

# WYROK

**W IMIENIU RZECZPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 13 czerwca 2017 roku

Sąd Okręgowy w Poznaniu, Wydział I Cywilny

w składzie następującym

Przewodniczący: Izabela Korpik

Protokolant: po. stażysty Weronika Kowalska

po rozpoznaniu w dniu 30 maja 2017 roku na rozprawie

sprawy z powództwa:

**J. B. (1)**

przeciwko

**Szpitalowi Wojewódzkiemu w P. i (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W.**

**o zapłatę**

I. zasądza od pozwanych na rzecz powoda in solidum kwotę 75 000,00 zł (siedemdziesiąt pięć tysięcy złotych) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 6 października 2009 roku do dnia zapłaty, przy czym zapłata zasądzonej powyżej należności przez jednego z pozwanych zwalnia z tego obowiązku drugiego pozwanego;

II. zasądza od pozwanych na rzecz powoda in solidum kwotę 7 000,00 zł (siedem tysięcy złotych) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 6 października 2009 roku do dnia zapłaty, przy czym zapłata zasądzonej powyżej należności przez jednego z pozwanych zwalnia z tego obowiązku drugiego pozwanego;

III. w zakresie renty powództwo oddala;

IV. w pozostałym zakresie powództwo umarza;

V. kosztami procesu obciąża strony stosunkowo tj. powoda w 77% a pozwanych w 23 % i z tego tytułu :

a) zasądza od powoda na rzecz pozwanego Szpitala Wojewódzkiego w P. kwotę 8 264,14 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego przed Sądem I i II instancji;

b) zasądza od powoda na rzecz pozwanego (...) Spółka Akcyjna z (...) w W. kwotę 8 264,14 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego przed Sądem I i II instancji;

c) nakazuje ściągnąć od pozwanych na rzecz Skarbu Państwa (Sąd Okręgowy w Poznaniu) solidarnie kwotę 10 416,06 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych;

d) pozostałymi nieuiszczonymi kosztami sądowymi obciąża Skarb Państwa.

/-/ SSO Izabela Korpik

## UZASADNIENIE

Powód J. B. (1), po ostatecznym sprecyzowaniu żądania, wniósł do Sądu Okręgowego w Poznaniu pozew przeciwko Szpitalowi Wojewódzkiemu w P. o: zasądzenie na podstawie art. 444 § 1 k.c. od pozwanego na rzecz powoda obowiązku naprawienia szkody w postaci zwrotu kosztów leczenia w wysokości 14.000 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty; zasądzenie na podstawie art. 444 § 2 k.c., od pozwanego na rzecz powoda od dnia 1 września 2006 r. renty dożywotniej w wysokości 500 złotych miesięcznie płatnej z góry do 10. każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w razie zwłoki; zasądzenie na podstawie art. 445 § 1 k.c., od pozwanego na rzecz powoda zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę w postaci utraty prawej nerki w wysokości 330.000 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty; zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa advokackiego w kwocie 21.600 złotych z 23% VAT i 17 złotych opłaty od pełnomocnictwa oraz zwolnienie powoda od ponoszenia kosztów sądowych w zakresie wpisu sądowego, albowiem nie jest on w stanie ich ponieść bez uszczerbku utrzymania koniecznego siebie (k. 1-8, k. 341 i e-protokół rozprawy z dnia 24.11.2015r.).

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że w dniu 25 sierpnia 2006 r. uległ wypadkowi, w wyniku którego nastąpiło pęknięcie pęcherza moczowego. Ze względu na zły stan zdrowia (m.in. wymioty) powód wezwał w dniu 26 sierpnia 2006 r. pogotowie. Karetka zawiozła powoda do pozwanego szpitala, gdzie jeszcze tego samego dnia wykonano operację zszycia pęcherza moczowego. Powód przebywał u pozwanego od 26 sierpnia 2006 r. do

9 września 2006 r. po czym został wypisany do domu. Od dnia 12 września 2006 r. znajdował się pod stałą kontrolą przyszpitalnej poradni chirurgicznej. Powód skarżył się na ból

w okolicach prawego dołu brzucha w okolicy pęcherza. W dniu 26 października 2006 r. powód ponownie udał się do przychodni przyszpitalnej u pozwanego, zgłaszając dalsze dolegliwości bólowe i ponownie poinformowano go, iż są to naturalne objawy pooperacyjne

i po raz kolejny przepisano środki przeciwbólowe. Po wizycie w przychodni przyszpitalnej pozwanego powód zgłosił się samodzielnie na badanie USG, które wykazało „cechy zastojów w prawym układzie kielichowo-miedniczkowym”. Lekarz przeprowadzający badanie stwierdził wodonercze i nakazał powodowi udać się do szpitala, w którym wykonano operację zszycia pęcherza, tj. do pozwanego. Z wynikami badania powód udał się do przyszpitalnej przychodni pozwanego. Powód nadal skarżył się na dolegliwości bólowe, a nadto na częste parcie na mocz, co związane było z infekcją. Lekarz skierował powoda na zabieg prostaty. Powód ponownie przebywał u pozwanego na Oddziale (...) w okresie od 26 kwietnia 2007 r. do 1 maja 2007 r., co związane było z przeprowadzoną operacją podcięcia prostaty. Po powrocie do domu powód nadal miał takie same dolegliwości bólowe, jak przed wykonaniem zabiegów podcięcia prostaty. Kolejne badanie USG z dnia 6 lipca 2007 r. wykazało w prawej nerce krańcowe wodonercze. W trakcie kolejnego leczenia szpitalnego ( (...) Zespół (...) w P., Samodzielny P. (...) ul. (...), (...)-(...) P.) przeprowadzono w dniu 24 lipca 2007 r. komputerową tomografię brzucha, która wykazała nieprawidłową wielkość prawej nerki oraz poszerzony moczowód. Powyższe potwierdził także wynik badania USG przeprowadzonego w dniu 28 lipca 2007 r. Badanie wykazało też zmiany bliznowate wokół moczowodu prawego oraz torbiel na pęcherzu moczowym. Powód ponownie przebywał w w/w szpitalu w dniach od 24 października 2007 r. do 1 listopada 2007 r., gdzie wykonano kolejne badanie histopatologiczne. Powód wykonał kolejne badanie USG w dniu 23 listopada 2007 r., które potwierdziło wyniki poprzednich badań. Badanie USG z dnia 1 grudnia 2007 r. wykazało wąską warstwę korową oraz w znacznym stopniu poszerzone wszystkie kielichy nerki prawej wraz z miedniczką oraz podmiedniczkowy odcinek moczowodu prawego. Badanie MR miednicy z dnia 16 czerwca 2008 r. wykazało pogrubiałą ścianę pęcherza moczowego o nieregularnym zewnętrznym zarysie, co po przeprowadzonym z powodów wywiadzie wskazywało na zmiany pooperacyjne. Przeprowadzono także konsultację z kliniką na ul. (...), gdzie powodowi zrobiono również badanie USG, stwierdzając tzw. wodonercze. Po przeprowadzeniu wszystkich tych badań stwierdzono, że prawa nerka nie pracuje, jest całkowicie niesprawna i w obecnym stanie nie da się jej w żaden sposób usprawnić. Powoda zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. W dniu 15 września 2008 r. w szpitalu na ul. (...) wykonano operację usunięcia nerki prawej z powodu skrajnego wodonercza z zanikiem miąższu (nefrektomia prawostronna).

Na podstawie wszystkich przeprowadzonych badań stwierdzono, iż w związku z przeprowadzoną operacją zszycia pęcherza moczowego u powoda doszło do uszkodzenia moczowodu nerki prawej - przez jego zszycie lub przeszycie do pęcherza moczowego.

W wyniku tego powstała przeszkoda w odprowadzaniu moczu z miedniczki nerki, a dalej miedniczka i kielich nerki uległy rozszerzeniu. To z kolei doprowadziło do zaniku mięszu nerki, a ostatecznie do uszkodzenia nerki prawej, którą powodowi trzeba było usunąć. Zachowanie pozwanego, tj. niewłaściwie przeprowadzona operacja, zszycia pęcherza (uszkodzenie moczowodu) i podjęte niewłaściwe leczenie pooperacyjne jest niewątpliwie przyczyną stanu zdrowia powoda, który w wyniku zaniedbań ze strony pozwanego utracił prawą nerkę. Powód podniósł, że od września 2006 r. znajdował się pod stałą kontrolą lekarską przychodni przyszpitalnej pozwanego. Mimo wielokrotnych sygnałów zgłaszanych przez powoda u pozwanego, pozwany nie przeprowadził żadnych badań, nawet najbardziej podstawowego jakim jest badanie USG. Pozwany podjął niewłaściwą terapię leczenia powoda, przepisując jedynie leki przeciwbólowe. Wystarczyło przeprowadzenie badania USG, które w sposób jednoznaczny wykazałoby błąd popełniony w trakcie operacji i wówczas byłaby 100% szansa uratowania nerki powoda. Dopiero samodzielne działanie powoda i przeprowadzenie przez niego szeregu badań doprowadziło do ujawnienia błędu pozwanego, tym niemniej na tym etapie nie dało się uratować nerki powoda.

W uznaniu powoda zachodzi związek przyczynowy pomiędzy błędnie wykonaną operacją dokonaną przez lekarzy pozwanego, a kalectwem które powstało u powoda po usunięciu nerki. Oprócz związku przyczynowego pomiędzy błędem popełnionym przez lekarzy pozwanego w trakcie operacji pozwany również dopuścił się błędu zaniechania w prawidłowym leczeniu powoda. Błąd ten polegał na niepodjęciu prawidłowego toku leczenia poprzez przeprowadzenie badań USG lub badania tomografem komputerowym. Badania te, o czym podnosi się powyżej, wykazałyby błąd operacyjny i wówczas istniałaby szansa uratowania nerki powoda. Roszczenie powoda oparte jest o treść art. 415 w zw. z art. 430 k.c. Pozwany odpowiada za nieprawidłowe i błędne działanie lekarzy prowadzących operację powoda zgodnie z treścią art. 415 w zw. z art. 430 k.c.

Postanowieniem z dnia 29 października 2009 r. Sąd zwolnił powoda z obowiązku ponoszenia kosztów sądowych częściowo – a mianowicie z obowiązku uiszczenia opłaty od pozwu (k. 24).

Pozwany Szpital Wojewódzki w P., w odpowiedzi na pozew, wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu. W uzasadnieniu pozwany wskazał, że Szpital Wojewódzki w P. jest samodzielnym publicznym zakładem opieki Zdrowotnej. W okresie hospitalizacji powoda szpital miał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych z (...) S.A. (...) zgłoszeniu roszczenia przez powoda szpital zawiadomił (...) S.A. o żądaniu powoda. (...) odmówiło ochrony ubezpieczeniowej podnosząc zarzut przedawnienia. Niesporne między stronami jest, iż w dniu 26.08.2006 r. powód został przyjęty do Szpitala w bardzo ciężkim stanie (wstrząs septyczny) i bezpośrednio z Izby Przyjęć został przewieziony na blok operacyjny, gdzie w trybie pilnym wykonano laparotomię. W trakcie zabiegu nie doszło do uszkodzenia moczowodów, a badanie kontrolne USG jamy otrzewnej i nerek wykazało „nerki o prawidłowym położeniu, wielkości i kształcie, bez cech złożeń i cech zastojów moczu”. Wypadek powodujący pęknięcie pęcherza miał miejsce w dniu 25 sierpnia 2006 r. a powód do szpitala został przewieziony przez pogotowie w dniu następnym, co nie pozostaje bez znaczenia dla przebiegu dalszego leczenia. Powód nie miał zastrzeżeń do postępowania medycznego, miał zaufanie do pozwanego i korzystał ze świadczeń medycznych w Oddziale (...) jeszcze dwukrotnie: w okresie od 26.04.2007 r. do 01.05.2007 r. z powodu przerostu prostaty, w okresie od 31.07.2009 r. do 04.08.2009 r. z powodu urazu głowy po upojeniu alkoholowym. Utrata prawej nerki powoda nie jest zawiniona przez pozwanego, ponieważ nie doszło do uszkodzenia moczowodu przez pozwanego podczas zabiegu operacyjnego. Pozwany zakwestionował zasadność i wysokość dochodzonych roszczeń z uwagi na brak merytorycznego uzasadnienia (k. 33-35).

Powód w piśmie procesowym z dnia 4 lutego 2010 r. podtrzymał dotychczasowe stanowisko w sprawie. Ponadto wskazał, że ubezpieczyciel winien brać udział w procesie w charakterze interwenienta (k. 70-71).

Pozwany w piśmie procesowym z dnia 29 marca 2010 r. podtrzymał swoje stanowisko w sprawie. Ponadto wskazał, że to obowiązkiem powoda jest dopozwanie ubezpieczyciela na podstawie art. 194 § 3 k.p.c. tj. w przypadku kiedy z roszczeniem do ubezpieczyciela występuje poszkodowany na podstawie art. 819 § 3 k.c. (k. 77-78).

Powód w piśmie procesowym z dnia 24 sierpnia 2010 r. podtrzymał dotychczasowe stanowisko w sprawie oraz wskazał, że zarzut przedawnienia jest nietrafny, albowiem z dokumentacji medycznej wynika, iż datą ustalającą szkodę jest 15 września 2008 r. tj. data operacji usunięcia nerki z powodu skrajnego wodonercza z zanikiem mięszu. Wówczas powód dowiedział się o szkodzie jak i o osobie odpowiedzialnej za szkodę. (k. 149-150).

Powód w piśmie procesowym z dnia 24 sierpnia 2010 r. na podstawie art. 194 § 3 k.p.c. wniósł o wezwanie do udziału w sprawie w charakterze pozwanego (...) S.A. C. (...) z (...)w Ł. jako ubezpieczyciela pozwanego szpitala (k. 151).

Postanowieniem z dnia 6 września 2010 r. Sąd wezwał do udziału w sprawie w charakterze pozwanego (...) S.A. w Ł. (k. 152).

Pozwany (...) S.A. w W. Oddział w P.

w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego. W uzasadnieniu pozwany wskazał, że kwestionuje dochodzone roszczenie co do zasady i wysokości. Pozwany podał, iż łączy go z pozwanym Szpitalem Wojewódzkim umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej, potwierdzona polisą Seria (...) Nr (...). Umowa została zawarta na okres od 1 stycznia 2006 r. do 31 grudnia 2006 r., do której mają zastosowanie ogólne warunki Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, przedstawicieli innych zawodów medycznych oraz zakładów opieki zdrowotnej zatwierdzone Uchwałą Zarządu (...) S.A. Nr (...) z dnia 25 kwietnia 2003 r., zmienione Uchwałą Nr (...)z dnia 7 października 2003 r. oraz załącznika Nr 1 do polisy. Pozwany (...) S.A. w ramach zawartej umowy ubezpieczenia udziela ochrony ubezpieczeniowej pozwanemu Szpitalowi w granicach odpowiedzialności ustawowej ubezpieczonego na warunkach zawartej umowy ubezpieczenia i OWU, gdy w związku z określoną we wniosku i umowie ubezpieczenia działalnością o charakterze medycznym, zaistnieją zdarzenia w następstwie których ubezpieczony zobowiązany jest do naprawienia szkody osobowej lub rzeczowej osobie trzeciej. Suma gwarancyjna wynikająca z

umowy została ustalona na kwotę 700 000,00 zł w tym na lecniectwo zamknięte na kwotę 200 000,00 zł do wyczerpania limitu. Pozwany wskazał, iż na dzień udzielania niniejszej odpowiedzi, suma ta została zmniejszona o wypłacone odszkodowanie w kwocie 26 486,24 zł

i założoną rezerwę na łączną kwotę 136 486,24 zł. W tej sytuacji odpowiedzialność ubezpieczyciela z polisy Nr (...) ogranicza się do kwoty 63.513,76 zł. Pozwany podniósł również zarzut przedawnienia roszczenia (k. 160-164).

Powód z piśmie procesowym z dnia 22 października 2010 r. podtrzymał stanowisko w sprawie oraz wskazał, że twierdzenie pozwanego (...) S.A., iż odpowiada do wysokości sumy gwarancyjnej nie ma istotnego znaczenia w niniejszej sprawie z uwagi, iż pozwani (...) S.A. i Szpital Wojewódzki w P. odpowiadają za wynikłą szkodę in solidum. Odpowiedzialność pozwanego (...) S.A. znajduje swoje oparcie w umowie ubezpieczenia zawartej z pozwanym Szpitalem Wojewódzkim w P.. Na tej to podstawie pozwany (...) S.A. jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania obciążającego sprawcę, tj. Szpital Wojewódzki w P.. Powód wskazał dalej, iż nietrafnym jest podniesiony przez pozwanego (...) SA zarzut przedawnienia roszczenia. Ze znajdującej się w aktach sprawy dokumentacji lekarskiej w sposób nie budzący wątpliwości wynika, iż datą ustalającą szkodę jest 15 września 2008 r. wówczas, gdy nastąpiła operacja usunięcia nerki prawej z powodu skrajnego wodonercza z zanikiem mięszu. Wówczas to powód dowiedział się zarówno o szkodzie, jak i osobie odpowiedzialnej za szkodę, tj. Szpital Wojewódzki w P.. Pomiędzy zaistniałą szkodą a złożeniem pozwu minął zaledwie rok. Powód podniósł również, że na skutek choroby powód utracił całkowicie możliwość zarobkową i aktualnie pobiera rentę rodzinną po zmarłej żonie. (k. 198-205).

Postanowieniem z dnia 16 maja 2011 r. Sąd zwolnił powoda od obowiązku uiszczenia zaliczki na przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego (k. 248).

Wyrokiem z dnia 22 grudnia 2015 roku, wydanym do sygn. akt: XVIII C(...)Sąd Okręgowy w P. oddalił powództwo i orzekł o kosztach postępowania. W uzasadnieniu Sąd wskazał m.in., że powód pomimo zalecenia wykonania badania kontrolnego za 3 tygodnie, nie zgłosił się do poradni przyszpitalnej w ww. terminie, w związku z czym nie wykonano wówczas badania kontrolnego, w szczególności urografii ani USG. Jak wynika z ustaleń Sądu, przy wykonaniu zaplanowanych w dniu 26.10.2006r. badań po ok. 3 tygodniach (USG i ewentualnie urografii), istniała możliwość stwierdzenia narastania wodonercza i przy zachowanej funkcji nerki, istniała duża szansa uratowania narządu. Prawdopodobnie nie istniały w tym czasie jeszcze nieodwracalne zmiany w nerce. W ocenie Sądu, to zatem niezgłoszenie się powoda na kontrolną wizytę po 3 tygodniach od wizyty w dniu 26.10.2006r., a nie zaniechanie po stronie lekarza z poradni, miało istotny niekorzystny wpływ na przebieg choroby, gdyż opóźniło diagnostykę, a w konsekwencji opóźniło leczenie. Jak wynika z ustaleń Sądu istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy powyższym opóźnieniem diagnostyki i leczenia zastoju w moczu w nerce, a późniejszym skutkiem w postaci niewydolności nerki i koniecznością jej usunięcia. Opóźnienie to było zatem zawinione w całości przez powoda J. B. (1). Gdyby powód zgłosił się i wykonał właściwe badania w zaleconym czasie, to nie doznałby spornego uszczerbku na zdrowiu, w postaci utraty nerki.

Na skutek apelacji od powyższego wyroku wniesionej przez powoda Sąd Apelacyjny w P. wyrokiem z dnia 17 listopada 2016 roku, sygn. akt: I ACa (...)uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu

w P., pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania odwoławczego. Sąd Apelacyjny w P. wskazał, że na podstawie zgromadzonego

w sprawie materiału dowodowego, nie można ustalić, że niestawienie się powoda na zalecone badania kontrolne w listopadzie 2006 r. pozbawiło go szansy na wyleczenie wodonercza. Odwołując się do dorobku Sąd Apelacyjny podkreślił, że Sąd Najwyższy różnie w swych orzeczeniach określał stopień wymaganego prawdopodobieństwa zaistnienia związku przyczynowego między pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta a błędem medycznym. Wymagał stopnia prawdopodobieństwa graniczącego z pewnością (zob. wyrok z dnia 6 listopada 1998 r., III CKN 4/98, (...) 1999, nr 3, poz. 135), ale uznawał za wystarczające także prawdopodobieństwo „wysokiego stopnia” (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 października 2007 r., II CSK 285/07, LEX nr 490418), a nawet „dostateczną dozę prawdopodobieństwa” (wyrok z dnia 12 stycznia 1977 r., II CR 571/76, Lex nr 7900) czy też „prawdopodobieństwo odpowiednie” (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 czerwca 1999 r., II CKN 965/98, LEX nr 523610). W niniejszej sprawie nie można było ustalić, na ile prawdopodobne było uratowanie nerki przy prawidłowym postępowaniu powoda, i na ile do utraty nerki przyczynili się zatrudnieni u pozwanego lekarze.

Sąd Apelacyjny uznał, że w świetle aktualnej wiedzy medycznej powód wykazał z wystarczającym prawdopodobieństwem, że postępowanie lekarzy pozwanego szpitala pozostawało w związku przyczynowym z pogorszeniem jego stanu zdrowia. Wobec niemożliwości ustalenia stopnia prawdopodobieństwa wyleczenia powoda w listopadzie 2006 r. i wiosną 2007 r. Sąd Apelacyjny uznał, że w równym stopniu do niewykrycia u powoda wodonercza w czasie pozwalającym na leczenie i uniknięcie amputacji nerki przyczyniły się zaniedbania powoda i badających go w marcu i kwietniu 2007 r. lekarzy. Podsumowując, zawinione zaniechania lekarzy, za których pozwany odpowiada na podstawie art. 430 k.c., pozostają w adekwatnym związku przyczynowym z doznaną przez powoda szkodą – utratą nerki i konsekwencjami tego stanu. Powód natomiast, nie przystępując do badań kontrolnych, przyczynił się do tej szkody w 50% (art. 362 k.c.).

Jednocześnie Sąd Apelacyjny za zupełnie nieskuteczny uznał podniesiony przez pozwanych zarzut przedawnienia.

Przy ponownym rozpoznaniu sprawy, na rozprawie w dniu 30 maja 2017 roku powód zmodyfikował swoje stanowisko i wniósł o zasądzenie zadośćuczynienia w kwocie 75 000,00 zł wraz

z odsetkami ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty (uwzględniając przyczynienie powoda), skapitalizowaną rentę w kwocie 500 zł miesięcznie przez okres pięciu lat oraz kwotę 7 000,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem kosztów leczenia (uwzględniając przyczynienie powoda).

Pozwani natomiast wniesli o oddalenie powództwa w całości (k. 870).

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny**

Powód J. B. (1) w toku lekarskich badań profilaktycznych miał zlecone USG jamy brzusznej. W dniu 16 lutego 2006 r. powód zgłosił się do (...) s.c. przy ul. (...) w P.. W wyniku przeprowadzonego w dniu 16 lutego 2006 r. badania lekarz prowadząca badanie stwierdziła, że wątroba była prawidłowej wielkości i echogenności, drogi żółciowe nie były poszerzone, pęcherzyk żółciowy gładkościenny, bez złożeń, a trzustka i śledziona prawidłowa. Obie nerki powoda były prawidłowej wielkości o prawidłowej warstwie korowej bez ech złożeń ani cech zastojów moczu, pęcherz moczowy gładkościenny a gruczoł krokowy w badaniu usg nadłonowym nie był powiększony.

W dniu 25 sierpnia 2006 r. w trakcie wykonywania prac porządkowych powód uderzył się w brzuch. Z uwagi na silne dolegliwości bólowe i wymioty powód w dniu następnym tj. 26 sierpnia 2006 r. wezwał pogotowie ratunkowe. Następnie został przewieziony i przyjęty w Izbie Przyjęć pozwanego szpitala. Po przeprowadzeniu badań stwierdzono objawy wstrząsu septycznego oraz objawy zapalenia otrzewnej. Tego samego dnia tj. 26 sierpnia 2006 r. u powoda przeprowadzono zabieg operacyjny, na który powód wyraził zgodę, a w czasie którego stwierdzono perforację pęcherza moczowego. Miejsce perforacji zeszyto szwem ciągłym - pierwsza warstwa i szwami pojedynczymi - druga warstwa. Założono dreny do przestrzeni okołopęcherzowej i do pęcherza moczowego. Zabieg operacyjny przeprowadzony u powoda w dniu 26 sierpnia 2006 r. był zabiegiem ratującym życie chorego i został przeprowadzony w sposób prawidłowy. W czasie ww. zabiegu operacyjnego nie doszło do uszkodzenia moczowodów. Późniejsza utrata prawej nerki

u powoda nie ma związku z wykonanym w dniu 26 sierpnia 2006r. zabiegiem operacyjnym.

Po zabiegu powód został przekazany na Oddział (...) pozwanego, gdzie przebywał do dnia 04 września 2006 r. z rozpoznaniem: ostrej pooperacyjnej niewydolności oddechowej, stanu po laparotomii, z powodu perforacji pęcherza moczowego, zapalenia otrzewnej, posocznicy.

W dniu 1 września 2006 r. wykonano badanie USG, które nie wykazało cech zastojów moczu, a lekarz stwierdził, że obie nerki są prawidłowej wielkości. W czasie pobytu na oddziale u powoda zaobserwowano stopniową poprawę stanu ogólnego, umożliwiającą odłączenie respiratora i ekstubację. W dniu 4 września powód był przytomny, wydolny krążeniowo i oddechowo został przekazany do Oddziału (...) w celu dalszego leczenia.

W dniu 04 września 2006 r. powód został przyjęty do O. (...)pozwanego szpitala. Rana pooperacyjna powoda nie nosiła cech zakażenia. Kontynuowano antybiotykoterapię i leczenie objawowe. W czasie pobytu w O. (...)pozwanego szpitala w dniu 6 września 2006 r. ponownie wykonano badanie USG jamy brzusznej, które nie wykazało ani cech zastojów moczu, ani zmian w obrębie nerek. W czasie kolejnych dni pobytu powód nie gorączkował, rana pooperacyjna goiła się prawidłowo, był krążeniowo i oddechowo wydolny. W dniu 09 września 2009 r. powód został wypisany do domu z raną pooperacyjną zagojoną, z cewnikiem w pęcherzu moczowym, listą leków oraz z zaleceniem kontroli w Poradni C. (...)za 7-10 dni, w tym ewentualnym usunięciem cewnika z pęcherza moczowego,

Powód w dniu 15 września 2006 r. zgłosił się na wizytę do przyszpitalnej poradni chirurgicznej pozwanego szpitala. Zapis z wizyty powoda zawiera rozpoznanie postawione w szpitalu.

W czasie kolejnej wizyty w Przystpitalnej Poradni C.pozwanego szpitala w 20 września 2006 r. zlecono powodowi lek odkażający drogi moczowe i lek stosowany w chorobach żył.

W dniu 26 października 2006 r. powód zgłosił się do (...) s.c. przy ul. (...) w P. celem wykonania badania USG jamy brzusznej. W wyniku przeprowadzonego w dniu 26 października 2006 r. badania lekarz prowadząca badanie stwierdziła, że wątroba była prawidłowej wielkości i echogenności, drogi żółciowe nie były poszerzone, pęcherzyk żółciowy gładkościenny, bez złożeń, a trzustka prawidłowej wielkości, jednorodna. Obie nerki powoda były prawidłowej wielkości,

o prawidłowej warstwie korowej. W toku badania lekarz nie stwierdziła cech złożeń powyżej 3 mm, stwierdziła cechy zastojów w prawym układzie kielichowo-miedniczkowym, a pęcherz moczowy po zabiegu był słabo wypełniony. Gruczoł krokowy w badaniu nadłonowym był słabo widoczny.

W badaniu USG z 26.10.2006r. nie stwierdzono jeszcze typowych objawów dla wodonercza.

W tym samym dniu tj. 26 października 2006 r. powód zgłosił się do przyszpitalnej poradni chirurgicznej pozwanego szpitala, gdzie wobec stwierdzonego w badaniu USG poszerzenia prawego układu kielichowo-miedniczkowego – zlecono powodowi kontrolne badanie za 3 tygodnie i ewentualną urografię oraz zalecono lek rozkurczowy i przeciw bólowy.

Powód, pomimo zalecenia wykonania badania kontrolnego za 3 tygodnie, nie zgłosił się do poradni przyszpitalnej w ww. terminie, w związku z czym nie wykonano wówczas badania kontrolnego, w szczególności urografii ani USG.

Zastój w prawym układzie kielichowo-miedniczkowym, który ujawnił się u powoda dwa miesiące po zabiegu operacyjnym, z największym prawdopodobieństwem spowodowany był uciskiem zrostów otrzewnowych na moczowód. Powikłanie, w postaci zrostów pooperacyjnych, choć było następstwem zabiegu operacyjnego, to nie było efektem nieprawidłowości. Zrosty pooperacyjne były naturalnym następstwem ciężkiego zabiegu operacyjnego spowodowanego zapaleniem otrzewnej.

Następnie J. B. (1) zgłosił się do Poradni C. pozwanego szpitala w dniu 4 marca 2007 r., gdzie stwierdzono objawy łagodnego przerostu gruczołu krokowego i wykonano przezcewkową elektroresekcję gruczołu krokowego. W dniu 13 marca 2007 r. wykonano cystoskopię i stwierdzono mały rozrost trzeciego płata gruczołu krokowego.

W dniu 13 marca 2007 r. lekarz urolog wydał powodowi zaświadczenie o stanie zdrowia wskazując m.in., że pęcherz powoda jest obecnie zagojony, jednakże częste parcie na mocz nie jest związane z infekcją, a uchyłek pęcherza do ewentualnego leczenia zabiegowego. Powód w trakcie wizyty w dniu 13 marca 2007 r. został skierowany na Oddział C. pozwanego, gdzie miał się zgłosić 26 kwietnia 2007 r. Badania wykonane w marcu 2007 r. związane były z dolegliwościami z dolnego odcinka dróg moczowych. Dolegliwości te nie miały związku z zabiegiem operacyjnym przeprowadzonym w dniu 26 sierpnia 2006 r.

W dniu 26 kwietnia 2007 r. powód zgłosił się na Oddział (...) Ogólnej pozwanego szpitala z rozpoznaniem łagodnego przerostu stercza i przepukliny brzusznej pooperacyjnej. W trakcie pobytu zastosowano u powoda leczenie przezcewkowej elektroresekcji prostaty. Powód został wypisany w dniu 1 maja 2007 r. z zaleceniem kontroli w poradni lekarza rodzinnego za 7 dni i wskazaniem operacji przepukliny brzusznej w trybie planowym.

W marcu 2007r., w związku z wizytami powoda w Poradni C., nie przeprowadzono u powoda diagnostyki związanej ze stwierdzonym w październiku 2006r. badaniem USG zastojem w prawym układzie kielichowo - miedniczkowym.

Dowód: wynik badania ultrasonograficznego z dnia 16 lutego 2006 r. wraz ze zdjęciem USG (k. 114-115), historia choroby (k. 53), karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 4 września 2006 r. (k. 121), karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 9 września 2006 r. (k. 122), skierowanie do poradni specjalistycznej z dnia 9 września 2006 r. (k. 123), historia choroby (k. 124-126), wynik badania ultrasonograficznego z dnia 26 października 2006 r. wraz ze zdjęciem USG (k. 117-119), zaświadczenie o stanie zdrowia (k. 128), karta informacyjna leczenia szpitalnego za okres 26 kwietnia – 1 maja 2007 r. (k. 129), opinia instytutu naukowo-badawczego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej

(...) w Ł. (k. 307-314v) uzupełniająca opinia Instytutu z dnia 31.10.2014r. (k. 515-518), częściowo zeznania powoda J. B. (1) (min. 6:12-26:59 e-protokołu rozprawy z dnia 24.04.2014r. (k. 446-437).

W dniu 6 lipca 2007 r. powód zgłosił się do Niepublicznego (...) ZOZ (...) w W. w celu wykonania badania ultrasonograficznego. W wyniku przeprowadzonego badania lekarz B. B. ustalił, że nerki u powoda są położone typowo, prawidłowej wielkości. Natomiast w nerce prawej wynik badania wykazał krańcowe wodonercze z cienką warstwą korową nerki, znacznie poszerzoną miedniczką nerkową i górnym odcinkiem moczowodu prawego.

W związku z tym, że w lipcu 2007 r. u powoda stwierdzono krańcowe wodonercze nie istniała już w tym czasie możliwość uratowania nerki.

W dniu 18 lipca 2007 r. z powodu dolegliwości dysurycznych oraz dolegliwości bólowych w prawej okolicy lędźwiowej powód zgłosił się na Oddział U.

i (...) (...) Zespołu (...)

i (...) w P. przy ul. (...). Powód przebywał na Oddziale U. (...) od 18 lipca do 30 lipca 2007 r. z rozpoznaniem: wodonercza prawostronnego ze zniesieniem funkcji prawej nerki, stanu po perforacji pęcherza moczowego, guza w okolicy pęcherza moczowego i niecałkowitego zatrzymania moczu. W trakcie pobytu powoda w szpitalu wykonano m.in. urografię dożylną, USG, cystoskopię.

Badanie USG przeprowadzone w trakcie leczenia w szpitalu przy ul. (...) w P. wykazało po stronie prawej skrajne wodonercze z zanikiem mięszu. Strona lewa była w granicach normy. U powoda wykonano zabieg elektrosekcji przezcewkowej gruczołu krokowego oraz biopsję TRUŚ guza okolicy pęcherza moczowego. W dniu wypisu powodowi zlecono kontrolę specjalistyczną oraz zgłoszenie się po wynik badania histopatologicznego.

W dniu 28 lipca 2007 r. powód udał się do (...) w P. w celu wykonania badania USG i diagnozy. Badanie USG dróg moczowych

z dnia 28 lipca 2007 r. wykazało, że prawa nerka była nieznacznie mniejsza - 97 mm w osi długiej i miała znacznie poszerzony układ kielichowy, miedniczką. Po badaniu lekarz zlecił powodowi konieczne wykonanie urografii celem oceny wydzielania nerki prawej, a w przypadku prawidłowego wydzielania do rozważenia plastyka podmiedniczkowej części moczowodu prawego.

W dniu 24 października 2007 r. powód ponownie zgłosił się na Oddział U. (...)

i (...) (...) Zespołu (...)

i Dzieckiem w P.. Powód przebywał na Oddziale U. (...) od 24 października 2007 r. do 1 listopada 2007 r. z rozpoznaniem: guza pęcherza moczowego. W szpitalu wykonano badanie USG, które wykazało, że nerki były obustronnie o prawidłowej strukturze, bez cech zastojów w ukm. Zastosowano leczenie w postaci elektrosekcji guza pęcherza moczowego. W dniu wypisu zalecono powodowi kontrolę specjalistyczną oraz zgłoszenie się do odbiór badania histopatologicznego.

Wynik badania histopatologicznego powoda z dnia 29 października 2007 r. otrzymany z badania materiału pobranego z pęcherza w dniu 26 października 2007 r. wykazał przewlekłe zapalenie pęcherza moczowego.

W dniu 23 listopada 2007 r. powód zgłosił się do (...) Zespołu (...) w P. – Zakładu (...) w celu wykonania KT brzucha. W wyniku badania lekarz ustalił m.in., że nerka prawa była mniejsza, dł. ok. 9,3 cm, o wąskim mięszu i wyraźnie poszerzonym układzie kielichowo-miedniczkowym - obraz jak w poprzednim badaniu TK

z lipca 2007. Nerka lewa miała prawidłową wielkość, dł. 12 cm, o nieposzerzonym (...) bez zmian ogniskowych.

Powód ponownie w dniu 28 lipca 2007 r. udał się do (...) w P. w celu wykonania badania USG i diagnozy. Badanie USG jamy brzusznej wykazało, że wątroba nie miała zmian ogniskowych. Prawa nerka - 120 mm w osi długiej – miała wąską warstwą korową. W znacznym stopniu poszerzone były wszystkie kielichy, miedniczka oraz podmiedniczkowy odcinek moczowodu prawego (do 17 mm). Lewa nerka była prawidłowej wielkości i kształtu, bez złogów, bez zastojów moczu w (...).



W dniu 16 czerwca 2008 r. powód na podstawie skierowania z (...) Oddziału Urologicznego zgłosił się do Zakładu (...) przy ul. (...) w P.. Wykonano badanie MR miednicy.

W dniu 17 czerwca 2008 r. lekarz P. N. - specjalista urolog chirurg z SPZOZ przy ul. (...) w P. wystawił powodowi zaświadczenie, wskazując na stan po uszkodzeniu pęcherza moczowego, perforację pęcherza moczowego, wodonercze prawostronne. Chory zakwalifikowany do leczenia operacyjnego prawostronnej nefrektomii.

W dniu 14 września 2008 r. powód zgłosił się na Oddział U. (...) (...) Zespołu (...) w P.. Przebywał na Oddziale U. (...) od 14 do 26 września 2008 r. z rozpoznaniem: wodonercza terminalnego prawostronnego, stanu po perforacji pęcherza moczowego, niecałkowitego zatrzymania moczu, odmiedniczkowego zapalenia nerek w stopniu przewlekłym. W czasie pobytu w szpitalu powodowi wycięto nerkę prawą.

Dowód: wynik badania ultrasonograficznego z dnia 6 lipca 2007 r. (k. 131), karta informacyjna leczenia szpitalnego od 18 do 30 lipca 2007 r. (k. 132), wynik badania z dnia 24 lipca 2007 r. (k. 133), wynik badania ultrasonograficznego z dnia 28 lipca 2007 r. (k. 134), wynik badania histopatologicznego z dnia 2 sierpnia 2007 r. (k. 135), karta informacyjna leczenia szpitalnego od 24 października do 1 listopada 2007 r. (k. 137), wynik badania histopatologicznego powoda z dnia 29 października 2007 r. (k. 136), wynik badania z dnia 23 listopada 2007 r. (k. 138), wynik badania z dnia 1 grudnia 2007 r. (k. 138a), wynik badania z dnia 16 czerwca 2008 r. (k. 139), zaświadczenie z dnia 17 czerwca 2008 r. (k. 140), zaświadczenie z dnia 17 września 2008 r. (k. 141), karta informacyjna leczenia szpitalnego od 14-26 września 2008 r. (k. 143), wynik badania z dnia 26 września 2008 r., zeznania świadka B. B. (k. 208), częściowo zeznania świadka P. N. (k. 260-261), częściowo zeznania powoda J. B. (1) (min. 6:12-26:59 e-protokołu rozprawy z dnia 24.04.2014r. (k. 446-437).

Zastój moczu w układzie kielichowo - miedniczkowym może prowadzić do wodonercza, a w konsekwencji do krańcowego uszkodzenia miąższu nerki. Jest to proces przebiegający z różną dynamiką – może trwać kilka miesięcy, jak i kilka lat. Usunięcie jednej nerki przy prawidłowej czynności drugiej nerki stanowi trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 35%. W przypadku stwierdzenia krańcowego uszkodzenia nerki, należy ją wyciąć. Termin takiego zabiegu ustala się, gdy dojdzie do powikłań. Gdy do takich powikłań nie dochodzi, chorzy przez długi okres czasu funkcjonują z uszkodzoną nerką.

Stwierdzone w październiku 2006r. poszerzenie układu kielichowo – miedniczkowego świadczyło o rozpoczynającym się wodonerczu.

Przy wykonaniu zaplanowanych w dniu 26.10.2006r. badań po ok. 3 tygodniach (USG i ewentualnie urografii), istniała możliwość stwierdzenia narastania wodonercza i przy zachowanej funkcji nerki, istniała duża szansa uratowania narządu. Prawdopodobnie nie istniały w tym czasie jeszcze nieodwracalne zmiany w nerce.

Nie zgłoszenie się powoda na kontrolną wizytę po 3 tygodniach od wizyty w dniu 26.10.2006r. mogło mieć istotny niekorzystny wpływ na przebieg choroby, gdyż opóźniło diagnostykę, a w konsekwencji opóźniło leczenie. Istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy ww. opóźnieniem diagnostyki i leczenia zastój w moczu w nerce, a późniejszym skutkiem w postaci niewydolności nerki i koniecznością jej usunięcia.

W marcu 2007r., w związku z wizytami powoda w PoradniC., nie przeprowadzono u powoda diagnostyki związanej ze stwierdzonym w październiku 2006r. badaniem USG zastojem w prawym układzie kielichowo- miedniczkowym. Zgodnie ze sztuką lekarską, w marcu 2007r. lekarz winien zlecić badanie kontrolne (USG) celem potwierdzenia zastój w moczu. W czasie hospitalizacji powoda – przed planowanym zabiegiem wycięcia gruczołu krokowego w kwietniu 2007r. – należało rutynowo przeprowadzić badanie USG układu moczowego. Badania takiego nie przeprowadzono, co należy traktować jako błąd medyczny.

Obecnie nie można stwierdzić na jakim etapie rozwoju była u powoda choroba prawej nerki w marcu – kwietniu 2007r. z uwagi na brak odpowiedniej dokumentacji medycznej. Istnieje jednak możliwość, że już wówczas funkcja nerki mogła być utracona.

Dowód: opinia instytutu naukowo-badawczego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) w Ł. (k. 307-314v) uzupełniająca opinia Instytutu z dnia 31.10.2014r. (k. 515-518), wyjaśnienia złożone przez reprezentantów Instytutu prof. S. S., dr. W. C. oraz dr. M. K. (k. 390-392), uzupełniające opinie Instytutu z dnia 31.10.2014r. (k. 515-518) oraz z dnia 1.07.2015r. (k. 619-621).

Pozwany Szpital Wojewódzki w P. przy ul. (...) jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. W czasie, kiedy powód był hospitalizowany w pozwanym szpitalu, szpital miał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za powstałe szkody związane z udzielaniem i świadczeń zdrowotnych z (...)S.A., potwierdzoną polisami: Nr (...) za okres od 1.01.2006 r. do 31.12.2006 r., Nr (...) za okres od 1.01.2007 do 31.12.2007 r.

Dowód: odpis z KRS pozwanego (k. 37-39v), kopia polisy Nr (...) wraz z załącznikami (k. 40-46), kopia polisy Nr (...) (k. 47-52), ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, przedstawicieli innych zawodów medycznych oraz zakładów opieki zdrowotnej (k. 167-171).

Powód przesądowym wezwaniem do zapłaty z dnia 6 października 2009 r. wezwał pozwany szpital do zapłaty kwoty 350.000 zł tytułem poniesionych kosztów leczenia

w związku z wywołaniem rozstroju zdrowia i uszkodzeniem ciała, w tym kosztów pobytu w zakładach leczniczych i rehabilitacyjnych w P. oraz tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Otrzymane wezwanie wraz z protokołem szkody pozwany szpital przekazał do (...)S.A. W zgłoszeniu szkody szpital wskazał, że utrata prawej nerki u powoda nie ma związku z wykonanym zabiegiem operacyjnym w dniu 26 sierpnia 2006 r., a szpital nie dopuścił się nieprawidłowości w postępowaniu medycznym. (...) S.A. C. (...) Zespół (...)

z (...)w Ł. pismem z dnia 13 listopada 2009 r. poinformowało dyrektora pozwanego szpitala oraz powoda o braku podstaw do przyjęcia odpowiedzialności przez (...) S.A. i wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia OC pozwanego, wskazując, że o przedmiotowej sprawie (...) S.A został powiadomiony w dniu 26 października 2009 r., a więc po upływie 3-letniego okresu z art. 819 § 1 k.c., zatem roszczenie powoda uległo przedawnieniu.

Dowód: wezwanie do zapłaty z dnia 6 października 2009 r., protokół zgłoszenia szkody, pismo (...) S.A. z dnia 13 listopada 2009 r. (w aktach szkody (...) S.A. nr (...)).

W okresie od lipca 2007 roku do lipca 2008 roku powód uczęszczał w ramach NFZ oraz prywatnie na wizyty do lekarzy urologa i nefrologa – około trzech razy w miesiącu. Wizyta prywatna u lekarza urologa kosztowała powoda ok. 200 zł. Nadto powód dojeżdżał na wizyty z miejsca zamieszkania, tj. z M. do P..

Obecnie powód pobiera 854 zł tytułem renty i poza nią nie ma żadnych innych dochodów. Powoda wspomaga również syn. Przed operacjami powód prowadził działalność gospodarczą z tytułu której zarabiał ok. 1 200 – 1 300 zł miesięcznie. Obecnie na miesięczne koszty utrzymania powoda składają się: rachunki za prąd – 150 zł, rachunki za wodę – 100 zł, podatek od nieruchomości – 50 zł, pampersy – 80/100 zł.

Dowód: przesłuchanie powoda J. B. (2) (k. 870 – 871), decyzja Z. (...)z dnia 15 marca 2017 roku (k. 869)

**Powyższy stan faktyczny**, Sąd ustalił na podstawie dokumentów zebranych w aktach niniejszej sprawy a także aktach sprawy do sygn. akt: XVIII C (...), a w szczególności załączniku - aktach szkody (...) S.A. nr (...), dokumentacji medycznej powoda na okoliczność jego pobytu w pozwanym szpitalu oraz jego sytuacji zdrowotnej, a także częściowo na podstawie zeznań świadków oraz opinii instytutu naukowo-badawczego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) w Ł., uzupełniającej opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) w Ł. i częściowo zeznań powoda.

Autentyczność oraz treść dokumentów nie była między stronami sporna, a Sąd nie dopatrywał się podstaw, by wątpliwości takie powziąć z urzędu. Nie zmieniał oceny sądu fakt, że część dokumentów została przedstawiona Sądowi jedynie w postaci kserokopii: strony nie kwestionowały wzajemnie zgodności przedłożonych kserokopii z oryginałami dokumentów, wobec czego Sąd uznał kserokopie za wiarygodne dowody pośrednie, wskazujące na istnienie i treść dowodów właściwych.

Opinie sądowe Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...)

w Ł. (opinia z dnia 5.06.2013 r. i opinie uzupełniające z dnia 31.10.2014r. oraz 1.07.2015r.) sporządzone przez zespół biegłych w osobach: prof. zw. dr hab. n. med. S. S. - p.o. kierownika Zakładu Orzecznictwa Sądowo-Lekarskiego i Ubezpieczeniowego Katedry Medycyny Sądowej, dr n. med. W. C. - specjalistę urologa z Kliniki (...) w Ł. oraz dr n. med. M. K. - starszego wykładowcę z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej, w ocenie Sądu, zostały sporządzone stosownie do zakresu poddanego ocenie, są kompletne, nie zawierają błędów i luk, należycie prezentują podstawy wydania opinii, tok rozumowania biegłych i uzasadnienie ich wniosków. Wnioski opinii, stanowiące wymagającą wiedzy specjalnej ocenę okoliczności faktycznych, Sąd uznał zatem za podstawę do dokonania ustaleń w zakresie okoliczności spornych, w szczególności: czy podczas wykonanego w sierpniu 2006 r. - w pozwanym szpitalu - zabiegu zszycia pęcherza moczowego u powoda doszło do uszkodzenia moczowodu oraz czy zabieg ten przeprowadzony został u powoda zgodnie ze sztuką lekarską?; czy późniejsze usunięcie nerki było konsekwencją uszkodzenia moczowodu podczas zabiegu? czy w czasie opieki pooperacyjnej w Szpitalu i (...) w P. ul. (...), w której powód leczył się po zabiegu, doszło do zaniedbań w leczeniu, czy zostały zlecone powodowi wszystkie niezbędne badania diagnostyczne przy zgłaszanych przez niego dolegliwościach? czy istniała możliwość uratowania nerki i czy o możliwości uratowania nerki może świadczyć stan nerki wynikający z badania usg z 16 lutego 2006 r.?

W przekonaniu Sądu, wydane w sprawie opinie główna oraz opinie uzupełniające, w sposób fachowy wyjaśniają wszystkie istotne dla sprawy kwestie sporne i pozwalają na rozstrzygnięcie sprawy. Opinie instytutu nie były wprawdzie kategoryczne, posługują się pojęciem prawdopodobieństwa pewnych zdarzeń, ale w procesach lekarskich, nie sposób nakładać obowiązku wypowiedzania się ze stuprocentową pewnością co do faktów związanych z diagnostyką, możliwym leczeniem i ich skutkami.

Odnosnie zeznań świadka P. N., to Sąd uznał je za przydatne jedynie częściowo, a mianowicie w zakresie w jakim dotyczyły faktów (leczenia powoda), a nie przyczyn powstałego u powoda wodonercza i jego skutków, gdyż w tym względzie właściwym dowodem była opinia biegłych (instytutu). Sąd uznał za wiarygodne zeznania świadka B. B., albowiem odnosiły się one wyłącznie do faktu leczenia powoda. Jako w istocie nieprzydatne dla sprawy Sąd uznał zeznania świadków D. G. i M. S., albowiem nie pamiętali oni zasadniczo faktów dotyczących leczenia powoda.

Jeśli chodzi o zeznania powoda, to Sąd nie kwestionował ich treści odnośnie przebiegu jego leczenia i to w zakresie w jakim zeznania te były zgodne z przedłożoną dokumentacją medyczną i opiniami biegłych, jak i co do okoliczności związanych z jego aktualną sytuacją życiową. Natomiast zeznania J. B. (1) nie stanowiły podstawy do dokonania ustaleń odnośnie tego czy leczenie w pozwanym szpitalu – operacyjne, a później w poradni przyszpitalnej było zgodne ze sztuką medyczną, gdyż właściwym dowodem w tym zakresie była opinia instytutu.

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

W pierwszej kolejności należy wskazać, że niniejszy Sąd przy ponownym rozpoznaniu sprawy, stosownie do treści art. 386 § 6 k.p.c. związany był oceną prawną i wskazaniem co do dalszego postępowania wyrażonymi w uzasadnieniu wyroku Sądu Apelacyjnego w P. z dnia 17 listopada 2016 roku sygn. akt: I ACa (...). Sąd Apelacyjny uznał bowiem, że w świetle aktualnej wiedzy medycznej powód wykazał z wystarczającym prawdopodobieństwem, że postępowanie lekarzy pozwanego szpitala pozostawało w związku przyczynowym z pogorszeniem jego stanu zdrowia. Wobec niemożliwości ustalenia stopnia prawdopodobieństwa wyleczenia powoda w listopadzie 2006 r. i wiosną 2007 r. Sąd Apelacyjny uznał, że

w równym stopniu do niewykrycia u powoda wodonercza w czasie pozwalającym na leczenie i uniknięcie amputacji nerki przyczyniły się zaniechania powoda

i badających go w marcu i kwietniu 2007 r. lekarzy. Tym samym zawinione zaniechania lekarzy, za których pozwany odpowiada na podstawie art. 430 k.c., pozostają w adekwatnym związku przyczynowym z doznaną przez powoda szkodą – utratą nerki i konsekwencjami tego stanu. Powód natomiast, nie przystępując do badań kontrolnych, przyczynił się do tej szkody w 50% (art. 362 k.c.). Jednocześnie Sąd Apelacyjny uznał, że podnoszony przez pozwanych zarzut przedawnienia okazał się zupełnie nieskuteczny.

Z uwagi na ustalenia Sądu Apelacyjnego w P., tutejszy Sąd nie zajmował się badaniem związku przyczynowego pomiędzy stwierdzonym błędem medycznym, a utratą przez powoda nerki, a także kwestiami odpowiedzialności szpitala za krzywdy i szkody powoda wynikające z potrzeby usunięcia nerki. Zadaniem Sądu w niniejszej sprawie było natomiast ustalenie należnych powodowi świadczeń od każdego z pozwanych.

### ***Roszczenie o zadośćuczynienie***

Zgodnie z dyspozycją art. 445 §1 k.c., w wypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Podnosi się przy tym, że zadośćuczynienie ma walor kompensacyjny, chociaż krzywda określana też jako szkoda niemajątkowa, polegająca na cierpieniach fizycznych i psychicznych, ma charakter niewymierny i nie może być w pełni pokryta świadczeniem pieniężnym. Dlatego do kompetencji Sądu należy przyznanie pokrzywdzonemu odpowiedniej sumy, która złagodzi ujemne doznania i uczucia związane

z wyrządzoną szkodą. Określenie wysokości tej sumy powinno następować przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności występujących w indywidualnym przypadku, w związku z konkretną osobą poszkodowanego i sytuacją życiową w jakiej się znalazł (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 roku, sygn. akt I CSK 384/07 Lex nr 351186, z dnia 22 czerwca 2005 roku, sygn. akt III CK 392/04 Lex nr 177203, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 maja 2008 roku, sygn. akt II CSK 78/08 LEX nr 420389).

Sąd miał na uwadze również fakt, że o tym czy jakkolwiek szkoda niemajątkowa miała w ogóle miejsce, lub o jej rozmiarze, nie decyduje subiektywne odczucie osoby zainteresowanej, ale obiektywna ocena konkretnych okoliczności. Aktualnie w judykaturze

i doktrynie prawa odchodzi się, bowiem od dawniej zajmowanego stanowiska, że o fakcie naruszenia dobra osobistego decydują oceny indywidualne (por. A. Szpunar „Zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową” Oficyna Wydawnicza „Branta”, Bydgoszcz 1999, str. 107, a także Z. Radwański, S. Rudnicki „Komentarz do kodeksu cywilnego. Część ogólna”, Wyd. Praw. W-wa 1998, str. 66, teza 9).

Swoboda sądu przy ustalaniu sumy zadośćuczynienia – większa niż przy odszkodowaniu sensu stricto – musi opierać się na sprawdzalnych, obiektywnych kryteriach, do których zalicza się w judykaturze rodzaj, intensywność, czas trwania cierpień, rokowania co do stanu poszkodowanego na przyszłość, trwałość następstw urazu skutkujących cierpieniami, nieodwracalność następstw uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia (kalectwo, oszpecenie), rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej oraz inne czynniki podobnej natury, wiek, płeć, dotychczasowe perspektywy życiowe, poczucie bezradności, zmiany w stosunkach rodzinnych i towarzyskich (por. uchwała pełnego składu Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973 roku, sygn. akt III CZP 37/ 73 OSNCP 1974/9/145, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 2006 roku, sygn. akt IV CSK 80/05 OSNC 2006/10/177, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 2007 roku, sygn. akt V CSK 245/07, LEX 369691, A.Szpunar op.cit. str. 194-195). Judykatura konsekwentnie przestrzega zarazem zasady, że zadośćuczynienie nie może być symboliczne, ale nie może też prowadzić do bogacenia się poszkodowanego ( vide orzecznictwo przywołane w przypisie nr 108 na str. 78 w J.Panowicz-Lipska „Majątkowa ochrona dóbr osobistych” Wyd.Praw. W-wa 1975, analogicznie SO w Lublinie w wyroku z dnia 19.12.2002 r. w sprawie II Ca 617/02).

Suma pieniężna przyznawana tytułem zadośćuczynienia, mająca odpowiadać rozmiarowi krzywdy ustalonemu w opisany powyżej sposób, nie usuwa de facto szkody niemajątkowej. W doktrynie prawa cywilnego podkreśla się, że

zadośćuczynienie ma charakter kompensacyjny, a nie karny i winno dostarczać poszkodowanemu realnej wartości ekonomicznej tak, by poszkodowany „mógł za jej pomocą zatrzeć, lub co najmniej złagodzić odczucie krzywdy i odzyskać równowagę psychiczną”, przy jednoczesnym utrzymaniu w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (por. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 24 lutego 2012 roku, sygn. akt I ACa 84/12, LEX 1124827, tak też uchwała pełnego składu Izby Cywilnej SN z 08.12.1973 III CZP 37/73 OSNC 1974. p.145; identycznie A.Szpunar op.cit. str. 181, 183-185).

Sumując, jednorazowe zadośćuczynienie pieniężne powinno stanowić rekompensatę za całą doznaną krzywdę i być utrzymane w rozsądnych granicach.

Dodatkowo, w judykaturze i doktrynie podkreśla się, że przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia, które ze swej istoty ma jednorazowo rekompensować całą krzywdę (a więc również skutki przyszłe), ustalone trwałe skutki zdarzenia powinny być szczególnie wnikliwie uwzględniane tak, by te „przyszłe” elementy krzywdy zostały „z góry” zrekompensowane

w przyznanym już zadośćuczynieniu (por. wyrok S.Apel. w Lublinie z dnia 29.05.2007 r.

I ACa 270/07 oraz G. Bieniek w: „Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania”, Wyd. Praw. W-wa 1996, Tom I, str. 368). W niniejszym procesie bezspornym jest – ze względu na rodzaj uszczerbku na zdrowiu powoda, że w aspekcie medycznym i psychologicznym takie „trwałe” skutki występują.

Wskazane zasady wyrokowania w sprawach o zasądzenie zadośćuczynienia znalazły potwierdzenie w najnowszej judykaturze ( por. wyrok SN z 09.11.2007 r. V CSK 245/07 OSNC-ZD 2008/D/95).

Ustalając, zatem obecnie wysokość zadośćuczynienia Sąd musiał określić je na poziomie, który pozwoliłby u powoda „zatrzeć, lub co najmniej złagodzić odczucie krzywdy i odzyskać równowagę psychiczną” nie tylko wobec odczuwanych dotychczas cierpień fizycznych (w tym bólowych) i psychicznych lecz wywołałby „z góry” analogiczny efekt, w odniesieniu do ustalonych jednoznacznie w sprawie skutków w sferze aktywności życiowej i społecznej mających dotyczyć powoda. W ocenie Sądu, już tylko ten element oceny rozmiaru krzywdy nakazywał przyjąć, że zadośćuczynienie w kwocie 75.000,- zł (przy uwzględnieniu 50% przyczynienia się powoda) nie jest rażąco wygórowane, w realiach niniejszej sprawy.

W niniejszej sprawie Sąd miał na uwadze także wiek powoda oraz jego widoki na przyszłość. W świetle całokształtu poczynionych w sprawie ustaleń faktycznych nie może ulegać wątpliwości, że rozmiar krzywdy, jakiej doznał powód jest znaczny. Powód doznał uszczerbku na zdrowiu w wysokości 35%, a usunięcie jednej nerki jest niewątpliwie dużą traumą dla organizmu. Nie sposób bowiem w chwili obecnej przewidzieć jak będzie funkcjonowała druga nerka powoda. Ewentualne zaburzenia jej działania będą miały bardzo niekorzystne skutki dla powoda, każda bowiem choroba o charakterze urologicznym może doprowadzić do zagrożenia jego życia. Nie bez znaczenia dla oceny cierpienia powoda jest fakt również prawie dwuletniego okresu leczenia i rehabilitacji oraz doznanego w tym czasie bólu związanego chociażby z koniecznością usunięcia niesprawnej nerki.

Jednocześnie Sąd podkreśla, że zabieg usunięcia nerki nie zniweczył całkowicie możliwości powrotu powoda do inaczej wykonywanej i zaplanowanej aktywności społecznej i rodzinnej. Zabieg nie wywołał zatem obiektywnie poczucia całkowitej nieprzydatności społecznej i zależności finansowej od innych osób, z tej przyczyny.

Sąd ubocznie wyjaśnia, iż odpowiedzialność obu pozwanych ma charakter in solidum, a więc ponoszą oni odpowiedzialność za jedną szkodę na podstawie dwóch odrębnych reżimów odpowiedzialności - z kontraktu (pozwany ubezpieczyciel szpitala) oraz z czynu niedozwolonego (szpital), przy czym spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia w takim zakresie z obowiązku świadczenia drugiego z nich. Warunkiem tak skonstruowanej odpowiedzialności jest możliwość przyjęcia, iż w odniesieniu do każdego z pozwanych zachodzą wszystkie przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej dla właściwego wobec nich reżimu odpowiedzialności odszkodowawczej (odpowiednio, przesłanki odpowiedzialności kontraktowej wobec pozwanego

ubezpieczyciela oraz przesłanki odpowiedzialności deliktowej wobec pozwanego szpitala). Innymi słowy, każdy z tych pozwanych ma własny dług wynikający z zobowiązania obejmującego obowiązek spełnienia świadczenia odszkodowawczego w całości. Zachowania - analizowane oddzielnie - muszą uzasadniać przyjęcie odpowiedzialności odszkodowawczej każdego z nich za całą szkodę na podstawie właściwego reżimu prawnego dla oceny tej odpowiedzialności. Do powstania tego rodzaju odpowiedzialności zachodzi zazwyczaj wówczas, gdy zachowania każdego

z pozwanych w pewnym, niemożliwym do ustalenia, stopniu złożyły się na jedną, niepodzielną, szkodę. Ma to również odbicie w przyjmowanej konstrukcji adekwatnego związku przyczynowego (art. 361 § 1 k.c.), jeżeli szkoda jest następstwem wielu przyczyn,

w tym takich, które tylko stworzyły warunki do powstania innych zdarzeń, z których dopiero ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody. Nie wyklucza to przyjęcia istnienia adekwatnego związku przyczynowego (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 18 czerwca 2010 r., V CSK 408/09, OSNC-ZD 2011, Nr 1, poz. 11, z dnia 17 lutego 2011 r., III CSK 136/10, Lex nr 1102862, z dnia 6 kwietnia 2011 r., I CSK 459/10, Lex nr 821062).

W tych warunkach, biorąc pod uwagę całokształt następstw zdarzenia, ich trwałość, perspektywy życiowe powoda, jego wiek, stopień poradzenia sobie z nową sytuacją życiową Sąd uznał, że odpowiednią do rozmiaru krzywdy powoda kwotą zadośćuczynienia, kompensującą z góry również przyszłe cierpienia, jest 75.000 złotych (przy uwzględnieniu 50% przyczynienia się powoda) i taką kwotę zasądził in solidum od pozwanych Szpitala Wojewódzkiego w P. i (...)S.A. z siedzibą w W., o czym orzekł w punkcie I sentencji wyroku.

Odsetki od kwoty zadośćuczynienia zasądzone zostały od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty, zgodnie z żądaniem, na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c.

### ***Roszczenie o odszkodowanie w zakresie kosztów leczenia***

Zgodnie z przepisem art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty, a na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia. Odszkodowanie z art. 444 § 1 k.c. obejmuje wszelkie koszty wyniki z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, stanowi sposób naprawienia szkód majątkowych (np. poniesionych przez poszkodowanego kosztów leczenia, rehabilitacji, zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, dostosowania mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej, wydatków związanych z różnymi rodzajami terapii, w tym terapii psychologicznej, wyjazdami sanatoryjnymi, zakupem lekarstw itd. ). Z przepisu art. 444 § 1 k.c. wynika, że obowiązek zwrotu dotyczy wydatków rzeczywiście poniesionych i nie wystarczy wykazanie, że były one obiektywnie potrzebne. Nadto orzecznictwo przyjmuje, że należy się tylko zwrot wydatków celowych. Wreszcie, zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć sumę potrzebną na koszty leczenia, gdy żąda tego poszkodowany, choćby tych kosztów jeszcze nie poniósł.

W realiach niniejszej sprawy powód nie posiadał żadnych rachunków oraz faktur potwierdzających koszty leczenia. Jednak Sąd w oparciu przede wszystkim o zasady doświadczenia życiowego i zawodowego, a także w oparciu o zeznania powoda uznał, że kwota 7 000,00 zł, uwzględniająca 50% przyczynienia się powoda, nie jest kwotą nadmiernie wygórowaną. Powód wskazywał, że w okresie od lipca 2007 roku do lipca 2008 roku co najmniej trzy razy w miesiącu udawał się do P. na prywatne konsultacje lekarskie do lekarza urologa, przy czym koszt jednej konsultacji to kwota 200 zł. Nadto powód trzy razy był na konsultacji u lekarza nefrologa – koszt jednej wizyty to kwota ok. 150 – 200 zł. Nadto powód dojeżdżał na konsultacje z M. samochodem bądź autobusem. Ponościł więc również wydatki w tym zakresie. Jednocześnie Sąd wskazuje, że mimo iż powód korzystał w tym czasie z usług publicznej służby zdrowia, to jednak nie można odmówić mu możliwości konsultowania swojego przypadku z innymi specjalistami.

Tym samym Sąd w punkcie II sentencji wyroku zasądził od pozwanych na rzecz powoda in solidum kwotę 7 000,00 zł (przy uwzględnieniu 50% przyczynienia się powoda) tytułem poniesionych przez powoda kosztów leczenia. O odsetkach od zasądanego roszczenia Sąd orzekł również zgodnie z żądaniem pozwu, na podstawie art. 481 k.c.

### **Roszczenie o zasądzenie renty z tytułu zwiększonych potrzeb**

Zgodnie z przepisem art. 444 § 2 k.c. renta należy się poszkodowanemu m.in. z tytułu zwiększonych potrzeb, polegających na zapewnieniu opieki, pokryciu kosztów przejazdu, stałych kosztów leczenia, lepszego odżywiania itp. Należy się ona bez względu na to, czy rzeczywiście poszkodowany ponosi wydatki na wspomniane cele, ponieważ wystarczy ustalenie tych potrzeb jako następstwo czynu niedozwolonego. Dlatego też nie można uzależniać zasądzenia renty od wykazania, że poszkodowany te potrzeby faktycznie zaspokaja i ponosi związane z tym wydatki (wyrok SN z 11 marca 1976 roku, OSNCP 1977 nr 1 z glosą J. Rezlera opublikowaną w NP 1978 rok nr 6 s. 964).

Do przyznania na podstawie art. 444 § 2 k.c. renty z tytułu zwiększenia potrzeb wymagane jest jednak wskazanie i udowodnienie zwiększonych potrzeb.

W pozwie wniesionym w dniu 6 października 2009 roku powód wskazywał, że na skutek rozstroju zdrowia i trwałego uszkodzenia ciała w postaci utraty prawej nerki zwiększyły się jego potrzeby w zakresie opieki lekarskiej. Istnieje ciągła potrzeba kontroli stanu jego zdrowia, powód musi opłacić usługi medyczne, a także zakupić leki. W piśmie tym powód wniósł o dożywotnią rentę w wysokości 500 zł miesięcznie, jednak na rozprawie w dniu 30 maja 2017 roku zmienił stanowisko i wniósł o skapitalizowaną rentę w wysokości 500 zł miesięcznie przez okres pięciu lat.

W ocenie Sądu stanowisko powoda nie znajduje odzwierciedlenia w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym. Zgodnie bowiem z uzupełniającą opinią Instytutu z dnia 31.10.2014 r. w przypadku utraty jednej nerki, przy istniejącej drugiej prawidłowo funkcjonującej, rokowania co do stanu zdrowia są dobre. Przy zachowanych prawidłowych parametrach nerkowych nie stosuje się żadnego leczenia farmakologicznego. Opieka polega na okresowej kontroli (co kilka miesięcy) i okresowym wykonywaniu rutynowych badań diagnostycznych – USG układu moczowego, badania ogólnego moczu, badania poziomu mocznika, kreatyniny i poziomu jonów w surowicy krwi. Badania te są natomiast wykonywane w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i pacjent nie ponosi kosztów ich wykonywania. Powód tym samym nie wskazał zatem i nie udowodnił zwiększonych potrzeb, nie wskazał też w jakim zakresie koszty nie mogą być zrefundowane ze środków NFZ. Tym samym roszczenie powoda o zasądzenie renty podlegało oddaleniu, o czym Sąd orzekł

w punkcie III sentencji wyroku.

Na rozprawie w dniu 30 maja 2017 roku powód zmodyfikował swoje stanowisko i wniósł o zadośćuczynienie w kwocie 75 000,00 zł wraz z odsetkami ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty (uwzględniając przyczynienie), skapitalizowaną rentę w kwocie 500 zł miesięcznie przez okres pięciu lat oraz kwotę 7 000,00 zł wraz

z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem kosztów leczenia (uwzględniając przyczynienie). Sąd uznał, iż w pozostałym zakresie powód cofnął powództwo, a pozwani wyrazili na powyższe cofnięcie zgodę. Dlatego też, wobec cofnięcia – w części – pozwu ze skutkiem prawnym, na rozprawie w dniu 30 maja 2017 roku - na podstawie art. 355 § 1 k.p.c. należało umorzyć postępowanie w części, której dotyczyło powyższe ograniczenie,

o czym Sąd orzekł w punkcie IV sentencji wyroku.

O kosztach postępowania sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c.

Przy uwzględnieniu wszystkich roszczeń dochodzonych w sprawie stwierdzić należy, że powód domagał się w niniejszym postępowaniu kwoty 330 000,00 zł tytułem zadośćuczynienia, kwoty 14 000,00 zł tytułem odszkodowania za koszty leczenia oraz dożywotniej renty w wysokości 500 zł miesięcznie, płatnej z góry do 10 – go dnia każdego miesiąca wraz z odsetkami w razie zwłoki. Łączna wartość przedmiotu sporu wynosiła więc 350 000,00 zł. Następnie powód ograniczył powództwo do kwoty 75 000,00 zł tytułem zadośćuczynienia, 7 000,00 zł tytułem kosztów leczenia oraz wniósł o skapitalizowaną rentę w wysokości 500 zł miesięcznie przez okres 5 lat, tj. 30 000,00 zł, a w pozostałym zakresie cofnął powództwo. Sąd podkreśla, iż w przypadku częściowego cofnięcia powództwa w toku postępowania, powoda należy traktować w tym zakresie jako przegrywającego w sprawie.

W wyroku Sąd zasądził na rzecz powoda łączną kwotę 82 000,00 zł, co oznacza, że powód utrzymał się ze swoimi roszczeniami w 23 % i w takiej samej proporcji należało rozstrzygnąć o obowiązku poniesienia kosztów procesu i kosztów sądowych.

Wskazać należy, iż stosownie do treści § 4 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz.U. Nr 163, poz. 1349) oraz treści § 4 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz.U. Nr 163, poz. 1348) w razie zmiany w toku postępowania wartości stanowiącej podstawę obliczenia opłat, bierze się pod uwagę wartość zmienioną, poczynając od następnej instancji.

Pozwany Szpital oraz pozwany ubezpieczyciel ponieśli koszty wynagrodzenia pełnomocników w I instancji w kwocie 7217 zł każdy (§ 6 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu), natomiast w II instancji w kwocie 5400 zł każdy (§ 12 ust. 1 pkt 2 w zw. z § 6 pkt 7 w/w Rozporządzenia). Powód poniósł natomiast koszty wynagrodzenia pełnomocnika w I instancji w kwocie 7217 zł (§ 6 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu), natomiast w II instancji w kwocie 5400 zł (§ 12 ust. 1 pkt 2 w zw. z § 6 pkt 7 w/w Rozporządzenia).

Sumując powyższe, za celowe koszty powoda i pozwanych poniesione dla dochodzenia praw w niniejszej sprawie, należało przyjąć sumę łączną 12 617,00 zł dla każdego z podmiotów.

Łączne, celowe i niezbędne koszty procesu stron wyniosły, zatem 37 851,00 zł i powoda obciążał obowiązek poniesienia tych kosztów w 77 %, tj. sumy 29 145,27 zł, natomiast pozwanych obciążał obowiązek poniesienia 23% tej sumy, czyli kwoty 8 705,73 zł. Oznaczało to konieczność zasądzenia od powoda na rzecz pozwanych kwoty łącznej 16 528,27 zł, tj. na rzecz każdego z pozwanych kwoty 8 264,14 zł (punkt V lit. a i b sentencji wyroku).

W niniejszej sprawie powód zwolniony był od uiszczenia opłaty sądowej od pozwu w kwocie 17 500 zł (350 000 zł x 5%), opłaty sądowej od apelacji w kwocie 17 500 zł (350 000 zł x 5 %) oraz zaliczki na przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych. Koszty opinii biegłych oraz stawiennictwa biegłych na rozprawach wyniosły łącznie 10 287,20 zł. Kosztami tymi stosownie do wyników procesu oraz stosownie do treści art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych z dnia z dnia 28 lipca 2005 r. (Dz.U. Nr 167, poz. 1398) Sąd postanowił obciążyć pozwanych solidarnie i z tego tytułu nakazać ściągnąć od pozwanych na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Poznaniu solidarnie kwotę 10 416,06 zł ((17 500 zł + 17 500 zł + 10 287,20 zł) x 23 %), o czym orzekł w punkcie V lit. c sentencji wyroku.

W pozostałym zakresie nieuiszczone koszty sądowe Sąd przejął na rachunek Skarbu Państwa (punkt V d sentencji wyroku).

SSO Izabela Korpik