

Sygn. akt II C 705/14

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 stycznia 2017 roku

Sąd Okręgowy Warszawa-Praga w Warszawie II Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSO Bogdan Wolski

Protokolant: Justyna Kowalik

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 12 stycznia 2017 roku w Warszawie sprawy

z powództwa

S. U.

przeciwko

(...) Szpitalowi (...) z siedzibą w W.

o zapłatę

1. oddała powództwo;
2. nie obciąża powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz pozwanego.

Sygn. akt II C 705/14

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 23 czerwca 2014 r. S. U. wniósł o zasądzenie od (...) Szpitala (...) w W. kwoty 21.328,29 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 21 września 2013 r. do dnia zapłaty tytułem odszkodowania za błędnie przeprowadzone leczenie przykurczu D. oraz kwoty 120.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 21 września 2013 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w związku z błędnym leczeniem, a także kwoty 1800 zł miesięcznie tytułem renty za utratę zdolności pracy zarobkowej i zmniejszenia widoków powodzenia na przyszłość – płatnej od dnia wniesienia powództwa.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa i o zasądzenie od powoda kosztów postępowania, a także o przyznanie (...) S.A. do udziału w sprawie. Pozwany wskazał, że nie ponosi on odpowiedzialności za rezultat leczenia, a jedynie za należyłą staranność w udzielanych świadczeniach zdrowotnych, która w jego ocenie została w niniejszej sprawie zachowana,

Przyzowany mimo doręczenia przyznanie nie przystąpił do strony pozwanej.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W grudniu 2012 r. S. U. zgłosił się do poradni ortopedycznej (...) Szpitala (...), gdzie lekarz T. S. stwierdził u niego przykurcz D. palca V i IV ręki prawej. Było to zaawansowane, czwarte stadium choroby. Ręka prawa była niesprawna, chociaż powód mógł wykonywać niektóre czynności życia codziennego, takie jak dźwiganie zakupów czy prowadzenie samochodu. Takie zaawansowanie choroby nie następuje szybko, wiąże się ze stopniowym, długotrwałym ograniczaniem sprawności ręki. S. U. zgłosił się do lekarza późno, dopiero gdy na ręce zaczęła pojawiać się narośl. Chorego już na pierwszej wizycie skierowano do leczenia operacyjnego (historia choroby k. 44, protokół

przyjęcia do szpitala k. 22, skierowanie k. 24, zeznania świadka T. S. k. 380, 07:50-10:00, zeznania G. U. k. 292). S. U. był już wcześniej, w 2008 r. operowany z powodu tego samego schorzenia w szpitalu na ul. (...), ale w ręce lewej. Operacja ręki lewej przebiegła bez powikłań i doprowadziła do poprawy sprawności (dokumentacja medyczna k. 312-318). Przed operacją ręki prawej, S. U. podpisał oświadczenie, że został poinformowany o swoim stanie zdrowia i rozpoznaniu, a także o przewidywanych wynikach leczenia i rozpoznaniu. Udzielona mu informacja obejmowała fakt, że w obecnym stadium choroby prawdopodobne jest nieuzyskanie pozytywnych efektów leczenia. Leczenie operacyjne podjęte dopiero w czwartym stadium choroby wiąże się z pozytywnymi wynikami w mniej niż 50%. Podczas wizyt pacjent zdawał sobie sprawę z możliwości amputacji palca V ręki prawej, dwukrotnie podczas wizyt sugerował takie rozwiązanie. Pacjent został przyjęty do szpitala planowo, na podstawie skierowania, w dniu 3 marca 2013 r. Zabieg przeprowadzono w dniu 4 marca 2013 r. w sposób prawidłowy. Uzyskano wyprost submaksymalny. Pacjenta wypisano do domu w dniu 6 marca 2013 r. w stanie ogólnym i miejscowym dobrym, z zaleceniem leczenia farmakologicznego i rehabilitacyjnego oraz regularnych konsultacji (historia choroby k. 44, protokół przyjęcia do szpitala k. 22, skierowanie k. 24, karta obserwacji lekarskiej k. 27, epikryza k. 28, karta statystyczna szpitalna ogólna k. 41, oświadczenie k. 23, opinia biegłego k. 438, zeznania T. S. k. 380, 09:00-11:00, 13:20-14:45).

Gojenie pooperacyjne było wydłużone. Rehabilitacja była wdrożona bardzo szybko ze względu na szczególnie stan pacjenta. Było to wynikiem osobistej interwencji lekarza prowadzącego. W trakcie pooperacyjnego leczenia ambulatoryjnego, w dniu 8 maja 2013 r. u pacjenta stwierdzono nawrót przykurczu obu palców. Był to bardzo szybki nawrót choroby, a rehabilitacja nie dawała żadnych efektów, co odnotowano 15 maja 2013 r. w historii choroby. Przykurcz był ponownie w czwartym stopniu oraz był to przykurcz sztywny – bez możliwości wyprost. Lekarz ponownie skierował pacjenta do leczenia operacyjnego, po wcześniejszej konsultacji przypadku na oddziale. Pacjentowi zaproponowano reoperację w ośrodku referencyjnym, ale mimo to zdecydował się on na przeprowadzenie zabiegu w dotychczasowym szpitalu, głównie ze względu na półroczny okres oczekiwania na konsultację w ośrodkach referencyjnych. Ośrodek referencyjny byłby lepszym rozwiązaniem ze względu na nietypowy przebieg choroby oraz ze względu na większe możliwości diagnostyczne i większe doświadczenie w tego typu ośrodkach. Proponowano dwa ośrodki w W.: przy ul. (...) i przy ul. (...). Pacjenta ponownie informowano, że zabieg wiąże się z dużym ryzykiem braku poprawy. Zabieg przeprowadzono w asyście wiceordynatora, aby zapewnić najlepszy standard opieki. Druga operacja polegała tylko na uwolnieniu zrostu, w celu umożliwienia dalszej rehabilitacji i podjęcia próby ratowania palca przed amputacją. Sam przebieg operacji nie budził zastrzeżeń – była ona przeprowadzona prawidłowo i pozwoliła na osiągnięcie wyprost. W trakcie operacji nie doszło do żadnych zmian względem jej planowanego i ustalonego z pacjentem przebiegu. Pacjenta w stanie ogólnym i miejscowym dobrym wypisano do domu w dniu 24 maja 2013 r. (historia choroby k. 47, zeznania T. S. k. 380, 14:45-24:00, opinia biegłego k. 438, dokumentacja medyczna k. 69-70, epikryza k. 198, karta informacyjna k. 199, zeznania P. O. k. 293-294).

Powodem przeprowadzenia reoperacji przed upływem 6 miesięcy był brak powodzenia rehabilitacji i istotny nawrót choroby – ponowny przykurcz sztywny, bez szans na poprawę po rehabilitacji. Decyzję o drugim zabiegu pacjent podjął samodzielnie i po uzyskaniu pełnej informacji o stanie zdrowia – lekarz przekazał mu wszystkie wiadomości o konsekwencjach przyspieszonego zabiegu i ryzyku z tym związanym w czasie osobistej rozmowy z pacjentem. S. U. podpisał oświadczenie o uzyskaniu wszelkich informacji. Pacjent nie chciał skorzystać z konsultacji w ośrodku referencyjnym mimo takiej propozycji ze strony lekarza. Przed pierwszą operacją nie było wskazań do skierowania pacjenta do ośrodka referencyjnego. Pozwany szpital standardowo wykonuje takie operacje, wykonuje je również w zakresie swoich obowiązków lekarz, który operował powoda (zeznania T. S. k. 380, 30:28-38:22, oświadczenie k. 55, świadoma zgoda k. 64).

Gojenie pooperacyjne było powikłane. Konsultacje po drugiej operacji ujawniły ponowny nawrót przykurczu. W dniu 10 lipca 2013 r. pacjenta skierowano do ośrodka referencyjnego (historia choroby k. 48, skierowanie k. 91, zaświadczenie o stanie zdrowia k. 92-93).

1 kwietnia 2014 r. w szpitalu przy ul. (...) wykonano operację ręki lewej z powodu powrotu przykurczu w tej ręce. Operacja przebiegła bez powikłań, uzyskano pełen wyprost palca (dokumentacja medyczna k. 94-110).

S. U. wykupił liczne wizyty lekarskie w celu konsultacji przebiegu leczenia szpitalnego. Za wizyty w dniach 20 listopada 2013 r., 20 sierpnia 2013 r. (dwukrotnie), 2 lipca 2013 r. oraz 23 kwietnia 2014 r. zapłacił łącznie 920 zł (rachunki k. 119-123). Odbywał także rehabilitację, zarówno refundowaną jak i odpłatną. Poniósł z tego tytułu koszt w wysokości 1.260 zł (rachunki k. 124-127, potwierdzenie usług refundowanych k. 135-140).

Decyzją z 30 października 2014 r. ZUS przyznał S. U. świadczenie rehabilitacyjne za okres do 27 czerwca 2014 r. Z tego tytułu wypłacono 16.554,03 zł (pismo k. 232, potwierdzenie wypłaty k. 233, wyrok z uzasadnieniem k. 241-246).

Kolejną operację nawrotu przykurczu w ręce prawej wykonano w dniu 16 września 2014 r. w szpitalu przy ul. (...). Zabieg przeprowadzono prawidłowo, przebieg pooperacyjny odbył się bez powikłań, a chory w dniu 18 września 2014 r. został wypisany do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym (karta informacyjna leczenia operacyjnego k. 256). Następnie w tym samym szpitalu skierowano S. U. na operację amputacji palca V ręki prawej. Zabieg ten był konieczny z uwagi na nawracający przykurcz. Operacja odbyła się 27 stycznia 2015 r., bez powikłań. Chory został wypisany w stanie ogólnym i miejscowym dobrym w dniu 29 stycznia 2015 r. (karta informacyjna leczenia operacyjnego k. 280, opinia biegłego k. 438).

Przed operacjami powód pracował jako przedstawiciel handlowy, lubił swoją pracę. W 2014 r. z uwagi na przewlekłą nieobecność w pracy został on zwolniony. Obecnie pozostaje bez pracy, na utrzymaniu żony. Jest psychicznie załamany, czuje się skrzywdzony, ale nie korzysta z pomocy psychologicznej (zeznania G. U. k. 292-293).

Przeciwko lekarzowi T. S. toczyło się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, którego przedmiotem było niezachowanie półrocznego odstępu między operacją z 4 marca 2013 r. a operacją z 22 maja 2013 r. Lekarz został uniewinniony przez Sąd Lekarski. Biegły wydający opinię w sprawie stwierdził brak zachowania standardowego sześciomiesięcznego okresu między operacjami, uznał zarazem, że szeroka konsultacja przypadku oraz szczególnie przebieg choroby u pacjenta mogły uzasadniać taką interwencję (opinia k. 285, orzeczenie, uzasadnienie i protokół rozprawy k. 424-431v.). Biegły M. G. wydający opinię w niniejszej sprawie w pełni podzielił ocenę biegłego ze sprawy w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej (opinia biegłego k. 477).

Niekwestionowanym dowodem była dokumentacja medyczna zebrana w sprawie, która szczegółowo opisywała kolejne etapy leczenia powoda, była sporządzana na bieżąco przez właściwe dowody i na którą zgodnie powoływały się obie strony sporu.

Za w pełni wiarygodne Sąd uznał zeznania świadka T. S. i P. O.. Sąd podzielił te zeznania w zakresie w jakim bezpośrednio odnosiły się do przypadku S. U.. W zakresie wiadomości specjalnych Sąd oparł się nie na zeznaniach T. S., lecz na opinii biegłego M. G..

Zeznania G. U. Sąd uznał za wiarygodne w przeważającej części. Sąd zakwestionował jedynie tę część zeznań, w której żona powoda stwierdziła, że S. U. przed pierwszą operacją mógł wykonywać wszystkie czynności w domu. Zeznania te są niespójne z innym ich fragmentem, w którym stwierdza ona, że ręka powoda przed zabiegiem była niesprawna i pojawiła się na niej narośl. Niesprawność ręki i zaawansowane stadium choroby potwierdził także świadek T. S., jak również historia choroby, z której wynika, że pacjent już na pierwszej konsultacji został zakwalifikowany do operacji. W pozostałej części, w szczególności w zakresie aktywności zawodowej powoda przed operacjami oraz obecnego stanu psychicznego powoda zeznania świadka zostały uznane za w pełni wiarygodne.

Sąd tylko pomocniczo oparł się na materiale dowodowym zgromadzonym w innych postępowaniach toczących się w związku z niniejszą sprawą. Wyrok w zakresie świadczenia rehabilitacyjnego zapadł w oparciu o liczne opinie biegłych, ale biegli wypowiadali się tam nie na temat prawidłowości leczenia i przyczyn amputacji palca, lecz na temat zdolności powoda do pracy i rokowań w tym zakresie. Ponadto opinie biegłych przeprowadzone chociażby w innej sprawie sądowej mają walor jedynie dokumentu prywatnego. Podobnie Sąd ocenił opinię biegłego przeprowadzoną w sprawie o odpowiedzialność zawodową, z tym wyjątkiem, że ustalenia tej opinii dotyczyły w istocie tej samej okoliczności, a

więc prawidłowości procedur oraz ustalenia te zostały wprost podzielone przez biegłego wydającego opinię w niniejszej sprawie (k. 477).

W zakresie opinii biegłego M. G. Sąd oparł się na tej opinii w całości. Pełnomocnicy obu stron zarzucali biegłemu niejednoznaczność wypowiedzi. Należy jednak mieć na względzie, że biegły wypowiadał się o faktach obiektywnie niepoznawalnych. Odpowiedź na pytanie, czy do amputacji palca doszłoby, gdyby drugą operację przeprowadzono w standardowym, sześciomiesięcznym odstępie od pierwszej nie może być udzielona z matematyczną precyzją. Tym bardziej, że przykurcz D. jest chorobą o nieznannej etiologii, co również wynika z opinii. Oczywistym jest więc, że biegły udzielał odpowiedzi ostrożnych, posługując się sformułowaniami typu: „do końca nie wiemy”, „mamy pewne podejrzenia”, „prawdopodobnie” itp. (k. 570). Z faktu, że biegły posługuje się takimi sformułowaniami w odniesieniu do wydarzeń, które mogłyby wydarzyć się w przeszłości, gdyby nie doszło do zdarzenia szkodzącego, nie można czynić biegłemu zarzutu. Medycyna nie jest bowiem nauką ścisłą, która pozwala z jednoznacznym prawdopodobieństwem określić przebieg choroby. Ponadto, do ustalenia stanu faktycznego sprawy, w szczególności w zakresie hipotezy dyferencyjnej nie jest wymagany dowód absolutnej pewności (gdyż byłoby to dowód niemożliwy do przeprowadzenia), lecz wystarczający jest dowód znacznego, wysokiego czy istotnego prawdopodobieństwa. Od biegłego nie można wymagać, aby przesądzał o przebiegu wypadków, jeżeli wiedza specjalna pozwala tylko na operowanie prawdopodobieństwem. Ostateczne ustalenie stanu faktycznego na podstawie całokształtu materiału dowodowego oraz zasad logiki i doświadczenia życiowego należy zaś do Sądu, który dokonał tego w niniejszej sprawie na podstawie ostrożnych, lecz pewnych stwierdzeń zawartych w opinii i opiniach uzupełniających biegłego, analizy dokumentacji medycznej, historii choroby pacjenta oraz przebiegu kolejnych operacji. Z całą pewnością przedmiotem zarzutu wobec biegłego nie może być fakt, że czas między pytaniem a udzieloną odpowiedzią był znaczny. Przedmiot opinii nie był oczywisty, a materia w której biegły się wypowiadał wymagała refleksji i należy to uznać raczej za atut niż wadę opinii. Nie ma racji pełnomocnik pozwanego wskazując na wewnętrzną sprzeczność opinii. Z faktu, że lepiej zaczekać na wyciszenie procesów regeneracyjnych przed kolejną operacją i z tego wynika standard zachowania 6-miesięcznego odstępu między zabiegami nie wynika, że rany nie mogą zagoić się wcześniej. Owszem jest to możliwe i jak wskazał biegły w niniejszej sprawie miało miejsce, jednak nie jest to wystarczająca przesłanka do wcześniejszej interwencji chirurgicznej. Z faktu, że amputacja palca była związana z przebiegiem choroby u konkretnego pacjenta i nie zależała bezpośrednio od terminów poszczególnych operacji, a raczej od stadium choroby z jakim zgłosił się pacjent i od natężenia jej przebiegu nie wynika, że w chwili przeprowadzania drugiej operacji pacjent nie miał żadnych szans na uniknięcie amputacji. Gdyby tak było lekarze nie decydowaliby o drugiej, a następnie o trzeciej operacji, lecz od razu zaproponowali amputację. Fakt podjęcia próby leczenia operacyjnego sam w sobie świadczy o istnieniu szansy na uniknięcie amputacji. Na jej zniweczenie miał jednak wpływ przebieg choroby u konkretnego pacjenta. Tym samym w sformułowaniach biegłego niewyjętych z kontekstu, lecz czytanych w odniesieniu do całokształtu opinii Sąd nie dopatrzył się sprzeczności, a opinię przyjął za podstawę ustaleń stanu faktycznego.

Sąd zważył co następuje:

Powództwo podlega oddaleniu.

Powód domagał się odszkodowania, zadośćuczynienia i renty z uwagi na szkodę i krzywdę doznaną na skutek amputacji palca, co było wynikiem niezachowania wymaganego sześciomiesięcznego odstępu między pierwszą a drugą operacją. Przesłankami odpowiedzialności pozwanego są: zdarzenie szkodzące, szkoda oraz związek przyczynowy między szkodą a naruszeniem. Odpowiedzialność ta ma charakter deliktowy, co oznacza, że w zakresie zdarzenia szkodzącego powód musi wykazać po stronie pozwanego bezprawność oraz winę w działaniu lekarza (art. 430 k.c.). W odniesieniu do winy lekarza, wskazać należy, że z uwagi na profesjonalny standard tego zawodu, wymagane jest zachowanie należytej staranności (art. 355 § 2 k.c.).

W ocenie Sądu nie budzi wątpliwości, że powód wykazał fakt zaistnienia zdarzenia szkodzącego w postaci przedwczesnej interwencji chirurgicznej. Pierwsza operacja została przeprowadzona 4 marca 2013 r., druga 22 maja 2013 r., a więc o ponad 4 miesiące za wcześnie, gdyż standardem jest zachowanie 6 miesięcy odstępu. Powodem wcześniejszej operacji był po pierwsze – nawrót silnego przykurczu palca w czwartym, najwyższym stopniu; po drugie

– brak jakichkolwiek efektów rehabilitacji; po trzecie – stwierdzone zakończenie gojenia po pierwszej operacji; po czwarte – jednomyślność lekarzy pracujących w oddziale; po piąte – zgoda pacjenta na zabieg; po szóste – wzrastające z każdym dniem oczekiwania ryzyko konieczności amputacji palca i dyskomfortu pacjenta wynikającego z wbijania się palca w dłoniową część ręki. Mimo zaistnienia tych przesłanek, decyzja o przyspieszeniu zabiegu była błędna, niezgodna z zasadami sztuki lekarskiej i tak jednoznacznie zakwalifikował ją biegły w niniejszej sprawie. Fakt, że lekarz prowadzący dokonał konsultacji z pozostałymi zatrudnionymi w oddziale specjalistami przed rozpoczęciem zabiegu nie zwalnia szpitala z odpowiedzialności w zakresie tzw. winy anonimowej, to jest przypisywalnej personelowi szpitala w ogólności, bez wskazania konkretnego winnego. Podkreślić należy, że mimo iż decyzję o wcześniejszej operacji podejmowano po konsultacji – w historii choroby nie wskazano żadnych konkretnych okoliczności, które lekarze uznawali za podstawę odstąpienia od obowiązujących procedur. Biegły w niniejszej sprawie, również odwołując się do opinii wydanej w sprawie o odpowiedzialność zawodową lekarza wskazywał, że lekarz ma prawo odstąpienia od procedur w szczególnych okolicznościach. Informacja o szczególnym, niestandardowym leczeniu i przyczynach jego wdrożenia musi jednak znajdować się w dokumentacji medycznej pacjenta. W przeciwnym razie, w przypadku nieoczywistym, takim jak w niniejszej sprawie, ani biegły, ani sąd nie może uznać decyzji za uzasadnioną medycznie, gdyż – jak wskazał biegły – brak jest ku temu wyraźnych wskazań, a przypadki odstępstwa od procedury 6-miesięcznego odstępu między operacjami są zjawiskiem niezwykle rzadkim. Co do zgody pacjenta, należy przyjąć, że uchyła ona bezprawność procedur medycznych, ale jedynie tych, które są przeprowadzane zgodnie ze sztuką lekarską. Skoro w niniejszej sprawie bez wyraźnego uzasadnienia uchybiono temu standardowi, nie można mówić o braku bezprawności.

Niewątpliwie także powód wykazał szkodę w postaci amputacji palca i krzywdę z tym związaną. Okoliczność ta wprost wynika z załączonej do akt dokumentacji medycznej.

W ocenie Sądu strona powodowa nie sprostала jednak ciężarowi dowodu w zakresie związku przyczynowego między naruszeniem a szkodą. Powód był poddany trzem operacjom oszczędzającym i czwartej operacji radykalnej. Operacja pierwsza i trzecia zostały przeprowadzone bez zarzutu. Operacja druga była wykonana prawidłowo technicznie, lecz za wcześnie. Już w chwili rozpoczęcia leczenia powód dysponował bardzo niewielką szansą na wyleczenie (mniej niż 50%). Mimo że znał chorobę D., gdyż w 2008 r., w drugim stadium choroby był operowany z powodu przykurczu w lewej ręce, do lekarza zgłosił się z bardzo zaawansowanym przykurczem i naroślą na ręku (czwarte stadium). Leczenie operacyjne podjęto niezwłocznie i pacjent wiedział, że może ono nie dać pożądanego rezultatu. Po prawidłowej operacji, w wyniku osobistej interwencji lekarza, z uwagi na ciężki przebieg choroby, rozpoczęto rehabilitację w najwcześniejszym możliwym terminie (wcześniej, aniżeli to wynikało z dostępności w grafiku). Mimo intensywnej rehabilitacji u powoda nastąpił nawrót choroby już po dwóch miesiącach od pierwszej operacji. Rehabilitacja nie odnosiła jakiegokolwiek skutku. Przykurcz był bardzo duży, uniemożliwiał wyprost. Jak wskazała G. U. – stan ręki powoda był gorszy niż przed operacją. Do tego momentu nie ma żadnych wątpliwości, że pogorszenie stanu zdrowia było spowodowane wyłącznie właściwościami osobniczymi chorego. Jednoznacznie wskazuje to na ciężki i agresywny przebieg choroby u powoda. W dniu 22 maja 2013 r. dokonano kolejnej operacji, która również przebiegła prawidłowo. Od tego momentu na stan zdrowia chorego współdziałają dwie przyczyny – właściwości osobnicze – zaawansowane stadium choroby, brak efektu po pierwszej operacji, odnawiający się przykurcz w lewej ręce, nadzwyczaj szybki nawrót przykurczu w ręce prawej mimo prawidłowego leczenia oraz błąd lekarski w postaci zbyt wczesnej ponownej interwencji chirurgicznej. Kolejna operacja na prawej ręce odbyła się 16 września 2014 r., a więc z zachowaniem właściwego odstępu. Operacja przebiegła prawidłowo, a skoro miała charakter oszczędzający, to znaczy, że jeszcze wówczas lekarze widzieli szansę na wyleczenie przykurczu bez konieczności amputacji, choć oczywiście z każdym kolejnym zabiegiem szansa ta – od początku niewielka – malała.

27 stycznia 2015 r. przeprowadzono amputację palca u powoda. Należy wskazać, że odstęp między zdarzeniem szkodzącym (przedwczesną operacją w dniu 22 maja 2013 r.), a szkodą (amputacja w dniu 27 stycznia 2015 r.) jest znaczny zarówno pod względem czasowym (ponad półtora roku), jak i pod względem medycznym – w międzyczasie u powoda wykonano dwie operacje przykurczu D. (jedną na prawej, jedną na lewej ręce), odbył on szereg konsultacji i rehabilitacji. Już sam odstęp między zdarzeniem a rzekomym jego skutkiem negatywnie wpływa na ustalenia w przedmiocie relacji kauzalnej. Oczywiście pozwany nie odpowiada jednak wyłącznie za bezpośrednie

skutki zdarzenia szkodzącego, toteż sam ten fakt nie mógł być podstawą ustalenia braku związku przyczynowo-skutkowego. Przeciwno jego istnieniu przemawia jednak przede wszystkim ilość naturalnych przyczyn prowadzących do amputacji. Podstawową jest fakt, że powód już w czasie pierwszej wizyty z ponad 50% prawdopodobieństwem nie mógł uniknąć amputacji. Po drugie, przebieg choroby u powoda miał charakter wyjątkowo agresywny – przykurcz odnowił się w bardzo zaawansowanym stadium już po dwóch miesiącach od operacji, w czasie której uzyskano pełen wyprost. Po trzecie – brak poprawy po każdej kolejnej operacji naturalnie powodował zmniejszenie szansy powoda na uniknięcie amputacji. Brak jest podstaw aby przyjąć, że skoro pierwsza operacja (przeprowadzona bez zarzutu) i trzecia operacja (przeprowadzona bez zarzutu) nie dały pozytywnego efektu, to akurat druga operacja (również technicznie przeprowadzona bez zarzutu), gdyby była przeprowadzona później – taki efekt by dała. Okoliczność ta nie wynika bynajmniej z opinii biegłego, który wprost wskazał, że „z wysokim prawdopodobieństwem” proces leczenia powoda bez wskazanego uchybienia zakończyłby się w podobnym terminie (marzec-kwiecień 2014 r.) i w ten sam sposób – amputacją palca (k. 478). Tym samym w ocenie Sądu powód nie udowodnił związku przyczynowego między zdarzeniem szkodzącym w postaci niezachowania właściwego odstępstwa między operacjami a szkodą w postaci amputacji palca. Zbędne okazało się zatem badanie zasadności roszczeń powoda co do wysokości, skoro okazały się one nieudowodnione co do zasady. Dlatego też w punkcie pierwszym orzeczono o oddaleniu powództwa.

Sąd odstępuje od obciążenia powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz pozwanej w oparciu o art. 102 k.p.c. W ocenie Sądu w niniejszej sprawie zachodzą okoliczności szczególne, które uzasadniają wyjątkowe rozstrzygnięcie w przedmiocie kosztów. Po pierwsze, powód jest osobą niezamożną. Z uwagi na chorobę został zwolniony z pracy, korzystał z zasiłku rehabilitacyjnego, obecnie jest na utrzymaniu żony, nie wykonuje pracy. Podjęcie pracy utrudnia powodowi nie tylko amputacja palca, ale również stan psychiczny w jakim znalazł się na skutek przebytej choroby, podstawa zwolnienia u poprzedniego pracodawcy oraz wiek, który utrudnia znalezienie nowej pracy. W toku procesu powód korzystał ze zwolnienia od kosztów sądowych. Oczywiście stan majątkowy nie może być jedyną podstawą zastosowania instytucji z art. 102 k.p.c. Konieczne jest również wystąpienie dodatkowych okoliczności uzasadniających odstąpienie od obciążania kosztami strony przegrywającej proces. W niniejszej sprawie dodatkowe okoliczności wynikają wprost z ustaleń faktycznych sprawy. Powód niewątpliwie ciężko choruje, a w toku jego leczenia dopuszczono się nieprawidłowości. W ocenie Sądu wystąpienie tych wszystkich okoliczności przesądza o zasadności odstąpienia od obciążania powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu.

II C 705/14

ZARZĄDZENIE

1. (...)
2. (...)