

Sygn. akt I C 570/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 maja 2018 r.

Sąd Okręgowy w Tarnowie, I Wydział Cywilny

w składzie :

Przewodniczący: SSO Barbara Grodkowska

Protokolant: st. sekr. sądowy Bernadetta Uriasz

po rozpoznaniu w dniu 29 maja 2018 r. w Tarnowie

na rozprawie

sprawy z powództwa M. G. (1)

przeciwko Zespołowi Opieki Zdrowotnej w D.

o zapłatę 130.816,00 zł

I. zasądza od pozwanego Zespołu Opieki Zdrowotnej w D. na rzecz powoda M. G. (1) kwotę 100.000 zł (sto tysięcy złotych) tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 01 lutego 2014r. do dnia zapłaty;

II. zasądza od pozwanego Zespołu Opieki Zdrowotnej w D. na rzecz powoda M. G. (1) kwoty po 1.430 zł (jeden tysiąc czterysta trzydzieści złotych) miesięcznie tytułem renty uzupełniającej począwszy od 01 lipca 2014r. do dnia 31 maja 2016r. płatnej do rąk powoda do dnia 10-tego każdego następującego po sobie miesiąca z góry z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w płatności którejkolwiek z rat w terminie;

III. zasądza od pozwanego Zespołu Opieki Zdrowotnej w D. na rzecz powoda M. G. (1) kwoty po 2.000 zł (dwa tysiące złotych) miesięcznie tytułem renty uzupełniającej począwszy od 01 czerwca 2016r. do dnia zapłaty płatnej do rąk powoda do dnia 10-tego każdego następującego po sobie miesiąca z góry z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w płatności którejkolwiek z rat w terminie;

IV. w pozostałym zakresie powództwo oddała;

V. nakazuje ściągnąć od pozwanego Zespołu Opieki Zdrowotnej w D. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Tarnowie kwotę 8.534,80 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania;

VI. zasądza od pozwanego Zespołu Opieki Zdrowotnej w D. na rzecz powoda M. G. (1) kwotę 3.617 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

IC570/14

UZASADNIENIE

wyroku Sądu Okręgowego w Tarnowie z dnia 29 maja 2018 roku

Pozwem z dnia 06 czerwca 2014 roku (data prezentaty) powód M. G. (1) domagał się zasądzenia od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w D. na swoją rzecz kwoty 100.000, 00 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z odsetkami liczonymi od dnia wymagalności roszczenia, tj. od dnia 19

stycznia 2014 roku do dnia zapłaty. Powód wniósł także o zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz renty uzupełniającej z tytułu zwiększonych potrzeb, utraconych dochodów i utraconych perspektyw w kwocie 2568 zł miesięcznie, płatnej do dnia 10 każdego miesiąca, począwszy od miesiąca stycznia 2014 roku, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wymagalności roszczenia do dnia zapłaty. M. G. (1) nadto zgłosił żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanego za następstwa wypadku z dnia 07 października 2011 roku, mogące się ujawnić u powoda w przyszłości, jak również zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przewidzianych.

Na uzasadnienie swojego żądania powód naprowadził, że w dniu 04 czerwca 2010 roku doznał urazu ręki (tj. złamania trzonu kości ramiennej lewej z przemieszczeniem) podczas prowadzenia akcji przeciwpowodziowej w ramach Ochotniczych Straży Pożarnych na terenach zagrożonych zalaniem w 2010 roku. Jak dodał, po tym zdarzeniu został przewieziony do ZOZ w D., gdzie następnie przebywał na Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej i Rehabilitacji. Podczas tej hospitalizacji powód przeszedł zabieg operacyjny polegający na zespoleniu złamania kości ramiennej lewej płytą i śrubami. W szpitalu przebywał do 10 czerwca 2010 roku, po czym od dnia 15 czerwca 2010 roku rozpoczął systematyczne leczenie w Poradni Urazowo – Ortopedycznej i Rehabilitacyjnej ZOZ w D.. W trakcie wizyt kontrolnych powód zgłaszał ograniczenia w zakresie wyprostu lewej ręki w łokciu i z tego też względu był kierowany na rehabilitację.

Usunięcie metalowych zespołów z ręki nastąpiło w dniu 07 października 2011 roku, tj. po upływie 15 miesięcy od dnia operacji. Powód naprowadził, że podczas zabiegu operacyjnego usuwania płyty i śrub nastąpiło porażenie nerwu promieniowego i w związku z tym od czasu zabiegu usunięcia zespołów utrzymuje się niesprawność ruchowa lewej ręki. Powód podkreślił, że wykonane badanie EMG z dnia 06 listopada 2011 roku ujawniło ciężkie uszkodzenie nerwu promieniowego lewego na poziomie ramienia (brak pobudliwości na stymulację).

Z kolei badanie USG z dnia 16 listopada 2011 roku wykazało zaburzenie ciągłości Porażenie nerwu promieniowego spowodowało u powoda zaburzenia funkcji ręki w postaci opadania ręki lewej z ograniczeniem funkcji dłoni lewej, osłabienia siły mięśniowej lewej kończyny górnej, zaburzeń ruchów precyzyjnych lewej dłoni oraz zaburzeń termoregulacji dłoni lewej.

W związku z powyższymi urazami powód wymagał intensywnej rehabilitacji oraz leczenia operacyjnego. Wskazał przy tym, że został zakwalifikowany do rewizji nerwu promieniowego na wysokości ramienia. Podał, że w dniu 10 maja 2012 roku na Oddziale Neurochirurgii i chirurgii nerwów obwodowych (...) Szpitala (...) w Ł., w znieczuleniu ogólnym wykonano przeszczepę kablowe nerwu promieniowego lewego na wysokości ramienia. W trakcie operacji znaleziono miejsce uszkodzenia nerwu i stwierdzono 4 cm ubytek.

Pomimo trwającej rehabilitacji i intensywnego leczenia ręka powoda nadal pozostaje niesprawna. Ponadto, w miejscu pobrania materiału do operacji (pobrano nerw łydkowy z podudzia lewego) występują zaburzenia czucia.

W ocenie strony powodowej w trakcie usuwania u powoda zespolenia kości ramiennej lewej w dniu 07 października 2011 roku doszło do powstania zdarzenia medycznego polegającego na uszkodzeniu sąsiadującego organu (nerwu promieniowego) na skutek niezachowania należytej staranności podczas wykonywania zabiegu. Powód naprowadził, że w przedmiotowej sprawie uszkodzenia w trakcie operacji nerwu promieniowego (jako sąsiadującego narządu) nie można uznać jako powikłanie, albowiem zdaniem powoda jest to nie dołożenie należytej staranności ze strony lekarza, jego niedokładność, ewentualnie brak doświadczenia i umiejętności zawodowych. Jak podkreślił lekarze prowadzący operację usunięcia zespolenia, pomimo zgłaszanych przez powoda dolegliwości i braku pełnego zrostu, nie wykonali przez zabiegiem operacyjnym aktualnych badań mogących precyzyjnie określić stan zdrowia pacjenta tuż przed przystąpieniem do zabiegu. M. G. (1) nadmienił, że zaufał lekarzom ze ZOZ w D., powierzył im swoje życie i zdrowie, udał się po fachową pomoc, której nie uzyskał w takim stopniu, w jakim należałoby się spodziewać od specjalistów chirurgii urazowo – ortopedycznej. Powód zaznaczył, że wskazane w treści pozwu okoliczności zdarzenia, potwierdzone badaniami (USG i EMG) świadczą o niedopełnieniu ze strony lekarzy obowiązków należytej staranności przy wykonywaniu swoich obowiązków, przy wykonywaniu zabiegu operacyjnego usuwania metalowych zespołów, co

naraziło powoda na poważne narażenie życia i zdrowia. Dodatkowo zauważył, że zabieg ten wykonano zbyt późno, tzn. w ocenie powoda lekarz prowadzący leczenie zbyt długo odkładał decyzję o wykonaniu zabiegu operacyjnego usunięcia zespoлей (15 miesięcy) przez co doszło do nieodwracalnego uszkodzenia ręki powoda.

Uzasadniając żądanie zasądzenia od pozwanego na swoją rzecz zadośćuczynienia powód wskazał, że krzywda jakiej doznał jest ogromna, dlatego też zadośćuczynienie w wysokości 100.000,00 zł jest adekwatne do tego, co musiał przeżyć i co nadal przeżywa. Długotrwałe leczenie oraz dalsze dolegliwości uniemożliwiają normalne funkcjonowanie i świadome czerpanie radości z życia. Powód nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować i najprawdopodobniej nigdy nie będzie. Podkreślił, że przed zabiegiem usunięcia zespolenia, co miało miejsce w dniu 07 października 2011 roku funkcjonował samodzielnie, pracował zawodowo i nie miał dysfunkcji neurologicznych. Podkreślił przy tym, że gdyby miał świadomość, jakie mogą być konsekwencje zabiegu, nigdy by się na niego nie zdecydował. Dodał także, że od czasu usunięcia zespoлей utrzymuje się niesprawność ruchowa lewej ręki oraz że nastąpiło ciężkie uszkodzenie nerwu promieniowego lewego na poziomie ramienia. Porażenie nerwu promieniowego spowodowało u powoda zaburzenia funkcji ręki w postaci: opadania ręki z ograniczeniem funkcji dłoni, osłabienia siły mięśniowej, zaburzeń ruchów precyzyjnych lewej dłoni oraz zaburzeń termoregulacji dłoni lewej.

Powód naprowadził, że w związku z powyższymi urazami wymagał intensywnej rehabilitacji oraz leczenia operacyjnego, a pomimo trwającej rehabilitacji i intensywnego leczenia ręka nadal pozostaje niesprawna, od łokcia w dół jest bezużyteczna, nie ma czucia ani władzy w palcach ręki. Ręka nadto jest źle ocieplona. Nadmienił, że w miejscu pobrania materiału do operacji występują zaburzenia czucia. Po wydarzeniach związanych z dniem 07 października 2011 roku powód utracił samodzielność oraz możliwość wykonywania pracy zawodowej w wyuczonym zawodzie. M. G. (1) od dnia operacji, tj. 07 października 2011 roku wymaga opieki osób trzech, gdyż nie ma możliwości wykonania czynności wymagających użycia obu rąk i w związku z tymi ograniczeniami w swobodnym funkcjonowaniu popadł w apatię i przygnębienie, albowiem z mężczyzny sprawnego i zaradnego życiowo (wykonywał zawód murarza, był ochotnikiem Ochotniczej Straży Pożarnej) stał się inwalidą zależnym od innych. Z powodu zaistniałej sytuacji stał się nerwowym.

Wobec powyższych okoliczności w ocenie powoda kwota 100.000,00 zł nie jest wygórowaną sumą biorąc pod uwagę to, że ma ona kompensować doznaną krzywdę.

Z uwagi na ciąg zdarzeń zapoczątkowany zabiegiem operacyjnym wykonanym w dniu 07 października 2011 roku w Zakładzie Opieki Zdrowotnej w D., w związku z wciąż trwającym procesem leczenia i rehabilitacją, a tym samym koniecznością ponoszenia przez powoda kosztów leczenia, dojazdów, jak też korzystania z opieki, pomocy i wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze strony rodziny, zasadnym w ocenie powoda jest ustalenie na jego rzecz renty uzupełniającej na zwiększone potrzeby w kwocie 2.568,00 zł miesięcznie, płatnej do 10-go dnia każdego miesiąca. Natomiast w związku z utraconymi dochodami i utraconymi perspektywami na przyszłość oraz zwiększonymi potrzebami powód określił swoje roszczenia z tytułu renty uzupełniającej na kwotę 2.568,00 zł. Jako elementy składowe ww. kwoty powód uwzględnił następujące wydatki: koszty związane z zakupem leków, koszty wizyt lekarskich oraz dojazdów do placówek medycznych na kwotę 150 zł miesięcznie, opieka osób trzecich na kwotę 480 zł oraz utracone dochody z pracy zarobkowej oraz utracone perspektywy na przyszłość w kwocie 1938 zł. Powód zaznaczył przy tym, że z zawodu jest wykwalifikowanym murarzem, zaś w okresie poprzedzającym przedmiotowe zdarzenie był zatrudniony na podstawie umowy o pracę w charakterze pracownika ogólnobudowlanego i z tego tytułu otrzymywał wynagrodzenie w wysokości od 2000 zł do 2500 zł, natomiast po wydarzeniach związanych z dniem 07 października 2011 roku powód utracił samodzielność oraz możliwość wykonywania pracy zawodowej w wyuczonym zawodzie. Powód, biorąc więc pod uwagę, że średnie miesięczne zarobki netto z pracy murarza wynoszą minimalnie około 2.000 zł miesięcznie, a renta ZUS, którą powód otrzymuje wynosi 561,51 zł, to różnica pomiędzy kwotą zarobków, a otrzymywaną rentą wynosi 1438 zł.

Powód oparł żądanie ustalenia odpowiedzialności strony pozwanej na przyszłość powołując się na treść art. 189 k.p.c., a za uwzględnieniem roszczenia przemawia w ocenie powoda fakt, że powód dalej się leczy i podlega stałej rehabilitacji i w związku z tym nie są możliwe do przewidzenia skutki wypadku, które mogą ujawnić się w przyszłości.

Co do żądania odsetkowego M. G. (1) wskazał, że pismo ze sprecyzowanymi roszczeniami do pozwanego zostało wysłane w dniu 13 stycznia 2014 roku i do tej daty zostało doliczone 5 dni na doręczenie korespondencji, toteż data wymagalności roszczeń została określona na dzień 19 stycznia 2014 roku. Podkreślił przy tym, że na dzień złożenia pozwu, strona pozwana nie odniosła się do roszczeń zgłaszanych przez powoda i w związku z tym powód zdecydował się na skierowanie sprawy na drogę sądową.

W odpowiedzi na pozew z dnia 23 lipca 2014 roku, a która wpłynęła do tut. Sądu w dniu 28 lipca 2014 roku strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie na rzecz strony pozwanej od powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwany ZOZ w D. uznał powództwo M. G. (1) za całkowicie nieuzasadnione i bezpodstawne. Podkreślił, że odpowiedzialność pozwanego wynikająca z treści art. 445 § 1 k.c. oraz 444 k.c. powinno wynikać ze szkody powstałej na skutek zawinionego działania lekarzy lub innego personelu medycznego pozwanego, co w ocenie pozwanej w niniejszej sprawie nie miało miejsca i czego w żaden sposób powód nie wykazał w pozwie.

Zdaniem pozwanej, roszczenia powoda są całkowicie nieuzasadnione, gdyż proces leczenia powoda był zgodny z przyjętymi w tym zakresie standardami. Zauważył, że powód swoje roszczenia wywodzi z faktu, iż podczas zabiegu operacyjnego usuwania płyty śruby wystąpiło porażenie nerwu promieniowego, tymczasem wskazania do usunięcia materiału zespalającego były względne. Oznacza to, że pozostawienie płyty i śrub wobec młodego wieku powoda stanowiło większe zagrożenie dla zdrowia niż wszystkie możliwe powikłania zabiegu operacyjnego usunięcia materiału, takiej jak migracja materiału, złamanie, możliwe infekcje i groźne dla życia zapalenie kości z tym związane. Pozwana nie zgodziła się również z twierdzeniem powoda, że usunięcie materiału zespalającego nastąpiło zbyt późno. Pozwany zaakcentował, że powód w dniu otrzymania skierowania do zabiegu otrzymał pełną informację dotyczącą przebiegu zabiegu, jego celowości oraz możliwych powikłań, w szczególności dotyczących nerwu promieniowego i podjął w tym zakresie świadomą decyzję. W ocenie strony pozwanej obecnie nie jest możliwe ustalenie przyczyn zwłóknienia nerwu promieniowego. Jak zauważył, w trakcie zabiegu były wykonywane dodatkowe żłobienia w główkach śrub, aby je wykręcić używano dłuta i młotka, co powodowało drgania kości. Z kolei w części bliższej bez problemu wykręcono śruby z płyty i kości, delikatnie odsłaniano pole operacyjne, a nerw promieniowy znajdował się 2 cm dalej przykryty głową boczną mięśnia trójgłowego. Nadmieniał, że jak wynika z opisu USG i EMG to w tym miejscu na dl. 2,5 cm doszło do zwłóknienia nerwu, pomimo że w tym miejscu był chroniony mięśniem, który stanowi bardzo dobrą ochronę nerwu. Natomiast w części środkowej uwidoczniono nerw i wykręcono śruby bez problemu. Podkreślił, że podczas tego zabiegu nerw był pod kontrolą wzroku i chroniony gazą. Pozwany dodał nadto, że w części obwodowej nerw krzyżował płytę i to miejsce nie było rozpreparowywane, gdyż widoczna była rozległa blizna, a lekarz operujący był obecny przy pierwotnym zabiegu założenia płyty i znał położenie nerwu w tej okolicy, natomiast preparowanie blizny niesie ze sobą możliwość uszkodzenia nerwu.

Strona pozwana zgłosiła jednocześnie zarzut przedawnienia. Jak naprowadziła, powód wiąże swoje roszczenia z zabiegiem operacyjnym polegającym na zespoleniu złamania kości ramiennej płytą śrubami w czerwcu 2010 roku. W ocenie pozwanej w świetle brzmienia przepisów art. 442¹ § 1 i 3 k.c. oraz okoliczności wskazanych w pozwie roszczenia powoda związane z zabiegiem operacyjnym wykonanym w czerwcu 2010 roku uległy przedawnieniu w czerwcu 2013 roku, natomiast powód wystąpił z pozwem dopiero w 2014 roku.

Pismem z dnia 28 kwietnia 2018 roku powód podtrzymał żądania pozwu i wniósł o jego uwzględnienie poprzez zasądzenie dochodzonych roszczeń z uwzględnieniem zmiany wysokości renty z kwoty 2.568 zł do kwoty 2850 zł od miesiąca czerwca 2016 roku, tj. po utracie prawa do renty w związku z brakiem możliwości przekwalifikowania. Wszystkie roszczenia z odsetkami zwłoki za okres od wymagalności do dnia 31 grudnia 2015 roku i dalszymi odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 01 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 04 czerwca 2010 roku powód M. G. (1) podczas prowadzenia akcji przeciwpowodziowej w ramach Ochotniczych Straży Pożarnych na terenach zagrożonych zalaniem w 2010 roku doznał urazu ręki. Po tym zdarzeniu powód został przyjęty na Szpitalny Oddział Ratunkowy Szpitala (...) w B., gdzie rozpoznano u powoda złamanie trzonu kości ramiennej lewej, którego doznał w wyniku upadku. Po przeprowadzanych badaniach w Szpitalu (...) w B. powód został skierowany na Oddział Ortopedii Zespołu Opieki Zdrowotnej w D.. W dniu przyjęcia na Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej i Rehabilitacji, tj. 04 czerwca 2010 roku powód był operowany z powodu wieloodłamowego złamania kości ramiennej lewej z przemieszczeniem. Wykonano zespolenie odłamu pośredniego z odłamami głównymi 4 śrubami ciągnącymi i następnie odłamy główne zespolono płytą Synthes i 9 śrubami blokującymi.

W okresie od 04 czerwca 2010 roku do dnia 11 czerwca 2010 roku powód przebywał w Zespole Opieki Zdrowotnej w D. na Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej i Rehabilitacji. Po zabiegu operacyjnym powodowi założono ortezę, po czym M. G. (1) został wypisany do domu z zaleceniami by do 10 dni zgłosił się na zdjęcie szwów. Po 10 dniach powodowi zdjęto szwy, po czym powód został przyjęty na Oddział Ortopedii, a następnie był hospitalizowany na Oddziale Rehabilitacji.

Dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego (k.33), historia choroby (k.34), skierowanie do szpitala (k.35), protokół operacyjny (k.39), dokumentacja medyczna powoda (k.40 – 54), zeznania świadka J. G. (k.370-371), zeznania świadka M. G. (2) (k.371-372), zeznania świadka R. B. (k.402-404), zeznania świadka K. K. (k.404-405), zeznania powoda (k.452-454), opinia sądowno – lekarska sporządzona przez biegłą sądową specjalistę w zakresie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lek. med. M. K. (k.580-585).

Po wypisaniu z Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej Zespołu Opieki Zdrowotnej w D., od dnia 15 czerwca 2010 roku do dnia 02 listopada 2011 roku powód rozpoczął systematyczne leczenie w Poradni Urazowo – Ortopedycznej i Rehabilitacyjnej ZOZ w D.. Podczas zabiegów rehabilitacyjnych orteza, którą nosił powód była ściągana. W trakcie wizyt kontrolnych powód zgłaszał ograniczenia w zakresie wyprostu lewej ręki w łokciu i z tego względu powód był kierowany na rehabilitację. Powód kontynuował także leczenie w Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej SP ZOZ w B.. Z powodu ograniczenia wyprostu stawu łokciowego lewego powód korzystał z zabiegów rehabilitacyjnych. Powód z każdym dniem dostrzegał, że stan ręki się poprawiał. Zakończył leczenie w Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej i podjął dotychczasowe zatrudnienie jako pracownik budowlany. Powód wykonywał pracę zarobkową w pełnym zakresie w swoim zawodzie jako murarz. Ręka powoda była w pełni sprawna, powód nie odczuwał bólu.

Dowód: świadka J. G. (k.370-371), zeznania świadka M. G. (2) (k.371-372), zeznania powoda (k. 452-454), opinia sądowno – lekarska sporządzona przez biegłą sądową specjalistę w zakresie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lek. med. M. K. (k.580-585).

Po okresie około 1.5 roku czasu od przeprowadzenia ww. zabiegu operacyjnego powód został skierowany do reoperacji celem wyciągnięcia zespolenia. W związku z tym w dniu 07 października 2011 roku M. G. (1) został poddany zabiegowi operacyjnemu, podczas którego usunięto powodowi materiał zespalający z kości ramiennej. Podczas tego zabiegu operacyjnego powód był częściowo znieczulony. W trakcie zabiegu powód odczuwał ból toteż prosił lekarzy o dodatkowe znieczulenie, które dostawał. Z uwagi na miejscowe znieczulenie powód słyszał rozmowę operujących go lekarzy z której wynikało, iż podczas zabiegu usunięcia zespolenia pojawiły się problemy z wyciągnięciem zespolenia i śrub, które były zarośnięte.

W trakcie tego zabiegu operacyjnego, po dotarciu do płyty zespalającej lekarze operujący powoda mieli problem z usunięciem 1 śruby, w konsekwencji lekarze musieli innym niż zaleca producent urządzeniem dokonywać wykręcenia zamontowanych w koście ramiennej powoda śrub. Z dużymi trudnościami usunięto 1 śrubę ryglowaną w części dystalnej z powodu obrobienia gniazda użyto przecinaków, kleszczy, luera. Pozostałe śruby ryglowane usuwano stosując niewspółmiernie dużą siłę dociskową. Lekarze operujący powoda mieli przy tym pełną świadomość, że w polu operacyjnym jest nerw promieniowy, który został uwidoczniony i dokonali usunięcia zespolenia przede

wszystkim dbając, by nie został uszkodzony nerw promieniowy. Podczas tego zabiegu chirurgicznego dolny odcinek nerwu promieniowego ok 1/3 był zatopiony w bliźnie po poprzedniej operacji. By nie doszło do uszkodzenia nerwu promieniowego lekarz R. B., będący asystentem (...) W. B. zdecydował, że nie będzie rozpreparowywał blizny obawiając się uszkodzenia tego nerwu i tylko płyta zespalająca została usunięta z blizny. Rana została zeszyta i zadrenowana.

Po zabiegu chirurgicznym, który miał miejsce w dniu 07 października 2011 roku lekarze zapewniali powoda o tym, że operacja przebiegła pomyślnie. Na drugi dzień po operacji, tj. 08 października 2011 roku M. G. (1) stwierdził, że w ogóle nie czuje ręki, którą nie nadto nie mógł poruszyć. Okoliczność tą powód zgłosił lekarzowi, który zapewnił powoda o tym, że są normalne objawy pooperacyjne, które mogą utrzymywać się przez okres 2 tygodni.

Po przeprowadzonym w dniu 07 października 2011 roku zabiegu operacyjnym polegającym na usunięciu metalowych zespołów z ręki powoda, powodowi nie wykonano zdjęcia rtg, jak również nie zrobiono też zdjęcia przed samym zabiegiem. Powód opuścił szpital z zaleceniami, aby zgłosił się do poradni do (...) B., co też M. G. (1) uczynił, jednakże z uwagi na długie terminy przyjęcia w przychodni, powód odbył wizytę lekarską dopiero po upływie około 3 tygodni czasu od daty wypisy ze Szpitala. W tym czasie ręka powoda nadal była niesprawną, powodowi nie wróciło czucie, powód nie mógł ruszać palcami lewej dłoni.

Po zabiegu operacyjnym, który został przeprowadzony w dniu 07 października 2011 roku u powoda wystąpił niedowład nerwu promieniowego lewego z zaburzeniami czucia i opadaniem lewego nadgarstka i dłoni. W trakcie hospitalizacji obserwowano u powoda powrót czucia nerwu promieniowego, jednakże powód nie prostował nadgarstka. W związku z tym powodowi założono szynę gipsową. Powód pozostawał nadal w leczeniu w Poradni Urazowo – Ortopedycznej i w dniu 02 listopada 2011 roku został skierowany do szpitala celem rehabilitacji.

Obserwując brak poprawy funkcji nerwu powód 02 listopada 2011 roku podjął leczenie rehabilitacyjne stacjonarne w Oddziale Chirurgii Urazowej i Rehabilitacji. W dniu 06 listopada 2011 roku u powoda wykonano badanie EMG, w którym zdiagnozowano ciężkie uszkodzenie nerwu promieniowego lewego na poziomie ramienia – brak pobudliwości na stymulację. W wykonanym w dniu 16 listopada 2011 roku USG nerwu promieniowego stwierdzono u powoda subtotalne uszkodzenie nerwu promieniowego.

Powód kontynuował leczenie Rehabilitacyjne w Szpitalu w D. na Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej i Rehabilitacji Pododdział Rehabilitacji w dniach 02 listopada 2011 roku do dnia 04 grudnia 2011 roku. W trakcie hospitalizacji powód został poddany szeregowi zabiegów rehabilitacyjnych z zakresu fizyko i kinezoterapii, nadto zażywał leki. U powoda utrzymywały się zaburzenia w mikro-krążeniu i siły mięśniowej kończyny górnej, przy czym całość zaburzeń została na skutek rehabilitacji poprawiona. W podjętym przez powoda leczeniu uzyskano poprawę sprawności w zakresie stawu barkowego i łokciowego lewego, poprawę mikrokrążenia i termoregulacji w zakresie dłoni, jednakże nadal u powoda utrzymywała się dysfunkcja ruchowa ręki. Powód otrzymał zaopatrzenie ortopedyczne, szynę dłoniową oraz rękawiczkę ochronną. Po wypisie z Oddziału powód leczony był w dalszym ciągu w trybie ambulatoryjnym. Powodowi zalecono wyuczone ćwiczenia, które miał wykonywać w domu, jak również kontrolę w poradni neurologicznej, rehabilitacyjnej i ortopedycznej.

M. G. (1) po zakończeniu rehabilitacji szpitalnej kontynuował rehabilitację w Poradni rehabilitacyjnej w postaci porad lekarskich rehabilitacyjnych, leczenia farmakologicznego. Na skutek doznanego w wyniku przeprowadzonego zabiegu operacyjnego w dniu 07 października 2011 roku urazu powód był nadto niezdolny do pracy.

Z powodu utrzymującego się obrzęku lewej ręki, jej opadania, braku siły i sprawności dłoni w dniu 15 lutego 2012 roku odbył konsultację neurochirurgiczną w NZOZ „(...)” (...) S.C. Podczas tej konsultacji specjalista neurochirurg zaproponował powodowi rewizję nerwu promieniowego lewego w okolicy uszkodzenia, w razie ciężkiego uszkodzenia rekonstrukcję nerwu oraz dalsze stosowanie przedłużonej terapii ciepłem i leczenie farmakologiczne A. 2 x dz 2 tabletki.

W związku z powyższym powód zdecydował się na leczenie operacyjne w Klinice (...) w (...) Szpitalu w Ł., gdzie był hospitalizowany w dniach od 08 maja 2012 roku do dnia 12 maja 2012 roku. W dniu 10 maja 2012 roku u powoda, w

znieczuleniu ogólnym, wykonano cztery przeszczepy kablowe lewego nerwu promieniowego na wysokości ramienia, po 4 cm każdy. W trakcie operacji znaleziono miejsce uszkodzenia nerwu i stwierdzono 4 cm ubytek. Powyższy zabieg w nieznacznym zakresie poprawił ruchomość kciuka i nadgarstka w zakresie zgięcia, jednakże kontrolne badanie USG, które zostało przeprowadzone w dniu 14 września 2012 roku wykazało nasiloną niestabilność okołoksięcywoatą. W badaniu dynamicznym uzyskano podwinięcie grzbietowe, uwidoczniło niewielką ilość wysięku z miernego stopnia przerostem błony maziowej w stawie promieniowo nadgarstkowym i w stawach międzypodgarstkowych, więzadła SL i ST o zachowanej ciągłości przy nasilonych zmianach degeneracyjnych, więzadło poboczne łokciowe nadgarstka z obecnością niewydolnej blizny.

W wyniku wykonanego w dniu 10 maja 2012 roku zabiegu operacyjnego w Ł. uruchomiona została ręka w barku. Powód po zabiegu operacyjnym opuścił klinikę z zalecaniami i ustalonym terminem kontroli za 30 dni.

Następnie, po zabiegu neurochirurgicznym M. G. (1) w okresie od dnia 28 czerwca 2012 roku do dnia 03 sierpnia 2012 roku kontynuował usprawnianie ręki w ZOZ w D. na Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej i Rehabilitacji Pododdział Rehabilitacji. W tym czasie w procesie leczenia powoda wdrożono kompleksowe leczenie rehabilitacyjne, uzyskując poprawę ruchomości kciuka i nadgarstka w zakresie zgięcia grzbietowego dłoni. Po zakończeniu rehabilitacji na ww. Oddziale powód otrzymał zalecenia do domu w postaci kontynuacji wyuczonych na Oddziale ćwiczeń, stosowania stabilizatora nadgarstka, dalszej intensywnej rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych, kontroli w poradni rehabilitacyjnej i neurochirurgicznej, wykonania USG nerwu i EMG za okres 3 miesięcy.

W celu poprawienia sprawności ręki powód korzystał z rehabilitacji i usprawnienia w warunkach sanatoryjnych, uzyskiwanej prywatnie. Powód w dniach od 06 marca 2013 roku do 27 marca 2013 roku przebywał w Szpitalu (...) w I., gdzie na skutek podejmowanej rehabilitacji uzyskał poprawę siły i funkcji mm prostowników nadgarstka i dłoni lewej.

W ramach prewencji rentowej ZUS powód korzystał również z rehabilitacji leczniczej w NZOZ „(...)” (...) w M., gdzie przebywał w okresie od dnia 06 sierpnia 2013 roku do dnia 29 sierpnia 2013 roku, jednakże podejmowana przez powoda rehabilitacja nie przyniosła poprawy funkcji. U powoda w dalszym ciągu utrzymywał się zanik mięśni kończyny górnej lewej z zaburzeniami chwytu, ruchomość w stawie nadgarstkowym lewym: zgięcie dłoniowe 35 stopni, grzbietowe 0 stopni oraz osłabiona siła dotyku dłoni lewej. Powód otrzymał zalecenie kontynuowania rehabilitacji w warunkach domowych i pod opieką lekarza POZ oraz poradni rehabilitacyjnej.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych kolejny raz skierował M. G. (1) na leczenie rehabilitacyjne w ramach prewencji rentowej do Oddziału Rehabilitacji Leczniczej w R., gdzie powód realizował program rehabilitacji w okresie od dnia 27 listopada 2014 roku do dnia 20 grudnia 2014 roku. Po przeprowadzonych zabiegach rehabilitacyjnych powód nie odczuwał istotnej poprawy, albowiem nadal utrzymywały się zaniki mięśniowe przedramienia, zaburzenia czucia powierzchownego, znaczne osłabienie siły mięśniowej barku i lewej kończyny górnej, ograniczenie odwracania przedramienia, prostowania i odwodzenia kciuka, ręka opadająca bez możliwości zgięcia grzbietowego, brak chwytu dłoni lewej.

W dniu 02 czerwca 2015 roku M. G. (1) został skierowany przez lekarza POZ Ośrodka Zdrowia w S. do dalszego leczenia w poradni rehabilitacyjnej, jednakże z powodu trudności związanych z dojazdem do poradni rehabilitacyjnej powód korzystał z zabiegów rehabilitacyjnych zleczanych przez lekarza POZ, które realizował w ramach refundacji NFZ. Dostępność tych zabiegów to średnio dwa razy w roku.

Dowód: dokumentacja medyczna powoda (k.22-29), karta informacyjna leczenia szpitalnego (k.33) historia choroby (k.34), karta informacyjna leczenia szpitalnego Oddziału Chirurgii urazowo – Ortopedycznej i rehabilitacji w Zespole Opieki Zdrowotnej w D. (k.88), dokumentacja medyczna powoda (k.89 – 222) zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS (k.274), skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne (k.275), informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUSw NZOZ „(...)” (k.277-279), karta informacyjna leczenia szpitalnego w Uzdrawisku dokumentacja medyczna powoda (k.299-327) (...) SA (k.280), zeznania świadka J. G. (k.370-371), zeznania świadka M. G. (2) (k.370-372), zeznania świadka R. B. (k.402-404), zeznania świadka K. K. (k.404-405), zeznania świadka P. B. (1) (k.405-406), dokumentacja medyczna powoda

(k.413-426), skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne (k.438-439, 441-444), zaświadczenie o wykonanych zabiegach rehabilitacyjnych (k.440), zeznania powoda (k.452-454), opinia sądowo – lekarska sporządzona przez biegłą sądową specjalistę w zakresie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lek. med. M. K. (k.580-585).

Pismem z dnia 05 sierpnia 2013 roku M. G. (1) zgłosił do (...) S.A. w B. roszczenie powstałe wskutek popełnionego błędu medycznego polegającego na uszkodzeniu nerwu promieniowego z dysfunkcją lewej ręki podczas zabiegu usuwania metalowych zespołów z tej ręki, wykonanego w dniu 07 października 2011 roku w ZOZ w D., i w konsekwencji do trwałego uszkodzenia lewej ręki. W piśmie tym powód domagał się zasądzenia od (...) S.A. zadośćuczynienia w kwocie 150.000,00 zł oraz ustalenia na swoją rzecz renty na zwiększone potrzeby.

W odpowiedzi na powyższe, Zespół Likwidacji Szkód Medycznych w (...) w W. pismem z dnia 30 września 2013 roku poinformował powoda, iż brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności (...) S.A. i wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Zespołu Opieki Zdrowotnej w D..

Dowód: roszczenie poszkodowanego wskutek popełnionego błędu operacyjnego – pismo z dnia 05 sierpnia 2013 roku (k.221-222), pismo (...) z dnia 30 września 2013 roku (k.223-224).

Powód M. G. (1) urodził się (...). W dacie przeprowadzania zabiegu operacyjnego, tj. 07 października 2011 roku powód liczył 21 lat.

M. G. (1) ukończył zasadniczą szkołę zawodową w B., z zawodu jest murarzem. W dniu 21 września 2009 roku powód zdał egzamin czeladniczy przez Komisją Egzaminacyjną Izby Rzemieślniczej oraz Małej i Średniej Przedsiębiorczości w T. i uzyskał tytuł czeladnika w zawodzie murarz.

W okresie od dnia 01 grudnia 2009 roku powód na podstawie umowy o pracę zawartej na okres próbny do dnia 22 grudnia 2009 roku świadczył pracę na rzecz Przedsiębiorstwa (...) w B. na stanowisku pracownik ogólnobudowlany – murarz.

Następnie od dnia 17 stycznia 2011 roku do dnia 16 lutego 2011 roku M. G. (1) pozostawał zatrudniony w firmie (...) na stanowisku pracownika ogólnobudowlanego, i za wynagrodzeniem w kwocie 1386 zł. Powód wykonywał pracę na rzecz wskazanego pracodawcy w wymiarze pełnego etatu.

W okresie od dnia 25 maja 2011 roku do dnia 29 lutego 2012 roku M. G. (1) pozostawał zatrudniony w wymiarze pełnego etatu na stanowisku pracownika ogólnobudowlanego w Przedsiębiorstwie (...), za wynagrodzeniem 1386 zł miesięcznie. Początkowo umowa o pracę z tymże pracodawcą została zawarta przez powoda na okres próby wynoszący 3 miesiące, to jest do dnia 28 sierpnia 2011 roku, jednakże w dniu 25 sierpnia 2011 roku zatrudnienie M. G. (1) w Przedsiębiorstwie (...) zostało przedłużone na dalszy czas określony, tj do dnia 29 lutego 2012 roku.

Dowód: świadectwo ukończenia zasadniczej szkoły zawodowej (k.230), świadectwo czeladnicze (k.231), umowa o pracę z dnia 01 grudnia 2009 roku (k.233), umowy powoda o pracę z pracodawcami (k.233-237), zeznania świadka J. G. (k.370-371).

Aktualnie po zdjęciu ortezy przedramiennie – dłoniowej u powoda stwierdza się opadanie ręki i pozostawanie w zgięciu dłoniowym z podwichnięciem dłoniowym nadgarstka w stosunku do przedramienia, niemożność czynnego wyprostowania ręki w nadgarstku, zaburzenie prostowania palców z wtórnymi przykurczami zgięciowymi stawów międzypaliczkowych, kciuk w pozycji zgięciowej z ograniczeniem prostowania, odwiedzenia, dyskretne zaburzenia czucia grzbietu kciuka i ręki II – III kości śródreżca i części palców II – III, istotne osłabienie funkcji chwytnej ręki i precyzji ruchów palców oraz zachowaną ruchomość stawu łokciowego. U powoda występują mrowienia w dłoni, przedramieniu i bliźnie ramienia lewego, jak również zaburzenia czynności dłonie, co przejawia się w ograniczeniu wyprostowania palców dłoni z przykurczami w stawach międzypaliczkowych – ręka szponiasta, zanik mięśni dłoni lewej, niewielkie zaburzenia czucia powierzchownego dłoni lewej, znaczne zaburzenia ruchów chwytnych i czynności precyzyjnych, wyszczuplenie przedramienia, asymetria barków.

W związku z powyższymi powód zgłasza istotne ograniczenie i trudności w wykonywaniu codziennych czynności życiowych. Powód nie ma możliwości chwytania – przedmioty wypadają mu z ręki, wykonywania prostych czynności manipulacyjnych, nie może wykonywać żadnych czynności precyzyjnych, nie może wykonywać codziennych czynności, albowiem ma trudności z ubieraniem się, przygotowaniem prostych posiłków. Ręka służy powodowi do podtrzymywania, wspomagania ręki prawej np. założenie buta, wiązanie sznurowadeł, zapinanie guzików itp. Powód ubiera się przy pomocy prawej kończyny górnej, wykonując ruch zarzucania odzieży prawym ramieniem i przyciągając prawą ręką. M. G. (1) nie może wykonywać żadnych prac wymagających sprawności obu kończyn górnych. Powód w złożonych czynnościach wymagających oburęczności prosi o pomoc osób trzecich.

Dowód: opinia sądowno – psychologiczna biegłego sądownego z zakresu ortopedii dr n. med. J. B. (k.521-524), opinia sądowno – lekarska sporządzona przez biegłą sądowną specjalistę w zakresie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lek. med. M. K. (k.580-585).

Przed urazem powód był osobą pogodną, bardziej towarzyską. Aktualnie z osoby samodzielnej, sprawnej fizycznie aktywnej zawodowo i społecznie stał się zamknięty, apatyczny, źle sypia, nie przejawia zainteresowania życiem codziennym. Niepowodzenie procesu leczenia, utrwalone skutki uszkodzenia wpływają degradacyjnie na stan psychiczny powoda wywołując u powoda uczucia bezradności i braku nadziei na znalezienie zatrudnienia, na pomoc rodzinie, na uczestniczenie w wychowywaniu dziecka. Zniechęcony, aktualnie pozostaje bez dalszej kontroli neurologicznej. Utrwalony stan kończyny górnej pozwala na podjęcie przez powoda pracy jedynie w warunkach systemu inwalidztwa i na odpowiednim stanowisku. Powód nie ma możliwości wykonywania pracy w zawodzie murarz-tylnik, może świadczyć jedynie prace nie wymagające sprawności oburęcznej, przy wykonywaniu pracy wymagane jest stosowanie ortezy stabilizującej. Ocena rokowania powoda na przyszłość jest trudna.

Aktualny stan wymaga stosowania na stałe ortezy przedramienna – dłoniowej stabilizującej wyprost ręki.

Dowód: opinia sądowno – psychologiczna biegłego sądownego z zakresu ortopedii dr n. med. J. B. (k.521-524), opinia uzupełniająca biegłego sądownego dr n. med. J. B. (k.548-549), opinia sądowno – lekarska sporządzona przez biegłą sądowną specjalistę w zakresie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lek. med. M. K. (k.580-585).

Uszkodzenie nerwu promieniowego powstało śródoperacyjnie i pozostaje w związku przyczynowo – skutkowym z zabiegiem, jakie został przeprowadzony w dniu 07 października 2011 roku Obecny stan zdrowia powoda jest bezpośrednim następstwem przebytego zabiegu operacyjnego z dnia 07 października 2011 roku. W trakcie tego zabiegu, zaskakujących problemów technicznych w usuwaniu płyty i śrub, otwierając dostęp, zbyt intensywnie wywierano nacisk i rozciągano podwążkami konglomerat rozległej blizny z zawartym nerwem promieniowym. Z dużym prawdopodobieństwem można uznać, że w konkretnej sytuacji zespół operacyjny nie dołożył szczególnej ostrożności i uwagi przy usuwaniu zespolenia.

Dowód: opinia sądowno – psychologiczna biegłego sądownego z zakresu ortopedii dr n. med. J. B. (k.521-524), opinia uzupełniająca sporządzona przez biegłego sądownego dr n.med. J. B. (k.548-549).

Uszkodzenie nerwu promieniowego spowodowało brak przewodzenia w nerwie, również bodźców bólowych.

Uraz spowodował trwałe uszkodzenie narządu ruchu powoda, które pomimo leczenia i rehabilitacji jest nieodwracalne. Prowadzona rehabilitacja ma na celu utrzymanie aktualnej dysfunkcji, zapobieganie pogłębianiu się niesprawności niedowładnej kończyny, narastaniu zaników mięśniowych i pogłębianiu się przykurczy. Równocześnie powoduje wzmocnienie siły i napięcia mięśni obręczy barkowej i prawej kończyny górnej, powstawanie wzorców i nawyków ruchowych umożliwiających funkcjonowanie w życiu codziennym jako osoba praktycznie jednoręczna. Powód powinien korzystać w życiu codziennym z zaopatrzenia ortopedycznego – ortezy na dłoń i przedramię, zabezpieczających przed dalszym postępowaniem dysfunkcji. Orteza jest częściowo refundowana przez NFZ i dostępna co 3 lata.

Powód nadal wymaga stałego leczenia, w tym rehabilitacji wielospecjalistycznej neurologicznej i neurochirurgicznej, fizjoterapii, kinezyterapii, a także poradnictwa zawodowego i zatrudnienia. Powód powinien korzystać z zabiegów zleconych każdorazowo przez lekarza rehabilitacji, średnio nie mniej niż 4 porady rocznie, który ustali leczenie odpowiednie do aktualnego stanu zdrowia, uwzględniając zabiegi kinezyterapii i masażu w cyklach dziesięciodniowych 4 x w roku, z uwzględnieniem trudności dostępu do świadczeń w ramach NFZ i konieczności korzystania z gabinetów prywatnych. Leczenie rehabilitacyjne – stosowanie zabiegów masażu, fizyku i kinezyterapii jest niezbędne, aby zapobiegać pogłębiającym się zanikom mięśniowym i przykurczom stawów powodującym wtórnie niesprawność, niezależnie od naturalnego starzenia się organizmu. Poza dostępnymi w ramach NFZ zabiegami wskazane jest stosowanie zabiegów terapii manualnej, np. PNF lub innych w formie skojarzonej, również w seriach po 10 zabiegów powtarzanych 4 razy w roku. W T., koszt zabiegów rehabilitacyjnych zalecanych dla M. G. (1) to fizykoterapii 5-7 zł za jeden zabieg, masażu 25 – 30 zł za jeden zabieg, natomiast zabiegi kinezyterapii – ćwiczenia bierne, wspomagane, czynne i równoważne obejmujące mięśnie karku i obręczy barkowej stosowane łącznie to jednorazowo kwota ok 30 zł.

Stan zdrowia powoda po przebytych urazach jest ustabilizowany. Powód nie rokuje poprawy i nie rokuje powrotu do funkcji. Potrzeby powoda w zakresie opieki obejmują pomoc w czynnościach życia codziennego i czynnościach bytowych. Powód nadal wymaga pomocy w podstawowych czynnościach życia codziennego – higieny, ubierania się. Wymaga pomocy w robieniu zakupów, przygotowywaniu posiłków, gotowaniu, praniu, prasowaniu – codziennie w wymiarze 2 godzin.

Powód przy wykonywaniu podstawowych czynności może liczyć na pomoc swojej matki, która pomaga powodowi przy ubieraniu się, zawiązuje także synowi sznurówki. Pomoc matki w stosunku do syna to około godzina dziennie.

Brak czynności niedowładnej kończyny powoduje postępujące zaniki mięśniowe, zaburzenia równowagi mięśni obręczy barkowej i mięśni karku, zaburzenia czucia dotyku i temperatury, przyspiesza powstanie zmian zwyrodnieniowych stawów kręgosłupa szyjnego i piersiowego, powodując powstawanie zespołów bólowych wymagających leczenia farmakologicznego i rehabilitacji.

Dowód: zeznania świadka M. G. (2) (k.371-372), opinia sądowno – lekarska sporządzona przez biegłą sądową specjalistę w zakresie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lek. med. M. K. (k.580-585), opinia uzupełniająca sporządzona przez biegłą sądową specjalistę w zakresie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lek. med. M. K. (608-609), opinia sądowno – lekarska sporządzona przez biegłego sądowego specjalistę neurochirurga – neurotraumatologa W. M. (k.639-642).

W związku z doznany urazem na skutek zabiegu operacyjnego, która został przeprowadzony w dniu 07 października 2011 roku powód doznał 30% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Powód może podjąć wyłącznie pracę jak dla osób jednoręcznych w ramach warunków chronionych. U powoda nie stwierdza się niezdolności do samodzielnej egzystencji, ma on ograniczenia wynikające z jednoręczności, co powoduje konieczność pomocy w czynnościach wymagających sprawności obu rąk.

Dowód: opinia sądowno – psychologiczna biegłego sądowego z zakresu ortopedii dr n. med. J. B. (k.521-524), opinia uzupełniająca sporządzona przez biegłego sądowego dr n.med. J. B. (k.548-549), opinia sądowno – lekarska sporządzona przez biegłego sądowego specjalistę neurochirurga – neurotraumatologa W. M. (k.639-642).

Powód nie podejmuje prywatnej rehabilitacji z uwagi na brak środków pieniężnych. M. G. (1) posiada orzeczoną III grupę inwalidzką oraz do czerwca 2016 pobierał świadczenie rentowe w wysokości 580 zł. Obecnie nie podejmuje pracy zarobkowej. W związku z doznany urazem powód ponosi koszt zakupu lekarstw, wizyt lekarskich oraz dojazdów do placówek medycznych w kwocie 150 zł miesięcznie. Powód zażywa leki przeciwbólowe a., których koszt za 10 tabletek wynosi 50 zł. Miesięcznie powód zużywa 3 opakowania tego leku oraz dwa opakowania k., przy czym koszt zakupu jednego opakowania tabletek k. wynosi 15 zł. Zdarza się, że powód stosuje również maść i., która kosztują

w granicach 30 zł i miesięcznie zużywa 3 tubki. Obecnie M. G. (1) potrzebuje środków finansowych głównie na zakup lekarstw oraz na rehabilitację.

Z powodu wypadku M. G. (1) wykorzystał 182 dni niezdolności do pracy i świadczenie rentowe z powodu częściowej niezdolności do pracy. Powód miał przyznane świadczenie, tj. rentę szkoleniową, którą pobierał w okresie od dnia 01 kwietnia 2016 roku do dnia 30 września 2016 roku, jednakże nie został przeszkolony z powodu braku możliwości

Lekarz Orzecznik ZUS orzeczeniem wydanym w dniu 19 listopada 2013 roku uznał powoda za osobę częściowo niezdolną do pracy do dnia 30 czerwca 2014 roku, po czym orzeczeniem wydanym w dniu 23 lipca 2014 roku powód został uznany za osobę częściowo niezdolną do pracy do dnia 31 grudnia 2014 roku. Orzeczeniem Lekarza Orzecznika ZUS z dnia 24 listopada 2014 roku częściowa niezdolność powoda do pracy została przedłużona do dnia 30 czerwca 2015 roku.

Kolejnym orzeczeniem z dnia 06 czerwca 2015 roku Lekarz Orzecznik ZUS wskazał, że celowe jest przekwalifikowanie zawodowe przez powoda ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie. Data powstania niezdolności do pracy w dotychczasowym zawodzie to 06 czerwiec 2010 rok. Powyższe orzeczenie zostało wydane po przeprowadzeniu bezpośredniego badania powoda i dokonaniu analizy przedstawionej dokumentacji medycznej, w tym dokumentacji z leczenia ambulatoryjnego powoda, zaświadczeń o stanie zdrowia powoda wystawionych przez lekarzy leczących M. G. (1).

Decyzją z dnia 30 czerwca 2015 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych w T. przyznał M. G. (1) rentę szkoleniową, która przysługiwała powodowi przez okres 6 miesięcy, tj. od dnia 01 lipca 2015 roku, a więc od miesiąca, w którym ustały uprawnienia powoda do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy, do dnia 31 grudnia 2015 roku.

Renta szkoleniowa przysługiwała powodowi w wysokości najniższej renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy, tj. 675,13 zł miesięcznie, przy czym wysokość przysługującego powodowi świadczenia w kwocie 675,13 zł po potrąceniu zaliczki na podatek dochodowy odprowadzanej do urzędu skarbowego oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne wynosiła łącznie po 591,37zł miesięcznie.

W związku z brakiem możliwości przekwalifikowania zawodowego Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. Inspektorat w B. Wydział Świadczeń Emerytalno – Rentowych pismem z dnia 06 sierpnia 2015 roku wstrzymał od dnia 01 sierpnia 2015 roku przyznaną powodowi rentę szkoleniową.

Orzeczeniem z dnia 15 września 2015 roku lekarz Orzecznik ZUS uznał, że powód jest częściowo niezdolny do pracy do dnia 31 marca 2016 roku.

Powiatowy Zespół do sprawy orzekania o niepełnosprawności w B. orzeczeniem wydanym w dniu 10 marca 2016 roku uznał powoda za osobę z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z powodu schorzeń określonych symbolem przyczyny niepełnosprawności „10-N”. W ocenie składu orzekającego powód ze względu na występujące następstwa stanu zdrowia ograniczające podejmowanie aktywności zawodowej jest osobą zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej.

Dowód: potwierdzenie wypłaty renty (k.24), faktury vat, paragony (k.25-29), orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 19 listopada 2013 roku (k.21), orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 23 lipca 2014 roku (k.275), orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 24 listopada 2014 roku (k.363), informacja o ustaniu prawa do świadczenia (k.450), zeznania powoda (k.452-454), orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 09 czerwca 2015 roku (k.663), decyzja z dnia 30 czerwca 2015 roku o przyznaniu renty szkoleniowej (k.664), pismo ZUS Oddział w T. Inspektorat w B. z dnia 06 sierpnia 2015 roku (k.665), orzeczenie Lekarza Orzecznika ZUS z dnia 15 września 2015 roku (k.667), orzeczenie o stopniu niepełnosprawności z dnia 10 marca 2016 roku (k.671).

Powyższy stan faktyczny ustalono przede wszystkim w oparciu o dokumenty zalegające w aktach przedmiotowej sprawy, a także w oparciu o dowody z opinii głównych oraz uzupełniających biegłych sądowych specjalisty w zakresie

rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lek. med. M. K., specjalisty chirurga – ortopedy i traumatologa dr n. med. J. B. oraz specjalisty neurochirurga – neurotraumatologa W. M. a także z zeznania powoda oraz świadków: R. B., K. K., P. B. (1), P. B. (2) J. G. i M. G. (2)

Dokumenty, które były podstawą poczynionych ustaleń faktycznych, Sąd uznał w całości za autentyczne i wiarygodne. Ich treść i forma nie budziły bowiem zastrzeżeń i wątpliwości, a także nie ujawniły się okoliczności, które podważałyby wiarygodność tych dowodów i godziły w ich moc dowodową od strony materialnej, czy formalnej. Dlatego też te dowody zachowują w pełni właściwą dla siebie moc dowodową nadaną przepisami art. 244 i 245 k.p.c.

Sąd uznał wymienione wyżej opinie biegłych za wyczerpujące, rzeczowe i zdaniem Sądu rzetelne. W ocenie Sądu wnioski w tych opiniach są oparte na szczegółowej analizie zgromadzonej dokumentacji medycznej i fachowej wiedzy biegłych oraz przeprowadzonych badaniach powoda. Biegli w sposób wyczerpujący odpowiedzieli na zadane pytania oraz logicznie uzasadnili wnioski zawarte w swoich opiniach. W ocenie Sądu opinie biegłych sporządzone zostały w oparciu o obiektywny i rzetelnie zebrany materiał badawczy, który pozwalał sformułować wnioski końcowe przez biegłych. Wobec powyższego Sąd uznał te opinie za miarodajne źródło wiedzy i poczynił na ich podstawie ustalenia faktyczne w sprawie. Zdaniem Sądu końcowe wnioski opinii zostały uzasadnione w sposób prawidłowy, a przy tym jasny i logiczny. Sporządzenie opinii poprzedzone zostało analizą zgromadzonej dokumentacji lekarskiej przez biegłych różnych specjalności, w wyniku czego biegli w sposób stanowczy i jednoznaczny wskazali, że aktualny stan zdrowia powoda jest bezpośrednim następstwem przebytego zabiegu operacyjnego z dnia 07 października 2011 roku. Biegli nadto w sposób nie budzący wątpliwości Sądu wskazali, że uszkodzenie nerwu promieniowego jest trwałe i nieodwracalne. Biegły sądowy specjalista neurochirurg – neurotraumatolog W. M. wskazał, że powód wymaga pomocy w pracach wymagających sprawności obu rąk, a z uwagi na fakt, iż uszkodzenie nerwu promieniowego jest trwałe, M. G. (1) będzie wymagał takiej pomocy zawsze w wymiarze od 1 – 3 godzin dziennie. Z kolei w ocenie biegłej sądowej specjalisty w zakresie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lek. med. M. K. potrzeby powoda w zakresie opieki obejmują pomoc w czynnościach życia codziennego i czynnościach bytowych codziennie w wymiarze 2 godzin. Biegli w sposób jednoznaczny podkreślili również, że powód wymaga dalszej rehabilitacji celem zapobiegania dalszej degradacji kończyny górnej lewej, jak również wskazali że M. G. (1) może podjąć pracę wyłącznie dla osób jednoręcznych w ramach warunków chronionych.

W zakresie osobowych źródeł dowodowych Sąd dał wiarę zeznaniom świadków J. G. oraz M. G. (2) albowiem były one spójne, logiczne i konsekwentne. W swej relacji świadkowie ci opisali wszystkie zapamiętane przez siebie okoliczności dotyczące stanu zdrowia powoda i podejmowanego przez niego leczenia. Ich relacje są rzeczowe i wzajemnie się uzupełniają.

Sąd uwzględnił także zeznania powoda M. G. (1) w całości, gdyż powód w trakcie składania zeznań wyczerpująco odpowiadał na pytania Sądu, a jego zeznania w ocenie Sądu są stanowcze, wewnętrznie spójne i logicznie przekonywujące, a to pozwala obdarzyć je w pełni walorem wiarygodności.

Podzielił Sąd również zeznania świadków, którzy jako personel medyczny uczestniczyli przy zabiegu operacyjnym, jaki miał miejsce w dniu 07 października 2011 roku. Odnosząc się do depozycji R. B., K. K. oraz P. B. (1) podkreślić należy, że świadkowie ci, jako lekarze będący zatrudnieni w pozwanym Szpitalu na podstawie umowy cywilno- prawnej brali udział w zabiegu operacyjnym powoda, który miał miejsce w dniu 07 października 2011 roku. Z treści zeznań tychże świadków wynika, że po przeprowadzonym zabiegu chirurgicznym nastąpiło porażenie nerwu promieniowego powoda. Świadek R. B., który asystował doktorowi W. B. w trakcie wykonywania operacji zespolenia złamania kości ramiennej lewej powoda w sposób jednoznaczny stwierdził, że podczas zabiegu operacyjnego powoda, który miał miejsce w dniu 07 października 2011 roku nastąpiły problemy z usunięciem 2 lub 3 śrub. Świadek ten zeznał nadto, iż zauważył, że po ustąpieniu znieczulenia, tj. kilka godzin po operacji doszło do porażenia nerwu promieniowego w części ruchowej. Lekarz R. B. przyznał także, że do tego uszkodzenia musiało dojść w toku wykonywanej operacji, albowiem jak sam wskazał, nie mogło być innej przyczyny. Treść tych depozycji pozostaje zbieżna przy tym ze zgromadzoną w toku postępowania dokumentacją medyczną powoda. Sąd dostrzega, że świadkowie K. K. oraz P. B. (1) w istocie nie znali szczegółów przeprowadzonego zabiegu operacyjnego, jednakże jako lekarze zatrudnieni na

oddziale urazowo – ortopedycznym Szpitala w D. potwierdzili, że powód był hospitalizowany na oddziale z uwagi na komplikacje pooperacyjne. Natomiast świadek P. B. (1) asystujący podczas operacji w dniu 07 października 2011 roku i będący obecny w toku operacji na czas usuwania płyty, potwierdził problemy z usunięciem materiału zespalającego z ręki powoda. Jak wynika z treści zeznań świadka operator miał problemy zarówno z usunięciem śrub oraz z wyciągnięciem płyty zespalającej z materiału kostnego, albowiem płyta ta była wrosnięta w kość.

Wobec powyższego zeznania w tym przedmiocie wzajemnie ze sobą korespondowały i pozostawały w logicznym związku z zebrany materiał dowodowy w postaci dokumentacji lekarskiej i opinii biegłych. Nie dopatrzył się Sąd w tych zeznaniach jakichkolwiek sprzeczności. W toku postępowania nie ujawniła się też żadna okoliczność nakazująca poddać w wątpliwość prawdziwość zeznań tych osób. A zatem ich zeznania zasługują na danie im wiary.

Sąd rozważył, co następuje:

Zgodnie z art. 430 k.c. kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosowania się do jego poleceń, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu tej czynności. Powierzającym w rozumieniu powyższego przepisu może być zarówno osoba prawna jak i też fizyczna i może ono nastąpić na podstawie stosunku prawnego mającego swoje źródło w umowie cywilnoprawnej, stosunku pracy oraz nawet stosunku faktycznego. Stosunek podległości istnieje nawet wtedy, gdy wykonujący czynność ma dużą swobodę w podejmowaniu decyzji i dotyczy to w szczególności lekarzy pozostających w stosunku pracy jak i też będących na tzw. kontrakcie.

Publiczny zakład opieki zdrowotnej swoje statutowe obowiązki w zakresie ochrony zdrowia i życia pacjentów realizuje poprzez usługi świadczone przez zatrudnionych w tej jednostce lekarzy określonych specjalności. Podkreślić jednak należy, że odpowiedzialność przewidziana w tym przepisie również jest odpowiedzialnością na zasadzie winy i nie zwalnia to powoda od obowiązku jej udowodnienia. Norma art. 415 k.c. wymaga jednoczesnego wystąpienia trzech przesłanek: szkody, zawinonego działania lub zaniechania sprawcy oraz związku przyczynowego między owym zawinionym działaniem lub zaniechaniem a samą szkodą.

Konieczne zatem było wykazanie kumulatywnego zaistnienia przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej w postaci: wyrządzenia szkody przez pracownika pozwanego szpitala, bezprawnego działania lub zaniechania tego pracownika oraz adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem pracownika a wyrządzoną szkodą.

Szkodą jest każdy uszczerbek na dobrach prawnie chronionych i generalnie wyróżnia się dwa rodzaje szkody, a mianowicie szkodę majątkową oznaczającą uszczerbek materialny i szkodę niemajątkową, czyli doznaną krzywdę tj. cierpienia fizyczne i krzywdę moralną. Do jej zaistnienia może dojść wskutek działania samego lekarza, personelu pomocniczego lub w wyniku zaniedbań organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej. Szkada może być wynikiem niewłaściwego leczenia, zaś będącą jej skutkiem krzywdą jest cierpienie fizyczne i moralne powstałe na skutek wadliwego zabiegu (por. M. Nestorowicz „Prawo Medyczne” Toruń 2007r., str. 44).

Wina zachodzi wówczas, gdy sprawcy szkody można postawić zarzut zarówno obiektywnej jak i subiektywnej niewłaściwości zachowania. Ogólnie można stwierdzić, że obiektywnym elementem winy będzie uchybienie przez lekarza jego obowiązkom zawodowym, które należy traktować szeroko, jako takie, które wynikają z różnych przepisów i istoty zawodu. Poza przepisami ustawy lub postanowieniami regulaminów, każdego wiążą wskazania wynikające czy to z istoty wykonywanych funkcji, czy to z etyki związanej z danym zawodem. Jeżeli chodzi o zawód lekarza to wymagania te muszą być ze względu na daleko idące skutki jego pracy szczególnie wysokie. Takie stanowisko zaprezentował Sąd Najwyższy już w orzeczeniu z dnia 7.01.1966 r. I Cr. 369/65, OSPIKA 1966 poz. 278 z glosą aprobującą M. Sośniaka. Subiektywny element winy to z kolei ujemna ocena postępowania lekarza, niezgodnego z jego obowiązkami, wynikającymi z różnych przepisów prawnych. Od lekarzy wymaga się staranności wyższej niż przeciętna z uwagi na podmiot ich zabiegów, którym jest człowiek i skutki wadliwego leczenia często nieodwracalne (por. orz. s. apel. w Krakowie z dnia 09.03.2001 r. I ACa 124/01, Przegląd Sądowy 10/2002, z glosą M. Nestorowicza). Na wysoki

stopień staranności wymaganej od lekarza wskazał również Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z dnia 29.09.2005 r. (I ACa 510/05, Prawo i Medycyna 3/2006, z glosą M. Nestorowicza) stwierdzając, że do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania, które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia.

W ocenie Sądu analiza materiału dowodowego zgromadzonego w przedmiotowej sprawie uzasadnia tezę, że skutki uszkodzenia ciała powoda polegające na uszkodzeniu nerwu promieniowego nastąpiły wskutek zawinionego działania, czy też zaniechania lekarzy i personelu medycznego pozwanego Szpitala.

Zgodnie z art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, lekarz podejmuje działania zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością.

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy w pierwszej kolejności wskazać należy, że biegły sądowy neurochirurg – neurotraumatolog w sporządzonej na potrzeby niniejszego postępowania opinii sądowo – lekarskiej w sposób jednoznaczny stwierdził, że obecny stan zdrowia powoda jest bezpośrednim następstwem przebytego zabiegu operacyjnego z dnia 07 października 2011 roku. Również biegły sądowy specjalista chirurg – ortopeda, traumatolog dr n. med. J. B. w złożonej opinii uzupełniającej wskazał, iż zespół operacyjny nie dołożył szczególnej ostrożności i uwagi przy usuwaniu zespolenia. Zauważył, że podczas zabiegu operacyjnego, który został przeprowadzony w dniu 07 października 2011 roku polegającego na usuwaniu płyty i śrub, otwierając dostęp zbyt intensywnie wywierano nacisk i rozciągano podważkami konglomerat rozległej blizny z zawartym nerwem promieniowym.

W związku z powyższym całokształt materiału dowodowego wskazuje, że powikłanie pooperacyjne w postaci uszkodzenia nerwu promieniowego pozostaje w związku przyczynowym z zawinionym działaniem personelu medycznego pozwanego Szpitala.

Odnosząc się jednak w pierwszej kolejności do podniesionego przez pozwanego zarzutu przedawnienia roszczenia, zdaniem Sądu należy go uznać za chybiony. Istota roszczeń majątkowych wyraża się m.in. w tym, że ulegają one przedawnieniu (art. 117 k.c.), co oznacza, że ten przeciwko komu przysługuje roszczenie, może uchylić się od jego zaspokojenia, chyba że zrzeka się korzystania z zarzutu przedawnienia (art. 117 § 2 k.c.). Jeżeli przepis szczególnie nie stanowi inaczej, termin przedawnienia, dla roszczeń o świadczenia okresowe oraz roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej wynosi 3 lata (art. 118 k.c.). Bieg przedawnienia rozpoczyna się od dnia, w którym roszczenie stało się wymagalne (art. 120 § 1 zd. 1 k.c.). Bezspornym w niniejszej sprawie jest fakt, że usunięcie metalowych zespoli z ręki powoda nastąpiło w dniu 07 października 2011 roku i od czasu zabiegu usunięcia zespoli utrzymuje się niesprawność ruchowa lewej ręki M. G. (1). Zatem od tej daty należy liczyć termin przedawnienia roszczeń strony powodowej, który upływał 07 października 2014 roku. Tymczasem M. G. (1) wystąpił z powództwem pozewm datowanym na dzień 28 maja 2014 roku, a który wpłynął do tut. Sądu w dniu 06 czerwca 2014 roku.

Podstawę zasądzenia zadośćuczynienia na rzecz powoda stanowi art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c., zgodnie z którym w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Przyznanie poszkodowanemu zadośćuczynienia z art. 445 § 1 zależy od uznania sądu, który winien wziąć przy tym pod uwagę całokształt okoliczności sprawy. Jak wskazuje się w orzecznictwie Sądu Najwyższego treść art. 445 k.c. pozostawia - z woli ustawodawcy - swobodę sądowi orzekającemu w ustalaniu wysokości zadośćuczynienia i pozwala - w okolicznościach rozpoznawanej sprawy - uwzględnić indywidualne właściwości i subiektywne odczucia osoby pokrzywdzonej (tak SN w wyroku z 19 maja 1998 r., II CKN 756/97). Powołany przepis nie precyzuje bliżej pojęcia krzywdy, oraz charakteru przyznawanego zadośćuczynienia.

Zarówno w doktrynie jak i orzecznictwie przyjmuje się, że krzywdę należy rozumieć jako cierpienie fizyczne to jest ból i inne dolegliwości, cierpienia psychiczne to jest ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub

następstwami uszkodzenia ciała albo rozstroju zdrowia w postaci np. zeszpecenia, niemożności uprawiania określonej działalności, wyłączenia z normalnego życia itp. Zadośćuczynienie pieniężne ma na celu przede wszystkim złagodzenie tych cierpień.

Sąd przy określaniu wysokości zadośćuczynienia ma obowiązek w każdym przypadku dokonywać oceny konkretnego stanu faktycznego i brać pod uwagę wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy, takie jak rozmiar doznanych cierpień fizycznych a więc ból, długotrwałość leczenia i inne dolegliwości a także cierpienia psychiczne, czyli negatywne uczucia przeżywane w związku z doznanymi cierpieniami fizycznymi. Nie bez znaczenia przy dokonywaniu tej oceny jest także wiek poszkodowanego i skutki uszkodzenia ciała w zakresie ogólnej zdolności do normalnego funkcjonowania. Sąd oceniając rozmiar krzywdy doznanej przez powoda na skutek działania pozwanych, oprócz odczuwanych przez powoda poważnych cierpień fizycznych w postaci dolegliwości bólowych, złego samopoczucia, osłabienia, uwzględnił także rodzaj doznanych cierpień psychicznych

Sąd ustalając kwoty zadośćuczynienia miał na uwadze rzeczywisty stopień pogorszenia się stanu zdrowia powoda i nasilenia cierpień z tym związanych. Zauważyć należy, że na skutek urazu powód doznał 30% trwałego uszczerbku a zdrowiu. Jak wskazała biegła sądowa specjalista w zakresie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lek. med. M. K. uraz spowodował u powoda trwale uszkodzenie narządu ruchu. W opinii biegłego sądowego specjalisty chirurga ortopedy i traumatologa dr n. med. J. B. rokowanie, co do przyszłego stanu zdrowia powoda jest trudna. Ponadto, również biegły sądowy specjalista neurochirurg – neurotraumatolog W. M. wskazał, że uszkodzenie nerwu promieniowego jest trwałe i nieodwracalne. Powód obecnie jest zmuszony prowadzić inny tryb życia, albowiem M. G. (1) wymaga pomocy osób trzecich w pracach wymagających sprawności obu rąk. Podkreślić należy, że uszkodzenie nerwu promieniowego jest trwałe, co powoduje, że powód wymaga takiej pomocy zawsze. Dostrzec należy, że potrzeby powoda w zakresie opieki obejmują pomoc w czynnościach życia codziennego i czynnościach bytowych. Analiza akt sprawy w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje, że powód wymaga pomocy w podstawowych czynnościach życia codziennego, tj. higieny, ubierania się. Wymaga nadto pomocy w robieniu zakupów, przygotowywaniu posiłków, gotowaniu, praniu, prasowaniu. Taka perspektywa u osoby w młodym wieku, nie wyzwala zdrowych emocji stanowiąc bodziec strachu i niepewności. Powód z osoby samodzielnej i samowystarczальной stała się osobą uzależnioną od troski osób najbliższych w podstawowych czynnościach życiowych.

Powód – jak wynika z powyższych okoliczności doznał skomplikowanego urazu ręki. Koniecznym było wykonanie u powoda bardzo bolesnych zabiegów, powód przeszedł długie leczenie i rehabilitację, a mimo to nie odzyskał sprawności sprzed wypadku. Wskazać przy tym należy, iż zgodnie z utrwalonym orzecznictwem wysokość zadośćuczynienia nie powinna być nadmierną w stosunku do doznanej krzywdy, ale musi być odpowiednia w tym znaczeniu, że powinna być utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej. Zasądzenie zadośćuczynienia w pełnej wysokości, w ocenie Sądu nie tylko odpowiada rozmiarowi szkody, ale nie stanowi naruszenia wskazanej wyżej zasady rozsądnej granicy. Z tego względu Sąd uznał, że przyznanie zadośćuczynienia w kwocie 100.000 zł jest sumą adekwatną do stopnia doznanej przez powoda krzywdy.

O odsetkach od zasądzonej kwoty zadośćuczynienia, należało orzec na podstawie art. 481 §1 k.c., stanowiącego, że jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Przyjęto przy tym, że przysługują one powodowi od dnia 01 lutego 2014 roku. Sąd dostrzega, że strona powodowa jako datę wymagalności roszczenia wskazała dzień 19 stycznia 2014 roku. Nie sposób jednak zgodzić się z twierdzeniami strony powodowej jakoby pozwana w terminie 5 dni od ekspediowania do pozwanej pisma ze sprecyzowanymi roszczeniami, co miało miejsce dniu 13 stycznia 2014 roku winna zapoznać się z treścią tegoż pisma, a następnie odpowiedziała na pismo strony powodowej. Biorąc pod uwagę obrót pocztowy, który Sąd przyjął na poziomie 7 dni, w ocenie Sądu sprzeczne z zasadami doświadczenia życiowego byłoby, aby strona pozwana w terminie jedynie 5 dni od dnia nadania pisma była w stanie zapoznać się z roszczeniami strony powodowej, a następnie złożyć odpowiedź na żądanie powoda. Biorąc przy tym pod rozwagę, że pozwany Szpital jest skomplikowaną strukturą administracyjną, a przesłane żądanie wymagało analizy dokonanej przez kompetentne osoby. Z tego względu Sąd przyjął termin 7 dni na dostarczenie przesyłki pozwanej, oraz następnie 10 dni na złożenie

odpowiedzi na pismo powoda i wypłatę zadośćuczynienia wobec czego, w konsekwencji zasądził odsetki od dnia 01 lutego 2014 roku.

Podstawę prawną żądania renty stanowił art. 444 § 2 k.c., zgodnie z którym 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 w postaci odpowiedniej renty.

W orzecznictwie wskazuje się, że wysokość renty powinna odpowiadać różnicy między zarobkami, jakie poszkodowany mógłby osiągać, gdyby nie uległ wypadkowi, a wynagrodzeniem, jakie - w konkretnych warunkach - jest w stanie uzyskać przy wykorzystaniu swej uszczuplonej zdolności do pracy, z tym zastrzeżeniem, że poszkodowany nie ma obowiązku podjęcia się każdej pracy (wyrok SN z dnia 8 czerwca 2005 r., V CK 710/2004, LEX nr 183607). Szkoła wyraża się więc różnicą między potencjalnymi dochodami, jakie poszkodowany przypuszczalnie osiągałby gdyby nie doznał uszkodzenia ciała, a wszelkimi dochodami, jakie może faktycznie osiągać bez zagrożenia stanu zdrowia.

Wskazać należy, że w przypadku obliczania renty z art. 444 § 2 k.c. sąd nie jest zobowiązany do drobiazgowej dokładności; w tym zakresie powinien się kierować wskazaniami z art. 322 k.p.c. (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 25 listopada 1999 r., II CKN 476/98, LEX nr 852517, i z dnia 3 listopada 2009 r., II CSK 249/09, LEX nr 737261). Powód dochodził kosztów opieki osób trzecich w kwocie 480 zł, kosztów związanych z zakupem leków, wizyt lekarskich, dojazdów do placówek medycznych w wysokości około 150 zł miesięcznie oraz utraconych dochodów z pracy zarobkowej oraz utraconych perspektyw na przyszłość w kwocie 1938 zł w ramach skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby.

Koszt opieki zostało przez powoda obliczone przy uwzględnieniu zakresu opieki określonego w zgodnych z tym zakresie opiniach biegłego rehabilitanta, przy przyjęciu stawki 8 zł za godzinę.

Z uwagi na skutki doznanego urazu powód wymaga pomocy osób trzecich. Samodzielnie nie potrafi wykonać czynności życia codziennego, nie jest w stanie samodzielnie przyrządzić posiłków, ugotować, prasować czy zrobić zakupy. W ślad za opinią biegłego sądowego specjalistę w zakresie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lek. med. M. K., należało uznać, iż M. G. (1) w okresie od dnia 10 lipca 2014 roku do dnia 31 maja 2016 roku wymagał pomocy osób trzecich w wymiarze 2 godziny dziennie. Biorąc to pod uwagę Sąd uznał, że koszty opieki wynosiły 480 zł miesięcznie, koszty związane z zakupem leków stanowiły kwotę 150 zł miesięcznie. Uzasadniając żądanie w przedmiocie renty powód wskazał, że w okresie poprzedzającym przedmiotowe zdarzenie był zatrudniony na podstawie umowy o pracę w charakterze pracownika ogólnobudowlanego i z tego tytułu otrzymywał wynagrodzenie w kwocie od 2000 zł do 2500 zł. Ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wynika, że przed ciągiem zdarzeń zapoczątkowanym zabiegiem operacyjnym wykonanym w dniu 07 października 2011 roku powód był zatrudniony w Przedsiębiorstwie (...) na stanowisku pracownika ogólnobudowlanego z wynagrodzeniem 1386 zł. Był on więc osobą niezależną, o pełnej sprawności fizycznej i psychicznej. Z dokonanych ustaleń faktycznych, a w szczególności z opinii biegłych sądowych wynika, że nie będzie on mógł wykonywać pracy w zawodzie wyuczonym i rzeczywiście wykonywanym przed nastąpieniem wypadku. Z uwagi na powyższe powód zatem nie będzie dysponował możliwością zwiększenia swojego doświadczenia zawodowego i uzyskiwania zarobków w stopniu adekwatnym do uzyskanych kwalifikacji zawodowych.

Mając na uwadze zgromadzone w aktach sprawy dowody Sąd uznał za uzasadnione zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda renty uzupełniającej za okres od dnia 10 lipca 2014 roku do dnia 31 maja 2016 roku w wysokości po 1430 zł miesięcznie.

Sąd ustalił tą kwotę przy uwzględnieniu różnicy pomiędzy uzyskiwanym przez niego wynagrodzeniem przed wypadkiem w kwocie 1380 zł, a uzyskiwanym świadczeniem rentowym z ZUS co daje kwotę 800 zł tytułem utraconych zarobków powoda powiększając ją o kwotę, jaką powód musiał wydatkować na zakup leków w wysokości 150 zł oraz koszty opieki w kwocie 480 zł miesięcznie.

Orzekając z kolei w przedmiocie renty uzupełniającej dla powoda za okres od dnia 01 czerwca 2016 roku Sąd uwzględnił koszty odpłatnej rehabilitacji w kwocie 270 zł. Jak wynika z treści opinii sporządzonej przez biegłą

sądową lek. med. M. K. powód wymaga stałego leczenia, w tym rehabilitacji wielospecjalistycznej neurologicznej i neurochirurgicznej, fizjoterapii, kinezyterapii, fizjoterapii i masażu, a także poradnictwa zawodowego i zatrudnienia. Biegła w sposób jednoznaczny stwierdziła, że powód winien korzystać z zabiegów zleconych każdorazowo przez lekarza rehabilitacji średnio nie mniej niż cztery porady rocznie, który ustali leczenie odpowiednie do aktualnego stanu zdrowia powoda, uwzględniając zabiegi kinezyterapii, fizykoterapii i masażu w cyklach dziesięciodniowych cztery razy w roku. Biegła równocześnie zauważyła trudności dostępu do świadczeń w ramach sektora publicznego, tj. NFZ i w związku z tym konieczność korzystania przez M. G. (1) z zabiegów prywatnych. W związku z powyższym w ocenie Sądu niewątpliwym i bezspornym jest to, że powód wymaga niezwłocznej opieki specjalistycznej, a czas oczekiwania na taką pomoc w ramach świadczenia z NFZ jest odległy.

Mając na uwadze stan zdrowia powoda, jego dolegliwości bólowe, objawy porażenia nerwu kulszowego, a także to, jak ogromne znaczenie w poprawieniu jego stanu zdrowia odgrywa rehabilitacja, Sąd uznał za wiarygodny i konieczny miesięczny koszt odpłatnej rehabilitacji powoda w kwocie 270 zł.

Zdaniem Sądu uzasadnione więc jest podjęcie leczenia przez powoda w ramach prywatnej opieki zdrowotnej z tego względu, iż przeprowadzenie go w ramach sektora publicznego byłoby niemożliwe lub znacznie utrudnione ze względu na długi termin oczekiwania na wizytę u specjalisty, a w sytuacji zaś, w której znalazł się M. G. (1) rehabilitacja ma bardzo istotne znaczenie.

Sąd uznał, że obecnie powód potrzebuje opieki ze strony osób trzecich w wymiarze 1 godziny dziennie, zatem przyjmując stawkę godzinową opieki na poziomie 10 zł, ponieważ sytuacja zdrowotna powoda w niewielkim stopniu poprawiła się, albowiem jak wynika z zebranego w sprawie materiału dowodowego w podjętym przez powoda leczeniu uzyskano poprawę sprawności w zakresie stawu barkowego. Ponadto, również z treści depozycji matki powoda wynika, że powodowi potrzeba drobnych świadczeń przez 1 godzinę. Z kolei biegły sądowy specjalista neurochirurg – neurotraumatolog wskazał, że średnio można przyjąć, że powód wymaga pomocy osób trzecich w ilości od 1 do 3 godzin dziennie, w zależności od wykonywanych prac w gospodarstwie domowym. Podkreślić przy tym trzeba, że u powoda nie stwierdza się niezdolności do samodzielnej egzystencji, ma on ograniczenia wynikające z jednoręczności, co powoduje konieczność pomocy w czynnościach wymagających sprawności obu rąk. Stąd też Sąd uznał koszty opieki osób trzecich w wysokości 300zł, koszty zakupu lekarstw pozostały niezmiennie i stanowią one kwotę 150 zł.

Odnosząc się z kolei do utraconych zarobków powoda za okres od 01 czerwca 2016 roku zauważyć trzeba, że z dokonanych ustaleń faktycznych, a w szczególności z opinii biegłego sądowego specjalisty chirurga ortopedę traumatologa dr n. med. J. B. wynika, że utrwalony u powoda stan kończyny górnej pozwala na podjęcie pracy jedynie w warunkach systemu inwalidztwa na odpowiednim stanowisku. Z kolei jak wynika z orzeczenia o niepełnosprawności z dnia 10 marca 2016 roku że powód będzie mógł wykonywać pracę w warunkach pracy chronionej. Tak więc na skutek wypadku, któremu uległ powód, nie utracił on całkowitej zdolności do zarobkowania, gdyż negatywne dolegliwości związane z wypadkiem nie wyeliminowały powoda z aktywności zawodowej ani też nie ograniczyły możliwości podjęcia przez powoda starań zmierzających do podjęcia zatrudnienia umożliwiającego wykonywanie mu pracy w warunkach pracy chronionej.

Dlatego też oceniając rozsądnie hipotetyczne zarobki, jakie powód mógłby osiągnąć, gdyby nie uległ wypadkowi, należy stwierdzić, że najbardziej prawdopodobnym jest, iż pracując w zawodzie murarza nie przekraczałyby one kwoty 2000 zł.

Odpowiednia renta, o której mowa w art. 444 § 2 k.c., powinna stanowić różnicę między wynagrodzeniem jakie poszkodowany uzyskałby, gdyby zachował pełną zdolność do pracy a dochodami jakie może uzyskiwać przy wykorzystaniu ograniczonej zdolności do pracy. Ta różnica odzwierciedla bowiem szkodę, jaką ponosi poszkodowany i którą ma zrekompensować przewidziana w tym przepisie renta. Ustalone w sprawie okoliczności faktyczne wskazują, że powód przed wypadkiem był zdrowym, młodym człowiekiem, nie cierpiącym na żadne dolegliwości. Wykonywał różne prace, a w ostatnim czasie bezpośrednio przed wypadkiem pracował jako pracownik fizyczny, a praca ta gwarantowała powodowi utrzymanie. Obecnie, do takiej aktywności powód z racji znacznej niepełnosprawności w

zakresie układu ruchu niewątpliwie zdolny nie jest. Powód nie posiada innego zawodu czy też wykształcenia, które przy istniejących przeciwwskazaniach do wykonywania określonych czynności i zaleceniu pracy w warunkach chronionych, umożliwiałyby znalezienie pracy i to gwarantującej podobne zarobki.

Biorąc powyższe pod uwagę, tytułem renty uzupełniającej od pozwanego zasądzone na rzecz powoda kwotę po 2000 złotych, płatną począwszy od dnia 01 czerwca 2016 roku.

O odsetkach od zasądzonej renty Sąd orzekł mając na uwadze treść art. 481 k.c.. Zauważyć należy, że wezwanie które powód wysłał do pozwanego było ekspediowane 13 stycznia 2014 roku, jednakże w treści tego pisma brak jest wysokości skonkretyzowanej renty. Z tego względu nie sposób uznać, że pozwana była zobligowana od tego momentu do przyznania powodowi renty. W ocenie Sądu treść tego pisma stanowiła jedynie zaproszenie od mediacji w przedmiocie wysokości świadczenia rentowego należnego od pozwanej powodowi. W tym zakresie bowiem konkretyzacja renty uzupełniającej, jakiej domagał się M. G. (1) od pozwanego nastąpiła przy doręczeniu odpisu pozwu. Zauważyć trzeba, że powód bowiem wysokość renty skonkretyzował w pozwie i od tego momentu Sąd zasądził żądanie rentowe, bo dopiero wtedy powód skonkretyzował, jaka jest wysokość żądanej renty.

W ocenie Sądu niezasadne było także roszczenie powoda o ustalenie odpowiedzialności strony pozwanej za skutki zdarzenia z dnia 07 października 2011 roku mogące powstać w przyszłości. Zdaniem Sądu za oddaleniem powództwa w tym zakresie przemawiają wnioski przedłożonych w niniejszym postępowaniu opinii biegłych sądowych. Powód niewątpliwie zakończył proces leczenia i są w chwili obecnej znane wszystkie skutki doznanego przez niego urazu, który spowodował trwałe i nieodwracalne pomimo leczenia uszkodzenie narządu ruchu. Istotne jest, że powód nadal wymaga stałego leczenia, w tym rehabilitacji wielospecjalistycznej neurologicznej i neurochirurgicznej, jak również poradnictwa zawodowego i zatrudnienia, jednakże rehabilitacja ma na celu utrzymanie aktualnej dysfunkcji oraz zapobieganie pogłębianiu się niesprawności niedowładnej kończyny.

Wobec powyższego biorąc pod uwagę, że w przypadku powoda nie istnieje niebezpieczeństwo ujawnienia się w przyszłości niekorzystnych następstw jakich doznał w wyniku zabiegu operacyjnego, który został przeprowadzony w dniu 07 października 2011 roku, Sąd nie ustalił odpowiedzialność pozwanego szpitala za te następstwa.

Sąd w orzeczeniu kończącym sprawę w instancji obciąży przeciwnika, jeżeli istnieją do tego podstawy, przy odpowiednim zastosowaniu zasad obowiązujących przy zwrocie kosztów procesu. Stosownie do zasady odpowiedzialności za wynik procesu, strona pozwana przegrała proces co do zasady i w związku z tym powinna ponieść koszty sądowe.

Na koszty te złożyła się opłata od zasądzonych roszczenia w kwocie 6200 zł oraz koszty opinii biegłych tj. kwota 2.334,80 zł, a także wynagrodzenia pełnomocnika powoda tj. kwota 3600 zł oraz kwota 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Mając to na uwadze zasądzone od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Tarnowie kwotę 8534,80 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania.

Na podstawie § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu zasądzone od Zespołu Opieki Zdrowotnej w D. na rzecz powoda kwotę 3617 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

SSO Barbara Grodkowska

(...)

(...)

(...)

(...)

(...)