

Sygn. akt *IV C 575/15*

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 września 2019 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie IV Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	<b><i>SSO Agnieszka Derejczyk</i></b>
Protokolant:	Starszy sekretarz sądowy Marzena Grajek

po rozpoznaniu w dniu 9 września 2019 r. w Warszawie

na rozprawie sprawy z powództwa **P. S.**

***przeciwko (...) Sp. z o.o. z siedzibą w W.***

***o odszkodowanie, zadośćuczynienie i ustalenie***

1. Zasądza od pozwanego (...) Sp. z o.o. z siedzibą w W. na rzecz powoda P. S. kwotę 70.000 zł (siedemdziesiąt tysięcy złotych) z ustawowymi odsetkami od dnia 16 czerwca 2015 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia;
2. Zasądza od pozwanego (...) Sp. z o.o. z siedzibą w W. na rzecz powoda P. S. kwotę 29050 zł (dwadzieścia dziewięć tysięcy pięćdziesiąt złotych) z ustawowymi odsetkami od dnia 16 czerwca 2015 r. do dnia zapłaty tytułem odszkodowania.
3. W pozostałym zakresie powództwo oddala.
4. Kosztami postępowania obciąża obie strony uznając, iż powód wygrał sprawę w 77% i pozostawiając rozstrzygnięcie referendarzowi sądowemu.

***Sygn. akt IV C 575/15***

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 16 czerwca 2015 roku (data prezentaty) powód P. S. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w W. na swoją rzecz łącznie kwoty 129.050 złotych wraz z odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty. W uzasadnieniu powód wskazał, iż dochodzi kwoty 100.000 złotych na podstawie art. 445 § 1 kodeksu cywilnego z tytułu zadośćuczynienia za krzywdę doznaną przez powoda w wyniku błędnego wykonania zabiegu stabilizacji złamanych kości i nieprawidłowego leczenia po operacji skutkujące brakiem wzrostu, a także złamaniem śruby statycznej. Powód wniósł również o zasądzenie na swoją rzecz kwoty 29.050 złotych wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, tytułem odszkodowania na podstawie art. 444 § 1 k.c., za szkodę majątkową jaką doznał w związku z przebytą operacją. Ponadto wniósł o ustalenie odpowiedzialności pozwanego wobec powoda za mogące wystąpić w przyszłości szkody, będące następstwem błędnie przeprowadzonej operacji, na podstawie art. 189 k.p.c. Powód wniósł także o zasądzenie na swoją rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa, według norm przepisanych oraz o zwolnienie go od ponoszenia kosztów sądowych w całości.

Pozew- k. 2 – 125.

W odpowiedzi pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów procesu z uwzględnieniem kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz kwoty 34 zł tytułem opłat skarbowych od pełnomocnictw.

odpowieź na pozew - k. 131– 180.

**Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

W dniu 8 lutego 2013 roku powód podczas jazdy na nartach we W. doznał wypadku, którego skutkiem było wieloodłamowe złamanie trzonu kości piszczelowej prawej i dwupoziomowe, wieloodłamowe złamanie kości strzałkowej prawej. Na miejscu powód został zaopatrzony w gips. Następnego dnia po powrocie do P., powód zgłosił się do poradni ortopedycznej w placówce medycznej Centrum (...). Uraz określono jako złamanie podudzia łącznie ze stawem skokowym. Następnie powód został skierowany do szpitala celem leczenia operacyjnego. W dniu 12 lutego wykonano badanie rtg podudzia, następnie dnia 13 lutego 2013 roku zdjęto powodowi gips.

dowód: karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 9 lutego 2013 roku – k. 52, zdjęcia rtg z dnia 12 lutego 2013 roku – k. 53-54, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 13 lutego 2013 roku –k. 56 oraz zeznania powoda.

W dniu 14 lutego 2013 roku w Szpitalu (...) przeprowadzono zabieg repozycji otwartej i stabilizacji złamania piszczeli przy użyciu gwoźdźcia stalowego śródszpikowego. W dniu 16 lutego 2013 roku wykonano rtg podudzia. Hospitalizacja powoda trwała do 20 lutego 2013 roku. Zalecono powodowi chodzenie o kulach w szynie gipsowej oraz chłodzenie miejsca operacji.

dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego w (...) z 20 lutego 2013 roku – k. 57,58, zdjęcia rtg podudzia z dnia 16 lutego 2013 roku wraz z opisem badania – k. 59,60.

Po zabiegu powód był leczony ambulatoryjnie, przede wszystkim odbywając wizyty kontrolne w placówce (...) - W.. Pierwsze dwie wizyty miały miejsce w dniach 1 marca i 15 marca 2013 roku. Zalecono zabiegi takie jak masaż wirowy kończyny dolnej oraz pole magnetyczne, a następnie kinezyterapię i krioterapię częściową. W dniu 12 kwietnia 2013 roku przeprowadzono badanie rtg podudzia stwierdzając, że obraz nie zmienił się istotnie w porównaniu z poprzednim badaniem z dnia 1 marca 2013 roku. W zaleceniach po wizycie w tym dniu wpisano „but Aircats, kule, CT i wizyta”.

dowód: karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 1 marca 2013 roku - k. 65, opis badania rtg z dnia 1 marca 2013 roku – k. 66, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 15 marca 2013 roku – k. 67, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 12 kwietnia 2013 roku opis badania rtg z dnia 12 kwietnia 2013 roku oraz zdjęcie rtg – k. 68-69 oraz zeznania powoda.

W dniu 18 kwietnia 2013 roku wykonano kolejne badanie rtg stwierdzając brak zrostu kości oraz skrócenie piszczeli. Podczas kolejnej wizyty w dniu 24 maja 2013 roku wykonano badanie rtg i stwierdzono cechy powolnego zrostu kostnego w ustawieniu jak w poprzednich badaniach rtg. Wizytę tego dnia zakończono zaleceniem „rtg w systemie, kule/but ortopedyczny, wizyta za 2 miesiące”.

dowód: opis badania rtg z dnia 18 kwietnia 2013 roku – k. 70 oraz zdjęcie rtg, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 24 kwietnia 2013 roku – k. 71, opis badania rtg z dnia 24 maja 2013 roku oraz zdjęcia rtg- k. 72, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 24 maja 2013 roku –k. 73.

Następnie podczas badania rtg z dnia 19 lipca 2013 roku stwierdzono brak zrostu oraz cechy zaniku kostnego. W karcie wizyty ambulatoryjnej z tego dnia w rubryce zalecenia widnieje „sugerowana otwarta reoperacja = stabilizacja płytki LISS”. Na przedmiotowej karcie w rubryce skierowanie do szpitala widnieje krzyżyk w okienku ze słowem „NIE”. W lipcu 2013 roku powód nie otrzymał zaleceń co do kolejnego zabiegu operacyjnego. Po wykonanym RTG, na którym wyszło, iż powód ma złamany gwoździec, zasugerowano, żeby pojechał do szpitala na L.. Powód stosował się do zaleceń

lekarzy z (...). Jedynym zabiegiem, który zaproponowano powodowi było zdynamizowanie gwoźdźcia. Był to przełom roku 2013/2014.

dowód: karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 19 lipca 2013 roku – k. 74, opis badanie rtg podudzia z dnia 19 lipca 2013 roku wraz z opisem badania – k. 77 oraz zeznania powoda.

Kolejna wizyta kontrolna miała miejsce w dniu 14 sierpnia 2013 roku. W rubryce zalecenia wpisano „pełne obciążenie, rtg za 2-3 miesiące i wizyta wrp”. W dniu 27 września 2013 roku przeprowadzono badanie rtg podudzia, stwierdzając brak zrostu kostnego piszczeli. Zalecono badanie rtg za 3 miesiące i rehabilitację.

dowód: karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 14 sierpnia 2013 roku – k. 78, zdjęcia rtg podudzia z dnia 27 września 2013 roku- k. 79,80, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 27 września 2013 roku – k. 82.

Podczas następnej wizyty kontrolnej, która odbyła się w dniu 5 marca 2014 roku „wykonano zdjęcie rtg stwierdzające brak prawidłowego zrostu kostnego oraz dokonując adnotacji „ustawienie jak w badaniu poprzednim z dnia 27 września 2013 roku”. Zalecono dynamizację gwoźdźcia oraz skierowanie by “usunięto zespolenia”.

dowód: zdjęcia rtg podudzia z dnia 5 marca 2014 roku wraz z opisem – k. 83-85, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 5 marca 2014 roku – k. 86, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 7 marca 2014 roku – k. 87.

W dniu 13 czerwca 2014 roku doszło do złamania gwoźdźcia. Powód z uwagi na bardzo silny został zawieszony przez żonę do pozwanej placówki na dyżur ortopedyczny. Wykonano badanie rtg na podstawie którego lekarz dyżurny stwierdził złamanie gwoźdźcia i przypisał silne środki przeciwbólowe. W formalnych zaleceniach widnieje zapis „zaplanowanie leczenia operacyjnego brak zrostu oraz „kontrola u operatora”. Jednak na przedmiotowej karcie w rubryce skierowanie do szpitala widnieje krzyżyk w okienku ze słowem „NIE”.

dowód: zdjęcia rtg z dnia 13 czerwca 2014 roku wraz z opisem badania – k. 88-90, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 13 czerwca 2014 roku –k. 91.

Ponadto jak wynikało z dokumentów przedłożonych przez pozwanego w dniu 24 lipca 2013 roku została przeprowadzona konsultacja telefoniczna celem zaplanowania terminu szczepienia. W dniu 25 lipca 2013 roku powód zgłosił się do placówki pozwanej, gdzie zaszczepił się przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby. W dniu 25 marca 2014 roku wobec problemów oddechowych stwierdzono u powoda skrzywienie przegrody nosowej. Szczepienie wynikało z faktu, że to miała miejsce wcześniej planowaną operacją przegrody nosowej u powoda. Ta operacja miała być przeprowadzona w (...).

dowód: informacja o planowanym szczepieniu powód – k. 165, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 25 lipca 2013 roku – k. 166, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 25 marca 2014 roku – k. 174 oraz zeznania powoda.

W opinii z dnia 31 grudnia 2015 roku biegły z zakresu ortopedii i traumatologii uznał, że kwalifikacja do zabiegu operacyjnego z użyciem gwoźdźcia śródspikowego po złamaniu była prawidłowa. Długość gwoźdźcia śródspikowego była wystarczająca, aby zapewnić stabilność zespolenia przez kolejne 16 miesięcy. Nieprawidłowością zespolenia wykonanego w dniu 14 lutego 2013 roku było widoczne skrócenie długości prawej kości piszczelowej o ok. 1 cm. Zastosowana metoda leczenia operacyjnego i sposób wykonania zabiegu operacyjnego dawały warunki do uzyskania zrostu prawej kości piszczelowej. Jednak w ocenie biegłego istniały wskazania do dynamizacji (usunięcia śrub blokujących z jednego końca kości piszczelowej) wcześniej, niż to sugerowano podczas wizyty w dniu 7 marca 2014 roku. Zdaniem biegłego powód miał prawo wybrać dowolną placówkę medyczną na wykonanie kolejnego zabiegu operacyjnego, ponieważ w placówce (...) nie uzyskano sukcesu, a niektóre etapy leczenia (kwalifikacja do dynamizacji) były podejmowane za późno.

dowód: opinia biegłego K. K. z zakresu ortopedii i traumatologii z dnia 31 grudnia 2015 roku.

Następnie biegły z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu w opinii z dnia 31 maja 2017 roku po zapoznaniu się z dokumentacją lekarską i aktami sprawy stwierdził, że kwalifikacja leczenia operacyjnego u powoda w dniu 14 lutego 2013 roku była właściwa. Jakość wykonanego zabiegu oraz podjęte metody i użyte materiały były prawidłowe. W ocenie biegłego proces leczenia powoda przebiegał prawidłowo. Zdaniem biegłego, placówka (...) przeprowadzająca zabieg operacyjny dokonała prawidłowych kwalifikacji co do leczenia jak i zespolenia złamania. Długość gwoźdźcia była dobrana wystarczająco do stabilizacji odłamów. Biegły wskazał, iż niedopatrzaniem pozwanej placówki było rozważenie szybszej dynamizacji tego zespolenia aczkolwiek nie stanowi to błędu w sztuce lekarskiej. Taką decyzję podejmuje indywidualnie prowadzący lekarz w tym przypadku ortopeda w zależności od przebiegu klinicznego. W ocenie biegłego nastąpiło powikłanie, a nie błąd w sztuce lekarskiej ani zaniedbanie ze strony placówki leczącej. Wykonanie zabiegów w (...) było najbardziej zasadne. Wykonano reoperację i ostéotomie kości podudzia.

dowód: opinia biegłego A. K. z dnia 7 czerwca 2017 roku.

W opinii uzupełniającej z dnia 18 września 2017 roku biegły wskazał, że w przypadku powoda okres podjęcia decyzji o kolejnych operacjach był za długi. Zdaniem biegłego na wizycie, na której był powód celem usunięcia gwoźdźcia powinna być decyzja o operacji. Biegły nie wskazał, czy zasadne było skierowanie powoda do szpitala publicznego, od 8 do 12 tygodniu w przypadku kiedy wykonuje się dynamizację po operacji.

dowód: uzupełniająca ustna opinia biegłego A. K. z dnia 18 września 2018 roku.

Kolejno w opinii z dnia 4 marca 2018 roku po analizie przedstawionej dokumentacji biegły stwierdził, że zabieg operacyjny przeprowadzony u powoda z dnia 14 lutego 2013 roku został wykonany prawidłowo. Długość gwoźdźcia była wystarczająca. W ocenie biegłego zastosowane leczenie operacyjne stwarzało szansę na uzyskanie zrostu poprzez uzyskanie stabilnego, osiowego ustawienia odłamów. Niestety do zrostu nie doszło, albowiem złamanie miało charakter wieloodłamowy dwupoziomowy, a w przypadku takiego złamania doszło u powoda do powstania zaburzeń zrostu, szczególnie na wysokości szczeliny położonej dystalnie. Zdaniem biegłego słusznie po 5 miesiącach zaproponowano powodowi reoperację i restabilizację złamania. Z dokumentacji jednak nie wynika dlaczego ta operacja (ponownej stabilizacji) nie została wówczas wykonana. Wobec uszkodzenia materiału zespalającego i wobec braku zrostu słuszne było wykonanie reoperacji u powoda w dniu 1 lipca 2014 roku w (...).

dowód: opinia biegłego M. G. z dnia 4 marca 2018 roku.

W opinii uzupełniającej biegły sądowy podtrzymał poprzednio wydaną opinię. W ocenie biegłego wcześniejsza dynamizacja mogłaby by spowodować przyspieszenie zrostu. Powodowi proponowano operację stabilizację płytkami LIS. Zastosowanie płytek mogłoby przyspieszyć zrost. Z dokumentacji nie wynika dlaczego ta operacja nie została wykonana. Zdaniem biegłego można uznać to za błąd.

dowód: uzupełniająca ustna opinia biegłego M. G. z dnia 24 września 2018 roku.

W początkowym okresie pooperacyjnym powód potrzebował wsparcia rodziny i najbliższych. Nie mógł obciążać chorej nogi – mógł stać tylko na jednej nodze. Po złamaniu gwoźdźcia powód odczuwał ból, nie wiedział co się dzieje. Został skierowany do szpitala. Również po złamaniu gwoźdźcia potrzebował pomocy osób trzecich. Pomoc osób trzecich polegała na ubieraniu. Głównie pomagała powodowi żona. Powód od stycznia 2012 roku pełnił funkcję prezesa zarządu. W czerwcu 2013 roku musiał zrezygnować ze stanowiska z w/w stanowiska i przeszedł do rady nadzorczej. Wynagrodzenie powoda z poziomu (...) złotych zmniejszyło się na kwotę (...) złotych. Następnie wobec braku zrostu kości powód kolejną operację odbył w lipcu 2014 roku w klinice (...). Około 10-11 miesięcy zajęło powodowi dojście do optymalnego stanu zdrowia. Po drugim zabiegu był na zwolnieniu przez 8 tygodni. Koszt operacji wyniósł łącznie 29.050 złotych. Powód ma zanik mięśni, jednak jest w stanie normalnie funkcjonować. Przed wypadkiem biegał, jeździł na nartach. Obecnie tego nie robi. Aktualnie stan zdrowia powoda jest bliski temu stanu sprzed operacji. Jednak powód jest ograniczony w realizacji swoich pasji np. bieganie. Odczuwa ból w czasie biegania. Na chwilę obecną powoda czeka jeszcze jeden zabieg polegający na usunięciu gwoźdźcia.

dowód: zeznania powoda (protokół rozprawy) – k. 597-599, kosztorys – k. 99.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie całokształtu zebranego w sprawie materiału dowodowego, a w szczególności przeprowadzonych dowodów z dokumentów: karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 9 lutego 2013 roku – k. 52, zdjęcia rtg z dnia 12 lutego 2013 roku – k. 53-54, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 13 lutego 2013 roku – k. 56, karta informacyjna leczenia szpitalnego w (...)z 20 lutego 2013 roku – k. 57,58, zdjęcia rtg podudzia z dnia 16 lutego 2013 roku wraz z opisem badania – k. 59,60 , karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 1 marca 2013 roku - k. 65, opis badania rtg z dnia 1 marca 2013 roku – k. 66, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 15 marca 2013 roku – k. 67, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 12 kwietnia 2013 roku, opis badania rtg z dnia 12 kwietnia 2013 roku oraz zdjęcie rtg – k. 68-69, opis badania rtg z dnia 18 kwietnia 2013 roku – k. 70 oraz zdjęcie rtg, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 24 kwietnia 2013 roku – k. 71, opis badania rtg z dnia 24 maja 2013 roku oraz zdjęcia rtg- k. 72, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 24 maja 2013 roku –k. 73, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 19 lipca 2013 roku – k. 74, opis badanie rtg podudzia z dnia 19 lipca 2013 roku wraz z opisem badania – k. 77, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 14 sierpnia 2013 roku – k. 78, zdjęcia rtg podudzia z dnia 27 września 2013 roku- k. 79,80, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 27 września 2013 roku – k. 82, zdjęcia rtg podudzia z dnia 5 marca 2014 roku wraz z opisem – k. 83-85, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 5 marca 2014 roku – k. 86, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 7 marca 2014 roku – k. 87, zdjęcia rtg z dnia 13 czerwca 2014 roku wraz z opisem badania – k. 88-90, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 13 czerwca 2014 roku –k. 91, informacja o planowanym szczepieniu powód – k. 165, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 25 lipca 2013 roku – k. 166, karta wizyty ambulatoryjnej z dnia 25 marca 2014 roku – k. 174, opinia biegłego K. K. z zakresu ortopedii i traumatologii z dnia 31 grudnia 2015 roku, opinia biegłego A. K. z dnia 7 czerwca 2017 roku, uzupełniająca ustna opinia biegłego A. K. z dnia 18 września 2018 roku, opinia biegłego M. G. z dnia 4 marca 2018 roku, uzupełniająca ustna opinia biegłego M. G. z dnia 24 września 2018 roku oraz zeznania powoda.

Stan faktyczny w niniejszej sprawie wynikający z dokumentów był co do zasady bezsporny pomiędzy stronami. Strony zaś wywodziły na jego podstawie odmienne wnioski. Co do zasady żadna ze stron nie kwestionowała autentyczności dokumentów. Dokumenty zgromadzone w sprawie Sąd uznał za wiarygodne, gdyż nie były kwestionowane przez strony, a Sąd nie znalazł podstaw, by podważyć ich wiarygodność z urzędu.

Jeżeli chodzi o dowody osobowe w postaci zeznań strony powodowej, celem ich przeprowadzenia było ustalenie wszystkich okoliczności, jakie towarzyszyły hospitalizacji powoda w pozwanym szpitalu, w tym ustalenie przebiegu leczenia powoda. Sąd dał wiarę zeznaniom strony powodowej bowiem pokrywały się z zebrany w sprawie materiałem dowodowym.

W zakresie oceny wiarygodności opinii sporządzonych przez biegłych wskazać należy, iż opinia biegłego podlega ocenie, jak każdy inny dowód, według art. 233 §1 k.p.c. Jak zwrócił uwagę w swym orzecznictwie Sąd Najwyższy opinię biegłego odróżniają kryteria tej 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 przedstawianie faktów, lecz ich ocena na podstawie wiedzy fachowej (wiadomości specjalnych). Nie podlega ona zatem weryfikacji, jak dowód na stwierdzenie faktów, na podstawie kryterium prawdy i fałszu; nie są też miarodajne dla oceny tego dowodu niekonkurencyjne z nim oceny świadków i uczestników postępowania co do faktów będących przedmiotem opinii (tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64).

W wypadkach opinii biegłego, gdy w grę wchodzi wiedza specjalistyczna, kontrola wiarygodności opinii i wypowiedzi biegłego jest utrudniona. Dokonując oceny Sąd kontroluje wnioski i wywody opinii pod kątem widzenia ich zgodności z zasadami logiki, poziomu wiedzy biegłego, sposobu motywowania stanowiska, podstaw opinii (powoływania się na piśmiennictwo i inne źródła, stosowania konkretnych metod badawczych). Zdaniem Sądu należy podkreślić, iż nie jest wadą opinii biegłego przedstawienie kilku możliwych wersji zdarzenia. W myśl bowiem stanowiska judykatury, czyni zadość obowiązkowi biegłego wskazanie przez niego stopnia prawdopodobieństwa, jeżeli ze względu na nieustalenie wszystkich istotnych okoliczności faktycznych albo ze względu na aktualny stan wiedzy przedstawienie sądu kategorię jest niemożliwe (tak wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 lipca 1967 r., sygn. akt I PR 174/67, OSNC

1968, nr 2, poz. 26 oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 1972 r., sygn. akt II CR 470/72, LEX nr 7180). Ponadto okoliczność, że biegły w swej opinii ustosunkował się do różnych możliwych sytuacji i w zależności od tego, jakie ustalenia zostaną ostatecznie dokonane przez sąd, nie może być ujmowana jako wada opinii, a raczej jako jej zaleta (tak wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 1966 r., sygn. akt II PR 481/65, LEX nr 5927).

W niniejszej sprawie dopuszczony został dowód z opinii biegłych z zakresu ortopedii i traumatologii: K. K., A. K. i M. G.. Wnioski wynikające z dwóch wskazanych opinii są ze sobą zgodne. Sąd dał wiarę wszystkim opiniom sporządzonych przez biegłych, jednak oparł się na opinii uzupełniającej K. K. oraz opinii M. G.. Wynika z nich, iż niektóre etapy leczenia (kwalifikacja do dynamizacji) były podejmowane za późno oraz, że nie nastąpiła we właściwym czasie reoperacja a mianowicie - operacja stabilizację płytkami LISS.

### ***Mając powyższe na uwadze Sąd d zwa żył, co następuje:***

W toku procesu powód domagał się zasądzenia kwoty 129.050 złotych, na którą składają się: 29.050 złotych tytułem odszkodowania i 100.000 złotych tytułem zadośćuczynienia.

Na wstępie rozważań należy podkreślić, iż postawa osób występujących na drogę postępowania sądowego w celu dochodzenia roszczeń związanych z pogorszeniem stanu ich zdrowia jest w pełni zrozumiała. Każdy człowiek korzystający z pomocy lekarza liczy na to, iż jego stan zdrowia w wyniku podjętych przez profesjonalistę działań, diagnostyki czy zastosowanego leczenia będzie ulegał poprawie. Jednakże postępowanie sądowe charakteryzuje się określonymi regułami, mianowicie podnoszenie określonych twierdzeń wiąże się z obowiązkiem ich udowodnienia.

Punktem wyjścia do orzekania o zasadności dochodzonych przez powoda roszczeń jest ustalenie czy w pozwanym szpitalu doszło do stosowania metod diagnostycznych i leczniczych pozostających w opozycji do aktualnego stanu wiedzy oraz stanu zdrowia pacjenta, naruszenia wskazanych przez powoda dóbr osobistych, czy sprawcą naruszenia jest pozwany szpital oraz czy pozwany szpital przeprowadził prawidłowy tok leczenia.

Roszczenie przeciwko szpitalowi (...) powód uzasadniał tym, iż doszło jego zdaniem do naruszenia prawa polegającego na stosowaniu błędnych metod diagnostycznych i leczniczych. Powód upatruje winy w błędnym dobraniu gwoźdźcia jak również niewykonania reoperacji. Podstawą dochodzenia powyższego roszczenia są przepisy dotyczące odszkodowania oraz zadośćuczynienia, a więc art. 415 i nast. kodeksu cywilnego.

Zgodnie z art. 415 k.c. kto ze swej winy wyrządził drugiemu szkodę zobowiązany jest do jej naprawienia. Powyższy przepis określa ogólną regułę dla odpowiedzialności za szkodę, do której doszło wskutek zdarzeń nazywanych czynami niedozwolonymi (odpowiedzialność deliktowa). Do przesłanek odpowiedzialności deliktowej należą: zdarzenie, z którym system prawny wiąże odpowiedzialność na określonej zasadzie oraz szkoda i związek przyczynowy między owym zdarzeniem a szkodą. Przy ustalaniu odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych znajdują zastosowanie przepisy ogólne dotyczące związku przyczynowego, szkody i sposobów jej naprawienia (art. 361-363 k.c.). Zgodnie z art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.

Polskie prawo cywilne przyjmuje rozwiązanie, zgodnie z którym zobowiązany ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa swego działania lub zaniechania. W doktrynie i orzecznictwie przyjmuje się obecnie konsekwentnie, że kryterium normalności odpowiada teorii adekwatnego związku przyczynowego. Dla teorii adekwatnego związku przyczynowego charakterystyczne jest zaś to, że wśród wszelkich warunków nastąpienia szkody przypisuje ona prawną doniosłość tylko tym, które zwiększają możliwość (prawdopodobieństwo). W chwili obecnej nie budzi wątpliwości, że normalny związek przyczynowy zachodzi nie tylko pomiędzy bezpośrednią przyczyną a szkodą, ale także pomiędzy przyczynami pośrednimi a badanym skutkiem. Co do zaś uzasadnienia istnienia normalnego związku przyczynowego między zaniechaniem a szkodą poprzestaje się zazwyczaj, zgodnie z poglądem orzecznictwa, na ustaleniach, że gdyby nie było zaniechania, to nie doszłoby do szkody bądź też, że zaniechanie stworzyło warunki umożliwiające powstanie szkody (za K. Pietrzykowskim, Komentarz do art. 361 k.c., C.H. Beck 2011).

Zgodnie z art. 363 § 1 k.c. naprawienie szkody powinno nastąpić, według wyboru poszkodowanego, bądź przez przywrócenie stanu poprzedniego, bądź przez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej. Jednakże gdyby przywrócenie stanu poprzedniego było niemożliwe albo gdyby pociągało za sobą dla zobowiązanego nadmierne trudności lub koszty, roszczenie poszkodowanego ogranicza się do świadczenia w pieniądzu. Przepis art. 415 k.c., dla przypisania odpowiedzialności deliktowej, wymaga nie tylko ustalenia bezprawności zachowania sprawcy, ale także jego winy, określanej subiektywną przesłanką odpowiedzialności. Chodzi o podmiotową niewłaściwość postępowania, ponieważ oceniane jest zachowanie szkodzące wyłącznie z uwagi na cechy podmiotowe sprawcy. Judykatura i doktryna dość powszechnie przyjmują tzw. normatywną koncepcję winy, uznającą winę za ujemną ocenę zachowania podmiotu, umożliwiającą postawienie mu zarzutu podjęcia niewłaściwej decyzji w danej sytuacji. Przypisanie winy polega więc na analizie, a następnie wyrażeniu dezaprobaty dla stanu przeżyć psychicznych sprawcy. Negatywna ocena konkretnego zachowania sprawcy jest następstwem zbadania sfery przeżyć podmiotu i konstatacji, że można mu postawić zarzut podjęcia w danej sytuacji niewłaściwej decyzji, ponieważ dopuścił się zachowania bezprawnego, umyślnie lub wskutek niedbalstwa, chociaż mógł zachować się inaczej. Dla przypisania niedbalstwa konieczne jest ustalenie, że w konkretnych okolicznościach danego przypadku sprawca mógł zachować się z należytą starannością (za A. Olejniczakiem, Komentarz do art. 415 k.c., LEX 2010). Przesłankami odpowiedzialności deliktowej są w świetle przywołanego przepisu wina, szkoda oraz związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zdarzeniem sprawczym wywołującym szkodę, a tą szkodą.

Art. 361 § 1 k.c. ujmuje związek między działaniem bądź zaniechaniem zobowiązanego a powstałym skutkiem w postaci szkody jako konieczną przesłankę odpowiedzialności odszkodowawczej.

Podstawą odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej określa art. 430 k.c., zgodnie z którym jeśli szkoda powstała wskutek działania lub zaniechania personelu medycznego, zakład leczniczy odpowiada za nią na zasadzie ryzyka z tytułu odpowiedzialności za podwładnych. Art. 444 § 1 k.c. stanowi, iż w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Zaś art. 445 § 1 k.c. stanowi, iż w wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Natomiast ochrony z tytułu naruszenia dóbr osobistych z art. 23 k.c. , czy też art. 24 k.c. w powiązaniu z art. 448 k.c. można domagać się tylko od osoby, która dopuściła się takiego naruszenia.

Wobec powołanych okoliczności faktycznych, należało się odnieść do tzw. odpowiedzialności za „błąd lekarski”. Jako błąd w sztuce medycznej (błąd medyczny, błąd lekarski, niepowodzenie w leczeniu) definiuje się takie działania lub zaniechania lekarza, które są obiektywnie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i praktyki z zakresu medycyny, tj. zachowania naruszające obowiązujące w konkretnym przypadku reguły postępowania zawodowego wypracowane na gruncie nauki i w praktyce.

Sąd Najwyższy zajął w tym przedmiocie następujące stanowisko: „uszkodzenia ciała, będące następstwami zabiegów leczniczych, a więc czynności zmierzających również do ochrony życia i zdrowia ludzkiego, pozbawione są cech materialnej bezprawności pod warunkiem dokonania zabiegu w sposób zgodny z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i sztuki lekarskiej” (tak w: wyroku z dn. 30 września 1960 r., II K 675/60); „błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym” (tak w: orzeczeniu z dn. 01.04.1955 r.; IV CR 39/54); „ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował lub mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej” (tak w: wyroku z dn. 08.09.1972 r.; I KR 116/72).

Doktryna i orzecznictwo rozróżniają trzy rodzaje błędów lekarskich: diagnostyczne, rozpoznania (prognozy) oraz terapeutyczne (lecnicze).

Z błędem diagnostycznym mamy do czynienia w sytuacji, w której lekarz - wskutek obiektywnie nieprawidłowego w świetle zasad medycyny postępowania - stawia niewłaściwą diagnozę. Błąd ten występuje w dwóch postaciach: błędu pozytywnego, tj. rozpoznania u pacjenta choroby, podczas gdy jest on zdrowy albo błędu negatywnego, czyli nierozpoznania choroby albo rozpoznania innej choroby niż ta, na którą pacjent rzeczywiście cierpi. Następstwa błędu diagnostycznego najczęściej ujawniają się w czasie stosowania terapii, chyba że w rezultacie popełnionego błędu lekarz zaniechał podjęcia jakiegokolwiek leczenia. Przykładowymi przyczynami popełniania błędów diagnostycznych są: pominięcie podczas wywiadu lekarskiego istotnych dla rozpoznania choroby pytań albo niezalecenie odpowiednich badań specjalistycznych; mylna ocena objawów obiektywnie wystarczających do postawienia trafnej diagnozy; zaniechanie weryfikacji wyników badań budzących uzasadnione wątpliwości.

Ściśle skorelowany z błędem diagnostycznym jest błąd rozpoznania (prognozy). Ten rodzaj błędu można zobrazować następującymi przykładami: wydanie przez lekarza zaświadczenia o częściowej niezdolności pacjenta faktycznie całkowicie niezdolnego do jej wykonywania albo przekazanie pacjentowi błędnych informacji na temat prognozowanego stanu zdrowia co prowadzi do jego załamania psychicznego i spowolnienia procesu leczenia.

Błąd terapeutyczny (lecniczy) jest natomiast popełniony w razie wyboru przez lekarza metody leczenia obiektywnie nieodpowiedniej dla danego przypadku z punktu widzenia medycznego. Błąd ten może być pierwotny, kiedy rozpoznanie było co prawda prawidłowe, ale dobrano niewłaściwą terapię albo wtórny, wówczas gdy jest następstwem błędnej diagnozy. Do kategorii błędów terapeutycznych zalicza się również błędy operacyjne.

Błędy lekarskie są w literaturze i orzecznictwie odróżniane od „zwykłych” zaniedbań (zaliczanych niekiedy do błędów technicznych lub organizacyjnych) mogących stanowić jedną z przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, a nie konkretnego lekarza. Za niedbalstwo nie będące błędem w sztuce medycznej uznaje się: nieprawidłowe wykonanie zastrzyku, zamianę leku, niewysterylizowanie narzędzi, transfuzję krwi niewłaściwej grupy, pozostawienie ciała obcego w polu operacyjnym, pomylenie pacjentów, przekroczenie czasu naświetlania promieniami Roentgena. Zaniedbania takie polegają na naruszeniu powszechnych reguł obligujących do starannego postępowania oraz zasad zdrowego rozsądku, więc żeby stwierdzić ich popełnienie nie potrzeba odwoływać się do specjalistycznej wiedzy medycznej. Wynikają one bowiem z niestaranności bądź braku umiejętności technicznych lekarzy lub personelu pomocniczego, a nie z pogwałcenia zasad wynikających z medycyny jako nauki i jej praktykowania.

Zaznaczyć trzeba, że popełnienie błędu medycznego nie jest wystarczającym warunkiem zaistnienia po stronie lekarza odpowiedzialności cywilnej. Osoba dochodząca renty, odszkodowania lub zadośćuczynienia musi ponadto udowodnić, że:

- 1) poniosła szkodę;
- 2) lekarz dopuścił się wobec niej błędu w sztuce medycznej, przy czym błąd ten musi być zawiniony, tzn. lekarz musi chcieć go popełnić albo popełnić błąd wskutek niedbalstwa lub lekceważenia ciężących na nim obowiązków;
- 3) pomiędzy szkodą, a działaniem lekarza zachodzi bezpośredni, adekwatny związek przyczynowy.

Aby roszczenia poszkodowanego były prawnie uzasadnione, wszystkie wymienione warunki muszą być spełnione kumulatywnie (łącznie).

Diagnozowanie a w konsekwencji leczenie pacjenta jest to złożony proces, w ramach którego na podstawie obserwacji w powiązaniu z wynikami badań, lekarz ustala jednostkę chorobową i metodę zwalczania lub przeciwstawienia się chorobie. Proces ten może być obciążony błędami z uwagi na złożoność funkcjonowania organizmu człowieka. Z błędem medycznym mamy do czynienia jedynie w sytuacji, gdy podczas procesu leczenia z winy personelu medycznego popełniono błąd, którego z uwagi na takie okoliczności jak: wiedza medyczna, diagnostyka, badania, doświadczenie nie powinno się popełnić.



Pojęcie bezprawności zostało zdefiniowane przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 lutego 2010 roku w sprawie V CSK 287/09. Pojęcie bezprawności należy rozumieć szeroko jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego; wśród nich mieści się przeprowadzanie zabiegów operacyjnych zgodnie ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny. Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 26 listopada 2009 roku w sprawie I Aca 653/09 uznał, że niewłaściwe dokonanie zabiegu lekarskiego jest zawsze bezprawne. W zasadzie lekarz, który działa zgodnie z zasadami medycyny oraz w celu wyleczenia pacjenta postępuje zgodnie z prawem i nie powinien obawiać się odpowiedzialności. Bezprawny jest bowiem tylko zabieg wykraczający poza zasady wiedzy i etyki lekarskiej.

Stosownie do treści art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. Zgodnie z § 2 przywołanego przepisu, jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. 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.

Krzywda polega na odczuwaniu cierpienia fizycznego (ból i innych dolegliwości) i psychicznego (ujemnych uczuć przeżywanych w związku z wypadkiem). Zadośćuczynienie pieniężne ma na celu przede wszystkim złagodzenie cierpienia osoby poszkodowanej, jest formą naprawienia krzywdy w ramach odpowiedzialności deliktowej.

Kodeks cywilny przyjął dualistyczną koncepcję winy, polegającą na tym, że wina łączy w sobie element obiektywny, tj. niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania, czyli każde zachowanie niewłaściwe, a więc niezgodne bądź z przepisami prawa przedmiotowego lub też - w stosunku do lekarza - naruszenie obowiązujących reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej i doświadczenia zawodowego lub też zachowania się sprzecznego z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia. Bezprawność zaniechania ma miejsce wówczas, gdy istniał obowiązek działania, występował zakaz zaniechania lub też zakaz spowodowania skutku, który przez zaniechanie mógłby być spowodowany. Element subiektywny winy wyraża się w niewłaściwym nastawieniu psychicznym sprawcy szkody w postaci umyślności lub nieumyślności, i może - w zakresie dotyczącym techniki medycznej wyrażać się w niewiedzy lekarza, nieostrożności w postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Zachowanie lekarzy czy też personelu medycznego musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Obowiązkiem całego personelu strony pozwanej jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta. Przypisanie winy wymaga określenia standardu poprawnego działania takiej struktury, który będzie miernikiem staranności, jakiej należy wymagać stosownie do art. 355 k.c. i porównaniu z tym standardem działań, które rzeczywiście miały miejsce (wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 29 września 2005r., I Aca 510/05, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2005 r., III CK 143/04). Należy brać pod uwagę, iż zachowanie lekarzy w rozważanej konfiguracji powinno badać się przez pryzmat obiektywnej bezprawności oraz subiektywnego zawinienia. Musi cechować się niedbalstwem, niewiedzą, niestarannością, nieuwagą, czy chociażby brakiem doświadczenia.

Błąd medyczny w prawie cywilnym rozumiany jest wąsko - jako postępowanie sprzeczne z zasadami wiedzy i nauki medycznej w zakresie dla lekarza dostępnym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54). Jest więc kategorią obiektywną, niezależną od indywidualnych cech czy zdolności konkretnego lekarza i od okoliczności, w jakich udziela świadczeń zdrowotnych.

Stosownie zatem do treści wskazanych przepisów, należało dokonać oceny w zakresie występowania przesłanek, jakie muszą być spełnione, aby można było w ogóle przyjąć istnienie odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego w niniejszej sprawie.

Wobec powyższego i w związku z zapisami ustawy cytowanej powyżej, zdaniem Sądu istnieją podstawy odpowiedzialności deliktowej pozwanego za szkodę poniesioną przez powoda, a tym samym podstawy do uznania odpowiedzialności pozwanego w trybie zadośćuczynienia. Postępowanie dowodowe poczynione przez Sąd wykazało, że postępowanie personelu medycznego pozwanego, podjęte czynności diagnostyczne były niewystarczające, obowiązującym stanem wiedzy medycznej lub cechowały się zaniedbaniami.

Wskazać należy, iż materiał dowodowy zgromadzony w sprawie, w tym zwłaszcza opinie biegłych wskazują, iż w niniejszej sprawie doszło do błędu lekarskiego.

Powód podnosi, iż w wyniku błędnego wykonania zabiegu stabilizacji złamanych kości i nieprawidłowego leczenia po operacji skutkujące brakiem zrostu, a także złamaniem śruby statycznej doszło do błędu medycznego. Należy jednak podnieść, z przeprowadzonych w sprawie opinii biegłych M. G. i K. K. wynika, że operacja w dniu 14 lutego 2013 roku została przeprowadzona pozytywnie. Biegli jednogłośnie uznali, że jakość wykonanego zabiegu oraz podjęte metody i użyte materiały były prawidłowe. W ocenie biegłych proces leczenia powoda przebiegał prawidłowo. Biegli wskazali, iż placówka (...)przeprowadzająca zabieg operacyjny dokonała prawidłowych kwalifikacji co do leczenia jak i zespolenia złamania.

Natomiast jak uznał biegły M. G. powodowi proponowano operację stabilizację płytkami LIS. Nie została ona jednak przeprowadzona. W ocenie biegłego wcześniejsza dynamizacja mogłaby by spowodować przyspieszenie zrostu. Z dokumentacji medycznej nie wynika dlaczego ta operacja nie została wykonana. Zdaniem biegłego takie działanie pozwanego można uznać to za błąd. Również biegły K. K. wskazał, że w przypadku powoda okres podjęcia decyzji o kolejnych operacjach był za długi. Zdaniem biegłego na wizycie na której był powód celem usunięcia gwoździa powinna być podjęta decyzja o operacji. Z dokumentacji medycznej z dnia 19 lipca 2013 roku wynika, że pozwany zalecił stabilizację płytkami LISS, lecz skierowanie do szpitala nie zostało wydane. Bowiem w rubryce skierowanie do szpitala widnieje krzyżyk w okienku ze słowem „NIE”. Skierowanie nie zostało wystawione. Pozwany jednak twierdzi, że powód został skierowany na operację, gdyż poddał się szczepieniu by przygotować się do operacji kończyny dolnej. Prawdą jest, iż powód szczepił się przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby. Jednak jak wynikało z dokumentacji medycznej przedłożonej przez pozwanego, w dniu 25 marca 2014 roku wobec problemów oddechowych stwierdzono u powoda skrzywienie przegrody nosowej. Powód poddał się szczepieniu, gdyż wiązało się z wcześniej planowaną operacją przegrody nosowej, a nie operacją kończyny dolnej. Operacja miała być przeprowadzona w placówce pozwanego.

Analiza zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, przede wszystkim zbieżne opinie biegłych, pozwalają na przypisanie pozwanej odpowiedzialności w niniejszej sprawie. Biegli uznali, iż pozwany nie dopełnił w całości swoich obowiązków, gdyż reoperacja powinna być przeprowadzona w odpowiedniej chwili (lipiec 2013 roku) bowiem to mogło zagwarantować powodowi prawidłowy tok leczenia. Do reoperacji nie doszło, bowiem pozwany nie skierował skutecznie powoda do szpitala celem jej przeprowadzenia.

Powód przeszedł dwie operacje. Wiązało się to z bólem i cierpieniem. W czynnościach dnia codziennego powód potrzebował także pomocy bliskich osób. Powód jest ograniczony w realizacji swoich pasji. Przed wypadkiem biegał, jeździł na nartach. Obecnie tego nie robi. Na chwilę obecną czeka jeszcze jeden zabieg polegający na usunięciu gwoździa. Ponadto powód musiał zrezygnować z piastowanego stanowiska, tym samym rozwój jego kariery uległ zmianie. Jego wynagrodzenie znacznie się obniżyło. W wyniku nieskierowania powoda w odpowiednim czasie na reoperacji powód kolejny zabieg odbył w lipcu 2014 roku w klinice (...), co wiązało się z cierpieniem i dodatkowymi kosztami. Koszt operacji wyniósł łącznie 29.050 złotych. Powód obecnie ma zanik mięśni, jednak jest w stanie normalnie funkcjonować.

W tym postępowaniu powód dochodzi wyrównania uszczerbku niemajątkowego w postaci krzywdy oraz odszkodowania z tytułu kosztów leczenia. Istnienie roszczenia zostało udowodnione przez powoda. Ponadto powód wykazał istnienie szkody oraz związek przyczynowy pomiędzy szkodą a działaniem pozwanego. Sąd uznał roszczenie powoda w zakresie odszkodowania w całości za zasadne ponieważ powód miał prawo wykonać zabieg reoperacji w placówce NFZ czy innej placówce. Miał prawo leczyć się gdzie chciał.

W kwestii zapłaty zadośćuczynienia Sąd uznał zasadnym roszczenie powoda w części. Ustalając kwotę zadośćuczynienia Sąd wziął pod uwagę, iż powód doznał wielu dolegliwości bólowych, brał silne leki przeciwbólowe, musiał przeorganizować swoje dotychczasowe życie. Ponadto nie może uprawiać sportu, który uprawiał przed wypadkiem. Powód udowodnił, iż poniósł uszczerbek fizyczny i psychiczny, potrzebował opieki bliskich osób, jak również zmienił ścieżkę kariery zawodowej.

Sąd oddalił roszczenie powoda w pozostałym zakresie co do pozostałej kwoty zadośćuczynienia i w kwestii ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość. W ocenie Sądu, powód nie udowodnił, że w przyszłości może doznać kolejnych dolegliwości czy szkód powstałych w wyniku błędnego działania pozwanego.

O kosztach procesu Sąd orzekł w oparciu o art. 100 kc. Powód wygrał niniejszy proces w zakresie wszystkich zgłoszonych roszczeń w 70%. Sąd szczegółowe rozliczenie pozostawił referendarzowi sadowemu.

Mając powyższe na względzie orzeczono jak w sentencji wyroku.