

Sygn. akt: I C 376/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 kwietnia 2019 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Ewa Oknińska
Protokolant:	sekretarz sądowy Justyna Szubring

po rozpoznaniu w dniu 26 kwietnia 2019 r. w Olsztynie

na rozprawie

sprawy z powództwa **J. W.**

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital (...) w O.

o zapłatę

I. oddała powództwo,

II. zasądza od powoda J. W. na rzecz pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala (...) w O. kwotę 500 zł (pięćset złotych 00/100) tytułem kosztów procesu,

III. przyznaje adwokatowi R. K. wynagrodzenie w kwocie 4.428 zł (cztery tysiące czterysta dwadzieścia osiem złotych 00/100) w tym podatek VAT, które nakazuje wypłacić ze Skarbu Państwa Sąd Okręgowy w Olsztynie.

SSO Ewa Oknińska

Sygn. akt I C 376/17

UZASADNIENIE

Powód J. W. wniósł pozew przeciwko pozwanemu Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w O. o zapłatę kwoty 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia za skutki błędów w leczeniu prowadzonym przez pozwanego oraz zasądzenie kosztów pomocy prawnej świadczonej z urzędu, albowiem nie zostały one uiszczone ani w całości ani w części.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że w dniu 07 sierpnia 2007 r. został poddany w placówce pozwanego leczeniu operacyjnemu kręgosłupa lędźwiowego. Po operacji stan jego zdrowia pogorszył się, a dolegliwości występujące wcześniej nasiliły się. W dniu 30 lutego 2009 r. powód został skierowany na oddział ortopedii szpitala celem dalszego leczenia. Następnie w dniu 22 lipca 2011 r. został poddany następnym zabiegom medycznym, polegającym na wymianie stabilizatora kręgosłupa. Wdrożona rehabilitacja nie przyniosła oczekiwanego skutku, a ból w miejscu

wykonania operacji nie ustępował, wręcz nasilał się. Pogarszający się stan zdrowia powoda rodził w nim frustrację i poczucie bezsilności.(k.3-6).

W odpowiedzi na pozew, pozwany Szpital wniósł o oddalenie powództwa w całości i o zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa, według norm przepisanych.

Pozwany potwierdził, że powód poddany był zabiegom medycznym, przy czym ponowna operacja kręgosłupa – rewizja oraz następową operacją – plastyka opony twardej były spowodowane progresją zmian w segmencie operacji pierwotnej. Występujące u powoda dolegliwości bólowe były związane z uogólnioną chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa, której kręgosłup jest jednym z elementów. Pozwany wskazał, że leczenie powoda było prawidłowe, zostało przeprowadzone zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami oraz z należytą starannością. Występujący u powoda kręgosłup kręgosłupa lędźwiowego jest chorobą deformacyjną, progresującą, niestabilną, przebiegającą z nasilającym się bólem kręgosłupa i postępującymi ubytkowymi objawami neurologicznymi. Celem leczenia było zapobieganie dalszemu postępowi choroby oraz poprawa neurologiczna, nie zaś bólowa (k.33-35).

Pismem procesowym z dnia 25 lipca 2018 r. powód rozszerzył powództwo o dalsze 250.000 zł zadośćuczynienia za tortury i cierpienia związane z uszkodzeniem kręgosłupa (pismo z dnia 23 lipca 2018 r. k. 143, pismo z dnia 16 sierpnia 2017 r. k. 124-131, pismo z dnia 17 maja 2018 r. – k. 128-131 oraz oświadczenie powoda złożona na rozprawie w dniu 19 września 2018 r.).

Na rozprawie w dniu 19 września 2018 r. powód cofnął pozew o zapłatę kwoty 250.000 zł. Pozwany na powyższe wyraził zgodę. W związku z tym, na rozprawie w tymże dniu, Sąd umorzył postępowanie we wskazanym zakresie (por. protokół rozprawy z dnia 19 września 2018 r k. 167-167v oraz postanowienie o umorzeniu k. 166)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 2 sierpnia 2007 r. powód został przyjęty w ramach planowego przyjęcia do Wojewódzkiego Szpitala (...) w O. na Oddział (...) (...) z rozpoznaniem „nieokreślone choroby krążka międzykręgowego”. Powód wyraził zgodę na proponowaną hospitalizację i leczenie.

W trakcie przeprowadzonego wywiadu stwierdzono, że powód od wielu lat cierpi na bóle kręgosłupa, zwłaszcza L-S, zaś od kilku miesięcy bóle krzyżowe i bóle rwy kulszowej są zaostrzone. W badaniu przedmiotowym stwierdzono: kręgosłup o prawidłowych krzywiznach i ograniczonej ruchomości, niebolesność palpacyjna oraz ujemny objaw szczytowy, ruchomość czynna i bierna wszystkich stawów kończyn dolnych w pełnym zakresie.

W trakcie pobytu ww. placówce medycznej, w dniu 7 sierpnia 2007 r. powód został poddany leczeniu operacyjnemu z powodu spondylozy lędźwiowej. Lekarzem operującym był R. B., zaś lekarzem prowadzącym T. N.. W trakcie zabiegu stwierdzono: niestabilność L3-L4 wykonano laminectomię L3, stwierdzono utrzymywanie się ucisku do poziomu łuku L4, usunięto łuk L4, rdzeń kręgowy przewężony na poziomie pogr. L3-4, częściowo zrośnięty z więzadłem żółtym. Ustabilizowano kręgosłup na poziomie L2-L5 używając 4 śrub 6,5x50 mm i 2 prętów 90 mm oraz poprzeczki w układzie kompresyjnym.. Po zabiegu, zastosowano sznurówkę ortopedyczną na okres 6 tygodni. W okresie pobytu w szpitalu powód nie gorączkował, nie zgłaszał dolegliwości. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. W dniu 17 sierpnia 2007 r. wypisano powoda do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem chodzenia w gorsecie sznurowym przez 6 tygodni, kontroli w poradni ortopedycznej (25 września 2007 r.), z zakazem długiego siedzenia przez okres 6 tygodni oraz zaleceniem zażywania leków: F., Z..

Przed zabiegiem przeprowadzono z powodem rozmowę z anesteziologiem i wyraził zgodę na znieczulenie ogólne do operacji kręgosłupa. Lekarz anesteziolog określił ryzyko okołoperacyjne w skali ASA na 2 stopień.

(dowód: dokumentacja medyczna k. 36, 158 i 164, zeznania świadka T. N. k 44v, zeznania powoda k. 168)

W dniu 18 sierpnia 2010 r. w trybie nagłym przyjęto powoda do Wojewódzkiego Szpitala (...) w O. na (...) Przyczyną przyjęcia były występujące dolegliwości bólowe okolicy L/S i obu kończyn dolnych, zwłaszcza w czasie chodzenia. Rozpoznano zespół wąskiego kanału kręgowego w odcinku lędźwiowym. Wykonano badanie rtg kręgosłupa, w którym stwierdzono prawidłowe ufixowanie śrub. Wdrożono wówczas leczenie zachowawcze i włączenie leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych oraz fizykoterapię, po których uzyskano zmniejszenie zespołu bólowego. W dniu 30 sierpnia 2010 r. powoda wypisano w stanie ogólnym dobrym do domu z zaleceniem oszczędnego trybu życia, okresowej kontroli w poradni ortopedycznej oraz ze wskazaniem rehabilitacji ruchowej.

(dowód: dokumentacja medyczna k. 36 i 158, zeznania powoda k. 168 i 45-45v, zeznania świadka T. N. k. 44v-45)

W dniu 23 czerwca 2011 r. powód ponownie został przyjęty w trybie planowym do Wojewódzkiego Szpitala (...) w O. na Oddział (...) (...) z powodu nawrotowej stenozy L-S, czyli ponownego zwężenia kanału kręgosłupa w odcinku lędźwiowym. Rozpoznano u powoda: spondylozę lędźwiową, spondyloza L-2-5 z powodu kręgozmyku L 4-5, stenozę kanału kręgowego oraz chromanie neurogenne. W części wywiad opisano: nasilający się niedowład witki kończyn dolnych. Stwierdzono u powoda: powłóczy chód.

W badaniu (...) lędźwiowo – krzyżowego odcinka kręgosłupa z dnia 24 czerwca 2011 r. stwierdzono u powoda: stan po operacyjnym leczeniu kręgozmyku L4 – L5 – stabilizacja L3-S1, bez cech konfliktu, śruby – korzenie; ześlizg przedni L4, przebudowę tłuszczową trzonów kręgów L4, L5 i S1, dehydratacja i obniżenie wysokości tarcz m/k L4-L5 i L5-S1, zniekształcenie i zwężenie otworów m/k L4-L5 z modelowaniem korzeni nerwowych w ich obrębie; tylna szerokopodstawna wypuklina tarczy m/k L5-S1 powoduje modelowanie od przodu korzeni nerwowych w obrębie epiduralnej tkanki tłuszczowej; zwężenie otworów m/k z modelowaniem korzeni nerwowych w ich obrębie; stożek rdzenia bez zmian ogniskowych.

W dniu 6 lipca 2011 r. przeprowadzono operację polegającą na wymianie stabilizatora H-L w zakresie L2-L5 Stwierdzono wówczas, że śruby stabilizujące znajdują się w prawidłowej lokalizacji. W loże po śrubach L2 i L5 wprowadzono śruby 7,5 mm i trzon L-3 oraz dodatkowo 2 śruby wieloosiowe. Wykonano relaminectomię L3-L4-L5, poszerzono ją dołgowo i doogonowo oraz na boki. Wykonano punktową perforację worka oponowego – płynotok – i zaklejono przy użyciu S. i T.. Po założeniu domodelowanych prętów i zablokowaniu systemu uzyskano dobrą stabilizację. Lekarzem operującym był dr T. N.. Po kilku dniach tj. w dniu 15 lipca 2011 r. przeprowadzono drugą operacją polegającą na otwarciu rany i płukaniu skrzepów. Stwierdzono wówczas płynotok z otworu w bliźnie oponowej o długości 2 mm, a następnie otwór zaszyto.

Powód wyraził zgodę na piśmie na zabieg operacyjny z powodu spondylozy lędźwiowej oraz wyraził zgodę na zabieg plastyki opon z powodu płynotoku rany operacyjnej. W stanie ogólnym dobrym, powód w dniu 22 lipca 2011 r. został wypisany do domu z zaleceniem ćwiczeń wyuczonych na oddziale i przyjmowania leków C., X..

(dowód: dokumentacja medyczna koperta 36 i 158, zeznania świadka T. N. k. 44v-45)

W okresie od dnia 11 maja 2012 r. do dnia 01 czerwca 2012 r. powód przebywał w (...) Publicznym Zespole (...) w M. na oddziale (...)

(bezsporne, ponadto karta leczenia szpitalnego – k. 66 akt (...))

W dniu 23 lutego 2016 r. powód został przywieziony karetką pogotowia na (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) z (...) - (...) Centrum (...) w O. z powodu bólu okolicy krzyżowej kręgosłupa i stawu biodrowego lewego po upadku i urazie lewej strony ciała. Zastosowano leczenie zachowawcze i farmakologiczne. Został tego samego dnia wypisany do domu.

(dowód: dokumentacja medyczna k.144)

W okresie od dnia 19 czerwca 2018 r. do 25 czerwca 2018 r. powód był hospitalizowany w Wojewódzkim Szpitalu (...) w E. na (...), N. i (...) Kręgosłupa. Rozpoznano u powoda rwę kulszową z bólem lędźwiowo – krzyżowym, lędźwioból z bólem obu k.k. dolnych, niedowład wiotki kk. Dolnych, stan po stabilizacji ześlizgu L4/L5. Wielopoziomowa spondyloza szyjna: C3/C4, C4/C5, C5/C6 i C6 i C6/C7. Został przyjęty do oddziału w celu rozpoznania silnego zespołu bólowego kręgosłupa i obu nóg. W dniu 20 czerwca 2018 r. wykonano badanie rezonansem magnetycznym kręgosłupa L-S. W opisie badania nie stwierdzono istotnych zmian, a położenie wszystkich śrub było prawidłowe.

Powoda wypisano do domu z zalecaniami oszczędzającego trybu życia, chodzenia przy lasce.

(dowód: dokumentacja medyczna k. 158, 164, zeznania powoda k. 168)

U powoda rozpoznano zespół bólowy odcinka lędźwiowego kręgosłupa w przebiegu zespół wąskiego kanału kręgowego z jego stenozą, kręgozmyku zwyrodnieniowego L4. Leczenie powoda w pozwanym szpitalu było wykonane prawidłowo.

(dowód: opinia biegłego z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii W. Ż. k. 109-114, pisemne opinie uzupełniające biegłego - k. 179-180, k. 218-219)

Postanowieniem z dnia 09 sierpnia 2016 r. prokurator odmówił wszczęcia dochodzenia w sprawie zaistniałego od dnia 2 sierpnia 2007 r. do 22 lipca 2011 r. narażenia powoda przez lekarzy pozwanego szpitala na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (bezsporne, ponadto: postanowienie –k. 62)

Powód utrzymuje się z emerytury. Prowadzi wspólne gospodarstwo z żoną. Na utrzymaniu małżonków pozostaje pełnoletnia córka, która z uwagi na chorobę (stwardnienie rozsiane) od 13 lat i wymaga stałej opieki rodziców. Powód ją podnosi, wsadza na wózek. Od 8 lat córka powoda nie jest w stanie samodzielnie wstać.

(dowód: zeznania powoda k. 167v-168)

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo nie zasługuje na uwzględnienie.

Swoje rozstrzygnięcie Sąd oparł na dokumentach, w szczególności zgromadzonej dokumentacji medycznej, których wiarygodność nie została podważona przez żadną ze stron. Sąd uznał za wiarygodne zeznania świadka T. N. – lekarza przyjmującego powoda podczas pierwszej operacji oraz lekarza operującego powoda podczas drugiej operacji.

Ponadto Sąd dopuścił dowód z pisemnej opinii biegłego sądowego z zakresu chirurgii i ortopedii W. Ż.. Ponadto biegły sporządził pisemne opinie uzupełniające, w których ustosunkował się do zarzutów do opinii zgłoszonych przez powoda i w sposób przekonujący uzasadnił przyjęte wnioski.

Ponadto Sąd uwzględnił zeznania powoda w takim zakresie w jakim znajdują potwierdzenie w zebranych materiale dowodowym. Powód na rozprawie w dniu 13 września 2017 r. wskazał, że „podłożono” mu do podpisania formularz zgody na powtórny operację, na którą nie zgadzał się. Jednakże powód na powyższą okoliczność nie przedstawił żadnego dowodu, a tym samym nie wykazał, jakoby złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody na zabieg w niesprzyjających warunkach, bez właściwego zrozumienia.

Powód domaga się od pozwanego jako podmiotu odpowiedzialnego z tytułu zatrudnienia osób odpowiadających za przeprowadzenie zabiegów medycznych, którym został poddany powód w Wojewódzkim Szpitalu (...) w O. zapłaty kwoty 150.000 zł zapłaty tytułem zadośćuczynienia za skutki błędów w leczeniu.

Odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej w reżimie deliktowym, opiera się na przepisach art. 415 k.c. w związku z art. 430 k.c., które znajdują zastosowanie również w niniejszej sprawie.

Stosownie do treści art. 430 k.c. 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. Szpital nie może się uwolnić od odpowiedzialności powołując się np. na brak winy w wyborze lekarza, winy w zakresie nadzoru nad wykonywaniem powierzonych czynności itp. Odpowiedzialność po stronie szpitala nie powstaje jednak w przypadku, gdy lekarzowi nie można przypisać winy, bądź w razie braku którejkolwiek z pozostałych przesłanek odpowiedzialności np. związku przyczynowego między zawinionym działaniem lekarza a wyrządzoną szkodą.

Do przyjęcia odpowiedzialności wymagane jest zatem wyrządzenie szkody przez podwładnego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, wina podwładnego oraz związek przyczynowy między zawinionym zachowaniem podwładnego a powstałą szkodą. Dlatego też przyjęcie odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej na podstawie wskazanych norm prawnych wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż postępowanie personelu medycznego nie było zgodne z zasadami sztuki lekarskiej (tj. było bezprawne) i było zawinione, w wyniku czego powstała szkoda, która pozostawała w adekwatnym związku przyczynowo- skutkowym z takim działaniem, czy też zaniechaniem personelu medycznego.

W literaturze przedmiotu przez pojęcie "błąd w sztuce medycznej", zwany także "błędem lekarskim", rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, wypracowanych na podstawie nauki i praktyki (zob. Marian Filar i inni, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Wyd. Praw. "LexisNexis", Warszawa 2005 r., str. 29; por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 roku, sygn. (...)OSN 1957, poz. 7 oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 września 1972 roku, sygn.(...)). „Błąd medyczny” to nieprawidłowe postępowanie, którego skutków można było uniknąć przy zachowaniu zwykłej staranności, bez konieczności podejmowania działań nadzwyczajnych, w sytuacji kiedy był czas do namysłu (tak Krzysztof Woźniak „Błąd medyczny”, Katedra Medycyny Sądowej UJ CM, Kraków 2014). Lekarz popełnia błąd medyczny tylko w sytuacji, kiedy nie zrobił wszystkiego, co mógł i powinien był zrobić zgodnie z aktualną wiedzą i praktyką medyczną. Przez błąd medyczny (lekarski) rozumie się także naruszenie przez lekarza (świadomego tego, że podejmuje czynność medyczną) obowiązujących go w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowi podstawę do stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności (tak Agnieszka Liszewska „Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej”, Kraków 1998).

Dla przyjęcia, iż wystąpił błąd lekarski, czyli obiektywna sprzeczność z powszechnie przyjętymi zasadami i regułami postępowania dyktowanymi przez naukę i praktykę medyczną, koniecznym było wykazanie przez powoda, na którym spoczywał w tym zakresie ciężar dowodu (art. 6 k.c.), że popełniono błąd diagnostyczny, bądź - przy prawidłowym rozpoznaniu - zastosowano niewłaściwą metodę leczenia, bądź wreszcie przy prawidłowej diagnozie popełniono błąd w zakresie sposobu leczenia.

Dlatego też, podstawowym zagadnieniem wymagającym wyjaśnienia w niniejszej sprawie było ustalenie, czy do błędu medycznego doszło. Innymi słowy, czy lekarzom bądź innym osobom sprawującym opiekę nad powodem w trakcie pobytu w pozwanym szpitalu w okresach: od 2 sierpnia 2007 r. do 17 sierpnia 2007 r., od dnia 18 sierpnia 2010 r. do 30 sierpnia 2010 r., od dnia 23 czerwca 2011 r. do dnia 22 lipca 2011 r. zatrudnionym w wymienionym szpitalu można postawić zarzut działania naruszającego ich zawodowe obowiązki.

Przeprowadzone postępowanie dowodowe wykazało, że zastosowane u powoda leczenie było prawidłowe. Jak wynika z opinii biegłego W. Ż. w pozwanym szpitalu nie dopuszczono się żadnych zaniedbań. Biegły podkreślił zarówno w opinii głównej, jak i w opiniach uzupełniających, że leczenie powoda w pozwanym szpitalu było prawidłowe i nacechowane troską o dobro pacjenta. Wskazaniem do przeprowadzenia pierwszej operacji były zespoły bólowe i stwierdzony kręgoszyk. Powyższy zabieg operacyjny technicznie został wykonany prawidłowo. W 2010 r. powód uskarżał się na występujący ból kręgosłupa i po uzyskaniu specjalistycznej pomocy w postaci farmakologicznej uzyskał poprawę. Podkreślić należy, że wykonano wówczas badanie rtg, w którym stwierdzono prawidłowe ufixowanie śrub. Jednym ze wskazań podjętego w 2010 r. leczenia było prowadzenie oszczędnego trybu życia i wdrożenia usprawnień ruchowych. Konieczność zaś reoperacji w 2011 r. była podyktowana nawrotem zdiagnozowanej u powoda choroby. W

trakcie wykonywania badania rezonansem magnetycznym w 2011 r. nie stwierdzono poluzowania śrub, czy wadliwości wykonania zabiegu z 2007 r. Występujące u powoda choroba w postaci „kręgozmyku” jest schorzeniem, w którym dochodzi do przesunięcia się kręgów – górnego względem dolnego, zaś stenoza kanału kręgowego jest stanem, w którym dochodzi do zwężenia się (czyli ciasnoty) kanału kręgowego, który następnie uciska na struktury nerwowe (ciasnota pojawia się najczęściej w wyniku choroby zwyrodnieniowej, urazów, dyskopatii, przebytych zabiegów operacyjnych). Nawrót to stan, w którym dochodzi do ponownego pojawienia się cieśni kanału kręgowego. W przypadku powoda, w 2011 r. stwierdzono, że doszło do ponownego zwężenia kanału kręgowego i dlatego istniały wskazania do wykonania powtórnego zabiegu operacyjnego.

Należy zaznaczyć, że dolegliwości bólowe kręgosłupa występowały u powoda kilka lat przed operacją z 2007 r. Od 13 lat powód stale opiekuje się córką chorującą na stwardnienie rozsiane. Od 8 lat dźwiga ją, wsadza na wózek, zanosi do toalety, bywa, że się przewraca. Niewątpliwie mogło to mieć wpływ na kondycję fizyczną powoda, w tym na odczuwane przez niego dolegliwości bólowe. Tym bardziej, ograniczona ruchomość kręgosłupa oraz wiek wymagała od powoda powstrzymywania się od dźwigania ciężarów .

W ocenie Sądu powód nie wykazał związku przyczynowego pomiędzy dolegliwościami, a zachowaniem personelu medycznego, a tym bardziej ich winy. Podkreślić należy, że to na powodzie ciążył obowiązek udowodnienia swych twierdzeń. J. W. wnosił o przeprowadzenie dowodu z dokumentacji medycznej, ze źródeł osobowych, a nadto z opinii biegłego, a wskazane dowodu zostały dopuszczone przez Sąd. Biegły W. Ż. w sporządzonej opinii przedstawił podejmowane przez lekarzy działania w stosunku do powoda oraz przyczyny ponownej operacji.

Biegły nie miał przy tym wątpliwości, że leczenie było prawidłowe i zgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy specjalistycznej. Podkreślić należy, że biegły sporządził opinie na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej, albowiem powód nie stawiał się na wyznaczone badania.

W niniejszej sprawie początkowo wyznaczono biegłego z O., który odmówił wykonania opinii z uwagi na to, że zna osobiście lekarzy leczących powoda. Opinię zlecono biegłemu z listy biegłych Prezesa Sądu Okręgowego w G., tj, biegłemu spoza woj. (...). Wskazać należy, że biegły z uwagi na obowiązki służbowe nie był w stanie przeprowadzić badania w innej miejscowości (bliżej miejsca zamieszkania powoda). Ponadto powód był w stanie dwukrotnie stawić się na rozprawę przed tym Sędem. Wprawdzie przyjechał na wózek, jednakże w dniu 13 września 2017 r. na korytarzu budynku Sądu był widziany przez świadka jak poruszał się samodzielnie. Zwrócić należy uwagę, że w dokumentacji z leczenia szpitalnego w Wojewódzkim Szpitalu (...) w E. z 2018 r. zalecono powodowi chodzenie przy lasce. Dlatego też należy stwierdzić, że nie istniały przeciwskazania, aby powód stawił się na wyznaczone przez biegłego badanie. Z tych przyczyn opinia została sporządzona przez biegłego na podstawie akt sprawy.

Dlatego też składane przez powoda wnioski dowodowe (skierowanie powoda przez biegłego do placówki medycznej i dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego) Sąd pominął na podstawie art. 217 § 3 k.p.c. Wskazać należy, że przepisy k.p.c. nie przewidują możliwości wydania przez biegłego skierowania powoda do placówki medycznej na kilka dni – jak chce tego powód i przeprowadzenia przez biegłego badań.

Z uwagi na to, że sporządzona przez biegłego opinia nie została skutecznie podważona przez powoda Sąd pominął wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego. Wskazać należy, że biegły ustosunkował się do zastrzeżeń powoda, a powód nie złożył zastrzeżeń do opinii, wnosił jedynie o przeprowadzenie badania powoda. Wskazać należy, że wydana przez biegłego opinia jest kategorię kategoryczna, biegły nie miał bowiem żadnych wątpliwości, że leczenie zostało przeprowadzone prawidłowo. Z tych przyczyn Sąd poprzestał na powyższej opinii.

Zatem charakter schorzenia powoda i związane z tym dolegliwości nie mogą stanowić podstawy do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego. Tym samym, Sąd z uwagi na bezzasadność roszczenia na podstawie powołanych przepisów, powództwo oddalił.

O kosztach procesu Sąd orzekł w oparciu o art. 102 k.p.c., uznając, że w niniejszej sprawie zachodzi szczególnie uzasadniony przypadek. Powód utrzymuje się z emerytury, na jego utrzymaniu pozostaje pełnoletnia – schorowana

córka, nadto wytaczając powództwo powód był subiektywnie przekonany o zasadności dochodzonego roszczenia, które ostatecznie zostało zweryfikowane w toku postępowania dowodowego. Dlatego też, Sąd zasądził od powoda na rzecz pozwanego jedynie część kosztów procesu w wysokości 500 zł .

O kosztach nieopłaconej pomocy prawnej z urzędu, Sąd orzekł na podstawie Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu, obowiązującym od 2 listopada 2016 r. Przypomnieć należy, że pozew w niniejszej sprawie został wniesiony 29 czerwca 2017 r. Zgodnie z § 8 w sprawach przy wartości przedmiotu sporu 150.000 zł koszty wynagrodzenia pełnomocnika wynoszą 3.600 zł. Jednocześnie, zgodnie z § 4 ust. 3 opłatę podwyższa się o kwotę podatku od towarów i usług, dlatego też przyznano adwokatowi R. K. kwotę 4.428 zł (3.600 zł + 23% Vat) i nakazano wypłacić je ze Skarbu Państwa Sądowi Okręgowemu w Olsztynie.

SSO Ewa Oknińska