

Wypadnięcie pacjenta z łóżka ortopedycznego.

Uwagi na tle wyroku Sądu Okręgowego w Gliwicach (II Wydział Cywilny, Ośrodek Zamiejscowy w Rybniku) z dnia 22.12.2014 r.; II C 247/111.

Case study

I. Uwagi wprowadzające

W sytuacji, gdy pacjent doznaje szkody w związku z leczeniem, zwłaszcza szpitalnym, podczas którego opiekę nad nim sprawuje liczny, zmieniający się personel, a przy leczeniu wykorzystywany jest rozmaity sprzęt i urządzenia szpitalne, pojawia się problem ustalenia podmiotu odpowiedzialnego za uszczerbek na zdrowiu. Pacjent z reguły kieruje roszczenia wobec szpitala (jego ubezpieczyciela), wiążąc miejsce powstania szkody z podmiotem zobowiązanym do jej naprawienia. Poza tym zakład leczniczy jest z reguły oceniany przez powoda jako podmiot, który jest w stanie, w większym stopniu niż lekarz czy pielęgniarka, ponieść finansowy ciężar wyrządzenia szkody.

Odpowiedzialność szpitala za wyrządzone pacjentom szkody może mieć charakter zastępczy (art. 430 k.c., art. 474 k.c.) w sytuacji, gdy lekarz (inny personel szpitala, np. pielęgniarka), który z własnej winy wyrządzi choremu szkodę, jest traktowany jak podwładny szpitala (pracownik bądź tzw. lekarz kontraktowy faktycznie podporządkowany kierownictwu

¹ Wyrok w postaci elektronicznej: <https://orzeczenia.gliwice.so.gov.pl/> [dostęp: 12.07.2024].

szpitala²). Szpital może też odpowiadać solidarnie z lekarzem – przedsiębiorcą, który związany jest z zakładem leczniczym umową cywilnoprawną (art. 27 ust. 7, art. 33 ustawy o działalności leczniczej³). Z kolei w sytuacji, w której przyczyną szkody nie będzie działanie bądź zaniechanie lekarza (innego personelu), lecz zaniedbania organizacyjne, wyrażające się w wadliwym funkcjonowaniu szpitala jako zorganizowanej całości, odpowiedzialność poniesie zakład leczniczy (podmiot prowadzący szpital). Jest to odpowiedzialność szpitala za winę własną, organizacyjną (art. 415 k.c., art. 471 k.c.).

W tzw. procesach lekarskich (sprawach medycznych) niejednokrotnie sporna jest także wysokość zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w postaci bólu i cierpienia fizycznego i psychicznego. O ile bowiem sąd zobligowany jest do zasądzenia odszkodowania w zakresie, w jakim powód udowodnił swoją szkodę majątkową (por. art. 322 k.p.c.), o tyle problem pojawia się w związku z ustaleniem, jaka kwota zadośćuczynienia pozostaje „odpowiednia” do rozmiaru doznanej krzywdy (art. 445 § 1 k.c.). Pacjent z reguły subiektywizuje swoje cierpienia i uznaje krzywdę za wysoką. Sądy nie są jednak skłonne zasądzać nadmiernych kwot. Zdarza się też, że obniżenie (w stosunku do żądań pozwu) sumy zadośćuczynienia jest uzasadniane stanowiskiem, iż świadczenie to powinno być miarkowane przeciętną stopą życiową społeczeństwa⁴, pomimo iż po 2006 r. zmieniła się linia orzekania, a Sąd Najwyższy, podkreślając przede wszystkim kompensacyjny charakter zadośćuczynienia, uznał zasadę ustalania zadośćuczynienia według kryterium przeciętnej stopy życiowej za subsydiarne.

II. Okoliczności sprawy (stan faktyczny)

W dniu 16.04.2008 r. pacjentka została przyjęta do Szpitala Wojewódzkiego w R. celem przeprowadzenia planowego zabiegu endoprotezoplastyki

² Wyrok SN z 26.01.2011 r. (IV CSK 308/10), „OSP” 11/2011, poz. 112 z glosą M. Nesterowicza.

³ Ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 ze zm.).

⁴ Zasada ta została sformułowana w wyroku SN z 24.06.1965 r. (I PR 203/65), „OSP i KA” 4/1966, poz. 92.

lewego stawu biodrowego. W trakcie przyjęcia chorą zakwalifikowano, według wyznaczników, do kategorii II, co wiązało się z wymogiem zapewnienia jej przez personel umiarkowanej opieki w zakresie poruszania się, czynności higienicznych i wydalania. Zabieg wszczęcia endoprotezy przebiegł bez komplikacji i zakończył się pomyślnie. W czwartej dobie po operacji pacjentka wypadła z łóżka ortopedycznego, w chwili gdy zamierzała poprawić niewłaściwie – w jej ocenie – podsunięty przez pielęgniarkę basen. Zabezpieczająca łóżko metalowa barierka, związana na końcach z łóżkiem za pomocą bandaży, chwiała się i w momencie oparcia się o nią nie spełniła swojej funkcji. Zsunięcie niestabilnej barierki spowodowało utratę równowagi przez pacjentkę i w konsekwencji – upadek na podłogę. Podczas wypadku w sali chorych nie było ani pielęgniarki oddziałowej, ani lekarza, a jedynie inne pacjentki oraz dwie sanitariuszki, które dokonywały inwentaryzacji łóżek szpitalnych. Tuż po upadku u pacjentki niezwłocznie zjawiał się lekarz i z pomocą pielęgniarki oraz sanitariuszki podniósł ją i ułożył z powrotem na łóżku. Wykonane tego samego dnia badanie RTG wykazało, że osadzenie elementów protezy bezcementowej było prawidłowe, lecz w obrębie lewego stawu biodrowego doszło do złamania odkrętarzowej kości udowej (spiralnego, dwufragmentowego, z przemieszczeniem bocznym 3–4 mm). Po wypadku personel techniczny szpitala niezwłocznie naprawił łóżko szpitalne. Zdarzenie odnotowano w raporcie pielęgniarskim, lecz nie wpisano go do książki zdarzeń niepożądanych.

W związku z doznany złamaniem 24.06.2008 r. u pacjentki ponownie przeprowadzono operację nastawienia złamania z wewnętrzną stabilizacją i zespoleniem. Kontrolne badanie radiologiczne wykonane w dniu 25.06.2008 r. wykazało pełną repozycję odłamów i brak destabilizacji protezy. Pacjentkę zaliczono do kategorii III, oznaczającej wymóg wzmożonej opieki w zakresie poruszania się oraz wydalania.

W wyniku ponownie przeprowadzonego zabiegu lewa noga powódki uległa skróceniu o 6 cm. W związku z tym pacjentka wymagała stałej opieki, nie mogła samodzielnie egzystować, była uzależniona od pomocy osób trzecich. Przewieziono ją do domu karetką pogotowia. Początkowo nie mogła się poruszać, leżała w łóżku i wymagała stałej pomocy.

Dopiero po rehabilitacji we wrześniu 2008 r. zaczęła chodzić o kulach. Zoperowany staw biodrowy nie ulegał jednak polepszeniu i w dalszym ciągu przynosił dolegliwości bólowe. Ponadto, z uwagi na zwyrodnienie obu stawów biodrowych, chora w 2010 r. przeszła operację endoprotezoplastyki prawego biodra, która została wykonana prawidłowo i bez powikłań.

Decyzją z 21.03.2011 r. Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności uznał pacjentkę za osobę o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, niezdolną do pracy, wymagającą zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji.

Na początku 2013 r. u pacjentki wystąpiły radiologiczne cechy utrwalonego zrostu złamania i destabilizacji trzpienia protezy, a dwie pętle stabilizujące złamanie podkrętarzowe były przerwane. Z tego powodu 14.03.2013 r. wykonano zabieg wymiany trzpienia protezy na rewizyjną (z długim trzpieniem). Podczas zabiegu doszło jednak do niezawinionego przez lekarzy śródoperacyjnego złamania 1/3 dalszej lewej kości udowej (trzonu kości udowej na obwodzie), które zespolono płytą, śrubami oraz pętlami z drutu.

Złamanie okołoprotezowe wpłynęło na zwiększenie cierpień i niepełnosprawność pacjentki oraz wydłużenie czasu rekonwalescencji. Chora odczuwa znaczny ból w lewym stawie biodrowym, porusza się powoli za pomocą dwóch kul, a poza miejscem zamieszkania – na wózku inwalidzkim. Z powodu skrócenia lewej kończyny o 6 cm ma podwyższony obcas lewego buta. Niezbędna jest jej pomoc osób bliskich ze względu na kłopoty z kąpielą i innymi czynnościami dnia codziennego (zakupy, przygotowanie posiłków).

W związku z zaistniałą sytuacją powódka wystąpiła do sądu z powództwem o zapłatę zadośćuczynienia w kwocie 150 000 zł za doznany ból i cierpienie. Podnosiła, że w następstwie kolejnego zabiegu (z 24.06.2008 r.), który – jak podkreślała w pozwie – nie został przeprowadzony prawidłowo, jej noga uległa skróceniu, co spowodowało ból i istotne ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu. Ani szpital, ani jego ubezpieczyciel nie uznali swojej odpowiedzialności, a podjęta próba ugodowa zakończyła się

niepowodzeniem. Ponadto, w ocenie powódki, szpital dopuścił się braku staranności w prowadzeniu dokumentacji medycznej, w której znalazły się liczne uchybienia (niewłaściwa chronologia, nieczytelne wpisy), a samo zdarzenie będące źródłem uszczerbku (wypadnięcie z łóżka) całkowicie pominięto.

W odpowiedzi na pozew ubezpieczyciel (pozwany w procesie) zakwestionował winę szpitala i wniósł o oddalenie powództwa. Podnosił, że powódka nie stosowała się do zaleceń personelu szpitalnego, nie zwracała się o fachową pomoc i pomimo ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia tuż po zabiegu usiłowała samodzielnie wykonywać czynności higieniczne. O oddalenie powództwa ze względu na brak winy wnosił także szpital (występujący w sprawie jako interwenient). W uzasadnieniu wskazywał, że pacjenci po zabiegach ortopedycznych nie wymagają permanentnej opieki pielęgniarstwa. Po upływie kilku dób od operacji są znacznie bardziej samodzielni i nawet zachęceni do coraz większej aktywności. Wypadnięcie z łóżka stanowiło więc zdarzenie niezawinione przez szpital, a wynikające z nieodpowiedzialnego postępowania pacjentki. Szpital zakwestionował też zarzut, że poręcze łóżek szpitalnych były zabezpieczone za pomocą bandaży. Podniósł, że zastosowane w łóżkach rozwiązania konstrukcyjne (w postaci automatycznych barierek) zabezpieczały pacjentów przed wypadnięciem. W ocenie szpitala brak było związku przyczynowego między wypadnięciem z łóżka a niepełnosprawnością powódki.

III. Stanowisko sądu

Sąd Okręgowy w Gliwicach (Ośrodek Zamiejscowy w Rybniku) w wyroku z 22.12.2014 r. (II C 247/11), po przeprowadzeniu postępowania dowodowego (przesłuchaniu świadków, analizie zapisów zawartych w dokumentacji medycznej), uznał, że okoliczności sprawy jednoznacznie wskazywały na to, że szpital dopuścił się winy organizacyjnej. Stanowiły ją zaniedbania w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa i odpowiednich warunków technicznych sprzętu szpitalnego. W ocenie sądu przywiązania barierki do łóżka bandażami nie można było uznać za należyte

jej zamontowanie. Gdyby bowiem barierka była zamocowana stabilnie, samo przytrzymanie się jej przez pacjentkę nie spowodowałoby upadku. Nadto, skoro możliwe było dokonanie naprawy niezwłocznie po zdarzeniu, szpital mógł to również uczynić wcześniej i uniknąć wyrządzenia szkody. Sąd zaznaczył też, że jeśli na oddziale stosowano łóżka bez bocznego zabezpieczenia, niesprawne barierki należało w ogóle usunąć, by wyłączyć, a przynajmniej zminimalizować ryzyko powstania szkody. Wbrew temu, co w odpowiedzi na pozew podnosił szpital, na oddziale doszło do zaniedbań „technicznych”, które pozostawały w związku przyczynowym z doznaną przez pacjentkę szkodą i krzywdą w postaci bólu i cierpienia fizycznego.

Sąd nie zgodził się jednak z zarzutem powódki, że przyczyną uszczerbku na zdrowiu (skrócenia nogi) były błędy w sztuce lekarskiej, których dopuścić się mieli lekarze pozwanego szpitala podczas przeprowadzania zabiegu z 24.06.2008 r. Biegły z zakresu ortopedii i traumatologii w sposób logiczny i spójny ustalił, że pierwszy zabieg (wczepienie endoprotezy całkowitej lewego stawu biodrowego), jak i późniejszy, związany ze złamaniem okolooprotezowym, zostały wykonane prawidłowo. Wybrano bowiem metodę najmniej obciążającą powódkę, a postępowanie lekarzy było zgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej i powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. Pojawienie się stawu rzekomego oraz odklejenie trzpienia stanowiły następstwo złamania okolooprotezowego, ale nie efekt nieprawidłowo przeprowadzonej operacji.

Sporna pozostawała jednak wysokość zadośćuczynienia. Sąd zgodził się z opinią biegłego, że złamanie okolooprotezowe istotnie wpłynęło na pogłębienie niepełnosprawności pacjentki z powodu trwałego skrócenia lewej kończyny. Gdyby bowiem zabieg lewego biodra nie został powikłany złamaniem, powódka byłaby osobą znacznie sprawniejszą. Skrócenie kończyny istotnie ograniczyło jej aktywność życiową, a poważne dolegliwości bólowe, odczuwane w okresie okołoopercyjnym, znacząco pogorszyły jakość życia, także w wymiarze psychicznym. Powódka ma podwyższony obcas buta, nadal porusza się powoli za pomocą dwóch kul inwalidzkich, a poza domem – wyłącznie na wózku. Przy wykonywaniu wielu czynności (np. higienicznych, przygotowania posiłków) musi

korzystać z pomocy osób bliskich. W wyniku znacznego uszkodzenia lewego stawu biodrowego powódka zmuszona jest dodatkowo obciążać prawe biodro, które również jest po zabiegu endoprotezoplastyki. Rokowania na przyszłość są niekorzystne, ponieważ dysfunkcja skróconej (lewej) kończyny jest stała, a stan powódki nie pozwoli na wykonanie jakichkolwiek zabiegów naprawczych.

Mając na uwadze powyższe ustalenia, sąd uznał, że trwały uszczerbek na zdrowiu powódki wynosi 30%. Zdarzenie z 22.06.2008 r. sprawiło, iż życie chorej uległo daleko idącej, negatywnej przemianie. Niepełnosprawność i jej dalsze poważne konsekwencje nie zostały jednak wywołane wyłącznie negatywnymi następstwami złamania spowodowanego wypadnięciem z łóżka. Na stan pacjentki wpływ miały także inne, naturalne przyczyny, tj. zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów kolanowych, nadciśnienie tętnicze oraz osteoporoza. Wskazaną w pozwie kwotę zadośćuczynienia – 150 000 zł – sąd uznał za nadmiernie wygórowaną i na podstawie art. 444 § 1 k.c. i art. 445 § 1 k.c. zasądził na rzecz pacjentki 70 000 zł, uwzględniając roszczenie odszkodowawcze jedynie w 47%. Przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia sąd kierował się – jak podkreślono w uzasadnieniu – wypowiedziami doktryny oraz bogatym orzecznictwem sądowym (wyrokiem Sądu Najwyższego – Izby Cywilnej i Administracyjnej z 22.04.1985 r., II CR 94/85; wyrokiem Sądu Najwyższego z 18.11.1998 r., II CKN 353/98; wyrokiem Sądu Najwyższego – Izby Administracyjnej, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z 10.06.1999 r. II UKN 685/98 oraz wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 3.11.1994 r., II APr 43/94). Roszczenie o zadośćuczynienie ponad kwotę 70 000 zł zostało oddalone jako pozbawione podstaw faktycznych i prawnych.

IV. Komentarz

Sąd trafnie orzekł, że przyczynę szkody stanowiły wadliwości w organizacji szpitala, nie zaś błąd lekarski (diagnostyczny czy terapeutyczny). Zgodnie z poglądem przyjętym w judykaturze błędem lekarskim jest działanie bądź zaniechanie lekarza w sferze diagnozy i terapii, niezgodne z nauką

medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym⁵. Powódka natomiast po upadku z łóżka została prawidłowo zakwalifikowana do zabiegu ustabilizowania złamania okołoprotezowego, a sam przebieg operacji był – na co również wskazali biegli – zgodny z zasadami wiedzy medycznej. Trudno się jednak dziwić powódce, że zarzucała lekarzom błąd w sztuce. Zakres i charakter powikłań, jakich doznała w następstwie wypadku, był bowiem szeroki i poważny, a ilość zabiegów naprawczych – znacząca. Okoliczności te mogły sugerować osobie będącej laikiem w dziedzinie medycyny wadliwość podjętego leczenia.

Szkoda i krzywda, jakich doznała powódka, stanowiły wyłącznie rezultat zaniedbań organizacyjnych (pozostających poza zakresem *lex artis medicinae*), za które szpital powinien ponieść odpowiedzialność. Wbrew temu, co sądził pozwany, powódce nie można przypisać niesubordynacji i nietrzymania się reguł panujących na oddziale. W sytuacji, w której przynajmniej jedną z przyczyn rozstroju zdrowia pacjenta stanowi wina (niedbalstwo) szpitala, podmiot ten powinien naprawić wyrządzoną jego działaniem bądź zaniechaniem szkodę. W analizowanej sprawie zaniechanie to polegało na pozostawieniu na łóżku, na którym położono powódkę po operacji, tymczasowego zabezpieczenia barierki za pomocą bandaża.

W literaturze i orzecznictwie panuje pogląd, iż niezależnie od statusu organizacyjno-prawnego oraz prawnych podstaw udzielania świadczeń zdrowotnych (umowa, przepisy ustawy), na zakładzie leczniczym spoczywa obowiązek zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa pobytu. Obowiązek ten nie został sformułowany wprost w przepisach, jednakże wynika z ogólnych zasad funkcjonowania szpitala jako placówki ochrony zdrowia⁶.

Zakres obowiązku zapewnienia bezpieczeństwa jest szeroki i obejmuje m.in., obok zachowania zasad aseptyki i higieny, wymóg posługiwania

⁵ Tak wyrok SN z 1.04.1955 r. (IV CR 39/54), „OSN” 1/1957, poz. 7. Zob. także orzeczenie SN z 17.02.1967 r. (I CR 435/66), „OSN” 7/1967, poz. 177; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 2.02.2006 r. (I ACa 69/06), „PiMP” 4/2007 z głosem M. Nesterowicza oraz wyrok SN z 29.08.2013 r. (I CSK 667/12), www.sn.pl, [dostęp: 31.07.2024].

⁶ K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność zakładu leczniczego za winę organizacyjną w doktrynie i orzecznictwie sądowym*, „PiMP” 3-4/2012, s. 28.

się przez szpital niewadliwym (sprawnym) sprzętem, aparaturą medyczną i urządzeniami szpitalnymi. Sprzęt ten nie może bowiem stanowić zagrożenia dla pacjentów (ale także dla lekarzy i personelu medycznego). Do sprzętu zaliczyć można nie tylko urządzenia służące *stricto* leczeniu i diagnostyce (aparaty RTG i CT, ultrasonografy, respiratory itd.), materiały i wyroby medyczne (igły, strzykawki, skalpele), ale także elementy wyposażenia sal operacyjnych i sal chorych (łóżka szpitalne, wyciągi, szafki). Sprzętem tym są więc także łóżka ortopedyczne, na których umieszcza się pacjentów po operacji.

Obowiązek zapewnienia niewadliwego sprzętu szpitalnego powinien być realizowany zarówno przez szpital, jak i zatrudnionych na oddziale lekarzy i personel medyczny (pielęgniarki, sanitariuszki, salowe). Zakład leczniczy zobowiązany jest zapewnić stałą kontrolę techniczną aparatury medycznej i urządzeń szpitalnych. Skomplikowane urządzenia, wykorzystywane podczas operacji i poważnych zabiegów diagnostycznych, wymagają natomiast serwisowania przez upoważnione jednostki obsługi gwarancyjnej. Lekarze i inny personel mają natomiast obowiązek weryfikować sprzęt i urządzenia szpitala, w tym elementy wyposażenia sal chorych, pod kątem wad dostrzegalnych, a więc takich usterek i niesprawności, które można zauważyć *prima facie*⁷.

Realizacja obowiązku zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa w zakresie zapewnienia sprawnego i niewadliwego sprzętu medycznego wymaga zachowania bardzo wysokiej miary staranności (art. 355 § 2 k.c.). Szpital jest podmiotem profesjonalnym, od którego można i należy wymagać więcej niż od nieprofesjonalisty, a także – niż od innych profesjonalistów działających w obrocie (*exactissima diligentia*). Szkody medyczne są bowiem poważne, a niekiedy także nieodwracalne (jak u pacjentki). Ponadto pacjent powierza podmiotom zatrudnionym w zakładzie leczniczym (lekarzom, innemu personelowi medycznemu) swoje najcenniejsze dobra – zdrowie i życie.

⁷ M. Nesterowicz, *Od odpowiedzialność cywilna zakładu leczniczego za bezpieczeństwo pacjenta w czasie hospitalizacji*, „PiP” 3/2000, s. 50.

Łóżko szpitalne, na którym umieszczono pacjentkę po operacji lewego biodra, miało widoczną wadę w postaci niestabilnej barieryk przywiązanej do końców łóżka bandażem. Usterka ta mogła być łatwo dostrzeżona przez personel szpitala, zarówno lekarzy, jak i pielęgniarki czy sanitariuszki. Żadna z tych osób nie zgłosiła jednak potrzeby naprawy czy – w razie gdyby było to niemożliwe bądź utrudnione – zapewnienia chorej innego łóżka bądź usunięcia zabezpieczenia. Nie ostrzeżono także pacjentki o tym, że barieryka nie służy do podpierania. Mogła więc ona nie mieć (i najprawdopodobniej nie miała) wiedzy o tym, że nie można wykorzystywać barieryki w celu podparcia. Oparcie się o barierykę w sytuacji zagrożenia było jednak odruchowe; nawet więc gdyby chora знаła przeznaczenie tej postaci zabezpieczenia, mogłaby się złapać i upaść ze względu na niestabilność barieryki. Brak reakcji ze strony personelu (zaniechanie – bierność szpitala) i niepodjęcie żadnych działań w kierunku wyeliminowania wady łóżka ortopedycznego stanowiło przejaw braku staranności, czyli tzw. niedbalstwo zwykle (*culpa levis*). Można jednak rozważać, czy nie było to nawet tzw. niedbalstwo rażące (*culpa lata*), skoro łóżko dało się z łatwością i do tego niezwłocznie naprawić.

Naruszenie obowiązku staranności, ze względu na które można postawić szpitalowi zarzut, stanowi winę organizacyjną. Wina ta w najogólniejszym ujęciu polega na zaniechaniu przez szpital ciężących na nim obowiązków w zakresie należytej organizacji procesu leczenia oraz na wadliwym funkcjonowaniu instytucji leczniczej jako całości, które – niezależnie od działań lekarza i personelu medycznego – prowadzą do wyrządzenia pacjentowi szkody⁸. Jest to wina własna zakładu leczniczego. Szpital nie odpowiada tu więc zastępczo za wyrządzające szkodę działania zatrudnionych w nim lekarzy, lecz za własne zaniechanie w zakresie zapewnienia sprzętu wolnego od wad, w związku z którym pacjentka doznała szkody.

Orzecznictwu znane są przypadki rozstrzygnięć, w których zakład leczniczy obciążono odpowiedzialnością za szkody będące następstwem

⁸ K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność zakładu leczniczego...*, op. cit., s. 25. Zob. także M. Nestorowicz, *Prawo medyczne*, wyd. 12, Toruń 2019, s. 413.

naruszenia obowiązku stworzenia bezpiecznych warunków hospitalizacji poprzez zapewnienie sprawnej aparatury medycznej i urządzeń szpitalnych. W wyroku z 11.05.1983 r. (IV CR 118/83) Sąd Najwyższy orzekł, że winę organizacyjną stanowi dopuszczenie do użycia, podczas operacji płuc, niesprawnego noża chirurgicznego, w którym doszło do „przebiicia” prądu. Konsekwencją było poważne poparzenie kończyn pacjenta i trwały uszczerbek na zdrowiu, oceniony przez sąd na 15%. Okres leczenia chorego trwał ponad 5 miesięcy, a po jego zakończeniu w miejscach oparzeń (od I do III stopnia) na rękach i nogach pozostały szpecące blizny. Zdaniem sądu przyczynie oparzenia można było zapobiec przy starannym sprawdzaniu stanu technicznego noża przed każdym jego użyciem podczas operacji. Za niewystarczającą uznano kontrolę dokonywaną okresowo, w czteroletnich odstępach⁹.

Dwa orzeczenia dotyczyły natomiast niesprawnych termoforów. W pierwszym, z 22.08.1980 r. (IV CR 299/80), Sąd Najwyższy obciążył szpital odpowiedzialnością za szkodę, jakiej doznał noworodek w następstwie poparzenia gorącą wodą z termoforu, w którym pękła bądź odkleiła się uszczelka¹⁰. Termofor był używany do ogrzewania dziecka ze względu na to, że przyszło ono na świat przedwcześnie. W uzasadnieniu wyroku podkreślono, że na istnienie obowiązku odszkodowawczego nie miała wpływu okoliczność, iż częstsze dogłębne oglądanie dziecka przez personel szpitala (położne i pielęgniarki) zapobiegłoby oparzeniu. Z kolei sprawie zakończonej wyrokiem Sądu Okręgowego w Lublinie z 4.06.2002 r. (I C 656/99) szkoda wynikała najprawdopodobniej z obłożenia stóp uszkodzonym (nieszczelnym) termoforem z gorącą wodą¹¹. Poparzenia stóp pacjentki, która po znieczuleniu wewnątrzoponowym nie miała czucia w nogach, były na tyle poważne (III stopień), że konieczny okazał się zabieg przeszczepienia skóry.

Warto również wskazać na okoliczności stanu faktycznego będącego przedmiotem rozstrzygnięcia Sądu Apelacyjnego w Poznaniu w wyroku

⁹ OSN 12/1983, poz. 201, NP 7–8/1984, s. 185 z głosem M. Nesterowicza.

¹⁰ Podają za: M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, op. cit., s. 468.

¹¹ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do wyroków sądowych*, wyd. 1, Warszawa 2012, s. 33.

z 19.04.2000 r. (I ACa 1146/99). Rodzącą umieszczono w zamkniętej sali przedporodowej, w której uszkodzony był dzwonek umożliwiający wezwanie personelu. W konsekwencji doszło do powikłań w przebiegu porodu i niedotlenienia dziecka, za co szpital poniósł odpowiedzialność. Sąd uznał zaniedbanie zapewnienia rodzącej wzmożonego nadzoru opieki i bezpieczeństwa za winę organizacyjną¹².

Rozważenia wymaga także kwestia wysokości zasądzzonego zadośćuczynienia. Przyznana powódce kwota 70 000 zł (47% z żądanej pozwem sumy 150 000 zł) nie wydaje się rekompensować doznanej przez nią krzywdy. Sąd uznał jednak, że jest to suma wystarczająca, ponieważ życie pacjentki uległo wprawdzie daleko idącej przemianie, jednakże wpływ na to miały również przyczyny naturalne (zwłaszcza zaś zwyrodnienia obu stawów biodrowych wymagające operacji). Dla uzasadnienia zajętego stanowiska sąd odwołał się do kilku wcześniejszych wyroków SN i sądów niższych instancji. Są to jednak orzeczenia, które zapadły na długo przed „precedensowym” wyrokiem Sądu Najwyższego z 10.03.2006 r. (IV CSK 80/05), w którym zerwano z przyjętą we wspomnianym już wyroku SN z 24.06.1965 r. (I PR 203/65) zasadą miarkowania zadośćuczynienia według kryterium przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa. W wyroku z 10.03.2006 r. SN stwierdził bowiem, że zasada ta ma charakter uzupełniający w stosunku do zasadniczej kwestii, jaką jest rozmiar doznanej przez powoda krzywdy¹³. Od tej daty zaczęła kształtować się nowa linia orzekania w sprawach o naprawienie krzywdy, a sądy stały się coraz bardziej skłonne do zasądzania zadośćuczynienia według zasady „im wyższa krzywda, tym wyższe zadośćuczynienie”. Kryterium przeciętnej stopy życiowej, o ile aktualnie jest przywoływane, z reguły ma charakter wyłącznie pomocniczy¹⁴.

¹² „PiM” 13/2003 z glosą M. Nesterowicza.

¹³ „OSP” 1/2007, poz. 11 z glosą M. Nesterowicza.

¹⁴ Zob. wyrok SN z 24.03.2011 r. (I CSK) 389/10), „PS” 7-8/2012; wyrok SN 3.06.2011 r. (III CSK 279/10), „OSP” 4/2012, poz. 44 z glosą M. Nesterowicza; wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z 7.10.2010 r. (I ACa 896/10), „PS” 2/2012, s. 123 z glosą M. Nesterowicza.

Krzywdą powódki niewątpliwie była wysoka i to nie tylko dlatego, że jej dotychczasowe życie uległo istotnej przemianie. Sąd nie uwzględnił, po pierwsze, dalszych negatywnych następstw skrócenia kończyny o 6 cm w postaci możliwych deformacji kośćca – skoliozy lędźwiowej i pogłębiającego się z upływem czasu uszkodzenia obręczy barkowej oraz stawów łokciowych od używania kul. W uzasadnieniu zresztą podkreślono, że gdyby nie wypadnięcie z łóżka, pacjentka miałaby nogi jednakowej długości i nie musiałaby korzystać ani z kul, ani pomocy innych osób przy czynnościach pielęgnacyjnych i prowadzeniu gospodarstwa domowego. Powódka była wprawdzie osobą poważnie chorą, dotkniętą osteoporozą i wymagała endoprotezoplastyki obu stawów biodrowych, jednakże gdyby nie wypadła z łóżka, zakres uszczerbku byłby mniejszy. Zbyt niskie zadośćuczynienie nie rekompensowało zatem całości krzywdy, ale też mogło spotęgować ujemne doznania. W literaturze podkreśla się bowiem, że przyznanie kwoty relatywnie niewysokiej, nieznajdującej odzwierciedlenia w ekonomicznej funkcji zadośćuczynienia, raczej pogłębia poczucie krzywdy, niż daje poszkodowanemu satysfakcję¹⁵.

Po drugie, próba przerwania na chorą odpowiedzialności za nieszczęśliwy wypadek i zarzucanie jej samowoli i niestosowania się do regul szpitalnych, podczas gdy miały miejsca poważne (rażące) zaniedbania w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa (dbałości o sprzęt i urządzenia szpitalne, z pewnością wpłynął negatywnie na odczucia (doznania) w sferze psychicznej, co niewątpliwie wpłynęło na rozmiar doznanej krzywdy. Nie tylko bowiem rodzaj i stopień winy jest brany przez sąd pod uwagę przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia. Niekwestionowane znaczenie tych czynników zostało w praktyce orzeczniczej wzbogacone o zachowanie (postawę) podmiotu odpowiedzialnego za szkodę po jej wyrządzeniu. W wyroku z 9.01.1978 r. (IV CR 510/77) Sąd Najwyższy stwierdził, że obojętność szpitala ponoszącego odpowiedzialność za szkodę, zwłaszcza zaś brak starań o zmniejszenie skutków niedbalstwa lekarzy, pogłębia u pacjenta poczucie krzywdy. Okoliczność ta doprowadziła do

¹⁵ Z. Strus, K. Ortyński, J. Pokrzywniak, *Zadośćuczynienie po nowelizacji art. 446 Kodeksu cywilnego na tle doświadczeń europejskich*, Warszawa 2010, s. 31.

uwzględnienia środka odwoławczego powódki ze względu na przyjęcie przez sąd, że w okolicznościach sprawy wyższy był zatem stopień winy (niedbalstwo rażące)¹⁶.

VI. Uwagi końcowe

Spoczywający na zakładzie leczniczym obowiązek zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa ma duże znaczenie praktyczne. Powstaje bez względu na podstawy udzielania świadczeń zdrowotnych w chwili, w której pacjent pojawia się w zakładzie leczniczym. Zakres tego obowiązku jest stosunkowo szeroki, wyznaczony w dużej mierze potrzebami pacjenta. Poziom staranności, jakiej powinien dolożyć szpital celem należytej realizacji obowiązku zapewnienia bezpieczeństwa, pozostaje bardzo wysoki i – zdaniem niektórych autorów – zbliża się niemalże do zobowiązania rezultatu¹⁷. Rozwiązanie to jest korzystne dla pacjenta, któremu poza odpowiednim leczeniem, przeprowadzonym zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej, należy zapewnić takie warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, które wyłączają, a przynajmniej minimalizują powstanie uszczerbku na zdrowiu. Wypadnięcie z łóżka ortopedycznego, przy dochowaniu minimalnej staranności ze strony szpitala, nie powinno mieć miejsca. Wyrządzona powódce krzywda, stanowiąca następstwo upadku, niewątpliwie wymagała naprawienia. Sądy powinny jednak brać pod uwagę nie tylko rozmiar i zakres doznanego uszczerbku na zdrowiu, ale także postawę podmiotu odpowiedzialnego za jego powstanie.

¹⁶ „PiP” 5/1979. Zob. także wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 21.11.2007 r. (I ACa 617/07), „PiM” 1/2011.

¹⁷ M. Nesterowicz *Odpowiedzialność cywilna zakładu leczniczego za bezpieczeństwo...*, s. 51.