

Sygn. III C 24/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

17 września 2019 r.

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

Przewodniczący:	Sędzia (del.) Rafał Jasiński
Protokolant:	Natalia Mroczyńska

po rozpoznaniu 8 września 2019 r. w Warszawie na rozprawie

sprawy z powództwa D. W.

przeciwko (...) Publicznemu Szpitalowi (...). A. G. w O. i (...) S.A. w W.

o zadośćuczynienie, odszkodowanie, rentę i ustalenie odpowiedzialności na przyszłość

1. oddała powództwo w całości,
2. zasądza od D. W. na rzecz (...) Publicznego Szpitala (...). A. G. w O. kwotę 7200 (siedem tysięcy dwieście) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa prawnego,
3. zasądza od D. W. na rzecz (...) S.A. w W. kwotę 7200 (siedem tysięcy dwieście) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa prawnego

III C 24/14

UZASADNIENIE

W pozwie z 20 grudnia 2013 r. D. W. wniosła o zasądzenie od (...) Publicznego Szpitala (...) im. prof. A. G. w O. (dalej pozwany szpital) i (...) S.A. w W. (dalej (...) S.A.) solidarnie kwot:

- a) 300.000 zł tytułem częściowego zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz jako następstwo zawinonego naruszenia prawa pacjenta oraz odszkodowania za poniesione koszty leczenia i rehabilitacji wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty;
- b) 5.000 zł tytułem miesięcznej renty na zwiększone koszty utrzymania, opieki, leczenia i rehabilitacji, płatnej do 10-tego dnia każdego miesiąca począwszy od grudnia 2013 r. z odsetkami ustawowymi w razie uchybienia terminowi płatności;
- c) 180.000 zł tytułem renty wyrównawczej za okres od 18 stycznia 2010 r. do dnia wniesienia pozwu (36 miesięcy) z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty.

Ponadto D. W. domagała się ustalenia odpowiedzialności pozwanych na przyszłość oraz zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa prawnego według norm przepisanych. Jako podstawę faktyczną roszczenia powódka wskazała poddanie jej w pozwanym szpitalu dwóm nieudanym zabiegom operacyjnym, w wyniku których wystąpił u niej spastyczny niedowład kończyn dolnych. Powódka argumentowała, że w sposób nieprawidłowy została

zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego ponieważ przeprowadzenie tego zabiegu w jej ówczesnym stanie zdrowia było nieuzasadnione. Powódka podniosła również, że nie została prawidłowo poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach zabiegu operacyjnego i ryzyku z tym związanym oraz że zgoda na wykonanie zabiegu nie była wyrażona w sposób świadomy (pozew k. 1-16).

W odpowiedzi na pozew (...) S.A. z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania, przyznając objęcie szpitala ochroną ubezpieczeniową. (odpowiedź na pozew k. 280-282).

W piśmie procesowym z 22 kwietnia 2014 r. D. W. uściśliła, że domaga się od pozwanych solidarnie kwoty 41.200 zł tytułem odszkodowania za poniesione koszty leczenia i rehabilitacji oraz 258.800 zł tytułem częściowego zadośćuczynienia (pismo powódki k. 393-395).

W odpowiedzi na pozew z 8 sierpnia 2014 r. (...) Publiczny Szpital (...) im. prof. A. G. w O. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania (odpowiedź na pozew k. 425-432v.).

W dalszym toku postępowania zarówno na rozprawach jak i w pismach procesowych strony konsekwentnie podtrzymywały swoje stanowiska w sprawie.

Sąd ustalił w sprawie następujący stan faktyczny.

D. W. miała zespół wad genetycznych, układowych i wrodzonych schorzeń narządu ruchu. U powódki występuje wrodzony wąski kanał kręgowy co powodowało liczne dolegliwości związane z kręgosłupem (zeznania S. Ł. k. 522).

Od 1 czerwca 1995 r. D. W. ma ustalone na stałe prawo do renty rolniczej z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem. Powódka w 1992 r. doznała wypadku w postaci skręcenia stawu kolanowego, później w 1993 r. stłuczenia głowy i skręcenia kręgosłupa szyjnego i następnie w 1995 r. uszkodzenia łękotki przyśrodkowej stawu kolanowego lewego (pismo z KRUS z 3.02.2015 r. k. 512-514).

Od 4 marca 2002 r. do 2 sierpnia 2007 r. D. W. leczona była w poradni w Stacji (...) (...) Diecezji (...) Centrum (...) w Ł.. W czasie wizyt podawała bóle kręgosłupa L-S z promieniowaniem do prawej nogi, bóle stawów kolanowych, biodra lewego, bóle kręgosłupa szyjnego, bóle głowy. Przepisywano jej leki uspokajające, rozluźniające mięśnie i przeciwbólowe oraz kierowana była na rehabilitację. (dokumentacja medyczna k. 247-262).

Do 2007 r. D. W. przeszła 4 artroskopie stawu kolanowego lewego oraz operacje nawykowego zwichnięcia rzepki (dokumentacja medyczna k. 78, k. 87, k. 92, k. 96).

W okresie od 24 września 2007 r. do 11 października 2007 r. D. W. była leczona w (...) Publicznym Szpitalu (...) im. prof. A. G. w O. na Oddziale Chirurgii Kręgosłupa, do którego zgłosiła się z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego z promieniowaniem do kończyny górnej prawej – barku, bocznej powierzchni ramienia, grzbietowej powierzchni przedramienia oraz palców. Dolegliwości te trwały od kilku lat i brak było poprawy stanu zdrowia u powódki po leczeniu zachowawczym. Rozpoznano wówczas u D. W. chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa, przepuklinę jądra miazdżystego C5-C6, powódka była po operacji (...) nawykowego zwichnięcia rzepki lewej (w 1997 r.) oraz stwierdzono w wywiadzie występującą chorobę (...)-(...) (od 1993 r.). W dniu 24 września 2007 r. D. W. wyraziła zgodę na proponowane leczenie i zabiegi operacyjne. W dniu 5 października 2007 r. wykonano u D. W. zabieg operacyjny polegający na usunięciu dysku C5-C6 i założeniu sztucznego dysku. Powódka w stanie ogólnym dobrym została wypisana ze szpitala, zalecono profilaktykę antybiotykową i rehabilitację (dokumentacja medyczna k. 24-36).

W 2008 r. D. W. była leczona w (...) Centrum Medyczne s.c. w Ł., gdzie stwierdzono zaburzenia spoistości i wydolności tkanki łącznej i elastopatię (karta pacjenta k. 200).

Od 2009 r. do 2012 r. D. W. leczyla się w (...) Diecezji (...) Centrum (...) w Ł. z rozpoznaniem choroby kręgow szyjnych, innych chorób krążka międzykręgowego i następstw urazów kończyny górnej, gdzie kontynuowała leczenie rehabilitacyjne. Była również pod opieką Zakładu Podstawowej (...) w Ł. (dokumentacja medyczna k. 217-230, k. 533-539, k. 558 i n.).

W dniu 11 stycznia 2010 r. D. W. ponownie została przyjęta na Oddział Chirurgii Kręgosłupa w (...) Publicznym Szpitalu (...) im. prof. A. G. w O. z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa lędźwiowego z promieniowaniem do prawej kończyny dolnej kostki bocznej. U chorej przeprowadzono wywiad i badania wstępne. W trakcie hospitalizacji rozpoznano ciasnotę kanału kręgowego na poziomie L4-L5, L5-S1 prawostronną. W dniu 12 stycznia 2010 r. powódka przeszła badanie RTG kręgosłupa, które ujawniło zniekształcenie blaszek granicznych i zmiany uogólnione wytwórczo-zwyrodnieniowe.

W dniu 15 stycznia 2010 r. wykonany został u powódki zabieg operacyjny, w wyniku którego pół godziny po nim wystąpiły powikłania w postaci krwiaka i obrzęku śródkanałowego, doszło do obustronnego niedowładu kończyn dolnych. Wdrożono leczenie farmakologiczne, ale bez wyraźnej poprawy neurologicznej. W związku z tym, w tej samej dobie, wystąpiła konieczność ponownej operacji powódki tzw. reoperacji; wykonano poszerzenie zachyłków oraz hemilaminektomię L5, ewakuowano krwiak, założono dreny. Nastąpiła poprawa, ale niedowład utrzymywał się. Niedowład z lewej kończyny dolnej wycofał się oraz pojawiły się ruchy w obrębie prawego stawu kolanowego i skokowego. Powódka otrzymała leczenie przeciwoobrzękowe, była intensywnie rehabilitowana, uczyła się poruszania o balkoniku. 20 stycznia 2010 r. wykonano powódce badanie (...) piersiowego i lędźwiowego odcinka kręgosłupa. 28 stycznia 2010 r. D. W. została wypisana do domu, zalecono dalsze leczenie w oddziale rehabilitacji i kontrolę ambulatoryjną (dokumentacja medyczna k. 37-45, 47-120, k. 124).

Dzień przed zabiegiem D. W. rozmawiała na temat operacji z ordynatorem oddziału S. Ł. (zeznania powódki k. 308-309). W dniu zabiegu operacyjnego D. W. odbyła również rozmowę z lekarzem J. W. na temat jej choroby (rozpoznania), wskazań do operacji, rodzaju i celu zabiegu oraz wszystkich jego następstw, a także została poinformowana o ryzyku jakie związane jest z tego rodzaju operacją i możliwości zaistnienia powikłań związanych z przeprowadzeniem zabiegu, w szczególności: krwotoku, infekcji rany pooperacyjnej, niedowładu kończyn dolnych, nietrzymanie moczu i stolca, uszkodzenie worka oponowego z płynotokiem, brak poprawy zatorowości płuc, niedrożność naczyń tętnicznych, powikłań ogólnych. D. W. świadomie podpisała zgodę na zabieg operacyjny – odciążenie L4-L5, L5-S1 prawostronne przez zespół lekarzy od działu XII pod kierownictwem dr J. W. oraz na zabiegi medyczne towarzyszące operacji i przebiegowi pooperacyjnemu wykonane przez innych lekarzy (zgoda k. 46-46v., zeznania J. W. k. 523).

Choroby występujące u powódki tj. przede wszystkim autoimmunologiczna choroba naczyń (plamica (...)-(...)) zwiększały ryzyko wystąpienia powikłań, zarówno przed operacją przeprowadzoną w 2007 r., jak i w 2010 r., jednak stan kliniczny D. W. w korelacji z wynikami badań obrazowych uprawniał zespół medyczny do podjęcia decyzji o leczeniu operacyjnym. Proces kwalifikacji do zabiegu był prawidłowy. Stwierdzona przed i po operacji nieznaczna małopłytkowość nie miała żadnego znaczenia klinicznego, albowiem liczba płytek (przekraczająca 100 G/I) w pełni zabezpieczała funkcje hemostatyczne organizmu do każdego rodzaju zabiegu chirurgicznego (opinia biegłego z zakresu hematologii K. W. k. 716-723).

W okresie od 29 stycznia 2010 r. do 11 marca 2010 r. D. W. przebywała na Oddziale Rehabilitacji w (...) Publicznym Szpitalu (...) im. prof. A. G. w O. celem leczenia usprawniającego z rozpoznaniem niedowładu kończyn dolnych. Stwierdzono u powódki porażenie (paraliż) kończyny dolnej prawej ze zniesieniem czucia powierzchniowego, czucia bólu i temperatury oraz czucia głębokiego, głęboki niedowład kończyn dolnych z zaburzeniem czucia powierzchniowego, brak odruchów brzusznych, zaburzenia zwieraczy. Powódka została poddana kinezyterapii i fizykoterapii z poprawą w zakresie sprawności ogólnej i chodu, zaczęła poruszać się przy pomocy kul łokciowych. Powódkę wypisano do domu z zaleceniem kontroli w poradni ortopedycznej oraz chodzenia w gorszej ortopedycznym

do dnia kontroli oraz kontynuację usprawniania po miejscu zamieszkania (dokumentacja medyczna k. 121-121v.). Po opuszczeniu szpitala powódka wymagała opieki i pomocy ze strony osób trzecich przy zwykłych czynnościach.

Od 9 sierpnia 2011 r. do 5 października 2012 r. D. W. pozostawała pod opieką (...) w Ł.. Powódka uskarżała się wówczas na skurcze mięśni, zaburzenia w oddawaniu moczu, że dokucza jej spastyka, podawała ból w kończynach (dokumentacja medyczna k. 213-216v.).

W okresie od 4 do 10 września 2011 r. D. W. przebywała na oddziale Neurochirurgii, Traumatologii z P. N. Wojewódzkiego Szpitala (...) w E. w związku z niedowładem spastycznym kończyn dolnych. Wykonano badanie (...) kręgosłupa piersiowego, widoczny rdzeń kręgowy bez uchwytnych zmian ogniskowych, w kanale kręgowym nie stwierdzono patologii, wykazano zaburzenia czucia powierzchniowego. Powódka była leczona zachowawczo. (dokumentacja medyczna k. 160-193, k. 546-545).

W 2012 r. do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w W. wpłynęła skarga D. W. na niewłaściwe jej zdaniem leczenie dyskopatii lędźwiowej w Klinice (...) w O.. W toku prowadzonego postępowania wyjaśniającego rzecznik przesłuchał dwukrotnie skarżącą, lekarza operującego J. W., wydana też została opinia przez biegłego. Postanowieniem z 12 października 2012 r. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej OIL w W. umorzył postępowanie wyjaśniające w sprawie skargi D. W. wskazując w uzasadnieniu, że lekarze nie popełnili błędu w czasie leczenia, a prawdopodobną przyczyną powikłania były zaburzenia mikrokrążenia w wyniku choroby (...)-(...) (protokół przesłuchania D. W. z 22.05.2012 r. k. 196-197, protokół przesłuchania J. W. k. 198-199, postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego z 12.10.2012 r. k. 237-237v., opinia z 30.07.2012 r. k. 233-234, opinia z 4.09.2012 r. k. 235-236).

27 grudnia 2012 r. do Sądu Rejonowego w Otwocku wpłynął wniosek D. W. o zawiązanie (...) Publicznego Szpitala (...) im. prof. A. G. w O. do próby ugodowej w przedmiocie zapłaty 400.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz jako następstwo zawinionego naruszenia prawa pacjenta oraz odszkodowania za poniesione koszty leczenia i rehabilitacji, następnie kwoty 3.000 zł miesięcznie tytułem renty na pokrycie zwiększonych kosztów utrzymania, opieki, leczenia i rehabilitacji oraz 105.000 zł tytułem wyrównania renty za okres od 15 stycznia 2010 r. do 19 grudnia 2012 r. Do zawarcia ugody nie doszło (zawezwanie do próby ugodowej i protokół z 6.02.2013 r. w aktach I Co 2433/12).

W okresie od 23 do 29 lipca 2014 r. powódka była hospitalizowana w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu (...) w B. na Oddziale Neurologii Pododdziale Udarowym celem diagnostyki incydentu prężeń kończyn dolnych, po których nastąpiła utrata przytomności (karta informacyjna k. 688-688v.). Z kolei od 27 października do 10 listopada 2014 r. D. W. przebywała w Klinice (...) w O. celem uzupełnienia leczenia diagnostyczno-terapeutycznego. Zakwalifikowano ją do leczenia zachowawczego, zalecono dalsze leczenie w trybie ambulatoryjnym i kontynuację terapii psychologicznej (karta informacyjna k. 689-690).

14 kwietnia 2016 r. w (...) sp. z o.o. sp. komandytowej w P. D. W. miała wykonaną operację – resekcję stawu piętowo-sześciennego, wydłużenie ścięgna Achillesa (karta informacyjna k. 619-619v.).

W chwili obecnej D. W. ma 52 lata, porusza się na wózku inwalidzkim, choć był czas, że chodziła z pomocą balkonika. Dotknięta jest plegią spastyczną kończyn dolnych, nie może stać ani chodzić, ma zniekształcone oba stawy skokowe i stopy, występują u powódki zaburzenia czucia powierzchniowego oraz zaburzenia w oddawaniu moczu. Powódka wymaga stałej pomocy osób trzecich przy wykonywaniu czynności dnia codziennego. Nie jest możliwy pełny powrót powódki do zdrowia. Mimo systematycznego leczenia i rehabilitacji nie nastąpiła istotna poprawa w stanie zdrowia powódki, a nawet pogorszenie. Uszczerbek na jej zdrowiu wynosi 100%. Stwierdzony u niej niedowład spastyczny kończyn dolnych, mimo jednoznacznie ścisłego związku czasowego z operacją przeprowadzoną 15 stycznia 2010 r., nie jest powikłaniem tego zabiegu. Nie można niedowład pochodzenia ośrodkowego powiązać bezpośrednio przyczynowo z działaniem operacyjnym w dolnej części lędźwiowego odcinka kręgosłupa. Obecny stan zdrowia powódki nie pozostaje w związku przyczynowym z zawinionym błędem lekarskim po operacji. Lokalizacja zaburzeń czucia świadczy o innym poziomie uszkodzenia niż w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. D. W. była prawidłowo leczona i rehabilitowana po operacji. (opinia biegłej sądowej z zakresu neurologii T. P. k. 593-607, opinia biegłego z zakresu

neurochirurgii E. R. k. 643-646, opinia biegłego z zakresu hematologii K. W. k. 721, pisemne wyjaśnienia biegłego z zakresu hematologii K. W. k.751-752).

Powyższy stan faktyczny został ustalony na podstawie powołanych wyżej dokumentów, w tym: złożonej do akt dokumentacji medycznej powódki, dokumentów znajdujących się w aktach sprawy I Co 2433/12, następnie w oparciu o zeznania powódki (częściowo – k.308-310, k.790-791), świadków A. W. (k. 459-460), G. W. (k.306-307, k.457-458), J. W. (k.523-524) i S. Ł. (k.522-523). Podstawę ustaleń faktycznych w sprawie stanowiły również dowody z opinii: biegłego neurologa T. P. (k. 593-607), z opinii pisemnej biegłego neurochirurga E. R. (k.643-646), uzupełniających pisemnych wyjaśnień tego biegłego (k.673) i jego ustnych wyjaśnień (k.692v.-693), a także pisemnej opinii biegłego hematologa K. W. (k.716-723), następnie pisemnych wyjaśnień (k.751-752v.) i ustnych wyjaśnień tego biegłego (k.796-797v.).

Sąd dał wiarę zeznaniom świadków A. W. i G. W., będących bliskimi powódki, którzy opisali sytuację rodzinną powódki, przebieg jej leczenia przed i po zabiegu z 15 stycznia 2010 r., konieczność pomocy i opieki nad powódką oraz obecny stan jej zdrowia. Zeznania tych świadków były spójne i co do tych okoliczności korespondowały z zeznaniami powódki, a przy tym w żadnym zakresie nie zostały zakwestionowane przez stronę pozwaną, stąd też sąd uznał je za wiarygodne. Zeznania świadków S. Ł. (ordynatora pozwanego szpitala) i J. W. (lekarza prowadzącego powódkę) zdaniem Sądu były składane w sposób szczerzy, a ich treść była logiczna, z tego też względu Sąd uznał je za wiarygodne.

Dokonując oceny wiarygodności zeznań powódki Sąd miał na uwadze, że D. W. nie dysponowała fachową wiedzą medyczną i nie była w stanie w sposób obiektywny oraz rzetelny ocenić podjętych wobec niej procedur medycznych. W ocenie Sądu powódka miała prawo do uczucia żalu i krzywdy z uwagi na stwierdzone u niej nieodwracalne skutki przeprowadzonego leczenia operacyjnego, jednak doszukiwanie się winy po stronie zespołu leczącego nie znajduje uzasadnienia w zgromadzonych w sprawie dowodach. Sąd dał wiarę zeznaniom powódki jedynie w tym zakresie, w jakim były one zbieżne z zebraniem w sprawie materiałem dowodowym. Sąd uznał za pozbawione przymiotu wiarygodności zeznania powódki w zakresie, w jakim wskazywała ona na brak prawidłowego poinformowania jej o sposobie leczenia, możliwych powikłaniach pooperacyjnych i ryzyku oraz w zakresie w jakim powoływała się na nieświadomość w podejmowaniu decyzji (wyrażeniu zgody) co do operacji przeprowadzonej 15 stycznia 2010 r. Powódka składała w tym zakresie zeznania w sposób różnorodny i niespójny. Zgromadzona w sprawie dokumentacja medyczna, jak również zeznania świadków S. Ł. i J. W. w zestawieniu z fragmentami zeznań powódki oraz protokołem z jej przesłuchania przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej (k. 196-197) pozwalają na przyjęcie stanowiska, że powódce zostały wyjaśnione wszelkie informacje o przebiegu operacji, o możliwych powikłaniach, o stanie jej zdrowia, co powódka próbowała podważać w toku procesu.

Opinie sporządzone przez powołanych w sprawie biegłych sądowych z dziedziny neurologii T. P., neurochirurgii E. R. i hematologii K. W., Sąd ocenił jako szczególnie przydatne dla ustalenia stanu faktycznego. Zostały one sporządzone rzetelnie, z wykorzystaniem danych dostępnych w aktach sprawy, na podstawie badań powódki, poparte rzeczową, wyczerpującą argumentacją. Wnioski każdej opinii co do tego czy w sprawie wystąpił błąd ze strony lekarzy i odnośnie oceny prawidłowości czynności medycznych podjętych wobec powódki w pozwanym szpitalu, to oprócz tego że są sformułowane w sposób przystępny i zrozumiały, to są zbieżne i spójne, wzajemnie korespondują ze sobą. Z opinii tych jednoznacznie wynika, że brak powodów do stwierdzenia braku staranności lub błędu w sztuce lekarskiej i w wykonaniu procedur. W zaistniałej sytuacji personel medyczny pozwanego szpitala prawidłowo zakwalifikował powódkę do przeprowadzenia zabiegu medycznego 15 stycznia 2010 r. Biegli E. R. i K. W. przekonująco wyjaśnili zarówno pisemnie jak i ustnie na rozprawie swoje stanowiska. Dodatkowo złożyli pisemne wyjaśnienia uzupełniające (k. 673, k. 751-752v.). Biegli odnieśli się do merytorycznych zarzutów podniesionych przez stronę powodową w sposób przekonujący. W ocenie Sądu brak jest podstaw do podważania prawidłowości przedstawionych przez biegłych wniosków, zatem sąd uznał je za obiektywny dowód w sprawie.

Przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych z zakresu psychologii, psychiatrii i ortopedii, o co wnosila w pozwie powódka, w okolicznościach sprawy i wobec spójnych wniosków opinii biegłych T. P., E. R. i K. W., Sąd ocenił jako zbędne i nie mające już znaczenia dla rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie.

Sąd zważył, co następuje:

Mając na względzie wyżej ustalony stan faktyczny sprawy, Sąd doszedł do przekonania, że roszczenie powódki nie zasługiwało na uwzględnienie.

Odpowiedzialność podmiotu prowadzącego zakład opieki zdrowotnej (podmiotu leczniczego) za szkodę wyrządzoną z winy lekarza zatrudnionego w tej jednostce opiera się na art. 415 k.c. i 430 k.c. (wyrok SA we Wrocławiu z 2 marca 2012 r., IACa 123/12). Pozwana placówka medyczna zawsze będzie ponosiła odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez lekarza jako podwładnego, jeżeli działanie lub zaniechanie tego lekarza będzie zawinione. Przesłankami odpowiedzialności wywodzonej ogólnie z art. 415 k.c. i art. 430 k.c. są: powstanie szkody rozumianej jako uszczerbek na dobrach prawnie chronionych osoby poszkodowanej wyrządzonej przez podwładnego, wina podwładnego oraz związek przyczynowy pomiędzy poniesionym uszczerbkiem a konkretnym zachowaniem podwładnego. Ciężar dowodu w myśl art. 6 k.c. w zakresie wykazania zarówno istnienia szkody i związku przyczynowego między powstaniem szkody, a działaniem lub zaniechaniem sprawcy szkody, jak i faktu, iż szkoda została wyrządzona z winy osoby zobowiązanej, spoczywa na poszkodowanym. W tym miejscu należy zauważyć, że tzw. dowód prima facie, oparty na konstrukcji domniemań faktycznych, a zwalniający stronę ponoszącą ciężar dowodu od żmudnego udowadniania wszystkich etapów związku przyczynowego, wymaga jednak wysokiego prawdopodobieństwa graniczącego z pewnością istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych (tak wyrok SN z 2 czerwca 2010 r. III CSK 245/09).

Zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 2190) w zw. z art. 822 § 1, 2 i 4 k.c. odpowiedzialność za szkody wyrządzone osobom trzecim przez lekarza/placówkę medyczną ponosi także ich ubezpieczyciel, który może zostać pozwany w tym samym lub odrębnym postępowaniu.

Zaistnienie po stronie powódki uszczerbku na zdrowiu i krzywdy wskutek doznania rozstroju zdrowia nie budziło wątpliwości. Kwestią sporną było, czy można pozwanym tj. ubezpieczyciela i placówkę medyczną obciążyć z tego tytułu odpowiedzialnością. Zachowanie lekarzy czy też innego personelu medycznego musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Koniecznym jest zaistnienie elementu obiektywnego, jakim jest bezprawność, to jest naruszenie obowiązującego w danym czasie porządku prawnego. W myśl art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 537), 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 należyłą starannością. W tym kontekście należy odnieść się do zakresu odpowiedzialności lekarzy o szczególnym obiektywnym elemencie winy, a mianowicie „błędu lekarskiego” rozumianego jako naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej (tak uznał m.in. Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, Legalis nr 617787). Wysokie wymagania stawiane lekarzowi nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. W nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje tzw. „ryzyko medyczne”. Nawet bowiem przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne i zasadniczo pacjent poinformowany o istniejącym ryzyku, wyrażając zgodę na zabieg medyczny, przyjmuje je na siebie.

Z materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie nie wynikają cechy naganne jak niewiedza, nieostrożność, niedbalstwo personelu medycznego (...) Publicznego Szpitala (...) im. prof. A. G. w O.. Wręcz przeciwnie materiał dowodowy wskazuje, a szczególnie opinie biegłych, o czym niżej, że nie doszło do błędów w diagnostyce czy leczeniu powódki. Dowód prima facie nie wystarcza przy braku możliwości ustalenia przyczyny niedowładu kończyn dolnych u powódki i tylko po wykazaniu przez nią z przeważającym prawdopodobieństwem, że do tego niedowładu doszło wskutek błędu lekarskiego czy to na etapie diagnostyki czy leczenia, można byłoby uznać odpowiedzialność pozwanego szpitala w tej sprawie. A biegli powołani w sprawie konsekwentnie twierdzili, że nie można ustalić przyczyny porażenia kończyn dolnych u powódki. Biegli rozważali możliwe przyczyny stanu, w jakim znalazła się powódka, ale żadnej z nich nie uznali za bezpośrednią, wiodącą czy pewną przyczynę, wskazując konsekwentnie, że ustalenie takiej przyczyny w

przypadku powódki jest bardzo trudne, a może nawet i niemożliwe (k. 673, k. 693, k. 721). Powódka więc nie tylko nie udowodniła, ale także nie uprawdopodobniła w stopniu wysokim, że za stan jej obecnego zdrowia odpowiedzialny jest pozwany szpital.

Na podstawie dokonanych ustaleń faktycznych, a głównie opinii biegłych dr. med. T. P., dr E. R. i prof. dr hab. n. med. K. W. Sąd uznał, że czynności pozwanego szpitala względem powódki nie były obarczone błędem lekarskim, że pozwany szpital nie ponosi odpowiedzialności za problemy zdrowotne powódki, a postawione zarzuty nie były zasadne. W oparciu o wnioski opinii biegłej z zakresu neurologii T. P. oraz opinii i ustnych wyjaśnień biegłego z zakresu neurochirurgii E. R. Sąd doszedł do przekonania, że działania medyczne podejmowane względem powódki były prawidłowe oraz zachowane zostały obowiązujące zasady. Biegli tych specjalności zgodnie potwierdzili, że stwierdzony u powódki niedowład i zaburzenia czucia w okolicy piersiowej nie mają żadnego związku z przebytą w dniu 15 stycznia 2010 r. operacją odbarczenia kanału kręgowego na poziomie L4-L5, L5-S1 (k. 645, k. 602, 603). Przyczyną diagnostyki i w jej następstwie operacji był występujący u powódki zespół bólowy lędźwiowego odcinka kręgosłupa i kończyny dolnej prawej. Z opinii biegłego E. R. jednoznacznie wynika, że operacja była celowa, pacjentka została prawidłowo zakwalifikowana do zabiegu i że specjalista ortopeda może być operatorem w takim przypadku jak u powódki. Biegły podkreślił zarówno w opinii pisemnej (k. 645), jak i uzupełniającej pisemnej opinii (k. 673), a także kolejno w ustnych wyjaśnieniach (k. 692 v.-693), że mimo jednoznacznie ścisłego związku czasowego z operacją wykonaną w dniu 15 stycznia 2010 r. nie można niedowładu mającego źródło w ośrodkowym układzie nerwowym (biegły wskazał, że najprawdopodobniej w piersiowym odcinku rdzenia kręgowego) powiązać bezpośrednio przyczynowo z działaniem operacyjnym w dolnej części lędźwiowego odcinka kręgosłupa. Przyczyna powikłania (biegły wskazał na możliwość udaru rdzenia kręgowego) znajdowała się bowiem w zupełnie innej części kręgosłupa niż miejsce operacji, nie wiadomo dokładnie w jakiej części, ale wiadomo, że jeżeli w kręgosłupie to nie w tej części, w której była operacja. Wykonany dwukrotnie rezonans magnetyczny piersiowego odcinka kręgosłupa nie wykazał przyczyny tego stanu.

Podobne wnioski wynikają z pisemnej opinii, pisemnych wyjaśnień oraz ustnych wyjaśnień biegłego hematologa K. W. (k. 716-723, k. 751-752, k. 796-797). Biegły również nie dopatrywał się błędu w leczeniu powódki przez pozwany szpital. Potwierdził również, że stan kliniczny powódki w korelacji z wynikami badań obrazowych uprawniał pozwanego szpitala do podjęcia decyzji o leczeniu operacyjnym, a proces kwalifikacji do zabiegu i pozyskania zgody przebiegał prawidłowo. Dalej biegły wskazał, że występujące u powódki choroby tj. przede wszystkim autoimmunologiczna choroba naczyń (plamica (...)-(...)) zwiększały wystąpienie powikłań zarówno przed operacją z 2007 r. jak i operacją z 2010 r. Ta choroba zwiększała ryzyko krwawień śródoperacyjnych, niedokrwienia i martwicy uciśniętych tkanek oraz osteochondroza, która predestynuje do występowania wielopoziomowych zmian w obrębie kręgów kręgosłupowych i może być przyczyną powstawania kolejnych patologii w obszarach wcześniej nieoperowanych. Jednak biegły uściślił, że stwierdzona u powódki przed i po zabiegu operacyjnym małopłytkowość nie miała żadnego znaczenia klinicznego albowiem liczba płytek w pełni zabezpieczała funkcje hemostatyczne organizmu, a posiadana przez operatorów wiedza na temat występowania u powódki tej choroby nie mogła skutkować dodatkowymi czynnościami medycznymi zarówno przed, w trakcie jak i po operacji, które miałyby na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań pooperacyjnych. Biegły K. W., tak samo jak biegli T. P. i E. R., zawarł w swojej opinii wniosek, że opisany po zabiegu stan neurologiczny paraparezy spastycznej kończyn dolnych nie odpowiadał poziomowi operowanego kręgosłupa, a tym samym brak było związku przyczynowo-skutkowego (poza korelacją czasową) pomiędzy przeprowadzoną operacją na poziomie L4-S1 i powstaniem krwaka w łożu pooperacyjnej a wystąpieniem ciężkiego niedowładu z objawami patologicznymi.

Zdaniem Sądu, wskazane w opiniach trzech biegłych specjalistów okoliczności faktyczne dowodzą w sposób logiczny, iż pozwany szpital w istocie nie dopuścił się błędu podczas zabiegu operacyjnego wykonywanego u powódki 15 stycznia 2010 r. Zbyt daleko idący, a wręcz nieuprawniony jest uproszczony wniosek, że skoro doszło u powódki zaraz po operacji do powstania niedowładu kończyn dolnych, to operator w pozwanym szpitalu popełnił błąd. Nie można zapominać o możliwości występowania w medycynie powikłań wynikających z naturalnych reakcji organizmu albo innych występujących już u pacjenta procesów chorobowych, w związku z którymi nie można przypisać lekarzowi i placówce medycznej winy. Tak właśnie było w przypadku powódki. Do wystąpienia u powódki

powikłań pooperacyjnych – jak wynika z opinii biegłego hematologa (k. 752) – prawdopodobnie przyczyniły się inne okoliczności tj. być może długotrwałe unieruchomienie pozostające w związku czasowym z operacją, a być może niezależne okoliczności tj. zaburzenia mikrokrążenia w obrębie rdzenia kręgowego powstałe w wyniku zmian z naczyniach krwionośnych w przebiegu choroby (...)-(…) albo wielopoziomowe zmiany patologiczne kręgosłupa w odcinku piersiowym. Na powyższe okoliczności zwrócił również uwagę biegły specjalista z zakresu neurochirurgii (k.233-236). W ocenie Sądu, niemożność ustalenia definitywnej i sprawczej przyczyny powstania określonego skutku dla zdrowia pacjenta nie oznacza od razu, że to personel medyczny ponosi winę za taki stan, że obsada tego personelu była nieprawidłowa i że wpisy w dokumentacji medycznej nie mają pokrycia w rzeczywistości. Biegli w swych rozważaniach na temat przypadku medycznego powódki obalili kolejno hipotezy stawiane przez powódkę w przedmiocie: wadliwego zakwalifikowania jej do zabiegu z racji na istniejące u niej przeciwwskazania w postaci małopłytkowości, wystąpienia u niej powikłania w postaci krwiaka co miało związek z małopłytkowością, a także odnośnie wadliwej obsady personelu w trakcie zabiegu.

Odnosząc się z kolei do zarzutów powódki związanych z udzieleniem zgody na zabieg i dotyczących naruszenia jej prawa jako pacjenta w postaci wadliwej informacji o zabiegu i jego możliwych powikłaniach, Sąd uznał je również za niezasadne. Zgłaszając zarzut braku świadomej zgody na zabieg, powódka winna wykazać, że przed zabiegiem nie udzielono jej żadnych informacji lub, że informacja, której jej udzielono była niewystarczająca. Polski ustawodawca w art. 16 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 Nr 52, poz. 417 z późn. zm.) zagwarantował pacjentowi prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9 tej ustawy. Z tym prawem skorelowany jest obowiązek nałożony na lekarza ustawą z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997 Nr 28, poz. 152 z późn. zm.). Zgodnie z dyspozycją art. 31 tej ustawy 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. Należy pamiętać także o etycznych obowiązkach wynikających z Kodeksu etyki lekarskiej, mimo że nie ma on mocy powszechnie obowiązującego prawa, to stanowi ważny dokument dla środowiska lekarskiego. Lekarz powinien poinformować o rodzaju zabiegu oraz o jego następstwach, które są bezpośrednimi i zwyczajnymi jego skutkami (tak wyrok SN z 12 czerwca 2009 r., III CSK 16/08, OSNC 2009, Nr 3, poz. 48). Każdorazowo lekarz musi ocenić ryzyko konkretnego przypadku oraz poinformować nawet o nietypowych, nadzwyczajnych następstwach, które jednak mogą wystąpić u danego pacjenta (A. Dudzińska, Wymagana informacja udzielana pacjentowi, PiP 2008, Nr 8, s. 92). Świadoma zgoda pacjenta musi być poprzedzona udzieleniem pacjentowi stosownej informacji. Innymi słowy – to m.in. świadoma, poinformowana zgoda będzie stanowiła o tym, czy działania podjęte przez lekarza będą legalne. A zatem bezprawny – co do zasady – jest nie tylko zabieg przeprowadzony bez zgody pacjenta, ale także zabieg przeprowadzany poza jej zakresem, tj. w sytuacji, gdy zgoda ta jest wadliwa (a taka wadliwość niewątpliwie wystąpi, gdy pacjent udzielał jej, nie mając należytej informacji i rozeznania). Działanie bez zgody pociąga za sobą odpowiedzialność lekarza w związku z wyrządzeniem szkody czynem niedozwolonym (M. Kurbiel, A. Ochyńska, Obowiązek informacyjny lekarza wobec pacjenta [w:] Dodatek do EP 1/2012, Nowe prawo medyczne – zbiór referatów, wyrok SN z 14.11.1972 r., I CR 463/73, Legalis.). W wyroku z 18 marca 2003 r. Sąd Apelacyjny w Warszawie, w sprawie I ACa 784/04, uznał, że można mówić o zawinieniu lekarza także wówczas, gdy sam zabieg został przeprowadzony zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej, ale proces decyzyjny pacjenta poprzedzający wyrażenie przez niego zgody na zabieg został zakłócony. Zawinione naruszenie prawa pacjenta do informacji czy też prawa pacjenta do wyrażenia zgody może być podstawą przyznania przez sąd poszkodowanemu odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. W sytuacji dochodzenia przez pacjenta roszczenia odszkodowawczego ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi przystępnej informacji poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny spoczywa z kolei na lekarzu (wyrok SN z 17.12.2004 r., II CK 303/04, MoP 2005, Nr 2, s. 67).

Poza sporem w tej sprawie jest, że powódka otrzymała dokument (formularz) zgody, który podpisała (k.46-46v.). W dokumencie tym wskazane jest, że po przeprowadzeniu z lekarzem prowadzącym (lek. J. W. – ortopedą traumatologiem) rozmowy na temat choroby u powódki (rozpoznania) tj. stenozy kanału kręgowego L4-L5, L5-S1

prawostronnej i po zrozumiałym dla niej wyjaśnieniu wskazań do operacji, rodzaju i celu zabiegu oraz wszystkich jego następstw, które są zwykle skutkiem zabiegu, powódka została przed planowym zabiegiem szczegółowo poinformowana o sposobie i ryzyku związanym z tego rodzaju operacją. Dalej widnieje zapis, że lekarz J. W. ocenił stopień ryzyka operacji, wytłumaczył powódce na czym ta operacja polega, jej przebieg i skutki, a także poinformował ją o stanie jej zdrowia, zapoznał z rozpoznaniem. Ponadto w dokumencie tym jest zapisane, że powódka została także poinformowana o możliwości zaistnienia powikłań związanych z przeprowadzeniem zabiegu i powikłania te zostały wyszczególnione tj.: krwotok, infekcja rany pooperacyjnej, niedowład kończyn dolnych, nietrzymanie moczu i stolca, uszkodzenie worka oponowego z płynotokiem, brak poprawy zatorowości płuc, niedrożność (zatorowość) naczyń tętniczych oraz zostały wskazane powikłania ogólne takie jak: zator, udar, zawał mięśnia sercowego, zapalenie płuc, infekcja dróg moczowych, ostra niewydolność krążeniowo-oddechowa, ryzyko znieczulenia i innych nieprzewidywanych.

Z przesłuchania powódki wynika, że zgodę na operację podpisała w dniu operacji rano, ale że porozumienie z lekarzem było utrudnione, nikt nie wytłumaczył jej konsekwencji operacji i że deklarację podpisała nieświadomie bo pod wpływem leków uspokajających (k.308, k.790). Natomiast z zeznań lekarza J. W. wynika, że najpierw informował powódkę ustnie to było w dniu operacji, a później przedstawił jej pisemną zgodę do podpisu (k.523). Poza tym z powódką rozmawiał także ordynator, co potwierdziła zarówno powódka, jak i świadek J. W. (k. 523, k. 308). Wobec powyższej sprzeczności i faktu, że twierdzenia powódki i świadka padły jako od osób zainteresowanych w nakreśleniu odmiennego obrazu rzeczywistości, Sąd poszukiwał potwierdzenia jednej z ww. tez w pozostałym materiale dowodowym i ogólnych zasadach logiki i doświadczenia życiowego. Upływ czasu i wielość pacjentów utrudnia lekarzowi zapamiętanie dokładnych treści rozmowy z każdym indywidualnie pacjentem. Trudno jednak uznać w świetle zasad doświadczenia życiowego za trafne, aby lekarz mający wieloletnią praktykę i wykształcone standardy postępowania, bez przyczyny zaniedbał je w stosunku do jednego z pacjentów, traktując go inaczej, nie udzielając odpowiednich informacji o zabiegu i możliwych komplikacjach. Zeznania w tym zakresie świadka - lekarza J. W. należy uznać za szczerze, bowiem w obliczu tej trudnej, również dla niego jako lekarza sytuacji, nie usiłował przypominać sobie, co, kiedy, gdzie i w jakich okolicznościach dokładnie powiedział powódce. Poza tym istotny był fakt, że powódka już wcześniej bo w 2007 r. w pozwanym szpitalu podpisywała podobną, albo i wręcz taką samą, zgodę na operację tyle, że w obrębie kręgosłupa szyjnego. Kojarzyła więc procedurę wyrażania zgody i uzyskiwania informacji o zabiegu od personelu medycznego. Poza tym nie uszło uwadze Sądu, że twierdzenia powódki na różnych etapach postępowaniach były ze sobą wzajemnie sprzeczne. W postępowaniu ze skargi powódki przed Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej, wskazała ona, że przed operacją rozmawiała z ordynatorem dr Ł. o konieczności wykonania operacji (k.196-197), z kolei w zeznaniach na rozprawie przed sądem 18 lutego 2014 r. twierdziła, że nie udzielono jej żadnych informacji o powikłaniach i o przebiegu operacji i że nie miała z kim o tym rozmawiać (k.308), a przecież właśnie już chociażby podczas rozmowy z ordynatorem miała taką możliwość. Poza tym brak konsekwencji w oświadczeniach powódki wynika z tego, że przed Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej twierdziła, iż do rozmowy z dr W. nie doszło do momentu operacji, a w pozwie z kolei podniosła, że „lekarz prowadzący zabieg zapytany o możliwe komplikacje pooperacyjne stwierdził tylko: „przeżyła pani zabieg operacji odcinka szyjnego kręgosłupa, to i tu będzie dobrze”. Poza tym nie udzielił on żadnych informacji o ewentualnych groźących konsekwencjach w przypadku gdyby planowy zabieg nie przebiegł w sposób właściwy” (k. 6-7). Zatem raz powódka twierdzi, że nie rozmawiała z lekarzem prowadzącym przed operacją, raz że rozmawiała, ale nie uzyskała satysfakcjonujących informacji, tyle że skoro rozmawiała to przecież miała możliwość swobodnego zadawania pytań. Nie można też pomijać w sprawie istnienia dokumentu podpisanego zarówno przez lekarza jak i powódkę, a zawierającego jej oświadczenie o zapoznaniu się z istotą operacji i ryzykiem. W ocenie Sądu obowiązek informacyjny lekarza w sytuacji zdrowotnej powódki był znaczący i należy uznać, że został prawidłowo spełniony. Zgoda powódki na zabieg 15 stycznia 2010 r. była również zdaniem Sądu zgodą świadomą, udzieloną już po raz drugi, a zastrzeżenia podnoszone przez powódkę na etapie postępowania sądowego są w pewnym stopniu jej subiektywną oceną. W ocenie Sądu powódka nie udowodniła, aby nie miała możliwości zapoznania się z treścią formularza zgody. W przekonaniu Sądu informacja udzielona przez lekarza w zestawieniu z formularzem zgody na zabieg była wystarczająca. Tym bardziej, że powódka nie podała, jakie kwestie w toku rozmowy przed zabiegiem nie zostały poruszone i w jakim zakresie nie miała ona świadomości co do przebiegu zabiegu i możliwych ryzyk, skoro pamiętała wiele szczegółów mających miejsce

przed operacją np. o której godzinie dostała formularz, kto go przyniósł, o której godzinie była operacja. Stanowisko powódki stoi także w sprzeczności i jawi się jako gołosłowne w zestawieniu z treścią formularza zgody na zabieg, który zawiera szereg informacji, jest napisany przystępnym językiem, wskazuje także, jakie negatywne skutki dla zdrowia powódki mógł mieć wykonany u niej zabieg, w tym wskazuje na takie skutki, jakich ostatecznie doznała powódka. W konsekwencji udzielenie przez powódkę prawidłowej zgody na zabieg oznacza brak bezprawności działania lekarza, a co za tym idzie brak odpowiedzialności pozwanego szpitala z tego tytułu i jednocześnie wzięcie przez powódkę na siebie ryzyka powikłań pooperacyjnych.

Konkludując, powódka nie udowodniła by personel medyczny wykonujący czynności lecznicze w stosunku do niej dopuścił się w sposób zawiniony czynu niedozwolonego, którego następstwem byłoby wystąpienie u niej niedowładu kończyn dolnych. Powódka nie wykazała istnienia związku przyczynowego między działaniem lekarza a szkodą tj. że z wysokim prawdopodobieństwem za powikłania po zabiegu operacyjnym 15 stycznia 2010 r. czyli za niedowład kończyn dolnych odpowiada personel pozwanego szpitala. Wbrew odmiennemu stanowisku powódki, Sąd na podstawie zbieżnych opinii biegłych wywiódł, że proces leczenia i podjęte decyzje medyczne w pozwanej placówce były prawidłowe, operacja przebiegła właściwie, jednak wystąpiło powikłanie nie będące wynikiem jakiegokolwiek błędu lekarskiego. W niniejszej sprawie powódka niewątpliwie jest osobą, która doznała szkody w postaci niedowładu kończyn dolnych, porusza się o wózek inwalidzkim i w ocenie Sądu poczucie krzywdy powódki jest niezwykle silne. Mimo to jednak wyniki postępowania dowodowego nie dały podstaw do obarczenia pozwanego szpitala i pozwanego ubezpieczyciela odpowiedzialnością za szkodę powódki dlatego Sąd nie znalazł podstaw do uwzględnienia roszczeń powódki, których podstawę prawną stanowiły przepisy art. 444 § 1 i 2 k.c., 445 § 1 k.c., 448 k.c. i 189 k.p.c. i oddalił powództwo w całości.

O kosztach procesu Sąd postanowił na podstawie art. 98 k.p.c., ustalając wysokość wynagrodzenia pełnomocników pozwanych w oparciu o § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu i zasądził od powódki na rzecz każdego z pozwanych 7.200 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa prawnego.

Z powyższych względów Sąd orzekł jak w sentencji.

ZARZĄDZENIE

(...)