

UZASADNIENIE

Dnia 21 października 2013 r. powód S. P. reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika wystąpił przeciwko Niepublicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w K. z pozwem o zapłatę kwoty 15.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz 500 zł tytułem odszkodowania. Wniósł także o obciążenie pozwanego kosztami procesu, w tym kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Nadto złożył wniosek o zwolnienie od ponoszenia kosztów sądowych.

W uzasadnieniu żądania powód podniósł, że w dniu 18 grudnia 2012 r. w wyniku wypadku samochodowego doznał urazu prawej ręki, na skutek czego został przyjęty na Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem Urazów Narządów (...) i Ortopedii Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K.. Leczenie szpitalne trwało od dnia 18 grudnia 2012 r. do dnia 19 grudnia 2012 r. W wyniku wykonanego dnia 18 grudnia 2012 r. badania RTG stwierdzono u powoda złamanie w miejscu typowym nasady dalszej kości promieniowej prawej z wyraźnym przemieszczeniem, zwichnięciem tylnym dłoni. W wyniku zastosowanego leczenia nastawiono złamanie oraz zwichnięcie nadgarstka prawego. Prawa ręka powoda została unieruchomiona gipsem. Unieruchomienie to miało trwać 6 tygodni. Nastawienia złamania i zwichnięcia dokonywał lekarz będący pracownikiem pozwanego. Lekarz ten nie zdecydował się na leczenie operacyjne oraz unieruchomienie i ustabilizowanie kości ręki za pomocą drutów lub specjalnej płytki. Nie poinformował również powoda o konsekwencjach stosowanej przez niego metody leczenia i możliwości przemieszczenia się nastawionych kości po zabiegu, w trakcie rekonwalescencji. Powód wskazał, że podczas badań kontrolnych po zabiegu wykonanym w szpitalu dnia 18 grudnia 2012 r. okazało się, że kość promieniowa przesunęła się i konieczny był zabieg mający na celu ponowne nastawienie odłamów kości promieniowej prawej i fiksacja drutami K oraz unieruchomienie. Powodowi zrobiono 3 zdjęcia RTG. Już na zdjęciu wykonanym podczas badania kontrolnego w dniu 20 grudnia 2012 r. było widać, że kość promieniowa przesuwa się w kierunku zewnętrznym. Jednakże dopiero po wykonaniu trzeciego zdjęcia zdecydowano się na wykonanie powodowi kolejnego zabiegu. Skierowanie na ten zabieg powód otrzymał w dniu 03 stycznia 2013 r. Przebywał w pozwanym szpitalu do dnia 09 stycznia 2013 r., zaś zabieg wykonano dnia 07 stycznia 2013 r. Po zdjęciu gipsu i drutów K powód podjął rehabilitację. Jej koszt oraz koszt konsultacji lekarskich wyniósł 1.000 zł.

Powód podniósł, że na skutek zastosowania niewłaściwego leczenia podczas pierwszego pobytu w szpitalu konieczna była druga hospitalizacja i przeprowadzenie operacji w dniu 07 stycznia 2013 r. w celu ponownego nastawienia kości promieniowej i jej unieruchomienia drutami, przez co po raz kolejny był narażony na stres, ból i cierpienia. Niewłaściwe leczenie wpłynęło także na wydłużenie okresu rehabilitacji prawej ręki powoda oraz jej zakres i koszty. Powód wskazał, że do dnia wniesienia pozwu nie odzyskał pełnej sprawności ręki.

Powód wskazał również, iż w dniu 26 sierpnia 2013 r. wezwał pozwanego do zapłaty odszkodowania i zadośćuczynienia, jednakże bezskutecznie. Szpital odmówił spełnienia świadczenia podnosząc, że leczenie powoda było prawidłowe, zaś powód został poinformowany

o możliwości powtórnego przemieszczenia złamania i konieczności leczenia operacyjnego w takim wypadku.

W odpowiedzi na pozew z dnia 14 stycznia 2014 r. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w K. reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika wniósł o oddalenie powództwa w całości i obciążenie powoda kosztami procesu. Nadto wniósł

o zawiadomienie o toczącym się postępowaniu Zakładu (...) SA z siedzibą w W. jako ubezpieczyciela szpitala.

W uzasadnieniu pozwany wskazał, że przeprowadzone w szpitalu leczenie pozwanego zostało przeprowadzone prawidłowo, a powód został uprzedzony o możliwości przemieszczenia się złamania i możliwości leczenia operacyjnego w takim przypadku. Wskazał, że zabieg operacyjny został wykonany w szybkim czasie i z dobrym

skutkiem. Zatem postępowanie lekarza w pozwanym szpitalu było właściwe, zgodne ze standardami medycznymi, a roszczenie powoda nie znajduje uzasadnienia ani co do zasady, ani co do wysokości.

Postanowieniem z dnia 29 października 2013 r. Sąd oddalił wniosek o zwolnienie powoda od ponoszenia kosztów sądowych w całości. Pełnomocnik powoda zaskarżył przedmiotowe orzeczenie. Postanowieniem z dnia 27 listopada 2013 r. Sąd utrzymał w mocy wydane przez referendarza sądowego rozstrzygnięcie.

Zawiadomiony o toczącym się postępowaniu (...) SA nie wstąpił do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanego.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 18 grudnia 2012 r. o godz. 8.20 powód S. P. został przyjęty do Szpitala (...) w K. w związku ze złamaniem kości nadgarstka prawego wskutek wypadku komunikacyjnego. Wykonano u niego badanie RTG, otrzymał leki przeciwbólowe - ketonal i poltram w iniekcji. Rozpoznano zwichnięcie nadgarstka prawego

i przyjęto go do Oddziału Chirurgicznego. Na opisie zdjęcia RTG z dnia 18 grudnia 2012 r. zapisano, że u powoda wystąpiło złamanie w miejscu typowym nasady dalszej kości promieniowej prawej z wyraźnym przemieszczeniem, zwichnięciem tylnym dłoni, odłamany wyrostek rylcowy kości łokciowej z drobnymi szczelinami w tejże kości także w obrębie przynasady. W trakcie hospitalizacji od dnia 18 grudnia 2012 r. do dnia 19 grudnia 2012 r. rozpoznano u powoda zwichnięcie nadgarstka prawego, złamanie nasady dalszej kości promieniowej i łokciowej prawej. Zastosowano leczenie polegające na nastawieniu złamania i nastawieniu zwichnięcia nadgarstka oraz na założeniu unieruchomienia gipsowego. Zapisano unieruchomienie na okres 6 tygodni, zalecono stosowanie fraxiparyny. Zlecono kontrolę w poradni ortopedycznej na dzień 27 grudnia 2012 r. Powód miał założony gips ramienny, obejmujący łokieć i nadgarstek. W opisie RTG z dnia 20 grudnia 2012 r. widnieje zapis - zdjęcie kontrolne w opatrunku gipsowym, ustawienie odłamów w normie, jedynie z nieznacznym przesunięciem nasady dalszej kości promieniowej w stronę zewnętrzną.

Dnia 27 grudnia 2012 r. powód zgodnie z zaleceniem lekarskim zgłosił się na kontrolę do poradni ortopedycznej. Tam zapisano mu cały gips, skierowano na RTG i zalecono kontrolę za 7 dni (plus świeże RTG). Dnia 03 stycznia 2013 r. powód ponownie zgłosił się do poradni, gdzie wykonano mu RTG, na którym stwierdzono przemieszczenie odłamów kości promieniowej

i wydano skierowanie do szpitala celem leczenia operacyjnego. Rozpoznano wówczas stan po pełnym zwichnięciu nadgarstka prawego i złamanie wyrostka rylcowatego kości promieniowej prawej oraz przemieszczenie się złamania. Powód był hospitalizowany w okresie od dnia 06 stycznia 2013 r. do dnia 09 stycznia 2013 r. z rozpoznaniem złamania wyrostka rylcowatego kości promieniowej prawej. Zastosowano u niego leczenie operacyjne polegające na repozycji odłamów kostnych i ich stabilizacji drutami K.. Leczenie kontynuowano w szynie gipsowej ramiennej.

W opisie RTG z dnia 08 stycznia 2013 r. zapisano stan po zespoleniu złamania nasady dalszej kości promieniowej prawej ustawienie odłamów w normie. Po drugiej repozycji powód nosił gips przez 6 tygodni. W dniu 06 lutego 2013 r. w poradni ortopedyczno-urazowej zdjęto powodowi gips i usunięto druty K..

W okresie od dnia 07 lutego 2013 r. do dnia 21 maja 2013 r. powód uczęszczał na rehabilitację.

(dowód: historia choroby k. 16-27, 109 -134, płyty CD k. 53, zeznania świadków: W. F. (1) k. 159-160, H. F. k. 160, P. K. k. 160-161, zeznania powoda S. F. k. 167-168).

Dnia 26 sierpnia 2013 r. wezwał pozwanego do zapłaty odszkodowania w wysokości 500 zł i zadośćuczynienia w kwocie 15.000 zł w terminie 7 dni od doręczenia wezwania pod rygorem skierowania sprawy na drogę sądową. Szpital

odmówił spełnienia świadczenia podnosząc, że leczenie powoda było prawidłowe, zaś powód został poinformowany o możliwości powtórnego przemieszczenia złamania i konieczności leczenia operacyjnego w takim wypadku.

(dowód: pismo k. 11-12, wezwanie do zapłaty k. 13-15).

Złamanie u powoda było bardzo skomplikowane, ze zwichnięciem, które zdarzają się bardzo rzadko, dodatkowo były złamane obie kości przedramienia.

Leczenie, które zostało zastosowane u powoda było w pełni prawidłowe. Gdy powód zgłosił się do szpitala po wypadku rozpoznano u niego złamanie z przemieszczeniem i wykonano repozycję. Uzyskano w wyniku tego działania jak najbardziej prawidłowe ustawienie odłamów. Złamanie po repozycji unieruchomiono w gipsie ramiennym. Wobec uzyskania repozycji w efekcie leczenia zachowawczego (tj. nastawienia) nie było jakichkolwiek wskazań do leczenia operacyjnego. Powód został poinformowany o konieczności kontroli po tej repozycji i według karty informacyjnej taki dzień kontroli dokładnie ustawiono. Powód zgłosił się do kontroli w wyznaczonym terminie, co potwierdza on sam i jego karta leczenia ambulatoryjnego w poradni ortopedycznej. Po każdej repozycji może dojść do wtórnego przemieszczenia, jeżeli złamanie jest niestabilne, albo kiedy ustępuje obrzęk. Powód został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego, kiedy stwierdzono wtórne przemieszczenie. Takie leczenie należy wykonać do 3-4 tygodni po urazie. Po leczeniu operacyjnym uzyskano ponownie prawidłowe ustawienie odłamów kostnych. Powyższa analiza pozwala stwierdzić, że u powoda nie doszło do jakiegokolwiek zaniedbania, a zastosowana metoda leczenia była prawidłowa.

Złamanie, jakiego doznał powód było skomplikowane, tzn. doszło i do złamania kości promieniowej i łokciowej i do ich pełnego przemieszczenia. Fakt takiej prawie anatomicznej repozycji pozwalał przypuszczać z dużą pewnością, że nie dojdzie do wtórnego przemieszczenia. U powoda doszło do wtórnego przemieszczenia, czyli było to złamanie niestabilne. Prawidłowa

repozycja pozwalała na zastosowanie leczenia nieoperacyjnego. Takie leczenie nieoperacyjne w przypadku złamań tego typu jest zawsze leczeniem z wyboru, a leczenie operacyjne jest podejmowane w przypadku niepowodzenia repozycji lub wtórnego przemieszczenia. Taki jest standard leczenia złamań tego typu. Wskazanie do leczenia operacyjnego zaistniało w dniu 03 stycznia 2013 r., po wykonaniu kontrolnego RTG, kiedy powód zgłosił się z wynikami tego badania do poradni ortopedycznej. Powód był operowany dnia 08 stycznia 2013 r. czyli w czasie, który pozwalał jeszcze na uzyskanie repozycji bez zwiększania rozległości leczenia operacyjnego. W badaniu RTG z dnia 20 grudnia 2012 r. nie było jeszcze widać objawów utraty stabilności, ponieważ powierzchnia stawowa była ustawiona prawidłowo, a repozycja była nadal subanatomiczna. Przemieszczenie było widoczne dopiero na badaniu RTG, z którym powód się zgłosił do poradni w dniu 03 stycznia 2013 r.

Efekt leczniczy uzyskany u powoda jest bardzo dobry, a nawet lepszy, niż można było się spodziewać, biorąc pod uwagę ciężkość uszkodzenia. Gdyby od razu zastosowano u niego leczenie operacyjne, efekt ten nie byłby lepszy od uzyskanego.

(dowód: opinia biegłego sądowego z dziedziny ortopedii i traumatologii k. 189-192, ustne wyjaśnienia biegłego do pisemnej opinii sporządzonej w sprawie w aktach SR w Koninie sygn. akt I Cps 34/15 k. 8-9).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie powołanych wyżej dowodów: dokumentów, przesłuchania świadków: W. F. (2), H. P. i P. K., zeznań powoda S. P. oraz pisemnej opinii biegłego sądowego z dziedziny ortopedii i traumatologii oraz ustnych wyjaśnień biegłego do opinii sporządzonej w sprawie.

Zgromadzone w sprawie dokumenty uznał za wiarygodne, albowiem w toku postępowania nie ujawniła się jakakolwiek okoliczność implikująca wątpliwości co do ich autentyczności bądź prawdziwości zawartych w nich treści, nie były również kwestionowane przez strony.

Sąd uznał zeznania powoda i słuchanych w sprawie świadków za wiarygodne. Jednakże zeznania te, poza zeznaniami W. F. (3), nie miały większego znaczenia dla przesądzenia o prawidłowości zastosowanego u powoda leczenia.

Opinia biegłego ma na celu ułatwienie Sądowi należytej oceny zebranego materiału wtedy, gdy potrzebne są do tego wiadomości specjalne. Sama opinia nie może być źródłem materiału faktycznego sprawy ani stanowić podstawy ustalenia okoliczności będących przedmiotem oceny biegłych. Opinia biegłego podlega, jak inne dowody, ocenie według art. 233§1 kpc, lecz co odróżnia ją pod tym względem, to szczególne dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (postanowienie SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64). Specyfika oceny tego dowodu wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez Sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia i wiedzy powszechnej.

Po doręczeniu opinii biegłego pełnomocnikom stron pełnomocnik powoda wniósł o uzupełniające przesłuchanie biegłego. W trakcie ustnych wyjaśnień do pisemnej opinii sporządzonej w sprawie biegły podtrzymał dotychczasowe stanowisko i odpowiedział na pytania

strony powodowej. Pełnomocnicy stron nie złożyli dalszych zastrzeżeń ani wniosków w tym zakresie.

Z uwagi na powyższe okoliczności Sąd podzielił opinię biegłego sądowego z dziedziny ortopedii i traumatologii oraz ustne wyjaśnienia biegłego do pisemnej opinii sporządzonej w sprawie. Opinia ta, jako sporządzona zgodnie ze stanem wiedzy, przez fachowca w swojej dziedzinie jest rzeczowa, logiczna, pozbawiona wewnętrznych sprzeczności i oparta na zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym oraz badaniu powoda. Biegły w sposób kompleksowy i wyczerpujący sporządził żadaną opinię oraz złożył wyczerpujące ustne wyjaśnienia do tej opinii, w tym odpowiedział na pytania pełnomocnika powoda.

Biegły powołany w sprawie dokonał analizy dokumentacji medycznej, zgromadzonego materiału dowodowego, przeprowadził wywiad, dokonał badania powoda i na tej dopiero podstawie wywiódł uzasadnione wnioski. W sposób jednoznaczny stwierdził, że powód był leczony prawidłowo, zaś efekt leczniczy uzyskany u powoda jest bardzo dobry, a nawet lepszy, niż można było się spodziewać, biorąc pod uwagę ciężkość uszkodzenia. Gdyby od razu zastosowano u niego leczenie operacyjne, efekt ten nie byłby lepszy od uzyskanego

Sąd zważył, co następuje:

Zakład Opieki Zdrowotnej, zarówno publiczny jak i niepubliczny, może ponosić odpowiedzialność nie tylko za winę własną - organizacyjną, ale także za tzw. zastępczą tj. za zawinione wyrządzenie szkody przez zatrudnionych w nim lekarzy i personel medyczny (na podstawie art. 430 k.c. - reżim deliktowy bądź art. 474 k.c. - roszczenia pacjenta ex contractu). Wina personelu medycznego placówki medycznej, w najogólniejszym ujęciu, polega na zaniechaniu przez personel medyczny ciężących na nim obowiązków w zakresie procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, które prowadzą do wyrządzenia pacjentowi szkody.

W myśl art. 430 k.c. 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. Zaś zgodnie z treścią art. 415 k.c. kto z winy swojej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Dla zasadności zgłoszonego przez powoda roszczenia w ramach odpowiedzialności deliktowej konieczne jest stwierdzenie istnienia przesłanek odpowiedzialności w postaci: szkody, działania lub zaniechania pracownika placówki medycznej powodującego szkodę i normalnego związku przyczynowego między działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą.

Wina na gruncie kodeksu cywilnego łączy w sobie element obiektywny, tj. niezgodność zachowania sprawcy szkody z określonymi regułami postępowania oraz element subiektywny wyrażający się w niewłaściwym nastawieniu psychicznym sprawcy szkody. W orzecznictwie podkreśla się, że ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent wyrażając zgodę

na zabieg, obejmuje tylko zwykłe powikłania. Kryterium przyjmowanym co oceny, czy doszło do błędu medycznego jest należyta i profesjonalna staranność w działaniu personelu medycznego. Wzorzec należytej staranności w przypadku postępowania personelu medycznego wyznaczają w szczególności wiedza, zdobyte kwalifikacje, doświadczenie i umiejętności praktyczne. Niemniej w orzecznictwie wskazuje się, że o zawinieniu pracownika placówki medycznej można mówić nie tylko wówczas, gdy można przypisać mu brak wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych

5

odpowiadających abstrakcyjnemu wzorcowi, lecz również wtedy, gdy można przypisać mu niezręczność i nieuwagę w procesie leczenia, jeżeli - oceniając obiektywnie - nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Aby pracownikowi służby medycznej można było przypisać odpowiedzialność cywilną za wyrządzoną szkodę, jego zachowanie musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione.

W przedmiotowej sprawie niezbędne było zatem ustalenie, czy lekarzowi opiekującemu się powodem można przypisać błąd w sztuce medycznej, bądź też niedołożenie należytej staranności w zakresie sposobu leczenia i udzielonej powodowi opieki medycznej. Literatura i orzecznictwo pozostają zgodne, iż błąd jest kategorią wyłącznie obiektywną, całkowicie niezależną od indywidualnych cech, bądź zdolności konkretnego pracownika służby medycznej oraz od okoliczności, w jakich dokonuje on czynności. Zasadą jest, że błąd medyczny jako postępowanie nieprawidłowe, naruszające zasady wiedzy medycznej nie pociąga za sobą odpowiedzialności cywilnej sam przez się. Dla powstania obowiązku naprawienia szkody konieczne jest jeszcze stwierdzenie winy w znaczeniu subiektywnym, tj. podmiotowej zarzucalności działania personelu medycznego. Zgodnie ze stanowiskiem przyjętym w judykaturze i doktrynie, tylko błąd zawiniony subiektywnie, stanowiący następstwo niedołożenia przez pracownika służby zdrowotnej należytej staranności pociąga za sobą odpowiedzialność cywilną, jeżeli jednocześnie spełnione zostaną pozostałe przesłanki odpowiedzialności.

Podkreślić należy, że obowiązek lekarza (a także szpitala) wobec pacjenta pozostaje obowiązkiem starannego działania, a nie rezultatu. Stąd odpowiedzialność szpitala w niniejszej sprawie należy oceniać mając w pierwszej kolejności na uwadze, że wymagania wysokiej staranności, jakiej oczekuje się od lekarzy, nie mogą przekładać się na przypisywanie im obowiązków praktycznie niemożliwych do wykonania. Z pewnego rodzaju czynnościami medycznymi nieodłącznie wiąże się bowiem zwiększone ryzyko powstania szkody, którego niejednokrotnie nie da się wyłączyć ani uniknąć, nawet przy zachowaniu maksymalnej staranności. Dopiero zatem ewentualne zaniedbania w tym zakresie przez pozwany szpital -gdyby zostały wykazane - mogłyby prowadzić do wykazania winy pozwanego.

Z zebranego w sprawie materiału dowodowego jednoznacznie wynika, iż zachowanie lekarza prowadzącego leczenie powoda należy ocenić jako w pełni prawidłowe. Gdy powód zgłosił się do szpitala po wypadku rozpoznano u niego złamanie z przemieszczeniem i wykonano repozycję. Uzyskano w wyniku tego działania jak najbardziej prawidłowe ustawienie odłamów. Złamanie po repozycji unieruchomiono w gipsie ramiennym. Wobec uzyskania repozycji w efekcie leczenia zachowawczego (tj. nastawienia) nie było jakichkolwiek wskazań do leczenia operacyjnego. Po każdej repozycji może dojść do wtórnego przemieszczenia, jeżeli złamanie jest niestabilne, albo kiedy ustępuje obrzęk. Powód został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego, kiedy stwierdzono wtórne przemieszczenie. Takie leczenie należy wykonać do 3-4 tygodni po urazie. Po leczeniu operacyjnym uzyskano ponownie prawidłowe ustawienie odłamów kostnych.

Prawidłowa repozycja pozwalała na zastosowanie u powoda leczenia nieoperacyjnego. Takie leczenie nieoperacyjne w przypadku złamań tego typu jest zawsze leczeniem z wyboru, a leczenie operacyjne jest podejmowane w przypadku niepowodzenia repozycji lub wtórnego przemieszczenia. Taki jest standard leczenia złamań tego typu. Wskazanie do leczenia operacyjnego zaistniało w dniu 03 stycznia 2013 r., po wykonaniu kontrolnego RTG, kiedy powód

zgłosił się z wynikami tego badania do poradni chirurgiczno-urazowej. Powód był operowany dnia 08 stycznia 2013 r. czyli w czasie, który pozwalał jeszcze na uzyskanie repozycji bez zwiększania rozległości leczenia operacyjnego. W badaniu RTG z dnia 20 grudnia 2012 r. nie było jeszcze widać objawów utraty stabilności, ponieważ powierzchnia stawowa była ustawiona prawidłowo, a repozycja była nadal subanatomiczna. Efekt leczniczy uzyskany u powoda jest

bardzo dobry, a nawet lepszy, niż można było się spodziewać, biorąc pod uwagę ciężkość uszkodzenia. Gdyby od razu zastosowano u niego leczenie operacyjne, efekt ten nie byłby lepszy od uzyskanego.

W ocenie Sądu wnioski wynikające z opinii biegłego nie pozwalają przepisać zachowaniu lekarza opiekującego się powodem w szpitalu cech czynu niedozwolonego. Powód nie wykazał, iż aktualny stan jego zdrowia jest następstwem nieprawidłowości w procesie leczenia, jakiemu był poddany w Szpitalu (...) w K., by był spowodowany zawinionym działaniem lekarza zajmującego się nim w szpitalu. Z ustalonego w sprawie stanu faktycznego jednoznacznie wynika, że lekarz ten wykonywał swoje czynności z należytą starannością i zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną.

Z uwagi na fakt, iż postępowanie lekarza zajmującego się powodem w szpitalu było prawidłowe, a zastosowane leczenie zgodne z zasadami sztuki lekarskiej brak jest podstaw do przypisania pozwanemu odpowiedzialności za doznane przez powoda krzywdy. Dlatego też Sąd brak było podstaw do przyznania powodowi zadośćuczynienia i odszkodowania związanych z leczeniem powoda w pozwanym szpitalu.

Mając na uwadze powyższe rozważania Sąd oddalił powództwo w całości (pkt 1 sentencji wyroku).

O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 98§1 i 2 kpc.

Na koszty te w rozpoznawanej sprawie złożyła się opłata sądowa w łącznej kwocie 775 zł obliczony zgodnie z art. 13 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. Nr 167, poz. 1398 z późn. zm.), koszty zastępstwa procesowego stron i interwenienta ubocznego w kwocie po 2.400 zł obliczone zgodnie z §6 pkt 5 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 (Dz.U. Nr 163, poz. 1349 z późn. zm.), kwota 17 zł wynikająca z art. 1 ust.

1 pkt 2a ustawy z dnia 09 września 2000 r. o opłacie skarbowej (Dz.U. Nr 86, poz. 960 z późn. zm.) oraz koszty opinii biegłego sądowego w łącznej wysokości 500 zł obliczone na podstawie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 24.04.2013r. w sprawie określenia stawek wynagrodzenia biegłych, taryf zryczałtowanych oraz sposobu dokumentowania wydatków niezbędnych dla wydania opinii w postępowaniu cywilnym (Dz.U. poz. 518). Powód uiścił zaliczkę na poczet opinii biegłego w wysokości 500 zł.

Ponieważ powód przegrał proces w całości winien w całości ponieść jego koszty. Dlatego Sąd zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę po 2.417 zł tytułem zwrotu kosztów procesu (pkt

2 sentencji wyroku).

SSR Katarzyna Górna-Szuława