyta – k. 172, opinia biegłego z dnia 7.06.2021r k. 192 akt)

Dnia 23 października 2017 roku powód doznał następujących urazów: złamania gałęzi dolnej i górnej kości łonowej prawej i uszkodzenia przeszczepu więzadła krzyżowego przedniego z uszkodzeniem więzadeł przyśrodkowych stawu kolanowego lewego.

W dniu wypadku, po wykonaniu badań RTG miednicy, nie rozpoznano złamania miednicy w okolicy spojenia łonowego. Złamanie rozpoznano dopiero po dwóch tygodniach od zdarzenia, w innej wskazanej wyżej placówce medycznej. Po wykonaniu badania rezonansem magnetycznym, okazało się, że powód doznał jeszcze dodatkowo złamania gałęzi górnej kości łonowej prawej – na RTG z (...) z dnia 23 października 2017 roku widoczne jest jedynie złamanie gałęzi dolnej kości łonowej prawej.

Powód nie doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu z powodu nie rozpoznania złamania miednicy w dniu zdarzenia. Nie rozpoznanie złamania w (...) skutkowało natomiast dłużej trwającymi dolegliwościami bólowymi i dłuższym o dwa tygodnie leczeniem. Dolegliwości bólowe wskutek nieprawidłowej diagnostyki zwiększyły się. Spóźnione rozpoznanie

więzało się bowiem z brakiem zalecenia odnośnie łóżkowego trybu życia i ponieważ powód ruszał się, podejmował próby chodzenia, doprowadziło to do zwiększenia się dolegliwości bólowych. Zwykle złamanie miednicy w typie, którego doznał powód goi się w przeciągu 6 tygodni. Po okresie około 8 tygodni powód mógł powrócić do swojej pracy zarobkowej. Okres niezdolności do pracy powoda był jednak dłuższy z powodu błędnej diagnozy, urazu stawu kolanowego i następnie przebytej rekonstrukcji (...).

W wyniku złamania kości łonowej prawej i uszkodzenia przeszczepu (...) dolegliwości bólowe były znaczne. Były w stopniu nasilenia wymagającym leżenia w łóżku i systematycznego przyjmowania środków przeciwbólowych przez około dwa tygodnie. W późniejszym okresie bóle znacznie zmniejszyły się i powód wymagał wówczas przyjmowania środków przeciwbólowych okazjonalnie. Po około czterech tygodniach od złamania dolegliwości bólowe miednicy pozwalały powodowi poruszać się poza mieszkaniem.

Obecnie przebyte złamanie miednicy nie skutkuje jakimikolwiek ograniczeniami. Bóle tylnej części miednicy podczas badania fizykalnego dnia 9 czerwca 2021 roku nie ma związku z przebyтым złamaniem miednicy.

W związku ze złamaniem miednicy i urazem stawu kolanowego powód wymagał opieki przez okres około dwóch tygodni. W tym okresie wymagał pomocy w czynnościach higieniczno-samoobsługowych, przygotowywania posiłków itd. Złamanie kości łonowej zwykle goi się przez okres do 6 tygodni, należy sądzić, że tak samo było w przypadku powoda.

Nie rozpoznanie złamania miednicy wydłużyło czas leczenia i natężenie dolegliwości bólowych u powoda, brak jednak negatywnych skutków długoterminowych błędnej diagnozy u powoda, brak trwałego uszczerbku na zdrowiu związanego z błędną diagnozą.

W dniu zdarzenia nie rozpoznano również u powoda urazu stawu kolanowego. Dopiero w dniu 10.11.2017r w wyniku badania MR stawu kolanowego ustalono uraz kolana. Zdaniem biegłego do spraw ortopedii nie było wskazań lekarskich do wykonania badania MR stawu kolanowego lewego w dniu wypadku, takie badanie wykonuje się w trybie odroczonym, co jest praktycznie jedyną metodą nieinwazyjnej diagnostyki, pozwalającą na rozpoznanie tego rodzaju uszkodzeń. Późniejsze rozpoznanie uszkodzenia (...) nie doprowadziło do negatywnych, późnych skutków w życiu powoda. Jedyną metodą leczenia urazu kolana była metoda operacyjna, którą u powoda zastosowano.

(dowód: pisemna opinia biegłego sądowego ortepedy – k. 190-194 wraz z pisemną opinią uzupełniającą – k. 223-225 oraz ustną opinią uzupełniającą – k. 338-338v., płyta – k. 340)

Pismem z dnia 6 maja 2019 roku powód zgłosił ubezpieczycielowi, u którego interwenient uboczny posiadał ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, roszczenie o zapłatę kwoty 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdy doznane przez powoda w wyniku błędnie postawionej diagnozy i wykonanych w jej następstwie zabiegów medycznych, w wyniku których doznał znacznej utraty zdrowia. Pozwany otrzymał pismo dnia 10 czerwca 2019 roku.

(dowód: pismo z dnia 06.05.2019r. – k. 27-32, akta szkody na płycie – k. 55)

Pismem z dnia 6 września 2019 roku pozwany poinformował o braku podstaw do przyjęcia odpowiedzialności cywilnej po stronie ubezpieczonego. Jednym z powodów było nie otrzymanie od ubezpieczonego pełnej historii leczenia, w szczególności wykonanych badań obrazowych. Tożsame stanowisko zajęto w piśmie z dnia 12 grudnia 2019 roku.

(dowód: pismo z dnia 06.09.2019r. – k. 38-39, pismo z dnia 12.12.2019r. – k. 40-42)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dowodów z dokumentów przedłożonych przez strony, dowodu z zeznań świadka, stron z ograniczeniem do powoda oraz opinii biegłego z zakresu ortopedii.

Oceniając zgromadzony w sprawie materiał dowodowy Sąd uznał, że dowody z dokumentów przedłożonych przez strony są wiarygodne, albowiem żadna ze stron nie kwestionowała autentyczności tych dokumentów, w tym zgodności przedstawionych kopii dokumentów z oryginałami, prawdziwości twierdzeń w nich zawartych, ani też żadna ze stron nie zaprzeczyła, że osoby podpisane pod tymi dokumentami nie złożyły oświadczeń w nich zawartych.

W ocenie Sądu brak było podstaw do kwestionowania dowodu z opinii biegłego sądowego ortopedy na okoliczność ustalenia zakresu obrażeń doznanych przez powoda w wypadku z dnia 23 października 2017 roku, ustalenia czy doszło do błędu medycznego lub błędnej diagnozy odnośnie stanu zdrowia powoda po wypadku, czy powód doznał uszczerbku na zdrowiu na skutek ewentualnego błędu medycznego lub błędnej diagnozy, czy wydłużył się proces leczenia powoda, o jaki okres czasu, czy wzrosły i w jakim zakresie dolegliwości i cierpienia, a także ograniczenia w życiu codziennym – po zdarzeniu, w jakim okresie czasu, czy wymagał w związku z ewentualnym błędem medycznym/ błędną diagnozą wydłużonej opieki, w jakim okresie i zakresie, czy błędna diagnoza lub błąd medyczny wywołały długoterminowe skutki w stanie zdrowia powoda po wypadku.

Wnioski do jakich doszedł biegły są stanowcze i zostały logicznie uzasadnione, nie budzą one także wątpliwości Sądu w świetle zasad doświadczenia życiowego czy wiedzy powszechnej. Biegły w pisemnej i ustnej uzupełniającej opinii jednoznacznie wskazał, że doszło do błędnej diagnozy i jakie pociągało to skutki w sferze zdrowia powoda oraz rokowań na przyszłość. Dlatego opinię biegłego uznano za w pełni wiarygodną i przydatną dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd nie widział podstaw do odmowy wiarygodności zeznaniom świadka oraz powoda. Należało mieć na uwadze, że cierpienie (psychiczne lub fizyczne) jako odczuwalne zjawisko jest własnością doświadczeń zmysłowych i w pewnym sensie jest subiektywne. Stąd zobiiektywizowanie cierpień powoda przez pryzmat wiedzy specjalnej lub zasad doświadczenia życiowego nie dewaluuje mocy dowodowej zeznań powoda, podlegających zasadom swobodnej oceny dowodów. Sąd dał wiarę powodowi w zakresie, w jakim opisał przebieg procesu diagnostycznego, a także dalsze leczenie i towarzyszące mu dolegliwości bólowe. Podobnie świadek zgodnie relacjonowała przebieg leczenia powoda i jego trudności w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego. Zeznania te były zgodne ze zgromadzoną w sprawie dokumentacją medyczną i uzupełniały fakty z niej wynikające.

Materialnoprawną podstawę wywiedzonego przeciwko pozwanemu powództwa stanowiły przepisy art. 444 § 1 k.c. oraz 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. w zw. z art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. Normy prawne wynikające z art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. znajdują zastosowanie w stosunku do odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, na rachunek którego lekarze zatrudnieni w tych jednostkach wykonują czynności medyczne (zob. m.in. wyrok SA we Wrocławiu z 2 marca 2012r., I ACa 123/12, LEX nr 1238466, wyrok SN z 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10, publ. OSNC z 2011 r. nr 10 poz. 16).

Odpowiedzialność szpitala na podstawie art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c. zachodzi wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki odpowiedzialności deliktowej, a zatem gdy do wyrządzenia szkody doszło przez zawinione działanie lub zaniechanie personelu medycznego, istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą, przy czym do wyrządzenia szkody doszło przy wykonywaniu powierzonej czynności medycznej. W tej sytuacji, nie można mieć wątpliwości, że podmiot leczniczy, co do zasady ponosi odpowiedzialność na mocy art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. za działania i zaniechania personelu medycznego świadczącego usługi medyczne na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala im. (...). W. a P. w G.. W dalszej kolejności należało dokonać ustalenia, czy doznana przez powoda krzywda, jest wynikiem nieprawidłowego działania lub zaniechania pozwanego, a dokładniej rzecz ujmując personelu medycznego, za którego działania szpital ponosi odpowiedzialność.

Natomiast wobec faktu obowiązywania pomiędzy Szpitale (...) sp. z o.o. z siedzibą w G. a pozwanym umowy ubezpieczenia w czasie zaistnienia zdarzenia szkodowego, powód – jako osoba trzecia wskazana w art. 822 § 1 k.c. – mógł dochodzić naprawienia szkody bezpośrednio od ubezpieczyciela. Zgodnie bowiem ze wskazanym art. 822 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za

szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. W myśl § 4 tego artykułu uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela.

Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 1997 Nr 28, poz. 152 ze 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.

O zawinieniu fachowego personelu medycznego może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanej procedury diagnostycznej, jeżeli oceniając obiektywnie, nie powinna wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Do obowiązków personelu medycznego należy bowiem podjęcie takiego sposobu postępowania (diagnostyki/leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci prawidłowej diagnozy, a przez to wyleczenia, a przede wszystkim nienarażanie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia (por. m.in. wyrok SN z 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09, Lex nr 786500601).

W judykaturze dokonano rozróżnienia błędu w sztuce lekarskiej na błąd diagnostyczny (rozpoznania), błąd prognozy (rokowania) oraz błąd w leczeniu (terapeutyczny) (tak m.in. SN w wyroku z 24 października 2013 r., IV CSK 64/13, LEX nr 1413156).

Błąd diagnostyczny polega bądź na mylnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby, bądź częściowo na nierozpoznanie rzeczywistej choroby pacjenta. W toku postępowania, w którym powód zarzucał popełnienie błędu diagnostycznego należało ustalić, czy nierozpoznanie złamania miednicy było usprawiedliwione występującymi objawami, czy też wynikało z przyczyn zawinionych przez lekarza (np. nieprzeprowadzenie dodatkowych badań, mylnego odczytania wyniku badania, zaniechanie konsultacji z innym specjalistą). Mimo takiego błędu lekarz nie odpowiada, gdy przedsięwziął wszystko, co w danych okolicznościach było konieczne i możliwe, gdyż nie można od niego wymagać nieomyślności (por. wyrok SO w Warszawie z 30.10.2019 r., XXV C 778/16, LEX nr 2761634).

W okolicznościach niniejszej sprawy zważyć należało, że po przewiezieniu powoda na (...) w pierwszej kolejności wykonano oględziny ciała powoda. Początkowo nie wykonano badania RTG miednicy. Dopiero po próbach pionizacji powoda, które zakończyły się chwilową utratą przez niego przytomności pozostawiono go na obserwacji i wykonano RTG miednicy. Strony (w tym interwenient) były zgodne, że nie stwierdzono wówczas zmian pourazowych. Diagnoza ta oczywiście była błędna. Dopiero po około 2 tygodniach powód na podstawie tego samego zdjęcia RTG wykonanego w szpitalu uzyskał diagnozę złamania miednicy. Diagnoza ta została rozszerzona badaniami MR. Przez czas do uzyskania tej diagnozy powód nie stosował w pełnym stopniu łóżkowego trybu życia. Próbował wstawać, ale to wiązało się ze znacznymi dolegliwościami bólowymi. Właściwy sposób leczenia, a więc pozostanie wyłącznie w łóżkowym trybie życia zastosowane zostało po uzyskaniu prawidłowej diagnozy. Poprawność tej diagnozy potwierdził również biegły, wskazując, że przedłużyło to proces dochodzenia do pełnej sprawności o około 2 tygodnie, jak również zwiększone i przedłużone dolegliwości bólowe. Innymi słowy, gdyby personel medyczny postawił prawidłową diagnozę, leczenie powoda przebiegało w niezakłócony sposób. Powód pozostałby w łóżkowym trybie życia, nie próbował wstawać, dolegliwości bólowe ustąpiłyby szybciej i zostałyby ograniczone.

Biegły wyjaśnił także, że w opisanych okolicznościach nie było wskazań lekarskich do wykonania badania rezonansu magnetycznego stawu kolanowego lewego w dniu wypadku. Jest to jedyna praktyczna metoda diagnostyczna do stwierdzenia uszkodzenia (...). Nie miało to jednak wpływu na rokowania co do wyleczenia stawu kolanowego przez rekonstrukcję (...).

Jeśli chodzi o roszczenie o zapłatę zadośćuczynienia za krzywdę, to dokonując ustaleń w przedmiocie rozmiaru krzywdy pamiętać należy, że nie jest możliwe ściśle określenie rozmiaru krzywdy i wysokości zadośćuczynienia, zaś każdy przypadek powinien być rozpatrywany indywidualnie z uwzględnieniem wszystkich okoliczności sprawy (por.: wyrok SN z dnia 3 czerwca 2011 r., III CSK 279/10, OSP 2012/4/44). Bez wątpienia wprowadzenie do przepisu art. 445 § 1 k.c. klauzuli generalnej "odpowiedniej sumy" pozostawia sądowi orzekającemu margines uznaniowości, co do wysokości zasądzonej kwoty. Jest on dodatkowo wzmocniony fakultatywnym charakterem tego przyznania ("może"), co wskazuje na konstrukcję należnego zadośćuczynienia dopiero po przekroczeniu pewnego poziomu krzywdy (por.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 stycznia 1974 r., II CR 763/73, OSPiKA 1975, nr 7-8, poz. 171). Pomimo niemożności ścisłego ustalenia wysokości uszczerbku należy jednak opierać rozstrzygnięcie na kryteriach zobiektywizowanych, a nie kierować się wyłącznie subiektywnymi odczuciami poszkodowanego. Sąd miał na uwadze, że wobec niewymierności szkody niemajątkowej określając wysokość "odpowiedniej sumy", sąd powinien niewątpliwie kierować się celami oraz charakterem zadośćuczynienia i 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 Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 2004r., II CK 131/03, LEX nr 327923). Ponadto należy mieć na względzie, że chodzi tu o krzywdę ujmowaną jako cierpienie fizyczne, a więc ból i inne dolegliwości oraz cierpienia psychiczne, czyli negatywne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała, czy rozstroju zdrowia w postaci np. zeszpecenia, wyłączenia z normalnego życia itp. Celem zadośćuczynienia jest przede wszystkim złagodzenie tych cierpień. Winno ono mieć charakter całościowy i obejmować wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które zapewne wystąpią w przyszłości (a więc prognozy na przyszłość). Przy ocenie więc "odpowiedniej sumy" należy brać pod uwagę wszystkie okoliczności danego wypadku, mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy (por.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 lutego 2000r., CKN 969/98, LEX nr 50824).

W ocenie Sądu powód wykazał, że dochodzona przez niego kwota z tytułu częściowego zadośćuczynienia za krzywdę w kwocie 1.000 zł jest uzasadniona rozmiarem obrażeń doznanych w wyniku przedmiotowego wypadku, dolegliwości bólowych z nim związanych, rozmiaru cierpień fizycznych i psychicznych oraz ograniczeń w życiu codziennym, wieku powoda i jego dotychczasowego trybu życia. Sąd miał na uwadze, że doznane cierpienia są pochodną wypadku drogowego, za który co do zasady odpowiedzialności nie ponosi podmiot leczniczy. W niniejszym przypadku podmiot leczniczy odpowiada za przedłużający się proces leczenia, a także zwiększone i przedłużone dolegliwości bólowe wskutek błędu diagnostycznego. Przede wszystkim za przyznaniem poszkodowanemu zadośćuczynienia zgodnie z żądaniem pozwu przemawia rozmiar i charakter dolegliwości bólowych w przedłużającym się procesie leczenia. Przez dodatkowe 2 tygodnie powód zmuszony był do łóżkowego trybu życia i wymagał pomocy osób trzecich. Nie mógł wykonywać podstawowych czynności życia codziennego. Co więcej nieświadomy faktycznych urazów próbował wstawać, co nie było wskazane i powodowało znaczny ból.

W związku z powyższym kwota 1.000,00 zł z tytułu częściowego zadośćuczynienia za krzywdę jest zasadna co do długotrwałości dolegliwości bólowych, w szczególności do dyskomfortu w codziennym funkcjonowaniu wynikającego z przedłużającego się procesu leczenia. Sąd wziął pod rozwagę, że zasądzone zadośćuczynienie w żaden sposób nie spowoduje wzbogacenia po stronie poszkodowanego kosztem sprawcy i ubezpieczyciela. Mając na uwadze, że powód dochodził części roszczenia wyjaśnić należało, że Sąd nie wskazuje, aby kwota 1.000,00 zł zadośćuczynienia była kwotą graniczną, ale że jest to kwota mieszcząca się rozsądnych granicach.

Powód domagał się także ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość.

Przyjmuje się, iż zasądzenie określonego świadczenia na rzecz powoda w sprawie o naprawienie szkody wynikłej z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, nie wyłącza jednoczesnego ustalenia w sentencji wyroku odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości z tego samego zdarzenia, w oparciu o art. 189

k.p.c. Warunkiem dopuszczalności takiego ustalenia jest istnienie po stronie powoda interesu prawnego. Wskazuje się, iż interes taki może istnieć, zwłaszcza przy szkodach na osobie, mimo możliwości dochodzenia świadczenia z danego stosunku prawnego, jeżeli z tego stosunku wynikają dalsze jeszcze skutki, których dochodzenie w drodze powództwa o świadczenie nie jest możliwe lub nie jest na razie aktualne. Interes ten wyraża się w tym, by nie doszło do przedawnienia roszczeń oraz pogorszenia się sytuacji poszkodowanego, który w kolejnym procesie, w związku z upływem czasu mógłby napotkać trudności przy wykazywaniu przesłanek odpowiedzialności (por. art. 442¹ § 3 k.c.).

Szkody na osobie nie zawsze powstają jednocześnie ze zdarzeniem, które wywołało uszkodzenie ciała. Są one z istoty swej rozwojowe. Poszkodowany z reguły nie może w chwili wszczęcia procesu dochodzić wszystkich roszczeń, jakie mogą mu przysługiwać z określonego stosunku prawnego, może określić podstawę żadanego odszkodowania jedynie w zakresie tych skutków, które już wystąpiły. Nie może natomiast określić dalszych skutków, jeszcze nie ujawnionych, których wystąpienie jest jednak prawdopodobne, a które niejednokrotnie ujawniają się po upływie dłuższego czasu, w trudnym z reguły do określenia rozmiarze. Ustalenie odpowiedzialności na przyszłość umożliwia poszkodowanemu dochodzenie kolejnych roszczeń, nawet gdy owe dalsze skutki wystąpią po upływie terminu przedawnienia (tak Sąd Najwyższy w uchwale 7 sędziów z dnia 17 kwietnia 1970, III PZP 34/69, OSNC 1970 r., nr 12, poz. 217).

W przedmiotowej sprawie nie zachodzą podstawy do ustalenia na podstawie art. 189 k.p.c. odpowiedzialności pozwanego na przyszłość. W ocenie Sądu, na gruncie art. 442¹ § 3 k.c. powód miał interes prawny w żądaniu ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość. Jednakże, ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego nie wynikało, aby prawdopodobne było ujawnienie się u powoda w przyszłości dalszych następstw wynikających z omówionego błędu diagnostycznego. Stan zdrowia powoda został ustalony, leczenie powypadkowe zakończyło się, a w świetle opinii biegłego opóźnione rozpoznanie złamania miednicy opóźniło leczenie i zwiększyło dolegliwości bólowe, natomiast nie miało znaczenia dla rokowań na przyszłość. Sąd nie pomija obniżenia nastroju i frustracji wynikających z doznanych urazów i przedłużającego się procesu leczenia, jednak na chwilę obecną nie można prognozować, a przynajmniej nie zostało to udowodnione, aby u powoda mogły pojawić się w przyszłości zaburzenia w zakresie zdrowia psychicznego lub psychiatrycznego na skutek błędu diagnostycznego.

Mając na uwadze całokształt poczynionych rozważań Sąd w punkcie 1. wyroku na podstawie art. 444 § 1 k.c. i art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 415 k.c., 430 k.c. oraz 822 § 1 i 4 k.c. uwzględnił roszczenie powoda o zapłatę zadośćuczynienia w całości. Natomiast roszczenie odsetkowe znajdowało oparcie w art. 481 § 1 i 2 k.c. oraz 817 § 1 k.c. Zdaniem Sądu pozwany dysponując fachowym zespołem specjalistów był w stanie w ustawowym 30-dniowym terminie ustalić swoją odpowiedzialność i wypłacić należne powodowi zadośćuczynienie. Bez znaczenia pozostaje, czy opóźnienie wynikało z późniejszego dostarczenia przez ubezpieczonego pełnej dokumentacji, albowiem pozwany ponosi w tym zakresie odpowiedzialność za ubezpieczonego. Skoro szkoda zgłoszona została dnia 10 czerwca 2019 roku, to pozwany pozostawał w opóźnieniu już dnia 11 lipca 2019 roku i od tej daty należało zasądzić odsetki ustawowe za opóźnienie.

W punkcie 2. wyroku na podstawie art. 189 k.p.c. oddalono powództwo w pozostałej części, tj. w zakresie ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za skutki błędu diagnostycznego.

O kosztach procesu orzeczono w punkcie 3. wyroku na podstawie art. 100 k.p.c. i uznając, że powód nieznacznie uległ w swoim żądaniu, obciążył pozwanego całością poniesionych przez powoda kosztów procesu, jednocześnie pozostawiając szczegółowe ich wyliczenie referendarzowi sądowemu na podstawie art. 108 § 1 k.p.c.