

Sygn. I C 281/11

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 czerwca 2015 r.

Sąd Okręgowy w Słupsku I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Maria Cichoń
Protokolant:	st. sekr. sądowy Beata Cichosz

po rozpoznaniu w dniu 30 czerwca 2015 r. w Słupsku

na rozprawie

sprawy z powództwa D. K.

przeciwko (...) Sp. z o.o. w (...) S.A. w W.

o zapłatę

1. oddała powództwo;
2. odstępuje od obciążania powódki kosztami procesu.

Na oryginale właściwy podpis

I C 281/11

UZASADNIENIE

Powódka D. K. w pozwie z dnia 26 października 2011 r. skierowanym przeciwko (...) Sp. z o.o. w R. i Towarzystwu (...) S.A. w W. wniosła o zasądzenie od pozwanych in solidum na swoją rzecz kwoty 302.335,12 zł wraz z odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz zwrotu kosztów procesu.

Powyższej kwoty powódka domagała się od pozwanych tytułem wyrównania szkody, jakiej doznała wskutek nieprawidłowego wykonania – bez należytej staranności – zabiegu medycznego osteotomii szczęki i żuchwy, który został przeprowadzony w placówce medycznej prowadzonej przez pozwanego ad. 1 w dniu 28 października 2008 r. Konsekwencją nieprawidłowego wykonania tegoż zabiegu był brak zrostu tkanki kostnej szczęki. Zdaniem powódki przypuszczalną przyczyną braku zrostu tkanki kostnej szczęki było niewłaściwe ustawienie kości (zbyt odległe) bądź niewłaściwa stabilizacja elementów kości.

Wskutek nienależytego wykonania zabiegu z dnia 28 października 2008 r. powódka zmuszona była poddać się kolejnym trzem zabiegom operacyjnym na przestrzeni 3 lat.

Na kwotę dochodzoną pozwem składały się następujące sumy: kwota 31.325,12 zł tytułem zwrotu wynagrodzenia, które powódka zapłaciła za zabieg, tj. 24.000 zł plus koszty kredytu – odsetki w kwocie 7.325,12 zł – który

powódka zaciągnęła w banku na wykonanie zabiegu, kwota 250.000 zł tytułem zadośćuczynienia, kwota 21.010 zł tytułem wydatków, które powódka poniosła wskutek uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia w postaci kosztów leków, badań lekarskich, usług lekarzy ortodontów, kosztów dojazdów do lekarzy i noclegów oraz koszt zakupu aparatów ortodontycznych.

Pozwany (...) Sp. z o.o. w R. w odpowiedzi na pozew (k. 70 i następne) wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powódki na rzecz pozwanej zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu swojego stanowiska pozwana zaprzeczyła, by dopuściła się błędu w sztuce lekarskiej skutkującego uszkodzeniami i rozstrojem zdrowia u powódki opisanymi przez nią w pozwie.

Pozwany Towarzystwo (...) S.A. w W. w odpowiedzi na pozew (k. 42 i następne) wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu według złożonego spisu kosztów.

Pozwany ad. 2 przyznał, iż w okresie objętym pozwem pozwana placówka medyczna (pozwany ad. 1) miała wykupione u niego ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej placówek świadczących usługi medyczne w okresie od 1 października 2008 r. do 30 września 2010 r. – z tym, iż z uwagi na wysokość sumy gwarancyjnej jego ewentualna odpowiedzialność za wykonany u powódki zabieg ogranicza się do kwoty 167.283,63 zł.

Pozwany podkreślił, że wskazanie jego górnej granicy odpowiedzialności nie jest równoznaczne z uznaniem powództwa do tej kwoty.

Pozwany dalej podniósł, że podniesione przez powódkę w pozwie okoliczności braku zrostu kości, jak i wystąpienie u powódki destabilizacji materiału zespalającego nie świadczą o wykonaniu tego zabiegu w dniu 28 października 2008 r. bez zachowania należytej staranności. Pozwany w szczególności podkreślił, iż pozwany ad. 1 zobowiązał się jedynie przeprowadzić zabieg osteotomii szczęki i żuchwy we wskazanym terminie, przy zachowaniu najwyższej staranności, standardów i procedur medycznych oraz z zachowaniem dbałości o minimalizację ryzyka wystąpienia powikłań.

Sąd ustalił:

U powódki D. K. w 2005 r. rozpoznano wrodzoną wadę kostną zgryzu: P..

Leczenie ortodontyczne tej wady zostało przeprowadzone u powódki w G. – poprzedzało ono leczenie operacyjne, któremu powódka zdecydowała się poddać w W. u dr J..

fakty podane przez powódkę podczas informacyjnego wysłuchania na rozprawie w dniu 10 lipca 2012 r. – k. 123verte i 124 akt; karta ortodontyczna złożona na k. 157.

Powódka D. K. na konsultację chirurgiczno-ortodontyczną do (...) sp. z o.o. w R. zgłosiła się po raz pierwszy w dniu 17 czerwca 2008 r. W tym czasie leczyła się ortodontycznie w miejscu zamieszkania. U powódki rozpoznano szkieletową wadę zgryzu – skośna linia zgryzu, laterogienia (uśmiech dziąsłowy), progenia. Zaplanowano zabieg chirurgiczny osteotomii szczęki i żuchwy w Centrum Medycznym (...) w W. na dzień 28 października 2008 r. Wydano skierowanie na autotransfuzję, badania, konsultacje anestezyjologiczne i psychologiczne. Modele własne, RTG w karcie, szczepienia przeciw żółtaczce typu B aktualne.

dowód: karta pacjenta złożona w kopercie na k. 144 wraz z dokumentacją medyczną złożoną przez pozwanego ad.1.

W dniu 17 września 2008 r. powódka D. K. zawarła umowę z prywatną placówką medyczną (...) sp. z o.o. z siedzibą w R. na wykonanie zabiegu osteotomii szczęki i żuchwy.

Zabieg ten miał zostać wykonany w dniu 28 października 2008 r. w Centrum Medycznym (...) w W.. Całkowity koszt zabiegu to kwota 18.500 zł. (...) placówka medyczna (...) Sp. z o.o. w R. zobowiązała się w umowie do przeprowadzenia

zabiegu w odpowiednich warunkach do przeprowadzenia w/w zabiegu i przy zachowaniu najwyższej staranności oraz zachowaniu standardów i procedur medycznych, dbałości o minimalizowanie ryzyka wystąpienia powikłań.

dowód: umowa z dnia 12 września 2008 r. – k. 13 akt.

Wraz z wyżej wymienioną umową oraz bezpośrednio przed operacją powódka podpisała oświadczenie pacjenta, z którego wynika, iż została zapoznana z opisem leczenia operacyjnego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnym i zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia oraz potencjalnymi powikłaniami takimi, jak:

- długo utrzymujące się obrzmienie tkanek miękkich,
- trwałe odrętwienie skóry bródki i wargi dolnej,
- narastające stany zwyrodnieniowe obu stawów skroniowo-żuchwowych,
- częściowy nawrót wady,
- każdymi innymi możliwymi powikłaniami wynikającymi z wady szkieletu czaszkowo – twarzowego lub będącymi następstwem technik chirurgicznych niezbędnych do leczenia tej wady.

W pkt 7 powódka oświadczyła, że w przypadku wystąpienia powikłań wymienionych powyżej w oświadczeniu nie będzie zgłaszać roszczeń i podda się dalszemu leczeniu niezbędnemu do korekcji wady.

dowód: oświadczenie pacjenta podpisane przez powódkę w dniu 17 września 2008 r. – złożone w kopercie na k. 144 wraz z dokumentacją medyczną złożoną przez (...) Sp. z o.o. Sp. komandytowa w R..

W dniu 27 października 2008 r. powódka została przyjęta do leczenia szpitalnego w Centrum Medycznym (...) Sp. z o.o. w W. z rozpoznaniem: P., wada szkieletowa twarzoczaszki. Tego samego dnia dr M. J. przeprowadził u powódki w znieczuleniu ogólnym i miejscowym zabieg operacyjny: O. szczęki typu L. Font I, osteoplastykę, impakcję w odcinku tylnym i adrancement szczęki, osteotomię obustronną żuchwy, osteosyntezę płytkową.

Do karty informacyjnej leczenia szpitalnego z dnia 28 października 2008 r. dołączono kartę zawierającą opis operacji z potwierdzeniem wykonania testów sterylizacji narządu, bielizn, materiałów opatrunkowych i sterylizacji gazowej.

Karta informacyjna leczenia szpitalnego zawiera szereg zaleceń co do postępowania powódki po wykonanym zabiegu operacyjnym.

dowód: zapis w karcie pacjenta oraz karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 28 października 2008 r. – złożone w kopercie na k. 144 akt.

W kolejnych dniach, tj. 3 listopada 2008 r., 12 listopada 2008 r., 25 listopada 2008 r., 10 grudnia 2008 r. i 7 stycznia 2009 r. powódka była na wizytach kontrolnych w pozwanej placówce medycznej w celu dokonania kontroli ortodontyczno-chirurgicznej. We wszystkich w/w wpisach zaznaczono: Przebieg zabiegu i proces gojenia prawidłowy, bez powikłań. Na wizycie w dniu 12 listopada 2008 r. dokonano zdjęcia szwów. Pacjentka podczas tej wizyty poinformowała o podjęciu decyzji kontynuacji leczenia ortodontycznego w miejscu zamieszkania. Decyzję podjęła samodzielnie, bez konsultacji z lekarzem operatorem – sugerowano kontrole po zabiegu i opiekę w gabinecie O..

W dniu 16 marca 2009 r., na prośbę powódki, odbył A. kolejna konsultacja ortodontyczno-chirurgiczna. Stwierdzono nieznaczną ruchomość szczęki – zbyt długie noszenie wyciągów międzyszczękowych (całodobowo – zalecenie lekarza prowadzącego w miejscu zamieszkania). Propozycja zabiegu genioplastyki za 6 miesięcy. Kontrola ortodontyczna, zmiana ligatur. Zalecono częste wizyty kontrolne.

Na kolejne wizyty kontrolne wyznaczone na dzień 8 kwietnia, 18 maja, 27 lipca, 24 sierpnia 2009 r. powódka nie stawiała się.

Na kolejnej wizycie w dniu 23 września 2009 r. powódka zawarła z pozwanym umowę na wykonanie zabiegu stabilizacji szczęki i usunięcie płytek osteosyntezy oraz zabieg genioplastyki. Termin zabiegu ustalono na dzień 20 października 2009 r. w Centrum Medycznym (...) w W.. Podczas tej wizyty wydano skierowanie na badania, dokonano kontroli chirurgicznej i ortodontycznej oraz zmiany ligatur.

dowód: zapisy w karcie pacjenta złożonej w kopercie na k. 144 akt.

W umowie z dnia 23 września 2009 r. – podobnie, jak w poprzedniej umowie (taki sam wzór umowy) – pozwana placówka medyczna zobowiązała się wykonać zabieg przy zachowaniu najwyższej staranności i zachowaniu standardów i procedur medycznych oraz do zapewnienia odpowiednich warunków do przeprowadzenia w/w zabiegu.

dowód: umowa z dnia 23 września 2009 r. – k. 14 akt.

W dniu 20 października 2009 r. powódka została przyjęta do Oddziału w Centrum Medycznym (...) z rozpoznaniem: makrogenia. Stan po osteotomii i osteosyntezie płytkowej szczęki i żuchwy w przebiegu chirurgicznego leczenia złożonej wady zgryzu AD.2008. Destabilizacja materiału zespalającego w obrębie szczęki. Leczenie: W dniu 20 października 2009 r. w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym z intubacją przez nos wykonano: osteotomię i osteoplastykę trzonu żuchwy w odcinku przednim (genioplastykę kostną) i osteosyntezę płytkową odłamów osteotomijnych – materiał zespalający Modus. Usunięto materiał zespalający ze szczęki i żuchwy. Ponownie ustabilizowano szczękę dwiema płytkami do AO (MODUS). Farmakoterapia: B., D., T., P., P., M., I., D., (...), vit. C, wapń, 5% glukoza, płyn R..

Zabieg wykonywał dr M. J..

dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego Nr (...) z dnia 23 października 2009 r. – k. 16; karta z przebiegu operacji z dnia 20 października 2009 r. złożona w kopercie na k. 144 akt.

Na wizytę kontrolną wyznaczoną na dzień 9 listopada 2009 r. powódka nie stawiała się.

Podczas kolejnej wizyty w dniu 2 grudnia 2009 r. dokonano zdjęcia ligatur K.. Zalecono wyciągi międzyszczękowe (istnieje prawdopodobieństwo zgryzu otwartego). Kontrola ortodontyczna, zmiana ligatur.

Kolejne wizyty kontrolne miały miejsce w dniach:

- 6 stycznia 2010 r. – dokonano zmiany ligatur, proces gojenia określono jako prawidłowy, bez powikłań,

- 10 marca 2010 r. – kontrola chirurgiczna – stwierdzono niewielką ruchomość szczęki po prawej stronie. Kontrola ortodontyczna – zmiana łuku dolnego SS 16/22, górna zmiana ligatur. Zalecono następne wizyty kontrolne celem stabilizacji zgryzu i rozpięcia wyciągu szkieletowego.

Na kolejnej wizycie kontrolnej dokonano RTG celem przygotowania do zabiegu (zabieg nieodpłatny).

Na wizytę kontrolną wyznaczoną na dzień 24 marca 2010 r. pacjentka nie stawiała się.

dowód: karta pacjenta złożona w kopercie na k. 144 akt.

W dniu 30 marca 2010 r. powódka zgłosiła się na konsultację do Poradni (...) C.-Szczękowo-Twarzowej, (...) w W..

W trakcie przeprowadzonego badania przeprowadzono również wywiad, w którym powódka stwierdziła, iż przerwała leczenie w ośrodku prowadzącym jej dotychczasowe leczenie z uwagi na to, iż nadal, po ponownej operacji utrzymuje się ruchomość szczęki. Powódka podała, że ortodontycznie leczy się u dr S. w G. – W..

W badaniu miejscowym stwierdzono:

- warunki zgryzowe – niestabilne – zaburzenia linii ... szczęki i żuchwy,
- szpary pomiędzy zębami ... dolnymi,
- obnażenie korzeni zębów ... dolnych,
- nieznaczną ruchomość szczęki.

Zaznaczono, iż istotnym problemem jest zaburzenie zgryzu wymagające repozycji poprzez osteotomię kości twarzoczaszki.

Po pełnej diagnostyce przedstawić plan leczenia.

Podczas wizyty w dniu 21 kwietnia 2010 r. powódka została zapisana na zabieg w dniu 21 czerwca 2010 r.

dowód: historia choroby z Poradni (...) C.-Szczękowo-Twarzowej, (...) w W. złożona w kopercie na k. 155 akt.

Od 19 czerwca 2010 r. do 30 czerwca 2010 r. powódka przebywała w Oddziale (...) Szpitala (...) w W..

Rozpoznanie: Wada genetyczna (mikrognacja z progenią), stan po osteotomii szczęki i (...).

Zastosowane leczenie:

- 1) Chirurgiczne 21 czerwca 2010 r.: W znieczuleniu ogólnym z intubacją przez nos wykonano osteotomię szczęki typu L. Font I – reperacja z powodu braku zrostu,
- 2) Farmakologiczne: B. 3 × 700 mg.

dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego od 19 czerwca do 30 czerwca 2010 r. złożona w kopercie na k. 155.

Podczas wizyty kontrolnej w Poradni (...) C.-Szczękowo-Twarzowej, (...) w W. w dniu 27 października 2010 r. stwierdzono brak zrostu szczęki.

dowód: historia choroby powódki z powyższej Poradni złożona na k. 155 akt.

Na Oddział (...) w W. powódka została ponownie przyjęta w dniu 17 stycznia 2011 r. i przebywała w nim do 21 stycznia 2011 r.

Rozpoznanie: Stan po osteotomii dwuszcękowej, brak zrostu kostnego szczęki.

Zastosowane leczenie: diagnostyka laboratoryjna.

W trakcie pobytu w Oddziale omówiono z powódką plany operacyjne, dokładnie poinformowano o zakresie zabiegu i możliwych komplikacjach i powikłaniach. Powódka podpisała zgodę na operację.

W Epikryzie z dnia 21 stycznia 2011 r. zapisano: „Pacjentka K. D. przyjęta do oddziału z powodu wady gna tycznej – stan po osteotomii dwuszcękowej, brak zrostu kostnego szczęki. Pacjentka zdyskwalifikowana do zabiegu w chwili obecnej z powodu wykrytego podczas hospitalizacji bloku przedsionkowo-komorowego. Skierowana do Oddziału Kardiologii tutejszego szpitala celem przygotowania do zabiegu”.

Powódka w dniu 22 lutego 2011 r. została przyjęta po raz kolejny do tego oddziału celem kontynuacji leczenia i przebywała tam do 10 marca 2011 r.

Rozpoznanie: stan po osteotomii szczęki i żuchwy, niestabilność szczęki.

W dniu 24 lutego 2011 r. przeprowadzono zabieg chirurgiczny: w znieczuleniu ogólnym wykonano osteotomię segmentową szczęki z obustronną osteotomią gałęzi żuchwy.

Kolejny zabieg chirurgiczny wykonano 4 marca 2011 r. – R. gałęzi żuchwy strony lewej.

W historii choroby zaznaczono: Patologiczna ruchomość szczęki.

W Epikryzie z dnia 10 marca 2011 r. napisano: „Pacjentka D. K. przyjęta do oddziału z powodu niestabilności szczęki (wada gnatyczna). Pacjentka leczona operacyjnie w dniu 24 lutego 2011 r. – osteotomia szczęki i osteotomia strzałkowa żuchwy. W dniu 4 marca 2011 r. reoperowana z powodu destabilizacji zespolenia żuchwy po stronie lewej. Wypisana do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym z zaleceniami” m.in. dalszego leczenia ortodontycznego.

dowód: karty informacyjne leczenia szpitalnego za okres od 17 stycznia 2011 r. do 21 stycznia 2011 r. i od 22 lutego 2011 r. do 10 marca 2011 r. wraz z historią choroby, opisem zabiegów i opisem przebiegu leczenia – złożone w kopercie na k. 155 akt.

W okresie od 4 czerwca 2007 r. do 29 listopada 2010 r. powódka leczyła się ortodontycznie w Gabinetie Ortodontycznym dr hab. n. med. A. S. w G..

dowód: oryginał dokumentacji medycznej złożony w kopercie na k. 156 i 157 – karta ortodontyczna.

W grudniu 2011 r. powódka podjęła leczenie ortodontyczne w placówce medycznej O. w W., lekarz prowadzący – specjalista ortopeda szczękowy – ortodonta N. T..

Ostatni raz na wizycie w tej placówce powódka była w dniu 9 sierpnia 2012 r.

dowód: oryginał dokumentacji medycznej złożony w kopercie na k. 151 akt.

Sąd zważył:

Powództwo w ocenie Sądu należało oddalić jako bezzasadne.

Powódka D. K. w niniejszym postępowaniu dochodzi odszkodowania za szkodę, jakiej doznała w następstwie – jak twierdzi – nieprawidłowego wykonania przez dr M. J. (2) zabiegu osteotomii szczęki i żuchwy, który miał miejsce w dniu 28 października 2008 r. Powódka podnosi, że zabieg ten nie został wykonany z należytą starannością wymaganą w tego rodzaju zabiegach, czego skutkiem był brak zrostu tkanki kostnej szczęki, niewłaściwe ustawienie kości (zbyt odległe) bądź niewłaściwa stabilizacja elementów kości.

Podstawą zgłaszanych przez powódkę roszczeń jest zatem zarzut popełnienia przez lekarza przeprowadzającego zabieg u powódki w dniu 28 października 2008 r. zawinionego błędu medycznego, który polegał na niezachowaniu należytej staranności, jaka jest wymagana przy tego rodzaju zabiegach.

Jako podstawę prawną dochodzonych roszczeń powódka wskazała art. 415 kc w związku z art. 445 kc i art. 444 kc.

Z uwagi na to, iż lekarz przeprowadzający zabieg wykonywał go, będąc zatrudnionym w prywatnej klinice, świadczącej usługi medyczne odpłatnie w firmie (...) – dr (...) Sp. z o.o. w R., podstawę odpowiedzialności tej placówki za jego czyny stanowi art. 430 kc w związku z art. 474 kc.

Z uwagi na to, iż powódka dochodzi roszczeń w reżimie deliktowym (ex delicto), to na niej spoczywał ciężar dowodu w zakresie wykazania, że lekarz przeprowadzający u niej zabieg w dniu 28 października 2008 r. dopuścił się zawinionego błędu medycznego.

Zasadą jest, że obowiązek naprawienia szkody za błędy medyczne może powstać dopiero wówczas, gdy błąd ten jest zawiniony przez lekarza i jednocześnie spełnione zostaną pozostałe przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej określone w kodeksie cywilnym. Błąd medyczny – według poglądów ustalonych w doktrynie i orzecznictwie – stanowi działanie lub zaniechanie sprzeczne z aktualnie obowiązującymi zasadami wiedzy i nauki medycznej (bezprawność). Jest to kategoria niezależna od osoby konkretnego lekarza oraz okoliczności, w których podejmował on czynność medyczną (diagnoza, zabieg) (tak wyrok SN z dnia 1 kwietnia 1955 r., IV ICR 39/54, OSN 1957 poz. 7).

Nieprzestrzeżenie powszechnie uznanych zasad wiedzy medycznej, w tym procedur, należy ustalić w procesie odszkodowawczym na podstawie opinii biegłych – specjalistów z danej dziedziny medycyny.

Stwierdzenie, że doszło do naruszenia reguł fachowego postępowania, dopiero umożliwia dokonanie oceny, czy błąd medyczny jest zawiniony przez lekarza, tzn. czy stanowi następstwo niedołożenia przez lekarza należytej staranności (niedbalstwa) w podejmowanym przez niego działaniu. Należyta staranność to – zgodnie z art. 355 kc – staranność ogólnie wymagana w stosunkach danego rodzaju. Od lekarza wymaga się jednak podwyższonej staranności, idącej dalej niż przeciętna, z uwagi na profesjonalny charakter jego działań i ich przedmiot – zdrowie i życie ludzkie.

W oparciu o wyżej wymienione kryteria, na potrzeby oceny winy (błąd medyczny), w literaturze i orzecznictwie konstruuje się „wzorzec dobrego lekarza”. Wzorzec ten ma charakter obiektywny i abstrakcyjny, a więc całkowicie niezależny od indywidualnych właściwości lekarza, któremu zarzucono popełnienie błędu medycznego.

Wyznaczenie zakresu powinnyh działań lekarza i stawianych mu wymagań pozwala zbadać, czy lekarzowi można postawić zarzut, że gdyby zachował należytą staranność i wykorzystał wszelkie dostępne w danych okolicznościach metody i środki, mógł błędu uniknąć i tym samym nie dopuścić do wyrządzenia szkody. W tym celu należy umieścić model wzorcowy w okolicznościach, w jakich działał sprawca, biorąc pod uwagę wszelkie okoliczności i konkretne warunki udzielenia świadczeń zdrowotnych. Jeżeli porównanie postępowania określonego lekarza z przyjętym dla niego standardem działania wypadnie na niekorzyść sprawcy (gdyż wzorcowy dobry lekarz w identycznych okolicznościach uniknąłby popełnienia błędu medycznego i wyrządzenia pacjentowi szkody), można przyjąć, że określone działanie ma charakter zawiniony.

Jeżeli natomiast lekarz dopuścił się wprawdzie błędu medycznego (postąpił wbrew zasadom wiedzy medycznej), lecz w jego działaniu nie można stwierdzić braku należytej staranności (gdyż w okolicznościach konkretnego przypadku uczynił wszystko w granicach swoich możliwości i dostępnych środków, a jego postępowanie odpowiada in casu modelowi wzorcowemu), nie można przypisać mu winy, a tym samym – obciążyć odpowiedzialnością za szkodę. Sytuacja taka może mieć miejsce np. przy zabiegach operacyjnych szczególnie trudnych i skomplikowanych, w nieprawidłowych warunkach anatomicznych, kiedy najwyższej klasy specjalista nie byłby w stanie uniknąć błędu.

Przy dokonywaniu oceny winy należy pamiętać o tym, że konieczne jest wzięcie pod uwagę stanu wiedzy medycznej w chwili, w jakiej lekarz wybrał i zastosował określoną metodę diagnozy i terapii, a więc zasady, jakie w tym czasie uznane były za właściwe. Ocena winy zawsze bowiem dokonywana jest ex post, po nastąpieniu zdarzenia, z którym związana jest ewentualna odpowiedzialność sprawcy. Znaczny nawet postęp medycyny, jaki nastąpiłby między chwilą wykonania zabiegu a momentem wydawania wyroku, nie powinien stanowić podstawy krytycznej oceny postępowania lekarza. W szczególności lekarzowi nie można postawić zarzutu, że posłużył się metodą diagnozy i terapii później uznaną za niewłaściwą, choćby szkoda wyrządzona pacjentowi była oczywista.

Dokonując powyższych rozważań Sąd wykorzystał wykład przygotowany przez dr nauk prawnych K. R. na Konferencję (...)Szkoleniową (...) W. 5 – 6 marca 2008 r.

Mając na uwadze powyższe rozważania oraz jednoznaczne, kategoryczne opinie dwóch niezależnych biegłych specjalistów najwyższej klasy w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej i chirurgii stomatologicznej w Polsce, tj. prof. dr hab. n. med. J. Z. i dr hab. n. med. M. K., Sąd uznał, iż w świetle dowodów zgromadzonych w niniejszej sprawie

brak jest podstaw do zarzucenia dr M. J. (2) popełnienia zawinionego błędu medycznego w trakcie przeprowadzania u powódki w dniu 28 października 2008 r. zabiegu chirurgicznego osteotomii szczęki i żuchwy.

Obaj biegli w sposób jednoznaczny stwierdzili, iż zabieg ten został przeprowadzony w sposób prawidłowy, zgodny ze sztuką lekarską, aktualną wiedzą medyczną i doświadczeniem zawodowym. Istotne jest, iż biegli mieli do swojej dyspozycji pełną dokumentację medyczną, w tym również dokumentację ze Szpitala (...) w W., w którym powódka kontynuowała leczenie po rezygnacji z leczenia w Klinice (...) – dr (...) Sp. z o.o. w R.. Nadto biegły prof. dr hab. n. med. J. Z. badał powódkę.

Okoliczność, iż zabieg przeprowadzony w dniu 28 października 2008 r. nie dał w pełni oczekiwanego rezultatu – nieznaczna ruchomość szczęki utrzymująca się z uwagi na brak zrostu szczęki – sama w sobie nie może stanowić podstawy do obciążenia pozwanego ad. 1 odpowiedzialnością za ten stan w sytuacji, kiedy brak jest podstaw do ustalenia popełnienia zawinionego błędu medycznego przez lekarza przeprowadzającego zabieg chirurgiczny w dniu 28 października 2008 r. W okolicznościach niniejszej sprawy brak pełnego zrostu szczęki należy uznać za powikłanie pooperacyjne, które nie może obciążać lekarza przeprowadzającego zabieg. Po pierwsze – wbrew twierdzeniom powódki – umowa, którą powódka zawarła z pozwanym ad. 1 w dniu 17 września 2008 r. na wykonanie zabiegu osteotomii szczęki i żuchwy, nie była umową rezultatu, ale umową starannego działania. Pozwana ad. 1 zobowiązała się wykonać powyższy zabieg przy zachowaniu należytej staranności i zachowaniu standardów i procedur medycznych oraz dbałości o minimalizowanie ryzyka wystąpienia powikłań.

Po drugie – powódka przed poddaniem się tej operacji podpisała oświadczenie pacjenta, z którego treści wynika, iż została zapoznana z możliwością wystąpienia ewentualnych powikłań pooperacyjnych.

Po trzecie – powódka, pomimo skierowania jej na trzecią bezpłatną operację z uwagi na utrzymującą się nieznaczną ruchomość szczęki i nieprawidłowość zgryzu, zrezygnowała z dalszego leczenia.

Na podkreślenie zasługuje również fakt, że przeprowadzony u powódki w dniu 21 czerwca 2010 r. w Klinice (...) w W. zabieg chirurgiczny osteotomii szczęki typu L. Font I – reoperacja z powodu braku zrostu, a więc przy zastosowaniu tej samej metody, co zabieg wykonany w dniu 28 października 2008 r., również nie dał efektu. Podczas wizyty kontrolnej w Poradni (...) C. – Szczękowo – Twarzowej, (...) w W. stwierdzono brak zrostu szczęki.

W dniu 24 lutego 2011 r. wykonano u powódki kolejną operację, przy zastosowaniu innej metody, która również wymagała reoperacji. W dniu 4 marca 2011 r. wykonano kolejny zabieg – reostosyntezy gałęzi żuchwy strony lewej.

Wszystkie wyżej wymienione przez Sąd okoliczności wskazują, iż powikłanie pooperacyjne w postaci braku pełnego zrostu szczęki nie jest następstwem rzekomego zawinionego błędu medycznego, który powódka zarzuca lekarzowi wykonującemu u niej zabieg osteotomii szczęki i żuchwy w dniu 28 października 2008 r.

Z tych też względów Sąd co do samej zasady uznał powództwo za bezzasadne – tak w stosunku do pozwanego ad. 1, jak i do pozwanego ad. 2, który zgodnie z art. 822 § 1 kc ponosi odpowiedzialność za szkodę co najwyżej w zakresie odpowiedzialności ubezpieczającego (pozanego ad. 1).

Wobec ustalenia braku odpowiedzialności pozwanych co do zasady Sąd odstąpił od badania wysokości szkody doznanej przez powódkę na skutek zdarzenia z dnia 20 października 2008 r., jak również od przeprowadzania postępowania dowodowego w tym zakresie (zeznań świadka G. K., psychologa i zeznań powódki w charakterze strony).

Sąd dwukrotnie oddalił wniosek dowodowy powódki w postaci przeprowadzenia dowodu z opinii zagranicznego instytutu naukowego lub naukowo-badawczego na okoliczności opisane w postanowieniu Sądu z dnia 18 października 2012 r. W ocenie Sądu nie istniały w niniejszej sprawie przyczyny, które uzasadniałyby przeprowadzenie dowodu z opinii zagranicznej placówki naukowo-badawczej. Nie uzasadnia tego ani stopień skomplikowania sprawy, ani też sugerowany przez powódkę brak bezstronności ze strony polskich lekarzy specjalistów z dziedziny ortognatyki. Faktycznie opinie wydane przez biegłych w tej sprawie mają charakter skrótowy, ale wynika to ze sposobu

skonstruowania zlecenia do biegłych, w formie kilku pytań – na co zresztą wszystkie strony tego postępowania wyraziły zgodę. Biegli jednak w ocenie Sądu w sposób wyczerpujący odpowiedzieli na postawione im pytania. Opinie obu biegłych są zbieżne. W tej sytuacji samo wewnętrzne przekonanie powódki o popełnionym błędzie medycznym nie może stanowić podstawy do powoływania przez Sąd kolejnych biegłych. Co do braku podstaw wyłączenia biegłych od wydania opinii w niniejszej sprawie Sąd wypowiedział się w postanowieniach z 23 kwietnia 2015 r. i 24 kwietnia 2015 r. (k. 370 – 372) i nadal podtrzymuje to stanowisko.

Z uwagi na charakter sprawy, osobiste głębokie przekonanie powódki co do zasadności zgłaszanych przez nią roszczeń, co uzasadnione było okolicznościami sprawy (leczenie powódki z uwagi na powikłania przebiegało z oporami), Sąd na podstawie art. 102 kpc odstąpił od obciążania powódki kosztami procesu.

Na oryginale właściwy podpis