

Sygn. akt III C 67/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 listopada 2019 roku

Sąd Okręgowy Warszawa-Praga w Warszawie III Wydział Cywilny

w składzie: Przewodniczący: SSO Błażej Domagała

Protokolant: Katarzyna Piotrowska

po rozpoznaniu w dniu 15 listopada 2019 roku w Warszawie na rozprawie

sprawy z powództwa K. W.

przeciwko J. J.

o zapłatę, odszkodowanie, zadośćuczynienie, rentę i ustalenie

1. oddała powództwo;
2. nie obciąża powódki K. W. kosztami procesu;
3. nieopłaconymi kosztami sądowymi obciąża Skarb Państwa.

UZASADNIENIE

Pozwem z 14 stycznia 2013 r. (data prezentaty biura podawczego) powódka K. W. wniosła o zasądzenie od pozwanego J. J. na swoją rzecz odszkodowania w wysokości 32.922,91 zł (koszty poniesione na leczenie i utracony zarobek) wraz z ustawowymi odsetkami od 05 października 2012 r.; odszkodowania w wysokości 9.000,00 zł (opłata za wykonanie operacji) wraz z ustawowymi odsetkami od 10 września 2011 r.; zadośćuczynienia w wysokości 50.000,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami od 05 października 2012 r.; zasądzenie zaległych odsetek od dnia wytoczenia powództwa, zgodnie z art. 482 § 1 k.c.; zasądzenie zwrotu kosztów procesu. Następnie, w piśmie procesowym datowanym na 05 kwietnia 2019 r. (k. 726) powódka rozszerzyła powództwo, wnosząc o zasądzenie od pozwanego zadośćuczynienia o 70.000,00 zł większej niż wskazana w pozwie; renty płatnej przez 12 miesięcy w wysokości 2.000,00 zł miesięcznie, płatnej do 5 dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat; uznanie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość.

W odpowiedzi na pozew datowanej na 09 kwietnia 2013 r. (k. 116) pozwany J. J. wniósł o oddalenie powództwa w całości, zasądzenie od powódki na swoją rzecz zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Do zamknięcia rozprawy strony podtrzymały swoje dotychczasowe stanowiska.

Sąd ustalił co następuje.

03 kwietnia 2011 r. powódka podczas jazdy na nartach doznała kontuzji kolana (k. 15). 11 czerwca 2011 r. powódka była konsultowana ortopedycznie w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (...) w L. (dalej: (...)) przez lek. med. J. J.. Pozwany postawił diagnozę zerwania więzadła krzyżowego przedniego kolana lewego i zakwalifikował powódkę do operacji rekonstrukcji więzadła. J. J. nie miał specjalizacji z zakresu ortopedii. Podczas wizyty w (...), powódce towarzyszyła jej matka B. W..

Przed operacją powódka uczęszczała na rehabilitację do kliniki (...) (...) w W., w celu zwiększenia zakresu ruchomości kolana i wzmocnienia mięśni. Były one wykonywane przez K. R. – fizjoterapeutę zatrudnionego w tej klinice. Powódka zapłaciła za operację łącznie 9.000,00 zł (za śruby biochłaniające i za allograf – przeszczep z banku tkanek – k. 41). (...) przeprowadzał też zabiegi w ramach świadczeń NFZ. J. J. wskazał powódce, że zabieg będzie przeprowadzony w ramach tych świadczeń, jednak wskazał na konieczność zapłacenia również powyżej wskazanej kwoty, co powódka zaakceptowała. Pozwany otrzymywał przeszczepy ścięgien i łękotek z Banku (...). w Z. (k. 353 – 355, 385 – 394, 430 – 439, k. 27 w dołączonych do sprawy aktach I Cps 7/15). W tamtym czasie niektóre z przeszczepów były dzielone przez lekarzy z (...) (k. 286).

10 września 2011 r. lek. med. J. J. wykonał u powódki operację kolana polegającą na rekonstrukcji więzadła krzyżowego metodą (...) z wykorzystaniem allografu ze ścięgna piętowego (k. 593 – 600). Asystował mu doc. dr hab. A. S.,. W dokumentacji medycznej widnieją dane innego lekarza – M. J.. Przed operacją powódka podpisała wszystkie niezbędne zgody na zabieg. K. W. została wypisana do domu następnego dnia po przeprowadzonej operacji.

23 września 2011 r. pozwany na wizycie kontrolnej zlecił powódce rehabilitację kolana. Powódka kontynuowała ją w klinice dr Mioduszewskiego dwa razy w tygodniu, z zaleceniem wykonywania ćwiczeń również samodzielnie w domu. Z przebiegu rehabilitacji sporządzana była dokumentacja. Po miesiącu od wykonania operacji, 12 października 2011 r., na kolejnej wizycie kontrolnej, lek. J. J. stwierdził u powódki zbyt mały zakres ruchu w kolanie, przykurcz i brak pełnego wyprost, spowodowane niewłaściwym procesem rehabilitacyjnym. Ostatni raz na wizycie kontrolnej powódka była u dr. J. 14 listopada 2011 r. po zwolnienie lekarskie (k. 26 – 40, 165 - 189).

Powódka była niezadowolona z wyników operacji, jej stan zdrowia nie poprawiał się. Nie odczuwała dolegliwości bólowych, jednak nadal nie mogła wyprostować nogi oraz w pełni jej zgiąć, pomimo ćwiczeń. Rehabilitant K. R. zasugerował powódce konsultację z lekarzem. 08 listopada 2011 r. powódka odbyła ją u dr n. med. A. M.. Doktor zlecił wykonanie zdjęcia RTG oraz przeprowadził badanie kolana. Stwierdził, że operacja została przeprowadzona nieprawidłowo. W badaniu ujawnił deficyt wyprostów o ok. 5 stopni, zgięcie do ok. 90 stopni. Kolano pozostawało stabilne. W jego ocenie kanał kości udowej został błędnie zlokalizowany, co spowodowało nieanatomiczny układ więzadła. Ponadto, lek. M. stwierdził, że dalsza rehabilitacja może tylko rozciągnąć przeszczep i zdestabilizować kolano, równocześnie zalecił operację rewizyjną, usunięcie źle zlokalizowanego przeszczepu i zakołowanie kanału w kościach, a następnie po kilku miesiącach wykonanie ponownej rekonstrukcji więzadła (k. 42).

10 listopada 2011 r. powódka była konsultowana u jeszcze innego lekarza – Ł. L., który zlecił wykonanie dalszych badań (tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego), celem pełniejszej diagnozy (k. 17 – 20). Na podstawie wyników badań lekarz ten potwierdził diagnozę złej lokalizacji kanału udowego oraz stwierdził, że wszczepiona śruba jest zbyt długa, co mogło powodować uszkodzenie samego przyczepu. Lekarz zalecił dwuetapową operację rewizyjną (k. 43). Jednocześnie nie zapoznawał się z dokumentacją dotyczącą rehabilitacji powódki.

Powódka zdecydowała się na wykonanie operacji rewizyjnej. 04 stycznia 2012 r. odbyła się operacja wyjęcia przeszczepu, usunięcia śrub, zakołkowania kanałów w kościach. Z powodu odległego terminu operacji w ramach NFZ, powódka zdecydowała się wykonać zabieg prywatnie w CSK (...) w W.. Podczas zabiegu operator stwierdził u powódki w kolanie zrosty oraz artrofibrozę. (k. 44 – 46, 364 - 375).

W międzyczasie, 03 marca 2012 r. powódka złożyła do NFZ (...) Oddziału Wojewódzkiego w W. (dalej: (...)) skargę na działanie (...) (k. 88 – 89).

Pozwany zgłosił operację powódki do refundacji przez NFZ. Pismem z 12 kwietnia 2012 r. pozwany złożył (...) NFZ wyjaśnienia co do okoliczności związanych z omyłkowym zgłoszeniem do rozliczenia zabiegu wykonanego u powódki (k. 304). 20 czerwca 2012 r. pozwany złożył do tego podmiotu wnioski o odblokowanie okresów sprawozdawczych określonych w umowie łączącej go z NFZ i 09 lipca 2012 r. dokonał korekty przez zgłoszenie wycofania rozliczenia zabiegu wykonanego u powódki (k. 308 – 309).

02 lipca 2012 r. zostało wszczęte przez (...) NFZ postępowanie kontrolne wobec (...). Kontrola zakończona została 30 sierpnia 2012 r. W wyniku przeprowadzonej kontroli (...) NFZ stwierdził uchybienia (...) w zakresie wykonywania umowy zawartej z NFZ i zalecił nie pobierać opłat od pacjentów ubezpieczonych w ramach NFZ, a także udzielać świadczeń z udziałem określonego w umowie personelu medycznego. 17 lipca 2012 r. pozwany udzielił (...) NFZ szczegółowych wyjaśnień dotyczących wykonanego u powódki zabiegu operacyjnego oraz zgłoszenia do rozliczenia zabiegu. Dyrektor (...) NFZ nałożył na pozwanego karę umowną w wysokości 41.682,91 zł (k. 305 – 307, 330 – 346).

27 sierpnia 2012 r. powódka poddała się drugiemu etapowi zabiegu rekonstrukcji więzadła krzyżowego, który przeprowadzony został w ramach NFZ w CSK (...)w W. (k. 47). Operację tą, jak i wcześniejszą, przeprowadził lek. Ł. L.. Powódka przez cały ten czas uczęszczała prywatnie na rehabilitację do (...) (k. 53 – 60). Przebywała też na zwolnieniu lekarskim, pobierając z tego tytułu niższe wynagrodzenie za pracę. Na skutek przebytych operacji u powódki nastąpiła utrata masy mięśniowej uda lewego.

Pismem datowanym na 19 września 2012 r. powódka wezwała (...) do zapłaty odszkodowania oraz zadośćuczynienia, w łącznej kwocie 91.922,91 zł w terminie dwóch tygodni od daty otrzymania wezwania (k. 85 - 87). Pozwany nie uregulował należności oraz nie odpowiedział na wezwanie powódki.

18 grudnia 2012 r. Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek przeprowadziło, na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, kontrolę w (...). Kontrolujący nie mieli uwag krytycznych co do funkcjonowania (...). Wydali 7 zaleceń, dotyczących głównie pracy z przeszczepami (k. 279 – 288).

25 lutego 2013 r. pozwany wystąpił z wnioskiem do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w W. (dalej: Rzecznik) o zajęcie stanowiska w sprawie wykonania zabiegu usunięcia wydolnego przeszczepu więzadła krzyżowego przedniego powódki przez lek. Ł. L. (k. 164).

Działalność (...) była opisana w mediach o zasięgu ogólnokrajowym – (...) i (...) nadawanych w stacji (...), (...) (k. 226). Część środowiska medycznego zajęła krytyczne stanowisko wobec treści informacji medialnych, wskazując na nierzetelność dziennikarzy (k. 194 - 196). Zostało też przeciwko pozwanemu wszczęte postępowanie karne prowadzone przez Prokuraturę Okręgową Warszawa – Praga w Warszawie, sygn. akt V Ds. 187/12, o czyn z art. 286 § 1 k.k., ostatecznie (co bezsporne) umorzone.

(...) NFZ rozwiązał umowę z (...) z powodu wielokrotnego przedstawienia przez świadczeniodawcę nieprawdziwych i niezgodnych ze stanem faktycznym informacji, będących dla płatnika podstawą ustalenia kwoty należności (k. 110). 04 kwietnia 2013 r. pozwany złożył na tę decyzję zażalenie (k. 193).

17 października 2013 r. Rzecznik wydał postanowienie o częściowym umorzeniu postępowania wyjaśniającego co do przeprowadzonej operacji w (...). Z treści uzasadnienia tego orzeczenia wynika, że powtórne leczenie operacyjne powódki było przedwczesne. Rzecznik posiłkował się opinią prof. nadzw. dr hab. med. T. T.. W ocenie tego specjalisty decyzja lek. Ł. L. o ponownym wkroczeniu operacyjnym po niespełna 4 miesiącach od pierwszej operacji była nieuzasadniona. W jego ocenie lekarz powinien podjąć decyzję po zapoznaniu się z dokumentacją dotyczącą przebiegu procesu rehabilitacyjnego z okresu 6 – 8 tygodni (k. 610 – 614). Rzecznik wdrożył postępowanie wyjaśniające wobec lek. Ł., nie dopatrując się jednocześnie błędu w postępowaniu pozwanego (k. 268). Postanowienie to zostało zaskarżone. 14 marca 2014 r. Okręgowy Sąd Lekarski w W. wydał orzeczenie utrzymujące w mocy postanowienie Rzecznika z 17 października 2013 r. Prowadzone było natomiast dalej postępowanie przeciwko lek. Ł. L. przez Okręgowy Sąd Lekarski w W.. Orzeczeniem z 10 września 2015 r. Okręgowy Sąd Lekarski w W. uznał lek. Ł. niewinnego zarzucanego mu we wniosku o ukaranie przewinienia zawodowego, polegającego na przedwczesnym wdrożeniu leczenia operacyjnego kolana powódki (k. 615 – 641).

Powódka pomimo powtórnego zabiegu do dzisiaj nie odzyskała pełnej sprawności w kolanie. Nadal występuje u niej deficyt przeprostu ok. 4 stopni oraz zanik mięśni uda i podudzia. Powódka nie odczuwa dolegliwości bólowych, wiedzie

aktywne i normalne życie. Aktualnie podjęła dalszą rehabilitację oraz zapisała się na siłownię, aby odzyskać sprawność w nodze (k. 750 – 756).

Powyższe ustalenia faktyczne poczyniono w szczególności na podstawie powołanych wyżej dokumentów, w tym dokumentacji medycznej z leczenia powódki, umów pozwanego ze spółką dostarczającą przeszczepy, dokumentacji z przeprowadzonych w (...) kontroli, danych z akt postępowania przygotowawczego, prowadzonego przez Prokuraturę Okręgową Warszawa – Praga w Warszawie, dokumentacji pochodzącej z procesu lekarskiego. Prawdziwość i istnienie tych dokumentów nie była kwestionowana przez żadną stronę, oddawały rzeczywisty stan i nie było powodów, aby nie przyznać im mocy dowodowej. Nie budziły również zastrzeżeń Sądu. Dokumenty, których nie wskazano, zostały pominięte, jako nie mające znaczenia dla rozpoznania sprawy.

Ustalając stan faktyczny w sprawie, Sąd oparł się także na zeznaniach świadków: J. W. (k. 27 w dołączonych do sprawy aktach I Cps 7/17), A. M. (k. 292 – 293), A. S. (k. 317 – 319), częściowo zeznań świadków: K. R. (k. 243 – 245), B. W. (k. 245 – 246), Ł. L. (k. 290 – 292).

Zeznania świadka K. R. były częściowo niewiarygodne w zakresie czasu wykonywanej przez niego rehabilitacji u powódki po operacji przeprowadzonej przez dr J.. Zeznający wskazał, że trwała ona 3 miesiące. Z pozostałego materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie wynika, że trwała ona znacznie krócej. Zabiegi zostały zlecone przez dr J. 23 września 2011 r., a 08 listopada 2011 r. dr M. wydał zaświadczenie o niecelowym dalszym prowadzeniu rehabilitacji. Wskazać należało, że wizytę u dr Mioduszewskiego zasugerował powódce wcześniej sam świadek, kierując się wyłącznie przekonaniem o nieuzyskaniu poprawy stanu zdrowia przez powódkę. Jednocześnie osoba ta w dalszej części swoich zeznań nie była konsekwentna, wskazując, że w takich schorzeniach jakie miała powódka rehabilitacja trwa 9 -12 m-cy. Świadek zeznał też, że po pierwszym zabiegu u powódki występowała permanentna bolesność. Okoliczności takiej nie stwierdził badający powódkę dr M., a także sama powódka podczas swoich zeznań. Brak było danych o nasilonym bólu również w pozostałej dokumentacji medycznej, także tej sporządzonej przez lek. L., a przyjętej w poczet materiału dowodowego.

Z tych samych przyczyn, co do dolegliwości bólowych odczuwanych przez powódkę, niewiarygodne były częściowo zeznania świadka B. W. - jej matki.

Zeznający w sprawie Ł. L. był lekarzem wykonującym u powódki operacje rewizyjne. Jego zeznaniom nie dano wiary w części, w której wskazywał na uzyskanie pełnego zakresu ruchu kolana powódki po przeprowadzonych przez siebie operacjach. Z akt sprawy, opinii biegłych badających powódkę czy jej oświadczeń wynikało, że nie odzyskała ona takiej sprawności do chwili obecnej. Jednocześnie wewnętrznie sprzeczne były zeznania tego świadka co do podjęcia przez niego decyzji o ponownej operacji. Ł. L. w początkowej części zeznań wyjaśniał, że powódka miała stabilne kolano po przeprowadzonej przez dr J. operacji. Następnie jednak wskazał, że nie wykonałby ponownego zabiegu, gdyby powódka miała pełen zakres ruchu, stabilne kolano i nie odczuwała dolegliwości bólowych. Z dokumentacji medycznej wynikało natomiast, że powódka podczas pierwszej wizyty konsultacyjnej u dr L. nie odczuwała bólu i miała stabilne kolano. Ograniczony był jedynie zakres jego ruchomości w niewielkim stopniu.

Wskazać należało, że zgodnie z treścią art. 299 k.p.c., jeżeli po wyczerpaniu środków dowodowych lub w ich braku pozostały niewyjaśnione fakty istotne dla rozstrzygnięcia sprawy, Sąd dla wyjaśnienia tych faktów może dopuścić dowód z przesłuchania stron. Zeznania stron mają charakter subsydiarny, a więc pomocniczy i nie służą one umożliwieniu stronie ustosunkowania się do zebranego wcześniej materiału dowodowego. Dowód ten ma pozwolić na wyjaśnienie okoliczności, które nie zostały jeszcze wyjaśnione w toku postępowania dowodowego. Co istotne, ustosunkowanie się stron do zebranego materiału dowodowego następuje przez wypowiedzi stron - ich oświadczenia procesowe. W ocenie Sądu, zebrany w sprawie materiał dowodowy - w postaci załączonych do akt dokumentów - wymagał uzupełnienia i nie pozwalał w sposób wystarczający na poczynienie ustaleń faktycznych w sprawie w zakresie doznanego przez powódkę uszczerbku, a także odczuwanych przez nią krzywd i cierpień oraz co do osób odpowiedzialnych za taki stan oraz okoliczności związanych z ewentualnym wystąpieniem szkody. Dowody w postaci dokumentów nie pozwalały chociażby na ustalenie odczuć powódki z tym związanych oraz jej pojmowaniem zdarzenia.

Nie wiązało się też to z przedłużeniem postępowania w sprawie. Zeznania powódki Sąd ocenił za wiarygodne. Znajdowały potwierdzenie w materiale dowodowym zgromadzonym w aktach sprawy. Jednocześnie Sąd w trybie art. 302 § 2 k.p.c. ograniczył dowód z przesłuchania stron do przesłuchania powódki. Dowód z przesłuchania pozwanego nie wnosiłby niczego istotnego do sprawy, dotyczyłby przede wszystkim kwestii specjalistycznych, które w tym zakresie wymagały wiedzy specjalistycznej. Pozwany zawarł swoje stanowisko procesowe w pismach kierowanych do Sądu i dołączył do akt dowody w postaci dokumentów, na podstawie których Sąd również ustalił stan faktyczny sprawy.

Ze względu na przedmiot sprawy, zachodziła konieczność odwołania się do wiedzy specjalistycznej. W związku z tym postanowieniem z 01 lipca 2015 r. dopuszczono dowód z opinii biegłych lekarzy z zakresu ortopedii i traumatologii oraz z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej (k. 476).

W sprawie opinię wydało trzech biegłych. Biegły dr M. G. sporządził ponadto pisemną opinię uzupełniającą i przedstawił ustne wyjaśnienia. Biegły dr J. F. (1) również przedstawił opinię pisemną uzupełniającą. Niezależnie od tego pozwany przedstawił również opinię prywatną (sporządzono na potrzeby postępowania dyscyplinarnego), która co prawda nie stanowiła opinii w rozumieniu procesowym, jednak poprzez odwołanie się do niej przez stronę, służyła do oceny innych wydanych ekspertyz. Należało zestawić wszystkie opinie ze sobą i przyjąć je w zakresie dla siebie zbieżnym. W ocenie Sądu opinie sporządzone przez biegłych z zakresu ortopedii i traumatologii nie dały podstaw do przypisania pozwanemu błędu lekarskiego. Wskazać ponadto należało, że biegli dr G. i F. w swoich wypowiedziach przy udzielaniu odpowiedzi na pytania posługiwali się częściowo zwrotami małoobiektywnymi, prezentowali nieprzychylnie nastawienie do osoby pozwanego. Opinie te w tym zakresie pominąć. Każda ze sporządzonych w sprawie ekspertyz wymagała komentarza.

Opinia biegłego z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej lek. med. P. B. (k. 486 – 487) nie była kwestionowana przez strony. Uwagę należało zwrócić na to, że była ona w pełni kategoryczna. Biegły odpowiadając na pytania Sądu używał sformułowań „mogło”. Jednocześnie poprawność jej wykonania nie budziła wątpliwości. Biegły posiadał niezbędne do wydania opinii wiadomości specjalne, wykonując ekspertyzę ocenił dokumentację medyczną dołączoną do akt sprawy w zakresie przeprowadzonych badań obrazowych w postaci rezonansu i tomografii komputerowej. Biegły odpowiedział na zawarte w tezie dowodowej pytania, a jego wnioski były spójne, logiczne i weryfikowalne. Opinia stanowiła dowód w sprawie i została przez Sąd przyjęta w poczet materiału dowodowego.

Biegły z zakresu ortopedii i traumatologii dr M. G. sporządził dwie opinie pisemne i przedstawił ustne wyjaśnienia (k. 496 – 502, k. 538 – 543, 585 – 587). Na ocenę pracy biegłego składały się wszystkie trzy opinie, które należało ze sobą zestawić w zakresie dla siebie zbieżnym i spójnym z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w aktach sprawy.

Omawiając pierwszą, wydaną 06 października 2015 r., opinię w/w biegłego w sprawie, wskazać należało na to, że przeprowadził wywiad ortopedyczny, przeanalizował dokumentację zawartą w aktach sprawy oraz zbadał powódkę. Odpowiedział na pytania Sądu, zaprezentował swoje wnioski. Jego opinia była jednak w dużej części niekategoryczna. W badaniu powódki biegły stwierdził ubytek wyprostu o 5 stopni. W jego ocenie operacja wykonana przez dr J. nie została przeprowadzona w sposób prawidłowy. Kanał kości udowej jego zdaniem został nawiercony nieprawidłowo, uniemożliwił ulokowanie przeszczepu w sposób anatomiczny. Śruba w kości piszczelowej była zbyt długa, co mogło skutkować uszkodzeniem przeszczepu i drażnieniem struktur wewnątrzstawowych. Biegły wskazał jednocześnie jednak na przedwczesne usunięcie przeszczepu przez dr L.. Wywodził, że należało wykonać jedynie oczyszczenie kolana podczas drugiej operacji w styczniu 2012 r., synovectomię (usunięcie zrostów) i plastykę dołu międzykłykciowego.

Obie strony wniosły o uzupełnienie tej opinii, a pozwany zgłosił do niej szereg uwag (k. 519 – 521, 527 – 528). Podzielając zastrzeżenia stron, postanowieniem z 02 marca 2016 r. Sąd dopuścił dowód z pisemnej uzupełniającej opinii (k. 524).

18 czerwca 2016 r. biegły wydał pisemną opinię uzupełniającą w sprawie (k. 538 – 543). Lekarz ortopeda zmienił w niej jednak zdanie co do swoich wcześniejszych twierdzeń o przedwczesności wykonania drugiej operacji przez dr L..

Tym razem twierdził, że uzasadnione było wycięcie przeszczepu już w styczniu 2012 r. Zwrócić należało uwagę na to, że ortopeda na zadane przez pozwanego pytania udzielał odpowiedzi w sposób nieuprzejmy i zdawkowy albo w ogóle ich nie udzielał. Biegły w pisemnej opinii uzupełniającej oceniał w zasadzie zasadność pytań pozwanego, a nie skupiał się na merytorycznym ustosunkowaniu się do nich. Biegły ujawnił nieprzychylną wobec pozwanego postawę, co miało wpływ na ocenę wydanych przez niego opinii. W ocenie Sądu pytania zadane przez pozwanego były bowiem prawidłowe i uzasadnione przedmiotem sprawy. Zmierzały one do ustalenia poziom praktycznej wiedzy biegłego w kontekście formułowanych przez niego wniosków oraz weryfikacji jego kompetencji do udzielania odpowiedzi na pytania postawione w tezie dowodowej. Sprowadzały się one do uzyskania szczegółowych, specjalistycznych informacji na temat wykonanej u powódki operacji. Biegły miał przy tym obowiązek udzielić odpowiedzi na pytania w sposób umożliwiający ich weryfikację. Sąd nie posiada w tym zakresie wiadomości specjalnych. Na podstawie pisemnej opinii uzupełniającej nie uzyskało jednak odpowiedzi na wszystkie istotne zagadnienia poruszane w sprawie.

Ustna wyjaśnienia biegłego przedstawione zostały podczas rozprawy 10 stycznia 2017 r. (k. 585 – 587). Ujawniły one przede wszystkim brak praktycznej wiedzy lekarza co do sposobu wykonywania zabiegów artroskopii. Wyjaśnienia te odbiegały treścią od dwóch pozostałych opinii pisemnych wydanych przez tego samego biegłego. Wskazywał w nich, że wystająca śruba powodowała lub mogła powodować drażnienie u powódki. Później wywodził, że nie było decydujące, czy śruba jest za długa, czy za krótka, tylko liczył się końcowy efekt. W przypadku rehabilitacji biegły stwierdził, że nie było nieprawidłowości w sposobie jej prowadzenia, a z drugiej strony wskazał jednak, że okres jej trwania był za krótki dla oceny jej efektów, a zazwyczaj wynosi on pół roku. Wszystkie opinie biegłego miały wspólny mianownik jedynie co do czasu odbudowy więzadła i rehabilitacji, a także przesłanek wykonania wtórnej rekonstrukcji. Biegły wywodził, że przesłankami do jej wykonania jest uszkodzenie przeszczepu lub jego nieobecność albo brak stabilności w kolanie. Jednocześnie biegły nie stwierdził ich w przypadku powódki.

Pismem z 20 października 2016 r. pozwany wniósł o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego z zakresu ortopedii i traumatologii, z uwagi na treść opinii uzupełniającej (k. 565 – 566). Oceniając opinię M. G. jako niepełną, mało stanowczą, trudno weryfikowalną, a także dzielącą zastrzeżenia pozwanego co do zakresu praktycznej wiedzy lekarza, postanowieniem z 22 grudnia 2017 r. Sąd zlecił sporządzenie opinii kolejnemu biegłemu z zakresu ortopedii i traumatologii (k. 701). Zakres tezy dowodowej był taki sam jak w postanowieniu z 01 lipca 2015 r.

27 maja 2018 r. biegły prof. dr hab. J. F. (1) wydał pisemną opinię w sprawie (k. 708 – 710). Stwierdził on przy badaniu powódki deficyt przeprostu, zaniki mięśniowe. Biegły wskazał, że przyczyną ograniczenia zgięcia w kolanie było napinające się zrekonstruowane więzadło podczas zginania powyżej 90 stopni, z uwagi na zmianę promienia tylnej części kłykci. Doszło też do rozluźnienia więzadła podczas prób forsownego zginania kolana lub/i przywracania przeprostu.

Odpowiadając na pytania i formułując tezy w ekspertyzie, biegły zawarł subiektywne odniesienia do lek. L. i powódki. Lektura opinii sprawiała w zasadzie wrażenie, że sporządzający ją nie prowadził badań pod kątem ustalenia, czy i jaki błąd w leczeniu popełnił pozwany, lecz w kierunku wykazania i usprawiedliwienia późniejszego działania Ł. L. (zawierała nawet wyrazy poparcia zarówno dla całokształtu pracy, jak i osoby tego lekarza). Nie były to jednak pytania sformułowane przez Sąd dla biegłego. Specjalista przedstawił wywody na temat zaufania pacjenta do lekarza, żalu powódki co do leczenia przeprowadzonego przez dr J.. Biegły odniósł się też nagannie do krytyki lek. L. podjętej przez zespół lekarzy wypowiadających się w sprawie przed Sądem Lekarskim. Z bliżej nieznanych przyczyn podjął on próbę obrony tego lekarza, wskazując na odwagę w podjęciu przez niego decyzji o wyborze leczenia, zarzucając innym, że nie wzięli tego ryzyka pod uwagę.

Wiara biegłego co do pobudek lek. L. nie była jednak przedmiotem opinii. Miał on bowiem wypowiedzieć się na temat prawidłowości działań pozwanego. W tym zaś zakresie należało zwrócić uwagę na stwierdzenie biegłego, że kanał udowy został prawidłowo zlokalizowany przez J. J., a śruby miały odpowiednie wymiary. Prof. F. nie przedstawił natomiast kategoriycznej oceny co do przyczyn przeprostu. Wskazał on, że mogło to być wynikiem nieanatomicznej pozycji kanału udowego u powódki. Biegły podkreślał, że to od powódki zależała akceptacja co do czasu trwania i przebiegu leczenia. Wywodził, że mogła ona czekać na efekty rehabilitacji, ale nie musiała. Odnosił się do zgody

pacjenta, który nie ma przecież rozeznania medycznego i wiedzy specjalistycznej. Zadaniem biegłego nie było jednak udzielenie odpowiedzi, czy decyzja powódki o zaakceptowaniu propozycji leczenia dr L. była słuszna, tylko na pytania zawarte w tezie dowodowej.

W piśmie procesowym datowanym na 7 sierpnia 2018 r. pozwany zgłosił uwagi do przedmiotowej opinii i wniósł o sporządzenie uzupełniającej opinii (k. 714 – 715). 6 kwietnia 2019 r. i 6 października 2019 r. biegły wydał pisemną opinię uzupełniającą (k. 737 – 740, 760 - 761). Biegły rozszerzył swoje wcześniejsze wnioski o podanie drugiej przyczyny ograniczenia zgięcia kolana u powódki - artrofibrozy (składowa obecności krwiaka pochodzącego z krwawienia uszkodzonych naczyń lub/i krwawienia z kanałów kostnych, genetycznej skłonności oraz jakości prowadzonej rehabilitacji pooperacyjnej). Lekarz Ortopeda wywodził, że wskazaniem do wtórnej rekonstrukcji było ograniczenie zgięcia, które przeszkadzało powódce. Biegły wskazał, że metoda wiercenia kanału udowego niesie za sobą ryzyko nieanatomicznego położenia kanału udowego. Zrosty w zachyłku nie są przyczyną ubytku wyprost, ograniczają zgięcie. Czas niezbędny do usprawnienia kolana po takim zabiegu, jaki przeprowadził pozwana, biegły oszacował na 6 - 12 miesięcy, jako zależny od jakości procesu usprawniania oraz skali jego intensywności.

Pomijając subiektywne przekonania biegłego co do zasadności leczenia powódki przez dr L., merytoryczna wartość opinii co do opisu schorzeń u powódki, przeprowadzonego leczenia, tego jak powinno ono wyglądać, czasu trwania rehabilitacji, była zdaniem Sądu akceptowalna. Pozostawała też niejako spójna z pozostałymi opiniami. Biegły posiadał niewątpliwie wiedzę zarówno praktyczną, jak i teoretyczną w zakresie artroskopii. W ramach pracy zawodowej zajmuje się właśnie leczeniem, dążeniem do poprawy stanu zdrowia osób ze schorzeniami takimi, jak występujące u powódki. Wobec tego, w ocenie Sądu wskazane przez biegłego wnioski w zakresie wyżej wskazanym mogły stanowić podstawę do ustaleń w zakresie odpowiedzialności dr J. co do popełnienia błędu w procesie leczenia powódki.

Sąd zważył co następuje.

W niniejszej sprawie zastosowanie znajdowały przepisy art. 415 art. 444 § 1 i 2 k.c., 445 k.c.

Legitymacja czynna powódki i bierna pozwanego, mając na uwadze przytoczone dla uzasadnienia pozwu okoliczności faktycznie, nie budziła wątpliwości.

Podstawą potencjalnej odpowiedzialności lekarza były przepisy o czynach niedozwolonych. Możliwość domagania się przez powódkę odszkodowania, zadośćuczynienia i renty wynikała z art. 444 § 1 i 2 w zw. z art. 445 § 1 k.c. Odpowiedzialność pozwanego oparta była na art. 415 k.c.

Powołany powyżej przepis (art. 415 k.c.) przewiduje obowiązek naprawienia szkody przez tego, kto ją wyrządził. Koniecznym w niniejszej sprawie było więc ustalenie, czy spełnione zostały przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej, którymi są: szkoda wywołana działaniem lub zaniechaniem danego podmiotu, bezprawność zachowania sprawcy (obiektywna i subiektywna) oraz adekwatny związek przyczynowy pomiędzy tymi zdarzeniami.

Podkreślić w tym miejscu należy, że sprawa niniejsza była tzw. procesem lekarskim. Na gruncie roszczeń związanych z odpowiedzialnością zakładów leczniczych i lekarzy wykształcone jest ugruntowane i spójne orzecznictwo, w tym dotyczące właśnie rozumienia zawinionego bezprawnego działania, które doprowadziło do wyrządzenia szkody. Sąd Najwyższy w wyroku z 25 stycznia 2001 r. (IV CKN 232/00) wywiódł, że „strona twierdząca, że to lekarz naruszył przy wykonywaniu zabiegu obowiązek staranności, obowiązana jest wykazać, że szkoda wyrządzona przez lekarza jest obiektywnie wynikiem naruszenia przez niego wymaganej staranności. Pomyślnie przeprowadzenie tego dowodu może stanowić podstawę do ustalenia niedbalstwa lekarza, którego w takiej sytuacji procesowej obciąża przeprowadzenie przeciwdowodu stwierdzającego, że w tej (ustalonej) sytuacji nie było możliwe zachowanie większej staranności. Nie wymaga dowodzenia, że podstawowym obowiązkiem zakładu leczniczego jest zapewnienie odpowiedniego standardu świadczonych usług, a oprócz umiejętności i biegłości zawodowej także troski o chorego i staranności.

Wina organizacyjna zakładu leczniczego może przejawiać się w zaniedbaniach w zakresie organizacji, bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym. Ta wina musi być - w ramach odpowiedzialności deliktowej – udowodniona”.

W orzecznictwie podkreśla się, że odwoływać się należy do obiektywnego wzorca „dobrego fachowca”, co zakłada uwzględnienie przy wykonywaniu danych czynności m.in. zasad współżycia społecznego, wypracowanych standardów, które w przypadku lekarza wymagają odwołania się do jego wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej. Z punktu widzenia zawinienia lekarza czy personelu medycznego przejawiać się to może w jego nieostrożności, nieuwadze, niedbalstwie lub niedołożeniu wymaganej staranności, braku wiedzy.

Za odpowiedzialnością zakładu leczniczego przemawiać więc będą chociażby błędy diagnostyczne, czy opieszałość w podejmowaniu decyzji przez lekarza. Osoba o takim zawodzie ma obowiązek wykonywać go zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością (art. 4 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 r.). Co za tym idzie, każde postępowanie diagnostyczne, lecznicze czy zapobiegawcze lekarz powinien prowadzić z należytą starannością, charakterystyczną dla wykonywanego zawodu (art. 355 § 2 k.c.).

Art. 361 § 1 k.c. zakłada odpowiedzialność jedynie za szkodę, która pozostaje w normalnym, adekwatnym związku przyczynowym z danym zachowaniem lub zaniechaniem. Na gruncie tego przepisu, możliwość dowodzenia istnienia takiego związku w „procesach lekarskich” ograniczona jest aktualnym stanem wiedzy medycznej. W orzecznictwie Sądu Najwyższego i sądów powszechnych w sposób utrwalony podkreśla się, że w sprawach medycznych nie jest wymagane, aby związek przyczynowy został ustalony w sposób pewny. Wystarczającym jest wykazanie go w sposób wskazujący na dużą dozę prawdopodobieństwa, bez konieczności udowodnienia powiązań bezpośrednich pomiędzy przyczyną a skutkiem. Bardzo często bowiem ustalenie takiego pewnego związku przyczynowo-skutkowego może być po prostu niemożliwe.

Dostatecznym powinno więc być udowodnienie, że wadliwe zachowanie lekarza, personelu medycznego ze znaczną dozą prawdopodobieństwa doprowadziło do powstania określonej szkody – uszczerbku na zdrowiu. Obojętnym przy tym zasadniczo musi być to, czy występowały jakieś inne potencjalne przyczyny jej wystąpienia, jeżeli udowodnione zostanie zaniedbanie lekarza, czy osób zatrudnionych w zakładzie leczniczym.

Powództwo podlegało oddaleniu, przy uwzględnieniu, że nie doszło do wykazania przez powódkę przesłanek odpowiedzialności pozwanego, opartej na tzw. błędzie lekarskim. W pierwszej kolejności należało wskazać na zarzuty kierowane przez powódkę do pozwanego. Powódka powoływała się na przeprowadzenie w sposób nieprawidłowy artroskopii i przeszczepu więzadła krzyżowego przez J. J., działanie pozwanego motywowane chęcią zysku, pobranie pieniędzy za operację refundowaną przez NFZ, nieprawidłowe postępowanie z przeszczepem, narażenie jej na uszczerbek na zdrowiu, szkodę finansową, wprowadzanie w błąd co do swoich kwalifikacji i doświadczenia zawodowego, ból, wymuszoną zmianę planów zawodowych.

Powódka nie zdołała udowodnić pozwanemu błędowi w sztuce lekarskiej, a to przede wszystkim dlatego, że nie można było w niniejszej sprawie ustalić, czy skutek wykonanego zabiegu wystąpił (wystąpiłby) uszczerbek na zdrowiu, będący wynikiem błędnego działania lekarza. Nie potwierdziły się także żadne z przedstawionych wyżej zarzutów. Sporządzone w sprawie opinie, zeznania wiarygodnych świadków, a także samej powódki, doprowadziły Sąd do podzielenia stanowiska pozwanego, że powódka w istocie nie wykazała, że wystąpiła szkoda (uszczerbek na zdrowiu), do której doprowadziłby J. J., co wynikało przede wszystkim z podjętej przez nią decyzji o poddaniu się ponownej operacji rewizyjnej u dr L.. Zaznaczyć przy tym trzeba, że nie miał znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy sposób leczenia i propozycje w/w lekarza, ani to czy była one prawidłowe, czy też nie.

Należało mieć na uwadze, że powódka po przeprowadzonym przez pozwanego zabiegu nie poczekała na zakończenie procesu rehabilitacyjnego, który powinien trwać min. 6 miesięcy i na jego efekty. Tymczasem K. W. już po upływie 2 miesięcy od operacji oczekiwała jego pozytywnych rezultatów. O minimalnym czasie rehabilitacji wypowiedzieli się zarówno biegli w tej sprawie, a także świadkowie K. R., dr L.. Prof. J. F. (1) w opinii uzupełniającej wyraźnie wskazał, że rehabilitacja prowadzić powinna do uzyskania pełnego zakresu ruchu i niezbędny czas dla osiągnięcia tego celu

to od 6 do 8 miesięcy, w zależności od rodzaju urazu i jakości oraz skali usprawniania. Powódka w żaden sposób nie wykazała, że prowadziła rehabilitację zgodnie z zaleceniami lekarskimi albo że była ona wykonywana w ilości odpowiedniej do uzyskania poprawy stanu zdrowia. Zresztą mając na uwadze wypowiedzi biegłych, wątpliwym było dokonanie oceny skuteczności usprawniania po prowadzeniu jej przez 1/3 zaleconego czasu trwania, a właśnie w takim momencie powódka podjęła działania, które zakończyły się ponownymi zabiegami. Z akt sprawy wynika, że rehabilitant prowadził dokumentację z przebiegu rehabilitacji, jednakże K. W. na potrzeby tej sprawy jej nie dołączyła. Mało tego, podczas diagnozowania powódki, nie zapoznawał się z nią również dr L., co wynikało wprost z jego zeznań złożonych w niniejszej sprawie.

K. W. nie wykazała, że wystąpiły niewątpliwe przesłanki do poddania się kolejnym zabiegom. Oczywistym musiało być, że powodem takiej decyzji powódki był odczuwany przez nią dyskomfort z powodu braku możliwości pełnego wyprostowania nogi i – przede wszystkim - chęć szybszego powrotu do zdrowia. Wskazać należało, że ze zgromadzonego materiału wynikało, że powódka w istocie nie odczuwała bólu, a jej kolano pozostawało stabilne. Sam dr L. stwierdził podczas pierwszej konsultacji pacjentki, że miała ona stabilne kolano. Zapisany przez niego zwrot w dokumentacji medycznej „niestabilne kolano” miał oznaczać jedynie jego niewydolność.

Powódka podjęła zatem samodzielnie decyzję o zmianie lekarza prowadzącego, zaniechała rehabilitacji i poddała się ponownym operacjom. Jej motywacją niewątpliwie były zawiedzione oczekiwania co do szybkości powrotu do zdrowia. Zgodzić się należy z wywodami biegłego J. F. (aczkolwiek pozostawały one poza zakresem opiniowania), że miała do tego pełne prawo oraz że lekarz, do którego się udała powinien jej wolę w tym zakresie uszanować. Przez te działania doszło jednak do tego, że w tej sprawie K. W. pozbawiła się w istocie możliwości wykazania potencjalnych nieprawidłowości działania pozwanego.

Wobec postępowania powódki, nie było możliwe ustalenie, czy w ogóle miał miejsce uszczerbek na zdrowiu, który jest podstawową przesłanką do przyjęcia odpowiedzialności lekarza. Zasadniczo nie można było stwierdzić, jaki byłby ostateczny efekt przeprowadzonego przez pozwanego zabiegu. Nawet przyjmując, że nieanatomiczna pozycja kanału była wynikiem błędnego wykonania zabiegu, nie było można ustalić, czy występowałyby nieprawidłowości w funkcjonowaniu stawu, przy założeniu stosowania się do wszystkich zaleceń lekarskich i kontynuowania ćwiczeń przez okres niezbędny dla tego rodzaju schorzeń, który – na co wskazywali bezspornie biegli – wynosił co najmniej pół roku. Biegły J. F. wskazując w swojej opinii na to, że nieprawidłowa była nieanatomiczna pozycja kanału po zabiegu wykonanym przez pozwanego, jednocześnie wyraźnie wskazał, że w analogicznych przypadkach występują dobre końcowe wyniki. Nie dało się więc obiektywnie i pewnie stwierdzić, z punktu widzenia końcowego skutku zabiegu, czy pozwany udzielił prawidłowego, czy też błędnego świadczenia i w konsekwencji jakie mogły być ewentualne negatywne dla stanu zdrowia powódki jego efekty. W chwili obecnej wydaje się to w zasadzie niemożliwe. Ponowna operacja wykonana u powódki przez dr L. na stałe zaprzepaściła szansę na ustalenie tej okoliczności. W takich okolicznościach nie można było przypisać pozwanemu zawinienia.

Z akt sprawy wynikało, że powódka została poinformowana przez pozwanego o szczegółach operacji i możliwych powikłaniach. Ograniczenie zgięcia kolana i niewielki deficyt wynoszący 5 stopni był co do zasady normalnym następstwem takiego zabiegu. Mało tego, bezspornym było, że taki deficyt występuje u powódki do chwili obecnej, pomimo wykonania reoperacji. Do zamknięcia rozprawy nie odzyskała ona pełnego wyprostu w kolanie, występuje ubytek w masie mięśniowej, chociaż przeszła dwa ponowne zabiegi chirurgiczne i długi proces rehabilitacyjny. Wskazywane przez biegłych nieanatomicznie położenie kanału udowego jest, jak wskazywał biegły F., znanym medycynie powikłaniem. Będzie ono występowało także w przypadku jakiegokolwiek ingerencji w ten kanał, chociażby przez lekarza wykonującego zabieg przez jego nawiercenie. Długość implantowanej śruby (na co wskazywał lekarz L. podejmując decyzję o zabiegu) też nie miała znaczenia dla występowania u powódki ograniczenia w wyprostowaniu nogi, co wynikało wprost z opinii prof. J. F..

Brak było podstaw, aby przypisać pozwanemu odpowiedzialność w zakresie pozostałych zarzutów stawianych w pozwie. Nie można było na podstawie zgromadzonego materiału stwierdzić uchybień w postępowaniu z przeszczepem, a w szczególności brak było dowodu na to, że był on dzielony i miało to jakikolwiek wpływ na stan zdrowia pacjentki.

W dacie, w której powódka miała wykonywany zabieg, pozwany miał możliwość wykonywania dzielenia przeszczepu w (...). Biegli nie stwierdzili żadnych uchybień zarówno co do sposobu dzielenia, implantacji, jak i przechowywania przeszczepu. Uchybień, które mogłyby mieć wpływ na stan zdrowia powódki, nie stwierdziły zespoły kontrolujące (...). Powódka nie zdołała wykazać żadnym środkiem dowodowym, że pozwany naraził ją na uszczerbek na zdrowiu przez nieprawidłowe postępowanie z materiałem do przeszczepu. Powódka nie doznała też żadnych negatywnych skutków z tym związanych, jak chociażby zakażenie, czy też jego zerwanie.

Zarzut dotyczący brak kwalifikacji lekarza do wykonywania zabiegu u powódki również został odparty. W świetle regulacji prawnych pozwany, pomimo nieposiadania specjalizacji, mógł wykonać go u powódki. J. J. był na stażu specjalizacyjnym. Kwestia zdawalności egzaminu specjalizacyjnego nie miała żadnego znaczenia w tej sprawie. Pozwany wykonywał zabieg w asyście doświadczonego lekarza, który miał takie uprawnienia. Sąd dał wiarę zeznaniom świadka A. S., że był obecny podczas zabiegu. Świadek jest zatrudniony w (...), znał przypadek powódki. Z zeznań świadka w żaden sposób nie można wywnioskować, jak twierdzi powódka, że pozwany namawiał go do zeznania nieprawdy. W ocenie Sądu, nie miał on żadnych powodów do tego, aby zeznawać na niekorzyść powódki.

Do wykonania zabiegów specjalistycznych nie jest wymagane przepisami prawa ukończenie specjalizacji. Zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty warunkiem koniecznym do prawa wykonywania zawodu jest jedynie przyznanie go przez okręgową radę lekarską (po spełnieniu wymagań określonych w art. 5 tego aktu prawnego). Specjalizacja jest jedynie potwierdzeniem nabycia określonych umiejętności w danej dziedzinie medycyny. Przepisy powołanej ustawy dotyczące zasad wykonywania zawodu nie uzależniają świadczeń, w tym możliwości przeprowadzenia zabiegów, od posiadania specjalizacji. Brak było więc w tym zakresie bezprawności pozwanego, która uzasadniałaby jego odpowiedzialność.

K. W. dla uzasadniania zgłoszonych żądań powoływała się również na naruszenie jej praw jako pacjenta (art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Przeprowadzone postępowanie nie dawało jednak podstaw do przypisania pozwanemu zawinonego naruszenia praw powódki, jako pacjenta. Złożyły się na to te same względy, dla których nie można było uwzględnić żądań opartych na art. 415 k.c. Brak było dowodów, na podstawie których można byłoby stwierdzić, że udzielone świadczenie nie odpowiadało wymaganiom wiedzy medycznej. Mając na uwadze przedstawione wyżej wywody, brak było podstaw do przyjęcia, że nie zachowano przy jego udzieleniu staranności, czy naruszono zasady etyki zawodowej albo prawa pacjenta do informacji. Powódka wyraziła zgodę na zabieg.

Żądania związane z narażeniem powódki na straty finansowe, wobec nieprawidłowości związanej z pobieraniem opłat za zabiegi refundowane w ramach NFZ nie mogły być uwzględnione. Kwestia ta była wyjaśniona w ramach postępowania prowadzonego przez (...) NFZ. Marginalnie wskazać należało, że co do zabiegu wykonywanego u powódki, pozwany zdołał wykazać w ramach tamtego postępowania, że doszło do pomyłki. Pozwany dokonał korekty i wycofał zgłoszenie o refundację jej zabiegu. Załączona do akt sprawy dokumentacja z postępowania przygotowawczego i kontroli (...) NFZ nie wskazywała jednoznacznie, że chodziło wyłącznie o zabieg przeprowadzony u powódki. Postępowanie w (...) NFZ wykazało uchybienia pozwanego w sporządzanej przez (...) dokumentacji, dotyczącej refundacji u pacjentów. W wyniku tego postępowania została nałożona na pozwanego kara finansowa. Nie uzasadniało to jednak odpowiedzialności odszkodowawczej J. J. w zakresie zwrotu pobranego wynagrodzenia za świadczenie medyczne, co wynikało z ustaleń w sprawie.

Podkreślić należy, że niezależnie od zapewnienia pozwanego przekazanego powódce, co do udzielenia świadczenia medycznego w ramach NFZ, strony dodatkowo i zgodnie ustaliły za nie odpłatność. W takich okolicznościach K. W. mogła domagać się zwrotu zapłaconej kwoty jedynie jako świadczenia nienależnego. Ponieważ czynność stron znajdowała podstawę w zawartej pomiędzy stronami umowie, konieczne byłoby wykazanie jej nieważności, względnie bezskuteczności (art. 410 § 2 k.c.). Ta zaś mogła w tym przypadku być oparta jedynie na błędzie (art. 84 k.c.). Nawet przyjmując, że taki błąd po stronie powódki wystąpił, konieczne było, aby uchyliła się ona od skutków prawnych złożonego oświadczenia woli, co powinno być dokonane na piśmie w ciągu roku od jego wykrycia. Brak było dowodu na to, że takie oświadczenie zostało złożone, nie stanowiło go wezwanie do zapłaty z dnia 19.09.2012 r., gdyż nie

przywołano w nim treści na to wskazujących. Z tych względów nie było możliwe domaganie się przez K. W. zwrotu zapłaty dokonanej za wykonany zabieg, również jako nienależnego świadczenia.

Podsumowując przedstawione wywody. Zgromadzony materiał dowodowy, w tym opinie biegłych, nie pozwalały przede wszystkim na ustalenie podstawowej dla przypisania pozwanemu odpowiedzialności odszkodowawczej przesłanki, w postaci uszczerbku na zdrowiu powódki w wyniku wykonanego przez J. J. zabiegu. Nawet przyjmując, że wystąpiła nieprawidłowość w postaci nieanatomicznej pozycji kanału udowego, brak było podstaw do stwierdzenia, że wywołała ona konkretny, możliwy do zbadania i określenia uszczerbek na zdrowiu. K. W. bowiem, wbrew zaleceniom pozwanego, zdecydowała się na kolejną operację, nie czekając na wyniki procesu usprawniania, który był w trakcie i wymagał kontynuowania. Podkreślić przy tym należy, że powódka wiązała swój obecny stan zdrowia, a więc występujący deficyt przeprostu ok. 4 stopni oraz zanik mięśni uda i podudzia (domagając się renty i dalszego zadośćuczynienia), z działaniem strony pozwanej, pomimo tego, że logicznie jej aktualny stan zdrowia można było powiązać jedynie z zabiegami reoperacyjnymi wykonanymi przez kolejnego lekarza. Wydana w sprawie opinia J. F. (1) potwierdzała co prawda, że w wyniku operacji wykonanej przez pozwanego wystąpiła powyżej wskazana nieprawidłowość, jednak brak było w niej wskazania konkretnego, negatywnego skutku dla zdrowia powódki. Samo powołanie się na słuszność decyzji dr L. i prawo powódki do niezadowolienia z wyników przeprowadzonego przez pozwanego leczenia, nie było wystarczające dla poczynienia ustaleń (uwzględniając opinie uzupełniające biegłego), że kontynuowanie zaleceń J. J. nie doprowadziłoby do końcowego, pożądanego przez powódkę rezultatu.

W tym stanie rzeczy powództwo podlegało oddaleniu w całości. Roszczenia powódki, tak dotyczące odszkodowania, renty, jak i zadośćuczynienia, opierały się na przypisaniu pozwanemu odpowiedzialności opartej na art. 415 k.c. Wobec tego, że przeprowadzone postępowanie nie dało podstaw do ustalenia wszystkich przesłanek takiej odpowiedzialności, żądania te podlegały oddaleniu w całości.

Wobec wydania wyroku w sprawie, stosownie do art. 108 § 1 k.p.c. Sąd zobligowany był do rozstrzygnięcia o kosztach procesu. Na podstawie art. 102 k.p.c. Sąd nie obciążył K. W. kosztami procesu, z uwagi na względy słuszności. Powódka jest obecnie w trudnej sytuacji finansowej. Ma na utrzymaniu dziecko, które samotnie wychowuje. Wniesiony przez powódkę pozew nie miał charakteru pieniaczego. W ocenie Sądu powódka pozostawała w mylnym przekonaniu co do słuszności swoich racji, zaś sama sprawa była skomplikowana wona i wymagała specjalistycznej wiedzy. Z tych samych względów, na podstawie art. 113 ust. 4 u.k.s.c. w zw. z art. 102 k.p.c. nieopłaconymi kosztami sądowymi w postaci wynagrodzenia biegłych za sporządzone w sprawie opinie, części opłaty od pozwu, od której powódka została zwolniona, Sąd obciążył Skarb Państwa.