

Sygn. akt I C 1108/15

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 marca 2019 r.

Sąd Rejonowy w Ciechanowie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący SSR Lidia Grzelak

Protokolant st. sekr. sąd. Jolanta Dziki

po rozpoznaniu w dniu 19 lutego 2019 r. w Ciechanowie

sprawy z powództwa E. S., M. D., E. Z., W. S., M. S. (1)

przeciwko (...) Szpitalowi Wojewódzkiemu w C.

o zadośćuczynienie w kwocie 75000,00 zł

I powództwo oddala;

II zasądza od powodów E. S., M. D., E. Z., W. S., M. S. (1) solidarnie na rzecz pozwanego (...) Szpitala Wojewódzkiego w C. kwotę 3617,00 zł ( trzy tysiące sześćset siedemnaście złotych ) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;

III nakazuje ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa od powódki E. S. kwotę 2590,19 zł tytułem uzupełnienia części kosztów procesu orzeczonych prawomocnymi postanowieniami z dnia 20 lipca 2016 r. oraz 10 sierpnia 2018 r., z tym, że kwotę 414,26 zł ( czterysta czternaście złotych dwadzieścia sześć groszy ) przez pobranie z zaliczki uiszczonej na kwit (...);

IV w pozostałym zakresie koszty procesu orzeczone prawomocnymi postanowieniami z dnia 18 listopada 2013 r., 6 sierpnia 2014 r., 20 lipca 2016 r. oraz 10 sierpnia 2018 r. przejmuje na rachunek Skarbu Państwa;

V przyznaje adw. W. K. kwotę 3600,00 zł ( trzy tysiące sześćset złotych ) wraz z podatkiem VAT w wysokości 23 % od tej sumy tytułem wynagrodzenia za pełnienie obowiązków pełnomocnika z urzędu powódki E. S.;

VI nakazuje Skarbowi Państwa wypłacenie adw. W. K. wynagrodzenia przyznanego w pkt V wyroku z sum budżetowych, przejmując koszty pełnomocnika z urzędu na rachunek Skarbu Państwa.

Sygn. akt I C 1108/15

## UZASADNIENIE

Powód R. S. (1) w dniu 25 kwietnia 2013 r. ( data stempla operatora pocztowego ) wniósł pozew do Sądu Rejonowego w Ciechanowie przeciwko pozwanemu (...) Szpitalowi Wojewódzkiemu w C. żądając zasądzenia na swoją rzecz od pozwanego kwoty 75000,00 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia wytoczenia powództwa do dnia za płaty oraz kosztów procesu.

Pozwany (...) Szpital Wojewódzki w C. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości, zawiadomienie (...) S.A. w W. o toczącym się postępowaniu, oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu w tym kosztów zastępstwa procesowego.

(...) S.A. w W. nie zgłosił swego przystąpienia do niniejszego procesu w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanej.

W toku procesu, w dniu 29 stycznia 2015 r. powód R. S. (1) zmarł.

Postanowieniem z dnia 11 marca 2015 r. Sąd Rejonowy w Ciechanowie zawiesił postępowanie w sprawie z w trybie art. 174 § 1 pkt 1 kpc.

Prawomocnym postanowieniem z dnia 6 sierpnia 2015 r. Sąd Rejonowy w Mławie stwierdził, że spadek po R. S. (1), zmarłym dnia 29 stycznia 2015 r. w Ł., ostatnio stale zamieszkałym w Ł., na podstawie ustawy nabyli żona E. S. w 1/4 części oraz dzieci: M. D., E. Z., W. S., M. S. (2) po 3/16 części.

Postanowieniem z dnia 25 listopada 2015 r. Sąd Rejonowy w Ciechanowie podjął postępowanie w sprawie i wezwał do udziału w sprawie w charakterze powodów w miejsce powoda R. S. (1): E. S., M. D., E. Z., W. S. i M. S. (2).

Powódka E. S. podtrzymała stanowisko zmarłego powoda R. S. (1). Pozostali powodowie nie zajęli stanowiska w sprawie.

Pozwany (...) Szpital Wojewódzki w C. tak jak dotychczas wnosił o oddalenie powództwa w całości.

Prawomocnym postanowieniem z dnia 10 grudnia 2015 r. Sąd zwolnił powódkę E. S. od kosztów sądowych w 1/2 części oraz ustanowił dla niej pełnomocnika z urzędu w osobie adw. W. K..

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

R. S. (1) od 1992 r. był leczony z powodu przewlekłej choroby obturacyjnej płuc, wywołanej wieloletnim paleniem papierosów. W dniu 19 stycznia 2005 r. zgłosił się do Poradni Płucnej w M. z wcześniej występującymi objawami duszności, kaszlu z odkrztuszaniem ropnej wydzieliny oraz krwioplucia. Chory otrzymał antybiotyk, czuł się lepiej, jednak dalej odczuwał duszności. Wykonano RTG i rozpoznano polimorficzne zagęszczenie w centralnej części lewego płuca, głównie w okolicy wnęki oraz zgrubienie okołooskrzelowe w dolnej partii prawego płuca. Kolejne badanie RTG wskazało znaczną regresję zmian zapalnych w obwodowej części płuca lewego. R. S. (1) nadal towarzyszyła dolegliwość polegająca na odkrztuszaniu dużej ilości wydzieliny. W kwietniu 2005 r. stan chorego pogorszył się, wystąpiły poty nocne. R. S. (1) z powodu dolegliwości zdrowotnych w dniach od 19 do 25 maja 2005 r. przebywał na Oddziale P. (...) Szpitala Wojewódzkiego w C.. W trakcie tego pobytu na podstawie pobranych wycinków z oskrzeli, błony śluzowej dróg oddechowych i lewego płuca rozpoznano u niego nowotwór złośliwy niedrobnokomórkowy płuca lewego. Podczas pobytu w szpitalu dwukrotnie wykonano pacjentowi bronchoskopię. W dniach od 12 do 15 lipca 2005 r. R. S. (1) przebywał na Oddziale Płucnym Szpitala w C. w celu kontynuacji diagnostyki. Chory nie przejawiał wówczas poważniejszych dolegliwości. Po raz trzeci wykonano mu bronchoskopię, obraz przedstawiał się tak jak w badaniach poprzednich. Ponownie pobrano R. S. (1) wycinki ze zmiany oraz węzła pachowego lewego do badania histopatologicznego. W pierwszych dwóch badaniach materiał był prawidłowy, co było niezgodne z obrazem klinicznym, dlatego wykonano choremu trzecią biopsję. W okresie oczekiwania na wyniki badań chory był wypisywany do domu. Wynik wykonanych badań wskazywał, iż obraz mikroskopowy węzła chłonnego nie zawierał tkanek nowotworowych, zaś wycinek pobrany z oskrzela zawierał bardzo drobny fragment nacieku raka. W badaniach cytologicznych nie ujawniono komórek raka. Ujawniono prawidłowe komórki nabłonka oskrzelowego, fragmenty ropnej treści, makrofagi, i krwinki czerwone. W badaniu mikrobiologicznym wykluczono obecność gruźlicy. Badanie histopatologiczne z lipca 2005 r. pozwoliło na zakwalifikowanie pacjenta do leczenia przeciw nowotworowego: rozpoznano obecność raka nie drobnokomórkowego niskozróżnicowanego płuca. Diagnostyka była przeprowadzona zgodnie z obowiązującymi zaleceniami i procedurami. R. S. (1) rozpoczął chemioterapię w dniu 11 sierpnia 2005 r. na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Wojewódzkiego w C.. Chemioterapia była kontynuowana do dnia 30 października 2005 r., w sumie pacjent otrzymał IV kursy. Na podstawie badania z dnia 13 grudnia 2005 r. stwierdzono częściową regresję zmian w segmencie 3 płuca lewego i jęczyzka. Węzły chłonne wnęk i śródpiersia nie były powiększone. W dniach od 2 stycznia do 15 lutego 2006 r. R. S. (1) przebywał w (...) Centrum Onkologii

gdzie był leczony metodą radioterapii. Stopień klinicznego zaawansowania procesu nowotworowego określono jako zaawansowany (...). Na badaniu kontrolnym w sierpniu 2006 r. chory skarżył się na ból w nadbrzuszu, zostało wykonane USG. Na badaniu kontrolnym w grudniu 2006 r. stwierdzono masę tkankową przy wnęcie lewej o wym. 24 x 22 mm oraz znaczne zmniejszenie upowietrzenia mięszu płucnego. Ponadto stwierdzono powiększone węzły w oknie aortalnym. W dniach od 15 do 18 stycznia 2007 r. przebywał na Oddziale Chemioterapii w Centrum Onkologii w O. w uwagi na stwierdzoną progresję choroby w zakresie klatki piersiowej. R. S. (1) przyjął chemioterapię II rzutu - monoterapię. Do końca marca 2007 r. podano mu IV kursy leczenia. W marcu 2008 r. R. S. (1) została wykonana brachyterapia z powodu niedrożności oskrzela głównego lewego. Drugi etap brachyterapii odbył się w październiku 2008 r. W okresie od czerwca do września 2009 r. chory przeszedł kolejną chemioterapię. Została zakończona z uwagi na nietolerancję leczenia. W listopadzie 2009 r. R. S. (1) został przyjęty do szpitala z powodu silnego osłabienia, nie przyjmowania pokarmów. Zakończono immunoterapię. W dniu 4 listopada 2010 r. zaczęto leczyć go (...), na prośbę pacjenta w dniu 24 czerwca 2011 r. zakończono leczenie tym lekiem. Badanie PET z dnia 25 czerwca 2012 r. wykazało: PET zmian w lewej połowie klatki piersiowej pomimo wysokiego metabolizmu, bardziej odpowiedni dla zmian zapalnych niż nowotworowych. Nie można było wykluczyć zmian nowotworowych w obrębie zapalnie zmienionych tkanek. Z dokumentacji lekarskiej wynika, że od dnia 24 czerwca 2011 r. na prośbę R. S. (1) nie stosowano u niego leczenia przeciwnowotworowego. W październiku 2012 r. chory przebywał na oddziale Szpitala w M. z rozpoznaniem zapalenia błony śluzowej żołądka, wyniszczenia. Był obserwowany w kierunku choroby zapalnej płuca lewego. Następnie w listopadzie 2012 r. R. S. (1) ponownie przebywał na oddziale Szpitala w M. z rozpoznaniem raka płuca lewego, niewydolności oddechowej. Został przyjęty do hospicjum z powodu nagłej duszności. W skutek wdrożonego leczenia nastąpiła szybka poprawa, został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym. W szpitalu przebywał ponownie w dniach od 16 do 21 listopada 2012 r. Rozpoznano u niego zaostrzenie niewydolności serca. Był obserwowany w kierunku wznowy raka płuca lewego; stwierdzono progresję choroby i zmiany nowotworu złośliwego przekraczające granice oskrzela i płuca oraz niedomykalność aortalną. W grudniu 2012 r. R. S. (1) przebywał na Oddziale Psychiatrycznym Szpitala Wojewódzkiego w C. w związku z uzależnieniem od leków przeciwbólowych. Stwierdzono u niego opioidowy zespół abstynencyjny. Kilka miesięcy po zakończeniu chemio - i radioterapii choremu odstawiono stopniowo opioidy, które przyjmował przewlekłe: tramadol i fentanyl. Przez kolejne kilka miesięcy pacjent sam zdobywał tramadol. Kiedy miał problem z dostępnością do silnie uzależniających leków przeciwbólowych zagroził, że odbierze sobie życie, dlatego został przewieziony na oddział psychiatryczny w kierunku uzależnienia od tych środków. Podczas wypisu z Oddziału Psychiatrycznego był w stabilnym stanie psychicznym, nie miał myśli samobójczych. R. S. (1) kontynuował jeszcze w późniejszym czasie leczenie w trybie ambulatoryjnym. Jednakże, do końca życia nie poddał się już leczeniu przeciwnowotworowemu. Ostatnie udokumentowane badanie jakiemu poddał się R. S. (1) to badanie TK klatki piersiowej + TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez kontrastu i co najmniej dwie fazy kontrastem. Badanie wykonano w dniu 19 listopada 2013 r., a jego wynik był następujący: jamy opłucnowe wolne, prawidłowa ilość płynu w worku osierdziowym, znacznie zmniejszona objętość połowy klatki piersiowej, lewe płuco uległo niewielkiemu upowietrzeniu w porównaniu z badaniem poprzednim, rozstrzenia oskrzeli po stronie lewej, utrzymujące się przewężenia oskrzela głównego lewego pod rozwidleniem tchawicy, drobne węzły chłonne podopłucnowe w tylko - górnej części prawej połowy klatki piersiowej na poziomie tylnych odcinków żeber tej samej wielkości co w poprzednim badaniu, pozostałe węzły chłonne śródpiersia, lewej wnęki i nadobojczykowe nie powiększone, mięsz płuca prawego z cechami rozedmy zastępczej bez zmian ogniskowych, poza tym mięsz prawidłowo powietrzny, drogi żółciowe nieposzerzone, węzły chłonne trzewne i zaotrzewnowe niepowiększone, struktury kostne tułowia bez zmian destrukcyjnych. Obrazy z badania TK klatki piersiowej wskazywały jednoznacznie na obecność złośliwej zmiany nowotworowej oraz jej typowych następstw w postaci zwężenia tchawicy i oskrzela, niedodmy tkanki płucnej oraz rozedmy zastępczej płuca prawego. Wykonane w latach 2005 – 2011 u R. S. (1) badania TK, badania bronchoskopowe oraz badania histopatologiczne potwierdzają rozpoznanie raka płuca lewego. Szpital w O., w którym leczony był R. S. (1) w 2012 r. z powodu progresji nowotworu u pacjenta wypożyczył ze Szpitala w C. materiał tkankowy chorego tj. szkiełka i bloczek z lipca 2005 r. Materiał tkankowy Szpitalowi w C. zwrócił Szpital w G. wraz z wynikiem badania w kierunku mutacji genu. Badania te zostały przeprowadzone w celu zakwalifikowania do nowoczesnej metody leczenia raka płuc. Docelowo to tego programu R. S. (1) nie został zakwalifikowany. Wykonane badanie wskazuje, że potwierdzono obecność tkanki nowotworowej w bloczku parafinowym, z którego wykonano preparat histopatologiczny, na podstawie którego ustalono rozpoznanie raka. W przypadku, gdyby rozpoznano inny

typ histologiczny raka tzw. raka drobnokomórkowego, nie prowadzono by analizy mutacji genu (...). Badanie to potwierdziło obecność tkanki nowotworowej w biopsji z oskrzela ( dokumentacja medyczna k. 5 - 70, k. 117 – 218, 221 – 250, 258 – 350, 353, 359 – 409, 413 – 417, 438 – 439, 447, 644 – 646, 648 - 662, zeznania świadka A. J. k. 440 – 442, opinia biegłej sądowej w zakresie onkologii dr n. med. C. L. k. 448 – 487, opinia biegłej sądowej w zakresie patomorfologii prof. dr hab. n. med. A. G. k. 573 – 575, opinii biegłej sądowej w zakresie radiologii lek. med. A. T. k. 674 - 702 ).

R. S. (1) zmarł dnia 29 stycznia 2015 r. ( odpis skrócony aktu zgonu k. 512 ).

Spadek po R. S. (1) nabyli żona E. S. w 1/4 części oraz dzieci: M. D., E. Z., W. S. i M. S. (2) po 3/16 części ( odpis postanowienia k. 527 ).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie zebranych w sprawie dokumentów, a w szczególności dokumentacji medycznej ( k. 5 - 70, k. 117 – 218, 221 – 250, 258 – 350, 353, 359 – 409, 413 – 417, 438 – 439, 447, 644 – 646, 648 – 662 ), zeznań świadka A. J. ( k. 440 – 442 ) oraz opinii biegłych sądowych w zakresie onkologii dr n. med. C. L. ( k. 448 – 487 ), w zakresie patomorfologii prof. dr hab. n. med. A. G. ( k. 573 – 575 ) oraz w zakresie radiologii lek. med. A. T. ( k. 674 - 702 ). Powyższe dokumenty, opinie, jak i zeznania świadka nie budzą wątpliwości Sądu. W ocenie Sądu zeznania świadka A. – O. J., lekarza patomorfologa, są rzeczowe i spójne, oparte na szczegółowej wiedzy medycznej. Szczególne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy mają opinie biegłych sądowych sporządzone w niniejszej sprawie. Wskazać należy, że żadna z nich nie była kwestionowana w toku procesu przez którąkolwiek ze stron. Wnioski zawarte w opiniach są zbieżne i należyte uzasadnione. Podkreślić należy, że w opiniach podkreślono z jednej strony prawidłowość dokonanego rozpoznania w zakresie stwierdzenia u R. S. (1) raka niedrobnokomórkowego, prowadzonej terapii, jak też przeprowadzenia przez szpital w C. diagnostyki zgodnie z obowiązującymi wówczas zaleceniami i procedurami. Opinie zostały sporządzone w sposób rzetelny, prawidłowy, wyczerpujący, a nadto zgodnie z postawioną tezą postanowienia dowodowego. Biegłe sądowe sporządziły opinie, wykorzystując zebrany materiał dowodowy, a w szczególności zeznania świadka A. J. oraz dokumentację lekarską.

Sąd zważył, co następuje:

Powód R. S. (1), a następnie jego następcy prawny E. S., M. D., E. Z., W. S. i M. S. (2), domagali się zapłaty kwoty 75000,00 zł tytułem zadośćuczynienia w związku z doznaną przez powoda R. S. (1) krzywdą w postaci narażenia go przez (...) Szpital Wojewódzki w C. na ból i cierpienie w związku z wdrożeniem terapii leczenia nowotworu płuc w postaci chemioterapii i radioterapii wskutek postawienia nieprawidłowej diagnozy, stwierdzającej obecność raka niedrobnokomórkowego.

Powód oraz jego następcy prawni roszczenie wywodzą z treści art. 444 § 1 kc w zw. z art. 445 § 1 kc, zgodnie z którymi w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Stosownie do § 3 art. 445 kc, roszczenie o zadośćuczynienie przechodzi na spadkobierców tylko wtedy, gdy zostało uznane na piśmie albo gdy powództwo zostało wytoczone za życia poszkodowanego.

Podstawę faktyczną roszczenia stanowi zatem tzw. błąd medyczny. Przesłankami odpowiedzialności placówki medycznej na podstawie art. 430 kc w zw. z art. 415 kc są: wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem, a wyrządzoną szkodą oraz spowodowanie szkody przy wykonywaniu powierzonych czynności, przy czym do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej wystarczy choćby najmniejszy stopień winy. Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. Zaznaczyć jednak należy, że sama placówka medyczna ponosi odpowiedzialność w przypadku winy podwładnego, rozumianej zgodnie z treścią art. 415 kc, a nie jest wymagane wykazanie przez poszkodowanego winy po stronie placówki medycznej, gdyż odpowiada ona za zasadzie ryzyka w sposób bezwzględny, wyłączający możliwość ekskulpacji. Przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na podstawie powyższego przepisu wymaga więc uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na

zasadach ogólnych ( wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r. w sprawie IV CSK 308/10 ). Zgodnie z treścią art. 6 kc na stronie powodowej ciąży obowiązek wykazania przesłanek tak określonej odpowiedzialności.

Zgodnie z art. 415 kc, kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia, zaś stosownie do art. 430 kc, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Komentowany przepis wprowadza konstrukcję odpowiedzialności za winę podwładnego. Jest to odpowiedzialność na zasadzie ryzyka, ale jej warunkiem jest wina podwładnego przy wyrządzeniu szkody osobie trzeciej. Zasadniczą przesłanką odpowiedzialności odszkodowawczej według tego przepisu jest zatem wyrządzenie szkody przez personel medyczny zawinionym działaniem lub zaniechaniem, przy czym za wystarczający uznaje się choćby najmniejszy stopień winy.

Zgodnie z powszechnie przyjętym poglądem zakład opieki zdrowotnej ( szpital ) ponosi więc odpowiedzialność za błędy organizacyjne i zaniedbania personelu medycznego oraz za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego są poważne szkody doznane przez pacjenta.

Wskazać również należy, że w tzw. procesach odszkodowawczych lekarskich nie jest konieczne wykazywanie istnienia związku przyczynowego między działaniem ( zaniechaniem ) personelu służby zdrowia a szkodą pacjenta w stopniu pewnym i stanowczym, lecz wystarczy istnienie związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa. Temu służy konstrukcja dowodu prima facie czyli sposobu dowodzenia opartego na domniemaniach faktycznych ( art. 231 kpc ), którego wynikiem jest ustalenie wysokiego prawdopodobieństwa wystąpienia szkody w następstwie określonego zdarzenia sprawczego. Dla zastosowania wniosku prima facie konieczne jest wykazanie faktów stanowiących podstawę domniemania faktycznego, które pozwalają na wnioskowanie o prawdopodobieństwie zawinionego działania personelu medycznego szpitala i jego związku przyczynowego ze szkodą i krzywdą po stronie powoda, którego wynikiem jest ustalenie wysokiego prawdopodobieństwa wystąpienia szkody w następstwie określonego zdarzenia sprawczego. Należy jednak podkreślić, że dowód taki nie wystarcza, w razie wykazania okoliczności uprawdopodobniającej inną przyczynę szkody ( wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2012 r. w sprawie II CSK 402/11, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 maja 2014 r. w sprawie V CSK 353/13, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie V CSK 357/14, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 2000 r. w sprawie V CKN 34/00, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 kwietnia 2004 r. w sprawie I CK 653/04, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 2007 r. w sprawie V CSK 477/06, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 czerwca 2010 r. w sprawie III CSK 245/09 ).

Jak wskazano powyżej, szczególne znaczenie dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy mają opinie biegłych sądowych w zakresie medycyny: w zakresie onkologii dr n. med. C. L., w zakresie patomorfologii prof. dr hab. n. med. A. G. oraz w zakresie radiologii lek. med. A. T.. Niewątpliwie opinie stanowią tylko pomoc dla sądu i - jak wielokrotnie było wyjaśniane w orzecznictwie i doktrynie - nie mogą zastąpić ani ustaleń faktycznych ani decydować o spełnieniu przesłanek prawnych. W wyrokach Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r. w sprawie CSK 287/09 oraz z dnia 6 lutego 2003 r. w sprawie IV CKN 1763/00 podkreślono, że w sprawach o niedołożenie należytej staranności przez lekarza, a taka powinność na nim spoczywa (art. 355 § 1 kc ), sąd dla ustalenia winy lekarza korzysta z wiadomości specjalnych posiadanych przez biegłych. Opinią biegłych nie jest jednak związany w zakresie, który jest zastrzeżony do wyłącznej kompetencji sądu, to znaczy do oceny, czy spełniona jest przesłanka obiektywna i przesłanki subiektywne winy. Zadaniem biegłego zasadniczo nie jest więc poszukiwanie dowodów i okoliczności mających uzasadnić argumentację stron procesu, lecz dokonanie oceny przedstawionego materiału z perspektywy posiadanej wiedzy naukowej, technicznej lub branżowej i przedstawienie sądowi danych ( wniosków ) umożliwiających poczynienie właściwych ustaleń faktycznych i właściwą ocenę prawną znaczenia zdarzeń, z których strony wywodzą swoje racje. Opinia biegłego, zgodnie z art. 278 kpc, służy stworzeniu sądowi możliwości prawidłowej oceny materiału procesowego w wypadkach, kiedy ocena ta wymaga wiadomości specjalnych tj. wiedzy wykraczającej poza objętą zakresem wiedzy powszechnej. Podkreślenia wymaga, że żadna ze stron procesu nie wniosła zarzutów do treści sporządzonych przez biegłych opinii, co pozwala na przyjęcie, że jej nie zakwestionowały.

Powszechnie przyjmuje się, że postępowanie lekarza w danej sytuacji należy oceniać z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili dokonywania zabiegu medycznego, a zwłaszcza tych danych, którymi lekarz dysponował albo mógł dysponować, mając na uwadze wymagania aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej ( wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 2002 r. w sprawie V KK 33/02 ). Oznacza to, że jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, 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 wspomniane powyżej kwalifikacje ( specjalizacja, stopień naukowy ), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinięciu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganą wobec lekarza, jak to formuluje się w niektórych wypowiedziach, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej ( art. 355 § 2 kc ) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Dla przyjęcia istnienia związku przyczynowego w tej kategorii spraw, powinno zostać ustalone istnienie odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa pomiędzy działaniem (zaniechaniem) sprawcy a powstałą szkodą. Nie oznacza to jednak przyjęcia absolutnej odpowiedzialności lekarza za wszelkie zjawiska w sferze zdrowia, które dotknęły pacjenta po zabiegu. Wysokie wymagania stawiane lekarzowi (personelowi medycznemu) nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej. W nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje zjawisko określane mianem ryzyka medycznego. Nawet bowiem przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne.

W ocenie Sądu, intensywność cierpień fizycznych powoda R. S. (1) jest oczywista i stanowiła konsekwencję zarówno stanu zdrowia powoda, jak i prowadzonej terapii (chemio – radioterapii). Orzecznictwo i doktryna wskazują, że krzywdę należy rozumieć jako cierpienie fizyczne to jest ból i inne dolegliwości, cierpienia psychiczne to jest ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała albo rozstroju zdrowia, niemożności uprawiania określonej działalności, wyłączenia z normalnego życia itp. Zadośćuczynienie pieniężne ma na celu złagodzenie tych cierpień.

Zgłoszone przez stronę powodową żądanie należy zatem, w świetle powyższych uwag, ocenić w kontekście zaistnienia błędu medycznego. Błąd medyczny w prawie cywilnym rozumiany jest wąsko, mianowicie jako postępowanie sprzeczne z zasadami wiedzy i nauki medycznej w zakresie dla lekarza dostępnym. Jak wskazano powyżej, na lekarzu (personelu medycznym) spoczywa bowiem szczególnie obowiązek dochowania należytej staranności i powszechnie obowiązujących reguł postępowania według aktualnie obowiązującej wiedzy medycznej. Sformułowanie „w zakresie dla lekarza dostępnym” wyznacza granicę odpowiedzialności z uwagi na możliwość przewidzenia błędu lub zapobieżenie mu, gdyż pomimo dużego postępu medycyny w wielu sferach, nauka niekiedy nie przynosi pozytywnych rozwiązań. Wiedza medyczna powinna być oceniana na dzień nastąpienia błędu, nie zaś na dzień wyrokowania; możliwa jest bowiem sytuacja, w której w okresie między wystąpieniem błędu medycznego a wyrokowaniem powstały nowe rozwiązania, które mogłyby zapobiec powstaniu błędu. Błąd medyczny jest więc kategorią obiektywną, niezależną od indywidualnych cech czy zdolności konkretnego lekarza (personelu medycznego) i od okoliczności, w

jakich udziela świadczeń zdrowotnych. Ujęcie to wyłącza z zakresu błędu medycznego zaniedbania oraz uchybienia lekarza ( personelu medycznego ) nie dotyczące sfery fachowej: diagnozy i terapii, lecz mające charakter pomyłek, błędów lub innego rodzaju niedociągnięć o charakterze technicznym bądź organizacyjnym, prowadzących do powstania u pacjenta szkody. W piśmiennictwie prawniczym i medycznym wprowadza się różne podziały i klasyfikacje błędów lekarskich. Wyliczyć można błąd rozpoznania ( tzw. diagnostyczny ), błąd prognozy ( rokowania ) oraz błąd w leczeniu ( terapeutyczny ) ( wyrok Sądu Najwyższego z dnia z dnia 27 czerwca 2017 r. w sprawie II CSK 69/17 ).

W kontekście zarzutów strony powodowej uznać należy, że powództwo w niniejszej sprawie oparte jest na konstrukcji błędu w procesie diagnostycznym. Powód oraz jego następcy prawni wskazują, że do postawienia błędnej diagnozy doszło w pozwanym (...) Szpitalu Wojewódzkim w C., czego konsekwencją był długotrwały i bolesny proces terapii w innych jednostkach medycznych, pomimo tego, że w istocie powód R. S. (1) nie cierpiał na nowotwór w postaci raka niedrobnokomórkowego.

Ustalenie winy lekarza w procesie diagnostycznym wymaga odwołania się do wiadomości biegłych sądowych. Jeżeli zachowanie lekarza odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, 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 dokształcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza ( personelu medycznego ) 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 wymaganą wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy oraz kierując się treścią opinii biegłych sądowych uznać należy, że lekarze (...) Szpitala Wojewódzkiego w C., nie popełnili w 2005 r. błędu w sztuce lekarskiej odnośnie diagnostyki, a w konsekwencji zastosowanej terapii w stosunku do powoda R. S. (1). Podkreślić należy, że z żadnej z opinii: w zakresie onkologii dr n. med. C. L., w zakresie patomorfologii prof. dr hab. n. med. A. G. oraz w zakresie radiologii lek. med. A. T. nie wynikają żadne tego rodzaju nieprawidłowe zaniechania lub działania personelu medycznego pozwanego Szpitala, które pozostawałyby w zależności przyczynno - skutkowej z odczuwanymi przez powoda R. S. (1) cierpieniami fizycznymi będącymi następstwem wdrożonego procesu leczenia. Rozmiar negatywnych skutków dla zdrowia zastosowanego koniecznego leczenia przeciwnowotworowego jest zależny od wielu czynników m. in. od wielkości dawki, obszaru objętego terapią, od stanu zdrowia pacjenta, ale – co bezsporne – skutki takie mają miejsce i jednymi z ich objawów są ból i wyniszczenie ogólne organizmu. Wskazać należy, że biegła sądowa w zakresie patomorfologii prof. dr hab. n. med. A. G. podkreśliła w opinii, że diagnostyka była przeprowadzona zgodnie z obowiązującymi w 2005 r. zaleceniami i procedurami. Potwierdzenie prawidłowości diagnozy nastąpiło również pośrednio przez zakwalifikowanie materiału stanowiącego utkanie nowotworu do badań molekularnych w 2012 r. przez lekarza patomorfologa. Badanie materiału na G. Uniwersytecie Medycznym celem analizy mutacji (...) wskazuje na obecność tkanki nowotworowej w biopsji z oskrzela. Podobnie biegła sądowa w zakresie radiologii lek. med. A. T., po analizie opisów badań TK klatki piersiowej R. S. (1) za okres od 2005 do 2011 r. oraz badań TK z lat 2012 – 2013 stwierdziła obecność zmiany guzowatej płuca lewego, naciekającej i zwężającej tchawicę i lewe oskrzela główne, niedodmę płuca lewego, przesunięcie śródpiersia na stronę lewą, nieprawidłową masę węzłową pod rozwidleniem tchawicy, płyn w jamie opłucnej. Biegła podkreśliła, że obraz ten jednoznacznie wskazuje na obecność złośliwej zmiany nowotworowej i typowe jej następstwa w postaci zwężenia tchawicy i oskrzela, niedodmy tkanki płucnej oraz rozedmy zastępczej płuca prawego. Wyniki badań TK klatki piersiowej, badań bronchoskopowych i badań histopatologicznych przeprowadzane w latach 2005 – 2011 potwierdzają prawidłowość pierwotnego rozpoznania raka płuca lewego dokonanego w (...) Szpitalu Wojewódzkim w C.. Jak słusznie zauważyła biegła sądowa, wyniki badań były sporządzane przez różnych, niezwiązanych ze sobą specjalistów i w różnych ośrodkach medycznych.

W ocenie Sądu, uznać zatem należy, że w okolicznościach sporu powód R. S. (1), jak również jego następcy prawni, nie zdołali wykazać obiektywnie niewłaściwego i zawinonego postępowania personelu medycznego pozwanego Szpitala, które stanowiłoby przyczyną dokonania nieprawidłowego rozpoznania oraz zastosowania bolesnej lecz zbędnej w istocie terapii. Bezsprzecznie intensywność cierpienia fizycznych powoda R. S. (1) była znaczna i stanowiła konsekwencję zarówno stanu zdrowia powoda, jak i prowadzonej terapii (chemio – i radioterapii). Tym niemniej, brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności lekarzy, a zatem pozwanego (...) Szpitala Wojewódzkiego w C. za wszelkie zjawiska w sferze zdrowia pacjenta, również w zakresie doznawanych przez niego cierpienia będących skutkiem przyjętej metody leczenia, jeżeli jest ona adekwatna do prawidłowo ustalonego rozpoznania, a odczuwane przez pacjenta dolegliwości są typowymi skutkami ubocznymi terapii. Lekarz odpowiada bowiem na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej.

W ocenie Sądu, z taką właśnie sytuacją mamy do czynienia w rozpatrywanej sprawie. Samo wystąpienie cierpienia fizycznego będącego skutkiem zastosowanej terapii leczniczej nie daje podstaw dla przypisania winy lekarzowi czy innym członkom personelu medycznego. Nie doszło do zaniechania w zakresie właściwej diagnostyki, jak również do zastosowania nieprawidłowej terapii. W niniejszym procesie nie wykazano, że szpital (jego pracownicy) nie dołożyli należytej staranności w leczeniu R. S. (2).

W związku z powyższym Sąd oddalił powództwo, uznając je za niezasadne.

Jednocześnie Sąd zasądził od powodów E. S., M. D., E. Z., W. S. i M. S. (2) solidarnie na rzecz pozwanego (...) Szpitala Wojewódzkiego w C. kwotę 3617,00 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego z uwzględnienie opłaty skarbowej od pełnomocnictwa. Wysokość kosztów zastępstwa procesowego Sąd ustalił stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (§ 6 pkt 6 cyt. rozporządzenia).

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 kpc, zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Wskazać należy, że wprawdzie powódka E. S. korzystała z częściowego tj. w połowie, zwolnienia od kosztów sądowych, jednakże zgodnie z art. 108 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, zwolnienie od kosztów sądowych nie zwalnia strony od obowiązku zwrotu kosztów procesu przeciwnikowi.

Jednocześnie Sąd nakazał ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa od powódki E. S. kwotę 2590,19 zł tytułem połowy kosztów procesu w niniejszej sprawie tj. kosztów opinii biegłych sądowych orzeczonych prawomocnymi postanowieniami z dnia 20 lipca 2016 r. oraz 10 sierpnia 2018 r. Łączna wartość tych opinii wynosi 5180,39 zł. Sąd uwzględnił nadto, niewykorzystaną część zaliczki tj. kwotę 414,26 zł (zaliczka k. 460).

Koszty procesu w pozostałym zakresie tj. orzeczone postanowieniami z dnia 6 sierpnia 2014 r., 18 listopada 2013 r. (w całości) oraz postanowieniami z dnia 20 lipca 2016 r. oraz 10 sierpnia 2018 r. (w połowie), Sąd przejął na rachunek Skarbu Państwa, mając na uwadze częściowe zwolnienie powódki E. S. od obowiązku uiszczania kosztów sądowych.

Sąd przyznał ponadto adw. W. K. wynagrodzenie w kwocie 3600,00 zł wraz z podatkiem VAT (23%) za pełnienie obowiązków pełnomocnika z urzędu powódki E. S.. Wysokość wynagrodzenia Sąd ustalił stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie



oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu ( § 6 pkt 6 w zw. z § 19 cyt. rozporządzenia ). Powyższe koszty Sąd przejął na rachunek Skarbu Państwa.