

Sygn. akt: XII C 117/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 lipca 2015 roku

Sąd Okręgowy w Gliwicach XII Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Katarzyna Sznajder
Protokolant:	Katarzyna Zegartowska

po rozpoznaniu w dniu 20 lipca 2015 roku w Gliwicach

sprawy z powództwa H. K.

przeciwko Powiatowi (...) w T.

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego Powiatu (...) w T. na rzecz powódki H. K. kwotę 100 000 (sto tysięcy) złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 3 lipca 2014 roku;
2. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 3617 (trzy tysiące sześćset siedemnaście) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;
3. nakazuje pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Gliwicach kwotę 6660,90 (sześć tysięcy sześćset sześćdziesiąt 96/100) złotych tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

	SSO Katarzyna Sznajder	
--	------------------------	--

Sygn. akt XII C 117/14

UZASADNIENIE

Powódka H. K. wniosła o zasądzenie od pozwanego Powiatu (...) w T. kwotę 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa oraz o zasądzenie kosztów procesu.

Uzasadniając żądanie wskazała, że w okresie od 19 czerwca 2010 roku do 26 czerwca 2010 roku przebywała w (...) Szpitalu (...) w T. w likwidacji. Podczas pobytu w placówce dokonano u niej błędnej diagnozy medycznej, a co skutkowało zaniechaniem podjęcia odpowiednich działań medycznych dla ratowania jej zdrowia i życia. Z powodu zaniechania odpowiedniej diagnostyki stanu zdrowia powódka poniosła nieodwracalny uszczerbek na zdrowiu oraz niewyobrażalny ból i krzywdę moralną.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów. Podniósł, że podczas pobytu powódki w (...) Szpitalu (...) w T. w likwidacji pozwany nie dopuścił się „nierzetelności” i „braku staranności”. Dodał, że w trakcie pobytu w pozwanej jednostce wszelkie procedury medyczne zostały zachowane, powódka została poddana szeregowi właściwych badań, mających na celu zdiagnozowanie przyczyny występujących w powódki dolegliwości. Działania personelu medycznego były prawidłowe, zgodne z normami, praktykami i wiedzą medyczną.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 20 czerwca 2010 roku powódka została przywieziona przez pogotowie do Izby Przyjęć (...) Szpitala (...) w T. z powodu zasląbnienia i ogromnych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, które pojawiły się nagle w godzinach wieczornych (zeznania świadka M. P. zapis protokołu rozprawy z dnia 15 października 2014 roku, 00:20:06-00:22:47, zeznania powódki – zapis protokołu rozprawy z dnia 26 listopada 2014 roku, 00:01:29-00:23:20). W momencie zgłoszenia powódka skarżyła się na „silny ból” w klatce piersiowej, który [pojawił się nagle. Wykonano rutynowe badanie fizykalne, które nie wykazało odchylenia od normy. Wykonano również morfologię krwi obwodowej (nieznaczna anemizacja) oraz oznaczono poziom elektrolitów, glikemię, kreatyninę, CPK (norma). W wykonanym EKG: nomogram, rytm zatokowy miarowy 65/min. Nie ustalono rozpoznania. Po ustaleniu w wywiadzie, że powódka ma ustaloną spondylozę (zmiany w kręgosłupie w przebiegu choroby zwyrodnieniowej stawów) uznano zgłaszane dolegliwości bólowe jako zaostrzenie tej przewlekłej choroby i podano lek o działaniu przeciwzapalnym, przeciwbólowy i przeciwgorączkowy (ketonal) i lek zmniejszający napięcie mięśni szkieletowych (mydocalm). Pomimo nie ustalenia przyczyny bólu zaprzestano dalszej diagnostyki i odesłano powódkę do domu. W dniu 21 czerwca 2010 roku powódka ponownie zgłosiła się na Oddział Ratunkowy (...) Szpitala (...) w T. z powodu silnych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej. Jednokrotnie przeprowadzono badanie krwi, podczas którego – w celu wykluczenia ostrego zespołu wieńcowego oznaczono troponinę – w zakresie normy. Powódkę skonsultowano z dwoma neurologami, z których lek. W. G. potwierdził ustalone dzień wcześniej podejrzenie nasilenia zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, natomiast lek. H. W. zasugerowała wykonanie konsultacji chirurgicznej i tomografii komputerowej klatki piersiowej. Po przeprowadzeniu wielu konsultacji w Izbie Przyjęć powódka została przyjęta na Oddział Wewnętrzny (...) Szpitala (...) w T.. Po przyjęciu na oddział powódka zgłaszała dalsze dolegliwości bólowe co spowodowało przeprowadzenie u niej konsultacji chirurgicznej podczas której stwierdzono brak podstaw do interwencji w ramach ostrego dyżuru. W dalszym ciągu nie wykonano badania tomografii komputerowej klatki piersiowej. W dniu 22 czerwca dolegliwości bólowe powódki zmniejszyły się w stosunku do dnia 21 czerwca, jednakże nie ustąpiły całkowicie. Na zdjęciu RTG widać było, że serce jest nieco powiększone, płuca o wzmożonym rysunku naczyniowym. Podejrzenie płynu w jamach opłucnowych. W dniu 23 czerwca 2015 roku wykonano badanie ultrasonograficzne serca przezskłatkowe. Wnioski: patia niedokrwienna z średnią/dużą niedomykalnością aortalną. W tym dniu wykonano również gastroskopię. Stwierdzono zaczerwienienie okolicy około odźwiernikowej.

W dniu 26 czerwca 2010 roku w godzinach porannych powódka zgłosiła pogorszenie się stanu zdrowia, poczuła się słabo, miała niskie ciśnienie i bezwiednie oddała mocz do łóżka. W związku z tym została skonsultowana z neurologiem po czym ciśnienie się wyrównało a następnie pojawił się ból uciskowy zamostkowy ze spadkiem ciśnienia. Miała wówczas podpięte leki ratujące życie aminy katecholowe pod postacią dopaminy i lewonoru i dexaven i na tych lekach ciśnienie wyrównało się na poziomie 100/70. Pomimo podawania leków ponownie nastąpił ból i spadek ciśnienia tętniczego krwi – zostały sprawdzone enzymy sercowe krwi, które nadal były prawidłowe, EKG również było prawidłowe. O godzinie 8:45 doszło do krótkotrwałej utraty przytomności. Powódka z cechami głębokiego wstrząsu: RR 80/40 mmHg, splątana. Ponownie zgłaszała dolegliwości bólowe w klatce piersiowej. Podano aminy katecholowe (dopaminę i lewonor) leki zwiększające siłę skurczu mięśnia sercowego i zwiększające ciśnienie tętnicze krwi. Oznaczono markery uszkodzenia mięśnia sercowego stwierdzając ich niewielki wzrost. Stwierdzono bardzo istotny wzrost D-dimerów do wartości 2180 ng/ml. Dopiero wówczas wykonano w trybie nagłym TK głowy – w granicach normy i angio TK aorty: podczas którego wykryto tętnika rozwarstwiającego aorty piersiowej i brzusznej na całej długości (dokumentacja medyczna, k.52- 79, k.108 - 254, zeznania świadka E. D. zapis protokołu rozprawy z dnia 15 października 2014 roku, 00:08:55-00:20:06 zeznania powódki – zapis protokołu rozprawy z dnia 26 listopada 2014 roku, 00:01:29-00:23:20). Powódka została przekazana do pełniącego dyżur tętniakowy I Oddziału

Kardiochirurgii (...) Centrum Medycznego w K., gdzie w krążeniu pozaustrojowym wykonano operację Bentalla wszczepiając conduit zastawkowy typu ATS nr 21 w pozycję aortalną oraz ze względu na rozwarstwienie tkanek obu ujęć wieńcowych wykonano pomostowanie tętnic wieńcowych wykonując przeszłą z żyły odpiszczelowej do 3 tętnic wieńcowych: prawej, przedniej zstępującej oraz okalającej. Operacja Bentalla uwzględnia przeszczepienie ujęć 2 głównych tętnic wieńcowych – prawej i lewej do conduitu zastawkowego, co daje prawidłowy anatomiczny napływ krwi do tętnic wieńcowych i tym samym do mięśnia sercowego (zeznania powódki – zapis protokołu rozprawy z dnia 26 listopada 2014 roku, 00:01:29-00:23:20, pisemna opinia biegłego, k.325-333, dokumentacja medyczna, k.52- 79, k.108 - 254).

Aktualnie powódka nie pracuje zawodowo, utrzymuje się z przyznanej na stałe renty. Posiada orzeczony znaczny stopień niepełnosprawności. Po wydarzeniach z czerwca 2010 roku życie powódki zmieniło się całkowicie: jest uzależniona od pomocy osób trzecich, potrzebuje stałej opieki i pomocy w wykonywaniu zwykłych czynności życia codziennego. Są dni kiedy czuje się lepiej, wówczas samodzielnie może iść do lekarza, do sklepu. Są jednak dni kiedy powódka nie jest w stanie sprzątać, schylać się, ponieważ odczuwa potworny ból i nie ma siły na podejmowanie zwykłych czynności. Bardzo szybko się męczy. Przez cały czas odczuwa dolegliwości bólowe, jednakże nie może brać leków przeciwbólowych, nie może podejmować żadnej aktywności fizycznej. Przyjmuje 14 różnych leków codziennie, z czego $\frac{3}{4}$ na serce, a pozostałe na tarczycę, cukrzycę. Cukrzycę zdiagnozowano u powódki rok po operacji (zeznania powódki – zapis protokołu rozprawy z dnia 26 listopada 2014 roku, 00:01:29-00:23:20). Podczas przeprowadzonej operacji serce powódki zostało w całości zaopatrzone trzema pomostami aortalno – wieńcowymi, co oznacza, że główne pnie naczyniowe otrzymują krew nie drogą naturalną bezpośrednio od aorty, ale poprzez wszystkie przeszły z pobranej żyły odpiszczelowej. Z trzech wszytych pomostów dwa aktualnie nie funkcjonują. Dysfunkcja pomostu zaopatrującego prawą komorę serca w krew doprowadziła do ciężkiej niewydolności prawokomorowej z ciężką niedomykalnością zastawki trójdzielnej i z jawną niewydolnością krążenia. Powódka manifestuje niewydolność krążenia w klasie nowojorskiej III z istotnym ograniczeniem aktywności fizycznej. Wymaga stałej farmakoterapii. Wykonanie prostych czynności, np. zawiązanie butów, wejście na pierwsze piętro stanowi problem, który wynika z ciężkiej dysfunkcji prawej komory z niedomykalnością zastawki będącej skutkiem zamknięcia pomostu do prawej tętnicy wieńcowej. Rokowania co do stanu zdrowia powódki są złe. Ograniczenie napływu krwi do serca pojedynczego przeszły w przyszłości doprowadzi do szybszego pogorszenia funkcji (dotychczas zachowanej w badaniu spoczynkowym) lewej komory serca i zgonu powódki. Dysfunkcja pomostów związana jest z tym, że na skutek znacznego opóźnienia wywołanego brakiem prawidłowej diagnostyki przeprowadzona operacja ratująca życie nie mogła być wykonana w taki sposób jak byłaby wykonywana gdyby powódka przekazana została niezwłocznie w dniu 21 czerwca to jest wówczas kiedy zgłosiła się z objawami do szpitala. (opinia pisemna (k.325-333) i opinia ustna dr n.med. R. P., zapis protokołu rozprawy z dnia 20 lipca 2015 roku, 00:1:48 – 00:23:25, dokumentacja medyczna, k.52-79, k.108 - 254).

Powódka pismem z dnia 15 czerwca 2013 roku zawezwała (...) Szpital Powiatowy(...) do próby ugodowej. Likwidator nie wyraził zgody na zawarcie ugody podnosząc, że postępowanie likwidacyjne zostało zakończone, a zobowiązania finansowe uczestnika z mocy ustawy przejął powiat (...) jako organ założycielski (wniosek o zawezwanie do próby ugodowej (k.2-14), protokół z posiedzenia z dnia 19 lutego 2014 roku (k.37), akta Sądu Rejonowego w T., I Co 2229/13).

Powódka pismem z dnia 15 czerwca 2013 roku zawezwała również Powiat (...) do próby ugodowej. Pełnomocnik Powiatu (...) na posiedzeniu w dniu 7 sierpnia 2013 roku oświadczył, że likwidacja szpitala nie została zakończona wobec czego brak jest podstaw do zawarcia ugody przez powiat (wniosek o zawezwanie do próby ugodowej (k.2-14), protokół z posiedzenia z dnia 7 sierpnia 2014 roku (k.22), akta Sądu Rejonowego w T., I Co 2245/13).

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...)Szpitala (...) w T. powstał na mocy uchwały nr 63/02 Rady Społecznej Szpitala (...) z dnia 18 kwietnia 2002 roku. Organem założycielskim był Powiat (...) (k.36-372). W dniu 25 lutego 2010 roku Rada Powiatu w T. podjęła uchwałę nr XLVIII/444/2010 w sprawie likwidacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) w T.. Na mocy której dzień 1 kwietnia 2010 roku oznaczono jako dzień otwarcia likwidacji, a dzień 30 czerwca 2010 roku jako dzień zakończenia działalności medycznej zakładu. Termin zakończenia czynności likwidacyjnych oznaczono na dzień 31 grudnia 2011 roku. Osobom korzystającym

dotychczas ze świadczeń zdrowotnych likwidowanego szpitala dalsze nieprzerwane ich udzielanie bez ograniczenia dostępności, warunków udzielania i jakości zapewni niepubliczny zakład opieki zdrowotnej prowadzony przez spółkę akcyjną z 100% udziałem Powiatu (...) pod nazwą „(...) Szpital(...)” z siedzibą w T.. Zobowiązania i należności SP ZOZ (...) Szpitala (...) w T. po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Powiatu (...). Uchwała weszła w życie z dniem podjęcia. Wyrokiem z dnia 13 czerwca 2011 roku w sprawie o sygn. IV SA/Gl441/10 Wojewódzki Sąd Administracyjny w G. unieważnił uchwałę Rady Powiatu w T. z dnia 25 lutego 2010 roku o nr XLVIII/444/2010 w sprawie likwidacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) w T.. Wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 5 czerwca 2012 roku o sygn. akt (...) oddalono skargę kasacyjną w przedmiocie stwierdzenia nieważności uchwały o nr XLVIII/444/2010. Uchwałą z dnia 25 czerwca 2013 roku nr (...) Rada Powiatu w T. postanawia się zlikwidować Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) w T. wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem (...). Zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych przez szpital nastąpiło z dniem 30 czerwca 2010 roku. Otwarcie likwidacji Szpitala nastąpi z dniem 1 sierpnia 2013 roku. Zakończenie likwidacji nastąpi do dnia 31 grudnia 2013 roku. Samodzielny Publiczny Zakłady Opieki Zdrowotnej (...) Szpital (...) w T. został wykreślony postanowieniem Sądu Rejonowego w G. z dnia 21 lutego 2014 roku sygn. (...) z Krajowego Rejestru Sądowego, w związku z zakończeniem likwidacji. Postanowienie to stało się prawomocne z dniem 8 marca 2014r.

Ustalając w zasadzie bezsporny stan faktyczny Sąd oparł się na powołanych wyżej dowodach. W ocenie Sądu Okręgowego autentyczność powołanych dokumentów nie budziła wątpliwości, co do formy, w jakiej zostały sporządzone i zawartej w nich treści. Sąd dał również wiarę zeznaniom powódki oraz powołanych świadków, ponieważ korelowały z pozostałymi dowodami zgromadzonymi w sprawie. Sąd podzielił wnioski płynące z opinii pisemnej i ustnej powołanego w sprawie biegłego dr n. med., specjalisty kardiochirurga R. P.. Zarówno pisemna jak i ustna opinia została wydana przez specjalistę posiadającego wiedzę w swojej dziedzinie, kwalifikacje i ogromne doświadczenie, na podstawie dokumentacji medycznej znajdującej się w aktach sprawy i przeprowadzonych badań powódki. Opinie są w ocenie Sądu rzetelne, obiektywne, zawierają wyczerpujące odpowiedzi na postawione pytania oraz na zastrzeżenia strony pozwanej. Ustalając stan faktyczny Sąd pominął zeznania świadków W. G. (zapis protokołu rozprawy z dnia 15 października 2014 roku, 00:06:40 – 00:08:55), H. W. (zapis protokołu rozprawy z dnia 15 października 2014 roku), A. P. (zapis protokołu rozprawy z dnia 15 października 2014 roku, 00:22:47-00:24:05), A. S. (zapis protokołu rozprawy z dnia 15 października 2014 roku, 00:24:05 – 00:25:33), I. W. (zapis protokołu rozprawy z dnia 15 października 2014 roku, 00:25:33-00:26:53) albowiem zeznania tych świadków nie miały znaczenia.

Sąd zważył co następuje:

Stosownie do treści art. 415 k.c., kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Podstawę odpowiedzialności deliktowej jednostek szpitalnych na rachunek których lekarze zatrudnieni w tych jednostkach wykonują czynności z zakresu diagnozy i terapii stanowi przepis art. 430 k.c. Mimo samodzielności lekarzy, dokonujących czynności diagnostycznych i terapeutycznych, powszechnie przyjmuje się na podstawie art. 430 k.c. odpowiedzialność jednostek organizacyjnych, na rachunek których lekarze wykonują te czynności (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia z 8 stycznia 1965 r., II CR 2/65, wyrok SA we Wrocławiu z dnia 2 marca 2012 r., I ACa 123/12). Zgodnie natomiast z treścią art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2015.464 j.t.) lekarz ma wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Natomiast zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stały się – na zasadzie sukcesji uniwersalnej zobowiązaniami i należnościami właściwej jednostki samorządu terytorialnego – tj. Powiatu (...) - zgodnie z treścią art. 61 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.2015.618 j.t. z późn. zm.).

Dla rozstrzygnięcia zasadności roszczeń powódki konieczne było dokonanie oceny, czy postępowanie lekarzy poprzednika prawnego pozwanego wobec powódki pozostawało w zgodzie z zasadami sztuki medycznej, a lekarze opiekujący się powódką dochowali należytej staranności, a w konsekwencji czy doszło do popełnienia błędu w sztuce lekarskiej.

W judykaturze za błąd w sztuce medycznej uznaje się czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym (wyrok SN z 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1957/1/7). Wśród błędów lekarskich wyróżnia się błędy diagnostyczne (rozpoznanie) i terapeutyczne (błąd w leczeniu). Błąd diagnostyczny (błąd rozpoznania) jest tym, który wywiera zwykle najdonioślejsze konsekwencje. Wpływa bowiem ujemnie na cały dalszy proces leczenia chorego, a często rodzi nieodwracalne skutki. Polega bądź na mylnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby, bądź częściej na nierozpoznanie bądź spóźnionym rozpoznaniu rzeczywistej choroby pacjenta, co prowadzi następnie do pogorszenia jego stanu zdrowia. Błąd taki wynika zwykle z wadliwych przesłanek, na których oparł się lekarz stawiający diagnozę. O zaistnieniu elementu obiektywnego winy lekarza decyduje naruszenie przez niego praw pacjenta określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w tym prawa do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (Dz.U.2012.159 j.t. z późn. zmianami), zaś element subiektywny wiąże się z możliwością postawienia lekarzowi w konkretnej sytuacji zarzutu podjęcia niewłaściwej decyzji, a w rezultacie nagannego zachowania się. Stwierdzenie błędu lekarza dokonywane jest na podstawie naukowych kryteriów oceny postępowania lekarza i oznacza, że postępowanie lekarza wywołuje określone zastrzeżenia z naukowego punktu widzenia, stanowi teoretyczną ocenę tego postępowania, którą następnie należy skonfrontować z pełnym zakresem powinności lekarza i konkretnymi warunkami, w jakich miało miejsce jego postępowanie. Natomiast przez pojęcie "w należyty sposób" należy rozumieć dolożenie takiej staranności, jaka w określonej sytuacji była należna, wymagana i potrzebna. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12). Jeżeli więc zachowanie lekarza odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje zawodowe (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia.

Po przeprowadzeniu postępowania dowodowego zakreślonego wnioskami dowodowymi stron Sąd uznał roszczenie powódki za w pełni uzasadnione zarówno co do zasady jak i co do wysokości dochodzonego roszczenia. Powódka na skutek zaniedbań w trakcie diagnozowania ze strony Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) w T. polegających na spóźnionym przeprowadzeniu badań w postaci angio TK doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu. Na związek przyczynowy pomiędzy spóźnionym przeprowadzeniem badania i postawieniem prawidłowej diagnozy wskazują jednoznaczne i kategoryczne opinie biegłego dr n.med. R. P. z których wynika, że doszło do zaniedbań ze strony poprzednika prawnego pozwanego, w którym to lekarze dopuścili się zaniechań powodujących pogorszenie się stanu zdrowia powódki poprzez naruszenie istniejących standardów diagnostyki ostrego bólu w klatce piersiowej. W standardach, wynikających z częstości występowania schorzeń i z potencjalnych zagrożeń dla pacjenta, Izby Przyjęć ostry ból w klatce piersiowej wymaga różnicowania przede wszystkim z chorobami zagrażającymi życiu, a do takich należą zawał mięśnia sercowego, zator tętnicy płucnej i ostre rozwarstwienie aorty. Żadna z tych chorób nie jest chorobą rzadką układu krążenia i podlega osobnemu procesowi dydaktycznemu. Pierwszym podstawowym badaniem pacjenta, które winno być przeprowadzone po zgłoszeniu się pacjenta do lekarza jest badanie fizykalne i wywiad. Następnie należy wykluczyć ostry zawał mięśnia sercowego i w tym celu wykonuje się EKG oraz badanie krwi polegające na oznaczeniu troponin ultraczułych. Wskazane wyżej badania zostały u powódki przeprowadzone: wykluczono ostry zawał mięśnia sercowego. Nie powtórzono jednak badania troponiny po 3-6 godzinach. W dalszej kolejności należało wykluczyć ostry zator tętnicy płucnej za pomocą przezklatkowego badania ultrasonograficznego. Wystąpienie ostrego zatoru tętnicy płucnej - polegającego na całkowitym lub częściowym zamknięciu tętnicy płucnej materiałem zatorowym - powoduje wzrost pracy prawej komory i jest łatwo rozpoznawalne w badaniu jako cechy przeciążenia prawej komory. Badanie takie również przeprowadzono u powódki, nie stwierdzono

cech przeciężenia prawej komory. Przy utrzymywaniu się u powódki dolegliwości bólowych kolejnym badaniem, które powinno zostać wykonane **niezwłocznie** w celu wykluczenia ostrego rozwarstwienia aorty było przeprowadzenie badania przezprzelykowego lub zamiennie angio TK, czyli tomografii komputerowej z kontrastem. Żadne z tych badań nie zostało przeprowadzone ani w dniu przyjęcia powódki do szpitala w dniu 21 czerwca ani do dnia 26 czerwca. Również stopień nasilenia bólu stanowiący element wstępnej diagnostyki, występujący u powódki jako ostry, bardzo silny ból, rozrywający, wskazywał na konieczność przeprowadzenia tych badań już w dniu pierwotnego zgłoszenia się powódki w pozwanej jednostce. Występujący u powódki w dniach 21,22,23 i 26 czerwca 2010 roku ból w klatce piersiowej jest najczęstszym objawem ostrego zespołu aortalnego. Jednoznacznie wynika z opinii biegłego, że podejrzenie obecności płynu w obu opłucnych, jeden z kilku objawów zespołu aortalnego, widoczne jest na zdjęciu RTG wykonanym w dniu 22 czerwca w T.. Nadto wyniki przeprowadzonego 23 czerwca ultrasonograficznego badania przekłatkowego serca wskazują na patię niedokrwienną z średnią/dużą niedomykalnością aortalną. Także oznaczenia markerów uszkodzenia mięśnia sercowego z dnia 26 czerwca w T., a następnie w K. wskazują na martwicę mięśnia sercowego. Biegły stanowczo stwierdził, że w przypadku powódki znajdującej się w grupie o wysokim ryzyku wystąpienia rozwarstwienia aorty z powodu stwierdzonej w wykonanym badaniu ultrasonograficznym przekłatkowym w dniu 23 czerwca chorobie zastawki aortalnej podstawowym badaniem które należało wykonać po wykluczeniu zawału było badanie ultrasonograficzne przezprzelykowe lub badanie angio TK aorty. Gdyby to badanie, sugerowane przez jedną z lekarek zaraz przy przyjęciu powódki do szpitala, zostało przeprowadzone na samym początku leczenia powódki jej stan zdrowia, zakres przeprowadzonej operacji byłby diametralnie inny, mniejszy ponieważ zwłoka w rozpoznaniu rozwarstwiania aorty doprowadziła do rozszerzenia pęknięcia aorty na ujścia wieńcowe. Biegły uzasadnił swoją opinię szczegółowo wskazując na elementy związane z ewentualnym początkiem rozwarstwiania aorty i już z całkowitym rozwarstwieniem tej aorty w momencie kiedy poprzednik prawny pozwanego przekazał powódkę do I Oddziału Kardiochirurgii (...) Centrum Medycznego w K., celem przeprowadzenia operacji. Ta trwająca niemalże 13 godzin operacja była bardzo rozległa i miała skomplikowany przebieg właśnie ze względu na opóźnienie wyniku z zaniechania przeprowadzenia badania angio TK przez szpital. Postęp rozwarstwiania się aorty, który rozpoczął się u powódki 21 czerwca, był procesem etapowym. Początkowe rozwarstwienie aorty było ograniczone, lokalne - w zakresie części aorty wstępującej bądź łuku, a potem doszło do jego gwałtownego powiększenia się – końcowe badanie tomograficzne pokazuje rozwarstwienie typu A Stanford czyli od zastawki aortalnej aż do rozwidlenia biodrowego, cała aorta łącznie z ujściami wieńcowymi. W momencie kiedy powódka trafiła do szpitala miało miejsce zlokalizowane rozwarstwienie, które doprowadziło do objęcia całej aorty. To właśnie w tym dniu trzeba było przeprowadzić tomografię komputerową, którą zresztą jeden z lekarzy neurologów zasugerował, co ujawniłoby pierwsze rozwarstwienie aorty, którego zaopatrzenie podczas znacznie prostszego zabiegu **skutkowałoby pełnym wyleczeniem powódki**. Postępowanie pozwanej po wykryciu wzrostu D-dimerów było prawidłowe, ale już spóźnione (opinie biegłego R. P., opinia pisemna, k.325-334, zapis protokołu rozprawy z dnia 20 lipca 2015 roku, 00:1:48 – 00:23:25).

Zgodnie z art. 445 § 1 kc w nawiązaniu do art. 444 kc sąd może przyznać poszkodowanemu, w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Art. 445 kc przewiduje możliwość przyznania zadośćuczynienia za krzywdę obejmującą między innymi uszkodzenia ciała. Przez krzywdę w rozumieniu przepisu rozumie się cierpienie fizyczne, a więc ból i inne dolegliwości oraz cierpienia psychiczne, jak również dalsze następstwa w postaci odczuwanego dyskomfortu w wyglądzie, mobilności, poczuciu osamotnienia, nieprzydatności społecznej. Zadośćuczynienie, którego celem jest złagodzenie cierpień, powinno mieć charakter całościowy i obejmować wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno te już doznane jak i te, które przy uwzględnieniu aktualnego stanu zdrowia poszkodowanego w sposób przewidywalny mogą wystąpić w przyszłości. W aktualnych poglądach doktryny dominuje zapatrywanie, według którego spośród funkcji spełnianych przez zadośćuczynienie na czoło wysuwa się funkcja kompensacyjna. Jak zauważa A. S., przyznana z tego tytułu suma pieniężna „powinna wynagrodzić doznane przez poszkodowanego cierpienia fizyczne i psychiczne oraz utratę radości życia. Ma mu wreszcie ułatwić przezwyciężenie ujemnych przeżyć (...). Dzięki temu zostaje przywrócona – przynajmniej częściowo – równowaga, która została zachwiana wskutek popełnienia przez sprawcę czynu niedozwolonego” (zob. A. Szpunar, Zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową, s. 78).

Rozstrzygając kwestię wysokości zadośćuczynienia Sąd musiał rozważyć jaka wysokość zadośćuczynienia będzie odpowiednia dla powódki i pozwoła na zrekomensowanie doznanej krzywdy, której nie sposób przecież wyliczyć w sposób ścisły. Wynika to bowiem z jej charakteru - z braku możliwości przedstawienia wartości niemajątkowej w kategoriach finansowych i ekonomicznych, doznanego cierpienia fizycznego i psychicznego nie można bowiem wycenić, a przyznawana suma pieniężna nie odzwierciedla rzeczywistego rozmiaru negatywnych odczuć poszkodowanego. Rozmiar doznanej krzywdy zależy od wielu czynników, np. wieku, nieodwracalności skutków naruszenia, osobistej sytuacji poszkodowanego, w tym również przyszłych perspektyw życiowych. Należy pamiętać, iż wysokość zasądzonej sumy powinna być tak ukształtowana, aby stanowiła odzwierciedlenie doznanego uszczerbku i była zauważalna i przynosiła poszkodowanemu satysfakcję, kompensacja bowiem dokonuje się głównie w sferze psychicznej poszkodowanego. Przywrócona zostaje wtedy pewna równowaga emocjonalna, naruszona przez doznane cierpienie psychiczne /za dr J. M., Glosa do wyroku SN z dnia 10.03.2006r., IV CSK 80/05, Monitor Prawniczy 2/2008/. Ustalając kryteria mające wpływ na wysokość zadośćuczynienia za szkodę niemajątkową wynikającą z naruszenia zdrowia doktryna i orzecznictwo wskazują, że należy także uwzględniać ciężkie następstwa, czas trwania cierpień, ich intensywność, długotrwałość, rodzaj odniesionych obrażeń, wpływ na dalsze życie poszkodowanego, trwałe zmiany w psychice, trwałe kalectwo, poczucie bezradności, brak możliwości korzystania z określonych rozrywek, wykonywania określonej pracy, konsekwencji w życiu społecznym i osobistym /por. między innymi wyrok SN z dnia 29 września 2004 r., II CK 531/03, LEX nr 137577; wyrok SA w Białymstoku z dnia 1 lutego 2005 r., III APa 9/04, OSA 2005, z. 2, poz. 40/. Niewątpliwie do czynników zwiększających poczucie krzywdy należy zaliczyć również poczucie nieprzydatności w życiu rodzinnym i społecznym, konieczność pomocy ze strony najbliższych w czynnościach życiowych, rezygnację z wykonywania ulubionych zajęć.

Po przeprowadzeniu postępowania dowodowego Sąd uznał, iż suma cierpień, jakich doznała powódka w związku ze spóźnioną diagnozą była znaczna. Zasądzając zadośćuczynienie w kwocie 100.000,00 złotych Sąd wziął pod uwagę rodzaj i rozmiar doznanych obrażeń i cierpień, długotrwałość skutków i ich nieodwracalność w szczególności zaś niepomysłne rokowania zdrowotne. Przed postawieniem spóźnionej diagnozy powódka pracowała, była osobą aktywną. Aktualnie wymaga pomocy innych osób przy najprostszych czynnościach domowych, nie potrafi sama prowadzić domu, poruszanie się przychodzi jej z trudem, bardzo szybko się męczy. Powódka odczuwa znaczne dolegliwości bólowe, których nie może zniwelować z uwagi na zakaz stosowania środków przeciwbólowych. Zakres operacji i przebywanie w placówkach medycznych oraz nieustanny ból i cierpienie wpłynęły również w negatywny sposób na jej psychikę. Konieczność korzystania przez powódkę z pomocy innych osób, zależność od innych jest dla niej uciążliwa i powoduje narastanie w niej frustracji. Obecny stan zdrowia powódki związany jest z tym, że postawiona zbyt późno diagnoza doprowadziła do tego, że operacja nie została wykonana w terminie. Wcześniejsze przeprowadzenie badania angio TK, postawienie prawidłowej diagnozy i przeprowadzenie cztery dni wcześniej operacji o znacznie mniejszym stopniu skomplikowania spowodowałoby, że ujemne skutki dla zdrowia powódki byłyby mniejsze. Gdyby operacja została przeprowadzona bezpośrednio po przewiezieniu powódki do szpitala w T. dzisiaj powódka prowadziłaby normalny tryb życia. W tej chwili powódka jest osobą ciężko chorą z negatywnymi rokowaniami na przyszłość. Podsumowując, Sąd ustalając wysokość zadośćuczynienia wziął pod uwagę takie kryteria jak rozmiar cierpień fizycznych i psychicznych, powstałe dolegliwości bólowe, długotrwałe leczenie, z jakim związany jest stres dodatkowo wzmocniony nieodwracalnymi skutkami, występujące ograniczenia w życiu osobistym. Sąd wziął również pod uwagę, iż trwałość oraz nieodwracalność skutków wypadku musiała spowodować u powódki rozchwianie emocjonalne i ograniczenia w życiu codziennym.

Sąd – zgodnie z wnioskiem powódki – w oparciu o treść art. 359 k.p.c. w zw. z art. 481 k.p.c. zasądził odsetki ustawowe od daty wniesienia pozwu. Przepis art. 455 k.c. stanowi, że jeśli termin spełnienia świadczenia nie wynika z treści ani z właściwości zobowiązania, to zobowiązanie ma charakter bezterminowy, a o jego przekształceniu w zobowiązanie terminowe decyduje wierzyciel wzywając dłużnika do spełnienia świadczenia w określonym rozmiarze. Zadośćuczynienie ma charakter zobowiązania bezterminowego w związku z powyższym zobowiązany pozostaje w opóźnieniu z zapłatą z upływem terminu określonego przez poszkodowanego w wezwaniu do zapłaty. W niniejszej sprawie za wezwanie dłużnika do zapłaty należy uznać wezwanie do zawarcia ugody opiewającej na kwotę 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia i 30.000 zł tytułem odszkodowania, które zostało doręczone Powiatowi (...) 15 lipca 2013

roku (k. 16 akt Sądu Rejonowego w T. o sygn. akt I Co 2245/13). Biorąc pod uwagę powyższe Sąd uznał za dopuszczalne określenie początku biegu należności ubocznych w postaci odsetek od dnia 3 lipca 2014 roku, tj. od dnia wniesienia pozwu, uznając doręczenie odpisu wniosku o zawezwanie do próby ugodowej za wezwanie pozwanego do zapłaty.

W oparciu o treść art. 98, 108 k.p.c. w zw. z § 6 pkt 6 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U.2013.461 j.t.) Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 3.600 zł oraz kwotę 17 zł tytułem zwrotu kosztów opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Postanowieniem z dnia 29 lipca 2014 roku powódka została zwolniona od kosztów sądowych (k.34), a zatem o kosztach, które Sąd nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Gliwicach orzeczono w oparciu o treść art. 113 z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U.2014.1025 j.t. – z późn. zm.) w zw. z art. 98 k.p.c. Na zasądzone koszty złożyła się kwota 5.000 zł ponoszona tymczasowo z sum budżetowych Skarbu Państwa z tytułu opłaty sądowej od pozwu od uiszczenia której powódka została zwolniona, kwota 1.497,80 zł tytułem zwrotu wydatków związanych ze sporządzeniem opinii przez biegłego oraz zwrot wydatków związanych ze sporządzenie kserokopii dokumentacji medycznej powódki.

Katarzyna Sznajder

ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...)

3. (...)

(...)

Katarzyna Sznajder