

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 28 sierpnia 2009 roku R. S. wystąpił przeciwko (...) Spółce Akcyjnej - Oddział w Ł. o zasądzenie:

- kwoty 19 000 złotych tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę,
- kwoty 1 000 złotych tytułem odszkodowania z tytułu zwiększonych potrzeb

wraz z odsetkami ustawowymi od dnia doręczenia odpisu pozwu pozwanemu do dnia zapłaty. Powód wniósł ponadto o zwolnienie od kosztów sądowych w sprawie w całości ustanowienie pełnomocnika z urzędu.

W uzasadnieniu złożonego pozwu powód wskazał, iż w latach 2002 – 2008 przebywał pod opieką Poradni Nefrologicznej przy Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł.. Stan zdrowia powoda sukcesywnie się pogarszał. We wrześniu 2008 roku w Szpitalu im. (...) w Ł. wykonano u powoda R. S. badanie za pomocą tomografu komputerowego jamy brzusznej, w którym wykryto lito-torbielowaty guz nerki prawej, w lewej nerce wykryto drobne torbielki, a w październiku 2008 roku w Wojewódzkim Szpitalu (...) usunięto powodowi prawą nerkę. Powód wskazał, że zaniedbania, do jakich doszło w Poradni Nefrologicznej przy Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł., a w szczególności niedołożenie należytej staranności doprowadziły do konieczności usunięcia nerki

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) Spółka Akcyjna - Oddział w Ł. nie uznał powództwa i wniósł o jego oddalenie w całości, jak również o zasądzenie kosztów procesu w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych. Pozwany podniósł, iż w latach 2002-2004 wykonano u powoda dwukrotnie badanie ultrasonograficzne, które nie wykazały występowania zmian o typie guza, natomiast do stwierdzenia w 2004 roku torbieli nerki w tych badaniach skierowano powoda do urologa. Rozmiar i zaawansowanie guza nerki u powoda wskazują, iż zmiany nowotworowe powstały około początku 2008 roku, a konieczność usunięcia nerki nie wynika z nieprawidłowości w procesie leczenia. Pozwany zakwestionował zasadność roszczenia powoda w zakresie zwiększonych potrzeb.

Sąd Rejonowy dla Łodzi Śródmieścia w Łodzi wyrokiem z dnia 16 października (...). oddalił powództwo powoda, odstąpił od obciążania powoda kosztami procesu i przyznał i nakazał wypłacić radcy prawnemu J. L. kwotę 2952zł tytułem wynagrodzenia za udzielenie powodowi pomocy prawnej z urzędu.

Sąd Rejonowy oparł swoje rozstrzygnięcie na następującym stanie faktycznym:

R. S. w 1984 roku przeszedł operację tętniaka tętnicy środkowej mózgu prawej i od tego czasu przebywa na rencie inwalidzkiej. Powód pozostaje pod kontrolą poradni neurologicznej.

R. S. w 2000 roku udał się do lekarza urologa z powodu pojawiającego się krwimocznu.

W dniu 24 czerwca 2002 roku powód otrzymał skierowanie do poradni nefrologicznej z uwagi na skazę moczanową. R. S. rozpoczął leczenie w poradni nefrologicznej Wojewódzkiego Szpitala (...) im. m. K. w Ł..

Wynik badania ultrasonograficznego przeprowadzonego w dniu 9 lipca 2002 roku został odnotowany w karcie choroby pacjenta w poradni nefrologicznej. Nerki o prawidłowej budowie bez cech zastojów, pęcherz bez zmian.

W dniu 12 sierpnia 2002 roku R. S. otrzymał od lekarza pierwszego kontaktu M. J. skierowanie do poradni nefrologicznej.

Od dnia 8 sierpnia 2002 roku R. S. rozpoczął przyjmowanie leku M. z uwagi na stężenie kwasu moczowego na poziomie 7,2mg/dl. Zalecono kolejną wizytę za 3 tygodnie wraz z wynikami zleconych badań – badaniem ogólnym moczu i poziomem kreatyniny.

W dniu 29 sierpnia 2002 roku podczas kolejnej wizyty w poradni nefrologicznej lekarz prowadzący odnotował w historii choroby, iż stan pacjenta był dobry, bez dolegliwości. Odnotowano wyniki zleconych uprzednio badań moczu (kwas moczowy – 7,4 mg/dl. Zlecono wykonanie badania kwasu moczowego i badania ogólnego moczu.

W okresie od 10 października do 20 października 2002 roku był hospitalizowany w Klinice (...) w Ł. celem zdiagnozowania i ustalenia źródła krwimoczku. Wykonano badanie cystoskopii, na podstawie którego stwierdzono drożność cewki, wolne ujścia, błonę śluzową bez zmian. Przeprowadzona urografia nie wykazała wówczas cieni złogów, wydzielanie obustronne w prawidłowym czasie i stężeniu, układ kielichowo-miedniczkowy w granicach normy, pęcherz moczowy bez zmian. W badaniu ultrasonograficznym stwierdzono, iż obie nerki nie wykazują cech kamicy i zastojów, nerka prawa wykazuje zmianę normoechogeniczną o średnicy 2 centymetrów i stercz 40 x 31 mm ze zwapnieniami. Wykonano wówczas u powoda badanie ct, na podstawie którego stwierdzono, iż w kontrastowym badaniu tomografu komputerowego jamy brzusznej, iż wątroba, trzustka, śledziona były jednorodne i nie były powiększone. PŻ i DŻ bez uwapnionych złogów, DŻ nieposzerzone. Miąższ obu nerek bez zmian ogniskowych z jednoczasowym i prawidłowym wzmocnieniem kontrastowym oraz symetrycznym i równoczesnym wydzielaniem moczu kontrastowego. Nerka prawa z cechami zdwojenia (...), (...) bez cech zastojów. Przestrzeń zaotrzewnowa bez cech adenopatii. Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej ukazało zrosty na zarysie przepony od przodu, pola płucne i cień serca w normie. Przeprowadzona diagnostyka pozwoliła na rozpoznanie u powoda krwimoczku niejasnego pochodzenia i przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego. Zastosowano leczenie zachowawcze i zalecono dalsze leczenie w poradni urologicznej.

R. S. podczas wizyty w poradni nefrologicznej w dniu 28 listopada 2002 roku podczas badania przedmiotowego wskazał na bóle rwące lewej ręki z drętwieniem, otrzymał skierowanie na badanie elektrokardiograficzne i do lekarza reumatologa. Kwas moczowy wynosił 6,3 mg%. Stan ogólny pacjenta dobry. Powód otrzymał skierowanie na badanie ogólne moczu, kreatyninę, kwas moczowy. Podczas wizyty w dniu 27 lutego 2003 roku powód nie zgłaszał dolegliwości. Poziom kwasu moczowego wynosił 5,7 mg/dl, kreatynina – 0,9 mg/dl, mocznik – 42,2. Badanie przedmiotowe pacjenta wykazało serce bez zmian, płuca – bez zmian, brzuch – bez zmian, pacjenta zanegował kamice. Zmniejszona została dawka leku M. R. (...) otrzymał skierowanie na badanie ogólne moczu i kwas moczowy. Następną wizytę winna się odbyć za 1,5 miesiąca. Podczas wizyty w dniu 15 maja 2003 roku powód przedłożył wyniki badania moczu, którego pH wynosiło 6,0, nie stwierdzono obecności białka w moczu, stwierdzono erytrocyty w moczu. Badanie kwasu moczowego we krwi wykazało 6,0 mg/dl. Badanie przedmiotowe pacjenta wykazało serce bez zmian, płuca – bez zmian, brzuch – bez zmian. Zalecono wykonanie badania ogólnego moczu i poziomu kwasu moczowego, następną wizytę została wyznaczona na wrzesień 2003 roku.

R. S. stawiał się w poradni nefrologicznej ponownie w dniu 18 września 2003 roku, nie zgłaszał wówczas dolegliwości. Poziom kwasu moczowego wynosił 5,8 mg/dl, pH moczu – 6,0. Badanie przedmiotowe pacjenta wykazało serce bez zmian, nieobecne obrzęki. Zalecono wykonanie badania ogólnego moczu.

W dniu 15 kwietnia 2004 roku powód R. S. został skierowany do poradni urologicznej.

Podczas kolejnych wizyt w poradni nefrologicznej zarówno na początku 2004 roku jak i w dniu 25 marca 2004 roku i w dniu 15 września 2004 roku R. S. nie zgłaszał dolegliwości. Powód miał zlecane wykonywanie badań laboratoryjnych: badania ogólnego moczu, poziomu mocznika, kreatyniny, badanie ultrasonograficznego gruczołu krokowego. W dniu 2 lutego 2005 roku podczas wizyty w poradni nefrologicznej odnotowano wynik badania usg - złogi w nerce, torbiel o średnicy 23 mm, nie stwierdzono obrzęków, przeprowadzone badanie przedmiotowe nie wykazało zmian.

Podczas kolejnych wizyt u lekarza nefrologa odbytych w dniach 4 maja 2004 roku, 2 listopada 2005 roku, w dniu 17 maja 2006 roku, a następnie w dniach 29 czerwca 2006 roku i 28 września 2006 roku powód nie zgłaszał dolegliwości. Nie stwierdzano obrzęków, ani innych zmian. Każdorazowa wizyta poprzedzona była skierowaniem na badanie ogólne moczu i określenie poziomu kwasu moczowego we krwi. Podczas wizyty w dniu 2 listopada 2005 roku odnotowano w karcie wyniki badań: kwas moczowy 6,9 mg%, obrzęki (-), RR 120/75 mm Hg, brzuch bez zmian. Podczas wizyty w

dniu 17.05.2006r. nefrolog odnotował: poziom kreatyniny - 0,9 mg%, kwasu moczowego - 6,4 mg%, mocznika - 30,0 mg%, obrzęki (-), RR 110/70 mm Hg.

Podczas wizyty w poradni nefrologicznej w dniu 29 czerwca 2006 roku lekarz odnotował wyniki badań wskazując: mocz 1020 g/l., białko (0), erytrocyty 8-12 wp.w.m.ś., obrzęki (-)...RR 110/70 mm Hg.

W dniu 21 grudnia 2006 roku powód ponownie otrzymał skierowanie na badanie ogólne moczu, kreatyninę i określenie poziomu kwasu moczowego we krwi. Odnotowane zostały wskaźniki zawarte na wynikach badań: mocz 1020 g/l., erytrocyty 18-20 w p.w.m.ś., obrzęki (-), RR 110/90 mm Hg. W dniu 22 marca 2007 roku R. S. nie zgłaszał lekarzowi nefrologowi dolegliwości, nie stwierdzono obrzęków, kwas moczowy wynosił 6,9 mg/dl, kreatynina 0,8 mg %, mocznik 28,3 mg% (dowód: dokumentacja medyczna – k. 27-36).

W dniu 14 września 2007 roku wizyta w poradni nefrologicznej odbyta została bez zgłoszenia przez powoda żadnych dolegliwości. Nie stwierdzono obrzęków, odnotowane zostały wyniki stężenia fosforanów i wapnia. Poziomom kwasu moczowego na dzień 21 listopada 2007 roku wynosił 5,7 mg/dl.

W dniu 20 marca 2008 roku powód ponownie zgłosił się do poradni nefrologicznej, przełożył wyniki badań, z których wynikało, iż poziom kwasu moczowego wynosił 6,3 mg/dl, nie było obrzęków, badanie przedmiotowe nie wykazało zmian, wpisano kod choroby „E-71”.

Kolejne wizyty w poradni nefrologicznej w dniach 19 czerwca 2008 roku i 3 września 2008 roku nie wykazały zmian. Wpis dotyczący wizyty powoda w gabinecie lekarskim w dniu 3 września 2008 roku zawierał ponadto nieczytelną adnotację „urografia (?), torbiel, guz?”

W dniu 1 września 2008 roku R. S. został przyjęty na Oddział II Kliniki urologii (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) im. m. K. w Ł. celem wykonania badania cystoskopii z uwagi na pojawianie się krwiomoczu nieznanego pochodzenia i torbieli obu nerek. Przeprowadzone badanie wykazało, że błona śluzową pęcherza moczowego jest bez zmian co pozwoliło na wykluczenie uchwytanych zmian patologicznych w obrębie pęcherza moczowego, które mogłyby stanowić przyczynę krwiomoczu. Po wykonaniu badania, tego samego dnia chory został zwolniony do domu.

Badaniem tomograficznym jamy brzusznej trójfazowym z dnia 19 września 2008 roku stwierdzono u R. S. w rzucie wątroby liczne ogniska hypodensyjne o gęstości płynu odpowiadające torbielom (największa w lewym płacie o średnicy 17 mm), śledzionę typowej wielkości o prawidłowej strukturze wewnętrznej, bez zmian ogniskowych. Pęcherzyk żółciowy typowej wielkości o cienkich ścianach, drogi żółciowe tak wewnątrz jak i zewnątrzwątrobowe nieposzerzone. Trzustka typowo położona o typowej strukturze zrazikowej. Nadnercza prawidłowej wielkości i kształtu. W rzucie nerki prawej na wysokości wnęki stwierdzono widoczne izodensyjne ognisko o średnicy około 25 milimetrów, uwypuklające zarys nerki. Po podaniu kontrastu zmiana ta uległa niejednorodnemu wzmocnieniu – lito-torbielowaty guz nerki. W dolnym biegunie nerki prawej widoczna jest torbiel o średnicy około 26 milimetrów i liczne drobne torbielki w korze tej nerki. W rzucie nerki lewej stwierdzono również drobne torbielki. Układy kielichowo-miedniczkowe nerek w granicach normy.

R. S. otrzymał w dniu 23 września 2008 roku skierowanie do szpitala na oddział urologiczny, uzgodniono termin przyjęcia na dzień 02 października 2008 roku. R. S. przebywał na Oddziale Urologii i Transplantacji N. Wojewódzkiego (...) w Ł. w okresie od dnia 02 października 2008 roku do dnia 09 października 2008 roku z rozpoznaniem guza nerki prawej. W badaniu podmiotowym podał, iż od czerwca 2008 roku nastąpił spadek masy ciała o około 9 kg, zawroty głowy, a także występujące od około roku stany gorączkowe.

Chory podczas pobytu na Oddziale Urologii i Transplantacji N. Wojewódzkiego (...) w Ł. został zakwalifikowany do nefrektomii, zabieg usunięcia nerki został wykonany w dniu 3 października 2008 roku.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Zalecono dalszą kontrolę w poradni urologicznej.

Badaniem biopsyjnym wycinka z usuniętej nerki prawej numer (...) przeprowadzonym w dniu 6 października 2008 roku rozpoznano u powoda R. S. nerkę 13 cm x 10 cm x 6 cm z guzem podtorebkowym o średnicy 2 centymetrów i torbielą retencyjną o średnicy 4 centymetrów. Rozpoznano C. renale clarocellulare 1^o wg F., stwierdzono, iż guz nie nacieka torebki włóknistej miedniczki ani struktur wnęki, ponadto torbiel retencyjna z naciekiem zapalnym z limfocytów na obwodzie torbieli, (...).

R. S. z uwagi na nieukładowe zawroty głowy w dniu 14 listopada 2008 roku został przyjęty do III Szpitala Miejskiego im. dr K. J. w Ł., gdzie przebywał do dnia 19 listopada 2008 roku. Wartości wskaźników wydolności nerek (stężenie kreatyniny w surowicy krwi=1,1 mg/dl, mocznika=6,0 mg/dl) oznaczone w dniu 17.11.2008r. mieściły się w granicach normy. Wartości te świadczą o zachowanej wydolności jedynej posiadanej nerki lewej.

W dniu 18 listopada 2008 roku wykonano u powoda na Oddziale Klinicznym Neurologicznym z pododdziałem chorób układu pozapiramidowego i udarowym III Szpitala Miejskiego im. dr K. J. w Ł. badanie tomografu komputerowego głowy.

W dniu 29 stycznia 2009 roku przeprowadzono w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł. badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej powoda, nie uwidoczniono litych ognisk opisywanych w badaniu CT.

Biegła z zakresu nefrologii prof. dr med. M. K. stwierdziła, iż powód R. S. był leczony w poradni nefrologii w latach 2002 – 2008, a na każdej wizycie przeprowadzano badanie przedmiotowe, mierzono ciśnienie tętnicze, oceniano wyniki badań pracownianych. Zlecane analizy były zasadne, zgodnie z otrzymanymi wynikami stosowano lek M., powód nie zgłaszał dolegliwości. R. S. miał wykonane badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej w 2005 roku i wówczas stwierdzono obecność torbieli oraz złożeń. Zdaniem biegłej wobec takiego wyniku należałoby badanie powtórzyć po upływie roku, natomiast guz prawej nerki wykryty w badaniu komputerowym w 2008 roku był tak małych rozmiarów, iż można z dużym prawdopodobieństwem domniemać, iż w badaniu usg jamy brzusznej wykonanym, np. w 2006 roku czy 2007 roku byłby niewykrywalny. Obecność drobnych torbieli w obu nerkach nie ma żadnego wpływu na funkcję nerek (stężenie kreatyniny w surowicy było cały czas prawidłowe). Nie ma żadnych możliwości zapobiegnięcia powstawaniu guza nerki bądź torbieli w nerkach. Chorobą przewlekłą R. S. była dna moczanowa, która była prawidłowo leczona, systematycznie wykonywano dodatkowe badania: stężenie kreatyniny w surowicy, stężenie kwasu moczowego, badanie moczu. Dna moczanowa wymaga ambulatoryjnej, okresowej kontroli, powód nie zgłaszał żadnych dolegliwości. R. S. był przyjmowany w poradni kilka razy w roku co stanowiło dostateczną kontrolę nad jego stanem zdrowia. Diagnostyka i leczenie nefrologiczne prowadzone w poradni nefrologicznej było prawidłowe i nie dopuszczono się błędów w sztuce lekarskiej.

Na podstawie analizy wypisów leczenia w poradni nefrologicznej nie można dopatrzeć się żadnych zaniedbań, powód był pod stałą rzetelną kontrolą. Wykonany zabieg nefrektomii był zabiegiem ratującym życie, wykonany był odpowiednio wcześnie dzięki czemu nie doszło do naciekania torebki nerki, moczowodu i sąsiednich tkanek. Usunięcie nerki przy prawidłowej funkcji nerki pozostałej nie stanowi zagrożenia życia i nie jest powodem niezdolności do pracy. Zabieg nefrektomii nie wiąże się z rozwojem cukrzycy i nadciśnienia tętniczego, szczególnie gdy te choroby nie występowały uprzednio u powoda.

Biegły z zakresu nefrologii dr n. med. P. D. po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną stwierdził, iż R. S. w 2000 roku był hospitalizowany w oddziale urologicznym, gdzie nie udało się ustalić przyczyny krwiomoczu, rozpoznano natomiast „przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego”. Kolejnym badaniem ultrasonograficznym, które zostało wykonane w dniu 9 lipca 2002 roku nie wykryto zmian patologicznych w nerkach.

R. S. w 2000 roku był hospitalizowany w oddziale urologicznym gdzie nie zdołano ustalić przyczyny krwinkomoczu, rozpoznano natomiast przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego. Kolejnym badaniem ultrasonograficznym, które zostało wykonane w dniu 9 lipca 2002 roku nie wykryto zmian patologicznych w nerkach. W następnych latach, w dalszym ciągu stwierdzano izolowany krwiomocz, pacjent nie zgłaszał żadnych dolegliwości ze strony układu moczowego. Wartości ciśnienia tętniczego krwi były prawidłowe, nie stwierdzono obrzęków obwodowych. Nigdy nie

wykryto białkomoczu, wydolność nerek była zachowana (wartości stężenia kreatyniny w surowicy krwi były zawsze prawidłowe). Zdaniem biegłego najprawdopodobniej przyjęto, że najbardziej prawdopodobną przyczyną izolowanego krwinkomoczu była dna moczanowa i z tego powodu pacjent był leczony farmakologicznie, przyjmował M. (lek obniżający stężenie kwasu moczowego) w programie przewlekłym, co pozwoliło uzyskać obniżenie stężenia kwasu moczowego w surowicy (obniżenie do wartości nie powodujących zmian patologicznych w ustroju). R. S. pozostawał pod okresową kontrolą poradni nefrologicznej, a wizyty u nefrologa odbywały się średnio co 2-6 miesięcy. W opinii biegłego, zakres wykonywanych badań kontrolnych (biorąc pod uwagę brak dolegliwości ze strony układu moczowego, prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego krwi, brak obrzęków obwodowych, brak białkomoczu oraz prawidłową wydolność nerek) był właściwy. Prawidłowe było również stosowane leczenie farmakologiczne, to jest stosowanie M., w programie przewlekłym, w celu uzyskania normalizacji stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi. Być może izolowany krwinkomoczu, o zmiennym nasileniu, mógł być spowodowany przewlekłym zapaleniem gruczołu krokowego (zapalenie to zostało rozpoznane w 2000r.). Również obecność niewielkich złogów w nerkach oraz dość dużej torbieli o średnicy 23 mm (jak w opisie USG dokonanym w dniu 02.02.2005r.) mogły powodować krwinkomocz. Zdaniem biegłego, pacjent nie musiał pozostawać pod okresową kontrolą nefrologa, bowiem w pełni wystarczyłyby okresowe kontrole w poradni internistycznej i/lub poradni lekarza rodzinnego. Biegły podkreślił, że powód R. S. został również skierowany do poradni urologicznej. Miało to miejsce w dniu 15.04.2004r. (według wpisu w dokumentacji z leczenia ambulatoryjnego).

Zakres analiz i badań koniecznych lub uzasadnionych, które były wykonywane w okresie obserwacji R. S. był właściwy. Biorąc pod uwagę brak dolegliwości dyzurycznych, prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego krwi, brak obrzęków, brak białkomoczu oraz prawidłową wydolność nerek, brak było wystarczających podstaw do rozszerzenia diagnostyki. Przewlekły stan chorobowy polegał na hiperurikemii, przewlekłym zapaleniu gruczołu krokowego oraz obecnością dość dużej torbieli w dolnym biegunie nerki prawej. Biegły zaznaczył jednak, iż hiperurikemia może być powodem powstawania w drogach moczowych złogów zbudowanych z kwasu moczowego oraz powodować uszkodzenie miąższu nerek. Czas trwania specjalistycznego leczenia obejmował okres od 2000 roku, poprzez rok 2008 (łącznie z okresem rehabilitacji po operacyjnym wycięciu nerki prawej), aż do chwili obecnej. W okresie obserwacji obejmującej lata 2002-2008 nie wystąpiły żadne istotne powikłania, do których dojść może w przebiegu hiperurikemii (powikłana kamica, ew. uszkodzenie miąższu nerek). Nie doszło również np. do samoistnego pęknięcia torbieli zlokalizowanej w dolnym biegunie nerki prawej. Jednak, biorąc pod uwagę opis badania histopatologicznego wyciętej nerki („torbiel retencyjna z naciekiem zapalnym z limfocytów na obwodzie torbieli”), należy rozpoznać stan zapalny w obrębie tej torbieli. Biegły zaznacza jednocześnie, że w dostępnej dokumentacji z leczenia ambulatoryjnego brak jest jakichkolwiek wpisów, które mogłyby świadczyć o zakażeniu torbieli nerki prawej, w tym wpisów dotyczących bólów nerki prawej, dolegliwości dyzurycznych, stanów gorączkowych, dreszczy oraz ropomoczu. Nie można w związku z tym wykluczyć, że stan zapalny torbieli nerki prawej przebiegał subklinicznie i nie powodował istotnych objawów.

Biegły nie był w stanie wyjaśnić istniejących rozbieżności pomiędzy wpisami w dokumentacji ambulatoryjnej dokonanymi w 2008 roku (brak dolegliwości, brak zmian w moczu) oraz wpisami dokonanymi w historii choroby z pobytu w oddziale urologicznym w dniach 02.10.-09.10.2008r. (w historii choroby odnotowano m.in.: „...Chory zgłasza spadek masy ciała o około 9 kg od 06.2008r...od około roku nawracające stany gorączkowe. Chory nie zgłasza dolegliwości.”). Biorąc jednak pod uwagę niewielki stopień zaawansowania raka nerki, biegły uważa, że ubytek masy ciała najprawdopodobniej nie był wywołany chorobą nowotworową. Biegły podkreślił, że torbiel średnicy 23 mm (brak określenia, w której nerce torbiel tę znaleziono - najpewniej chodziło o nerkę prawą) została wykryta już w 2005r. (według adnotacji z dnia 02.02.2005r.). „Późne wykrycie u powoda torbieli obu nerek” najprawdopodobniej wynika z „możliwości technicznych” aparatów diagnostycznych. Najczęściej torbiele są wykrywane metodą ultrasonograficzną, ponieważ jest to najczęściej stosowana metoda obrazowania narządów lub metodą tomografii komputerowej. Wykrycie torbieli powyższymi metodami jest możliwe, jeżeli torbiele są odpowiednio duże (> 5 mm średnicy).

Konieczność przeprowadzenia zabiegu nefrektomii u powoda nie wynikała z obecności torbieli w nerce prawej (ani tej jednej dużej w dolnym biegunie, ani tych licznych torbieli w korze nerki) lecz tylko i wyłącznie z obecności „lito-torbielowatego guza nerki”. Powstanie i rozwój guza nerki (raka jasnokomórkowego nerki) na wysokości wnęki

nerki, nie pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z obecnością torbieli w dolnym biegunie nerki prawej ani z obecnością drobnych torbieli w korze nerki. Nie można oczywiście wykluczyć (biorąc pod uwagę obecność kilku torbieli również w miększu wątroby), że u R. S. zaistniała kolejna patologia układu moczowego, to jest z jednym z rodzajów genetycznie uwarunkowanego wielotorbielowatego zwyrodnienia nerek. Biorąc jednak pod uwagę wielkość guza nerki, jego typ histopatologiczny, stopień zaawansowania, brak naciekania torebki włóknistej miedniczki nerkowej oraz struktur wnęki nerki, należy stwierdzić, że nowotwór został wykryty (badaniem metodą tomografii komputerowej) w stosunkowo wczesnym okresie. Zdaniem biegłego, gdyby badanie metodą tomografii komputerowej zostało wykonane np. 10-12 miesięcy wcześniej, to być może guz nerki nie zostałby jeszcze wykryty, ze względu na jego niewielkie rozmiary. Brak jest jakichkolwiek podstaw, aby przyjąć, że krwinkomocz izolowany wykrywany u powoda od 2000 roku, był objawem raka nerki prawej, który został wykryty w 2008r. Żadne postępowanie nie spowodowałoby „wyleczenia lub zalecenia stanu chorobowego, w tym uniknięcia zabiegu nefrektomii”. N. była konieczna ze względu na obecność guza nerki prawej, a nie ze względu na krwinkomocz (krwinkomocz jest objawem a nie chorobą), obecność dość dużej torbieli w dolnym biegunie nerki prawej, obecność drobnych torbieli w korze nerki, czy też hiperurikemii itp. Zdaniem biegłego nie można było zapobiec powstaniu guza podtorebkowego o średnicy 2 cm oraz torbieli retencyjnej 4 cm, bowiem żadne dostępne środki leczenia i diagnozowania nie stwarzały takiej szansy.

W ramach diagnostyki zdrowotnej przy schorzeniach nerek uzasadnione jest wykonywanie badań takich jak stężenie kreatyniny, USG jamy brzusznej, GFR - ocena wielkości filtracji kłębuszkowej, białek (albumin). Biegły zaznaczył, że wielkość filtracji kłębuszkowej (GFR) oblicza się w oparciu o wzory matematyczne (wzór C.-G. uwzględniający wiek, płeć, masę ciała i wartość stężenia kreatyniny w surowicy krwi oraz wzór (...) uwzględniający rasę, płeć, wiek, wartość stężenia kreatyniny w surowicy krwi oraz ewentualnie stężenia azotu pozabiałkowego / (...) / albumin w surowicy krwi). Praktycznie rzecz biorąc, do oszacowania wielkości GFR wystarczająca jest wartość stężenia kreatyniny w surowicy krwi, oznaczenie stężenia białka całkowitego i albumin w surowicy krwi nie było konieczne, choćby dlatego, że u powoda nigdy nie stwierdzano białkomoczu, w szczególności białkomoczu nerczycowego. Ze względu na wieloletnią bezobjawowy przebieg izolowanego krwinkomoczu (brak dolegliwości dyzurycznych, białkomoczu, nadciśnienia, pogarszania się wydolności nerek, uchwytnych ognisk zapalnych w ustroju) głównym postępowaniem pozostawała obserwacja pacjenta oraz okresowe wykonywanie badań dodatkowych, w takim zakresie, w jakim były one wykonywane. Wykonanie rozszerzonej diagnostyki (łącznie z diagnostyczną biopsją nerki) byłoby niezbędne w przypadku pojawienia się białkomoczu (zwłaszcza nerczycowego), nadciśnienia tętniczego, obrzęków obwodowych, wzrostu stężenia kreatyniny w surowicy krwi (spadku GFR), silnych bólów nerek typu kolki nerkowej (w celu wykluczenia np. kamicy) itp. U niektórych pacjentów wystarczające jest wykonywanie badań kontrolnych (np. badanie ogólne moczu, oznaczenia stężenia kreatyniny lub wykonanie badania USG) jeden raz w roku, u innych zaś co 3-6 miesięcy, u jeszcze innych co 1-3 tygodnie, a u kolejnych nawet co kilka godzin. Również zakres tych badań, zaczynając od badania ogólnego moczu, a kończąc na diagnostycznej biopsji nerki jest niezwykle szeroki, ponieważ liczba patologii układu moczowego jest bardzo duża oraz bardzo liczne mogą być wielonarządowe i ogólnoustrojowe powikłania w przebiegu chorób układu moczowego. Dlatego o zakresie badań każdorazowo decyduje lekarz specjalista nefrolog lub urolog.

Biegły specjalista nefrolog nie znalazł podstaw aby stwierdzić, że w zakresie powyższego leczenia dopuszczono się błędów w sztuce lekarskiej. Biegły nie podzielił stanowiska powoda, że „w zasadzie brak było diagnostyki”. Przemawiają za tym obserwacje oraz wyniki badań dodatkowych, które zostały wykonane w trybie szpitalnym i ambulatoryjnym. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002r. „w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego typu uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania” (Dz. U. 2002, Nr 234, poz. 1974), uszczerbek według pozycji 74 wynosiłby 35% („Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej”), jednak nie obejmuje wszystkich osób, które utraciły nerkę.

Zakres cierpień fizycznych był typowy dla chorych, u których wykonuje się zabiegi operacyjne. Niewątpliwie w pierwszych godzinach po „wybudzeniu” dominowały bóle w okolicy lędźwiowej prawej. Mogły one utrzymywać się przez okres nawet kilkunastu godzin. Należy jednak podkreślić, że u wszystkich pacjentów stosowane są leki

przeciwbólowe, w celu maksymalnego zmniejszenia tych bólów. W okresie kilku-kilkunastu dni istnieją pewnego typu trudności w poruszaniu się. Wynikają one zazwyczaj z nadmiernej obawy ze strony pacjenta, że „coś się może stać”. Przez okres 1-3 miesięcy przeciwwskazane było wykonywanie wysiłków fizycznych, między innymi po to, żeby nie dopuścić do odległych powikłań pooperacyjnych, jak np. powstania przepukliny w bliźnie pooperacyjnej. Niewątpliwie R. S. musi prowadzić oszczędzający i higieniczny tryb życia, przestrzegać zalecaną dietę i unikać używek. Konieczne są również okresowe kontrole w poradni urologicznej (ew. onkologicznej), w tym okresowe wykonywanie badań laboratoryjnych i badań obrazowych (badanie USG, ew. badania metodą tomografii komputerowej) narządów jamy brzusznej. Niewskazane jest uprawianie sportów ekstremalnych, ze względu na ryzyko urazów brzucha i możliwość urazu jedynej posiadanej nerki.

Biorąc pod uwagę dostępną dokumentację medyczną należy stwierdzić, że stan zdrowia powoda powinien być dobry i nie powinien powodować żadnych istotnych utrudnień życia codziennego. „wskazania czy usunięcie nerki może wiązać się z dalszymi urazami i wywołać konsekwencje zdrowotne w postaci cukrzycy lub nadciśnienia tętniczego (lub zwiększenia prawdopodobieństwa zachorowania na nie)”.

Usunięcie nerki „nie wiąże się z dalszymi urazami”. Brak jest jakichkolwiek postaw, aby uznać, że usunięcie nerki może „wywołać konsekwencje zdrowotne w postaci cukrzycy lub nadciśnienia tętniczego (lub zwiększenia prawdopodobieństwa zachorowania na nie)”. W opinii biegłego, brak jest związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nefrektomią wykonaną z powodu raka nerki a możliwością powstania cukrzycy czy nadciśnienia tętniczego.

Zdaniem biegłego lekarz przyjmujący pacjenta z krwimoczem powinien zlecić badanie moczu, krwi, jeżeli jest to krwimocz występujący pierwszy raz w życiu pacjenta, a dodatkowo posiew moczu, badanie ultrasonograficzne narządów jamy brzusznej z oceną układu moczowego. Badania takie winien zlecić lekarz, który nie bada pacjenta i nie zna dotychczasowego przebiegu choroby z zastrzeżeniem, że krwimocz jest objawem, a nie chorobą. (...) diagnostycznych jest bardzo dużo – łącznie z biopsją nerki. Badanie ultrasonograficzne nerki jest w stanie powiedzieć czy struktura nerki jest prawidłowa, jest to badanie przesiewowe, a nie wysokospecjalistyczne. Można także wykonać badanie tomografem komputerowym. Krwimocz może być objawem nowotworu, jest objawem wielu chorób układu moczowego i innych chorób ustroju, jednak może być także „fizjologicznym”, tzn. że może on występować u pacjenta zdrowego klinicznie, np. u sportowców. W objawach krwimoczem nowotworu możliwy jest niewielki odsetek.

W przypadku powoda R. S. nie ustalono przyczyn krwimoczem, albowiem pojawiłyby się podwyższone stężenia kwasu moczowego i zwiększonego wydalania go z moczem, torbiele nerek, duża torbiel, którą miał pacjent, zapalenie gruczołu krokowego, które także miał powód i rak nerki, którego rozpoznano u powoda w 2008 roku. Krwimocz u R. S. został po raz pierwszy wykryty w 2000 roku, czyli 8 lat przed rozpoznaniem raka nerki. Wcześniej były wykrywane patologie, czyli rak nerki był kolejną chorobą, przy której może występować krwimocz. Zdaniem biegłego krwimoczem to taki stan, gdy obecność odpowiedniej ilości krwi w moczu powoduje zmiany jego zabarwienia widoczne gołym okiem, a krwinkomoczem to zwiększona liczba krwinek czerwonych w osadzie moczu ponad przyjęte normy, tj. od 1 do 3 krwinek w polu widzenia. Te zmiany mogą mieć różne nasilenie i zmienny charakter. Okresowo może w ogóle nie być krwimoczem, okresowo może on być nasilony lub wystąpić krwinkomoczem. W latach 2007-2008 na obecnym etapie tym czasie powinno zostać wykonane badanie tomografem i ono zostało wykonane w 2008 roku. Zdaniem biegłego gdyby wykonać to badanie wcześniej to najprawdopodobniej obraz byłby prawidłowy, albowiem w 2008 roku wielkość guza wynosiła około 2 cm, był to guz mały. Bywają pacjenci, u których rozpoznaje się taki nowotwór przy średnicy 6-8 cm, czyli u powoda była to wczesna faza rozpoznania tego nowotworu. Zasadą jest, że w przypadku znalezienia patologii układu moczowego nerek, raz w roku winno się wykonywać badanie ultrasonograficzne. Niektórzy wykonują je raz na trzy lata i też można to uznać za prawidłowe przy stabilnym obrazie klinicznym. Ocena orientacyjna biegłego pozwoliła mu na stwierdzenie, że w 2008 roku guz mógł mieć 8-12 miesięcy z zastrzeżeniem, że metody obrazowe (np. tomograf) wykryją guz, gdy będzie on miał 1 centymetr., jednak nie wiadomo jak szybko guz urósł do 1 cm. Gdyby się rozkroiło nerkę, to być może znaleziono by komórki rakowe 2-3 lata wcześniej i wówczas należałoby usunąć tę nerkę, ale jak szybko rośnie ten sam typ guza u różnych pacjentów – tego nie wiadomo. Biegły nie był w stanie powiedzieć jakie badanie byłoby dokładniejsze aniżeli tomograf komputerowy. Objawy takie jak utrata wagi czy stany gorączkowe znalazły potwierdzenia w dokumentacji ambulatoryjnej, dokumentacja medyczna powoda

jest pobieżna. Przy tak niewielkim zaawansowaniu wielkości raka nerki nie naciekał z torebki nerkowej i miedniczki nerkowej był niewielki, nie występują objawy choroby nowotworowej uogólnionej, nie występują takie objawy jak utrata masy ciała. Utrata masy ciała u powoda mogła być spowodowana czymś innym. W poradni nefrologicznej było przeprowadzone badanie ultrasonograficzne, które nic nie wykazało w kierunku raka nerki. Zmiana stanu zdrowia jest możliwa w krótkim czasie.

Wojewódzki Szpital (...) w Ł. posiadał polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w pozwanym towarzystwie.

Powód R. S. zgłosił szkodę pozwanemu w dniu 02 stycznia 2009 roku, domagając się kwoty 60 000 złotych tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz kwoty 5 000 złotych z tytułu zwiększonych potrzeb. Szkada została zarejestrowana pod numerem (...).

Pozwany (...) spółka akcyjna w W. Oddział w Ł. nie uwzględnił żądań powoda i odmówił wypłaty.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie załączonych do akt dokumentów, w tym dokumentacji medycznej wskazującej na przebieg i wyniki leczenia powoda. Prawdziwość i wiarygodność tych dowodów nie była przez strony kwestionowana, nie budziły one również wątpliwości Sądu. Sąd w pełni wykorzystał dokumentację medyczną zarówno znajdującą się w aktach szkodowych pozwanego, jak i placówek medycznych przywołując je w szerokim zakresie w stanie faktycznym.

Bezspornym było w sprawie gdzie, kiedy i w jakich okolicznościach doszło do leczenia powoda w poradni nefrologicznej. Prawdziwość i wiarygodność tych dokumentów nie była przez strony kwestionowana, nie budziły one również wątpliwości Sądu.

Z uwagi na treść żądania pozwu pierwszorzędną kwestią sporną stało się ustalenie czy działania podjęte wobec powoda przez lekarza nefrologa w poradni nefrologicznej Wojewódzkiego Szpitala im. (...) w Ł. były prawidłowe, czy zlecał on wykonywanie niezbędnych badań diagnostycznych celem monitorowania stanu zdrowia powoda i czy sposób prowadzenia leczenia miał wpływ na późniejszy stan zdrowia powoda – a mianowicie na wystąpienie guza nerki prawnej, na skutek czego doszło do jej usunięcia. Sąd więc na wniosek powoda zasięgnął wiadomości specjalnych i dopuścił dowód z opinii biegłych lekarzy z zakresu chirurgii nefrologii – prof. dr med. M. K. i dr n. med. P. R.. Chronologicznie pierwsza z opinii wykonana przez biegłą sądową prof. dr med. M. K., została zakwestionowana przez powoda, który miał uwagi do wniosków w niej zawartych.

Wobec powyższego powód wniósł o uzupełnienie przez biegłą wydanej opinii, jednak z uwagi na utrudnienia z tym związane (z uwagi na zobowiązania zawodowe biegłej) wniósł o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego z zakresu nefrologii. Zgodnie z art. 286 k.p.c. Sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych.

Sąd uwzględnił powyższy wniosek i postanowieniem z dnia 11 stycznia 2012 powyższy wniosek uwzględnił.

Opinia sporządzona przez biegłego dr n. med. P. D. jest bardzo rzetelna, konsekwentna rzeczowa. Biegły w sposób kompleksowy odniósł się do zakreślonej tezy dowodowej, niezwykle wnikliwie omówił wszelkie kwestie związane ze sposobem leczenia powoda i jego aktualnymi schorzeniami, a ponadto niezwykle konkretnie wyraził swoje stanowisko. Zdaniem Sądu opinia tak (podobnie jak poprzednia sporządzona przez biegłą sądową prof. dr med. M. K.) jest niezwykle cennym źródłem wiedzy, stanowi w pełni przydatny dowód.

Nie sposób jednak pominąć, iż także w odniesieniu do tej opinii powód miał zastrzeżenia, bowiem jego zdaniem nadal istniały wątpliwości co do metod badawczych, diagnostycznych oraz możliwości wcześniejszego wykrycia schorzenia w konkretnych warunkach. W tym celu Sąd Rejonowy dopuścił dowód z opinii ustnej uzupełniającej, celem wypowiedzenia się przez biegłego na okoliczności podnoszone przez powoda w pismach procesowych. Biegły sądowy dr n. med. P. D. konsekwentnie bronił swojego stanowiska, w swojej opinii był kategoryczny, podtrzymał wszystkie dotychczasowe wnioski.

Punktem wyjścia do dalszych rozważań jest wskazanie, iż niezadowolony z treści opinii sporządzonej przez biegłego powód złożył wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii Instytutu z zakresu onkologii i nefrologii na okoliczności jak dotychczas zakreślone tezą dowodową. Powód zarzucił dotychczasowym opiniom nie odniesienie się do kwestii tempa narastania zmian nowotworowych, podczas gdy kwestia ta została omówiona przez oboje biegłych sądowych. Należy jednak wskazać, iż wnioski zawarte tak w opinii biegłej M. K. jak i biegłego P. R. nie usatysfakcjonowały powoda. Wniosek został więc złożony, co pozostawia poza zakresem badania Sądu kwestię rozważenia podjętej decyzji w aspekcie dopuszczenia przez Sąd dowodu z urzędu w oparciu o przepis 232 zdanie II k.p.c.

Podane uzasadnienie tego wniosku, *expressis verbis* wyrażone jako „niezadowolenie z opinii biegłego” istotnie samo w sobie, w świetle powszechnej w orzecznictwie wykładni, nie stanowi podstawy uwzględnienia wniosku. Jest, bowiem kwestią przesądzoną w orzecznictwie, w szczególności wielokrotnie podkreślaną przez Sąd Najwyższy w kolejnych orzeczeniach, iż samo niezadowolenie strony z opinii biegłego nie uzasadnia powołania innego biegłego. W odniesieniu do pierwszej opinii strona powodowa podniosła istotną wadę w opinii biegłego M. K., tj. jej niekompletność, a argument ten zasługiwał na uwagę. Opinia biegłej M. K. z uwagi na brak możliwości jej uzupełnienia, odniesienia się do kwestii budzących wątpliwości w ocenie powoda mogła wydawać się niepełna. Zasadnym było więc dopuszczenie kolejnej opinii biegłego tej samej specjalności. Utrwalony, niekwestionowany i wielokrotnie przywoływany przez Sąd Najwyższy w kolejnych judykatach jest pogląd stwierdzający, że w rozumieniu art.278 k.p.c. opinią biegłego jest tylko opinia złożona przez osobę wyznaczoną przez sąd w tej sprawie, który uprzednio wydał postanowienie w przedmiocie dopuszczenia tego dowodu i wyznaczonemu biegłemu określił przedmiot i granice, w jakich biegły ma się wypowiedzieć.

Ostateczną decyzję w kwestii dopuszczenia dowodu podejmuje Sąd, a potrzeba powołania biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy. W szczególności konieczność taka może być uzasadniona potrzebą wyjaśnienia istotnych, spornych okoliczności między stronami. Opinia przedstawiona przez drugiego z biegłych z zakresu nefrologii zawiera w ocenie Sądu, kompleksowe, fachowe i rzeczowe, a co najważniejsze - pełne ustosunkowanie się do zakreślonej tezy dowodowej. Biegły odniósł się więc nie tylko do kwestii zasadności zlecenia wykonania badań ale również wyraził swoją opinię na temat czy podjęte wobec powoda działania lekarskie były prawidłowe i czy miało jakikolwiek związek z powstaniem w późniejszym okresie u powoda guza nerki.

Biegły stanowczo wskazał, że powstanie i rozwój guza nerki na wysokości wnęki nerki, nie pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z obecnością torbieli w dolnym biegunie nerki prawej ani z obecnością drobnych torbieli w korze nerki. Biorąc pod uwagę wielkość guza nerki, jego typ histopatologiczny, stopień zaawansowania, brak naciekania torebki włóknistej miedniczki nerkowej oraz struktur wnęki nerki, biegły stwierdził, że nowotwór został wykryty (badaniem metodą tomografii komputerowej) w stosunkowo wczesnym okresie. Zdaniem biegłego, gdyby badanie metodą tomografii komputerowej zostało wykonane np. 10-12 miesięcy wcześniej, to być może guz nerki nie zostałby jeszcze wykryty, ze względu na jego niewielkie rozmiary. Brak jest jakichkolwiek podstaw, aby przyjąć, że krwinkomocz izolowany wykrywany u powoda od 2000 roku, był objawem raka nerki prawej, który został wykryty w 2008r. Żadne postępowanie nie spowodowałoby „wyleczenia lub zaleczenia stanu chorobowego, w tym uniknięcia zabiegu nefrektomii”. N. była konieczna ze względu na obecność guza nerki prawej, a nie ze względu na krwinkomocz (krwinkomocz jest objawem a nie chorobą), obecność dość dużej torbieli w dolnym biegunie nerki prawej, obecność drobnych torbieli w korze nerki, czy też hiperurikemii itp. Zdaniem biegłego nie można było zapobiec powstaniu guza podtorebkowego o średnicy 2 cm oraz torbieli retencyjnej 4 cm, bowiem żadne dostępne środki leczenia i diagnozowania nie stwarzały takiej szansy. Biegły specjalista nefrolog nie znalazł podstaw aby stwierdzić, że w zakresie powyższego leczenia dopuszczono się błędów w sztuce lekarskiej. W opinii biegłego, brak jest związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nefrektomią wykonaną z powodu raka nerki a możliwością powstania cukrzycy czy nadciśnienia tętniczego. Wszelkie wątpliwości odnośnie opinii zostały wyjaśnione w złożonej przez biegłego opinii ustnej, w konsekwencji czego nie zachodziła już w ocenie Sądu konieczność dalszego wyjaśniania w zakresie nefrologii czy onkologii kwestii objętych wiedzą specjalistyczną. Wnioski przedstawione w opinii pisemnej i ustnej biegłego P. D. są jasne, logiczne, stanowcze i nie pozostawiają żadnych wątpliwości. Biegły nie stwierdził błędu lekarski w postępowaniu lekarzy poradni nefrologicznej. Opinia jest pełna i kompletna. Przygotowując opinię biegły oparł się na

fachowej wiedzy naukowej w swojej dziedzinie, posiłkowała się także własnym doświadczeniem i wieloletnią praktyką zawodową, w tym sędowo-orzecznictwem. W związku z powyższym Sąd I Instancji wydając w sprawie rozstrzygnięcie w pełni mógł bazować na wskazanych opiniach biegłego. Strona powodowa wniosła także o dopuszczenie opinii instytutu na okoliczność jak dla biegłych z zakresu nefrologii, podnosząc iż biegli nie wskazali tempa narastania zmian nowotworowych. Ustosunkowując się do w/w wniosków Sąd Rejonowy zważył, że w myśl art. 286 k.p.c. Sąd może w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. W oparciu o przeprowadzoną opinię biegłego T. D., która charakteryzuje się kompletnością, stanowczością ocen, zgodnością z określoną tezą i nie pozostawia żadnych wątpliwości, Sąd I instancji uznał że stanowiące przedmiot sporu istotne kwestie zostały wyjaśnione w stopniu całkowicie przekonywującym Sąd, a tym wystarczającym dla wydania rozstrzygnięcia. W ocenie Sądu powód nie wskazał żadnych argumentów, jakie mogłyby zakwestionować powyżej wskazane cechy, którymi charakteryzuje się przedmiotowa opinia, a tym samym doprowadzić do jej podważenia. Kwestie, które miałyby stanowić przedmiot opinii zostały już wyjaśnione przez biegłych, nie ma żadnego powodu do tego ażeby przeprowadzać kolejny dowód z opinii tylko dlatego, że wnioski płynące w tych opiniach nie potwierdziły zarzutów powoda. Mając powyższe na względzie Sąd I instancji oddalił wniosek strony powodowej o dopuszczenie opinii z opinii instytutu

Sąd Rejonowy oddalając roszczenie powoda oparł rozstrzygnięcie na następujących rozważaniach:

Powód wystąpił z żądaniem w niniejszej sprawie w oparciu o twierdzenia, zgodnie z którymi w Poradni Nefrologicznej przy Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł. doszło do zaniedbań a w szczególności niedołożenie należytej staranności doprowadziło do konieczności usunięcia u R. S. nerki. Biorąc pod uwagę czasokres prowadzonego w poradni leczenia (od 2002 roku do 2008 roku) należy wskazać, iż powód zarzucił niepełną diagnostykę, której zaniedbanie doprowadziło do określonych skutków (guz nerki prawej).

Sąd I instancji wskazał, że odnośnie statusu prawnego szpitala, w którym miało miejsce leczenie powoda (w poradni nefrologicznej) w okresie od 2002 roku do 2008 roku w niniejszej sprawie znajdują zastosowanie przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (t.j.: Dz. U. z 2007 roku, nr 14, poz.89 ze zm.) - obowiązujące do dnia 30 czerwca 2011 roku. Od dnia 1 lipca 2011 roku status ten reguluje bowiem ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r., nr 112, poz. 654), która uchyliła poprzednią ustawę. W myśl regulacji obowiązującej w niniejszej sprawie, Zakłady te nie są jednostkami budżetowymi, lecz są samodzielne i we własnym imieniu występują w obrocie prawnym i same odpowiadają za własne zobowiązania, w tym także za szkody wyrządzone pacjentom. Placówka medyczna odpowiada więc za szkodę wyrządzoną wskutek wypadku mającego miejsce na jej terenie według ogólnych zasad prawa cywilnego. Od dnia 21 grudnia 1998 roku szpital z jednostki budżetowej Skarbu Państwa stał się Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej zarządzanym przez Samorząd Województwa (...). Wojewódzki Szpital (...) w Ł. jest Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej podległym Samorządowi Województwa (...).

Wojewódzki Szpital (...) w Ł. w dacie zdarzenia posiadał ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej na warunkach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia w (...) spółce akcyjnej w W. Oddział w Ł., a zgodnie z §2 ust 1 ogólnych warunków ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, farmaceutów, personelu pomocniczego służby zdrowia oraz zakładów opieki zdrowotnej zatwierdzonych Uchwałą Ne UZ/119/97 z dnia 15 lipca 1997 roku Zarządu (...) SA potwierdzonych polisą numer (...) ubezpieczyciel zobowiązał się do udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, gdy w związku z określoną we wniosku i w umowie ubezpieczenia działalnością o charakterze medycznym lub posiadanym mieniem zaistnieją zdarzenia, w następstwie których ubezpieczający/ubezpieczony zobowiązany jest do naprawienia szkody osobowej wyrządzonej pacjentowi oraz osobie trzeciej, przez spowodowanie śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo szkody rzeczowej.

Podstawą prawną odpowiedzialności ubezpieczyciela za skutki zdarzenia objętego roszczeniem zgłoszonym w niniejszej sprawie jest przyjęcie odpowiedzialności za sprawcę zdarzenia na podstawie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Szpitala oraz przepis art. 822 k.c., zgodnie z którym przez umowę odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony.

Ubezpieczenie to zostało ukształtowane jako ubezpieczenie obowiązkowe, dlatego stosunek łączący ubezpieczyciela (pозwanego) i ubezpieczonego (jednostkę medyczną) oparty jest przede wszystkim na przepisach ustawy z dnia 22 marca 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. nr 124, poz. 1152 ze zm.). Nie ulega więc wątpliwości, iż odpowiedzialność pozwanego ubezpieczyciela ma charakter akcesoryjny w stosunku do odpowiedzialności bezpośredniego sprawcy szkody, to jest jednostki medycznej. Oznacza to, że odpowiedzialność ta powstaje tylko wówczas i tylko w takim zakresie, w jakim za szkodę odpowiada sprawca szkody. Tylko zatem wtedy, gdy ubezpieczony stanie się, zgodnie z przepisami prawa cywilnego odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną osobie trzeciej (w tym wypadku – powodowi), dojdzie do powstania odpowiedzialności ubezpieczyciela wobec tej osoby z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Odpowiedzialność ubezpieczyciela wynika z umowy, natomiast odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego (sprawcy) oparta jest na przepisach kodeksu cywilnego dotyczących odpowiedzialności deliktowej. Wobec tego, co powyżej przedstawiono, ustalenie odpowiedzialności Szpitala jako ubezpieczającego przesądza o odpowiedzialności pozwanego jako ubezpieczyciela.

Dla określenia odpowiedzialności ubezpieczyciela konieczne jest zatem wskazanie zakresu i podstaw odpowiedzialności sprawcy szkody.

Status Szpitala wynikał z przepisów wówczas obowiązującej ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (t.j.: Dz. U. z 2007 roku, nr 14, poz.89 ze zm.). Ustawa ta przewidywała, że zakłady opieki zdrowotnej są już jednostkami budżetowymi (czyli nie stanowią podmiotu Skarbu Państwa) lecz są samodzielne i we własnym imieniu występują w obrocie prawnym i same odpowiadają za własne zobowiązania, w tym także za szkody wyrządzone pacjentom. Placówka medyczna odpowiada więc za szkodę wyrządzoną wskutek zakażenia pacjenta według ogólnych zasad prawa cywilnego.

Z dniem 1 lipca 2011 roku weszła w życie ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku działalności leczniczej (Dz. U. nr 112, poz. 654 ze zm.), która uchyliła przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej i pozostawiła w obrocie prawnym podmioty nazywane jako „samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej” (por. art. 4 ust. 1 pkt 2) ustawy), jednak – na co należy na marginesie zwrócić uwagę - nie zdefiniowała ich, jak również nie określiła jednoznacznie czy podmioty te mają osobowość prawną, czy są tylko „ułamnymi osobami prawnymi”.

Sąd Rejonowy powołał jako podstawę odpowiedzialności pozwanego szpitala przepis art. 430 k.c., zgodnie z którym kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.

Mimo samodzielności lekarzy, dokonujących czynności diagnostycznych i terapeutycznych, zgodnie z ugruntowanym orzecznictwem powszechnie przyjmuje się na podstawie art. 430 k.c. odpowiedzialność jednostek organizacyjnych, na rachunek których lekarze wykonują te czynności (por. Wyrok SN z dnia 8 stycznia 1965 roku, sygn. akt. II CR 2/65, opubl. w OSP z 1967 roku, z. 9, poz. 220). Ostatnio, w aktualnych warunkach społeczno-gospodarczych, w całkowicie zmienionej strukturze organizacyjnej służby zdrowia oraz przy innym uregulowaniu zawodu lekarza, zasadę tę potwierdził w pełni SN w Wyroku z dnia 26 stycznia 2011 roku, sygn. akt IV CSK 308/10, opubl. w OSNC z 2011 roku, nr 10, poz. 116). W świetle ostatniego z powołanych orzeczeń nie ma w szczególności znaczenia, w oparciu o jakiego rodzaju stosunek (tj. umowa o pracę, czy stosunek cywilnoprawny niezależnie od jego treści) zachodzi relacja zwierzchnik-podwładny pomiędzy placówką leczniczą a lekarzem.

Powierzający ponosi odpowiedzialność, jeżeli jego podwładny wyrządził szkodę przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, a nie „przy okazji” wykonywania tychże czynności. Natomiast wymagana przesłanka związku przyczynowego między czynem niedozwolonym podwładnego a szkodą podlega ogólnym regułom przyczynowości adekwatnej (art.361§1 k.c.). Powierzający odpowiada za szkodę wyrządzoną przez podwładnego na zasadzie ryzyka. Wina powierzającego jest prawnie nieistotna dla kwalifikacji jego odpowiedzialności na podstawie art.430 k.c. Przepis

ten nie określa także żadnych okoliczności egzoneracyjnych, uchylających odpowiedzialność zwierzchnika. Wskazuje jednak dodatkową przesłankę odpowiedzialności powierzającego, w postaci winy podwładnego.

Ciężar dowodu winy podwładnego spoczywa na poszkodowanym. W orzecznictwie i doktrynie wskazuje się na dopuszczalność stosowania koncepcji winy anonimowej (bezymiennej). Pozwala ona uznać winę określonej jednostki organizacyjnej na podstawie ustalenia niewłaściwego postępowania bliżej niezidentyfikowanych osób fizycznych, działających w danej strukturze. Nie jest, więc konieczne identyfikowanie osób, konkretnych lekarzy czy osób z personelu, które dopuściły się zaniedbań wykonując zabiegi wobec pacjenta; wystarczy ustalić, że z pewnością należą one do tej grupy osób, której powierzono wykonanie czynności (por np. Uchwałę SN z dnia 15 lutego 1971 roku, sygn. akt III CZP 33/70, opubl. w OSN z 1971, nr 4, poz. 59). W praktyce oznacza to, że poprzestaje się na ustaleniu bezprawności zachowania podwładnego.

Czynnościami, jakie powierzający (pozwany) powierzył wykonaniu podwładnym (lekarzom) jest w realiach niniejszej sprawy udzielanie świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 3 ustawy o działalności leczniczej.

Stosownie do art. 4 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty 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.

Prawo do ochrony zdrowia jest wartością chronioną przez art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej („Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”). Uprawnienie konstytucyjne precyzuje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). Na uwagę zasługuje także art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.), która przyznaje pacjentowi prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Pacjentowi przyznano prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, jednak w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń, przyznano mu jedynie prawo do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.

Podstawę odpowiedzialności podwładnego, który wykonywa czynności na rzecz pozwanego szpitala (powierzającego), czyli lekarza, stanowi art. 415 k.c. Innymi słowy, delikt podwładnego przesądza o odpowiedzialności osoby powierzającej mu dokonanie czynności. Rekompensatę z tytułu szkody niemajątkowej stanowi zadośćuczynienie, którego podstawę prawną reguluje przepis art.445§1 k.c. w związku z art.444§1 k.c., natomiast postawę prawną żądania zasądzenia odszkodowania stanowi art.444§1 k.c.

Przesłankami odpowiedzialności z art. 415 k.c. są zaistnienie zdarzenia (czynu niedozwolonego, deliktu), z którym ustawa wiąże obowiązek odszkodowawczy, powstanie szkody oraz związek przyczynowy między zdarzeniem a szkodą, ujęty w rozumieniu teorii tzw. adekwatnej przyczynowości, mającej swój wyraz normatywny w przepisie art. 361§1 k.c., stanowiącym, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.

Zachowaniem, za które podmiotowi można przypisać odpowiedzialność deliktową na podstawie art.415 k.c., może być zarówno działanie, jak i zaniechanie. Zarówno w praktyce lekarskiej, jak i orzecznictwie sądowym pojawia się pojęcie błędu lekarskiego (np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 lutego 1967r.; sygn. akt I CR 435/66). Pierwsza nazwa oznaczać ma uchybienie regułom opartym na wiedzy naukowej, druga - regułom wiedzy potocznej i zdrowego rozsądku.

Błąd nie stanowi odrębnej podstawy odpowiedzialności cywilnej, lecz zaliczany jest do tzw. obiektywnych przesłanek zawinienia. W istocie błąd stanowi przesłankę przypisywalności winy, ale wina nie musi łączyć się z błędem. Lekarz może być bowiem uwolniony od odpowiedzialności nawet w wypadku lekceważenia obowiązków czy ewentualnego niedbalstwa, jeśli nie dopuścił się błędu w sztuce. Jeśli zatem biegły zaprzeczy istnieniu błędu, to

lekarz będzie uwolniony od odpowiedzialności i w tym należy upatrywać znaczenia błędu jako pozytywnego warunku odpowiedzialności cywilnej.

Zdaniem Sądu Rejonowego kluczową kwestią, do jakiej należało się odnieść, jest wskazanie, czy w niniejszej sprawie można mówić o zaistnieniu błędu lekarskiego czy też mamy do czynienia z przypadkiem zaniedbania. Udzielenie odpowiedzi na powyższe pytanie w realiach ustalonego w niniejszej sprawie stanu faktycznego wymaga uprzedniego wyjaśnienia obu tych pojęć.

Błąd w sztuce medycznej (zwany też jako: błąd medyczny, błąd lekarski, błąd w sztuce lekarskiej) to działanie lub zaniechanie sprzeczne z powszechnie przyjętymi i podstawowymi zasadami współczesnej wiedzy lekarskiej. Normatywnej podstawy pojęcia błędu należy upatrywać w uregulowaniach ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj.: Dz. U. z 2011 roku, nr 277, poz. 1634 z późn. zm.), w szczególności w jej art. 4., zgodnie z którym 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 i z należytą starannością. Sąd Najwyższy w Orzeczeniu z dnia 1 kwietnia 1955 roku, sygn. akt IV CR 39/54; opubl. w OSNC z 1957 roku, nr 1, poz. 7) *expressis verbis* wskazał, że błędem lekarskim jest czynność (zaniechanie) lekarza w sferze diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym.

Biorąc pod uwagę kolejne etapy postępowania medycznego, w doktrynie oraz orzecznictwie sądowym wyróżnia się błędy diagnostyczne i błędy terapeutyczne (lecnicze).

Błąd diagnostyczny polega na postawieniu niewłaściwej diagnozy na skutek obiektywnie sprzecznego z zasadami obowiązującymi w medycynie postępowania lekarza. Błąd ten może przybierać albo postać tzw. błędu pozytywnego, jeżeli lekarz rozpoznaje u pacjenta chorobę, podczas gdy jest on faktycznie zdrowy albo błędu negatywnego, tj. albo lekarz w ogóle nie rozpoznaje choroby albo rozpoznaje chorobę inną niż ta, na którą pacjent faktycznie cierpi.

Od błędu odróżnia się przypadki zaniedbań, tj. sytuacji w których dochodzi do niedociągnięć, niestaranności czy zaniedbań o charakterze stricte technicznym bądź organizacyjnym (tzw. nielekarskich, niezwiązanych ze stosowaniem wiedzy medycznej).

„Błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym” (orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955r.; sygn. akt 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” (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 września 1972 r.; sygn. akt I KR 116/72). W literaturze i orzecznictwie stosowane jest niekiedy rozróżnienie między „błędem w sztuce” a „zwykłą niestarannością” lub „zwykłym niedbalstwem” (np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 lutego 1967 r.; sygn. akt I CR 435/66). Pierwsza nazwa oznaczać ma uchybienie regułom opartym na wiedzy naukowej, druga – regułom wiedzy potocznej i zdrowego rozsądku. W obu przypadkach następuje kolizja z cywilistycznym kryterium należytej staranności (art. 355 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny; Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.), jak również karnistycznym wymogiem ostrożności wymaganej w danych okolicznościach (art. 9§2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny; Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).

Podkreślić należy, że nie każdy błąd popełniony przez lekarza jest następstwem jego winy. Lekarz może popełnić błąd postępując nawet całkowicie prawidłowo i zgodnie z zasadami wiedzy lekarskiej. W takich przypadkach błąd lekarski jest wynikiem okoliczności niezależnych od lekarza. Takie, niezawinione błędy lekarskie mogą być popełniane np. przy zabiegach lekarskich w szczególnie trudnych i nieprawidłowych warunkach anatomicznych, pomimo należytej ostrożności ze strony operatora. Przypadki takie zalicza się do nieszczęśliwych wypadków za które lekarz nie ponosi odpowiedzialności. Lekarz może ponosić odpowiedzialność tylko za zawiniony przez siebie błąd lekarski. Wyróżnia się, zatem błędy lekarskie zawinione i niezawinione

Błąd lekarski jako postępowanie nieprawidłowe, naruszające zasady wiedzy medycznej nie pociąga za sobą odpowiedzialności cywilnej sam przez się. Dla powstania obowiązku naprawienia szkody konieczne jest jeszcze stwierdzenie winy w znaczeniu subiektywnym. Winą jest ogół warunków uzasadniających postawienie sprawy szkody zarzutu z powodu jego bezprawnego zachowania się.

W realiach niniejszej sprawy, w świetle całokształtu twierdzeń formułowanych przez powoda, należy wyróżnić kilka odrębnych elementów, z których każdy winien podlegać odrębnej ocenie pod kątem ustalenia czy można go zakwalifikować jako błąd czy jako niedbalstwo. I tak, powód zarzucił lekarzowi przyjmującemu go w poradni nefrologicznej, iż pomimo krwimoczu, nie zlecał on wykonywania nie tylko ogólnych badań diagnostycznych ale także i kompleksowych badań diagnostycznych wymaganych jego schorzeniem. Powód uskarżał się na krwimocz (którego przyczyna nie została ustalona pomimo przeprowadzenia podczas hospitalizacji powoda pełniej diagnostyki), dnę moczaniową a co za tym idzie określone dolegliwości.

Należy w tym miejscu także podnieść, iż przyczyną, dla której powód w ogóle rozpoczął leczenie było pojawienie się w 2000 roku krwimoczu a więc stanu, w którym zaobserwowano obecność krwinek czerwonych (erytrocytów) w moczu w ilości przekraczającej uznaną normę (trzy erytrocyty "w polu widzenia" w badaniu ogólnym moczu). Przeprowadzona u powoda diagnostyka nie doprowadziła jednak do stwierdzenia co było przyczyną takiego stanu rzeczy. Na skutek nawrotu dolegliwości (krwimoczu) w 2002 roku, powód podjął leczenie w poradni nefrologicznej. Wykonano wówczas badanie ogólne moczu (które było częstokroć powtarzane, zlecane przy każdej wizycie lekarskiej), a także poziom kreatyniny czy kwasu moczowego w surowicy. Rozpoznano, bowiem u powoda dnę moczaniową i dlatego też wdrożono leczenie lekiem M.

Dochodząc do przekonania, iż w ustalonych realiach niniejszej sprawy nie można podzielić stanowiska strony powodowej, Sąd oparł się w głównej mierze na wnioskach opinii biegłego dr D..

Stanowcze stwierdzenia biegłego nie budzą wątpliwości, iż celowość i poprawność zastosowanych metod diagnozowania schorzenia oraz leczenia został przez biegłego P. D. szeroko omówiona, bowiem stwierdził on przecież, iż R. S. w 2000 roku był hospitalizowany w oddziale urologicznym, gdzie nie udało się ustalić przyczyny krwimoczu, rozpoznano natomiast „przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego”. Kolejnym badaniem ultrasonograficznym, które zostało wykonane w dniu 9 lipca 2002 roku nie wykryto natomiast zmian patologicznych w nerkach. W następnych latach, w dalszym ciągu stwierdzano izolowany krwimocz, a pacjent nie zgłaszał żadnych dolegliwości ze strony układu moczowego. W opinii biegłego, zakres wykonywanych badań kontrolnych (biorąc pod uwagę brak dolegliwości ze strony układu moczowego, prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego krwi, brak obrzęków obwodowych, brak białkomoczu oraz prawidłową wydolność nerek) był właściwy. Prawidłowe było ponadto stosowane leczenie farmakologiczne, to jest stosowanie leku M., w programie przewlekłym, w celu uzyskania normalizacji stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi.

Biegły szczegółowo wskazał ponadto, iż zakres analiz i badań koniecznych lub uzasadnionych, które były wykonywane w okresie obserwacji R. S. był właściwy. Biorąc pod uwagę brak dolegliwości dyzurycznych, prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego krwi, brak obrzęków, brak białkomoczu oraz prawidłową wydolność nerek, brak było wystarczających podstaw do rozszerzenia diagnostyki. Przewlekły stan chorobowy polegał na hiperurikemii, przewlekłym zapaleniu gruczołu krokowego oraz obecnością dość dużej torbieli w dolnym biegunie nerki prawej. W okresie obserwacji obejmującej lata 2002-2008 nie wystąpiły żadne istotne powikłania, do których dojść może w przebiegu hiperurikemii (powikłana kamica, ew. uszkodzenie mięszu nerek). Biegły zaznaczył, że w dostępnej dokumentacji z leczenia ambulatoryjnego brak jest jakichkolwiek wpisów, które mogłyby świadczyć o zakażeniu torbieli nerki prawej, w tym wpisów dotyczących bólów nerki prawej, dolegliwości dyzurycznych, stanów gorączkowych, dreszczy oraz ropomoczu. Nie można w związku z tym wykluczyć, że stan zapalny torbieli nerki prawej przebiegał subklinicznie i nie powodował istotnych objawów.

Wszelkie okoliczności istotne w realiach niniejszej sprawy zostały przedstawione biegłemu do rozważania, bowiem niezwykle istotnym było ustalenie czy gdyby zastosować inny sposób diagnostyki, tudzież bardziej wnikliwą diagnostykę, czy możliwym byłoby wcześniejsze wykrycie guza nerki prawej.

Zgromadzony materiał dowodowy (w tym właśnie dokumentacja lekarska) pozwoliła Sądowi Rejonowemu na ustalenie, iż powód R. S. nie zgłaszał podczas wizyt w poradni nefrologicznej żadnych dolegliwości. Co więcej, z treści tej dokumentacji wynika, iż przeprowadzano z nim za każdym razem wywiad podmiotowy i przedmiotowy, na podstawie którego lekarz prowadzący planował dalsze leczenie. Za każdym razem powód miał zlecane wykonywanie badań laboratoryjnych (badanie ogólne moczu, czy chociażby poziom kwasu moczowego we krwi). Wyniki tych badań nie wskazywały na odchylenia od normy, a jedyne dolegliwości które zostały ujęte w karcie pacjenta to te, które związane były z dną moczaniową (np. ból ręki). Co ważne, już w 2005 roku zdiagnozowano w prawej nerce powoda torbiel, jednak konieczność przeprowadzenia zabiegu nefrektomii u powoda nie wynikała z obecności torbieli w nerce prawej (ani tej jednej dużej w dolnym biegunie, ani tych licznych torbieli w korze nerki) lecz tylko i wyłącznie z obecności „lito-torbielowatego guza nerki”. Powstanie i rozwój guza nerki (raka jasnokomórkowego nerki) na wysokości wnęki nerki, nie pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z obecnością torbieli w dolnym biegunie nerki prawej ani z obecnością drobnych torbieli w korze nerki. Zdaniem biegłego, gdyby badanie metodą tomografii komputerowej zostało wykonane np. 10-12 miesięcy wcześniej, to być może guz nerki nie zostałby jeszcze wykryty, ze względu na jego niewielkie rozmiary. Brak jest jakichkolwiek podstaw, aby przyjąć, że krwinkomocz izolowany wykrywany u powoda od 2000 roku, był objawem raka nerki prawej, który został wykryty w 2008r. Żadne postępowanie nie spowodowałoby „wyleczenia lub zalecenia stanu chorobowego, w tym uniknięcia zabiegu nefrektomii”. N. była konieczna ze względu na obecność guza nerki prawej, a nie ze względu na krwinkomocz (krwinkomocz jest objawem a nie chorobą). Zdaniem biegłego nie można było zapobiec powstaniu guza podtorebkowego o średnicy 2 cm oraz torbieli retencyjnej 4 cm, bowiem żadne dostępne środki leczenia i diagnozowania nie stwarzały takiej szansy. Do podobnych wniosków doszła ponadto biegła sądowa prof. dr med. M. K., która stwierdziła, iż zlecane w poradni nefrologicznej analizy były zasadne, zgodnie z otrzymanymi wynikami stosowano lek M., powód nie zgłaszał dolegliwości. Zdaniem biegłej guz prawej nerki wykryty w badaniu komputerowym w 2008 roku był tak małych rozmiarów, iż można z dużym prawdopodobieństwem domniemać, iż w badaniu usg jamy brzusznej wykonanym, np. w 2006 roku czy 2007 roku byłby niewykrywalny. Obecność drobnych torbieli w obu nerkach nie ma żadnego wpływu na funkcję nerek (stężenie kreatyniny w surowicy było cały czas prawidłowe). Nie ma żadnych możliwości zapobiegnięcia powstawaniu guza nerki bądź torbieli w nerkach.

Zarówno biegły T. D. jak i biegła M. K. stwierdzili, iż R. S. był przyjmowany w poradni kilka razy w roku, co stanowiło dostateczną kontrolę nad jego stanem zdrowia. Diagnostyka i leczenie nefrologiczne prowadzone w poradni nefrologicznej było prawidłowe i nie dopuszczono się błędu w sztuce lekarskiej. W działaniach lekarzy poradni nefrologicznej nie można dopatrzeć się żadnych zaniedbań, powód był pod stałą i rzetelną kontrolą. Zabieg nefrektomii nie wiąże się z rozwojem cukrzycy i nadciśnienia tętniczego, szczególnie gdy te choroby nie występowały uprzednio u powoda. Wnioski biegłych były zbieżne, biegli jako specjaliści w dziedzinie nefrologii doszli do tożsamyh konkluzji co tym bardziej czyni ich opinie trafnymi. Oznacza to wszystko, iż sposób w jaki leczono powoda nie tylko był prawidłowy, ale biorąc pod uwagę zapisy znajdujące się w historii choroby powoda – właściwy i pełny.

Być może argumenty wskazane przez powoda w treści pozwu, jaki pism procesowych o nieprawidłowościach diagnostycznych, tym, iż nie wykryto odpowiednio wcześniej guza raka wydają się być powodowi racjonalne z subiektywnego punktu widzenia, to jednak biorąc pod uwagę rozmiar guza w chwili jego wykrycia, sposób prowadzenia leczenia nie sposób przyznać racji R. S.. Przekonanie powoda o tym, iż prowadzony wobec niego sposób leczenia nie był prawidłowy nie znalazło odzwierciedlenia chociażby w dokumentacji medycznej złożonej do akt sprawy. Gdyby nawet rok wcześniej, przed wykryciem guza (czyli w 2007 roku) u powoda wykonano badanie tomografem komputerowym, to i tak nie ma pewności, że wykazałoby zmianę na tyle niepokojącą, że należałoby wszcząć odpowiednia procedurę zmierzającą do usunięcia guza, bowiem (biorąc pod uwagę wnioski biegłych z zakresu nefrologii) wątpliwym jest, ażeby już wówczas została ta zmiana wykryta. Stopień zaawansowania zmiany dostrzeżonej na nerce powoda w 2008 roku był tak niewielki, że usunięcie nerki spowodowało zakończenie tego

procesu chorobowego. Niewątpliwie zabieg nefrektomii nie pozostaje obojętny dla organizmu, jednak nie miał on żadnego związku z procesem leczenia R. S. w poradni nefrologicznej Wojewódzkiego Szpitala (...) w Ł.. Przecież to sam powód przyznał, iż podczas wykonywanych w 2000 roku nie udało się ustalić przyczyny krwimoczu, a przecież podczas hospitalizacji wykonano szereg badań, możliwych do przeprowadzenia jedynie w warunkach szpitalnych. Skoro guza wówczas nie było, nie można było go zdiagnozować. Co ważne, stosując określone techniki diagnostyczne można wykryć guza nerki wówczas, gdy jego masa jest odpowiednio duża, to jest gdy jego wielkość przekracza średnicę 1-2 centymetrów, a takiej wielkości guz „rośnie” zazwyczaj około 8-12 miesięcy. Konieczność wykonania resekcji nerki nie wynikała z „błędu lekarskiego” lekarzy, w tym lekarza nefrologa, lecz z procesu namnażania się komórek nowotworowych w nerce. Etiologia guza nerki może być tak różna, jak wiele jest możliwości określenia rodzaju konkretnej zmiany. Nie sposób uznać, iż w przypadku powoda krwimocz był pierwszym sygnałem rozpoznanej w 2008 roku choroby. Gdyby tak było, przeprowadzone już w 2000 roku badania potwierdziłyby to. Co więcej, nawet kolejne badania (tak w 2005 roku) także nie potwierdziły tego. Zupełnie inną kwestią jest, iż nie mogły one niczego wykazać, w świetle opinii biegłych.

Argument powoda o braku stosownych badań nie znalazł odzwierciedlenia w dokumentacji medycznej. Należy pamiętać, iż sposób leczenia powinien odpowiadać wskazaniom. Wskazania mogą być jednak różnego rodzaju. Istnieją wskazania bezwzględne („silne”), w świetle których zabieg jest konieczny oraz względne – gdy takiej konieczności nie ma, choć byłby uzasadniony. Możliwe jest również istnienie przeciwwskazań tak bezwzględnych, jak względnych. Lekarz nefrolog pod opieką, którego pozostawał powód monitorował stan zdrowia R. S. w odpowiednim zakresie, nie ma żadnego powodu ażeby uznać, iż uchybił jakimkolwiek obowiązkom. Subiektywne przekonanie powoda o uchybieniach, których (jego zdaniem) dopuszczono się w poradni nefrologicznej zostało zweryfikowane w toku niniejszego procesu.

Zdaniem Sądu I instancji, na podstawie całego zgromadzonego materiału dowodowego nie sposób znaleźć podstawy do stwierdzenia, że w zakresie leczenia powoda w poradni nefrologicznej dopuszczono się błędów w sztuce lekarskiej, które skutkowałyby koniecznością usunięcia nerki.

Tak więc w działaniu lekarzy pozwanego szpitala nie doszło do żadnego błędu lekarskiego, zachowane zostały procedury postępowania w przypadku takich schorzeń jakie zgłaszał powód. Brak jest, więc podstaw przypisania winy lekarzom i pracownikom przychodni nefrologicznej, a w konsekwencji do ustalenia odpowiedzialności pozwanego. W konsekwencji brak jest podstaw do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela – pozwanego w niniejszej sprawie.

Mając na względzie powyższe rozważania Sąd Rejonowy oddalił powództwo jako niezasadne, o czym orzeczono jak w punkcie 1 wyroku.

Sąd uznał jednak, iż w niniejszej sprawie zachodzi „wypadek szczególnie uzasadniony” w rozumieniu art. 102 k.p.c., który pozwala Sądowi nie obciążać strony przegrywającej kosztami postępowania. Zastosowany przepis jest rozwiązaniem szczególnym, niepodlegającym wykładni rozszerzającej i wykluczającym stosowanie uogólnień, wymagającym do swego zastosowania wystąpienia wyjątkowych okoliczności. Nie konkretyzuje on pojęcia „wypadków szczególnie uzasadnionych”, pozostawiając ich kwalifikację, przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności danej sprawy, sądowi (por. m.in. postanowienie SN z dnia 20 grudnia 1973 roku, sygn. II CZ 210/73, lex 7366). Przy podejmowaniu decyzji o nieobciążaniu powoda kosztami procesu w niniejszej sprawie Sąd I instancji wziął pod uwagę przede wszystkim istnienie po stronie powoda subiektywnego przekonania o zasadności jego roszczenia, które mogło zostać zweryfikowane dopiero w drodze wytoczonego powództwa. Sąd miał na też względzie sytuację majątkową i osobistą powoda, a zwłaszcza inne schorzenia występujące u powoda, które stanowiły podstawę orzeczenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych świadczenia w postaci renty i dochody uzasadniające wniosek, iż nie byłby on w stanie, w sytuacji obciążenia go kosztami, uiścić tychże kosztów bez uszczerbku swojego utrzymania, a ściągnięcie tych kwot byłoby utrudnione. Ponadto Sąd wziął pod uwagę fakt, iż powód R. S. była w sprawie w całości zwolniony od kosztów sądowych. Mając powyższe na względzie, Sąd na podstawie art. 102 k.p.c., postanowił nie obciążać R. S. kosztami procesu, o czym orzeczono w punkcie 2 wyroku.

Powód R. S. był w sprawie reprezentowany przez pełnomocnika z urzędu w osobie radcy prawnego, stosownie do postanowienia tut. Sądu z dnia 7 grudnia 2009 roku. Sąd na podstawie §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 ustalił, zatem wysokość wynagrodzenia pełnomocnika powoda - radcy prawnego J. L. za udzielenie mu pomocy prawnej z urzędu na kwotę 2 952 złotych. Zgodnie z §2 ust. 2 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 w sprawach, w których strona korzysta z pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu, opłaty, o których mowa w ust. 1, sąd podwyższa o stawkę podatku od towarów i usług przewidzianą dla tego rodzaju czynności w przepisach o podatku od towarów i usług, obowiązującą w dniu orzekania o tych opłatach. Wynagrodzenie przyznane przez Sąd uwzględnia zatem podatek od towarów i usług. Sąd nakazał wypłacić kwotę 2 952 złotych radcy prawnemu J. L. od Skarbu Państwa – Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi.

Apelację od powyższego rozstrzygnięcia złożył powód, który zaskarżył wyrok w pkt1 zarzucając mu naruszenie przepisów postępowania, które miały wpływ na wynik sprawy, w szczególności:

a) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez:

i. niewłaściwe zastosowanie w postaci zaniechania dokonania wszechstronnego rozważania zebranego w sprawie materiału dowodowego, a w konsekwencji oddalenie roszczenia powoda - w oparciu o całokształt ustaleń faktycznych poczynionych w sprawie;

ii. wadliwą ocenę zebranego w sprawie materiału procesowego skutkującym błędem w subsumpcji stanu faktycznego do normy stanowiącej o odpowiedzialności pozwanego Zakładu (...) za krzywdę powoda poniesioną w związku z wadliwym leczeniem w Poradni Nefrologicznej Wojewódzkiego Szpitala (...) W Ł. skutkującym usunięciem

prawej nerki oraz zwiększeniem potrzeb;

(...). przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów i przyjęcie, że powód był prawidłowo leczony i nie doszło do uchybienia w postaci niepełnej diagnostyki, podczas gdy z całokształtu materiału procesowego wynika, że co najmniej dwa konieczne badania do ustalenia bezpośredniej przyczyny przewlekłego krwimoczku nie zostały wykonane (biopsja nerki, tomografia komputerowa);

iv. wybiórcze potraktowanie opinii biegłych w tym zakresie, że Sąd I instancji pominął wnioski biegłego P. D., że diagnostyka mogła obejmować także wykonanie innych badań, tj biopsji nerki ,tomografii komputerowej i poprzestanie na przyjęciu, że wdrożone badania kontrolne w trybie ambulatoryjnym były prawidłowe;

v. całkowite pominięcie przy ocenie prawidłowości leczenia powoda, że większość badań diagnostycznych wynikała z inicjatywy powoda;

b) art. 233 § 1 w zw. z art. 278 k.p.c. poprzez dopuszczenie się istotnych błędów w procesie prawidłowego orzekania poprzez pominięcie w ocenie opinii biegłych, że biegli wypowiedzieli się

zasadniczo, iż wdrożone leczenie było prawidłowe podczas gdy z treści opinii wprost wynika, że dla pełnej diagnostyki schorzenia powoda możliwe było także wdrożenie innych metod w szczególności przy przewlekłym krwimoczku, w tym np.biopsji nerki.

c) art. 328 § 2 k.p.c. poprzez pominięcie przez Sąd I instancji wskazania podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, a mianowicie ustalenie faktów, które sąd uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł i przyczyn dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i miarodajności - w szczególności opinii w zakresie wskazującym o nie pełnej diagnostyce oraz wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku;

2. naruszenie przepisów prawa materialnego, w szczególności:

a) art. 415 w zw. z art. 430 k.c. poprzez uznanie, że nie doszło do wyrządzenia szkody powodowi na skutek zastosowanej diagnostyki przez lekarzy w Poradni Nefrologicznej Wojewódzkiego Szpitala (...) w Ł., podczas gdy na skutek niepełnej właśnie diagnostyki powstała u powoda w szkoda w postaci bólu i cierpienia oraz usunięcia nerki;

b) art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty

(Dz.U.2011.277.1634 j.t.) w zw. z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta(Dz.U.2012.159 j.t.) w zw. z art. 68 Konstytucji, poprzez przyjęcie, że w toku leczenia powoda lekarze w Poradni Nefrologicznej Wojewódzkiego Szpitala (...) w Ł. kierowali się wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi im metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, podczas gdy nie wdrożono u powoda badań z biopsji nerki i tomografii komputerowej, pomimo że było to możliwe w świetle wskazanych dyrektyw;

c) art. 445 § 1 k.c. poprzez odmowę uznania roszczenia z tytułu zadośćuczynienia za uszkodzenia ciała w postaci usunięcia prawej nerki oraz bólu i cierpienia temu towarzyszącemu – na skutek przyjęcia, że usunięcie nerki nie było konsekwencją

błędu w sztuce lekarskiej;

d) art. 444 § 1 k.c. poprzez odmowę przyznania powodowi odszkodowania z tytułu zwiększonych potrzeb, pomimo że zachodzi uzasadniona eskalacja potrzeb powoda w obliczu

zmian trybu życia po usunięciu prawej nerki;

W związku z podniesionym zarzutami powód wnosil o:

- zmianę wyroku w zakresie zaskarżenia poprzez zasądzenie na rzecz R. S. kwoty 19.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz 1000zł w związku ze zwiększonymi potrzebami oraz zasądzenie zwrotu kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego wg. norm przepisanych za obie instancje;

- ewentualnie wnosil o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Apelacja powoda jest niezasadna i polega oddaleniu.

Wbrew zarzutom strony powodowej należało ocenić, że Sąd Rejonowy poczynił w sprawie prawidłowe ustalenia faktyczne. Umożliwia to Sądowi Okręgowemu przyjęcie tych ustaleń za własne, co niniejszym Sąd czyni.

Nietrafny jest zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. bowiem Sąd wszechstronnie rozważył zebrany w sprawie materiał dowodowy i prawidłowo go ocenił i wyciągnął logiczne wnioski. Sąd Rejonowy dokonując oceny materiału dowodowego nie przekroczył granic swobodnej oceny dowodów. Przy ocenie materiału dowodowego sądowi przysługuje bowiem swoboda zastrzeżona treścią powołanego wyżej przepisu. W razie tylko pogwałcenia reguł logicznego rozumowania bądź sprzeniewierzenia się zasadom doświadczenia życiowego, może mieć miejsce skuteczne kwestionowanie tej swobody oceny dowodów. Tego rodzaju uchybień nie sposób się dopatrzeć w stanowisku Sądu I instancji, zaś skarżący prezentując niezadowolone z treści rozstrzygnięcia Sądu w żaden sposób nie wykazał, że ocena zebranego w sprawie materiału dowodowego została dokonana z naruszeniem art. 233 § 1 k.p.c., co nadaje apelacji polemiczny charakter. Należy zważyć, że zarzut wymagał dla swej skuteczności określenia nie tylko dowodów jakich dotyczy, ale podania dyskwalifikacji postępowania Sądu Rejonowego w zakresie oceny poszczególnych dowodów na tle całokształtu materiału dowodowego (por. np. orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2000r. II CKN 1105/99). Sąd Rejonowy w uzasadnieniu podał na jakich dowodach oparł swoje rozstrzygnięcie. Jednoznacznie bowiem z opinii

biegłych wynika, że sposób leczenia i diagnostyki powoda był prawidłowy. W świetle przeprowadzonych dowodów przez Sąd I instancji nie sposób powiązać występowania u powoda krwimoczcu od 2002 r z diagnozą z września 2008r. o wystąpieniu guza nerki. Powód na początku, gdy pojawiły się u niego objawy krwimoczcu był poddany szczegółowej diagnostyce, która nie ustaliła przyczyn występowania krwawień. W 2002r. powód był hospitalizowany w Klinice (...) w Ł. . Wtedy wykonano u powoda bardzo dokładne badania łącznie z kontrastowym badaniem tomografu komputerowego, które nie ustaliły przyczyn krwawienia. Biegły podał, że zdarzają się przypadki kliniczne, w których nie można zdiagnozować pochodzenia krwimoczcu. Powód miał zastosowane leczenie tych schorzeń, które zostały zdiagnozowane i był pod stałą kontrolą poradni nefrologicznej. Powodowi zlecano podczas kolejnych wizyt w poradni nefrologicznej przeprowadzenie badań podstawowych moczu, jednakże wyniki tych badań miały istotne znaczenia dla dalszego procesu leczenia i oceny stanu zdrowia powoda, co zostało potwierdzone zgodnymi opiniami dwóch biegłych. Wyniki badań były prawidłowe, powód nie miał białkomoczcu, obrzęków, wydolność nerek miał zachowaną. Zalecano powodowi przyjmowanie leku na zdiagnozowaną dnę moczanową. Również nie można powiązać wystąpienia u powoda w 2005r. torbieli na nerce z późniejszym zdiagnozowaniem guza. Biegli wykluczyli jakikolwiek związek z powstaniem i rozwojem guza nerki z obecnością torbieli. Okoliczność ta została całkowicie wykluczona przez biegłych. Jednoznacznie bowiem z opinii biegłych wynika, że rozpoznany guz u powoda był w początkowej fazie wzrostu, miał od 8 miesięcy do roku i był niewielkich rozmiarów. Ze względu na jego niewielkie rozmiary gdyby badanie tomografii komputerowej zostało wcześniej wykonane np. 10-12 miesięcy, to być może guz nerki nie zostałby jeszcze wykryty. Okoliczność ta, świadczy, że guz został szybko zdiagnozowany w bardzo wczesnym stadium. Również nawet gdyby u powoda przeprowadzono biopsję nerki w jeszcze wcześniejszym stadium guza to również nie uchroniłoby powoda od nefrektomii nerki. Żadne postępowanie lekarskie nie spowodowałoby wyleczenia lub zaleczenia schorzenia powoda w postaci guza nerki. Operacja powoda związana z usunięciem nerki była konieczna ze względu na wykrycie guza nerki (raka jasnokomórkowego nerki), był to zabieg ratujący życie i jedyna metoda lecznicza tego schorzenia. Ponadto przy tak niewielkim zaawansowaniu wielkości raka nerki nie naciekał do torebki nerkowej i miedniczki, nie występują u powoda objawy choroby nowotworowej uogólnionej. W świetle przytoczonych powyżej okoliczności bez znaczenia są twierdzenia powoda, że większość badań wynikała z jego inicjatywy.

Reasumując niezasadny jest zarzut naruszenia przez Sąd Rejonowy art. 233 k.p.c.

Nie doszło również do naruszenia przez Sąd I instancji art. 328§2 k.p.c. bowiem Sąd wskazał zarówno podstawę faktyczną rozstrzygnięcia oraz wskazał na jakich dowodach się oparł oraz wskazał podstawę prawną rozstrzygnięcia. Zarzut apelacyjny tak skonstruowany przeczy późniejszym zarzutom apelacyjnym dotyczącym naruszenia przez Sąd Rejonowy przepisów prawa materialnego. Przechodząc do zarzutów naruszenia przepisów prawa materialnego art. 415 w zw. z art. 430k.c. nie można stwierdzić w świetle przeprowadzonych dowodów, że doszło do wyrządzenia powodowi szkody na skutek niezastosowanej diagnostyki przez lekarzy w poradni nefrologicznej. Brak jest bowiem związku przyczynowo skutkowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem lekarzy tej poradni a szkodą, którą poniósł powód. Z zebranego w sprawie materiału dowodowego jednoznacznie wynika, że nawet bardzo dokładna diagnostyka i podjęte leczenie nie dawały żadnych możliwości uniknięcia usunięcia nerki. Nie istniała możliwość z medycznego punktu widzenia wyleczenia powoda z guza nerki, bądź zaleczenia go. Jedynym sposobem wyleczenia powoda było usunięcie nerki, był to zabieg ratujący życie. Tym samym brak było podstaw do zasądzenia na podstawie art. 445§1 k.c. rzecz powoda zadośćuczynienia z tytułu uszkodzenia ciała w postaci usunięcia prawej nerki oraz z tytułu bólu i cierpienia towarzyszącemu temu zabiegowi. Nie można przypisać działaniom lub zaniechaniom lekarzy z poradni nefrologicznej popełnienie błędu w sztuce lekarskiej, bowiem jak ustalono w toku procesu, zachowane były procedury postępowania w przypadku takich schorzeń jakie zgłaszał powód. Nie zostały przez lekarzy z poradni nefrologicznej podjęte takie działania lub zaniechania, które skutkowałyby koniecznością usunięcia nerki u powoda.

Nie doszło również do naruszenia przez Sąd I instancji art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U.2011.277.1634 j.t.) w zw. z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta(Dz.U.2012.159 j.t.) w zw. z art. 68 Konstytucji, bowiem prawidłowe są ustalenia Sądu że w toku leczenia powoda lekarze w Poradni Nefrologicznej Wojewódzkiego Szpitala (...) w Ł. kierowali się wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi im metodami diagnostycznymi i dobierali je do stanu zdrowia

i zgłaszanych objawów przez powoda. Stan zdrowia był monitorowany poprzez wykonywanie badań laboratoryjnych, badania USG, badania ogólne chorego i zgłaszane przez niego dolegliwości i stosowano leczenie zdiagnozowanej choroby. Okoliczność, że nie wdrożono u powoda badań z biopsji nerki i wcześniej nie wykonano badań z tomografii komputerowej nie świadczy, że powód nie był leczony zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy i nie stosowano właściwych metod diagnostycznych. Należy pamiętać, że nawet bardzo dokładna diagnostyka u powoda i podjęte leczenie nie dawały żadnych możliwości uniknięcia usunięcia nerki. Należy jeszcze raz podnieść, że w bardzo wczesnym stadium został u powoda zdiagnozowany rak nerki.

W świetle przytoczonych powyżej okoliczności nie zachodziła również podstawa do zasądzenia na rzecz powoda na podstawie art. 444§1 k.c. odszkodowania z tytułu zwiększonych potrzeb po stronie powoda w obliczu zmiany trybu życia po usunięciu nerki.

Mając na uwadze powyższe rozważania Sąd Okręgowy oddalił apelację powoda jako niezasadną na podstawie art. 385 k.p.c.

Na podstawie art. 102 k.p.c. biorąc pod uwagę sytuację życiową i majątkową powoda Sąd odstąpił od obciążania powoda kosztami zastępstwa procesowego strony pozwanej w postępowaniu apelacyjnym. Powód jest bowiem osobą schorowaną i utrzymującą się z renty. W związku z tym, że powód był reprezentowany przez pełnomocnika ustanowionego z urzędu Sąd Okręgowy przyznał radcy prawnemu świadczącemu pomoc prawną z urzędu wynagrodzenie, którego wysokość ustalił w oparciu o § 6 pkt 5 w zw. z §12 ust.1 pkt.1 , w zw. z §2 ust.3 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (t.j. Dz. U. z 2013r. poz.490)