

Sygn. akt I C 519/15

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 31 marca 2022 r.

Sąd Rejonowy w Kutnie I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący – sędzia Paweł Wrzesiński

Protokolant – sekr. sąd. Anita Szymańska

po rozpoznaniu w dniu 22 marca 2022 r. w Kutnie

na rozprawie

sprawy z powództwa M. S.

przeciwko (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w K.

z udziałem interwenienta ubocznego M. W. po stronie pozwanej

o zadośćuczynienie i ustalenie

1. zasądza od (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w K. na rzecz M. S. kwotę 20.000,00 (dwadzieścia tysięcy) złotych z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w wysokości odsetek ustawowych od dnia 30 kwietnia 2016 r. do dnia zapłaty,
2. oddała powództwo w pozostałym zakresie,
3. zasądza od (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w K. na rzecz M. S. kwotę 4.123,64 (cztery tysiące sto dwadzieścia trzy 64/100) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym kwotę 2.400,00 (dwa tysiące czterysta) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego,
4. nakazuje zwrócić ze Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Kutnie tytułem zwrotu niewykorzystanych zaliczek:
  - a. na rzecz M. S. kwotę 293,36 (dwieście dziewięćdziesiąt trzy 36/100) złotych z zaliczki zaksięgowanej pod pozycją 500002640156,
  - b. na rzecz (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w K. kwotę 1 (jeden) grosz z zaliczki zaksięgowanej pod pozycją 500014006389 oraz kwotę 300,00 (trzysta) złotych z zaliczki zaksięgowanej pod pozycją 500066434797,
  - c. na rzecz M. W. kwotę 229,58 (dwieście dwadzieścia dziewięć 58/100) złotych z zaliczki zaksięgowanej pod pozycją 500030019425, kwotę 300,00 (trzysta) złotych z zaliczki zaksięgowanej pod pozycją 500065919824 oraz kwotę 300,00 (trzysta) złotych z zaliczki zaksięgowanej pod pozycją 500070483125.

**Sygn. akt I C 519/15**

## UZASADNIENIE

Pozwem złożonym dnia 31 lipca 2015 r. skierowanym przeciwko pozwanemu M. Z. prowadzącemu działalność gospodarczą pod firmą (...) M. Z. w K. powód M. S. domagał się zasądzenia kwoty 20.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę, ból i cierpienie doznane w następstwie błędu medycznego, wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, ustalenie odpowiedzialności

pozwanego na przyszłość oraz zasądzenia od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz opłaty skarbowej od pełnomocnictwa. Uzasadniając żądanie pozwu powód podała, że zaniechania, jakie miały miejsce w pozwanym podmiocie leczniczym, będą miały przełożenie na dalsze życie powoda. Podmiot leczniczy w sposób nieprawidłowy wykonał zabieg operacyjny usunięcia gynecomastii obustronnej oraz pomimo braku poprawy stanu zdrowia powoda nie wdrożył dodatkowego leczenia. Ponadto podmiot leczniczy w sposób lekceważący podszedł do wyglądu piersi, które były operowane, nie przeprowadził dodatkowych badań lekarskich, takich jak USG, które zobrazowałyby nieprawidłowość wykonanego zabiegu. Powód w wyniku nieprawidłowo przeprowadzonego zabiegu operacyjnego doznał powikłań zdrowotnych, został też oszpecony, a co za tym idzie, został również pozbawiony możliwości spełniania się zawodowo. Powód jest bowiem trenerem personalnym, a ciało jest jego wizytówką. Na skutek problemów zdrowotnych oraz estetycznych powód nie mógł uczestniczyć w zawodach kulturystycznych, do których się przygotowywał.

/pozew – k. 2-7, pismo powoda z dnia 19 sierpnia 2015 r. – k. 55, e-protokół rozprawy z dnia 27 stycznia 2016 r. – k. 78-80, pismo powoda z dnia 18 października 2016 r. – k. 286-287, e-protokół rozprawy z dnia 22 marca 2022 r. – k. 867-869/

Pozwany M. Z. prowadzącego działalność gospodarczą pod firmą (...) M. Z. w K. wniósł o oddalenie powództwa z uwagi na brak legitymacji biernej pozwanego oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

/odpowiedź na pozew – k. 66-60, e-protokół rozprawy z dnia 27 stycznia 2016 r. – k. 78-80/

Pismem z dnia 5 lutego 2016 r. powód M. S. wniósł o wezwanie do udziału w sprawie (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w K. w miejsce pozwanego M. Z..

/pismo powoda z dnia 5 lutego 2016 r. – k. 85/

Na rozprawie w dniu 27 stycznia 2016 r. pozwany wskazał, że cała dokumentacja medyczna złożona z pozwem została sporządzona przez (...) sp. z o.o., wynika z tego że zarówno sam zabieg medyczny jak i dalsze czynności pooperacyjne były wykonywane przez (...) sp. z o.o. W aktach sprawy nie znajduje się żadna dokumentacja medyczna wystawiona przez (...), która miałaby wskazywać na jakąkolwiek odpowiedzialność pozwanego M. Z.. Wskazał, że pod adresem na ul. (...) w K. mieszczą się dwa niezależne ośrodki medyczne, a w istocie cztery niezależne ośrodki medyczne, w tym (...) sp. z o.o. Podniósł, że nie można przypisać pozwanemu M. Z. odpowiedzialności za działania (...) sp. z o.o. Wskazał, że (...) jest wpisany w rejestrze wojewody jako poradnia dermatologiczna, natomiast zabieg operacyjny odbywał się w (...) sp. z o.o., gdyż tylko ten podmiot był uprawniony do przeprowadzenia zabiegu w warunkach szpitalnych zgodnie ze wskazaniem wpisu w rejestrze podmiotów medycznych prowadzonym przez Wojewodę (...), sam zabieg był wykonywany przez dra M. W. i tam też odbywały się konsultacje pooperacyjne, co wynika z dokumentacji złożonej do akt sprawy. Wskazał, że z dokumentacji przedłożonej przez stronę powodową nie wynika, aby było prowadzone leczenie przez (...). W dniu 27 stycznia 2016 r. sąd ograniczył rozprawę do podniesionego przez pozwanego zarzutu braku legitymacji procesowej biernej pozwanego.

/e-protokół rozprawy z dnia 27 stycznia 2016 r. – k. 78-80/

Na rozprawie w dniu 26 kwietnia 2016 r. sąd zwolnił od dalszego udziału w sprawie pozwanego M. Z. prowadzącego działalność gospodarczą pod firmą (...) M. Z. w K. oraz zasądził od powoda M. S. na rzecz pozwanego M. Z. prowadzącego działalność gospodarczą pod firmą (...) M. Z. w K. kwotę 2.417 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym kwotę 2.400 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego. Jednocześnie sąd wezwał (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w K. do udziału w sprawie w charakterze pozwanego, doręczenie wezwania nastąpiło dnia 29 kwietnia 2016 r.

/postanowienie z dnia 26 kwietnia 2016 r. – k. 89, e-protokół rozprawy z dnia 26 kwietnia 2016 r. – k. 90-92, wydruk zwrotnego potwierdzenia odbioru wezwania – k. 228/

Pozwany (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w K. wniósł o oddalenie powództwa, zawiadomienie o toczącym się procesie M. W., zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Pozwany zakwestionował roszczenie zarówno co do zasady, jak i co do wysokości. W ocenie pozwanego powód nie wykazał przesłanek odpowiedzialności pozwanego. Pozwany wskazał, że wdrożone w przypadku powoda postępowanie chirurgiczne było prawidłowe, zgodne z przepisami i sztuką lekarską.

/odpowiedź na pozew – k. 93-100, dalsze pisma pozwanego – k. 402-416, 451, 493-498, 502-515, 641-648, e-protokół rozprawy z dnia 22 marca 2022 r. – k. 867-869/

Interwencję po stronie pozwanej zgłosił M. W., wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda na rzecz interwenienta ubocznego kosztów procesu według norm przepisanych. Interwenient uboczny podzielił stanowisko pozwanego. Wskazał, że zabieg został wykonany zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i należyta starannością, przebiegł prawidłowo i bez komplikacji zgodnie z przyjętymi założeniami, co potwierdza protokół dokonanej operacji, protokół obserwacji pooperacyjnej i okołooperacyjna karta kontrolna. Podniósł, że powód nie przestrzegał zaleceń lekarza w okresie pooperacyjnym, nie nosił prawidłowej kamizelki uciskowej, krótko po zabiegu podjął intensywny trening fizyczny, co wynika z aktywności przedstawionej przez powoda na stronie internetowej. Podniósł, że zabieg w żadnym stopniu nie wpłynął na pozbawienie powoda możliwości wykonywania zawodu i aktywności życiowej.

/interwencja uboczna po stronie pozwanego – k. 152-155, dalsze pisma interwenienta ubocznego – k. 290-306, 426-439, 446-449, 521-523, 526-534, 630-632, 638, 650-654, 704-707, 740-741, 839-842, e-protokół rozprawy z dnia 22 marca 2022 r. – k. 867-869/

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny**

M. S. ma 40 lat, jest zawodowym żołnierzem, o atletycznej budowie ciała. Od dawna jego pasją była kulturystyka, przygotowywał się do zawodów kulturystycznych, zdecydował się na zabieg chirurgiczny usunięcia przerośniętych gruczołów piersiowych w obu sutkach. Była to pozostałość po okresie dojrzewania, a także stosowania wcześniej środków anabolicznych. Wykonane w 2013 roku badanie hormonalne nie skutkowało wdrożeniem leczenia farmakologicznego. Duży przerost gruczołów piersiowych w obu sutkach wykluczał udział w zawodach kulturystycznych, wygląd piersi stanowił dla niego duży dyskomfort. Z pozyskanych informacji wynikało, że okres rekonwalescencji po zabiegu trwa około miesiąca, a to pokrywało się z okresem przygotowań do zawodów, które miały mieć miejsce za kilka miesięcy. M. S. pokładał w tych zawodach dużą nadzieję, bo zainwestował w to dużo pieniędzy i wysiłku. Odłożył więc niemałe pieniądze i zdecydował się na pokrycie kosztów wykonania zabiegu usunięcia przerośniętych gruczołów piersiowych w placówce medycznej (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w K.. Zgłosił się na konsultacje u dra M. W., który po konsultacjach przedoperacyjnych oraz zleconych badaniach (morfologia krwi, układ krzepnięcia, antygen HBs, przeciwciała anty-HCV i HIV) skierował M. S. do wykonania ustalonego z pacjentem zabiegu z zakresu chirurgii plastycznej. M. S. informował lekarza, że wcześniej przyjmował środki anaboliczne. Nie stwierdzono żadnych przeciwwskazań do wykonania zabiegu usunięcia przerośniętych gruczołów piersiowych, pomimo znacznego stopnia przerostu.

/dowód: przesłuchanie powoda 01:32:06-02:34:25 e-protokołu rozprawy z dnia 20 września 2016 r. – k. 267-273, przesłuchanie interwenienta ubocznego 00:38:02-01:50:05 e-protokołu rozprawy z dnia 20 lipca 2017 r. – k. 360-365, 371-374, zeznania świadka K. S. 00:33:26-01:09:19 e-protokołu rozprawy z dnia 20 września 2016 r. – k. 267-273, zeznania świadka B. S. 00:10:30-00:33:42 e-protokołu rozprawy z dnia 23 lutego 2017 r. – k. 327-331, 342, 351, dokumentacja medyczna powoda – k. 13-49, 102-139, 239-266/

W dniu 24 maja 2014 r. w placówce medycznej (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w K. M. S. poddał się zabiegowi chirurgicznemu usunięcia (redukcji) obu przerośniętych gruczołów piersiowych, stopień przerostu był znaczny. Zabieg ten poprzedzony był kilkukrotną konsultacją u lekarza mającego ten zabieg wykonać. Zabiegowi temu poddał się na własne życzenie i za własną na jego wykonanie zgodą. Zabieg poprzedzono planowaniem, pod kontrolą USG wyznaczono zasięg tkanki gruczołowej i przypuszczalny zakres jej resekcji, aby uniknąć niepotrzebnej

ingerencji w otaczającą tkankę tłuszczową. Z protokołu operacji wynika, że zastosowano cięcie operacyjne sposobem W.. Podczas operacji ze względu na widoczną asymetrię w sutku lewym do resekcji przeznaczono większy fragment tkanki gruczołowej. W związku z otoczką pozostawiono fragmenty ok. 30 mm celem wypełnienia przestrzeni powstałej pomiędzy otoczką a powięzią.

/dowód: przesłuchanie powoda 01:32:06-02:34:25 e-protokołu rozprawy z dnia 20 września 2016 r. – k. 267-273, przesłuchanie pozwanego 00:11:06-00:37:25 e-protokołu rozprawy z dnia 20 lipca 2017 r. – k. 360-365, 371-374, przesłuchanie interwenienta ubocznego 00:38:02-01:50:05 e-protokołu rozprawy z dnia 20 lipca 2017 r. – k. 360-365, 371-374, dokumentacja medyczna powoda – k. 13-49, 102-139, 239-266, wydruki wiadomości e-mail – k. 159-160, 171/

Zabieg był wykonany na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej przez M. S. z placówką medyczną (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w K., którą z kolei łączyła umowa cywilnoprawna z lek. med. M. W. prowadzącym działalność leczniczą jako praktykę zawodową. Lekarz M. W. jest doświadczonym specjalistą z zakresu chirurgii plastycznej II stopnia, wykonywał zabiegi chirurgii plastycznej m. in. w (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w K., w tym zabiegi redukcji ginekomastii.

/bezsporne, nadto przesłuchanie pozwanego 00:11:06-00:37:25 e-protokołu rozprawy z dnia 20 lipca 2017 r. – k. 360-365, 371-374, przesłuchanie interwenienta ubocznego 00:38:02-01:50:05 e-protokołu rozprawy z dnia 20 lipca 2017 r. – k. 360-365, 371-374, wydruki (...) k. 101, 158, zaświadczenie o członkostwie w towarzystwach oraz udziale w kursach i konferencjach – k. 198-216, wydruk danych KRS pozwanego – k. 140-146, 158/

M. S. otrzymał zaświadczenie lekarskie o niezdolności do pracy w okresie od 26 maja 2014 r. do 15 czerwca 2014 r. Został wypisany do domu z zaleceniem przyjmowania antybiotyku, noszenia sugerowanej kamizelki uciskowej i zakazem ćwiczeń fizycznych, wskazaniem, że dwa miesiące po zabiegu można wznowić bardziej siłowe ćwiczenia. Po zabiegu M. S. odczuwał dolegliwości bólowe, nie podejmował wysiłku, był na diecie, nosił kamizelkę uciskową. W dniu 12 czerwca 2014 r. w poradni chirurgicznej prowadzonej przez (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w K. miał zdjęte szwy, przez innego lekarza niż lekarz prowadzący. Po upływie około miesiąca od zabiegu, gdy opuchlizna zmalała, M. S. nie był zadowolony z efektów zabiegu, gdyż wygląd jego piersi niewiele zmienił się od wyglądu przed zabiegiem, zauważył też zmiany w okolicy sutków w postaci obrzęku oraz zapalenia blizn. Podczas wizyt kontrolnych dr M. W. stwierdził, że pacjent nie ma powodów do niepokoju, nie stwierdził nieprawidłowości w wyglądzie piersi, zalecał masowanie oraz noszenie kamizelki uciskowej. W odczuciu powoda przerost gruczołu sutkowego nadal się utrzymywał, przy dotykaniu było nawet to czuć. Po zabiegu wygląd klatki piersiowej nadal nie był satysfakcjonujący, piersi wystawały, były grube, M. S. nie mógł iść na basen, na plażę, wstydził się jak wyglądał, nie mógł zakładać koszulek na ramiączka, zrezygnował z udziału w zawodach kulturystycznych. Po wygojeniu ran po zabiegu stan zdrowia nie przeszkadzał w wykonywaniu zawodu żołnierza zawodowego. M. S. podejmował też działania jako trener personalny, wygląd jego ciała miał dla niego duże znaczenie. Około miesiąc po wykonanym zabiegu M. S. zaczął podejmować aktywność fizyczną w postaci biegu, czy jazdy na rowerze.

/dowód: przesłuchanie powoda 01:32:06-02:34:25 e-protokołu rozprawy z dnia 20 września 2016 r. – k. 267-273, przesłuchanie interwenienta ubocznego 00:38:02-01:50:05 e-protokołu rozprawy z dnia 20 lipca 2017 r. – k. 360-365, 371-374, zeznania świadka K. S. 00:33:26-01:09:19 e-protokołu rozprawy z dnia 20 września 2016 r. – k. 267-273, zeznania świadka B. S. 00:10:30-00:33:42 e-protokołu rozprawy z dnia 23 lutego 2017 r. – k. 327-331, 342, 351, dokumentacja medyczna powoda – k. 13-49, 102-139, 239-266, zaświadczenie o niezdolności do pracy – k. 197, wydruki stron internetowych – k. 172-196, oględziny stron internetowych na rozprawie w dniu 23 lutego 2017 r. – k. 319-326, 327-331/

M. S. udał się na konsultację do innego specjalisty z zakresu chirurgii plastycznej. Po tej konsultacji stwierdzono asymetrię sutków spowodowaną nierównomiernym wycięciem gruczołów, zbyt dużą ilość gruczołów, pomimo wykonanego zabiegu oraz przerost i zapalenie blizn (bliznowce).

/dowód: przesłuchanie powoda 01:32:06-02:34:25 e-protokołu rozprawy z dnia 20 września 2016 r. – k. 267-273, zeznania świadka K. S. 00:33:26-01:09:19 e-protokołu rozprawy z dnia 20 września 2016 r. – k. 267-273, zeznania świadka B. S. 00:10:30-00:33:42 e-protokołu rozprawy z dnia 23 lutego 2017 r. – k. 327-331, 342, 351, dokumentacja medyczna powoda – k. 13-49, 102-139, 239-266/

M. S. zaprzestał dalszych wizyt kontrolnych w placówce medycznej, w której był wykonany zabieg.

/dowód: przesłuchanie powoda 01:32:06-02:34:25 e-protokołu rozprawy z dnia 20 września 2016 r. – k. 267-273, dokumentacja medyczna powoda – k. 13-49, 102-139, 239-266, wydruki wiadomości e-mail – k. 159-160, 171/

Po zabiegu M. S. miał robione badanie USG sutków, w dniach 19.02.2015 r. oraz 23.11.2019 r., gdzie stwierdzono obecność tkanki gruczołowo-tłuszczowej w obrębie sutków oraz asymetrię wielkości sutków. Po konsultacji w innym ośrodku chirurgii plastycznej ( Centrum Medyczne (...) sp. z o. o. w Ł.), w dniu 4 grudnia 2019 r. M. S. przebył kolejny zabieg korekcji ginekomastii w trybie jednodniowym. Wykonano rewizję okolic podotoczkowych z cięć w 1/2 dolnych otoczek w starej bliźnie pooperacyjnej obustronnie w znieczuleniu ogólnym z wycięciem tkanek nadmiarowych. Pooperacyjne badanie histopatologiczne wykazało obraz mikroskopowy ginekomastii, na przekrojach fragmenty tkanek o budowie włóknistej. Po zabiegu M. S. przyjmował antybiotyk przez około miesiąc, nosił kamizelkę uciskową. Przebieg pooperacyjny i okres rehabilitacji odbył się bez powikłań.

/dowód: pisemna opinia biegłego z zakresu endokrynologii K. K. wraz z załącznikami w postaci wyników badania USG sutków, zaświadczenia odnośnie leczenia jednodniowego, wyników badań histopatologicznych – k. 599-602/

Oczywistym jest fakt, że po zabiegu korekcji ginekomastii nie jest zalecane przyjmowanie sterydów anabolicznych, bo mogą one spowodować ponowne pojawienie się ginekomastii, a jej nasilenie zależy m. in. od skuteczności wykonania zabiegu, rodzaju, dawki i czasu stosowania anabolików. Stosowanie sterydów anabolicznych w środowisku osób uprawiających sporty sylwetkowe jest powszechne, co jednak nie jest równoznaczne, że stosuje je każdy, na pewno jednym z efektów ubocznych jest pojawienie się ginekomastii. Ewentualne zanieczyszczenia (...) mają charakter zwykle śladowy i żeby wywołać pojawienie się powikłań np. w postaci ginekomastii, muszą być stosowane długotrwale, zwykle przez wiele miesięcy. W przypadku, gdy mamy do czynienia z objawami ubocznymi stosowania sterydów anabolicznych, niezbędnym warunkiem powodzenia leczenia jest odstawienie tych preparatów, a w przypadku zaniechania tego skutki uboczne nie ustąpią. Jednakże powyższe uwagi nie wnoszą żadnych istotnych informacji wyjaśniających przebieg pooperacyjny u powoda, gdyż brak badań hormonalnych wykonanych przed i po wykonaniu operacji, dlatego nie można ustalić, jaki był czynnik wywołujący ginekomastię u powoda, zaś powód negował całkowicie stosowanie leków z grupy sterydów anabolicznych w okresie bezpośrednio przed oraz po wykonanej operacji. Występowanie ginekomastii po zabiegu jej korekcji w 2014 roku wydaje się nie mieć związku z czynnikami endokrynologicznymi, zarówno wewnętrznymi, jak i zewnętrznymi, ponieważ brak wyników badań hormonalnych, a powód negował stosowanie sterydów anabolicznych po 2014 roku. Poza tym fakt, że kolejny zabieg korekcji ginekomastii wykonany w grudniu 2019 r. przyniósł korzystny efekt, co przemawia za tym, że wyniki endokrynologiczne nie miały decydującego znaczenia na przebieg pooperacyjny po zabiegu w 2014 roku. Z dużą dozą prawdopodobieństwa można więc stwierdzić, że czynniki endokrynologiczne zewnętrzne miały wpływ na nasilenie u powoda ginekomastii przed 2014 r., ale nie miały istotnego znaczenia na przebieg pooperacyjny i pojawienie się zmian stwierdzonych po zabiegu korekcji ginekomastii w 2014 r. Biorąc pod uwagę wywiad zebrany od powoda i patofizjologię ewentualnie przyjmowanych substancji jest mało prawdopodobne, żeby stosowanie środków anaboliczno-androgenowych miało wpływ na nawrót ginekomastii po operacji u powoda. Rozrost tkanki gruczołowej obserwowany w badaniu USG sześć miesięcy po zabiegu mógł być również efektem niedoszczętnego zabiegu.

/dowód: pisemna opinia biegłego z zakresu endokrynologii K. K. wraz z opinią uzupełniającą – k. 599-602, 720-723/

Rozwój sportu, w szczególności kulturystyki i stosowanie steroidów anabolicznych w istotnym stopniu zwiększa liczbę przypadków ginekomastii. Nie można wykluczyć, że ginekomastia występująca u powoda powstała w wyniku nadmiernych treningów połączonych z przyjmowaniem środków wspomagających rozrost tkanki, w tym sterydów.

Jeżeli czynnikiem wywołującym ginekomastię jest stosowanie sterydów, to jest wielce prawdopodobnym, że ponowne ich stosowanie może skutkować podobnymi następstwami (ponowne działanie czynnika chorobotwórczego).

/dowód: pisemna opinia biegłego z zakresu medycyny sportowej Z. P. – k. 678-688/

Pomimo operacyjnego leczenia w postaci redukcji chirurgicznej przerośniętych gruczołów piersiowych w zabiegu ich redukcji obustronnej, przeprowadzonego u powoda w dniu 24 maja 2014 r. w lecznicy prywatnej (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w K. istniała obustronna ginekomastia znacznego stopnia, pozostały również blizny pooperacyjne obu piersi, ale blizny pooperacyjne (będące nieuchronnym i nieodwracalnym następstwem wygojenia się ran operacyjnych) są warunkiem sine qua non każdego zabiegu operacyjnego. Blizny mają charakter trwałe i nieodwracalny, więc nie mogą w przyszłości skutkować wystąpieniem żadnych dodatkowych konsekwencji, poza ich istnieniem. O ile postępowanie diagnostyczne wobec powoda w pozwanym podmiocie leczniczym przed zabiegiem operacyjnym, nie budziło żadnych zastrzeżeń biegłego z zakresu chirurgii plastycznej, gdyż wykluczało chorobowe (ogólnoustrojowe) przyczyny powstania u powoda obustronnej ginekomastii, a zatem wyniki tych badań wskazywały na fakt, że jest to ginekomastia idiopatyczna, czyli powstająca bez żadnej uchwytnej przyczyny chorobowej, która występuje w różnym nasileniu u 36% mężczyzn, co kwalifikowało powoda do leczenia operacyjnego (chirurgicznej redukcji przerośniętych gruczołów piersiowych), bez konieczności leczenia jakiegokolwiek choroby zasadniczej jako także możliwej przyczyny powstania ginekomastii, a więc było zgodne ze sztuką i wiedzą medyczną, o tyle w opinii biegłego dobór metody operacyjnej zabiegu obustronnej redukcji ginekomastii wykonanego u powoda w dniu 24.05.2014 r. w pozwanym podmiocie leczniczym był niewłaściwy, bo nie był uzasadniony wielkością ginekomastii (stopniem przerostu sutków) u powoda (ten stopień przerostu sutków powoda wymagał także redukcji skóry w dość znacznym obszarze co umożliwiłoby usunięcie przerośniętych gruczołów piersiowych w pełnym zakresie (w całości koniecznej do usunięcia), a nie tylko częściowe, jak to w przypadku zabiegu obustronnej redukcji ginekomastii wykonanym u powoda w dniu 24.05.2014 r. miało miejsce. G. dotyczy przerostu wszystkich struktur anatomicznych sutka, czyli zarówno gruczołu piersiowego, jak i otaczającej go tkanki tłuszczowej oraz pokrywającej sutek skóry, która w warstwie podskórnej zawiera także tkankę tłuszczową. Lekarz operujący powoda w dniu 24.05.2014 r. w pozwanym podmiocie leczniczym wybrał najprostszy schemat tego zabiegu, choć jeden z obowiązujących, to jednak niewłaściwy, gdyż nieadekwatny do wielkości ginekomastii (stopnia przerostu sutków) u powoda. W procesie diagnozowania przedoperacyjnego lekarz wykluczył przyczyny patologiczne (chorobowe, lekowe, hormonalne) ginekomastii u powoda. W wyniku zabiegu operacyjnego z dnia 24.05.2015 r. stan zdrowia powoda nie uległ pogorszeniu się, a jedynie na utrzymaniu stanu poprzedniego (status quo ante), więc nie można mówić o jakimkolwiek uszczerbku na zdrowiu powoda powstałym po zabiegu wykonanym w dniu 24.05.2014 r., a jedynie o braku spodziewanej po tym zabiegu poprawie wyglądu powoda. W wyniku zabiegu u powoda nie nastąpiła ani trwała ani częściowa utrata narządów, ani utrata ani upośledzenie funkcji żadnych narządów, także związanych z organem leczonym. Powód odzyskał pełną sprawność fizyczną. Powód nie wymagał ani nie wymaga opieki ani pomocy ze strony osób trzecich. Po zabiegu powód nie wymagał dodatkowego leczenia szpitalnego ani ambulatoryjnego, wymagał jedynie ambulatoryjnego zdjęcia szwów chirurgicznych, nie wymagał jakiegokolwiek izolacji. Po zabiegu powód nie wymagał ani nie wymaga stosowania jakiegokolwiek specjalnej diety. Powód nie wymagał rehabilitacji, jedynie wskazane było wykonanie reoperacji pełnej redukcji przerośniętych gruczołów piersiowych (reoperacji obustronnej ginekomastii). Wobec braku efektu poprawy po przeprowadzonym u powoda zabiegu operacyjnym redukcji obu gruczołów piersiowych, czas leczenia chirurgicznego powoda wydłużył się o 3 lata i wydłużył się do terminu następnego zabiegu operacyjnego redukcji ginekomastii obustronnej. Każdy zabieg operacyjny, tak samo jak każdy rodzaj znieczulenia, w tym także znieczulenie miejscowe, niesie za sobą ryzyko powikłań (zarówno zwykłych jak i nadzwyczajnych) i wymaga pisemnej (w pełni świadomej możliwości wystąpienia tych powikłań) zgody pacjenta na wykonanie zabiegu. Skutki zabiegu wykonanego u powoda, czyli brak poprawy wyglądu powoda spowodowany obustronną ginekomastią trwał do czasu wykonania u powoda następnego zabiegu operacyjnego całkowicie likwidującego (usuwającego) przerośnięte gruczoły piersiowe, ale nie rzutowały one negatywnie ani na aktywność życiową ani na aktywność społeczną powoda; mogły jedynie negatywnie rzutować na aktywność zawodową powoda. Cierpienia fizyczne, czyli bolesność ran są odczuciami subiektywnymi, zależnymi od zmiennego, indywidualnie odczuwanego progu bólu. Obiektywnie bolesność ran pooperacyjnych, determinująca

cierpienia fizyczne, występuje w okresie obrzękowym ich gojenia się, który trwa zwykle przez pierwsze cztery doby niepowikłanego gojenia się każdej rany chirurgicznej. Jak wynika to z badań przedoperacyjnych powoda obustronna ginekomastii u powoda miała charakter idiopatyczny, czyli jako powstająca samoistnie, bez uchwytne go czynnika chorobowego. W wywiadzie chorobowym powód negował także fakt genetycznego (dziedzicznego) uwarunkowania ginekomastii, bowiem nie występowała ona u żadnego z jego męskich krewnych). Generalnie przerost gruczołów piersiowych u mężczyzn (ginekomastie), tak samo jak i fizjologiczny rozrost gruczołów piersiowych u kobiet, powoduje wyłącznie działanie żeńskich hormonów płciowych (steroidów żeńskich) poza (być może, bo jej przyczyna jest nadal nieznana) ginekomastie idiopatyczną. Dlatego wyróżnia się ginekomastie fizjologiczną (występującą u chłopców w wieku dojrzewania, gdy istnieje jeszcze w ich organizmach względna przewaga steroidów żeńskich, ale ta z czasem ustępuje, oraz występującą u mężczyzn w wieku starszym, u których poziom steroidów męskich (testosteronu) znacznie i trwale się obniża) i ginekomastie patologiczną, spowodowaną zaburzeniami hormonalnymi u mężczyzn w przebiegu wielu różnorodnych schorzeń (przykładowo w raku jądra, marskości wątroby, niewydolności nerek, guzach nadnerczy i wielu innych schorzeniach), w tym także ginekomastie idiopatyczną (samoistną), do której dochodzi bez żadnych uchwytne go, czyli możliwych do zdiagnozowania przyczyn chorobowych. O ile ginekomastia fizjologiczna nie podlega żadnemu leczeniu, a leczenie ginekomastii patologicznej spowodowanej zaburzeniami hormonalnymi polega na leczeniu przyczyn tych zaburzeń, o tyle leczeniem ginekomastii idiopatycznej jest leczenie operacyjne (chirurgiczna redukcja przerośniętych gruczołów piersiowych). Po chirurgicznym usunięciu gruczołu piersiowego w ginekomastie idiopatycznej, a także w genetycznie uwarunkowanej, czyli dziedzicznej, usunięty gruczoł piersiowy nie ulega już nigdy ponownemu rozrostowi. Sens noszenia kamizelki uciskowej po zabiegu usunięcia ginekomastii, która to kamizelka równie dobrze może być zastąpiona bandażem elastycznym okrężnym, uciskowym, polega na maksymalnym ograniczaniu krwawienia z łoża pooperacyjnej (z miejsca po wypreparowanym i usuniętym gruczole piersiowym) poprzez ucisk na drobne naczynia krwionośne przecięte z konieczności podczas zabiegu, szczególnie w metodzie W., w której z racji ograniczonego cięcia chirurgicznego skóry wgląd w ranę operacyjną jest ograniczony, co często uniemożliwia hemostazę drobnych naczyń krwionośnych, więc krwawienie pooperacyjne jest nieuniknione, a zapobiegać może mu jedynie stały ucisk płaszczynowy na skórę okolicy operowanej. I taki jest wyłącznie cel noszenia po zabiegu usunięcia ginekomastii opatrunku uciskowego, czy to w postaci bandaża, czy w postaci kamizelki. W żadnym razie kamizelka uciskowa nie ma żadnego wpływu na „modelowanie” i dalszą redukcję nieusuniętego operacyjnie gruczołu piersiowego. Efekty bezpośrednio uzyskane u powoda po zabiegu obustronnej redukcji ginekomastii wykonanej powoda w dniu 24.05.2014 r. w pozwany m podmiocie leczniczym były złe, albowiem nie spowodowały jakiegokolwiek poprawy jego wyglądu, nie spowodowały redukcji ginekomastii, czyli redukcji przerośniętych gruczołów piersiowych u powoda. Po zabiegu usunięcia ginekomastii należy unikać jakiegokolwiek wysiłków fizycznych przez minimum 6 tygodni, szczególnie w obrębie kończyn górnych, a unikanie w okresie pooperacyjnym jakiegokolwiek wysiłków fizycznych powód potwierdza w wywiadzie chorobowym, z tym istotnym zastrzeżeniem biegłego z zakresu chirurgii plastycznej, że w przypadku powoda wykonany u niego w dniu 24.05.2014 r. w pozwany m przedmiocie leczniczym zabieg operacyjny nie usunął u powoda obustronnej ginekomastii, co ma zasadniczy wpływ na zły końcowy wynik tego zabiegu i jest zasadniczą i podstawową przyczyną tego złego wyniku końcowego. Samo nieprzestrzeganie przez powoda zaleceń pooperacyjnych nie mogło być wystarczającą przyczyną dalszego występowania ginekomastii po zabiegu jej redukcji. Po zabiegu usunięcia ginekomastii nie jest zalecane przyjmowanie żadnych środków wspomagających rozrost tkanki, w tym sterydów (zresztą powód w wywiadzie chorobowym negował ich przyjmowanie w ogóle), ani także żadnych innych leków, ewentualnie poza lekami przeciwbólowymi i przeciwobrzękowymi, których przyjmowanie może tylko skrócić okres rekonwalescencji pooperacyjnej. Powód w okresie pooperacyjnym nie przyjmował leków hormonalnych, w tym sterydów anabolicznych, więc nie mogły być one przyczyną ponownego powstania ginekomastii, tym bardziej, że ginekomastia u powoda po zabiegu ponownie nie powstała, tylko była pozostałością ginekomastii niecałkowicie zredukowanej. Podstawowymi przeciwwskazaniami do wykonania zabiegu usunięcia ginekomastii jest otyłość i przyjmowanie sterydów. Każdy lekarz operujący pacjenta i wykonujący u niego zabieg chirurgiczno-estetyczny ponosi odpowiedzialność za wynik i rezultat leczenia operacyjnego, chyba, że dojdzie do typowych dla tego zabiegu powikłań niezależnych od najwyższej staranności lekarza operującego, do których w przypadku zabiegu wykonanego u powoda nie doszło. Badanie histopatologiczne nie stwarza żadnej przesłanki do stwierdzenia, że ginekomastia u powoda została prawidłowo usunięta. W stopniu zaawansowania ginekomastii u powoda usunięcie nadmiaru skóry było konieczne, gdyż tak

znaczny nadmiar skóry nie mógł ulec naturalnemu obkurczeniu, na co noszenie kamizelki uciskowej nie miało żadnego wpływu. Podczas zabiegu lekarz wykonał faktycznie cięcie według metody P. z cięciem chirurgicznym jak w metodzie W., lecz bocznie przedłużonym poziomo lub skośnie poziomo na skórę sutka, co pozwala na jednoczesną redukcję nadmiaru skóry przy ginekomastii znacznego stopnia. Powstająca po tym zabiegu blizna jest znacznie bardziej widoczna niż po cięciu według metody W.. Zabieg spowodował u powoda powstanie blizn maksymalnie dużych z tych, które mogą powstać po zabiegu redukcji ginekomastii. Wynik estetyczny zabiegu jest efektem samego zabiegu, a nie zaleceń pooperacyjnych. Wynik estetyczny zabiegu redukcji ginekomastii u powoda był zdecydowanie niepomyślny, ponieważ po zabiegu korekcji ginekomastii u powoda nadal pozostała ginekomastia, choć w mniejszym stopniu, której nie zredukuje noszenie jakiegokolwiek kamizelki uciskowej. U powoda w ogóle nie można mówić o nawrocie ginekomastii, ponieważ pozostała ona po niewystarczającym usunięciu gruczołów piersiowych.

/dowód: pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii plastycznej C. D. wraz z opiniami uzupełniającymi – k. 378-387, 470-480, 769-815/

M. S. pismem z dnia 28 lipca 2015 r. skierowanym do (...) M. Z. wniósł o wszczęcie postępowania likwidacyjnego w sprawie zdarzenia medycznego, w wyniku którego został poszkodowany oraz przyznanie kwoty 20.000 zł tytułem zadośćuczynienia.

/dowód: zgłoszenie szkody – k. 50-51/

Powyższy stan faktyczny sąd ustalił w oparciu o zebrany w sprawie materiał dowodowy w postaci dowodów z dokumentów, w tym dokumentację medyczną powoda, zeznań świadków oraz na podstawie przesłuchania stron i interwenienta ubocznego, które w odpowiedniej części stanowiły podstawę poczynionych ustaleń faktycznych.

Wypadalo zauważyć, że przesłuchanie pozwanego i interwenienta miało w dużej mierze charakter ocenny, zwłaszcza jeżeli chodzi o następstwa wykonanego zabiegu, nie zaś samego zabiegu, co jest zrozumiałe ze względu na prezentowane stanowisko procesowe.

Z kolei przesłuchanie powoda odnośnie odczuwanych skutków leczenia co do zasady znajdowało potwierdzenie w zeznaniach świadków, czy dowodach z dokumentów, a pośrednio także w wydanych w przedmiotowej sprawie zawierających możliwie obiektywne stwierdzenia opiniach biegłych.

Ustaleń faktycznych dokonano również w oparciu o opinie biegłych z zakresu endokrynologii, z zakresu medycyny sportowej oraz z zakresu chirurgii plastycznej.

Ostatecznie ustalenia faktyczne co sposobu leczenia chirurgicznego powoda i następstw tego leczenia, sąd oparł w całości na podstawie pisemnej opinii biegłego z zakresu chirurgii plastycznej C. D..

Przedmiotowa opinia była rzetelna oraz zawierała pełne, kompleksowe, bardzo szczegółowe, fachowe i rzeczowe ustosunkowanie się do postawionej tezy dowodowej oraz sformułowanych przez strony i interwenienta ubocznego pytań.

Przedstawione przez biegłego wnioski były jasne, stanowcze i logiczne, tym samym nie budziły zasadniczych wątpliwości. Pominięciu podlegały jedynie uwagi o charakterze ocennym skierowane głównie pod adresem lekarza wykonującego zabieg i pełnomocników. Jednakże uwagi te nie wpływały na zasadnicze stwierdzenia opinii.

Biegły w sposób wyczerpujący odniósł się również do kolejnych zarzutów zgłaszanych przez strony i interwenienta ubocznego. W opinii uzupełniającej biegły wyjaśnił, że niecałkowite, bo prawie niezauważalne usunięcie tkanki gruczołowej widoczne jest chociażby w dokumentacji fotograficznej wykonanej po czterech dniach po zabiegu /k. 138-139/ oraz stwierdzone zostało w badaniu sądowo-lekarskim. Obrzęk pooperacyjny nie jest w stanie wystąpić w tak olbrzymim nasileniu, aby imitować gruczoły piersiowe. W kilka dni od zabiegu gruczoły piersiowe nie odrastają, gdyż w ogóle „odrosnąć” w tak krótkim czasie nie mogą i to do rozmiarów prawie początkowych.



Biegły przy wydawaniu opinii uwzględnił również oczywisty fakt, że w każdym zabiegu operacyjnej redukcji ginekomastii pozostawia się mały fragment gruczołu piersiowego pod kompleksem „brodawka-otoczek”.

Fakt zbyt małego usunięcia gruczołów piersiowych w zabiegu operacyjnej redukcji ginekomastii u powoda potwierdza okoliczności zwarte w złożonej dokumentacji medycznej, a także przeprowadzone badanie przez biegłego. Z kolei badanie histopatologiczne nie służy określeniu radykalności wycięcia gruczołu piersiowego, może jedynie wskazywać na objętość wyciętych fragmentów gruczołów piersiowych, zbyt małą aby to częściowe wycięcie uznać za zgodne z zasadami sztuki lekarskiej.

Wypadalo również zauważyć, że badanie histopatologiczne wykonane po zabiegu odnosi się do mniejszych fragmentów gruczołów piersiowych, niż to wynika ze wskazań zawartych w protokole dokonanej operacji.

W ocenie sądu nie sposób również kwestionować ustaleń zawartych w opinii biegłych pozostałych specjalności, jednakże opinie te charakteryzowały się dość dużą ogólnością, zwłaszcza opinia biegłego z zakresu medycyny sportowej.

Z opinii biegłego z zakresu endokrynologii wynika, że z dużą dozą prawdopodobieństwa można stwierdzić, że czynniki endokrynologiczne zewnętrzne miały wpływ na nasilenie u powoda ginekomastii przed 2014 r., ale nie miały istotnego znaczenia na przebieg pooperacyjny i pojawienie się zmian stwierdzonych po zabiegu korekcji ginekomastii w 2014 roku.

Należy zauważyć, że opinia biegłego podlega, jak inne dowody, ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., lecz odróżniają ją szczególne kryteria oceny.

Stanowią je zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej wniosków.

Przedmiotem opinii biegłego nie jest przedstawienie faktów, lecz ich ocena na podstawie wiedzy fachowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 lipca 2005 r., II UK 277/04, OSNP 2006/5-6/97; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00, LEX nr 77046; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 października 1987 r., II URN 228/87, (...)).

Wypadalo również zauważyć, że fakt występowania ginekomastii u powoda, pomimo wykonanego zabiegu jej redukcji, potwierdza także wynik badania USG sutków przeprowadzonego w lutym 2015 r. Takie badanie miało być przeprowadzone także podczas pooperacyjnej wizyty kontrolnej, jednakże w aktach sprawy brak wyników takiego badania. Jeżeli badanie to zostało wówczas wykonane, jego wynik pozwalałaby na dokonanie oceny zakresu redukcji ginekomastii u powoda, w porównaniu do badania USG wykonanego bezpośrednio przed zabiegiem w celu wyznaczenia zasięgu tkanki gruczołowej do usunięcia. Brak wyników tych badań winien być oceniony na niekorzyść strony pozwanej.

W konkretnych okolicznościach uzupełnianie materiału dowodowego o dalsze opinie biegłych należało uznać za zbędne, generujące dodatkowe znaczne wydatki sądowe oraz prowadzące do nadmiernego przedłużenia postępowania w sprawie.

### ***Sąd zważył, co następuje:***

Przedmiotowe powództwo zasługiwało na uwzględnienie w części.

Podstawę odpowiedzialności pozwanej placówki medycznej stanowi art. 430 k.c. statujący odpowiedzialność na zasadzie ryzyka zwierzchnika za podwładnego. Przesłanką odpowiedzialności zwierzchnika jest wina podwładnego, a normalnym jej następstwem szkoda wyrządzona osobie trzeciej.

Zastosowanie art. 430 k.c. nie wymaga jakiegokolwiek winy zwierzchnika. Zwierzchnik odpowiada na zasadzie ryzyka i nie może się ekskulpować, wskazując na brak winy w nadzorze lub w wyborze.

Lekarz, pomimo znacznej samodzielności i niezależności w zakresie czynności diagnozy i terapii, pozostaje podwładnym zakładu leczniczego, w ramach którego wykonuje działalność leczniczą.

Podlega bowiem, podobnie jak pozostały personel medyczny, organizacyjnemu zwierzchnictwu podmiotu leczniczego i zobowiązany jest stosować się do ustalonych przez ten podmiot reguł dotyczących w szczególności miejsca i czasu wykonywania pracy.

Decydujące znaczenie ma również fakt, że lekarz zatrudniony w zakładzie leczniczym nie dokonuje czynności leczniczych we własnym interesie i na własny rachunek, lecz w interesie i na rachunek przełożonego (zakładu leczniczego).

Pomiędzy lekarzem a pacjentem, który zgłasza się do gabinetu w celu uzyskania porady lub pomocy medycznej, zostaje zawarta, najczęściej w sposób dorozumiany, umowa o świadczenie usług z art. 750 k.c., rzadziej umowa o dzieło z art. 627 k.c.

Prawną podstawę roszczeń co do zasady stanowi więc art. 471 k.c. (odpowiedzialność kontraktowa), jednakże w zbiegu z art. 415 k.c. (deliktowy reżim odpowiedzialności), ponieważ wyrządzenie szkody na osobie, niezależnie od tego, że stanowi niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy, jest jednocześnie czynem niedozwolonym (art. 443 k.c.).

Błąd medyczny nie jest pojęciem kodeksowym, jednakże w literaturze i orzecznictwie wskazuje się, że o błędzie medycznym można mówić w sytuacji, w której działanie lub zaniechanie działania jest sprzeczne z aktualnym poziomem wiedzy i praktyki medycznej.

Błąd medyczny jest to nieumyślne działanie, zaniechanie lub zaniechanie lekarza powodujące szkodę pacjenta.

Na błąd medyczny muszą składać się następujące elementy: postępowanie niezgodne z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej, wina nieumyślna (tzw. lekkomyślność lub niedbalstwo) lekarza, ujemny skutek popełnionego błędu, związek przyczynowy między popełnionym błędem, a ujemnym skutkiem postępowania leczniczego w postaci śmierci pacjenta, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

Związek między zachowaniem lekarza a szkodą musi być adekwatny, czyli pozostawać w granicach normalnego powiązania kauzalnego (art. 361 § 1 k.c.), ale nie musi być bezpośredni.

W sprawie, w której strona powodowa wywodzi odpowiedzialność jednostki medycznej ze zdarzenia, którym jest błąd w sztuce lekarskiej, lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania.

Element obiektywny występuje w przypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej.

Zachowanie lekarza powinno zostać zatem poddane ocenie z punktu widzenia fachowości. Te zaś wyznaczają kwalifikacje lekarza (specjalizacja, stopień naukowy), posiadanie doświadczenia ogólnego przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia.

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 przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie, nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach.

Ponadto dodać należy także, że na lekarzu zgodnie z art. 355 k.c. spoczywa obowiązek dołożenia należytej staranności w swoim działaniu. Przy czym winą lekarza jest niedołożenie najwyższej staranności, jaka jest możliwa przy obecnie stosowanych metodach leczenia danego schorzenia i zabiegach standardowo wykonywanych (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 12.10.2007 r., I ACa 920/07, niepubl.).

Wysokie wymagania stawiane lekarzom nie oznaczają ich odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, niepubl.).

Przy ocenie postępowania lekarza należy mieć na względzie także uzasadnione oczekiwanie nienarażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia.

Najczęściej spotykany podział błędów to podział na: 1) błąd diagnostyczny (rozpoznanie), 2) błąd terapeutyczny (błąd w leczeniu), 3) błąd rokowania (prognozy).

Warunkiem przyjęcia, że doszło do błędu medycznego, a w konsekwencji, że istnieją podstawy do uzyskania zadośćuczynienia, jest ustalenie, że postępowanie personelu medycznego było obiektywnie niezgodne ze wskazaniami współczesnej wiedzy medycznej oraz miało charakter zawiniony, tj. że postępowanie to w danych okolicznościach sprawy może być przedmiotem zarzutu, że było nieprawidłowe, przy uwzględnieniu surowych wymagań stawianych lekarzom w zakresie profesjonalizmu postępowania (art. 355 § 2 k.c.), co nakazuje szczególnie rygorystycznie oceniać wszelkie nieprawidłowości oraz tego, że w podobnych przypadkach o winie przesądza najmniejszy nawet stopień zawinienia, w tym nie tylko wina umyślna, ale także najmniejsza nawet lekkomyślność lub niedbalstwo.

Odpowiedzialność lekarza powstanie w wypadku "błędu w sztuce", czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, czyli polegający na zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca.

W nauce prawa cywilnego i orzecznictwie, przyjmuje się, że lekarz ponosi winę za powstanie szkody, jeżeli nie zastosował właściwych środków w należyty sposób.

Przez „zastosowanie właściwych środków” rozumie się takie fachowe postępowanie (np. zastosowanie właściwej kuracji, przeprowadzenie określonego zabiegu, zlecenie odpowiednich badań), które w danej sytuacji było wskazane z medycznego punktu widzenia. Postępowanie odmienne określane zazwyczaj jest, jako błąd w sztuce lekarskiej.

Natomiast przez pojęcie „w należyty sposób” należy rozumieć dołożenie takiej staranności, jaka w określonej sytuacji była należna, wymagana i potrzebna.

Przy ocenie postępowania lekarza należy też mieć na względzie uzasadnione oczekiwanie nienarażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia, przydatny może być również test oparty na pytaniu, czy niekorzystnego skutku można było uniknąć oraz czy lekarz w danym przypadku powinien był i mógł zrobić więcej (lepiej).

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. Co do zasady, pacjent poinformowany o istniejącym ryzyku, wyrażając zgodę na zabieg przyjmuje je na siebie. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne. Ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny, obejmuje tylko zwykłe powikłania pooperacyjne. Ryzykiem pacjenta nie są objęte komplikacje powstałe wskutek pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z 29 października 2003 r., III CK 34/02, z dnia 13 stycznia 2005 r., III CK 143/04 i z dnia 10 lutego 2010 r., VCSK 287/09, niepublikowane).

Błąd diagnostyczny i stanowiący często jego konsekwencję błąd terapeutyczny mogą także skutkować naruszeniem zagwarantowanego w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2009.52.417 ze zm.), prawa do świadczeń medycznych, w tym diagnostycznych, odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz prawa do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością (art. 8 w/w ustawy).

Wobec charakteru skomplikowania procesów leczenia w sprawach o niedołożenie należytej staranności przez lekarza i wystąpienia błędów lekarskich, sąd dla ustalenia ewentualnej winy lekarza korzysta z wiadomości specjalnych posiadanych przez biegłych.

W rozpoznawanej sprawie sąd dopuścił m. in. dowód z opinii biegłego z zakresu chirurgii plastycznej, z opinii którego jednoznacznie wynika, że mając na uwadze zgłaszane przez powoda oczekiwania odnośnie efektu estetycznego zabiegu operacyjnego oraz prowadzone postępowanie przedoperacyjne, dobór metody operacyjnej zabiegu obustronnej redukcji ginekomastii wykonanego u powoda był niewłaściwy, bo nie był uzasadniony wielkością ginekomastii (stopniem przerostu sutków). Był to błąd źle postawionej diagnozy, którego konsekwencją był błąd źle wykonanej, bo źle zaplanowanej operacji.

Z kolei lekarz operujący powoda w pozwanej placówce medycznej wybrał najprostszy schemat tego zabiegu, choć jeden z obowiązujących, to jednak niewłaściwy, gdyż nieadekwatny do wielkości ginekomastii (stopnia przerostu sutków) u powoda.

Materiał dowodowy zgromadzony w sprawie uzasadniał zatem przyjęcie, że zachowanie lekarza wykonującego ustalony zabieg chirurgiczny nie cechowała należyta podwyższona staranność, wymagana w kontakcie z pacjentem, wynikająca z braku zastosowania właściwych metod diagnozy zapewniających usunięcie odpowiedniej wielkości ginekomastii, które w danej sytuacji były wskazane z medycznego punktu widzenia.

Lekarz kwalifikujący powoda na zabieg operacyjny oraz ten zabieg wykonujący nie dochował należytej staranności w zakresie określenia wielkości stopnia przerostu sutków u powoda koniecznych i możliwych do redukcji do stanu oczekiwanego przez powoda, co niewątpliwie nosi znamiona winy nieumyślnej.

Strona powodowa wykazała zatem winę lekarza w podjęciu nieprawidłowego leczenia oraz związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy działaniem, czy też w konkretnych okolicznościach zaniechaniem lekarza, a doznaną przez powoda krzywdą w postaci braku oczekiwanego efektu redukcji przerośniętych gruczołów piersiowych u powoda, czy też wystąpienia asymetrii sutków.

W świetle poczynionych ustaleń faktycznych lekarz chirurg plastik dopuścił się przede wszystkim błędów medycznych, przyjmującego postać błędów diagnostycznych, który następnie doprowadził do błędów o charakterze leczniczym, podjęte działania nie doprowadziły do osiągnięcia zadowalającego rezultatu.

Wykonany zabieg chirurgiczny nie osiągnął zatem zamierzonego efektu, także w kontekście odczuć powoda, powodował asymetrię sutków spowodowaną nierównomiernym wycięciem gruczołów oraz konieczność ponownego poddania się przez powoda zabiegowi redukcji przerośniętych gruczołów piersiowych, tym razem z osiągnięciem zamierzonego przez powoda efektu.

Wypada ponadto zauważyć, że do relacji między pacjentem a podmiotem wykonującym działalność leczniczą znajdują zastosowanie także ogólne zasady wykonywania zobowiązań istniejące w stosunku zobowiązaniowym, co oczywiście nie zwalnia lekarzy od dołożenia należytej staranności w leczeniu pacjenta.

Zgodnie z regulacją art. 354 § 2 k.c. obowiązek „wykonywania zobowiązania” spoczywa w zobowiązaniu także na wierzycielu. Jego istnienie służy ochronie i zabezpieczeniu uzasadnionego interesu obu stron stosunku zobowiązaniowego.

Oznacza to, że pacjent będzie zobowiązany do współdziałania z podmiotem wykonującym działalność leczniczą przy wykonywaniu przez niego zobowiązania.

Współdziałanie pacjenta przy wykonywaniu zobowiązania powinno być rozumiane jako takie jego zachowanie się, bez którego spełnienie świadczenia przez dany podmiot wykonujący działalność leczniczą jest niemożliwe lub nadmiernie utrudnione.

Obowiązek współdziałania może oznaczać zarówno powstrzymanie się przez pacjenta od zachowań, które mogłyby utrudniać podmiotowi udzielającemu świadczeń medycznych wykonanie zobowiązania (obowiązek nieprzeszkadzania), jak i obejmować element czynny, w ramach którego pacjent winien stosować się do zaleceń lekarskich i zaordynowanej terapii, brać zapisane leki, stawiać się w terminach na ustalone badania, konsultacje i zabiegi.

Z właściwości świadczenia wynika wreszcie, że właściwe spełnienie świadczenia przez podmiot wykonujący działalność leczniczą nie jest możliwe bez dopuszczenia jego pracowników przez pacjenta do wykonania takiej usługi (por. System Prawa Medycznego, Tom 1, Instytucje prawa medycznego pod redakcją Marka Safjana i Leszka Boska, C.H. Beck, Instytut Nauk Prawnych PAN, Warszawa 2018 r., s. 918 i n.).

W ocenie sądu w postępowaniu powoda jako pacjenta nie sposób nie dostrzec elementów pewnego braku współdziałania, jednakże nastąpiło to już na dalszym etapie pooperacyjnym, było wynikiem braku oczekiwanego przez powoda efektu zabiegu oraz brakiem jednoznacznych wskazań (wyniki pooperacyjnego badania USG) odnośnie faktycznej wielkości usuniętej ginekomastii.

W konkretnych okolicznościach podnoszone przez pozwanego i interwenienta ubocznego okoliczności odnoszące się do zachowań powoda po wykonanym zabiegu nie wpływały jednak na brak efektu wykonanego zabiegu, nie mogły podlegać uwzględnieniu w zakresie uchybień stron skutkujących stwierdzonymi następstwami wykonanego zabiegu.

Materialnoprawną podstawę żądania co do zasądzenia zadośćuczynienia stanowił art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 k.c. Stosownie do art. 444 § 1 zd. 1 k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Natomiast w myśl art. 445 § 1 k.c., w wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Zadośćuczynienie w przeciwieństwie do odszkodowania dotyczy szkody niemajątkowej, a więc nieprzeliczalnej wprost na określoną kwotę pieniężną. Ustawodawca nie wprowadza przy tym żadnych kryteriów, jakimi kierować ma się sąd przy ustalaniu wysokości należnego poszkodowanemu zadośćuczynienia.

Życie i zdrowie ludzkie jest wartością nadrzędną i żadna kwota nie jest w stanie zrekompensować utraty zdrowia, stąd też celem zadośćuczynienia jest jedynie złagodzenie doznanych cierpień i naprawienie wyrządzonej krzywdy.

Z tych to też przyczyn zadośćuczynienie nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość, nie będąc jednocześnie nadmierną w stosunku do doznanej krzywdy.

Zadośćuczynienie powinno uwzględniać rozmiar doznanej krzywdy, przy czym zindywidualizowana ocena kryteriów decydujących o jego wysokości pozostawiona jest uznaniu sędziowskiemu.

Oceniając wysokość przyjętej sumy zadośćuczynienia jako „odpowiedniej”, sąd korzysta z daleko idącej swobody, niemniej nie może to być suma rażąco odbiegająca od zasądzanych w analogicznych przypadkach (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lipca 2000 r., II CKN 1119/98, LEX nr 50884).

Przy ustalaniu rozmiaru cierpień powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny, odniesione jednak do indywidualnych okoliczności danego wypadku.

Oceniając rozmiar doznanej krzywdy trzeba zatem wziąć pod rozwagę całokształt okoliczności, w tym: rozmiar cierpień fizycznych i psychicznych, ich nasilenie i czas trwania, nieodwracalność następstw wypadku (kalectwo, oszpecenie), rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiową oraz inne czynniki podobnej natury, wiek poszkodowanego (zob. uchwałę pełnego składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z 8 grudnia 1973 r., III CZP 37/73, OSNC 1974, nr 9, poz. 145 oraz orzeczenia Sądu Najwyższego: z 11 lipca 2000 r., II CKN 1119/98, niepubl., z 12 października 2000 r., IV CKN 128/00, niepubl., z 12 września 2002 r., IV CKN 1266/00, niepubl., z 29 września 2004 r., II CK 531/03, niepubl., z 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03, OSNC 2005, nr 2, poz. 40, z 28 czerwca 2005 r., I CK 7/05, niepubl., z 9 listopada 2007 r., V CSK 245/07, OSNC-ZD 2008, nr D, poz. 95, z 14 lutego 2008 r., II CSK 536/07, OSP 2010, nr 5, poz. 47, z 26 listopada 2009 r., III CSK 62/09, niepubl., z 28 stycznia 2010 r., I CSK 244/09, niepubl.).

Ustalając odpowiednią w niniejszej sprawie kwotę zadośćuczynienia, sąd uwzględnił wszelkie ujawnione w sprawie okoliczności, w tym dotkliwie odczuwane przez powoda dolegliwości będące następstwem niewłaściwego wykonania zabiegu, w związku z oczekiwaniami powoda, co w przypadku zabiegów chirurgii plastycznej ma istotne znaczenie. Sąd uwzględnił m.in. dotkliwie odczuwane przez powoda dolegliwości będące następstwem niewłaściwego zabiegu, brak spełnienia oczekiwań powoda odnośnie efektu zleconego zabiegu, co istotnie wpłynęło na realizację osobistych zamierzeń, a także potrzebę poddania się kolejnemu zabiegowi.

W analizowanym stanie faktycznym przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia sąd miał także na uwadze, że naruszenie prawa powoda do należytej staranności lekarza w osiągnięciu zamierzonego efektu operacji niewątpliwie wiązało się z poczuciem krzywdy oraz utratą zaufania do lekarza, jednak nie wywołało aż tak daleko idących konsekwencji dla życia i zdrowia powoda.

Całościowe rozważenie powyższych elementów w ocenie sądu uzasadniało przyjęcie wysokości należnego powodowi zadośćuczynienia w kwocie 20.000 zł. Kwota ta we właściwym stopniu uwzględnia zakres doznanej przez powoda krzywdy, posiada zarazem odczuwalną wartość ekonomiczną.

O odsetkach za opóźnienie w spełnieniu zasądanego świadczenia pieniężnego sąd orzekł w oparciu o art. 481 § 1 k.c.

Zgodnie z tym przepisem, jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik nie ponosi odpowiedzialności.

Dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, jeżeli nie spełnia tego świadczenia w terminie, w którym stało się ono wymagalne, a gdy termin nie jest oznaczony, jeżeli nie spełnia go niezwłocznie po wezwaniu wierzyciela (art. 476 k.c.).

W orzecznictwie sądowym okresowo występowały rozbieżności stanowisk odnośnie tego, od jakiego terminu należy naliczać odsetki za opóźnienie w zapłacie odszkodowania i zadośćuczynienia, mających kompensować szkodę i krzywdę wyrządzoną czynem niedozwolonym.

Wprawdzie zasądzenie odszkodowania czy zadośćuczynienia według cen z chwili wyrokowania uzasadnia w zasadzie zasądzenie odsetek od tej daty, jednakże w sytuacji, gdy powód domaga się zasądzenia określonej kwoty tytułem odszkodowania z odsetkami za opóźnienie od danego dnia, wcześniejszego niż dzień wyrokowania, i w toku postępowania okaże się, że kwota ta istotnie należała się powodowi od tego dnia, odsetki powinny być zasądzone od tego dnia (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2000 r., II CKN 725/98, OSNC 2000, z. 9, poz. 158).

Wszystkie aktualne problemy dotyczące wykładni art. 481 § 1 k.c. w związku z określeniem daty, od której poszkodowanemu należą się odsetki od zasądanego na jego rzecz świadczenia odszkodowawczego lub zadośćuczynienia, zostały szczegółowo objaśnione w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z 18 lutego 2011 r., I CSK 243/10, LEX 848109.

W sytuacji, jeżeli zobowiązany nie płaci zadośćuczynienia w terminie wynikającym z przepisu szczególnego lub w terminie ustalonym zgodnie z art. 455 in fine k.c., uprawniony nie ma niewątpliwie możliwości czerpania korzyści z zadośćuczynienia, jakie mu się należy już w tym terminie. W konsekwencji odsetki za opóźnienie w zapłacie zadośćuczynienia należnego uprawnionemu już w tym terminie powinny się należeć od tego właśnie terminu.

Stanowiska tego nie podważa pozostawienie przez ustawę zasądzenia zadośćuczynienia i określenia jego wysokości w pewnym zakresie uznaniu sądu.

Przewidziana w art. 445 § 1 i art. 448 k.c. możliwości przyznania przez sąd odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia za krzywdę nie zakłada bowiem dowolności ocen sądu, a jest jedynie konsekwencją niewymiernego w pełni charakteru okoliczności decydujących o doznaniu krzywdy i jej rozmiarze.

Mimo więc pewnej swobody sądu przy orzekaniu o zadośćuczynieniu, wyrok zasądający zadośćuczynienie nie ma charakteru konstytutywnego, lecz deklaratywny (por. wyroki Sądu Najwyższego z 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03, OSNC 2005, nr 2, poz. 40, z 17 listopada 2006 r., V CSK 266/06, niepubl., z 26 listopada 2009 r., III CSK 62/09, niepubl., z 18 lutego 2010 r., II CSK 434/09, niepubl.).

Stanowisku temu nie sprzeciwia się również stosowanie do zadośćuczynienia art. 363 § 2 k.c. (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 22 maja 1990 r., II CR 225/90, niepubl.).

Pomimo, że do roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia mają zastosowanie w drodze analogii zasady ustalania wysokości odszkodowania przewidziane w art. 363 § 2 k.c., to w niniejszej sprawie należy uznać, że okoliczności uzasadniające zgłoszone żądanie zapłaty zadośćuczynienia istniały już w chwili wniesienia pozwu.

Zatem zasadnym było zasądzenie odsetek co do przyznanego zadośćuczynienia od daty, kiedy pozwany popadł w opóźnienie w spełnieniu dochodzonego świadczenia, czyli od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanemu odpisu pozwu, co miało jednak miejsce dopiero w toku niniejszego postępowania.

Wypadało także zauważyć, że żądanie wszczęcie postępowania likwidacyjnego w sprawie zdarzenia medycznego, w wyniku którego został uszkodzony powód oraz przyznanie kwoty 20.000 zł tytułem zadośćuczynienia zostało skierowane do (...) M. Z., nie zaś do pozwanej placówki medycznej.

Zabieg operacyjny został wykonany na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej przez powoda z pozwanym jako placówką medyczną, wskazania zawarte w złożonej dokumentacji medycznej jednoznacznie określały oznaczenie firmy placówki medycznej.

W tych okolicznościach nie sposób przyjąć, że pozwany nie spełnił świadczenia już po wezwaniu zawartym w piśmie powoda dnia 28 lipca 2015 r.

W świetle przytoczonych okoliczności należało także przyjąć, że zasądzenie spornych odsetek dopiero od dnia wyrokowania nie zapewniłoby właściwej równowagi między rozmiarem doznanej przez stronę powodową krzywdy, a przyznanym zadośćuczynieniem.

W konsekwencji odsetki ustawowe za opóźnienie od zasądzanego świadczenia zostały przyznane od dnia, kiedy pozwany pozostawał w opóźnieniu ze spełnieniem danego świadczenia, natomiast za okres wcześniejszy roszczenie zapłaty odsetek podlegało oddaleniu.

Wysokość odsetek za opóźnienie w braku odmiennego jej ustalenia odpowiada odsetkom ustawowym zgodnie z art. 481 § 2 k.c., z uwzględnieniem zmiany wprowadzonej z dniem 1 stycznia 2016 r. przez art. 2 pkt 2 lit. a ustawy z dnia 9 października 2015 r. (Dz.U. z 2015 poz. 1830), jednakże powód dochodził zapłaty odsetek za opóźnienie jedynie w wysokości odsetek ustawowych.

W ocenie sądu nie znajdowało uzasadnienia, w świetle regulacji art. 189 k.p.c., żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość.

Interes prawny w rozumieniu art. 189 k.p.c. istnieje, gdy osoba zainteresowana nie może w innej drodze osiągnąć ochrony swoich praw, a naruszenie jej prawa jeszcze nie nastąpiło.

Konsekwencje w zakresie następstw wykonanego zabiegu zostały już ujawnione, zaś powód w 2019 roku poddał się ponownemu zabiegowi redukcji ginekomastii.

Należy zauważyć, że ustalenie odpowiedzialności sprawcy szkody na przyszłość uzasadniane było w orzecznictwie sądowym zabezpieczeniem interesu prawnego poszkodowanego zasadzającego się na obowiązujących pierwotnie niekorzystnych regulacjach dotyczących biegu przedawnienia roszczenia odszkodowawczego oraz na złagodzeniu trudności dowodowych powodowanych upływem czasu pomiędzy wystąpieniem zdarzenia wywołującego szkodę, a dochodzeniem jej naprawienia.

W związku z uchyleniem dotychczasowego art. 442 k.c. i zastąpieniem go art. 442<sup>1</sup> k.c. (Dz. U z 2007 r. Nr 80, poz. 538), w stosunku do roszczeń powstałych przed dniem wejścia w życie ustawy nowelizującej, a według przepisów dotychczasowych w tym dniu jeszcze nieprzedawnionych, wyeliminowano niebezpieczeństwo upływu terminu przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody na osobie wcześniej niż szkoda się ujawniła.

Mając na uwadze wskazane okoliczności, brak uzasadnionych podstaw do ustalenia odpowiedzialności pozwanego za wszelkie skutki wykonanego zabiegu, które mogą ujawnić się w przyszłości, a będące następstwem tego zabiegu. W konsekwencji powództwo w tym zakresie podlegało oddaleniu.

Z tych względów w oparciu o przywołane przepisy sąd orzekł jak w punktach 1. oraz 2. wyroku.

O kosztach procesu sąd postanowił na podstawie art. 98 § 1 k.p.c., zasądzając od pozwanego jako przegrywającego spór na rzecz powoda kwotę 4.123,64 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, na którą to kwotę złożyło się: opłata sądowa od pozwu 1.000 zł; wynagrodzenie profesjonalnego pełnomocnika powoda w kwocie 2.400 zł [stosownie do § 6 pkt 5 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 (Dz. U. Nr 163, poz. 1349 ze zm.) w zw. z § 21 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U.2015.1804), opłata skarbową od pełnomocnictwa 17 zł oraz poniesione przez powoda wydatki na poczet wynagrodzenia biegłych w kwocie 706,64 zł.

Zgodnie z art. 84 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. Nr 167, poz. 1398 ze zm.), sąd z urzędu zwraca stronie wszelkie należności z tytułu wydatków, stanowiące różnicę między kosztami pobranymi od strony a kosztami należnymi, stosując odpowiednio przepisy art. 80-82 tej ustawy.

Uiszczona przez powoda zaliczka w kwocie 1.000 zł zaksięgowana pod pozycją 500002640156 [k. 70] nie została wykorzystana w całości na pokrycie wynagrodzenia biegłego [k. 392], z zaliczki tej pozostała kwota 293,36 zł.

Zaliczka w kwocie 1.000 zł uiszczona przez pozwanego zaksięgowana pod pozycją 500014006389 [k. 338] nie została w całości wykorzystana [k. 392, 483v], z zaliczki tej pozostała kwota 1 grosza. Natomiast zaliczka w kwocie 300 zł zaksięgowana pod pozycją 500066434797 pozostała w całości.

Zaliczka w kwocie 2.000 zł uiszczona przez interwenienta ubocznego zaksięgowana pod pozycją 500030019425 [k. 463] nie została w całości wykorzystana, z zaliczki tej pozostała kwota 229,58 zł. Natomiast uiszczone przez interwenienta zaliczki w kwotach po 300 zł zaksięgowane pod pozycją 500065919824 [k. 621] oraz pod pozycją 500070483125 [k. 695] pozostały w całości.



W oparciu o przywołane przepisy wskazane kwoty podlegały zwrotowi tytułem zwrotu niewykorzystanych zaliczek, o czym sąd postanowił w punkcie 4. wyroku.