

Sygn. akt II Ca 627/16

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 lutego 2017 r.

Sąd Okręgowy w Świdnicy, II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie następującym:

Przewodniczący SSO Grażyna Kobus

Sędziowie SO Aleksandra Żurawska

SO Maria Kołcz

Protokolant Violetta Drohomirecka

po rozpoznaniu w dniu 19 stycznia 2017 r. w Świdnicy

na rozprawie

sprawy z powództwa **O. K.**

przeciwko (...) **w W.**

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Rejonowego w Wałbrzychu

z dnia 17 maja 2016 r., sygn. akt VIII C 1085/13

I. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że zasądza od strony pozwanej (...)w W. na rzecz powódki O. K. 40.000 (czterdzieści tysięcy 00/100) zł z odsetkami ustawowymi od dnia 24 czerwca 2013r. (pkt I), zasądza od strony pozwanej na rzecz powódki 1.450,20 zł kosztów procesu oraz nakazuje stronie pozwanej uiścić na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Wałbrzychu 3.891,88 zł tytułem kosztów sądowych (pkt II)

II. oddala dalej idącą apelację;

III. zasądza od strony pozwanej na rzecz powódki 4.880 zł kosztów postępowania apelacyjnego.

(...)

Sygn. akt II Ca 627/16

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 17 maja 2016 r., Sąd Rejonowy w pkt I oddalił powództwo O. K. przeciwko (...) w W., zaś w pkt II nie obciążył powódki kosztami procesu.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 13 listopada 2010 r. powódka została przyjęta do (...) Oddziału Ratunkowego (...) im. dra (...) w W. z powodu silnych dolegliwości bólowych w lewej okolicy lędźwiowej z promieniowaniem do pachwiny oraz bolesnego oddawania moczu. Lekarz (...) badając chorą stwierdziła stan ogólny dobry, tętno 78 U/MIN, osłuchowo nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy prawidłowy, symetryczny, brzuch miękki, niebolesny, bez oporów patologicznych, objaw G. / bolesność nerki / po stronie lewej dodatni i zleciła wykonanie badań laboratoryjnych, które przedstawiły się następująco: kreatynina 1,0, (...) 10,3 w badaniu moczu :leukocyty pokrywają pole widzenia, erytrocytu 8-15. Postawiła rozpoznanie: „K. nerkowa nieokreślona”. Badający lekarz zastosował doraźne leczenie przeciwbólowe i rozkurczowe po którym ostre dolegliwości bólowe ustąpiły. Zalecił dalsze leczenie, wykonanie badania USG w warunkach ambulatoryjnych, odpowiednia podaż płynów i wykonanie USG w warunkach ambulatoryjnych, zapisał K., N., F.. W związku z faktem, iż stan pacjentki był dobry, pacjentka nie gorączkowała, nie wymiotowała a po zastosowanym leczeniu objawowym o którym mowa powyżej dolegliwości ustąpiły, lekarz dyżurny stwierdził brak podstaw do hospitalizacji tj. bezmocz, skąpomocz, towarzysząca infekcja dróg moczowych przebiegająca z gorączką i wypisał pacjentkę ze szpitala. Lekarz dyżurny nie przeprowadził badań obrazowych, które powinna obejmować diagnostyka w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego w przypadku ostrych dolegliwości o typie kolki nerkowej z uwagi na brak w tym dniu specjalisty radiologa mogącego wykonać i opisać te badania. W dniu 14 listopada 2010 r. powrócił ból lewej okolicy lędźwiowej i gorączka do 38 stopni, nudności i wymioty. W dniu 16 listopada 2010 r. wezwany zespół Pogotowia (...) przywiózł powódkę ponownie do tego samego szpitala, gdzie została przyjęta do oddziału nefrologicznego i stacji dializ. Podczas przyjęcia stwierdzono: gorączka 39 stopni, stan średnio ciężki, tachykardia, bolesność lewej nerki. W badaniach laboratoryjnych: kreatynina 1,2, (...) 328, (...) 2.4. W dniu 17 listopada 2010 r. wykonano USG jamy brzusznej: „Obie nerki w granicach normy wiekowej, bez cech zastojów. Pęcherz moczowy o ścianach gładkich. Przestrzeń zaotrzewnowa bez widocznych zmian ogniskowych. Posiew moczu jałowy, w posiewie moczu wyhodowano bakterię E-coli wrażliwą na wszystkie antybiotyki co pozwoliło na rozpoznanie posocznicy moczowej / urosepsy /. Zastosowano celową antybiotykoterapię i kortykosteroid uzyskując stopniową poprawę stanu chorej. Kontrolowany posiew krwi nie wykazał obecności bakterii. W dniu 28 listopada 2010 r. nastąpił nawrót dolegliwości wobec czego w następnym dniu ponownie wykonano USG z wynikiem: „nerka praw bez cech zastojów, nerka lewa powiększona / obrzęknięta / z dyskretnym poszerzeniem ukm”. W dniu 29 listopada 2010 r. wykonano tomografię komputerową jamy brzusznej, stwierdzając „nerki położone prawidłowo, bliznowato zniekształcona okolica dolnego bieguna prawej nerki z widocznymi zwapnieniami mięszszowymi. Zatarta granica korowo-rdzeniowa lewej nerki. (...)”. Pacjentkę konsultował urolog w tym samym dniu w wyniku czego w dniu 30 listopada 2010 r. wprowadzono cewnik moczowodowy podwójnie zagięty do lewej miedniczki nerkowej stwierdzając przy tym zwężenie w przepęcherzowym odcinku moczowodu. Stan chorej uległ poprawie wobec czego pacjentka w dniu 3 grudnia 2010 r. została wypisana ze szpitala z zaleceniem dalszego leczenia urologicznego. W dniu 12 kwietnia 2011 r. powódka została przyjęta do Oddziału Urologicznego tego samego szpitala z rozpoznaniem „Kamienica moczowodowa lewostronna”. Dzień później wykonano zabieg endoskopowy: wziernikowanie moczowodu lewego, skruszono kamienie nerkowe, wprowadzono cewnik moczowodowy. Pacjentkę wypisano ze szpitala w tym samym dniu z zaleceniem ambulatoryjnej kontroli urologicznej. W dniu 18 maja 2011 r. powódka ponownie zgodnie z zaleceniami przyjęta do oddziału urologicznego tego samego szpitala, w którym usunięto cewnik moczowodowy. Pacjentkę wypisano ze szpitala w tym samym dniu z zaleceniem ambulatoryjnej kontroli urologicznej. W dniu 30 września 2011 r. powódka zgłosiła się do Poradni Urologicznej gdzie otrzymała skierowanie na USG i zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej. W dniu 26 października 2011 r. wykonano USG i urografię. W dniu 25 listopada 2011 r. urolog zapoznawszy się z wynikami badań skierował powódkę na scyntygrafie nerek. Wykonano ją 30 grudnia 2011 r. Opis :”Obie nerki położone prawidłowo. Funkcja nerki lewej śladowa we wszystkich fazach badania / praktycznie afunkcja /. Prawa nerka równomiernie wydziela podany radio znacznik, tranzyt miąższowy w normie, bez zalegania w wydalniczej fazie badania. Krzywa reograficzna o wydłużonej fazie wydalniczej z cechami nierównomiernego opróżnienia (...). Scyntygraficznych wykładników niewydolności nerek nie stwierdza się”. Po przedstawieniu wyniku scyntygrafii pacjentka otrzymała skierowanie do Oddziału Urologicznego z rozpoznaniem: ”A. nerki lewej” celem usunięcia narządu. W dniach 31 stycznia 2011 r.- 4 lutego 2011 r. powódka przebywała na Oddziale Urologicznym gdzie dokonano laparoskopowego wycięcia nerki lewej. Lekarz dyżurny badając powódkę w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym po zbadaniu chorej i wykonaniu podstawowych badań laboratoryjnych postawił prawidłowe

rozpoznanie „K. nerkowa lewostronna” i wdrożyła prawidłowe leczenie. Po ustąpieniu dolegliwości wypisała pacjentkę ze stosownymi zaleceniami / wśród nich konieczność wykonania USG /. Nie przeprowadziła badań obrazowych / USG, zdjęcie przeglądowe /, które powinna obejmować diagnostyka w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego w przypadku ostrych dolegliwości o typie kolki nerkowej z uwagi na brak w ww. dniu radiologa. Wykonanie tych badań nie zmieniłoby decyzji lekarza o wypisaniu pacjentki po ustąpieniu dolegliwości ze stosownymi zaleceniami / wśród nich konieczność wykonania USG /, ponieważ USG przeprowadzone kilka dni później / 17 listopada / nie wykazało patologii nerek, a więc musiało być również prawidłowe w dniu 13 listopada 2010 r. Wykonanie zdjęcie przeglądowego jamy brzusznej mogło uwidocznic kamień w moczowodzie co przyspieszyłoby konsultację urologiczną i wcześniejsze wprowadzenie cewnika moczowodowego obarczającego nerkę. W warunkach jakimi dysponował lekarz dyżurny decyzja o wypisaniu chorej była słuszna bowiem hospitalizacji wymagają pacjenci, u których nie udaje się przerwać bólu kolkowego, gorączkujący, z bezmoczem lub skąpomoczem, a także chorzy z jedną nerką. Żadna z tych przesłanek u powódki nie zaistniała. Brak jest zatem błędu w postępowaniu lekarza dyżurnego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w dniu 13 listopada 2010 r., którego rolą było wobec chorego z kolką nerkową przerwanie gwałtownego bólu, co zostało uczynione. Zwłoka zaś we właściwym leczeniu podstawowej choroby jaką była kamienica moczowodowa, bez zaistnienia, której można byłoby z pewnością skrócić cały proces leczenia powódki spowodowana była: brakiem możliwości wykonania 13 listopada 2010 r. w szpitalnym oddziale ratunkowym badań obrazowych: USG i zdjęcia przeglądowego jamy brzusznej; zbyt późną konsultacją urologiczną podczas pobytu w oddziale nefrologicznym, a w konsekwencji spóźnionym wykonaniem tomografii komputerowej i interwencją urologiczną / wprowadzeniem cewnika moczowodowego /; ponad czteromiesięcznym czasem jaki upłynął od pobytu w oddziale nefrologicznym do przyjęcia do oddziału urologicznego. W ciągu roku od listopada 2010 r. do października 2011 r. istniało kilka odcinków czasowych, które mogły wpłynąć na nieodwracalne uszkodzenie nerki prowadzące do jej usunięcia: okres przed pierwszą interwencją 13 listopada 2010 r.; okres zakażenia gród moczowym pomiędzy 14 listopada 2010 r. a 30 listopada 2010 r.; okres między usunięciem cewnika 18 maja 2011 r. a urografią z dnia 26 października 2011 r. Aktualny stan zdrowia pacjentki jest dobry. Ze względu na stan narządów układu moczowo-płciowego pacjentka nie wymaga żadnego leczenia, konieczne jest jedynie monitorowanie nerki przeciwnej / okresowe wykonanie badania USG, badania moczu i biochemicznych parametrów wydolności nerki /. Usunięcie nerki nie ogranicza w żaden sposób normalnej aktywności w każdym jej aspekcie. Uszczerbek na zdrowiu spowodowany usunięciem nerki przy zachowaniu prawidłowej czynności pozostałej oceniany jest według ZUS na 35%, ale wyłącznie w wyniku nieszczęśliwego wypadku/urazu. Oceny ZUS nie można odnosić do powódki, dla której uszczerbek na zdrowiu spowodowany jest przez stan chorobowy i nie spełnia zawartych w tabeli kryteriów. Uszczerbek na zdrowiu powódki wyniósł zdaniem biegłego 15-20 %. U powódki w związku z usunięciem nerki wystąpiły zaburzenia adaptacyjne, które klinicznie manifestowały się u niej wewnętrznym nie-pokojem, zaburzeniami snu, poczuciem zagrożenia, wzmożonym lekiem o swoje zdrowie i życie. Dokuczały jej negatywne, pesymistyczne myśli. Wycofała się z kontaktów społecznych, a także z życia seksualnego. Największe ich nasilenie było w trakcie leczenia, następnie bezpośrednio po usunięciu nerki. Następnie te objawy powoli ustępowały. Powódka nie korzystała z pomocy specjalistów / psychologa, psychiatry / i nie podjęła leczenia specjalistycznego, a objawy zaburzeń powoli ustąpiły. Powódka powróciła do roli matki, aktywności życiowej, a w tym do koordynowania pracy kilkudziesięciu osób. Pomogło jej w tym wypracowanie strategii obronnych pozwalających uzyskać wewnętrzną równowagę. Objawy zaburzeń mieściły się w kryteriach normalnych relacji psychofizycznych. W związku ze świadomością braku ważnego organu wewnętrznego powódka odczuwa lęk i niepokój o swoje zdrowie czemu sprzyja jej neurotyczna natura. Z psychologicznego punktu widzenia obecnie nie wymaga ona leczenia specjalistycznego / psychologicznego, psychiatrycznego /. Rokowania są pomyślne. Pismem z dnia 06.04.2012 r. powódka wezwała (...) im. dra (...) do zapłaty kwoty 50.000 zł tytułem zadośćuczynienia. Pismem z dnia 18.09.2012 r. strona powodowa wskazała, iż brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności (...)i wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności placówki medycznej.

Rozważając tak ustalony stan faktyczny, Sąd Rejonowy stanął na stanowisku, że powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie. Przywołując treść art. 430 kc, Sąd Rejonowy zważył, że zgodnie z ugruntowanym orzecnictwem przepis ten jest podstawą odpowiedzialności jednostek organizacyjnych, na rachunek których lekarze wykonują czynności związane z leczeniem pacjentów. Podmiot taki ponosi odpowiedzialność na zasadzie ryzyka i tylko wtedy, gdy podwładny przy wykonywaniu powierzonej czynności wyrządził szkodę z własnej winy. Ocena zachowania

podwładnego następuje w oparciu o treść art. 415 kc., który określa ogólną regułę dotyczącą odpowiedzialności za szkodę, do której doszło wskutek czynów niedozwolonych. Przesłankami odpowiedzialności deliktowej są: zdarzenie, z którym system prawny wiąże odpowiedzialność, szkoda oraz związek przyczynowo skutkowy między wyżej wymienionym zdarzeniem i szkodą. Jednocześnie wskazano, że to na powódzie ciąży ciężar udowodnienia zaistniałych zdarzeń, które uzasadniałyby przyznanie odpowiedniego odszkodowania, ponieważ zgodnie z naczelną zasadą postępowania cywilnego ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która wywodzi z niego skutki prawne. W przedmiotowej sprawie spornym pozostawało czy lekarz dyżurny pracujący w placówce strony pozwanej w dniu 13 listopada 2010 roku swoim zachowaniem wyrządził powódce szkodę i czy to nastąpiło z jego winy. Z uwagi na powyższe dla oceny zasadności powództwa kluczowe znaczenie zdaniem Sądu, miało ustalenie czy zachowanie lekarza dyżurnego w dniu 13 listopada 2010 było prawidłowe, czy też doszło do błędu w sztuce medycznej, a w szczególności czy była możliwość rozpoznania u powódki złego stanu nerki podczas przeprowadzonych badań powódki w szpitalu pozwanego w dniu 13 listopada 2010 roku. Jeśli tak to czy postawienie prawidłowej diagnozy uchroniłoby powódkę od konieczności usunięcia nerki, jaki jest obecny stan zdrowia powódki, jaki wpływ na codzienne funkcjonowanie ma obecny stan zdrowia, jaki jest procentowy uszczerbek na zdrowiu powódki spowodowany usunięciem nerki. Zgodnie z wnioskiem powódki dopuszczono dowód z opinii biegłego z zakresu urologii. W związku z czym zwrócono się do Konsultanta Krajowego w D. Urologii o wskazanie osoby biegłego lekarza urologa, który wykona opinię w niniejszej sprawie. Biegły sądowy sporządził opinię, z której jednoznacznie wynikało, iż nie dopatrzone są żadne nieprawidłowości w postępowaniu lekarza dyżurnego w dniu 13 listopada 2010 roku. Strona pozwana nie kwestionowała powyższej opinii. Powódka zgłosiła natomiast do niej szereg zastrzeżeń. Ustosunkowując się do zarzutów powódki biegły w całości podtrzymał treść wydanej przez siebie opinii. Zdaniem biegłego lekarza dyżurnego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym dnia 13 listopada 2010 r. postawił prawidłowe rozpoznanie, zastosował odpowiednie leczenie i po ustąpieniu objawów wypisał chorą ze szpitala udzielając stosownych zaleceń w tym ultrasonografii. Tym samym, zdaniem Sądu Rejonowego, brak podstaw do przypisania lekarzowi dyżurnemu błędu przy wykonywaniu swoich czynności. Rolą lekarza wobec chorego z kolką nerkową było przerwanie gwałtownego bólu, co zostało uczynione. Fakt, iż w dniu 13 listopada 2010 r. nie wykonano badań obrazowych / USG, zdjęcie przeglądowe /, których wykonanie powinna obejmować diagnostyka w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego w przypadku ostrych dolegliwości o typie kolki nerkowej z uwagi na brak na dyżurze specjalisty radiologa, co niewątpliwie stanowiło zaniedbanie osób odpowiedzialnych za organizację pracy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, w ocenie Sądu, nie wpłynęło na decyzję lekarza dyżurnego o wypisaniu chorej ze szpitala tym bardziej, że badanie USG przeprowadzone kilka dni później zgodnie z zaleceniami lekarza dyżurnego było prawidłowe. Zatem brak możliwości wykonania w dniu 13 listopada 2010 r. badania USG nie przyczynił się do dalszej zaistniałych skutków medycznych, skoro takie badanie przeprowadzone cztery dni później było prawidłowe. Nie zaszła też w ocenie Sądu żadna z przesłanek wymagająca nagłej hospitalizacji. Hospitalizacji wymagają pacjenci, u których nie udaje się przerwać bólu kolkowego, gorączkujący, z bezmoczem lub skąpomoczem, a także chorzy z jedną nerką. Nawet zatem rozpoznanie kamienia w moczowodzie bez spełnienia wymienionych kryteriów nie spowodowałoby konieczności przyjęcia do szpitala w trybie nagłym, a jedynie przyspieszyłoby konsultację urologiczną i wcześniejsze wprowadzenie cewnika moczowodowego obarczającego nerkę. Zatem w warunkach jakimi dysponował lekarz, w ocenie Sądu Rejonowego, decyzja o wypisaniu chorej ze szpitala była słuszna. Obecnie stan zdrowia pacjentki jest dobry. Ze względu na stan narządów układu moczowo-płciowego pacjentka nie wymaga żadnego leczenia, konieczne jest jedynie monitorowanie nerki przeciwnej. Usunięcie nerki nie ogranicza w żaden sposób normalnej aktywności w każdym jej aspekcie. Również z psychologicznego punktu widzenia rokowania są pomyślne, powódka obecnie nie wymaga leczenia specjalistycznego, co wynikało z opinii biegłego sądowego psychologa. Zdaniem Sądu pierwszej instancji, ustalenia biegłych, a w szczególności urologa zostały dokonane w oparciu o szeroką fachową wiedzę, obiektywnie i na podstawie wszelkich możliwych danych. Opinia była pełna, logiczna i jasna, a zawarte w niej wnioski końcowe – wbrew temu co twierdziła powódka – były jednoznaczne i stanowcze tj. m.in. stwierdzono, że nie dopatrzone są żadne nieprawidłowości w postępowaniu lekarza dyżurnego w dniu 13 listopada 2010 roku. Sąd Rejonowy w całości podzielił wnioski biegłego, uznając je za trafne i przekonujące, nie kwestionując uszczerbku na zdrowiu ocenionego na 15-20% oraz zaburzeń adaptacyjnych nasilonych w trakcie leczenia i następnie bezpośrednio po usunięciu nerki, które to zdaniem biegłego sądowego z zakresu psychologii mieściły się w kryteriach normalnych relacji psychofizycznych. W konsekwencji Sąd Rejonowy stanął na stanowisku, iż nie zaistniały przesłanki uznania

zasadności powództwa, gdyż na podstawie przeprowadzonych nie sposób było ustalić, że doszło do wyrządzenia powódce szkody na skutek zastosowania niewłaściwej diagnostyki przez lekarza dyżurnego w dniu 13 listopada 2010 roku. Brak było bowiem związku przyczynowo skutkowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem ww. lekarza, a szkodą, którą poniosła powódka. Z zebranego w sprawie materiału dowodowego jednoznacznie wynika, że nawet przeprowadzenie badań obrazowym nie skutkowałoby podjęciem decyzji o hospitalizacji powódki w dniu 13 listopada 2010 r. Tym samym Sąd pierwszej instancji nie znalazł podstaw do zasądzenia na podstawie art. 445 § 1 kc, na rzecz powódki zadośćuczynienia z tytułu uszkodzenia ciała w postaci usunięcia nerki oraz z tytułu cierpienia fizycznego i psychicznego z tym związanego. Nie mógł przypisać tym działaniom lub zaniechaniom lekarza dyżurnego A. S. (1) ze (...) im. dra (...) w W. posiadającego umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, popełnienie błędu w sztuce lekarskiej. O kosztach postępowania Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 102 kpc, mając na uwadze wyjątkowy charakter sprawy, gdyż powódka nie mogła przypuszczać, że usunięcie nerki spowodowane było błędami lekarza, dlatego w pełni uzasadnione było żądanie wyjaśnienia jej żywotnych interesów w procesie sądowym. Przed wytoczeniem powództwa, a na-wet we wstępnej fazie postępowania powódka nie mogła ustalić zakresu odpowiedzialności strony pozwanej, albowiem okoliczności sprawy wymagały oceny przez osobę dysponującą wiadomościami specjalnymi. Okoliczność ta, w ocenie Sądu, mimo że żądanie powódki okazało się nieuzasadnione, stanowiła podstawę zastosowania wyżej wskazanego przepisu.

Apelację od powyższego wyroku wniosła powódka zaskarżając go w części dotyczącej pkt I zarzucając naruszenie:

1. art. 233 § 1 kpc, poprzez brak wszechstronnej oceny materiału dowodowego i pominięcie części treści opinii biegłego z zakresu urologii, zeznań świadka A. S. oraz jej oświadczenia, z których wynikało, że brak przeprowadzenia badań USG i zdjęcia przeglądowego jamy brzusznej jest błędem wyłącznie szpitala, a brak w dniu 13 listopada 2010 r. specjalisty lekarza urologa mogącego wykonać oraz opisać wymienione badania jest rażącym i niedopuszczalnym zaniedbaniem odpowiedzialnych za organizację pracy;
2. art. 233 § 2 kpc, poprzez pominięcie nadania właściwego znaczenia nie przedstawieniu przez pozwaną dowodu w postaci informacji, o których mowa była w pismach z dnia 4 grudnia 2015 r., 10 grudnia 2015 r., 5 stycznia 2016 r. oraz 4 marca 2016 r., co winno skutkować przyjęciem zgodnie z twierdzeniami powódki, że po zdarzeniu z dnia 13 listopada 2010 r., lekarz A. S. nie pełnił dyżurów na oddziale (...), a pacjenci z objawami tożsamymi, byli kierowani bezpośrednio na właściwy oddział;
3. art. 217 § 1 i 2 kpc w zw. z art. 227 kpc i art. 286 § 1 kpc, poprzez bezzasadne oddalenie wniosku powódki o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z zakresu urologii, gdy dotychczasowy biegły w opiniach uzupełniających nie odniósł się w pełni do złożonych przez powódkę zastrzeżeń;
4. art. 328 § 2 kpc, poprzez niedostateczne wyjaśnienie przesłanek niezastosowania art. 415 kc, w związku z pominięciem części materiału dowodowego i niedostatecznie jasnym ustaleniem stanu faktycznego sprawy.

Mając na uwadze powyższe zarzuty, powódka wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania, ewentualnie o jego zmianę i zasądzenie na jej rzecz kwoty 50.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami.

Sąd Okręgowy zważył:

Apelacja w znacznej części podlegała uwzględnieniu

Sąd Okręgowy rozpoznając wniesiony przez powódkę środek zaskarżenia oparł się w całości na ustaleniach dokonanych przez Sąd pierwszej instancji, a które znajdowały uzasadnienie w zebranych materiale dowodowym, dodatkowo przeprowadzając uzupełniający dowód z opinii biegłego, którego wynikiem jest stwierdzenie, że na podstawie przedstawionej przez stronę dokumentacji medycznej nie można było ocenić ówczesnego stanu dróg moczowych i nie mogła ona świadczyć o jakiegokolwiek ich patologii, ale też nie mogła jej wykluczyć / k. 382 /.

Oceniając całość tak dokonanych ustaleń faktycznych, zdaniem Sądu Okręgowego, nie sposób było podzielić rozważań prawnych zawartych w uzasadnieniu zaskarżonego rozstrzygnięcia, co w konsekwencji musiało prowadzić do jego zmiany i uwzględnienia zasadniczej części żądania powódki. Jak trafnie zarzuca skarżąca, Sąd pierwszej instancji nieprawidłowo skoncentrował się jedynie na początkowym etapie leczenia powódki, stwierdzając skądinąd słusznie, że postawiono prawidłowe rozpoznanie i zastosowano odpowiednie leczenie, pomijając przy tym zaniedbania w organizacji pracy jednostki medycznej. Ograniczenie rozpoznania sprawy do oceny błędu w sztuce lekarskiej przez pierwszego lekarza, który miał kontakt z pacjentką, a następnie przyjęcie braku związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy jego działaniem lub zaniechaniem, a szkodą, nie mogło zostać uznane za prawidłowe. Tym bardziej, gdy w samym uzasadnieniu Sąd Rejonowy przyznaje, że w organizacji pracy szpitala istniały poważne nieprawidłowości, co w okolicznościach sprawy pozwalało na przyjęcie odpowiedzialności strony pozwanej. Ocena ta wynika z wniosków przeprowadzanych w sprawie dowodów z opinii biegłego / i opinii uzupełniających /, w których stwierdzono, że niedopuszczalnym jest, aby w szpitalu, w którym funkcjonuje oddział ratunkowy nie było radiologa dostępnego każdego dnia przez 24 godziny. Prawidłowa organizacja pracy mogłaby natomiast doprowadzić do uwidocznienia kamienia w moczowodzie powódki, co przyspieszyłoby konsultację urologiczną i doprowadziło do wcześniejszego wprowadzenia cewnika odbarczającego nerkę. Te oraz inne niezbędne działania nie pozwalały jednakże na jednoznacznie stwierdzenie, że uchroniłyby to nerkę przed jej usunięciem, co jednak nie może zostać wykluczone, gdyż długi okres badania powódki, mógł prowadzić do nieodwracalnej destrukcji mięszu nerkowego / k. 169 i 199 /. Należy również podkreślić, że biegły w opinii z dnia 21 stycznia 2015 r. wyraźnie stwierdził, iż pięciodniowa gorączka i ból nerki były wskazaniem do wykonania tomografii komputerowej już w tym czasie, tj. co najmniej 19 listopada 2010r, tymczasem tomografia została przeprowadzona dopiero 29 listopada 2010r, kiedy to stan zdrowia chorej uległ pogorszeniu. Powyższe uzasadniało przyjęcie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa związku przyczynowego pomiędzy nieprawidłową organizacją pracy szpitala i przeprowadzeniem badań tomografii komputerowej zbyt późno, a usunięciem nerki. Jak natomiast wskazuje się w jednolitym od wielu lat orzecznictwie / również tym trafnie powoływanym w apelacji /, w tego typu sprawach dopuszczalnym jest korzystanie z konstrukcji domniemań faktycznych oraz przyjmowanie za dowód istnienia związku przyczynowego między szkodą na osobie a działaniem osób działających na rzecz i w imieniu podmiotu wykonującego usługi z zakresu ochrony zdrowia wykazanie dostatecznej dozy prawdopodobieństwa jego wystąpienia. Związków zachodzących w dziedzinie medycyny nie da się sprowadzić do prostego wynikania jednego zjawiska z drugiego. Dlatego też wymaganie całkowitej pewności istnienia związku przyczynowego byłoby w znaczącej liczbie wypadków nierealne / zob. wyrok SN z dnia 15 marca 2013 r. V CSK 163/12, wyd./el. Legalis nr 728651; wyrok SN z dnia 22 lutego 2012 r. IV CSK 245/11, wyd./el. Legalis nr 480452 oraz wskazane tam orzecznictwo /. Z tego względu, mając na uwadze ewidentne błędy organizacyjne szpitala, które doprowadziły do zbyt późnego podjęcia leczenia, przyjąć należało, że co do zasady wniesione przez skarżącą powództwo było uzasadnione. Brak w jednostce leczniczej odpowiedniej liczby wymaganych dla jej działania doświadczonych lekarzy i specjalistów należy kwalifikować bowiem, jako tzw. organizacyjny błąd medyczny, za który jednostka ta ponosi odpowiedzialność / zob. wyrok SA w Krakowie z 18 kwietnia 2002 r., I ACA 214/02, niepubl. /. Zaistnieje on wtedy, gdy uszczerbek na zdrowiu pacjenta powstał w wyniku wadliwie przeprowadzonego / spóźnionego / procesu leczenia, będącego konsekwencją złej organizacji pracy lekarzy i personelu medycznego, co też miało miejsce w rozpoznawanej sprawie. Jako podstawę odpowiedzialności strony pozwanej - ubezpieczyciela placówki leczniczej, należało przyjąć zatem art. 822 kc, zaś (...) i. dr (...) w W. odpowiada za błędy personelu w nim pracującego, zarówno te które dotyczą niewłaściwej organizacji pracy jednostki medycznej jak i spóźnionej diagnostyki - art. 430 kc.

Oceniając wysokość żądania skarżącej, tj. zasądzenia 50.000 zł tytułem zadośćuczynienia, Sąd Okręgowy przyjął, że kwota ta, wobec całości ustalonych okoliczności w sprawie, była jednak zbyt wygórowana. Zgodnie z art. 445 § 1 kc, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Zadośćuczynienie to ma charakter kompensacyjny i stanowi sposób naprawienia krzywdy w postaci doznanych cierpień fizycznych i psychicznych. Powinno ono uwzględniać nie tylko krzywdę istniejącą w chwili orzekania, ale również taką, którą poszkodowany będzie w przyszłości na pewno odczuwać, oraz krzywdę dającą się z dużym stopniem prawdopodobieństwa przewidzieć. Zasadniczą przesłanką przy określaniu jego wysokości jest stopień

natężenia krzywdy, tj. cierpień fizycznych i ujemnych doznań psychicznych / zob. uzasadnienie uchwały SN z 8 grudnia 1973 r., III CZP 37/73, wyd./el. Legalis nr 17569 oraz wyrok SN z 10 marca 2005 r., IV CSK 80/05, wyd./el. Legalis nr 74984 /.. W niniejszej sprawie, przede wszystkim należy mieć na uwadze, że usunięcie nerki nie ma w zasadzie większych negatywnych następstw w zdrowiu powódki / w tym psychicznym /, oprócz istnienia konieczności regularnego badania nerki zdrowej. Jej utrata nie była nagła, nie nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku, lecz przez stan chorobowy i uszczerbek ten został przez biegłego oceniony na 15% do 20% / k. 168 /. Biorąc zatem pod uwagę, że usunięcie nerki nie ogranicza w żaden sposób normalnej aktywności powódki, zdaniem Sądu Okręgowego, zasadnym było przyjęcie zadośćuczynienia w kwocie 40.000 zł z odsetkami ustawowymi, zgodnie z żądaniem pozwu.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Okręgowy, na podstawie art. 386 § 1 kpc zmienił zaskarżony wyrok, uwzględniając w zasadniczej części powództwo, co w konsekwencji prowadziło do konieczności zasądzenia od strony pozwanej, na podstawie art. 100 kpc kosztów procesu oraz nakazania jej uiszczenia kosztów sądowych / pkt I /, na mocy art. 385 kpc oddalił dalej idącą apelację / pkt II /, zaś o kosztach postępowania apelacyjnego / pkt III /, orzekł na podstawie art. 100 kpc w zw. § 2 pkt 5 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 obowiązującego w dniu wniesienia apelacji rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie / Dz. U. poz. 1800 /.

(...)