

Sygn. akt XXV C 778/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 października 2019 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie XXV Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	Sędzia SO Monika Włodarczyk
Protokolant:	sekretarz sądowy Małgorzata Żaczekiewicz

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 16 października 2019 r. w Warszawie

sprawy z powództwa **A. L.**

przeciwko **Szpitalowi (...) (...) Zakładowi Opieki Zdrowotnej w W.**

o zapłatę

1. oddała powództwo;
2. zasądza od powódki A. L. na rzecz Szpitala (...) (...) Zakładu Opieki Zdrowotnej w W. kwotę 14 610,20 zł (czternaście tysięcy sześćset dziesięć złotych dwadzieścia groszy) tytułem zwrotu kosztów procesu w tym kwotę 14 400,00 zł (czternaście tysięcy czterysta złotych zero groszy) tytułem kosztów zastępstwa procesowego w sprawie;
3. nakazuje pobrać od powódki A. L. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie kwotę 3 793,35 zł (trzy tysiące siedemset dziewięćdziesiąt trzy złote trzydzieści pięć groszy) tytułem kosztów sądowych wyłożonych tymczasowo z sum budżetowych Skarbu Państwa.

Sygn. akt **XXV C 778/16**

UZASADNIENIE

Pozwem z 20 maja 2016 r. A. L. wystąpiła przeciwko Szpitalowi (...) (...) Zakładowi Opieki Zdrowotnej w W. o zapłatę kwoty 1 000 000,00 zł, w tym kwotę 47 602,74 zł tytułem odszkodowania oraz kwotę 952 397,26 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Uzasadniając swoje roszczenie strona powodowa wskazała, iż wynika ona ze szkody osobowej powstałej u powódki na skutek nieprawidłowego leczenia podjętego przez pozwaną jednostkę ochrony zdrowia, w postaci aksonalnego uszkodzenia nerwów piszczelowego, strzałkowego i łydkowego. Operowana u pozwanego stopa zdaniem powódki zrosła się nieprawidłowo, tworząc narośl. Powódka wskazywała nadto na nieprawidłowe przeprowadzenie rehabilitacji, w trakcie której próbowano wymusić u powódki na siłę zgięcie lewej kończyny dolnej, znaczne, wielomiesięczne dolegliwości bólowe związane z samym procesem leczenia jak i rehabilitacji.

Strona powodowa dowodziła nadto, że przedłużający się stan niepewności związany z procesem leczenia i rehabilitacji doprowadził do pogorszenia się sytuacji materialnej powódki i jej rodziny, zmalały wpływy do domowego budżetu w związku z niemożnością podjęcia pracy. Począwszy od 18 sierpnia 2011 r. do lutego 2015 r. powódka nie wykonywała pracy zawodowej. W związku z tym powódka domaga się odszkodowania, na które

składają się koszty prywatnego leczenia i rehabilitacji; utrata dochodów w związku z brakiem możliwości wykonywania pracy; koszty pożyczek i kredytów, które powódka zmuszona była zaciągnąć celem pokrycia kosztów leczenia (pозew – k. 2-16; pismo procesowe z 15 czerwca 2016 r. uzupełniające braki formalne pozwu – k. 157-157v).

Pozwany ustosunkowując się do roszczeń powódki wnosił o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na swoją rzecz zwrotów kosztów postępowania według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego w wysokości dwukrotności stawki minimalnej, kwoty 17,00 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa oraz kwoty po 38,64 zł pomnożonej przez ilość rozpraw, w których udział weźmie pełnomocnik pozwanego.

Strona pozwana przed wdaniem się w spór co do istoty sprawy podniosła zarzut przedawnienia roszczenia odszkodowawczego oraz zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Niezależnie od zarzutu przedawnienia, pozwany wywodził, iż powódka nie wykazała przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej z tytułu błędu medycznego. Operacja powódki została przeprowadzona zgodnie ze sztuką lekarską, opieka pooperacyjna również została wykonana w prawidłowy sposób. Pozwany wywodził dodatkowo, iż powódka nie wykazała zasadności odszkodowania w dochodzonej kwocie zaś żądana kwota zadośćuczynienia jest nadmiernie wygórowana (odpowiedź na pozew – k. 191-206).

Strony w toku postępowania podtrzymały stanowiska procesowe, odnosząc się do zarzutów i twierdzeń przeciwnika (pismo procesowe powódki z 12 grudnia 2016 r. – k. 301-303; pismo procesowe pozwanego z 03 stycznia 2017 r. – k. 314-319).

Sąd ustalił, co następuje:

W dniu 18 sierpnia 2011 r. A. L. wychodząc w domu z wanny poślizgnęła się na śliskich kafelkach, upadając na kolano. Powódka została przetransportowana przez pogotowie ratunkowe do Szpitala (...) w W.. A. L. była hospitalizowana na oddziale chirurgii urazowo ortopedycznej w dniach 18 - 24 sierpnia 2011 r. z rozpoznaniem złamania rzepki lewej.

W dniu przyjęcia, wkrótce po przywiezieniu powódki do szpitala został wykonany zabieg w znieczuleniu miejscowym, polegający na repozycji i zespoleniu złamania popręgiem Webera. Złamanie zaopatrzone opatrunkiem jałowym i longetą tutorową biegnącą od pachwiny do kostki lewej kończyny dolnej. W kontrolnym badaniu RTG stwierdzono prawidłowe zespolenie kości i zalecono ćwiczenia izometryczne.

Powódka w trakcie pobytu w szpitalu otrzymywała leki przeciwbólowe i przeciwzakrzepowe. Ze względu na zgłaszany ucisk opatrunku gipsowego, w drugiej dobie pobytu w szpitalu, zostało wykonane nacięcie oraz poluzowanie gipsu. Powódka została wypisana do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym z zaleceniem elewacji chorej kończyny i stosowaniem leków przeciwbólowych w razie bólu oraz przeciwzakrzepowych raz dziennie. Polecono kontrolę w poradni urazowo ortopedycznej.

Zabieg z 18 sierpnia 2011 r. został przeprowadzony zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej z należytą starannością, zgodnie ze wskazaniami i aktualną wiedzą medyczną z zakresu ortopedii oraz neurologii. Postępowanie personelu pozwanego, po zabiegu, w tym zaopatrzenie

w opatrunek gipsowy, przypisywane leki oraz zalecenia były prawidłowe pod kątem wiedzy z zakresu ortopedii, neurologii, rehabilitacji (dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego z 18 sierpnia 2011 r. - k. 119; dokumentacja medyczna - k. 121, 123, 143-144, 245-262, 264-273; pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii M. G. – k. 594-602, pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii M. G. - k. 627-630, ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii M. G. - k. 707v-709; pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu neurologii T. Ł. – k. 683-701; ustna opinia uzupełniająca opinia biegłego sądowego z zakresu neurologii T. Ł. – k. 803-804; zeznania świadka P. T. - k. 448-449v – nagranie rozprawy 9 maja 2017 r.; zeznania świadka K. L. – nagranie rozprawy z 12 stycznia 2017 r. – k. 329-330; częściowo

wyjaśnienia w charakterze strony powódki A. L. – nagranie rozprawy z dnia 9 maja 2017 r. k. 449v-453; pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu rehabilitacji A. W. – k. 744-779).

Zgodnie z zaleceniami z dnia 05 września 2011 r. powódka zgłosiła się do (...) Szpitala (...), gdzie stwierdzono, iż rana została wygojona a gips był luźno założony. Zdjęto szwy oraz zmieniono opatrunek gipsowy.

16 września 2011 r. powódka zgłosiła się na SOR Szpitala (...), podając jako przyczynę wizyty ból lewej stopy. U powódki nie stwierdzono zaburzeń ukrwienia lub deficytów neurologicznych, gips nie uciskał lewej kończyny dolnej. Zalecono leki przeciwbólowe i wzmacniające.

21 września 2011 r. pozwany zdjął powódce opatrunek gipsowy. Wykonane badania wskazywały na prawidłowy stan kliniczny, postępujący zrost, zalecono rehabilitację. Powódka nadal skarżyła się na bóle stopy.

22 września 2011 r. powódka ponownie zgłosiła się na SOR Szpitala (...) zgłaszając ból stopy. Wykonane badania nie stwierdzały żadnych nieprawidłowości. W ramach konsultacji neurologicznej zalecono badanie EMG lewego podudzia oraz kontrolę z wynikiem badania (dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego z 22 września 2011 r. - k. 122; konsultacja neurologiczna z 22 września 2011 r. - k. 132; dokumentacja medyczna - k. 129, 239-244v, 274-274v, 435-437; pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii M. G. - k. 594-602, pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii M. G. - k. 627-630, ustna opinia uzupełniająca biegłego M. G. - k. 707v-709; pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu rehabilitacji A. W. - k. 744-779).

Następnie powódka zgłaszając utrzymujący się ból kolana oraz stopy podjęła leczenie neurologiczne. Wykonano badania sugerujące uszkodzenie aksonalne nerwów po stronie lewej. W wyniku konsultacji neurologicznej w dniu 29 września 2011 r. stwierdzono mononeuropatię kończyny dolnej, nieokreśloną. Dnia 12 października 2011 r. powódka zasięgnęła porady profesora A. G.. Zlecono badania w tym MR kręgosłupa lędźwiowego, USG i elektrostymulację w warunkach szpitalnych. Przypisano leki (dowód: konsultacja ortopedyczna z 29 września 2011 r. - k. 133-134; konsultacja ortopedyczna z 12 października 2011 r. - k. 135; pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii M. G. - k. 594-602, pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii M. G. - k. 627-630, ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii M. G. - k. 707v-709).

W okresie 12-28 października 2011 r. powódka wobec zgłaszanych dolegliwości bólowych, zwłaszcza stopy lewej oraz braku postępu rehabilitacji kolana lewego została przyjęta do Szpitala (...). Zastosowano rehabilitację, uzyskując 40* zgięcia kolana. Powódka nie zgadzała się na głębsze zgięcia kolana, wskazując na silny ból. Poza bólem odnotowano zburzenia czucia w obrębie stopy, podudzia, stawu kolanowego, krwiak w dole podkolanowym. Zalecono konsultację neurologiczną oraz badania neurofizjologiczne. W badaniu MR stwierdzono uszkodzenie nerwu piszczelowego lewego. W badaniu MRI wykonanym w dniu 12 października 2011 r. stwierdzono zmiany zwyrodnieniowe krążka miedzykręgowego L4-L5 wyrażone obniżeniem sygnału w obrazach T2-zależnych oraz obniżeniem jego wysokości, przepuklinę okrężną pierścienia włóknistego tego krążka, które powoduje zwężenie zachyłków bocznych z cechami modelacji korzeni nerwowych w ich obrębie, spłycenie lordozy, zmiany ogniskowe w trzonach L2 i L5 w typie haemangioma, zmiany zwyrodnieniowe-wytwórcze na krawędziach trzonów i w stawach miedzykręgowych trzonów L4 i L5, zniekształcenie blaszek granicznych trzonów o charakterze guzków Schmorla - stan po przebytej chorobie Scheuermanna. Przyczyną uszkodzenia nerwu piszczelowego i strzałkowego u powódki są najprawdopodobniej zmiany chorobowe na wysokości korzeni L4-S1 po stronie lewej kręgosłupa ewentualnie krwiak dołu podkolanowego, który był jednak niezależny od opieki w pozwanym szpitalu, a wynikał ze specyfiki anatomicznej doznanego przez powódkę urazu. Z prawdopodobieństwem granicznym z pewnością naruszenie nerwów piszczelowego i strzałkowego nie było wynikiem zabiegu z 18 sierpnia 2011 r. Dostęp chirurgiczny podczas operacji rzepki nie koliduje bowiem z nerwem piszczelowym i strzałkowym. Przyczyną braku oczekiwanych postępów w rehabilitacji może być tak zwany czynnik niezamierzony ze strony pacjenta (brak podatności organizmu powódki na zabiegi rehabilitacyjne, bardzo niski próg bólowy powódki).

Pozwany zaproponował powódce rehabilitację w ramach NFZ, konsultację ordynatorską, co spotkało się jednak z odmową powódki (dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego z 12 października 2011 r. - k. 120, 127; dokumentacja medyczna - k. 121, k. 213-222, k. 224-238, k. 263; k. 358-380, k. 438; k. 603A [w] koperta; k. 643; zeznania świadka A. B. – rozprawa 12 stycznia 2017 r. - k. 331v-332v - godz. 01:12:07, 01:30:12, 01:32:26; zeznania P. T. - rozprawa 9 maja 2017 r. - k. 448v-449v godz. 00:02:06, 00:20:35; pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii M. G. – k. 594-602, pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii M. G. - k. 627-630, ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii M. G. - k. 707v-709; pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu neurologii T. Ł. - k. 683-701; ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego lekarza neurologa T. Ł. - k. 803-804; pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu rehabilitacji A. W. - k. 744-779).

Powódka była ponownie hospitalizowana w szpitalu w O. w dniach 09-12 grudnia 2011 r. Wykonano redresję stawu kolanowego, uzyskując zgięcie 120 st. Wdrożono rehabilitację, a także ćwiczenia. Następnie powódka leczyła się w (...) w O.. W styczniu 2012 r. stwierdzono zgięcie 80 st., zlecono rehabilitację. W okresie 28 maja - 01 czerwca 2012 r. powódka przebywała w szpitalu w O., podczas którego to pobytu usunięto z lewego kolana popręg Webera.

Leczenie powódki po usunięciu popręgu Webera odbywało się w (...) w O.. W drugiej połowie czerwca 2012 r. powódka nadal zgłaszała dolegliwości bólowe lewej kończyny dolnej. W okresie 17-22 czerwca 2012 r. powódka przebywała na Oddziale Ortopedii i Chorób Zapalnych Narządu Ruchu w Szpitalu w O.. Do przyjęcia na Oddział doszło na skutek rozpoznania przykurczu wyprostnego lewego stawu kolanowego po operacyjnym leczeniu nawykowego zwichnięcia rzepki. Do drugiego epizodu zwichnięcia rzepki doszło w marcu 2012 r. Podczas leczenia w dniu 18 czerwca 2012 r. dokonano redresji lewego stawu kolanowego. Powódka została wypisana ze zgięciem kolana 40 st., w stanie dobrym z zaleceniem wykonywania stałych ćwiczeń stawu kolanowego (dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego w O. z 19 grudnia 2011 r. - k. 124, 381; karta informacyjna leczenia szpitalnego w O. z 01 czerwca 2012 r. - k. 148-149; karta informacyjna leczenia z okresu 7-22.06.2012 r. k. 125, dokumentacja medyczna – k. 126, 138-140, 145-147, 150-151; k. 352-353v, 381v-420v; częściowo zeznania świadka J. K. – rozprawa 12 stycznia 2017 r. k. 328v-329; pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii M. G. - k. 594-602, pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii M. G. - k. 627-630, ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii M. G. - k. 707v-709; pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu rehabilitacji A. W. - k. 744-779).

W 2013 roku po badaniu MR zdecydowano o konieczności leczenia kręgosłupa powódki. Operacja odcinka lędźwiowego odbyła się we wrześniu 2013 r.

Leczenie lewej kończyny dolnej, powódka kontynuowała w szpitalu w O.

w którym w dniu 21 października 2013 r. wykonano artroskopię operacyjną kolana lewego.

W rozpoznaniu wskazano chondromalację rzepki III/II st. (...) interponujący w (...) oraz fałd centralny błony maziowej, chondromalację przedziału przyśrodkowego I/II st, C. przedziału bocznego I st., zrosty wewnątrzstawowe w zachyłku nadrzepkowym, zapalenie i przerost błony maziowej (dowód: karta informacyjna za okres 21-25 października 2013 r. k. 141-142, 421, historia choroby k. 422-434).

W 2016 roku powódka przeszła drugą operację przepukliny odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Zmiany dyskopatyczne kręgosłupa powódki miały charakter samoistny, nie mają żadnego związku z urazem lewego kolana. Lekki stopień niepełnosprawności powódki jest wynikiem zmian dyskopatycznych kręgosłupa i chondromalacji rzepki w wyniku przebytego złamania. Sam zabieg z 18 sierpnia 2011 r. nie jest przyczyną lekkiej niepełnosprawności powódki (dowód: dokumentacja medyczna - k.136-140, k. 354v-355, k. 358-380v,; pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii M. G. - k. 594-602, pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii M. G. - k. 627-630, ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii M. G. - k. 707v-709; pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu neurologii T. Ł. - k. 683-701; ustna opinia uzupełniająca

T. Ł. - rozprawa 16 października 2019 r. - k. 803-804; pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu rehabilitacji A. W. - k. 744-779).

Powódka w następstwie złamania lewej rzepki odczuwała duże dolegliwości bólowe utrzymujące się przez kilka miesięcy. Przez około 1,5 miesiąca powódka nie mogła stanąć na lewej kończynie dolnej. Dolegliwości bólowe powódka odczuwała także w związku

z prowadzoną rehabilitacją (dowód: zeznania świadka K. L. – nagranie rozprawy z 12 stycznia 2017 r. - k. 329-330; zeznania świadka M. L. – nagranie rozprawy z 12 stycznia 2017 r. k. 330-331; wyjaśnienia powódki A. L. w charakterze strony - nagranie rozprawy z 9 maja 2017 r. - k. 449v-453).

Prywatna rehabilitacja podjęta przez powódkę miała uzasadnione podstawy medyczne, przyczyniła się do zachowania ruchomości stawu kolanowego. W związku z urazem rzepki lewego kolana powódka poniosła dodatkowe koszty prywatnego leczenia, rehabilitacji, konsultacji lekarskich w łącznej kwocie 1.860,00 zł (dowód: faktury i rachunki - k. 72-77; pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu rehabilitacji A. W. - k. 744-779).

Powódka przed urazem z 18 sierpnia 2011 r. była zatrudniona na stanowisku kasjera w (...) sp. z o.o. w wymiarze $\frac{3}{4}$ etatu uzyskując wynagrodzenie w wysokości około 1.500,00 zł brutto miesięcznie, dorabiając także jako kelnerka, barmanka w lokalach gastronomicznych. Na dochód gospodarstwa domowego składało się również wynagrodzenie za pacę męża w kwocie około 3.200,00 zł netto. Do momentu operacji kręgosłupa w 2013 r. powódka korzystała z zasiłku chorobowego w okresie od 18 sierpnia 2011 r. do 15 lutego 2012 r., zasiłku rehabilitacyjnego w okresie od 16 lutego 2012 r. do 9 lutego 2013 r., otrzymując świadczenia w wysokości około 1.200,00 – 1.300,00 zł miesięcznie.

Decyzją orzecznika ZUS z 21 marca 2013 r. powódka została uznana za osobę całkowicie niezdolną do pracy. W dniu 30 kwietnia 2013 r. pracodawca wypowiedział powódce umowę o pracę z uwagi na usprawiedliwioną nieobecność w pracy, orzeczenie niezdolności do pracy.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzją z 23 kwietnia 2013 r. odmówił przyznania powódce renty, ze względu na niedostateczną długość okresu składkowego.

Powódka od 2015 roku jest zatrudniona na stanowisku sprzedawcy w wymiarze $\frac{3}{4}$ etatu za wynagrodzeniem 1.500,00 zł brutto miesięcznie (dowód: świadectwo pracy - k. 91-92; zeznania PIT za lata 2013-2014 - k. 46-53; orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z 25.01.2012 r. k. 86, decyzja ZUS z 31 stycznia 2012 r. - k. 80-81; orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z 27 kwietnia 2012 r. k. 87, decyzja ZUS z 04 maja 2012 r. - k. 82-83; decyzja ZUS z 15 listopada 2012 r. - k. 84-85; decyzja ZUS z 21 marca 2013 r. - k. 88; rozwiązanie umowy o pracę z 30 kwietnia 2013 r. - k. 89; decyzja ZUS z 23 kwietnia 2013 r. - k. 90; porozumienie zmieniające warunki pracy z 29 czerwca 2015 r. - k. 45; zeznania świadka K. L. – nagranie rozprawy z 12 stycznia 2017 r. - k. 329-330; zeznania świadka M. L. – nagranie rozprawy z 12 stycznia 2017 r., k. 330-331; wyjaśnienia A. L.

w charakterze strony - nagranie rozprawy z 9 maja 2017 r. - k. 449v-453).

W spornym okresie powódka wraz z mężem, co pewien czas zaciągała zobowiązania kredytowe i pożyczki w bankach a także u rodziny i znajomych (dowód: umowa pożyczki z 26 czerwca 2014 r. - k. 21-35; umowa karty kredytowej z 12 lutego 2015 r. - k. 41-44; umowa pożyczki z 02 marca 2012 r. - k. 105-111; umowa pożyczki z 27 czerwca 2012 r. - k. 115-118; zeznania K. L. – nagrane rozprawy z 12 stycznia 2017 r. k. 329-330; zeznania świadka M. L. – nagranie rozprawy z 12 stycznia 2017 r. - k. 330-331; wyjaśnienia A. L. w charakterze strony – nagranie rozprawy z 9 maja 20-17 r. - k. 449v-453).

Powódka w dniu 08 stycznia 2014 r. wystąpiła do Sądu Rejonowego dla Warszawy – Żoliborza w Warszawie z wnioskiem o zawiązanie pozwanego do próby ugodowej w zakresie zapłaty kwoty 1 000 000,00 zł, w tym kwoty 100 000,00 zł tytułem odszkodowania oraz kwoty 900 000,00 zł tytułem zadośćuczynienia. Strony na posiedzeniu

pojedynczym w dniu 27 lutego 2015 r. nie zawarły ugody (dowód: wnioski - k. 5-6 załączonych akt I Co 81/14; oświadczenia złożone na posiedzeniu w dniu 27 lutego 2015 r. - k. 80 załączonych akt I Co 81/14).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie powołanych w treści uzasadnienia dokumentów urzędowych oraz prywatnych, złożonych w uwierzytelnionych odpisach oraz kopiach, których wartość dowodowa nie była podważana przez żadną ze stron. W ocenie Sądu

z uwagi na przedmiot sporu, wymagający przede wszystkim wiedzy specjalnej z zakresu medycyny, brak było uzasadnionych podstaw do zakwestionowania dowodów w postaci dokumentów.

Pochylając się nad zeznaniami przesłuchanych w sprawie świadków trzeba zaznaczyć, że w zakresie badania kluczowej dla rozstrzygnięcia, ewentualnej odpowiedzialności pozwanego miały one marginalny charakter, podobnie jak wyjaśnienia samej powódki złożone

w charakterze strony. Decydujące znaczenie miała bowiem w tej materii cała udostępniona dokumentacja medyczna, w tym wyniki badań obrazujących stan zdrowia powódki, której odczytanie i skonfrontowanie ze stanem obecnej wiedzy medycznej, zaleceniami i wzorami należytego postępowania, leżało w gestii biegłych sądowych, a nie świadków czy też jednostkowych opinii wydanych przez lekarzy specjalistów. O poprawności wywodów biegłych sądowych nie mogły decydować jednostkowe dokumenty takie jak zaświadczenie z 05 grudnia 2013 r. (k. 93-94) czy też zeznania świadka J. K. (k. 328v-329). Dowodem mającym wyjaśniać sporne okoliczności faktyczne, wymagające wiedzy specjalnej jest opinia biegłego sądowego odpowiedniej specjalizacji, nie zaś zaświadczenia wydawane na prośbę pacjenta, czy też zeznania świadków, chociażby świadkowie posiadali wiedzę medyczną. Biegli dysponowali całą dokumentacją medyczną powódki wraz z wynikami badań diagnostycznych, zapoznali się osobiście ze stanem zdrowia powódki, przeprowadzając nie tylko wywiad lekarski z powódką, ale także niezbędne do oceny zdrowia badania przedmiotowe. Z tego też względu Sąd włączył do podstaw rozstrzygnięcia zeznania świadków oraz powódki w charakterze strony, wyłącznie w zakresie w jakim wypowiadali się oni o poszczególnych faktach, zabiegach. Zeznana świadków oraz powódki w charakterze strony, w których padają opinie o charakterze medycznym, zostały w całości pominięte. Ostatnia uwaga dotyczy także twierdzeń powódki wedle której podczas zabiegu, operatorzy wymienili kilka zdań, które powódka odebrała jako dowód, że „coś poszło nie tak”. Pomijając brak możliwości zweryfikowania twierdzeń powódki (operator – świadek P. T. zaprzeczył aby podczas zabiegu coś poszło nie tak), wyniki badań diagnostycznych, specyfika spornego zabiegu, technika jego wykonywania, budowa anatomiczna, wyklucza w ocenie biegłych ortopedy oraz neurologa, aby operacja miała powikłania, w jej wyniku zostały uszkodzone nerw piszczelowy i strzałkowy w lewej kończynie dolnej powódki.

Sąd dał natomiast wiarę zeznaniom świadków K. L., M. L. oraz wyjaśnieniom samej powódki A. L. w charakterze strony opisujących natężenie bólu oraz okres jego odczuwania przez powódkę w następstwie złamania rzepki lewego kolana. Potwierdza je dokumentacja medyczna, w której treści odnotowywano wywiady lekarskie z powódką w chwili badania, a także wnioski wysuwane przez biegłych sądowych, w tym biegłą neurolog, wskazujących na bardzo niski próg bólowy u powódki (wniosek doprecyzowany na rozprawie w dniu 16 października 2019 r. k. 803v).

Mimo licznych zarzutów ze strony pełnomocnika powódki (vide: zastrzeżenia zawarte w piśmie z 27 lipca 2018 r. - k. 615-616v; zastrzeżenia zawarte w piśmie z 05 listopada 2018 r. - k. 641-642) kierowanych w stosunku do opinii biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii M. G., zważywszy na treść opinii pisemnej (k. 594-602), uzupełniających opinii pisemnej (k. 627-630) oraz opinii ustnej (k. 707v-709), Sąd nie znalazł absolutnie żadnych uzasadnionych, w świetle kryteriów wynikających z art. 233 § 1 k.p.c., podstaw mogących podważać ustalenia oraz wnioski tegoż biegłego. Pełnomocnik powódki próbując podważyć logiczne oraz prawidłowo uzasadnione ustalenia biegłego, powoływał fragmenty opinii pisemnych, wyprowadzając z nich wnioski mające świadczyć o wewnętrznej sprzeczności opinii, błędnych wnioskach biegłego. W świetle jednak całokształtu ustaleń biegłego, wydzwisku ocenianego opracowania specjalistycznego, kategorycznych i przekonywujących wyjaśnień na rozprawie w dniu 12 marca 2019 r., przyjąć należało, iż zastrzeżenia pełnomocnika powódki stanowią niczym nieuzasadnioną polemikę, w żaden sposób nie zakłócającą jednoznacznych i kategorycznych wniosków biegłego.

Sąd nie znalazł także jakichkolwiek uzasadnionych podstaw do podważenia przydatności w niniejszym postępowaniu opinii biegłej z zakresu neurologii (vide: opinia pisemna - k. 683-701; ustna opinia uzupełniająca - k. 803-804). Biegła sądowa na rozprawie w dniu 16 października 2019 r. ustosunkowała się do wszelkich zarzutów podnoszonych przez pełnomocnika powódki w stosunku do opinii pisemnej, wykładając w sposób logiczny przyczyny, dla których doszła do takich a nie innych wniosków, wskazując jednocześnie w świetle wyników rezonansu magnetycznego kręgosłupa powódki, najbardziej prawdopodobną przyczynę zgłaszanych dolegliwości zdrowotnych, aktualnego stanu zdrowia powódki.

W świetle jednoznacznych ustaleń biegłych sądowych z zakresu ortopedii i traumatologii, a także neurologii żadnych wątpliwości nie mogła budzić także opinia biegłego z zakresu rehabilitacji (k. 744-779), który potwierdził, iż proces leczenia rehabilitacyjnego podjęty przez pozwanego był jak najbardziej prawidłowy oraz adekwatny do doznanego przez powódkę urazu oraz czasu, w którym był realizowany.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo podlegało oddaleniu w całości.

Materialnoprawne podstawy wywiedzonego przeciwko pozwanemu powództwa stanowiły przepisy art. 444 § 1 k.c. oraz 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. w zw. z art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c.

Normy prawne wynikające z art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. znajdują zastosowanie w stosunku do odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, na rachunek którego lekarze zatrudnieni w tych jednostkach wykonują czynności medyczne (zob. m.in. wyrok SA we Wrocławiu z 02 marca 2012r., I ACa 123/12, Lex nr 1238466, wyrok SN z 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10, publ. OSNC z 2011 r. nr 10 poz. 16). Odpowiedzialność samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c. zachodzi wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie do wyrządzenia szkody doszło przez zawinione działanie lub zaniechanie personelu medycznego, istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą, przy czym do wyrządzenia szkody doszło przy wykonywaniu powierzonej czynności medycznej.

W powołanym świetle, nie można mieć wątpliwości, że pozwany ponosi, co do zasady odpowiedzialność na mocy art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. za działania i zaniechania personelu medycznego świadczącego usługi medyczne w pozwanej placówce ochrony zdrowia (posiada legitymację procesową bierną). W dalszej kolejności należało dokonać ustalenia, czy doznana przez powódkę szkoda i krzywda, jest wynikiem nieprawidłowego działania lub zaniechania pozwanego, a dokładniej rzecz ujmując personelu medycznego, za którego działania pozwany ponosi odpowiedzialność.

Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2019 r. poz. 537 j.t.) lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

O zawinięciu fachowego personelu medycznego 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 powinna wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Do obowiązków personelu medycznego należy bowiem podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażanie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia (zob. m.in. wyrok SN z 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09, Lex nr 786500601). Postępowanie odmienne określane jest jako błąd lekarski (błąd w sztuce medycznej).

W judykaturze dokonano rozróżnienia błędu w sztuce lekarskiej na błąd diagnostyczny (rozpoznania), błąd prognozy (rokowania) oraz błąd w leczeniu (terapeutyczny) (tak m.in. SN w wyroku z 24 października 2013 r., IV CSK 64/13, Lex nr 1413156).

Błąd diagnostyczny polega bądź na mylnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby, bądź częściej na nierozpoznanie rzeczywistej choroby pacjenta. W toku postępowania, w którym powód zarzuca popełnienie błędu diagnostycznego należy ustalić, czy błędne rozpoznanie było usprawiedliwione występującymi objawami, czy też wynikało z przyczyn zawinionych przez lekarza (np. nieprzeprowadzenie dodatkowych badań, mylnego odczytania wyniku badania, zaniechanie konsultacji z innym specjalistą). Mimo takiego błędu lekarz nie odpowiada, gdy przedsięwziął wszystko, co w danych okolicznościach było konieczne i możliwe, gdyż nie można od niego wymagać nieomyślności.

Błąd terapeutyczny zachodzi w przypadku niewłaściwej metody lub wadliwego sposobu leczenia. Błąd terapeutyczny może polegać także na przeprowadzeniu zabiegu pomimo istnienia w tym względzie przeciwwskazań lekarskich. Szczególną postacią błędu terapeutycznego jest tzw. błąd operacyjny, polegający na nieprawidłowym przeprowadzeniu zabiegu chirurgicznego. Tutaj także odpowiedzialność lekarza, a tym samym placówki medycznej zależy od możliwości postawienia mu zarzutu niewłaściwego postępowania w znaczeniu subiektywnego elementu winy.

Podsumowując powyższą część rozważań należy wyjaśnić, iż wysokie wymagania stawiane lekarzowi nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Dlatego stwierdzenie błędu lekarskiego wyczerpuje zasadniczo tylko obiektywny element winy (z tym zastrzeżeniem, że są takie kategorie błędu lekarskiego, które będą wystarczające dla stwierdzenia winy także w ujęciu subiektywnym). Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej. Odpowiedzialność lekarza, a tym samym placówki ochrony zdrowia powstanie zatem 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. Przy ocenie postępowania lekarza należy też mieć na względzie uzasadnione oczekiwanie nienarażania 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) (tak SN w uzasadnieniu wyroku z 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, Lex nr 1275006).

W kontekście zagadnień wstępnych, przed przystąpieniem do etapu subsumpcji ustalonego stanu faktycznego pod właściwe normy prawne, zwłaszcza wynikające z art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. wspomnieć wypada także o specyficznym dla procesów medycznych stopniu wykazania zasadności swoich twierdzeń przez stronę powodową. W judykaturze uznaje się, że granice wyznaczające możliwości dowodowe stron na płaszczyźnie art. 361 § 1 k.c. uwarunkowuje aktualny stan wiedzy medycznej. W konsekwencji nie wymaga się, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem personelu medycznego, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny, niebudzący jakichkolwiek wątpliwości. Wystarczający jest stopień prawdopodobieństwa wysoki, graniczący z pewnością (zob. wyrok SN z 06 listopada 1998 r., III CKN 4/98, LEX nr 50231).

Powódka odpowiedzialności pozwanego upatrywała przede wszystkim w nieprawidłowym przeprowadzeniu zabiegu medycznego w postaci repozycji i zespolenia złamania lewej rzepki poprzęgiem Webera, a następnie nieprawidłowo jej zdaniem przeprowadzoną pooperacyjną rehabilitacją.

Zdaniem strony powodowej w toku spornego zabiegu doszło do bliżej niesprecyzowanych nieprawidłowości, skutkujących zwiększonymi dolegliwościami bólowymi, wyższym stopniem ograniczeń ruchowych, dłuższym, kosztowniejszym i bardziej skomplikowanym procesem rekonwalescencji. W toku procesu wraz z kolejnymi opiniami

biegłych powódka doprecyzowała, że na skutek nieprawidłowo przeprowadzonego zabiegu operacyjnego, doszło do przerwania w lewej kończynie dolnej nerwu piszczelowego oraz nerwu strzałkowego.

Bazując na treści opinii biegłych sądowych, których ustaleń stronie powodowej nie udało się skutecznie podważyć, należy skonstatować, że z punktu widzenia aktualnej wiedzy medycznej, personel pozwanej placówki medycznej dokonał prawidłowego rozpoznania złamania rzepki lewej kończyny dolnej powódki, wdrożył właściwe leczenie oraz rehabilitację.

Postępowanie lekarzy na etapie wstępnego rozpoznania, zlecone badania, były w pełni prawidłowe, zważywszy na podawane przez powódkę okoliczności wypadku, wyniki wywiadu lekarskiego, badanie przedmiotowe kończyny oraz badanie RTG. Biegli ortopeda oraz neurolog zgodnie stwierdzili, że przy tego typu urazach, nie stosuje się bezpośrednio po wypadku, szczegółowych badań neurologicznych, badania USG. Tego rodzaju diagnostykę oraz leczenie wprowadza się dopiero gdy mimo prawidłowego zaopatrzenia ortopedycznego występują określone dysfunkcje, symptomy odbiegające od normalnych procesów regeneracji organizmu. Pierwszorzędną czynnością w przypadku braku wyraźnych i jednoznacznych przesłanek uszkodzenia nerwów (a te nie występowały), jest dokonanie zespolenia złamania, unieruchomienie kończyny, podanie leków łagodzących ból oraz leków przeciwzakrzepowych, w dalszej kolejności rehabilitacja.

Dokonana przez biegłych analiza dokumentacji medycznej, w tym przede wszystkim zdjęć RTG lewej kończyny dolnej powódki, wskazuje, że operacja została przeprowadzona prawidłowo, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną (procedurami) i zasadami sztuki lekarskiej (techniką chirurgiczną). Budowa anatomiczna kolana człowieka, specyfika spornego zabiegu,

w tym technika chirurgiczna, powodują, że operator posiadał dostęp do złamania wyłącznie „od czoła” kolana. To z kolei zważywszy na usytuowanie nerwów z boku i z tyłu kolana, sprawiało, że niemal niemożliwym jest aby do uszkodzenia nerwów strzałkowego i piszczelowego u powódki, doszło w wyniku zabiegu z 18 sierpnia 2011 r., który z punktu widzenia ortopedycznego i neurologicznego przeprowadzono prawidłowo.

Biegli wykluczyli także aby do uszkodzenia rzezonych nerwów doszło w następstwie nieprawidłowego zaopatrzenia złamania w opatrunek gipsowy. Po pierwsze z dokumentacji medycznej wynika, że stan kończyny powódki był stale monitorowany (w tym temperatura oraz wygląd). Po drugie na prośbę powódki dokonano poluznienia opatrunku gipsowego. Po trzecie rodzaj zastosowanego opatrunku gipsowego, uniemożliwiał ucisk gipsu w miejscu przebiegania spornych nerwów, tj. z boku oraz pod kolanem. Jak wskazał świadek P. T. kończyna powódki po zabiegu operacyjnym została unieruchomiona w tzw. longecie gipsowej, czyli łusce gipsowej, mocowanej do kończyny bandażem, która nie otaczała całej kończyny (godz. 00:02:36-00:20:28 k. 448v).

Opinia biegłego ortopedy oraz rehabilitanta nie dają także absolutnie żadnych uzasadnionych podstaw mogących świadczyć, iż podjęty przez pracowników pozwanego proces rehabilitacji, któremu została poddana powódka bezpośrednio po operacji, zalecenia medyczne odbiegały od przyjętych w medycynie standardów postępowania. Okoliczności sprawy wskazują z wysoką dozą prawdopodobieństwa, że brak uzyskiwanych zazwyczaj przy podobnych złamaniach postępów w leczeniu, w tym rehabilitacji może wiązać się z właściwościami samej powódki, w tym bardzo niskim progiem odczuwania bólu, a przez to niedostatecznym zaangażowaniem fizycznym w rekonwalescencję, wymagającą dla lepszych efektów określonych bodźców fizycznych.

Nadmienić także wypada, iż objawy występujące u powódki po wypisaniu ze szpitala do domu, nie miały związku z doznanym urazem, operacją bądź rehabilitacją. Biegła z zakresu neurologii stwierdziła, że pogorszenie się stanu zdrowia powódki, nie ma związku z przebytych urazem, lecz wynika ze zmian chorobowych powstałych w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Doznane złamanie oraz proces leczenia nie mają przy tym żadnego związku z tymi zmianami. U powódki nie stwierdzono bowiem skrócenia kończyny dolnej, co mogłoby poprzez nieprawidłowy chód wpływać na pozycję i obciążenie kręgosłupa. Według biegłego ortopedy podjęty proces leczenia spornego złamania dał bardzo dobre efekty jak na tego rodzaju uraz, co wyklucza zasadność zarzutów powódki zarówno co do rzekomych

nieprawidłowości w jej leczeniu przez pozwanego bezpośrednio po feralnym upadku, jak również ewentualny związek przyczynowy pomiędzy samym leczeniem a zmianami w odcinku lędźwiowym kręgosłupa powódki.

Mając powyższe na uwadze, wobec niewykazania przez powódkę przesłanek odpowiedzialności pozwanego, wywiedzione powództwo podlegało w całości oddaleniu.

W celu wyczerpania zarzutów podnoszonych w toku instancji należało odnieść się pokrótce do roszczeń powódki, przy hipotetycznym założeniu, iż dowiedziono przesłanki odpowiedzialności pozwanego wynikające z art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c.

Pozwany z ostrożności procesowej podnosił zarzut przedawnienia roszczeń powódki. Zważywszy na treść art. 442¹ § 1 k.c.; datę powstania szkody; zakres, datę oraz skutki (art. 123 § 1 pkt 1 k.c., 124 § 1 i 2 k.c.) wniosku o zawiązanie do próby ugodowej; datę wniesienia powództwa, należałoby stwierdzić, że przedmiotowy zarzut mógłby okazać się skuteczny

w zakresie roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, ponad kwotę 900.000,00 zł (co do kwoty 52.397,26 zł). Termin przedawnienia roszczeń powódki wynosił bowiem trzy lata od daty dowiedzenia się przez powódkę o szkodzie oraz podmiocie zobowiązanym do jej naprawienia. Jako początek biegu terminu przedawnienia należałoby przyjąć drugą połowę października 2011 r., kiedy to powódka odmówiła dalszego leczenia u pozwanego (rehabilitacji, konsultacji ordynatorskiej). Materialnoprawne skutki zawiązania pozwanego do próby ugodowej, odnosiły się natomiast wyłącznie do roszczenia odszkodowawczego w zakresie kwoty 100.000,00 zł oraz roszczenia o zadośćuczynienie w zakresie kwoty 900.000,00 zł. Skoro powódka na kanwie niniejszego postępowania dochodziła od pozwanego zapłaty kwoty 47.602,74 zł tytułem odszkodowania oraz kwoty 952.397,26 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, ze względu na upływ trzy letniego terminu przedawnienia należałoby przyjąć, że wobec zarzutu pozwanego roszczenie powódki zgodnie z art. 442¹ § 1 k.c. w zakresie zadośćuczynienia jest przedawnione, co do kwoty 52.397,26 zł (co do w/w kwoty nie doszło do przerwania biegu przedawnienia na skutek zawiązania do ugody).

Pochylając się nad samą wysokością żądanej kwoty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, w ocenie Sądu, mając na uwadze rodzaj doznanego uszkodzenia ciała przez powódkę, nawet przyjmując, iż kwestia odczuwanych dolegliwości bólowych, poczucia krzywdy, ma do pewnego stopnia charakter subiektywny, żądanie powódki należałoby uznać za nad wyraz wygórowane. Do uszczerbku na zdrowiu powódki doszło na skutek nieszczęśliwego wypadku, bez udziału jakichkolwiek osób trzecich. Z natury rzeczy uraz rzepki, prawidłowo prowadzony proces leczenia i rehabilitacji, niosą ze sobą określone dolegliwości bólowe, których natężenie może być różne w zależności od indywidualnej wrażliwości. Zasadniczym zarzutem powódki było twierdzenie, że podczas zabiegu operacyjnego doszło do uszkodzenia nerwów piszczelowego i strzałkowego lewej kończyny dolnej, co przekłada się na obecny stan zdrowia powódki. Nawet gdyby powódce udało się wykazać przedmiotową okoliczność, zdaniem Sądu nie uzasadniałoby to przyznania powódce zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na poziomie 900.000,00 zł. Uszkodzenie rzeczonych nerwów nie rzutuje aż tak daleko na dotychczasowy sposób życia i funkcjonowania powódki, aby uzasadniało to przyznania zadośćuczynienia na wnoszonym poziomie.

Obecne problemy zdrowotne powódki wynikają przede wszystkim z choroby kręgosłupa a nie złamania rzepki, nawet gdyby uznać, że w czasie operacji doszło do uszkodzenia nerwów piszczelowego i strzałkowego. W kontekście oceny rozmiaru krzywdy, przez pryzmat cierpień fizycznych, stopnia rozstroju zdrowia, zwrócić należy uwagę, że następstwem uszkodzenia wspomnianych nerwów (co należałoby traktować jako hipotetyczną szkodę wynikającą z błędu medycznego, a nie przebytego urazu) jest wyłącznie nieznaczne opadanie lewej stopy powódki. Uszczerbek na zdrowiu wynikający z tego stanu rzeczy nie jest wysoki (10% - k. 699), nie wpływa na dotychczasowy sposób życia powódki.

Z tytułu zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę wynikającą z rozstroju zdrowia, powódka wykazując podstawy odpowiedzialności pozwanego, mogłaby liczyć maksymalnie na zadośćuczynienie w wysokości 30.000,00 zł. Zdaniem Sądu byłaby to kwota odczuwalna ekonomicznie dla powódki, zważywszy na wysokość uzyskiwanych dochodów

w okresie przed wypadkiem, rekompensująca poczucie krzywdy związane z następstwami zdrowotnymi uszkodzenia nerwów piszczelowego i strzałkowego, nieprowadząca do nadmiernego wzbogacenia powódki.

Oceniając natomiast hipotetycznie roszczenie odszkodowawcze powódki, należałoby przyjąć, że nie zostało ono wykazane tak co do zasady, jak i wysokości. Powtórzenia wymaga, że jedynym możliwym następstwem błędu medycznego ze strony pozwanego, mogło być wyłącznie uszkodzenie nerwów piszczelowego i strzałkowego. Z punktu widzenia obrażeń ortopedycznych (a to one stanowiły główne źródło wydatków na leczenie i rehabilitację) proces leczenia zastosowany przez pozwanego, podjęta rehabilitacja były prawidłowe. Uzasadnione wydatki ponoszone przez powódkę na rehabilitację, konsultacje medyczne oraz leki wynikały z istoty doznanego urazu złamania rzepki, a nie uszkodzenia nerwów, na skutek rzekomego błędu medycznego pozwanego. W ocenie Sądu powódka nie wykazała aby pozostawały one w normalnym związku przyczynowym z uszkodzeniem nerwów piszczelowego i strzałkowego.

Nadmienić wypada także, iż wobec wyniku postępowania dowodowego, zasadność roszczenia odszkodowawczego w zakresie konieczności ponoszenia zwiększonych wydatków, zaciągania pożyczek, także budzi poważne wątpliwości. Dochody powódki w badanym okresie (a także gospodarstwa domowego) nie uległy znaczącej zmianie w porównaniu do stanu rzeczy przed wypadkiem. Powódce udało się wykazać, iż uprzednio osiągała miesięczne dochody na poziomie około 1.500,00 zł brutto (w części rzekomych dochodów z pracy dodatkowej, poza twierdzeniami, powódka nie wykazała ich wysokości). Z tytułu zwolnienia chorobowego, a następnie zasiłku rehabilitacyjnego, powódka osiągała miesięczny dochód na zbliżonym poziomie. Znamiennym pozostaje przy tym, że niezdolność do pracy wynikała ze złamania rzepki, a nie uszkodzenia nerwów piszczelowego i strzałkowego. Dalsze ograniczenia ruchowe, nieobecność w pracy, ograniczone możliwości zarobkowe były następstwem zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, przebytych operacji na kręgosłup. Z tych też względów uznać należało, iż powódka nie wykazała związku przyczynowo - skutkowego między uszkodzeniem wspomnianych nerwów a okolicznościami, z którymi wiązała powstanie szkody majątkowej.

W świetle powołanej argumentacji, roszczenia powódki podlegały w całości oddalaniu.

O kosztach postępowania orzeczono zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu wyrażoną w art. 98 § 1 i 3 k.p.c.

Na koszty poniesione przez pozwanego złożyła się opłata skarbową od pełnomocnictwa – 17,00 zł; koszty dojazdu pełnomocnika procesowego pozwanego na rozprawy w dniach: 12 stycznia 2017 r., 15 marca 2017 r., 09 maja 2017 r., 12 marca 2019 r., 16 października 2019 r. według stawki jednostkowej w wysokości po 38,64 zł, co daje kwotę 193,20 zł; koszty zastępstwa procesowego w stawce minimalnej 14 400,00 zł ustalonej na podstawie § 2 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. z 2015 r. poz. 1800) w zw. z § 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. z 2016 r. poz. 1668). Zważywszy na charakter procesu, opierającego się głównie na opiniach biegłych sądowych, co do których pełnomocnik pozwanego nie wnosił żadnych uwag, Sąd uznał, iż nie zachodzą uzasadnione przesłanki do przyznania pozwanemu kosztów zastępstwa procesowego w wysokości dwukrotności stawki minimalnej.

Skarb Państwa - Sąd Okręgowy w Warszawie wyłożył tymczasowo z sum budżetowych następujące kwoty: 16,84 zł (postanowienie z 26 października 2018 r. - k. 636); 97,14 zł (postanowienie z 05 kwietnia 2019 r. - k. 730); 1.505,09 zł (postanowienie z 05 kwietnia 2019 r. - k. 732); 2.975,08 zł (postanowienie z 05 września 2019 r. - k. 785). Łącznie 4 594,15 zł, minus niewykorzystana część zaliczki wniesionej przez powódkę w kwocie 800,80 zł (1.000,00 zł - 199,20 zł). Przedmiotowymi kosztami sądowymi w kwocie 3 793,35 zł Sąd obciążył powódkę na podstawie art. 113 u.k.s.c., w związku z przyjętą zasadą odpowiedzialności za wynik procesu (art. 98 k.p.c.).

Nadmienić należy, iż Sąd nie znalazł uzasadnionych podstaw do odstąpienia od obciążenia powódki kosztami procesu poniesionymi przez pozwanego oraz kosztami tymczasowo wydatkowanymi przez Skarb Państwa, ponad udzielone powódce zwolnienie od kosztów w zakresie opłaty sądowej od pozwu ponad 1.000,00 zł (postanowienie z 23 sierpnia

2016 r. - k. 170). Powódka reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika formułując roszczenie procesowe opiewające na kwotę miliona złotych, w niepewnym z istoty procesie medycznym, musiała się liczyć z możliwością przegrania procesu i związaną z tym zasadą zwrotu pozwanemu poniesionych przez niego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego oraz kosztów sądowych. Niesprzyjająca sytuacja materialna i zdrowotna powódki nie może uzasadniać formułowania w roszczeń, w nieprzemysłany i oczywiście wygórowany sposób, nawet przy hipotetycznym przyjęciu wystąpienia błędu medycznego po stronie pozwanego.

ZARZĄDZENIE

1. (...)