

Sygn. akt I C 1926/21

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 grudnia 2023 r.

**Sąd Okręgowy w Warszawie**, I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: sędzia Rafał Wagner

Protokolant: sekretarz sądowy Oliwia Goliszewska

po rozpoznaniu w dniu 14 grudnia 2023 r. w Warszawie

na rozprawie sprawy z powództwa **M. D.**

przeciwko **(...)S.A. z siedzibą w W.**

o **zapłatę**

I. zasądza od (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz M. D. tytułem zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta 20 000 (dwadzieścia tysięcy) zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od 29 maja 2021 r. do dnia zapłaty;

II. w pozostałym zakresie oddala powództwo;

III. zasądza od M. D. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie 3 004,20 (trzy tysiące cztery i 20/100) zł tytułem wydatków poniesionych tymczasowo ze środków Skarbu Państwa;

IV. znosi wzajemnie między stronami koszty procesu.

Sygn. akt I C 1926/21

## UZASADNIENIE

Pozwem z 24 maja 2021 r. skierowanym przeciwko Towarzystwu (...) S.A. z siedzibą w W. powód M. D. wniósł o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kwoty 154.440 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 21 stycznia 2021 r. do dnia zapłaty, z czego:

- 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, w tym również z tytułu nieuzasadnionej zwłoki w udzielaniu świadczenia medycznego;
- 13.800 zł tytułem odszkodowania za poniesione przez powoda koszty;
- 5.640 zł renty z tytułu opieki osób trzecich;
- 35.000 zł z tytułu naruszenia praw pacjenta.

Powód żądał też zasądzenia od pozwanego na jego rzecz zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

(pozew – k. 3-31)

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego oraz

opłaty skarbowej od pełnomocnictwa wraz z ustawowymi odsetkami od dnia uprawomocnienia się wyroku do dnia zapłaty.

(odpowiedź na pozew – k. 125-135)

W dalszym toku postępowania stanowiska stron nie uległy zmianie.

### **Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:**

9 sierpnia 2018 r. M. D. został przyjęty na Oddział Ortopedyczny Szpitala (...) z rozpoznaniem wstępnym: M23.6 Inne spontaniczne zerwanie więzadeł kolana. Zgodnie z opisanym stanem ortopedycznym dla kończyny dolnej prawej stwierdzono (staw kolanowy): obrzęk, bolesność stawu, ucieplenie prawidłowe, zakres ruchomości – przykurcz ok. 10-130 st., niestabilność przednią II/III stopnia, obj. szuflady przedniej dodatni, obj. Lachmana dodatni, obj. łątkowe dodatnie przyśrodkowo. Tego samego dnia, tj. 9 sierpnia 2018 r. wykonano artroskopię stawu kolanowego prawego – artroskopową rekonstrukcję więzadła krzyżowego przedniego (ACL) z wykorzystaniem przeszczepu ze ścięgien mięśnia smukłego i półścięgniastego ze stabilizacją udową endobuttonem OrthoButton oraz piszczelową za pomocą śruby tytanowej (9x30 mm), wzmocnieniem wewnętrznym przeszczepu ACL taśmą TigerTape oraz częściową meniscektomią i shavingiem w zakresie rogu tylnego łątki przyśrodkowej. Operacja była wykonywana przed dra S. K..

Po zabiegu M. D. hospitalizowany był przez 2 dni. Zastosowano leczenie profilaktyczne przeciwzakrzepowe, antybiotyk, leczenie przeciwbólowe, płyny infuzyjne. Zalecono rehabilitację. W karcie informacyjnej leczenia szpitalnego wpisano „przebieg operacji i okres pooperacyjny bez powikłań. Pacjent w stanie miejscowym i ogólnym dobrym, został wypisany do domu z zaleceniami.” (k. 300-301) W zaleceniach znalazło się chodzenie z oszczędzaniem operowanej kończyny z asekuracją kul łokciowych wg pouczenia, rehabilitacja, okłady z lodem na kolano 5x dziennie po 20 minut, elewacja kończyny w spoczynku, kontrola ortopedyczna w terminie uzgodnionym z lekarzem prowadzącym. Recepta została wypisana na (...) 40 mg amp. 1x1 podskórnie o stałej porze dnia (10 szt.), (...)tbl 20 mg 3x2 p.o. (...) tbl 100 mg No 40 D.S. 2x1 p.o. w razie bólu, (...) tbl 500 mg D.S. 3x2 po. w razie bólu.

(dokumentacja medyczna – k. 67-71, 212-339)

Po opuszczeniu szpitala, M. D. zaczął gorączkować, uskarżać się na coraz silniejszy ból. Przez pierwsze 4 doby powód nie mógł się samodzielnie poruszać, wymagał pomocy osób trzecich – żony, mamy lub teściowej.

20 sierpnia 2018 r. na podstawie skierowania wystawionego przez lek. med. S. K. w trybie pilnym, z rozpoznaniem zapalenia kolana prawego. Zgodnie z opisanym stanem ortopedycznym dla kończyny dolnej prawej stawu kolanowego stwierdzono: chód niepoprawny, bolesny, utykający na stronę chorą, oś kończyny zaburzona – szpotawość ok. 5 st, obrys stawu zniekształcony, obrzęk, ucieplenie prawidłowe, zakres ruchomości 0-100 st., niestabilność przednia II/III stopnia, krepitacje w stawie rzepkowo-udowym. Jeszcze tego samego dnia wykonano artroskopię stawu kolanowego prawego wraz z usunięciem krwiaka i zrostów włókninowych zachyłków kolana oraz płukaniem jamy stawowej. Stwierdzono masywnego zakrzepłego krwiaka, obrzęk i przekrwienie błony maziowej oraz liczne zrosty włóknikowe zachyłków kolana. W trakcie zabiegu pobrano wymaz z kolana, który następnie wykazał wzrost bakterii *Staphylococcus captis*. M. D. przebywał w placówce do 28 sierpnia 2018 r., został wypisany do domu z zaleceniami: elewacja operowanej kończyny, okłady z lodu na kolano 5x dziennie po 15 minut, kontrola ortopedyczna zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego. Receptę wydano na: (...) 2x500 mg doustnie, (...)3x2 tab., (...) 2x1, (...) 40 mg 1x1 podskórnie.

(dokumentacja medyczna – k. 72-81)

M. D. w dalszym ciągu miał problemy z operowanym kolaniem. Podejmował dalsze leczenie u dra S. K., stosował antybiotykoterapię, po której następowała czasowa remisja, a następnie stan chorobowy kolana wracał. 29 października 2018 r. wykonano posiew ze stawu kolanowego, który w warunkach tlenowych, po 5 dobach

inkubacji był jałowy. 25 stycznia 2019 r. pobrano posiew z płynu stawowego, który wykazał wzrost bakterii *Staphylococcus lugdunensis*. Po zastosowaniu antybiotykoterapii nastąpiła poprawa. Wobec kolejnego nawrotu choroby, 15 marca 2019 r. wykonano ponowny posiew pochodzący z punkcji kolana, który wykazał ponowny wzrost bakterii *Staphylococcus lugdunensis*.

(wyniki badań, dokumentacja medyczna – k. 89-93)

27 listopada 2019 r. M. D. został ponownie przyjęty do szpitala. W dniu przyjęcia przeprowadzono zabieg operacyjny artroskopii kolana prawego, shaving błony maziowej zachyłków kolana, usunięcie przeszczepu ACL, usunięcie śruby piszczelowej, D. oraz implantację gąbki garamycynowej do łoży kostnej udowej i piszczelowej. W trakcie zabiegu pobrano próbki na posiew z więzadła krzyżowego przedniego, z miejsca po imbie oraz ze stawu kolanowego. W materiałach pobranych, w warunkach tlenowych bakterii nie wyhodowano (próbki nr 13066, 13846, 13847, 13848. (k. 89, 94-96). W materiale o kodzie próbki 11765 i 7639 wyhodowano bakterie *Staphylococcus lugdunensis* MSCNS. Bakteria była wrażliwa na kiksacylinę, erytromycynę, kotrimoksazol, tetracyklinę, ciprofloksacylinę, gentamycynę i amikacynę (k. 90, 92). Zastosowano leczenie (...) 2x600 mg dożylnie. Pacjenta wypisano 30 listopada 2019 r. z zaleceniem dalszego przyjmowania (...) doustnie. Po usunięciu przeszczepu stan powoda uległ poprawie – stany zapalne nie nawracały. Antybiotykoterapia doprowadziła do wyleczenia procesu ropnego. Proces ropny jest wygojony, a powód nie zdecydował się na ponowną rekonstrukcję ACL.

Aktualnie powód posiada prawidłowy zakres ruchomości w prawym stawie kolanowym (wyprost i zgięcie w zakresie 0-120 stopni), III stopnia niestabilność przednią, testy łątkowe ujemne, stwierdza się również prawidłową stabilność boczną i przyśrodkową, obwody kończyn dolnych równe i symetryczne, funkcja i siła mięśniowa obu kończyn dolnych prawidłowa. Chód powoda jest prawidłowy, wydolny dynamicznie, na palcach i piętach stoi prawidłowo.

(dokumentacja medyczna, wyniki badań – k. 94-97, opinia biegłego z zakresu ortopedii – k. 365-367)

Przed każdym z zabiegów (tj. 9 sierpnia 2018 r., 20 sierpnia 2018 r. oraz 27 listopada 2019 r. M. D. podpisywał dokument zatytułowany „świadoma zgoda na operację”. W treści tej deklaracji wskazano opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta (w tym zerwanie więzadeł krzyżowych) i krótki ogólny opis dot. przyczyn, dla których wykonuje się w takich sytuacjach zabieg artroskopii. Oświadczenie zawierało również opis przebiegu proponowanej procedury (rekonstrukcji ACL), opis powikłań standardowych związanych z proponowaną operacją, opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych. W pkt 7 wskazano, że częstość powikłań jest większa u chorych na cukrzycę, pacjentów powtórnie operowanych i osób otyłych, zażywających sterydy, obciążonych wieloma innymi chorobami, palaczy papierosów.

Na każdym z takich oświadczeń widnieje podpis i data M. D.. Jednak dokumenty te wypełnione zostały w sposób niekompletny, co wskazuje, że nie przeprowadzono z pacjentem odpowiedniej rozmowy. Nie wypełniono rubryki dotyczącej innych dostępnych metod leczenia, nie zwrócono uwagi na właściwe powodowi zwiększone ryzyka powikłań, nie wypełniono pozycji dotyczącej szczepień przeciwko WZW oraz zgody na przetaczanie krwi, w dwóch z trzech zgód nie wskazano lekarz wykonującego zabieg. W zgodzie na zabieg z 27 listopada 2019 r., podpis (oraz data) powoda znalazły się pod zapisem „nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji”. Dodatkowo przed pierwszym zabiegiem powód wypełniał on ankietę anestetyczną, w której wskazał m.in. że pali papierosy, ok. 10-20 dziennie od 8 lat. Mimo tego nie był informowany jaki wpływ ma palenie papierosów na gojenie rany, czy możliwości zakażenia.

(świadome zgody na operacje – k. 98-103v., ankieta anestetyczna – k. 87-88)

29 czerwca 2020 r. podczas konsultacji ortopedycznej stwierdzono wyprost pełny, objaw Lachmana dodatni, szuflada przednia – dodatni, obrzęk kolana niewielki ze śladami wysięku. (k. 219)

21 grudnia 2020 r. M. D. zgłosił szkodę Ubezpieczycielowi placówki medycznej (...) Sp. z o.o. w K. – (...)S.A. w W.. Jako szkodę określił zakażenie bakteriami gronkowca (*Staphylococcus captis* i *Staphylococcus lugdunensis*), zakażenie bakterią beztlenową o nieznanej lekooporności, a także będącą następstwem zakażenia krzywdę (związaną również z nieuzasadnioną zwłoką w udzielaniu świadczenia medycznego w postaci diagnostyki pod kątem zakażenia bakteriami beztlenowymi). M. D. zażądał wypłaty kwoty 204.440 zł, w tym 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę, w tym również nieuzasadnionej zwłoki w udzielaniu świadczenia medycznego, 13.800 zł tytułem odszkodowania za poniesione koszty, 5640 zł renty z tytułu opieki osób trzecich i 35.000 zł z tytułu naruszenia praw pacjenta. Powód wskazał również, że podczas trzech zabiegów medycznych nie został on należycie poinformowany o czekającym go zabiegu, alternatywnych metodach, skutkach zabiegu i zagrożeniach oraz skutkach jego niewykonania. Powód zarzucił również, że przed jednym z zabiegów nie podpisał stosownej zgody.

(zgłoszenie szkody – k. 37-58)

Decyzją z 7 lutego 2020 r. ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania z tytułu kosztów leczenia i utraconej możliwości zarobkowania. Jako podstawę decyzji wskazano brak odpowiedniej dokumentacji, w tym w szczególności faktur.

(decyzja z 7 lutego 2020 r. – k. 152)

Decyzją z 10 marca 2020 r. ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania i zadośćuczynienia (po przeprowadzeniu opinii lekarza orzecznika z zakresu chirurgii, ortopedii i traumatologii) za rozstrój zdrowia spowodowany zakażeniem kolana prawego po artroskopowej rekonstrukcji ACL w placówce ubezpieczonego w K.. Wskazano, że brak jest podstaw do przyjęcia, że podczas leczenia doszło do popełnienia błędu medycznego. Operacja została wykonana zgodnie z kwalifikacją i obowiązującymi standardami, a powód w sposób należyty był informowany o ryzyku.

(decyzja z 10 marca 2020 r. – k. 153-153v., opinia lekarza orzecznika – k. 156-156v.)

Pismem z 4 marca 2021 r. M. D. w związku z nierozpatrzeniem jego szkody, złożył reklamację, podtrzymując żądanie wypłaty kwoty 204.440 zł.

(reklamacja – k. 62-63)

W odpowiedzi na reklamację, Ubezpieczyciel podtrzymał dotychczasowe stanowisko.

(pismo z 28 maja 2021 r. – k. 154v.-155)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie załączonych do akt sprawy dokumentów, w tym dokumentacji medycznej powoda, opinii biegłego z zakresu ortopedii i traumatologii – dr R. K. oraz opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych – dr J. P. wraz z opinią uzupełniającą.

Sąd ocenił przedłożone do akt sprawy dokumenty jako wiarygodne, żadna ze stron nie kwestionowała ich prawdziwości i wiarygodności, a także Sąd z urzędu nie znalazł podstaw do ich kwestionowania.

Biegli w sposób precyzyjny ustosunkowali się do zagadnień przedstawionych przez Sąd, a biegły z zakresu chorób zakaźnych dodatkowo rozwinął swoje rozważania w pisemnej opinii uzupełniającej. Wnioski sformułowane przez biegłych były jasne i pomocne przy ustaleniu stanu faktycznego, a w szczególności w zakresie prawidłowości procedur dokonanych w ubezpieczonej placówce medycznej. Biegły J. P. w swoich wnioskach wskazał, że z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością flora bakteryjna, którą następnie wyhodowano z operowanego obszaru pochodziła od powoda, a nie od personelu medycznego. Z opinii biegłych wynika, że postępowanie personelu – zarówno w zakresie samego doboru metody leczenia (ACL) jak i dalszego leczenia związanego z zakażeniem i stanem zapalnym – było prawidłowe i zgodne ze sztuką lekarską.

Podstawę ustaleń faktycznych, choć w niewielkim zakresie, stanowiły zeznania przesłuchanych w niniejszej sprawie świadków: E. D. (k. 190-194) i W. D. (k. 194-196). Zeznania te były co do zasady spójne, rzetelne i logiczne, co pozwoliło ustalić przebieg zdarzeń poczynając od dnia pierwszej operacji. Jednak z uwagi na poczynione w dalszej części rozważania, zeznania te – odnoszące się do skutków zakażenia gronkowcem powoda i kolejnych przeprowadzanych operacji i związanym z nim samopoczuciem powoda nie miały znaczenia w niniejszej sprawie. Podstawę ustaleń faktycznych w zakresie przebiegu całego procesu leczenia a także informacji jakie powód uzyskiwał przed każdą z operacji stanowiły zeznania świadka S. K. – lekarza przeprowadzającego zabiegi operacyjne.

Sąd pominął dowód z przesłuchania powoda oraz z uzupełniającej opinii biegłego z zakresu ortopedii, uznając, iż okoliczności na które zawnioskowano o ww. dowody okazały się nieistotne dla rozstrzygnięcia sprawy. W zakresie opinii biegłego – dotychczas zgromadzony materiał dowodowy był wystarczającym dla uznania, że postępowanie w zakresie doboru metody leczenia operacyjnego oraz dalszego leczenia powikłanego w skutkach zabiegu były prawidłowe, zgodne aktualną wiedzą medyczną. Co do natomiast przesłuchania powoda – okoliczności wskazane w tezie dowodowej dotyczyły jedynie kwestii związanych z ewentualnym popełnieniem błędu medycznego oraz jego skutkach dla zdrowia powoda, brak było tezy dot. naruszenia praw pacjenta – w zakresie informowania go przed każdym z zabiegów o możliwych powikłaniach czy czynnikach zwiększających ryzyko ich wystąpienia. Z tego względu dowód ten, w ocenie Sądu, był nieistotny dla rozstrzygnięcia sprawy. Dokumentacja medyczna i pomocniczo zeznania świadka S. K. okazały się wystarczające dla uznania, że w tym zakresie doszło do naruszenia praw pacjenta.

#### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Powództwo zasługiwało na częściowe uwzględnienie, jedynie w zakresie zadośćuczynienia należnego powodowi za krzywdę której doznał wskutek naruszenia jego praw jako pacjenta.

Zgodnie z dyspozycją art. 822 § 1, 2 i 4 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Jeżeli strony nie umówiły się inaczej, umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody, o jakich mowa powyżej, będące następstwem przewidzianego w umowie zdarzenia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia. Uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela.

Zgodnie z art. 415 k.c., kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Przesłanki odpowiedzialności deliktowej w świetle przywołanego przepisu stanowią zatem wina, szkoda oraz związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zdarzeniem sprawczym wywołującym szkodę a tą szkodą. Odpowiedzialność wywodzona z tego przepisu polega na winie własnej zakładu opieki zdrowotnej za błędy organizacyjne, brak higieny, niedostatki sprzętu, wadliwe procedury, itp.

Odpowiedzialność szpitala w kontekście winy personelu jest związana także z 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. Odpowiedzialność uregulowana w art. 430 k.c. to przykład odpowiedzialności opartej na zasadzie ryzyka. Dla jej zaistnienia konieczne jest ustalenie winy osób z personelu medycznego (podwładnych). Wina podwładnego jest przesłanką odpowiedzialności pozwanego na podstawie art. 430 k.c., przy czym ustawa nie uzależnia tej odpowiedzialności od konkretnego stopnia winy lub jej przypisania poszczególnym członkom personelu pozwanego (wina bezimienna). Przesłankami odpowiedzialności w myśl art. 430 k.c. są zatem: 1) powierzenie na własny rachunek wykonania czynności podwładnemu; 2) zawiniony czyn niedozwolony podwładnego; 3) szkoda wyrządzona przy wykonywaniu powierzonej podwładnemu czynności; 4) związek przyczynowy między czynem niedozwolonym podwładnego a szkodą.

Kodeks cywilny przyjął dualistyczną koncepcję winy, polegającą na tym, że wina łączy w sobie element obiektywny, tj. niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania, czyli każde zachowanie niewłaściwe, a więc niezgodne bądź z przepisami prawa przedmiotowego lub też – w stosunku do lekarza – naruszenie obowiązujących reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej lub też zachowania się sprzecznego z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia. Bezprawność zaniechania ma miejsce wówczas, gdy istniał obowiązek działania, występował zakaz zaniechania lub też zakaz sprowadzenia skutku, który przez zaniechanie mógłby być sprowadzony. Element subiektywny winy wyraża się w niewłaściwym nastawieniu psychicznym sprawcy szkody (w postaci umyślności lub nieumyślności) i może – w zakresie dotyczącym techniki medycznej – wyrażać się w niewiedzy lekarza, nieostrożności w postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Zachowanie lekarzy czy też personelu medycznego musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione.

Zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez wskazane podmioty. Obowiązkiem personelu medycznego jest natomiast dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta. Konstrukcja ta pozwala zerwać personalną więź między działaniem lub zaniechaniem prowadzącym do powstania szkody a zarzutem niewłaściwego zachowania się, poprzestając na ustaleniu, że niewątpliwie zawinił organ lub któryś z pracowników pozwanego. Tym samym, wina zostaje odniesiona do dostrzeżonych wadliwości w działaniu zespołu ludzi lub funkcjonowaniu określonej struktury organizacyjnej. Przypisanie takiej winy wymaga zatem określenia standardu poprawnego działania takiej struktury, który będzie miernikiem staranności, jakiej należy wymagać stosownie do treści art. 355 k.c. i porównaniu z tym standardem działań, które rzeczywiście miały miejsce.

Zgłoszone przez powoda żądania należało zatem zbadać w kontekście popełnienia błędów medycznych przez personel placówki medycznej ubezpieczonej w pozwanym Towarzystwie. Błąd medyczny w prawie cywilnym rozumiany jest wąsko, mianowicie jako postępowanie sprzeczne z zasadami wiedzy i nauki medycznej w zakresie dla lekarza dostępnym (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r., sygn. akt IV CR 39/54; OSN 1957/7). Na lekarzu (personelu medycznym) spoczywa bowiem szczególnie obowiązek dochowania należytej staranności i powszechnie obowiązujących reguł postępowania według aktualnie obowiązującej wiedzy medycznej. Sformułowanie „w zakresie dla lekarza dostępnym” wyznacza granicę odpowiedzialności z uwagi na możliwość przewidzenia błędu lub zapobieżenie mu, gdyż pomimo dużego postępu medycyny w wielu sferach nauka ta pozostaje w dalszym ciągu bezsilna. Błąd medyczny jest kategorią obiektywną, niezależną od indywidualnych cech czy zdolności konkretnego lekarza (personelu medycznego) i od okoliczności, w jakich udziela świadczeń zdrowotnych.

Ustalenie winy lekarza (personelu medycznego) w procesie diagnostycznym wymaga odwołania się do wiadomości biegłych sądowych. Opinią biegłych Sąd nie jest co prawda związany w zakresie zastrzeżonym do wyłącznej kompetencji Sądu, mianowicie co do oceny, czy zachowanie lekarza (personelu medycznego) było obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Jeżeli zachowanie lekarza (personelu medycznego) odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza (personelu medycznego), przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza (personelu medycznego) należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje zawodowe (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinięciu lekarza (personelu medycznego) może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (vide: wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 5 marca 2014 r., sygn. akt I ACa 1274/13, LEX nr 1439257).

Należy także wskazać, że do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności,

przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażania pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Pojęcie bezprawności należy rozumieć szeroko jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego. Wśród nich mieści się działanie zgodne ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., sygn. akt V CSK 287/09, LEX nr 786561).

Dodatkową podstawą odpowiedzialności podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych jest art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z którym w razie zawinonego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Z ochrony na tej podstawie korzysta zwłaszcza prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 ww. ustawy).

Wobec powyższego, ustalenie odpowiedzialności strony pozwanej zależało od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie personelu medycznego ubezpieczonej placówki medycznej, przeprowadzenie zabiegów operacyjnych artroskopii, a także zastosowane leczenie było zgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. Nie każdy błąd diagnostyczny czy też późniejsze odmienne rozpoznania, poczynione w oparciu o aktualne symptomy, stwierdzone ex post mogą być uznane eo ipso za błąd, który należy oceniać z pozycji ex ante, czyli w zależności od zakresu informacji rzeczywiście posiadanych przez lekarzy stawiających diagnozę, czy dostępnych dla nich przy odpowiednim staraniu (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 września 1973 r., sygn. akt I KR 116/72).

Jak wskazywano już powyżej, ocena prawidłowości zachowania personelu pozwanego szpitala, dochowania przez niego należytej staranności w związku z zaistnieniem przesłanki wiadomości specjalnych wymagała zasięgnięcia opinii biegłego sądowego, która stanowiła dla Sądu podstawę ustalenia rekomendowanego postępowania medycznego. W konsekwencji powyższego, w niniejszej sprawie doszło do stwierdzenia przez Sąd, że w działaniu personelu ubezpieczonej placówki medycznej brak znamion błędu medycznego.

Jak wynika z opinii biegłego z zakresu ortopedii i traumatologii M. D.w ubezpieczonej placówce medycznej był prawidłowo leczony operacyjnie i diagnozowany. Leczenie rekonstrukcyjne z zastosowaniem profilaktyki antybiotykowej ((...)) było w pełni prawidłowe. Doszło jednak do zakażenia szpitalnego, które to spowodowało uszkodzenie wszczepionego więzadła krzyżowego przedniego (ACL) prawego stawu kolanowego. Zgodnie z piśmiennictwem takie zakażenia (ran czystych) powstają nawet w 2% wykonywanych zabiegów ortopedycznych.

Leczenie ropnego powikłania było, co jasno zostało podkreślone w opinii biegłego ortopedy i traumatologa – całkowicie prawidłowe. Wprowadzono długotrwałą doustną antybiotykoterapię. Najważniejszym jednak czynnikiem wyleczenia infekcji stawu kolanowego było wykonane w dniu 27 listopada 2019 r. usunięcie przeszczepu i śruby tytanowej, które to stanowiły biofilm, na którym ciągle osadzały się i mnożyły bakterie.

Zgodnie z piśmiennictwem specjalistycznym do uszkodzenia przeszczepu często dochodzi również z przyczyn samoistnego niewgojenia się w kanały kostne i nieuzyskania prawidłowego ukrwienia przeszczepu i taka sytuacja mogłaby również dotyczyć powoda. U M. D. do uszkodzenia przeszczepu doszło jednak wskutek infekcji bakteryjnej, mimo kilkuetapowego prawidłowego leczenia tej infekcji.

Uszkodzenie pierwotne więzadła ACL u powoda miało charakter urazowy. Skutkowało to stałym uszczerbkiem na zdrowiu, który to powstaje zawsze, nawet mimo niepowikłanego leczenia operacyjnego. Wskutek jednak wykonanego 9 sierpnia 2018 r. zabiegu powikłanego ropieniem i ropnym uszkodzeniem przeszczepu więzadła ACL, nie udało się zmniejszyć skutków urazu i stopnia stałego uszczerbku powoda na zdrowiu. Istnieje wiele metod rekonstrukcji więzadeł ACL, lecz metoda zastosowana u powoda w ubezpieczonym szpitalu jest nadal aktualna i obecnie

wykonywana. Z tego też względu w zakresie doboru metody leczenia oraz wykonania zabiegu nie sposób doszukiwać się po stronie personelu medycznego jakichkolwiek nieprawidłowości.

Powód w toku procesu zarzucał podjęcie nieprawidłowej metody leczenia. Wskazać jednak należy, że – za opinią biegłego ortopedy - podszycie więzadła metodą Internal Bracing stosuje się w razie dobrze zachowanego kikuta więzadła i w sytuacji, gdy do uszkodzenia doszło w okolicy przyczepu więzadła do kości udowej (najczęściej więzadło krzyżowe przednie uszkadza się w miejscu przyczepu udowego). Optymalne jest wówczas przeprowadzenie zabiegu w 3-8 tygodni po urazie. Powód nie miał wskazań do takiego zabiegu, gdyż w jego przypadku do uszkodzenia ACL doszło w części środkowej, a nie w miejscu przyczepu udowego. Od samego urazu również minęło więcej czasu niż optymalny dla przeprowadzenia zabiegu tą metodą.

Nie ulega wątpliwości, że u powoda doszło do głębokiego zakażenia miejsca operowanego, rozumianego jako zakażenie szpitalne. Jak wynika natomiast z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych, bakterie wyhodowane z materiału pobranego śródoperacyjnie, zarówno podczas artroskopii wykonanej 20 sierpnia 2018 r. jak i 27 listopada 2019 r. nie nosiły żadnych cech fenotypowych bakterii pochodzenia szpitalnego. Zarówno *Staphylococcus Captis* jak i *Staphylococcus lugdunensis* należą do gronkowców koagulazo ujemnych, które stanowią zwykłą florę saprofityczną skóry człowieka. Zakażenie stawu kolanowego powoda tymi gronkowcami miało charakter endogenny, a więc zostały one wprowadzone do stawu z powierzchni skóry powoda podczas zabiegów artroskopowych. Ryzyko takiej infekcji istnieje zawsze, gdyż mimo przeprowadzanych zabiegów dezynfekcyjnych skóry w obszarze operowanym, nigdy nie udaje się zlikwidować całkowicie flory bakteryjnej skóry człowieka, a jedynie można ją zredukować. U powoda prawidłowo i zgodnie z rekomendacjami zastosowano profilaktykę antybiotykową okołoperacyjną lekiem (...) (...) podczas pierwszego zabiegu artroskopowego 9 sierpnia 2018 r. Dalej po wykryciu bakterii gronkowca stosowano antybiotykoterapię zgodną z biogramem bakterii.

Ze względu na ograniczoną penetrację antybiotyków do stawów, ich rola jest drugorzędna i ich podawanie jest związane z profilaktyką rozprzestrzeniania się infekcji niż próbą jej eliminacji wewnątrz stawu. Zasadniczym postępowaniem jest (i było w przypadku powoda) postępowanie chirurgiczne zmierzające do usunięcia najprawdopodobniej zakażonego wszczepu więzadła i fizycznego usunięcia krwiaka, złogów włókniaka i przerośniętej zapalnie błony maziowej oraz wykonanie płukania stawu. Z materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie to właśnie te czynności (wykonane podczas operacji 27 listopada 2019 r.) stały się przyczyną poprawy stanu miejscowego.

Jak ocenił biegły z zakresu chorób zakaźnych – z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością flora bakteryjna, którą następnie wyhodowano z operowanego obszaru pochodziła od powoda, a nie od personelu medycznego.

Wobec powyższego Sąd stwierdził, że powód nie udowodnił wystąpienia przesłanek odpowiedzialności pozwanego. W ocenie Sądu materiał dowodowy zgromadzony w niniejszej sprawie nie dał podstaw do uznania, że doszło do wystąpienia tzw. błędu w sztuce lekarskiej w związku z przeprowadzoną w dniu 9 sierpnia 2018 r. operacją powoda, błędu który spowodowałby zakażenie albo zwiększał ryzyko takiego zakażenia.

Lekarzowi można przypisać winę w przypadku wystąpienia jednocześnie obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z wiedzy medycznej i doświadczenia, a w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Element subiektywny odnosi się natomiast do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem odpowiedniego standardu postępowania przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu staranności każdego lekarza jako jego staranności zawodowej. (wyroki SN: z dnia 10 lutego 2010 r. V CSK 287/09, niepubl. oraz z dnia 18 stycznia 2013 r. IV CSK 431/12 niepubl.).

Z materiału dowodowego zgromadzonego w niniejszej sprawie wynika, że postępowanie podczas leczenia powoda, w tym przeprowadzania zabiegu operacyjnego 9 sierpnia 2018 r. oraz po tej dacie było prawidłowe i zgodne z zasadami sztuki medycznej. Brak jest dostatecznych i obiektywnych podstaw do przyjęcia, że w ubezpieczonej placówce w



zakresie opieki nad powodem przy przygotowaniu go do zabiegu artroskopii, w trakcie zabiegu czy w okresie pooperacyjnym doszło do nieprawidłowości, które zwiększyły ryzyko zakażenia gronkowcem.

Z tego względu oddaleniu podlegały roszczenia o zasądzenie kwot 119.440 zł dochodzone z tytułu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, odszkodowania za poniesione wydatki czy renty z tytułu opieki osób trzecich. (pkt II wyroku).

Odnosząc się natomiast do żądania powoda zasądzenia 35.000 zł z tytułu naruszenia praw pacjenta, żądanie to zostało w części uwzględnione.

Zgodnie z art. 34 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Zgodnie z ust. 2 przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31. Stosownie do jego treści: Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Powyższy obowiązek lekarza koreluje z prawem pacjenta wynikającym z art. 18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta do uzyskania pełnej przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu i prawie do wyrażania na piśmie zgody na zabieg operacyjny albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko.

Prawo do informacji należy traktować jako instrument o istotnym znaczeniu. Podstawowym przejawem prawa pacjenta do samostanowienia jest możliwość swobodnego wyrażania lub odmowy zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Prawo do informacji -obok prawa do wyrażenia zgody - jest jednym z najistotniejszych elementów relacji między osobą wykonującą zawód medyczny, a pacjentem. Zagwarantowanie pacjentowi prawa do informacji jest *conditio sine qua non* ochrony jego autonomii. Tym samym prawo do informacji należy traktować jako instrument o istotnym znaczeniu. W doktrynie podkreśla się także, że zakres informacji, co do której pacjent ma prawo obejmuje proponowaną procedurę medyczną, dane na temat ryzyka związanego z procedurą, informacje na temat możliwych skutków zabiegu, informacje o alternatywnych procedurach medycznych oraz wiadomość o możliwości odmowy poddania się zabiegowi, a także o implikacjach z tego płynących. Tak szerokie ujęcie zakresu informacji wynika z faktu, że zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne musi być efektem świadomego wyboru, więc decyzja o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego powinna zostać podjęta po uprzednim uzyskaniu kompleksowej informacji, związanej z proponowanym leczeniem (tak J. B. w "Prawa pacjenta-między autonomią a paternalizmem- Monografie Prawnicze Wyd. C.H. Beck Warszawa 2007 strona 134-138, wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 18 września 2013 r., I ACa 355/13, lex nr 1383480)

W okolicznościach niniejszej sprawy, w ocenie Sądu, doszło do zaniechań w zakresie udzielania niezbędnych informacji pacjentowi przed przeprowadzanymi zabiegami operacyjnymi. W placówce (...) powód operowany był trzykrotnie, jak wynika z twierdzeń powoda, co potwierdza niestaranny sposób wypełnienia druków, przed żadną z operacji nie odbyto z powodem rozmowy, w której zostałby poinformowany należycie o czekającym go zabiegu, alternatywnych metodach, skutkach zabiegu i zagrożeniach z nim związanych oraz skutkach jego niewykonania. Wprawdzie przed każdą operacją przekazano powodowi dokument, formularz zatytułowany „świadoma zgoda na operację”, zawierający obszerne informacje dot. zabiegu, jednakże nie sposób uznać, że takie postępowanie zamyka obowiązek wynikający z ww. prawa pacjenta do informacji. Kwestie operacji i możliwych skutków, w tym powikłań nie zostały powodowi indywidualnie wyjaśnione, samo podpisanie takiego formularza nie zwalnia lekarza z obowiązku przeprowadzenia rozmowy, w której możliwe będzie udzielenie odpowiedzi na pytania pacjenta. Nie można pominąć faktu, że powód znajdował się w grupie zwiększonego ryzyka wystąpienia komplikacji jako nałogowy palacz papierosów. Sama ta okoliczność powoduje, że pojawiło się u niego ryzyko komplikacji w zakresie chociażby gojenia się ran. Z materiału dowodowego w niniejszej sprawie nie wynika, aby powód został właściwie o tym fakcie

poinformowany. Nie wypełniono rubryki dotyczącej innych dostępnych metod leczenia (pkt 5), nie zwrócono uwagi na właściwe powodowi zwiększone ryzyko powikłań (pkt 7), nie wypełniono pozycji dotyczącej szczepień przeciwko WZW oraz zgody na przetaczanie krwi (ostatnia strona zgód), w dwóch z trzech zgód nie wskazano lekarza wykonującego zabieg, a w jednej (k. 103v) powód złożył podpis pod oświadczeniem, że nie wyraża zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji.

Za udzielenie właściwej pacjentowi informacji nie sposób uznać podania mu do podpisu ogólnego formularza. Przeciążenie zawodowe lekarzy obejmujące konieczność wypełniania wielu różnych dokumentów nie powinno usprawiedliwiać zachowań polegających na formalnym pozyskiwaniu podpisu pacjenta i odbywać się jego kosztem. Nie sposób uznać, że przedłożenie pacjentowi gotowego formularza zwalnia lekarzy z ich obowiązków informacyjnych.

Z tego względu w niniejszej sprawie, w ocenie Sądu, doszło do naruszenia praw powoda w zakresie praw pacjenta. Nie sposób pominąć przy tym niedokładności jakie w przedłożonych powodowi dokumentach się znalazły. Nieprawidłowe, można by nawet uznać, że niedbałe wypełnianie rubryk z formularza, zapewne podyktowane tempem pracy i koniecznością wypełnienia obowiązku, świadczy jedynie o formie i sposobie w jakim takie obowiązki były realizowane. Zasady doświadczenia życiowego pozwalają przyjąć, że takie „odhaczenie” obowiązku informacyjnego poprzez przedłożenie formularza, bez jakichkolwiek zindywidualizowanych wyjaśnień, jest praktyką powszechną. W ocenie Sądu, nie sposób takiego działania jednak usprawiedliwiać, nawet natłokiem pracy i innych obowiązków.

Nie zasługiwał natomiast na uwzględnienie argument, jakoby ostatni zabieg (tj. z 27 listopada 2019 r.) został przeprowadzony bez zgody pacjenta. Niepodważalnie podpis złożony przez M. D. znajduje się w miejscu „nie wyrażam zgody”, jednak potraktować to należy jako zwykłe przeoczenie. Gdyby faktycznie powód nie wyraził zgody na zabieg lekarski, to zgłosiłby on sprzeciw wobec jakichkolwiek dalszych czynności personelu medycznego. Niemniej fakt ten jedynie potwierdza brak staranności z jaką spełniane były obowiązki informacyjne względem pacjenta.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

Zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta może być przyznane za sam fakt ich naruszenia i nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia szkody na osobie; ma charakter samodzielny i niezależny od roszczenia przewidzianego w art. 445 § 1 k.c. Nie ulega jednak wątpliwości, że wysokość zadośćuczynienia zasądzanego na podstawie art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 k.c. uwzględnia także krzywdę związaną z naruszeniem dobra osobistego jakim jest zdrowie (zob.m.in. wyroki Sądu Najwyższego z 29 maja 2007 r., V CSK 76/07, OSNC 2008, nr 7-8, poz. 91; z 16 listopada 2011 r., V CSK 539/10, niepubl.; z 22 września 2011 r., V CSK 401/10, OSNC-ZD 2012, nr C, poz. 51; z 22 marca 2012 r., IV CSK 345/11, niepubl.; z 27 kwietnia 2012 r., V CSK 142/11, OSP 2013, z. 6, poz. 61; z 20 maja 2016 r., II CSK 654/15, niepubl.; z 4 listopada 2016 r., I CSK 739/15, niepubl.; z 5 lipca 2018 r., I CSK 550/17, niepubl.; z 10 stycznia 2019 r., II CSK 293/18, niepubl.; z 19 czerwca 2019 r., II CSK 279/18, OSNC 2020, Nr 5, poz. 43 oraz postanowienia Sądu Najwyższego z 12 października 2018 r., V CSK 33/18, niepubl.; z 9 października 2020 r., II CSK 51/20, niepubl.; i z 11 grudnia 2020 r. IV CSK 182/20, niepubl.).

Biorąc pod uwagę wszystkie wymienione wyżej okoliczności, w ocenie Sądu doszło do naruszenia praw powoda jako pacjenta w związku z nienależytym wypełnieniem obowiązku informacyjnego w stosunku do powoda, w zakresie zarówno samych czynności informacyjnych, ale również możliwych skutków niepożądanych i powikłań.

W zakresie wysokości zadośćuczynienia Sąd uznał, że zasadnym będzie przyznanie powodowi kwoty 20.000 zł. Kwota ta jest relatywnie wysoka, jednak powinna stanowić jasny sygnał, że obowiązki informacyjne względem pacjentów powinny być wypełniane rzetelnie i w sposób zindywidualizowany.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 k.c., zasądając je od 29 maja 2021 r. (tj. od dnia następnego po sporządzeniu przez pozwanego pisma odmawiającego w całości spełnienia roszczeń w powoda, w tym w zakresie „uchybień formalnych (naruszenie praw pacjenta)” (pismo z 28 maja 2021 r. – k. 154v-155 - pkt I i II wyroku).

Ponadto na podstawie art. 113 w zw. z art. 83 § 2 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych Sąd zobowiązał powoda do zapłaty na rzecz Skarbu Państwa wydatków, które zostały poniesione na opinie biegłych tymczasowo z sum Skarbu Państwa (postanowienia k. 371, 446 i 408), w kwocie łącznie 3.004,20 zł. (pkt III wyroku)

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c., stosownie do którego, w przypadku częściowego uwzględnienia żądań stron sąd, kierując się względami słuszności, może dokonać wzajemnego zniesienia kosztów. Mając na uwadze fakt, że powód poniósł koszty procesu w większej części (opłata od pozwu – 7.722 zł oraz wydatki na biegłych), a także charakter dochodzonego przez powoda żądania – zadośćuczynienie i odszkodowanie z tytułu popełnienia błędu medycznego, niezasadne było proporcjonalne ich rozliczenie. W ocenie Sądu powód miał istotne podstawy uważać, że powikłanie w postaci zakażenia gronkowcem i wystąpienia przewlekłej infekcji swoją przyczynę miało w wykonanych zabiegu operacyjnym i to wskutek wystąpienia błędu w sztuce medycznej. To czy do takiego błędu doszło było przedmiotem badania biegłych specjalistów. Nie ulega wątpliwości, iż w chwili występowania z roszczeniem powód miał silne subiektywne przeświadczenie zasadności swoich roszczeń i nie sposób obciążyć go kosztami postępowania nawet mimo, że procentowo (biorąc pod uwagę wysokość jego żądań) wygrał w mniejszej części (13%) – i to jedynie w zakresie zadośćuczynienia z tytułu naruszenia praw pacjenta, a nie w związku z uznaniem, że do błędu medycznego doszło.

Odwołanie się w art. 100 k.p.c. do „oceny sądu”, w sposób wyraźny wskazuje na zastosowanie tego przepisu przede wszystkim w sytuacjach, w których o wysokości żądania pozwu sąd orzeka na podstawie „własnej oceny” (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 03 grudnia 2014 r., I ACa 704/14). Mając powyższe na względzie, Sąd zniósł wzajemnie koszty procesu pomiędzy stronami.

Mając na uwadze powyższe, orzeczono jak w sentencji.