

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 14 lipca 2017 roku T. J. wniosła o zasądzenie od pozwanego Instytutu Centrum (...) w Ł.:

- kwoty 600.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z odsetkami ustawowymi od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanej placówce zawezwania do próby ugodowej w sprawie II Co 101/16 Sądu Rejonowego dla Łodzi - Widzewa w Łodzi;

- kwoty 419,33 zł tytułem odszkodowania wraz z odsetkami ustawowymi od dnia następnego po dniu doręczenia pozwu w niniejszej sprawie;

- kwoty 2.500 zł tytułem renty miesięcznej z powodu utraty zdolności do pracy zarobkowej i zmniejszenia się widoków powodzenia na przyszłość oraz zwiększenia potrzeb, płatnej do 5 dnia każdego miesiąca za miesiąc bieżący wraz z odsetkami ustawowymi w przypadku uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat renty i waloryzowanej corocznie o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych według danych Prezesa GUS za miesiąc marzec każdego roku kalendarzowego.

Nadto wniosła o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za wszelkie szkody mogące powstać lub ujawnić się w przyszłości, a będące następstwem nieprawidłowego leczenia oraz zasądzenie od pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wedle norm przepisanych jak również kosztów wynikłych z zawezwania do próby ugodowej, w tym również kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Na uzasadnienie zgłoszonego żądania powódka wskazała, że następstwem nieprawidłowo przeprowadzonego zabiegu operacyjnego była konieczność poddania się kolejnym dwóm operacjom. Zarzuciła, że nie była poinformowana o wszelkich możliwych konsekwencjach i skutkach poddania się operacji jak również, że na żadnym etapie nie udzielono jej pomocy psychiatrycznej, a także że dokumentacja medyczna pozwanej placówki zawiera uchybienia. W wyniku działań personelu pozwanego nie uzyskała poprawy stanu zdrowia, ale doszło do istotnego pogorszenia stanu, wręcz trwałego kalectwa - jest niesamodzielna i utrzymuje się niedowład ręki. Jako podstawę do zasądzenia odszkodowania i zadośćuczynienia wskazała art. 444 § 1 i § 2 k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c. i art. 448 k.c. oraz art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z uwagi na naruszenie przez pozwaną placówkę art. 6 ust. 1, art. 8, art. 9, art.11, art. 15 i art. 16 , w szczególności art. 18 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 20a tejże ustawy, a podstawę do dochodzenia renty art. 444 § 2 i 3 k.c.

(pozew k. 2-13)

W piśmie procesowym z dnia 20 września 2017 roku pełnomocnik powódki ograniczył powództwo w zakresie roszczenia o zadośćuczynienie z kwoty 600.000 zł do kwoty 100.000 zł oraz w zakresie roszczenia o rentę z kwoty 2.500 zł do kwoty 1.000 zł.

(pismo procesowe k.178-179)

W odpowiedzi na pozew pozwany Instytut Centrum (...) w Ł. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, powiększonych o opłatę skarbową od udzielonego pełnomocnictwa, według norm przepisanych oraz zawiadomienie i wezwanie do wzięcia udziału w sprawie na podstawie art. 84 k.p.c. (...) S.A. w W.. Pozwany podniósł, że podczas leczenia powódki w Instytucie Centrum (...) w Ł. nie wystąpiły błędy w leczeniu, zaś stan zdrowia powódki nie stanowi konsekwencji zachowania personelu medycznego. Powódka zgłaszała dolegliwości od dłuższego czasu, zmiany stwierdzone w kręgosłupie były wielopoziomowe, objawy neurologiczne stwierdzono już przed pierwszym leczeniem szpitalnym, a nadto powódka cierpiała na depresję wiele lat przed zabiegiem, co dodatkowo komplikowało proces leczenia. Każdy zabieg operacyjny powódki był szczegółowo zaplanowany, a o planach ich realizacji powódka była szczegółowo

poinformowana przez personel medyczny - w szczególności w czasie rozmów wyjaśniających przeprowadzonych z powódką. W trakcie rozmowy powódka została poinformowana o rozpoznaniu, proponowanych oraz alternatywnych metodach diagnostycznych i leczniczych oraz dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, rokowaniu oraz ewentualnym leczeniu pooperacyjnym. Na ryzyko związane z wykonaniem zabiegu stabilizacji kręgow ma wpływ zaawansowanie procesu chorobowego, czas jego trwania, objawy kliniczne i schorzenia towarzyszące, a najczęstszymi powikłaniami przy tego typu operacjach są: uszkodzenie nerwów rdzeniowych, uszkodzenia naczyń krwionośnych (w tym wypadku tętnic kręgowych), złamanie kości, dyslokacja implantów, uszkodzenie rdzenia kręgowego - tetraplegia. Powikłania, których doznała powódka są bezpośrednio związane z ryzykiem przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, o którym powódka została wyczerpująco poinformowana. Zdaniem pozwanego zwyrodnienie kręgosłupa u powódki mogło prowadzić do powikłań neurologicznych, bez względu na to jaki zabieg operacyjny byłby wykonany i zgodnie z wiedzą medyczną oraz przy zachowaniu najwyższej staranności jego prowadzenia. Powódka przez wiele lat leczyła się neurologicznie, pomimo tego stan kliniczny powódki ulegał stałemu pogorszeniu i z tego powodu powódka została zakwalifikowana do leczenia operacyjnego, na które wyraziła świadomą zgodę. Postępowanie personelu medycznego pozwanego było zatem prawidłowe i zgodne z aktualną wiedzą medyczną i z zachowaniem wszelkich obowiązujących procedur. Pomimo zachowania standardów postępowania, u powódki wystąpiły powikłania pooperacyjne, które skutkowały koniecznością usunięcia stabilizatora. W tych okolicznościach konieczność przeprowadzenia reoperacji należy traktować jako tzw. powikłanie pooperacyjne, o ryzyku którego wystąpienia powódka była poinformowana i na które wyraziła zgodę. Powódka nie wykazała zatem, by w sprawie doszło do błędu medycznego czy też niezachowania należytej staranności bądź ostrożności przez personel medyczny pozwanego, także związku przyczynowego między zgłaszanymi dolegliwościami, a zachowaniem personelu medycznego pozwanego oraz aby zostały naruszone jej prawa jako pacjenta. Dane dotyczące możliwych powikłań, mimo iż nie zostały ujęte w formie pisemnej, zostały szczegółowo przekazane powódce w formie ustnej przez personel medyczny przed przystąpieniem do zabiegu, przy czym odebranie od pacjenta świadomej zgody na zabieg operacyjny nie wymaga, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przedstawienia na piśmie wszelkich informacji o przeprowadzanych zabiegach, gdyż wystarczy, że takie informacje zostaną przedstawione pacjentowi w formie ustnej przed wyrażeniem przez niego zgody na zabieg. Z ostrożności procesowej, pozwany podniósł, iż żądana przed powódką kwota 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę nie jest „odpowiednią sumą” w rozumieniu art. 445 § 1 k.c. i art. 448 k.c., nie jest także kwotą utrzymaną w rozsądnych granicach, ani nie stanowi realnie kompensacyjnej wartości, odsetki winny być liczone od dnia wyrokowania, stan zdrowia powódki i jej dolegliwości chorobowe samodzielnie stanowiły podstawę ewentualnego ograniczenia w przyszłości zdolności zarobkowych i jednocześnie zwiększenia potrzeb z nimi związanych, powódka nie wykazała, że doszło do utraty zdolności do pracy zarobkowej oraz że zmniejszeniu uległo powodzenie widoków na przyszłość, a także brak podstaw do ustalenia odpowiedzialności pozwanego Instytut za ewentualne szkody na przyszłość.

(odpowiedź na pozew k.188-192)

Postanowieniem z dnia 20 grudnia 2017 roku Sąd na podstawie art. 84 k.p.c. zawiadomił o toczącym się postępowaniu i wezwał do udziału w sprawie (...) S.A. w W., ale wezwany nie przystąpił do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego.

(postanowienie k.201, potwierdzenie odbioru k.205)

W piśmie z dnia 9 stycznia 2020 roku pełnomocnik powódki zmodyfikował żądanie w zakresie renty wnosząc o zasądzenie:

1. w okresie od 1.01.2016 r. do 30.06.2016 r. w kwocie 1.760,58 zł (227 zł renty wyrównawczej i 1.533,58 zł renty z tytułu zwiększonych potrzeb),
2. w okresie od 1.07.2016 do 30.09.2017 r. w kwocie 428,76 zł (131,03 zł renty wyrównawczej i 297,73 zł renty z tytułu zwiększonych potrzeb),

3. w okresie od 1.10.2017 r. do 30.04.2018 r. w kwocie 783,13 zł (366,59 zł renty wyrównawczej i 416,54 zł. renty z tytułu zwiększonych potrzeb),

4. w okresie od 1.05.2018 r. do 30.11.2018 r. w kwocie 812,89 zł (373,75 zł renty wyrównawczej i 439,14 zł renty z tytułu zwiększonych potrzeb),

5. w okresie od 1.12..2018 r. do 30.03.2019 r. w kwocie 439,14 zł. - renty z tytułu zwiększonych potrzeb,

6. po dniu 1.04.2019 r. - w kwocie 463,50 zł - renty z tytułu zwiększonych potrzeb,

a w zakresie, w jakim kwoty powyższe są mniejsze od dotychczas dochodzonych kwot renty cofnął pozew ze zrzeczeniem się roszczenia.

(pismo procesowe k. 487- 490)

Na rozprawie w dniu 3 lutego 2020 roku pełnomocnik powódki poparł powództwo w zakresie renty zgodnie ze sprecyzowaniem w piśmie procesowym i podtrzymał swoje dotychczasowe stanowisko w zakresie pozostałych roszczeń oraz nie zgłosił dalszych wniosków dowodowych.

(protokół rozprawy k.535)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka T. J. od kilku lat cierpiała na chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa szyjnego - dyskopatia C5/C6 i C6/C7. Leczyła się neurologicznie od 2010 roku. Leczyła się w poradni u dr n.med. W. S. (1), który pracował w Instytucie Centrum (...) z siedzibą w Ł.. Ponadto powódka leczyła się także psychiatrycznie.

W dniach od 7 do 15 stycznia 2015 roku była hospitalizowana w Instytucie Centrum (...) z siedzibą w Ł. i w dniu 13 stycznia 2015 roku została poddana operacji usunięcia dysków i zmian zwyrodnieniowych C5/C6 i C6/C7 oraz stabilizacji międzyztrzonowej - C.. Zabieg wykonał dr n.med. W. S. i odbył się bez komplikacji i powikłań. Powódka czuła poprawę w stanie zdrowia.

Po pewnym czasie powódka zaczęła jednak odczuwać narastające dolegliwości bólowe kręgosłupa szyjnego z promieniowaniem do lewej kończyny górnej, zaburzenia czucia i osłabienie siły mięśniowej, bóle głowy. Zaczęła jej opadać głowa i drętwieć lewa ręka. Miała problemy z codziennym funkcjonowaniem.

Powódka zgłosiła dolegliwości dr W. S. (1), który uznał, że są to wskazania do zabiegu operacyjnego. W sierpniu 2015 roku lekarz poinformował ją o rodzajach zabiegów możliwych do wykonania, a także, że można nie wykonywać zabiegu, ale wówczas mogłyby narastać dolegliwości i pojawić się inne objawy neurologiczne. Każdy z zabiegów był ryzykowany ze względu na przewlekłą chorobę zwyrodnieniową powódki. Powódka zgodziła się na zabieg stabilizacji, którego celem było zmniejszenie dolegliwości bólowych. Lekarz wyjaśnił jej na czym zabieg ma polegać oraz jakie są główne skutki uboczne takiego zabiegu: dolegliwości korzeniowe, czyli uszkodzenie nerwów rdzeniowych, krwawienie, infekcja. Powódka zapamiętała, że po zabiegu może najwyżej nie kręcić głową. Nie wiedziała, że może grozić jej niedowład.

W dniu 16 września 2015 roku T. J. została przyjęta na Oddział Kliniczny Chorób Kręgosłupa Klinika (...) w (...) i w dniu 18 września 2015 roku została poddana zabiegowi operacyjnemu odbarczenia otworów międzykręgowych i stabilizacji tylnej. Zabieg wykonywał dr n.med. W. S.. Przed zabiegiem było wykonane badanie TK. Lekarz operator odczytał opis badania, w którym były opisane zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, ale nie dokonał własnej oceny badania. Oparł się na opisie radiologicznym.

Po zabiegu u powódki stwierdzono osłabienie siły mięśniowej kończyny górnej prawej. Po badaniu TK w dniu 18 września 2015 roku zaobserwowano zbyt głębokie położenie haków na poziomie otworów m/kr C3/4, C4/5 po stronie

prawej i powódka w tym samym dniu była reoperowana - zmieniono położenie haków tylne po prawej stronie. Pomimo tego nadal u powódki stwierdzono brak poprawy. W dniu 19 września 2015 roku nie wykonano kolejnego badania CT i nie podjęto interwencji. Kontrolę wykonano w dniu 20 września 2015 roku. W badaniu TK stwierdzono zmiany śródrdzeniowe. Wobec powyższego w dniu 21 września 2015 roku powódka była reoperowana - usunięto stabilizację tylną.

Przed przyjęciem do szpitala powódka podpisała na izbie przyjęć zgodę na leczenie oraz czynności związane z opieką lekarską i pielęgniarzką, wykonywanie badań diagnostycznych, stosowanie leków oraz oświadczyła, że została poinformowana o celowości i konieczności leczenia szpitalnego, że w przypadku specjalistycznych procedur diagnostyczno-leczniczych oraz badań inwazyjnych uzyska dodatkowe informacje i zostaną przedłożone osobne formularze zgody.

Powódka nie podpisywała zgody na zabieg operacyjny w dniu 18 września 2015 roku. Nie rozmawiała z lekarzem operatorem – dr n.med. W. S.. Podpisała zgodę anestezyjologiczną. Przed reoperacją w dniu 18 września 2015 roku rozmawiała z lekarzem, który poinformował ją, że jest zakwalifikowana do reoperacji i przeprowadzi ją dr n.med. W. S.. Wyraziła ustną zgodę na usunięcie stabilizacji, które zostało wykonane w dniu 21 września 2015 roku.

Bezpośrednio po przeprowadzeniu zabiegu na sali operacyjnej w dniu 18 września 2015 roku powódka T. J. zorientowała się po wybudzeniu, że nie może wykonać polecenia personelu polegającego na tym, iż miała przemieścić się ze stołu operacyjnego na wózek. Powódka nie miała czucia w prawej ręce (ręka wisiała) i miała problem z utrzymaniem lewej ręki. Uskarżała się na ból i płakała. Po reoperacji okazało się, że ma niedowład prawej nogi.

W czasie hospitalizacji powódka była poddana tylko częściowej rehabilitacji. Rehabilitant był u niej dwa razy i pokazał ćwiczenia na nogę i masował rękę. Powódka próbowała sama chodzić oparta o wózek.

W związku ze stanem swego zdrowia powódka była w złym stanie psychicznym i miała myśli samobójcze. Nie miała zapewnionej konsultacji psychiatrycznej czy psychologicznej z uwagi na nieobecność lekarza konsultującego. Powódka nie prosiła o konsultację. Syn powódki znalazł ośrodek rehabilitacyjny i lekarz W. S. wystawił skierowanie na rehabilitację.

W dniu 13 października 2015 roku powódka została wypisana ze szpitala i przyjęta na oddział rehabilitacyjny w T. z rozpoznaniem niedowładu kończyn górnych, zawrotami głowy, prawostronnym zespołem bolesnego barku, wielopoziomową dyskopatią odcinka szyjnego kręgosłupa. Na skutek przeprowadzonych zabiegów powoli odzyskiwała sprawność w rękach, ale pozostawał ból barku, karku oraz ręki przez miesiąc do łokcia. Przebywała na rehabilitacji do 4 listopada 2015 roku.

Po opuszczeniu Oddziału w T. powódka podjęła leczenie psychiatryczne.

(dokumentacja medyczna k.20-130, 180-181, 220-233,234-239,256-325, 395-402, koperta k.152, zeznania powódki k.482-482v; protokół rozprawy z 5.12.2019r. czas nagrania 00:02:30-00:23:05, zeznania świadków: W. S. k. 213v-214 i transkrypcja k.244-254; protokół rozprawy z dnia 19.02.2018r. czas nagrania 00:36:28-01:13:58; B.Z. k. 214-214v, protokół rozprawy z dnia 19.02.2018r. czas nagrania 01:15:58-01:22:13, K. J. k.214v-215, protokół rozprawy z dnia 19.02.2018r. czas nagrania 01:26:39-01:39:58, M. J. k. 215-215v, protokół rozprawy z dnia 19.02.2018r. czas nagrania 01:39:58-01:49:28, C. J. k.215v, protokół rozprawy z dnia 19.02.2018r. czas nagrania 01:49:28-02:02:16)

Powódka w związku z leczeniem wydatkowała na leki (przeciwbólowe, przeciwzapalne, osłonowe na żołądek) kwotę 419,33 zł.

(faktury k. 137-140)

Orzeczeniem lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 4 grudnia 2015 roku powódka została uznana za całkowicie niezdolną do pracy do dnia 31 grudnia 2016 roku i ustalono, że całkowita niezdolność do pracy powstała w dniu 16 września 2015 roku.

Decyzją ZUS z dnia 21 stycznia 2016 roku powódce została przyznana renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy od dnia 1 lutego 2016 roku w kwocie 1.317,44 zł do dnia 31 grudnia 2016 roku.

Po złożeniu w dniu 11 lutego 2016 roku wniosku ZUS odmówił powódce przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej.

Orzeczeniem Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności z dnia 1 września 2016 roku powódka została zaliczona do znacznego stopnia niepełnosprawności, który datowany został od 22 lipca 2016 roku – do dnia 30 września 2017 roku.

Kolejnym orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS z dnia 28 listopada 2016 roku powódka została uznana za całkowicie niezdolną do pracy do dnia 30 listopada 2018 roku.

(orzeczenie lekarza orzecznika ZUS k.135,330-331, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności k.133-134, decyzja ZUS k.136,182,328-329)

Pismem z dnia 28 lipca 2016 roku powódka zawezwała stronę pozwaną do próby ugodowej przed Sąd Rejonowy dla Łodzi - Widzewa w Łodzi poprzez zapłatę zadośćuczynienia w kwocie 600.000 zł oraz renty miesięcznej z tytułu utraty zdolności do pracy zarobkowej oraz zwiększenia potrzeb w kwocie 2.500 zł, a także ustalenia odpowiedzialności za szkody mogące powstać w przyszłości. Sprawa została zarejestrowana pod sygn. akt. II Co 101/16. Pozwany otrzymał zawezwanie w dniu 7 listopada 2016 roku. W dniu 20 lutego 2017 roku odbyło się posiedzenie, na którym pozwany nie stawiał się. Z uwagi na fakt, że kwestię ewentualnej szkody pozwany przekazał do postępowania likwidacyjnego w (...) S.A. powódka przekazała do postępowania likwidacyjnego wymaganą dokumentację. Sprawa toczyła się pod numerem szkody (...). Ostatecznie pismem z dnia 8 maja 2017 roku ubezpieczyciel odmówił powódce wypłaty świadczeń.

(załączone akta Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi sygn. akt II Co 101/16 – zawezwanie do próby ugodowej k.2-5, e.p.o. k.18, protokół rozprawy k.19; zawezwanie do próby ugodowej k.142-145, pismo k.131-132, akta szkody k.333)

Powódka przed operacją zatrudniona była na umowę o pracę. Była to praca biurowa. Pracowała jako koordynator pracy kierowców z wynagrodzeniem w wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę. Powódka w okresie lipiec 2016 - wrzesień 2017 pobierała zasiłek pielęgnacyjny w kwocie 153 zł, a do 4 stycznia 2016 roku świadczenie rehabilitacyjne. Od dnia 26 listopada 2018 roku powódka pobiera świadczenie emerytalne tj. od dnia osiągnięcia wieku emerytalnego w kwocie 1.456,67 zł brutto (1.222,57 zł netto).

(umowa o pracę k.493, potwierdzenia przelewów k.495-530, decyzja ZUS k.531)

Powódka T. J. ma obecnie 61 lat. Przed zabiegiem miała 57 lat i pracowała. Gospodarstwo domowe prowadziła z mężem. Wykonywała obowiązki domowe – gotowała, sprzątała, robiła zakupy. Lubiła robić na drutach i szyć na maszynie ubrania.

W czasie pobytu w szpitalu, po operacji, nie mogła podnieść ręki, nie była w stanie nic w niej utrzymać. Nie mogła sama spożywać posiłków i karmili ją synowie oraz mąż. Pomagano jej przejść do łazienki.

Po zakończeniu rehabilitacji nie robiła sama zakupów, nie sprzątała, nie myła okien, miała problemy z wychodzeniem. Pomagał jej mąż oraz syn. Była zdenerwowana, czuła się bezużyteczna.

Obecnie powódka odczuwa dolegliwości bólowe. W lewej ręce odczuwa ciężkość, a prawa ręka sztywnieje i nie może np. zapiąć małych guzików. Nie może już wykonywać lubianych czynności: robótek na drutach oraz szycia na maszynie. Wymaga pomocy przy większych zakupach i sprzątanii.

(zeznania powódki k.482-482v; protokół rozprawy z 5.12.2019r. czas nagrania 00:02:30-00:23:05, zeznania świadków: B.Z. k. 214-214v, protokół rozprawy z dnia 19.02.2018r. czas nagrania 01:15:58-01:22:13, K. J. k.214v-215, protokół rozprawy z dnia 19.02.2018r. czas nagrania 01:26:39-01:39:58, M. J. k. 215-215v, protokół rozprawy z dnia 19.02.2018r. czas nagrania 01:39:58-01:49:28, C. J. k.215v, protokół rozprawy z dnia 19.02.2018r. czas nagrania 01:49:28-02:02:16)

Stawka MOPS w Ł. za godzinę usług opiekuńczych wynosiła:

- od 1 stycznia 2016 roku do września 2017 roku 11 zł w dni robocze i 22 zł w dni wolne od pracy,
- od 1 października 2017 roku do marca 2019 roku 18,60 zł w dni robocze i 22 zł w dni wolne od pracy,
- od 1 marca 2019 roku 21,20 zł w dni robocze i 22 zł w dni wolne od pracy.

(pismo MOPS w Ł. k.532-533)

Wynagrodzenie minimalne w wynosiło:

- w roku 2016 - 1.850,00 zł brutto — 1355,69 zł netto,
- w roku 2017 — 2.000,00 zł brutto — 1.459,48 zł netto,
- w roku 2018 — 2.100,00 zł brutto - 1.530,00 zł netto.

(okoliczność bezsporna)

Uszczerbek na zdrowiu u powódki w zakresie rehabilitacji medycznej ma charakter trwały i wynosi 35% (na podstawie punktu 89a - 15%, na podstawie punktu 104 -20%).

Trwały uszczerbek doprowadził do znacznych ograniczeń ruchomości barku prawego jak i kręgosłupa w odcinku szyjnym, a co za tym idzie ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu. Występują dolegliwości bólowe o charakterze przewlekłym. Powódka jest narażona na dalsze komplikacje jak również do korzystania ze stałej rehabilitacji.

Lekarz kwalifikujący pacjenta do zabiegu operacyjnego opiera się na wskazaniach biorąc zawsze pod uwagę wystąpienie ewentualnych powikłań, których ryzyko towarzyszy każdej operacji, a ich wysoka ocena powoduje często odstąpienie od zabiegu za wyjątkiem zabiegów ratujących życie. W razie wątpliwości takiej oceny i kwalifikacji dokonać może konsylium lekarskie. Decydując się na leczenie operacyjne oczekuje się zawsze pozytywnego rezultatu. W przypadku powódki ryzyko zabiegu nie przeważało nad spodziewanymi korzyściami. Statystycznie zabiegi operacyjne przeprowadzane u pacjentów z takimi schorzeniami jak występujące u powódki w znakomitej większości przynoszą poprawę stanu klinicznego u pacjenta.

Zasadniczym leczeniem powódki było leczenie operacyjne. Natomiast prowadzenie leczenia farmakologicznego po zabiegach operacyjnych odbywa się na podstawie wskazań lekarskich. Jest to najczęściej leczenie profilaktyczne i objawowe. Powódka po zabiegu operacyjnym miała podawane leki o działaniu przeciwbólowym i przeciwzapalnym, osłonowym oraz leki przeciwobrzękowe oraz zastosowano antybiotykoterapię.

Powódka powinna być objęta stałą opieką poradni rehabilitacyjnej ze względu na występujące wskazania do jej stosowania. Są to dolegliwości bólowe ze strony narządu ruchu i ograniczenia ruchomości w jego zakresie, osłabienie ogólnej sprawności. Zasadne jest również korzystanie z rehabilitacji ze względu na przebyte operacje kręgosłupa. W poradni rehabilitacyjnej lekarz specjalista w zależności od potrzeb i aktualnego stanu zdrowia ustalał będzie

właściwy tok leczenia zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i będzie kierował na rehabilitację w zamkniętych oddziałach szpitalnych. Właściwą dla powódki formą rehabilitacji będą ćwiczenia, a także zabiegi fizyioterapeutyczne prowadzone w dziesięciodniowych sesjach co najmniej dwa razy w roku, refundowane z środków Narodowego Funduszu Zdrowia. W okresie przerwy między sesjami rehabilitacyjnymi wskazane jest aby pacjentka wykonywała samodzielnie, według wyuczonych schematów ćwiczenia w warunkach domowych. Rehabilitacja w szpitalnych oddziałach czy ośrodkach rehabilitacyjnych stanowiłaby dobre uzupełnienie leczenia ambulatoryjnego, którego koszty NFZ również refunduje. Przeszkodą w płynnej dostępności do rehabilitacji jest zjawisko kolejkowania. W takim przypadku powódka może być zmuszona do korzystania z rehabilitacji prywatnej, a koszt leczenia będzie kształtował się w zależności od cen rynkowych i rodzaju czy ilości zlecanych zabiegów. Ogólnie jednak można przyjąć, iż będzie to wydatek od 400 zł do 700 zł za dziesięciodniową sesję.

Odczuwane przez powódkę dolegliwości mają charakter stały z okresowym nasileniem i w sposób znaczący wpłynęły na całe jej życie powodując szereg ograniczeń. Wymaga ona pomocy innych osób w pracach związanych z utrzymaniem gospodarstwa domowego (np. mycie okien, zmywanie podłóg itp.), wymaga pomocy w zakupach ale też i w drobnych czynnościach manualnych. Osłabienie ogólnej sprawności fizycznej i odczuwanie bólu wpłynęło na ograniczenie aktywności w życiu codziennym, aktywnego wypoczynku jak i rekreacji. Powódka była w przeszłości osobą aktywną. Obecnie mimo posiadanego prawa jazdy zaprzestała korzystania z samochodu jako kierowca. Problemy zdrowotne w sposób negatywny odbiły się na zdrowiu psychicznym powódki. Od wielu lat leczona w poradni zdrowia psychicznego z powodu zaburzeń adaptacyjnych depresyjno-lękowych. Obecnie cierpi na obniżenie nastroju, przygnębienie. Potrzebuje stałej obecności i wsparcia innych osób. Powódka jest niezdolna do podjęcia pracy zarobkowej.

Po przeprowadzonym zabiegu w dniu 13 stycznia 2015 roku powódka zaczęła odczuwać narastające dolegliwości bólowe kręgosłupa szyjnego z promieniowaniem do lewej kończyny górnej, zaburzenia czucia i osłabienie siły mięśniowej kończyny i z powodu tych dolegliwości wymagała opieki i pomocy osób trzecich. Opiekę tą sprawowała w tym czasie rodzina i dotyczyła ona pomocy w czynnościach związanych z utrzymaniem higieny ciała, w czynnościach życia codziennego oraz związanych z utrzymaniem gospodarstwa domowego i była ona w wymiarze około 6-8 godzin w ciągu doby. Podczas hospitalizacji we wrześniu 2015 roku powódka wymagała pomocy w pełnym zakresie to znaczy we wszystkich czynnościach związanych z higieną ciała, przyjmowaniem posiłków, ubieraniem się, pomocy przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych itp. Opiekę tą sprawował personel medyczny. Po powrocie do domu wymagała pomocy w czynnościach związanych z utrzymaniem gospodarstwa domowego i niektórych czynnościach życia codziennego, takich jak pomoc w ubieraniu się, pomoc w toalecie ciała czy przygotowywaniu posiłków w wymiarze czasowym około 3-4 godziny w ciągu doby.

Obecnie powódka odczuwa dolegliwości bólowe barku prawego o stałym nasileniu, osłabienie siły mięśniowej prawej kończyny górnej, bóle ramienia prawego, bóle odcinka szyjnego kręgosłupa i odcinka lędźwiowego, ból obu rąk i obrzęk dłoni, ból kolan nasilający się przy schodzeniu ze schodów. Uskarża się także na trudności w wykonywaniu czynności manualnych. Przeprowadzone badanie lekarskie wykazało występowanie zwiększonego napięcia mięśni przykręgosłupowych odcinka szyjnego z ograniczeniem jego rotacji. Ograniczenie ruchomości prawego barku i tkliwość przy badaniu, zmniejszenie siły mięśniowej prawej kończyny górnej. W związku z tym obecnie powódka wymaga stałej lekarskiej opieki specjalistycznej i pomocy ze strony osób trzecich w wykonywaniu wszelkich prac domowych, wykonywaniu zakupów a wymiar czasowy będzie uzależniony od aktualnych potrzeb, można go jednak oszacować na 2-3 godziny 2 x w tygodniu. Natomiast wymiar potrzebnej opieki nad powódką w przyszłości będzie uzależniony od jej stanu zdrowia i sprawności fizycznej. W chwili obecnej prognozowanie w tej kwestii może być oparte jedynie na rokowaniach, które nie są korzystne. Należy spodziewać się dalszego występowania, a z biegiem czasu nasilenia obecnie występujących dolegliwości i narastania zmian chorobowych. Powódka będzie wymagała stałego leczenia specjalistycznego i pomocy osób trzecich.

Rokowania w przypadku powódki są niepewne i trudne do sprecyzowania. Niemniej jednak można założyć dalsze występowanie dolegliwości i ograniczeń ruchomości. Mimo długiego upływu czasu od zabiegu nadal występują dolegliwości. Jest to okoliczność negatywnie wpływająca na korzystne rokowania. Można przypuszczać, iż dodatkowo z biegiem czasu będą narastały zmiany zwyrodnieniowe, które staną się źródłem różnych dolegliwości. Powódka jest

szczególnie narażona na rozwijanie się zmian zwyrodnieniowych biorąc pod uwagę stan narządu ruchu. Powódka powinna pozostać pod stałą kontrolą poradni rehabilitacyjnej.

Występujące u powódki obciążenia statyczno-dynamiczne jak i obecność wad rozwojowych kręgosłupa (skolioza i zmniejszenie fizjologicznych krzywizn) z czasem przyczyniły się do wytworzenia dyskopatii, która stanowiła wskazanie do leczenia rehabilitacyjnego. Wykonywanie statycznej pracy biurowej odbywające się w pozycji siedzącej z нефizjologicznym ustawieniem odcinka szyjnego kręgosłupa, na przestrzeni wielu lat predysponowały do wystąpienia zmian zwyrodnieniowych, co także stanowiło wskazanie do rehabilitacji dla powódki. Można przyznać, iż w takiej sytuacji wykonywanie pracy zarobkowej przez powódkę stanowiło przeciwskazanie ze względów zdrowotnych. Tak więc stan zdrowia powódki już przed wykonanymi zabiegami operacyjnymi w Instytucie Centrum (...) w Ł. wymagał korzystania przez powódkę z rehabilitacji.

Kwalifikacji do leczenia operacyjnego dokonuje lekarz specjalista neurochirurg na podstawie wskazań. Są nimi występujące dolegliwości (zespół bólowy kręgosłupa szyjnego, objawy uszkodzenia nerwów lub rdzenia odcinka szyjnego kręgosłupa) i zmiany obrazowe w badaniach. Zabieg operacyjny ma na celu odbarczenie struktur nerwowych kanału kręgowego z ucisku i stabilizację operowanego segmentu przy pomocy implantu. Pozwala to na uzyskanie efektu przeciwbólowego oraz zabezpiecza przed powikłaniami neurologicznymi na skutek ucisku struktur nerwowych. W przypadku braku leczenia operacyjnego dolegliwości jakie odczuwała powódka występowałyby nadal nasilając się wraz z pogłębiającymi się zmianami chorobowymi, które w skrajnym przypadku mogłyby doprowadzić nawet do inwalidztwa. Po zabiegu operacyjnym w dniu 18 września 2015 roku u powódki wystąpił niedowład prawej kończyny górnej. W badaniu TK ujawniła się dyslokacja haków po stronie prawej w kierunku zachyłków i powódka była reoperowana (zastosowano zmianę położenia stabilizacji tylnej). W kolejnych dniach obserwowano narastający niedowład połowiczny lewostronny i zaburzenia czucia lewej kończyny górnej i ponownie była reoperowana (usunięcie stabilizacji tylnej). W kolejnych dniach obserwowano poprawę stanu neurologicznego, zmniejszenie niedowładów i poprawę funkcji kończyn. W badaniu MR widoczne były zmiany niedokrwienne rdzenia kręgowego na wysokości C4 - C6. Operacje te stanowiły pewien ciąg zdarzeń następujących po sobie.

(opinia biegłego rehabilitanta k. 340-345, opinia uzupełniająca k. 380-381)

Nie stwierdza się ewidentnego błędu operacyjnego o charakterze zamierzonym. Inną sprawą jest kwalifikacja chorej do dość ryzykownego zabiegu implantacji stabilizacji tylnej (tzw. haki) biorąc pod uwagę dość wąski kanał kręgowy. Cechy zaawansowanej stenozy z praktycznie wyczerpaniem rezerwy płynowej były znane dużo wcześniej (MR z 19 sierpnia 2014 roku) stąd należało rozważyć w planowaniu przedoperacyjnym możliwy konflikt struktur nerwowych kanału kręgowego i elementami implantu. Powódka miała komplet badań koniecznych do przeprowadzenia prawidłowego procesu analizy obrazów, porównania stanu odcinka C kręgosłupa w okresie poprzedniej, odległej operacji i stanu przed operacją z dnia 18 września 2015 roku. Przy nawrocie zespołu bólowego operatorzy mogli rozważyć inny wariant leczenia w postaci podobnego implantu na poziomie C4/C5 po weryfikacji badaniem (...), które korzenie nerwowe były wówczas najbardziej uszkodzone. Taki tok postępowania nie wykluczał zawsze możliwej decyzji o stabilizacji tylnej w późniejszym okresie. Wykonane badanie CT z dnia 20 września 2015 roku jednoznacznie wskazuje na zbyt głębokie osadzenie kotwic w kanale kręgowym co skutkowało wielogodzinnym (18 – 21 września 2015 roku) uciskiem na rdzeń kręgowy. Po wybudzeniu powódki i stwierdzeniu znacznego pogorszenia neurologicznego wskazane było wykonanie ad hoc badania CT i praktycznie jednoczesowe usunięcie implantu.

Drugi zabieg, a w zasadzie kilka zabiegów w krótkim odstępie czasu, dotyczyły tej samej procedury - stabilizacji tylnej z ostatecznym jej usunięciem oraz powikłanie w postaci impresji rdzenia z ciężkim uszkodzeniem neurologicznym, ma istotny wpływ na obecny stan powódki.

Szczególnie kontrola w postaci monitorowania położenia implantu w obrazie śródoperacyjnego RTG - tzw. ramię C - ma istotne znaczenie w decyzji o pozostawieniu implantu in situ lub poprawienie jego położenia. Stosowanie mikroskopu operacyjnego jako wsparcia wizualizacji pola operacyjnego znane jest od dziesięcioleci i obecnie uznawane za rutynowe. Przy rozległym odsłonięciu tkanek i powierzchniowym raczej charakterze implantacji

powiększenie mikroskopowe można uznać jako korzystne wsparcie, a nie jako wymóg absolutny. Takim kontrolerem koniecznym do szczegółowej weryfikacji ostatecznego położenia implantu jest użycie ramienia - C aparatu RTG.

Czas obserwacji deficytu neurologicznego od 18 do 21 września był zbyt długi i bardziej właściwym byłoby od razu usunięcie stabilizacji tylnej tym bardziej, że już po reoperacji było wiadome, że stan powódki nie zmienił się lub nawet był gorszy. Zarówno po pierwszej operacji stabilizacji tylnej jak i po reoperacji było wiadomo, że haki na opisanym poziomie były ulokowane nieprawidłowo. Objawy w postaci niedowładu kończyn górnych stanowiły następstwo ucisku. Rdzeń kręgowy jest niezwykle wrażliwy na wszelkie urazy, a jego uszkodzenie jest często nieodwracalne. Przy pogorszeniu pooperacyjnego stanu neurologicznego rekomenduje się niezwłoczne badanie CT/MR i natychmiastowe odbarczenie ratunkowe. Pierwsza reoperacja tylko częściowo zredukowała ucisk struktur nerwowych, a dopiero całkowite usunięcie stabilizacji tylnej ostatecznie poprawiło obraz presji rdzenia i korzeni nerwowych.

Zmiany C3-C6 poniedokrwiennie oraz późniejsze zmiany niedokrwiennie rdzenia szyjnego są bezpośrednim skutkiem operacji ponieważ nie opisywano ich wcześniej. Pierwsze informacje o ogniskach mielopatii pojawiają się już w badaniu MR z 22 września 2015 roku. Zbyt głębokie osadzenie stabilizacji tylnej z jej uciskiem rdzenia było głównym powodem jej ostatecznego usunięcia. Uszkodzenie rdzenia na wielu poziomach ma anatomiczny i czynnościowy wpływ na stan chorej w chwili obecnej (niedowład).

Rozmowy operatora z powódką i zgody miały wyłącznie charakter ustny, nie można zatem jednoznacznie stwierdzić czy powódka była właściwie informowana o wszelkich konsekwencjach zabiegu przez personel lekarski. Wyrażenie zgody przez pacjenta dotyczy pacjenta znajdującego się w odpowiednim stanie zdrowia fizycznego i psychicznego. Powódka od 2010 roku znajdowała się pod opieką poradni psychiatrycznej z powodu zaburzeń depresyjnych, gdzie wielokrotnie modyfikowano leczenie i opisywano prodromy suicydalne, na pewno wymagała szczególnego przygotowania informacyjnego, wsparcia psychologa i upewnienia się, że wszystkie przekazane informacje zostały prawidłowo zrozumiane. Nie zmienia to faktu formalnego zaniedbania ze strony pozwanego w postaci braku formularza pisemnej zgody na leczenie operacyjne z wymogami i zawartością zgodną z pojęciem zgody uświadomionej. Nie jest wytłumaczeniem brak takiego druku, gdyż ten formalny wymóg i jego stosowanie regulują przepisy nadrzędne. W przypadku zabiegów operacyjnych lub stosowania metod leczenia (lub diagnostyki) o podwyższonym ryzyku dla pacjenta lekarz musi uzyskać pisemną zgodę pacjenta.

Trwały uszczerbek na poziomie 35% doprowadził do znacznych ograniczeń ruchomości barku prawego jak i kręgosłupa w odcinku szyjnym.

Na obecnym etapie nie ma konieczności wykonywania kolejnych operacji. O ile stan neurologiczny powódki się nie zmienia nie ma bezwzględnych wskazań do kolejnych operacji w najbliższej przyszłości. Wskazana jest natomiast raz do roku kontrola MR celowana na odcinek szyjny.

Powódka powinna być objęta stałą opieką poradni rehabilitacyjnej ze względu na występujące wskazania do jej stosowania. Są to dolegliwości bólowe ze strony narządu ruchu i ograniczenia ruchomości w jego zakresie, osłabienie ogólnej sprawności. Zasadne jest również korzystanie z rehabilitacji ze względu na przebyte operacje kręgosłupa.

Powódka wymaga stałej pomocy osób trzecich we wszystkich sytuacjach ograniczenia własnej wydolności. Nadal jest niezdolna do pracy.

Ograniczenia sprawności i wydolności związane są z ograniczeniami bezpośrednimi związanymi z chorobą podstawową jak i ze skutkami powikłania neurologicznego.

Rokowanie jest ostrożne i głównie uzależnione od naturalnego przebiegu procesu zwyrodnieniowego odcinka C kręgosłupa. Powódka wymaga stałej i kompleksowej rehabilitacji. Wymaga okresowej kontroli stanu neurologicznego i raz w roku cienkowarstwowego badania MR. Niezależnie od tego w przebiegach nawet stabilnych, ale wieloletnich, obserwuje się nasilone procesy degeneracyjne związane z uszkodzeniem trwałym rdzenia szyjnego, ponadnormatywne w stosunku do chorych bez powikłań jak u powódki.

U powódki rejestruje się niewielkie zmiany czynności bioelektrycznej nerwu pośrodkowego prawego i nerwu łokciowego prawego i tylko w zakresie czuciowym. Transmisja we włóknach ruchowych jest prawidłowa. Wobec tego z uwagi na urazowe zespoły korzonkowe (bólów, ruchowe, czuciowe lub mieszane) w odcinku szyjnym - stały uszczerbek na zdrowiu powódki wynosi 5% (pkt 94).

(opinia biegłego neurochirurga k. 358-377, opinie uzupełniające k. 412-418,438-441,451-452,471-473, dokumentacja medyczna 453-455)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie powołanych dowodów, które uznał za wiarygodne. Sąd pominął zeznania świadka L. P. będącego lekarzem w pozwanej placówce, który nie pamiętał wykonywanych u powódki badań, a okoliczności, co do których zeznawał (operacji wykonywanych przez dr W. S. i wyrażanie przez pacjenta zgody na zabieg) można było ustalić na podstawie pozostałego materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie. Sąd oddalił wnioski o dopuszczenie dowodu z zeznań świadków G. M. i A. P. z uwagi na ich zbędność, gdyż okoliczności, na które zostali powołani świadkowie, dotyczyły procesu rehabilitacji przeprowadzonej w T. i nie miały one istotnego znaczenia dla tej sprawy, w której roszczenia wywodzone były z nieprawidłowego leczenia powódki w pozwanej placówce, a ponadto w aktach znajdowała się dokumentacja medyczna z rehabilitacji i na jej podstawie można było poczynić ustalenia faktyczne. Poza tym pełnomocnik powódki złożył wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego rehabilitanta. Przed zamknięciem rozprawy pełnomocnik powódki nie zgłosił już żadnych innych wniosków dowodowych.

Opinie wydane w niniejszej sprawie są jednoznaczne, zupełne, jasne i konsekwentne. Przy sporządzaniu tych opinii była wykorzystana zgromadzona dokumentacja medyczna powódki oraz przeprowadzono bezpośrednio badania powódki. Opiniujący biegli z zakresu rehabilitacji medycznej oraz neurochirurgii wykorzystali swoją wiedzę specjalistyczną i dokonali szczegółowej analizy postępowania medycznego wobec powódki oraz ocenili stan zdrowia powódki. Podkreślić również należy, iż opinie były uzupełniane kilkakrotnie o kwestie wątpliwe dla pełnomocnika powódki oraz o przedstawianą dokumentację medyczną i ostatecznie po ich uzupełnieniu żadna ze stron nie kwestionowała dalszej opinii.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Roszczenia powódki T. J. są związane z jej leczeniem w (...) w Ł. w okresie od 16 września 2015 roku do 13 października 2015 roku, a w szczególności z przeprowadzonym zabiegiem w dniu 18 września 2015 roku. W związku z tym podstawy odpowiedzialności pozwanego należy upatrywać w art. 430 k.c.

Przesłankami odpowiedzialności na podstawie powołanego przepisu art. 430 k.c. jest:

- wyrządzenie szkody osobie trzeciej przez podwładnego,
- wina podwładnego,
- wyrządzenie szkody przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności. Nadto między osobą powierzającą wykonanie czynności, a tym komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. W doktrynie i judykaturze przyjmuje się, że chodzi o pojęcie podporządkowania tylko ogólnooorganizacyjne. W konsekwencji tego, stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii (stanowisko takie zostało przedstawione w tezie 8 do art. 430 k.c. Komentarz do Kodeksu Cywilnego Księga Trzecia, Zobowiązania tom 1, pod redakcją Gerarda Bieńka, Wydanie 7 LexisNexis Warszawa 2006 s. 389).

Warunkiem odpowiedzialności pozwanego jest kumulatywne spełnienie wszystkich wymienionych wyżej przesłanek.

W nauce prawa cywilnego i orzecznictwie, przyjmuje się, że lekarz ponosi winę za powstanie szkody, jeżeli nie zastosował właściwych środków w należyty sposób. Przez „zastosowanie właściwych środków” rozumie się takie fachowe postępowanie (np. zastosowanie właściwej kuracji, przeprowadzenie określonego zabiegu), które w danej sytuacji było wskazane z medycznego punktu widzenia. Postępowanie odmienne określane zazwyczaj jest jako błąd w sztuce lekarskiej. Natomiast przez pojęcie „w należyty sposób” należy rozumieć dolożenie takiej staranności, jaka w określonej sytuacji była należna, wymagana i potrzebna.

Przez błąd lekarski należy rozumieć obiektywny element winy. Stwierdzenie błędu lekarza dostarcza jedynie naukowych kryteriów oceny postępowania lekarza i oznacza jedynie, że postępowanie lekarza wywołuje określone zastrzeżenia z naukowego punktu widzenia. Stanowi jedynie teoretyczną ocenę tego postępowania, którą następnie należy skonfrontować z pełnym zakresem powinności lekarza i konkretnymi warunkami, w jakich miało miejsce jego postępowanie (tak M. Sośniak „Cywilna odpowiedzialność lekarza”, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977, s. 98-100).

W piśmiennictwie prawniczym istnieje rozróżnienie błędu diagnostycznego (rozpoznania), błędu prognozy (rokowania) oraz błędu w leczeniu (terapeutycznego).

Błąd terapeutyczny zachodzi w przypadku niewłaściwej metody lub wadliwego sposobu leczenia. Błąd terapeutyczny może polegać także na przeprowadzeniu zabiegu pomimo istnienia w tym względzie przeciwwskazań lekarskich.

Szczególnością błędu terapeutycznego jest tzw. błąd operacyjny, polegający na nieprawidłowym przeprowadzeniu zabiegu chirurgicznego. Tutaj także odpowiedzialność lekarza zależy od możliwości postawienia mu zarzutu niewłaściwego postępowania w znaczeniu subiektywnego elementu winy.

Z przeprowadzonego w niniejszej sprawie postępowania dowodowego wynika, że nie wystąpił ewidentny błąd operacyjny o charakterze zamierzonym, ale obecny stan zdrowia powódki jest następstwem wykonanych zabiegów medycznych, które należy traktować w kategorii niezachowania należytej staranności, a nie błędu medycznego.

W świetle opinii biegłego rehabilitanta nie ma wątpliwości, że w przypadku powódki ryzyko zabiegu nie przeważało nad spodziewanymi korzyściami i statystycznie zabiegi operacyjne przeprowadzane u pacjentów z takimi schorzeniami jak występujące u powódki w znakomitej większości przynoszą poprawę stanu klinicznego u pacjenta. Jednakże należy zwrócić dodatkowo szczególną uwagę na wyniki badań przeprowadzonych u powódki przed przeprowadzeniem zabiegu operacyjnego w dniu 18 września 2015 roku, które zostały opisane w opinii neurochirurga, a które pozwalają stwierdzić, że nie dochowano należytej staranności i wystąpił błąd terapeutyczny w zakresie zastosowania niewłaściwego rodzaju zabiegu operacyjnego. Wyniki badania TK wykazały u powódki wąski kanał kręgowy. Fakt, że lekarz operator, przed przystąpieniem do operacji, opierał się tylko na opisie radiologicznym, w którym nie było takiego zapisu - zdaniem Sądu - stanowi o nienależytej staranności. Potwierdzeniem tego są zeznania lekarza operatora W. S., który stwierdził, że dysponując badaniem TK powódki mógł dokonać własnej oceny badania. Nie można zatem wykluczyć, że gdyby dokonał takiej oceny zastosowano by inną metodę operacyjną. Biegły neurochirurg określił, że zabieg implantacji stabilizacji tylnej (tzw. haki) był dość ryzykowny z uwagi na wąski kanał kręgowy oraz wcześniejsze wyniki badań i wobec tego należało rozważyć w planowaniu przedoperacyjnym możliwy konflikt struktur nerwowych kanału kręgowego i elementami implantu. Istotnym jest, że powódka miała komplet badań koniecznych do przeprowadzenia prawidłowego procesu analizy obrazów, porównania stanu odcinka C kręgosłupa w okresie poprzedniej operacji (w styczniu 2015 roku) i stanu przed operacją z dnia 18 września 2015 roku. Należy zatem podzielić opinię biegłego, że przy nawrocie zespołu bólowego operatorzy mogli rozważyć inny wariant leczenia w postaci podobnego implantu na poziomie C4/C5 po weryfikacji badaniem (...), które korzenie nerwowe były wówczas najbardziej uszkodzone i taki tok postępowania nie wykluczał decyzji o stabilizacji tylnej w późniejszym okresie. Zbyt głębokie osadzenie kotwic w kanale kręgowym skutkowało uciskiem na rdzeń kręgowy, co w efekcie spowodowało powikłanie w postaci impresji rdzenia z ciężkim uszkodzeniem neurologicznym, które ma istotny wpływ na obecny stan zdrowia powódki. Nadto kolejną nieprawidłowością, którą również należy traktować jako niezachowanie należytej staranności, jest zbyt długi czas obserwacji deficytu neurologicznego u powódki. Wniosek

zawarty w opinii biegłego neurochirurga jest taki, że bardziej właściwym byłoby od razu usunięcie stabilizacji tylnej tym bardziej, że już po reoperacji było wiadome, że stan powódki nie zmienił się lub nawet był gorszy. W takim przypadku rekomenduje się niezwłoczne badanie CT/MR i natychmiastowe odbarczenie ratunkowe. Pierwsza reoperacja tylko częściowo zredukowała ucisk struktur nerwowych, a dopiero całkowite usunięcie stabilizacji tylnej ostatecznie poprawiło obraz presji rdzenia i korzeni nerwowych.

Poza zarzutem powódki, co do zabiegu operacyjnego z dnia 18 września 2015 roku, którego następstwem była konieczność poddania się dwóm kolejnym reoperacjom i pogorszenie jej stanu zdrowia, powódka podnosiła również, że nie udzielono jej opieki psychiatrycznej lub psychologicznej oraz, że w dokumentacji medycznej są nieprawidłowości, a w szczególności co do pisemnej zgody powódki na zabieg oraz naruszono jej prawa pacjenta do informacji o konsekwencjach i skutkach poddania się operacji.

Analiza materiału dowodowego w postaci dokumentacji medycznej nie wykazała uchybień w zakresie leczenia farmakologicznego, a brak leczenia psychiatrycznego powódki wynikał z braku lekarza. Bezsprzeczne jest, że powódka leczyła się psychiatrycznie od kilku lat, ale zwrócić należy przy tym uwagę, że powódka nie żądała wyraźnie konsultacji psychiatrycznej, co wyraźnie przyznała w swych zeznaniach. W związku z tym, że nie składała wniosków dowodowych zmierzających do wykazania pogorszenia stanu zdrowia psychicznego należy uznać, że ten zarzut nie wpływał w sposób znaczący na dochodzone przez nią roszczenia, które ostatecznie związała ściśle z następstwami neurologicznymi w jej stanie zdrowia.

Związek pomiędzy wykonanym zabiegiem (oraz następujących po nim reoperacji) a obecnym stanem zdrowia został potwierdzony w opinii biegłego neurochirurga.

Reasumując stwierdzić należy, iż istnieją podstawy odpowiedzialności (...) w Ł. za nienależytą staranność przy leczeniu powódki na podstawie przepisu art. 430 k.c.

Zarzut braku pisemnej zgody powódki na zabieg operacyjny oraz naruszenie prawa powódki jako pacjentki do informacji okazał się zasadny i należy go skonfrontować z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - art. 4 ust. 1 w zw. z art. 448 k.c. stanowiących, że w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Cywilna odpowiedzialność za uchybienie obowiązkowi informowania pacjenta ma pewne specyficzne dla szkód medycznych cechy, takie jak charakterystyczne ujęcie związku przyczynowego i rozszerzenie zakresu stosowania art. 448 k.c., dającego w tym przypadku możliwość zadośćuczynienia nie tylko za naruszenie dóbr osobistych, ale też za naruszenie któregośkolwiek z praw pacjenta, wskazanych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w tym prawa do uzyskania różnych informacji. Podstawą zastosowania art. 448 k.c. jest w wypadku prawa do informacji samo jego naruszenie, niezależnie od tego, czy rzeczywiście wypełnia ono przesłanki szkody niemajątkowej. Pokreślić należy, że przedmiotem ochrony na gruncie wyżej wskazanej ustawy jest autonomia pacjenta, a więc swoboda decyzji o sposobie leczenia i niepoddawaniu się interwencji medycznej, nawet wtedy, gdy wydaje się ona w pełni racjonalna, zgodna z zasadami wiedzy medycznej i dobrze rokująca co do swych rezultatów. W konsekwencji nie może budzić wątpliwości, że sam brak prawidłowo wyrażonej zgody na przeprowadzony zabieg medyczny, bez względu na to, jakie on przyniósł wyniki dla pokrzywdzonego, może uzasadniać żądanie zadośćuczynienia, ponieważ krzywda polega w takim wypadku nie na rozstroju zdrowia, czy uszkodzeniu ciała, ale na naruszeniu wolności decydowania przysługującej pokrzywdzonemu (zob. Safjan, PiM 2005/18/5, „Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom”, teza 8.)

Także obowiązująca w tym zakresie ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. 1997, Nr 218 poz.152) w przepisie art. 32 ust. 1 stanowi, że dla ingerencji lekarza wymagana jest zgoda chorego. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w art. 34 ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji z godnie z art. 31 wymienionej ustawy. Z kolei art. 31 ust. 1 tej samej ustawy stanowi, że lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego

stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

W myśl przepisów wyżej powołanej ustawy pacjent ma prawo m.in. do:

- świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej,

(art. 6 ust. 1);

- do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym (art. 8);

- uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 9 ust. 2);

- informacji o prawach pacjenta (art. 11);

- wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9 niniejszej ustawy (art. 16);

- prawo do leczenia bólu.

W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę wyraża się w formie pisemnej (art. 18).

Bezspornym jest w niniejszej sprawie, że w dokumentacji medycznej nie ma pisemnej zgody powódki na zabieg, a tym samym również informacji o proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Postępowanie dowodowe wykazało, że powódka wyraziła zgodę ustnie i również ustnie była informowana przez lekarza operatora o możliwych powikłaniach. Nadto postępowanie wykazało, że zabieg wykonany u powódki był dość ryzykowany. Wobec braku wymaganej zgody pisemnej na formularzu, w którym byłyby określone ryzyka i powikłania oraz okoliczności, że wyniki przeprowadzonego postępowania dowodowego nie mogły w jednoznaczny sposób potwierdzić zakresu udzielonych powódce informacji i ich świadome zrozumienie, nie można przyjąć, że powódka została w sposób prawidłowy poinformowana o skutkach zabiegu operacyjnego. Świadek W. S. – lekarz operator zeznał, że pacjentowi udzielane są informacje tylko o głównych powikłaniach, a w przypadku powódki trudno przyjąć, że nawet jeśli zostały jej udzielone wszystkie niezbędne informacje, to zrozumiała je we właściwy sposób i że informacje były udzielone w przystępny sposób, skoro zapamiętała tylko jedno z najpoważniejszych powikłań – „nie będzie mogła kręcić głową” i takie powikłanie przedstawiła swojemu mężowi i ocena przez nią tego powikłania doprowadziła ją do podjęcia decyzji o wyrażeniu zgody na zabieg operacyjny. Warto tutaj zwrócić także uwagę na opinię biegłego z zakresu neurochirurgii odnośnie informacji przekazywanych powódce z uwagi na jej stan psychiczny, który wymagał szczególnego przygotowania informacyjnego, wsparcia psychologa i upewnienia się, że wszystkie przekazane informacje zostały prawidłowo zrozumiane. Można zatem stwierdzić, że w przypadku gdyby powódka wyraziła pisemną zgodę na zabieg na formularzu, w którym zawarte są nie tylko informację o możliwych powikłaniach, ale również opis procedury medycznej, opis innych metod leczenia, prognozy pooperacyjnej i tzw. powikłań odległych, a także konsekwencji rezygnacji z zabiegu, to nie byłoby wątpliwości co do zapoznania się przez nią z tymi informacjami i wyrażenia zgody, a tym samym braku naruszenia jej praw jako pacjenta.

W judykaturze powszechnie przyjmuje się, że zaniechanie przez lekarza obowiązku poinformowania pacjenta o wszystkich konsekwencjach wynikających z zastosowanej metody leczenia (lub diagnostyki) w tym o stopniu i możliwym zakresie powikłań narusza prawa pacjenta. Podkreśla się również, że zasada autonomii woli pacjenta jest jedną z podstawowych zasad prawa medycznego i wyrazem odejścia od paternalistycznego modelu relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem, a także stanowi wyraz poszanowania podmiotowości pacjenta w procesie leczenia.

Podstawowym przejawem prawa pacjenta do samostanowienia jest możliwość swobodnego wyrażania lub odmowy zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego, czego skutkiem musi być szerokie ujęcie zakresu informacji, co do której pacjent ma prawo. Wskazać należy, że zgoda na zabieg medyczny musi być wyrazem rozebranego stanowiska „poinformowanego uświadomionego pacjenta”. Zgoda na zabieg medyczny nie może zostać uznana za niewadliwą, jeśli zostało naruszone prawo pacjenta, a mianowicie w sytuacji, gdy pacjentowi nie udzielono określonych informacji, m.in. w zakresie jego stanu zdrowia i diagnozy, w zakresie alternatywnych metod diagnostycznych i terapeutycznych, w zakresie skuteczności i przydatności proponowanego leczenia, czy w zakresie ryzyka zabiegu (powikłań związanych z zabiegiem). Zatem – w ocenie Sądu – w pozwanym Szpitalu doszło do naruszenia prawa powódki, jako pacjentki do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego lub jego odmowy po uzyskaniu odpowiedniej informacji tj. do naruszenia powinności informacyjnych w zakresie mogącym wystąpić powikłań.

W tym stanie rzeczy, nie może budzić żadnych wątpliwości istnienie krzywdy, które winna być zrekompensowana stosownym do jej rozmiaru zadośćuczynieniem na podstawie art. 445 k.c. oraz art. 4 w/w ustawy.

Podstawowym celem przyznania zadośćuczynienia jest złagodzenie poczucia krzywdy rozumianego jako cierpienie fizyczne oraz ujemne odczucia psychiczne związane z bólem fizycznym i następstwami uszkodzenia ciała. Suma pieniężna zasądzona przez Sąd z tego tytułu powinna być „odpowiednia” co oznacza realną rekompensatę doznanej krzywdy.

Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, przy czym chodzi tu o krzywdę ujmowaną jako cierpienie fizyczne (ból i inne dolegliwości) oraz cierpienie psychiczne (ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia). Trzeba mieć na względzie, że zadośćuczynienie obejmuje cierpienia zarówno już doznane jak i te, które wystąpią w przyszłości. Ma więc ono charakter całościowy i powinno stanowić rekompensatę za całą krzywdę doznaną przez poszkodowanego. Nadto prawomocne zasądzenie zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę wyłącza mimo pogorszenia się stanu zdrowia przyznania dalszego zadośćuczynienia za krzywdy, które można było przewidzieć w ramach podstawy przeprowadzonego sporu (por. uchwałę 7 Sędziów SN z dnia 21 listopada 1967 roku, III PZP 37/67 OSNCP 1968 z. 7 poz. 113).

W przedmiotowej sprawie, trwały uszczerbek na zdrowiu powódki będący skutkiem przeprowadzonego zabiegu operacyjnego wynosi łącznie 40%, który w ocenie Sądu jest uszczerbkiem znacznym. Nie można pominąć przy ocenie krzywdy powódki, że ograniczenia ruchomości barku prawego jak i kręgosłupa w odcinku szyjnym powodują ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu. Powódka nie może wykonywać sama czynności takich jak przed operacją i wymaga pomocy (sprzątanie, zakupy) oraz realizować swojego hobby (robótki na drutach, szycie na maszynie). Przy rozważaniu odpowiedniego zadośćuczynienia dla powódki należy również zauważyć, iż jest zmuszona zmagać się z dolegliwościami bólowymi, które mają charakter przewlekły i nie ma pozytywnych prognoz co do stanu zdrowia, a także musi się liczyć z dalszym występowaniem, a z biegiem czasu nasileniem obecnie występujących dolegliwości i narastania zmian chorobowych, koniecznością stałego leczenia specjalistycznego i pomocy osób trzecich. Krzywda powódki wyraża się także w tym, że mogą u niej wystąpić nasilone procesy degeneracyjne związane z uszkodzeniem trwałym rdzenia szyjnego, ponadnormatywne w stosunku do chorych bez powikłań jak u powódki.

Powódka dochodziła ostatecznie kwoty 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę związaną z przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym oraz naruszeniem jej praw pacjenta.

Mając na uwadze trwały uszczerbek na zdrowiu oraz całokształt zindywidualizowanych okoliczności, w ocenie Sądu, kwota 80.000 zł stanowić będzie odpowiednie zadośćuczynienie, adekwatne do doznanej krzywdy z tytułu niezachowania należytej staranności przy leczeniu w pozwanym szpitalu oraz kwota 20.000 zł z tytułu naruszenia praw powódki jako pacjentki.

O ustawowych odsetkach za opóźnienie od zasądzonej kwoty zadośćuczynienia Sąd orzekł na podstawie art. 481 k.c. uznając, że w momencie doręczenia zawiadzenia do próby ugodowej powódka wezwała stronę pozwaną do spełnienia świadczenia (art. 455 k.c.).

Kolejne roszczenie powódki wynika z art. 444 § 1 k.c., stanowiącego, że w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Uszkodzenie ciała polega na naruszeniu integralności fizycznej człowieka i może dotyczyć tak powłoki cielesnej, jak i narządów wewnętrznych. Rozstrój zdrowia wyraża się w zakłóceniu funkcjonowania poszczególnych organów, bez ich widocznego uszkodzenia. Odszkodowanie przewidziane w powyższym przepisie obejmuje wszelkie wydatki pozostające w związku z uszkodzeniem ciała czy rozstrojem zdrowia, jeżeli są konieczne i celowe.

W niniejszej sprawie powódka domagała się odszkodowania w związku z poniesionymi kosztami leczenia – zakupem leków w łącznej kwocie 419,33 zł. Z przedłożonych przez powódkę faktur wynikało, że poniosła koszty leczenia w dochodzonej kwocie. Nie było zatem wątpliwości, w świetle opinii biegłych co do stanu zdrowia powódki, że wymagała ona leczenia swoich dolegliwości bólowych, a zatem koszty te były zasadne. Wobec powyższego Sąd zasądził na rzecz powódki odszkodowanie w kwocie 419,33 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie na podstawie art. 481 k.c. w zw. z art. 455 k.c. (w zawiadzeniu do próby ugodowej doręczony pozwanemu w dniu 7 listopada 2016 roku było również żądanie zapłaty odszkodowania).

Kolejne roszczenie powódki wynika z art. 444 § 2 k.c. Roszczenie o rentę przysługuje poszkodowanemu w razie całkowitej lub częściowej utraty zdolności do pracy zarobkowej, zwiększenia się jego potrzeb lub zmniejszenia widoków powzrozenia na przyszłość. Konieczne jest, aby pogorszenie stanu zdrowia poszkodowanego wiązało się z negatywnymi skutkami w jego sferze majątkowej. Konieczną przesłanką przyznania renty jest więc powstanie szkody w postaci zwiększenia wydatków lub zmniejszenia dochodów. Szkada musi posiadać walor realny, nie zaś tylko teoretyczny, a to sprawia, że na tle przepisu art. 444 § 2 k.c. sama tylko utrata zdrowia i ewentualność poniesienia w związku z tym przez poszkodowanego uszczerbku majątkowego nie jest wystarczająca dla przyjęcia w konkretnej sprawie, że zasadne jest żądanie renty. Jeśli chodzi o rentę z tytułu zwiększenia potrzeb poszkodowanego to mówimy o powstaniu konieczności ponoszenia dodatkowych wydatków, co powoduje, że sytuacja majątkowa poszkodowanego ulega pogorszeniu i są to wydatki podyktowane koniecznością nabycia środków farmaceutycznych, czy wydatków na opiekę sprawowaną nad osobą poszkodowaną (por. SN z 4.10.1973r., II Cr 365/73, OSN 1974 r., poz. 147).

Powódka domagała się zasądzenia od pozwanego renty na zwiększone potrzeby, wobec konieczności sprawowania opieki przez osoby trzecie oraz utraty dochodów. Wysokość dochodzonej renty oraz okres czasu, którego dotyczy została sprecyzowana ostatecznie w piśmie z dnia 9 stycznia 2020 roku (wraz z cofnięciem pozwu ze zrzeczeniem się roszczenia ponad kwotę dotychczas dochodzoną 1.000 zł). W tym zakresie Sąd zaakceptował wyliczenie przedstawione przez pełnomocnika, nie znajdując w świetle zebranego materiału dowodowego podstaw do jego zakwestionowania.

Mając na uwadze wnioski opinii biegłego rehabilitanta w zakresie koniecznej opieki osób trzecich Sąd uznał, że powódka wymagała średnio 3,5 godziny pomocy przez okres 6 miesięcy po powrocie ze szpitala, czyli do dnia 30 czerwca 2016 roku i następnie średnio przez 5 godzin tygodniowo. Z opinii wynika też, że powódka w przyszłości nadal będzie wymagała pomocy.

Powódka przed operacją otrzymywała wynagrodzenie minimalne. Po zabiegu otrzymywała zasiłek pielęgnacyjny, a następnie rentę. Różnica pomiędzy dochodem uzyskiwanym wcześniej i w okresie od stycznia 2016 roku do czerwca 2016 roku wyniosła 227 zł miesięcznie, od lipca 2017 roku do września 2017 roku 131,03 zł, od października 2017 roku do kwietnia 2018 roku 366,59 zł i od 1 maja 2019 roku do listopada 2018 roku 373,75 zł.

Renta wyrównawcza oraz renta z tytułu zwiększonych potrzeb – z uwzględnieniem zakresu opieki oraz stosowanych stawek MOPS, wynosi:

- 1.000 zł od 1 stycznia 2016 roku do 30 czerwca 2016 roku (227 zł i 773 zł);

- 428,76 zł od 1 lipca 2016 roku do 30 września 2017 roku (131,03 zł i 297,73zł);
- 783,13 zł od 1 października 2017 roku do 30 kwietnia 2018 roku (366,59 zł i 416,54zł);
- 812,89 zł od 1 maja 2018 roku do 30 listopada 2018 roku (373,75 zł i 439,14 zł);
- 439,14 zł od 1 grudnia 2018 roku do 30 marca 2019 roku (renta z tytułu zwiększonych potrzeb);
- 463,50 zł od dnia 1 kwietnia 2019 roku i na przyszłość (renta z tytułu zwiększonych potrzeb).

Mając na uwadze powyższe Sąd zasądził rentę jak w pkt 2 wyroku oraz oddalił powództwo w zakresie renty ponad kwotę 1.000 zł za okres od 1 stycznia 2016 roku (pkt 5). Jednocześnie wobec cofnięcia pozwu ze zrzeczeniem się roszczenia w zakresie renty na podstawie art. 203 § 1 k.p.c. w zw. z art. 355 k.p.c. postępowanie należało umorzyć (pkt 6 wyroku).

Roszczenie o ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość jest zasadne.

Zgodnie z treścią art. 189 k.p.c. powód może żądać ustalenia przez Sąd istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego lub prawa, gdy ma w tym interes prawny. Szkody na osobie nie zawsze powstają jednocześnie ze zdarzeniem, które wywołało uszkodzenie ciała, są ze swej istoty rozwojowe. Przy uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia często nie da się przewidzieć wszystkich następstw rozstroju zdrowia, toteż nie można wykluczyć wystąpienia w przyszłości dalszych następstw uszkodzenia ciała obok tych, które już się ujawniły. Wobec tego wytoczenie powództwa o świadczenie nie stoi na przeszkodzie jednoczesnemu wytoczeniu powództwa o ustalenie w sytuacji, gdy ze zdarzenia wyrządzającego szkodę w postaci uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia przysługują już poszkodowanemu określone świadczenia ale z tego samego zdarzenia mogą powstać w przyszłości jeszcze inne szkody (tak Sąd Najwyższy w uchwale 7 sędziów z 17.04.1970 III PZP 34/69 OSN 1970 nr 12 poz. 217).

W rozpoznawanej sprawie, w świetle opinii u powódki rokowania są niepewne i trudne do sprecyzowania, ale możliwe jest dalsze występowanie dolegliwości i ograniczeń ruchomości, z biegiem czasu narastanie zmian zwyrodnieniowych, które staną się źródłem różnych dolegliwości. Powódka jest szczególnie narażona na rozwijanie się zmian zwyrodnieniowych biorąc pod uwagę stan narządu ruchu. Mając powyższe na uwadze na podstawie art. 189 k.p.c. Sąd ustalił odpowiedzialność pozwanego za ewentualne dalsze następstwa przedmiotowego zdarzenia medycznego jakie mogą ujawnić się w przyszłości.

O kosztach procesu Sąd orzekł stosownie do treści art. 100 zd.2 k.p.c. i zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 5.957 zł tytułem zwrotu kosztów procesu (wynagrodzenie pełnomocnika 5.400 zł + 240 zł, opłata skarbową od pełnomocnictwa 17 zł oraz uiszczona opłata od wniosku o zawezwanie do próby ugodowej 300 zł). W postępowaniu wszczętym na wskutek zawezwania do próby ugodowej niewłaściwym jest stosowanie stawki zastępstwa procesowego jak za postępowanie procesowe w sprawie dochodzenia roszczeń pieniężnych. W postępowaniu pojednawczym sąd ustala wynagrodzenie pełnomocnika na podstawie stawki minimalnej jak w sprawie z zakresu postępowania nieprocesowego w sprawie niewymienionej odrębnie – 240 zł (uchwała Sądu Najwyższego z dnia 26 lutego 2014 r., III CZP 117/2013) bez względu na wartość przedmiotu sporu.

Stosownie do dyspozycji art. 113 ust. 1 u.k.s.c. Sąd zasądził od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 13.509 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych (wynagrodzenia biegłych za sporządzone opinie pokryte dotychczas tymczasowo ze Skarbu Państwa oraz nieuiszczona opłata sądowa od pozwu – powódka zwolniona).

ZARZĄDZENIE

doręczyć odpis wyroku z uzasadnieniem zgodnie z wnioskiem.