

Niniejszy dokument nie stanowi doręczenia w trybie art. 15 zzs⁹ ust. 2 ustawy COVID-19 (Dz.U.2021, poz. 1842)

Sygn. akt I ACa 151/20

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 lipca 2021 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Józef Wąsik (spr.)
Sędziowie:	SSA Marek Boniecki SSA Paweł Czepiel
Protokolant:	Iwona Mrazek

po rozpoznaniu w dniu 22 lipca 2021 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa P. D.

przeciwko (...) S.A. w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Kielcach

z dnia 2 grudnia 2019 r. sygn. akt I C 3196/17

1. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że nadaje mu treść:

„ I. zasądza od strony pozwanej (...) S.A. w W. na rzecz powódki P. D. kwotę 78.000 zł (siedemdziesiąt osiem tysięcy złotych) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 25 sierpnia 2017 roku do dnia zapłaty;

II. oddala powództwo w pozostałym zakresie;

III. zasądza od strony pozwanej na rzecz powódki kwotę 5 417 zł (pięć tysięcy czterysta siedemnaście złotych) tytułem kosztów procesu;

IV. nakazuje ściągnąć od strony pozwanej na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Kielcach kwotę 5.597 zł (pięć tysięcy pięćset dziewięćdziesiąt siedem złotych) tytułem kosztów sądowych;”

2. oddala apelację w pozostałym zakresie;

3. zasądza od strony pozwanej na rzecz powódki 4.050 zł (cztery tysiące pięćdziesiąt złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.

4. nakazuje ściągnąć od strony pozwanej na rzecz Skarbu Państwa Sądu Apelacyjnego w Krakowie kwotę 3.900 zł (trzy tysiące dziewięćset złotych) tytułem brakującej opłaty sądowej, od której powódka była zwolniona.

SSA Marek Boniecki SSA Józef Wąsik SSA Paweł Czepiel

Sygn. akt I A Ca 151/20

UZASADNIENIE

Powódka P. D. wносиła o zasądzenie na jej rzecz od pozwanego (...) SA w W. kwoty 70 000 zł tytułem zadośćuczynienia, kwoty 30 000 zł tytułem odszkodowania i kwoty 500 zł tytułem comiesięcznej renty z tytułu utraconych możliwości zarobkowych i zwiększonych potrzeb płatnej do 10-go dnia każdego miesiąca począwszy od dnia 19 sierpnia 2015r. wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia płatności którejkolwiek z rat.

W uzasadnieniu podała, że w dniu 19 sierpnia 2015 roku w Szpitalu (...) w S. wykonano u niej zabieg laparoskopowego wycięcia pęcherzyka żółciowego. Powódka przebywała w szpitalu do 21 sierpnia 2015 roku, została wypisana w stanie dobrym. W sobotę 22 sierpnia 2015 roku skóra powódki zaczęła przybierać żółty kolor. W poniedziałek to jest 24 sierpnia 2015 roku udała się do lekarza i lekarz rodzinny skierował ją do Szpitala (...) w S. gdzie została przyjęta w dniu 26 sierpnia 2015 roku. Powódka przebywała tam do 1 września 2015 roku. Następnie została przewieziona do SP ZOZ w S.. Przebywała tam na Oddziale (...) do dnia 17 września 2015 roku. Do szpitala w S. powódka została przyjęta z niedrożnością PZW, to jest niedrożnością szerokości przewodu żółciowego wspólnego. Wykonano protezowanie p. Virsugna i drenaż przezskórny wątroby. Zalecono konsultację w ośrodku wykonującym zabiegi rekonstrukcji dróg żółciowych.

W dniu 29 września 2015 roku w W. powódka została poddana zabiegowi wprowadzenia duodenoskopu. Podjęto próbę udrożnienia zaklipsowanego przewodu żółciowego metodą endoskopową i przezskórną, jednak bez powodzenia. W dniu 9 listopada 2015 roku powódka została przyjęta ponownie do szpitala w S. celem kontroli dróg żółciowych oraz dokonania wymiany drenu. Podczas tego ostatniego zabiegu odnotowano brak jakiegokolwiek drożności przewodu żółciowego. Wskazano obligatoryjne leczenie operacyjne. W dniu 8 kwietnia 2016 roku powódka została przyjęta do (...) Szpitala (...) ze stwierdzeniem kalectwa dróg życiowych. Została poddana operacji zespolenia przewodowo - jelitowego na pętli Roux-Y. Usunięto drenaż przezwątrobowy i drenaż dróg żółciowych. Powódka przebywała w tym szpitalu do 30 kwietnia 2016 roku razem z mamą, która opiekowała się nią.

Powódka złożyła wniosek do (...) Komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w K.. Po przeprowadzeniu postępowania orzeczeniem z dnia 13 marca 2017 roku Komisja stwierdziła, że opisane przez powódkę we wniosku zdarzenie jest zdarzeniem medycznym. ZOZ Szpital (...) złożył wniosek o ponowne rozpoznanie sprawy i (...) Komisja ds. orzekania o zdarzeniach medycznych ponownie wydała orzeczenie stwierdzające, że przedmiotowe zdarzenie jest zdarzeniem medycznym. Komisja uznała, że doszło do zdarzenia medycznego polegającego na niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną postępowaniu dotyczącym przeprowadzonego zabiegu operacyjnego laparoskopowego wycięcia pęcherzyka żółciowego, podczas którego doszło do założenia klipsa na przewód wątrobowy wspólny zamiast na przewód pęcherzykowy.

Obecnie powódka jest osobą ze stwierdzonym rozpoznanem kalectwa dróg żółciowych. Nie może prowadzić aktywnego trybu życia, wyjeżdżać na wakacje, pływać, uprawiać sportu. Została zmuszona do rezygnacji z dotychczasowego trybu życia. Czuje się słaba, chora, musi korzystać z wizyt lekarskich i stosować specjalną, lekkostrawną dietę. Wszystko to powoduje uciążliwość i zwiększa koszty. Ponadto powódka nie może wykonywać ciężkich prac domowych, dźwigać. Leczenie nie jest do dziś zakończone, co kilka lat będzie konieczna wymiana sztucznych przewodów żółciowych na nowe. Dolegliwości fizyczne i psychiczne powódki są tak znaczne, że nie jest

w stanie sama funkcjonować, cały czas opiekuje się nią mama, która nie pracuje i nie pozostawia powódki samej na dłuższy czas w domu oraz wszędzie jej towarzyszy przy opuszczaniu domu. U powódki występuje brak czucia w nogach, nie może się samodzielnie poruszać, ma ogólne osłabienie mięśni. Powódka jest osobą z upośledzeniem umysłowym, od lat leczy się psychiatrycznie, uczęszczała do szkoły specjalnej. Jednak do znacznego pogorszenia stanu zdrowia psychicznego powódki doszło wskutek zaistniałych zdarzeń medycznych. Obecnie powódka żyje w strachu, że będzie musiała znowu iść na operację, że sztuczny przewód żółciowy ulegnie degradacji i znów będzie miała worek zewnętrzny. Wskutek silnego stresu i przeżyć nasiliły się stare dolegliwości umysłowe powódki. Nie jest ona w stanie sama wyjść z domu, gdyż nie umie liczyć, rozpoznać czasu, nie może więc korzystać z autobusów. Powódka nie może sama robić zakupów gdyż nie umie liczyć. Do końca życia powódka będzie wymagała stałej specjalistycznej opieki medycznej, wykonywania dalszych zabiegów chirurgicznych.

Odnośnie żądanego odszkodowania powódka wyjaśniła, że nie posiada odpowiednich faktur, paragonów, biletów i innych dokumentów. Wynika to z jej złego stanu zdrowia. Powódka dokonała jednak oszacowania poniesionych wydatków, na którą składają się koszty: leków, diety, wynajmu samochodów od osób prywatnych celem zawiezienia na wizyty lekarskie lub do szpitala, bilety komunikacji miejskiej dla powódki i jej mamy, koszty komunikacji bus, wizyty lekarskie prywatne, badania prywatne ze względu na długi okres oczekiwania na fundusz, hotel dla mamy sprawującej opiekę nad powódką, wyżywienie podczas pobytu w hotelu, pomocy medycznej i sprzętu medycznego – temblaki, worki stomijne, podkłady, ciśnieniomierze, środki pielęgnacyjne – opatrunki, waciki, gazy, środki do mycia i pielęgnacji, pościel, transport kolejowy do W. dla powódki i jej mamy, opłata za wnioski do komisji o ustalenie zdarzenia medycznego. Łącznie kwotę dotychczasowych wydatków związanych z przedmiotowym zdarzeniem powódka szacuje na kwotę około 30 000 zł (pozew k. 1 – 14).

Na rozprawie w dniu 6 sierpnia 2018 roku pełnomocnik powódki wyjaśnił, że powódka dochodzi renty w kwocie 300 zł tytułem zwiększonych potrzeb i renty w kwocie 200 zł tytułem utraconych zarobków. Na rentę z tytułu zwiększonych potrzeb składają się wydatki na zakup leków, zmianę diety - po 150 zł na każdy z tych wydatków (protokół rozprawy k. 126).

Pismem z dnia 9 maja 2018 roku pełnomocnik powódki wskazał, że jedynym źródłem dochodu powódki jest renta socjalna z tytułu niezdolności do pracy w wysokości około 720 zł. Jest więc ona osobą bardzo ubogą. W związku z powstałą szkodą i koniecznością ponoszenia dodatkowych, zwiększonych kosztów, rodzina powódki musiała pozyskiwać środki z różnego rodzaju pożyczek. W niedługim czasie po powstaniu szkody na rodziny powódki zaciągnęła pożyczkę na kwotę 15 000 zł i została ona przeznaczona na leczenie powódki (pismo k. 132 – 136).

Pismem z dnia 20 sierpnia 2018 roku pełnomocnik powódki sprecyzował, że wnosi o zasądzenie dożywotniej renty wyrównawczej z tytułu zwiększenia potrzeb życiowych w wysokości 400 zł oraz renty z tytułu zmniejszenia widoków powodzenia na przyszłość wysokości 100 zł, łącznie kwoty 500 zł miesięcznie, płatne począwszy od 19 sierpnia 2015 roku, płatne z góry do 10 dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku zwłoki w płatności każdej raty. Odnośnie zmniejszenia widoków na przyszłość pełnomocnik wskazał, że wskutek przedmiotowej operacji powódka doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu w postaci kalectwa dróg żółciowych. Konsekwencjami tego uszczerbku jest ograniczenie możliwości wykonywania jakichkolwiek prac fizycznych, które dla powódki mogły by być jedynym faktycznym źródłem utrzymania. Faktem jest, że przed operacją powódka była osobą z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu lekkim, jednak mogła wówczas wykonywać proste prace domowe i porządkowe – pranie, sprzątanie, zmywanie. Na skutek operacji i jej skutków powódka nie może teraz wykonywać praktycznie żadnej z tych prac (pismo k. 156 – 159).

Pozwany (...) SA w W. wnosil o oddalenie powództwa. Pozwany nie kwestionował, że w 2015 roku miał zawartą umowę ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, tj z Zespołem Opieki Zdrowotnej w S. - Szpitalem (...). Przyznał, że 25 sierpnia 2017 roku powódka zgłosiła pozwanemu szkodę domagając się zapłaty zadośćuczynienia w kwocie 100 000 zł. Pozwany zarzucił jednak, że świadczenia medyczne w ubezpieczonej placówce były powódce udzielane zgodnie ze stanem aktualnej wiedzy medycznej, przy użyciu dostępnych metod i środków. Każdy zabieg operacyjny obarczony jest możliwością powikłań, to jest zdarzeń nie

zawinionych przez personel leczący. Zdaniem pozwanego w niniejszej sprawie doszło właśnie do takiego powikłania, które miało charakter niezawiniony.

Sąd Okręgowy w Kielcach wyrokiem z dnia 2 grudnia 2019 r.

1/ powództwo oddalił;

2/ nie obciążył powódki obowiązkiem zwrotu kosztów procesu;

3/ zasądził od Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Kielcach na rzecz radcy prawnego D. T. kwotę 4 428 zł za pomoc prawną udzieloną z urzędu.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 18 sierpnia 2015 roku powódka została przyjęta na Oddział (...) Szpitala (...) w S. do planowego leczenia wodniaka pęcherzyka żółciowego w przebiegu kamicy pęcherzyka żółciowego. W dniu 18 sierpnia 2015 roku wykonano badania laboratoryjne: elektrolity, morfologię, grupę krwi, układ krzepnięcia. Powódka została zakwalifikowana do operacji laparoskopowej i wyraziła zgodę na taki zabieg.

W dniu 19 sierpnia 2015 roku w Szpitalu tym wykonano u powódki cholecystektomię laparoskopową (celem usunięcia kamienia). Cięciem poniżej pępka odsłonięto blaszki mięśniowe, wprowadzono igłę Veresa celem wytworzenia odmy, następnie wprowadzono laparoskop i trzy trokary w miejscach typowych. Pęcherzyk zablokowany był złożem w okolicach ujścia, zastoinowy. Po nakłuciu odessano treść, przystąpiono do preparowania okolicy trójkąta Calota.

Podczas klipsowania przewodu pęcherzykowego, lekarz zamiast na przewód pęcherzykowy założył klips na przewód wątrobowy wspólny. Następnie wypreparowano pęcherzyk od strony łoża w wątrobie za pomocą elektrokoagulacji. Założono dren w okolicę wnęki wątroby, a pęcherzyk usunięto z jamy otrzewnej, założono szwy powłok i opatrunek.

Przebieg pooperacyjny był niepowikłany, w dniu 21 sierpnia 2015 r. usunięto dren z jamy otrzewnej.

W dniu 21 sierpnia 2015r roku powódka została wypisana do domu, stwierdzono, że jej stan ogólny jest dobry.

W dniu 22 sierpnia 2015 roku u powódki wystąpiło zażółcenie powłok ciała. Powódka bardzo się przestraszyła. W dniu 24 sierpnia 2015 roku raz z matką udała się do lekarza rodzinnego, który zlecił badania, a na ich podstawie stwierdził, że u powódki wystąpiła żółtaczka mechaniczna po zabiegu i skierował powódkę do Szpitala.

W dniu 26 sierpnia 2015 roku powódka została ponownie przyjęta na Oddział (...) Szpitala (...) w S. celem dalszej diagnostyki. Wykonano badania laboratoryjne, usg jamy brzusznej, gastroscopię. Badanie histopatologiczne wyciętego pęcherzyka żółciowego wykazało jego przewlekłe zapalenie, rozległe ubytki powierzchniowe nabłonka.

W dniu 1 września 2015 roku powódka została przewieziona do Szpitala (...) w S. celem wykonania badania ECPW. Wykonano kolejne badania i zlecono konsultację w zakresie rekonstrukcji dróg żółciowych oraz wykonano protezowanie P. Virsunga i drenaż przezskórny wątroby. W Szpitalu tym powódka przebywała do 17 września 2015 r. Trzykrotnie wykonano próbę udrożnienia przewodu żółciowego podczas wstecznego cewnikowania przewodu. Ostatecznie wprowadzono protezę żółciową i z powodu wstecznego zakontraktowania przewodu trzustkowego, zaprotegowano przewód trzustkowy. Stwierdzono brak pasaży przewodu żółciowego. Ze względu na narastającą żółtaczkę mechaniczną wykonano przezwątrobowe nakłucie przewodu wątrobowego celem odprowadzenia żółci i równocześnie wykonano kontrastowe badanie radiologiczne stwierdzając zastój kontrastu na poziomie założonych klipsów.

W dniu 17 września 2015 roku powódka została przewieziona ponownie do Szpitala (...) w S. gdzie przebywała do 25 września 2015 roku. Dokonywano próby drenowania przewodu żółciowego wspólnego, jednak bez powodzenia.

W dniu 22 września 2015 roku wykonano badanie MR jamy brzusznej, w którym stwierdzono w okolicy wnęki wątroby na pograniczu przewodu wątrobowego wspólnego i przewodu żółciowego wspólnego niewidoczne światło dróg żółciowych na odcinku długości około 8 mm. Podejrzewano ucisk z zewnątrz. Powódka została skierowana do leczenia w Klinice (...) w W..

W dniu 29 września 2015 roku w (...) sp. z o.o. w W. powódka została poddana zabiegowi wprowadzenia dunooskopu. Podjęto wówczas próbę udroźnienia zaklipsowanego przewodu żółciowego metodą endoskopową, jednak bez rezultatu. Stwierdzono, że przewodnik nie przechodzi powyżej klipsów po cholecystektomii, a podany kontrast nie odpływa do dalszej części przewodu. Do dróg żółciowych założono wówczas nowy dren przezskórny, wykonano badanie radiologiczne po podaniu kontrastu i stwierdzono stop na wysokości klipsów. Zalecono konsultację chirurgiczną z kwalifikacją do operacyjnej rekonstrukcji dróg żółciowych.

W dniu 9 listopada 2015 roku powódka została przyjęta na Oddział (...) Szpitala w S. celem kontroli dróg żółciowych oraz wymiany drenu. Wykonano zabieg, podczas którego nie stwierdzono przejścia nawet śladowej ilości kontrastu do dystalnej części PZG poniżej poziomu klipsów, co pozwalało domniemywać, że nie było drożności przewodu żółciowego. Zalecono obowiązkowe leczenie operacyjne.

W dniu 31 marca 2016 roku powódka zgłosiła się do Szpitala w S. z powodu odwodnienia, zaburzeń elektrolitowych, braku czucia w nogach, braku możliwości poruszania się i ogólnego osłabienia mięśniowego. Przebywała w tym Szpitalu do 5 kwietnia 2016 roku. Po nawodnieniu i wyrównaniu poziomu elektrolitów została wypisana do domu z rozpoznaniem: niedrożność dróg żółciowych, stan po cholecystektomii.

W dniu 8 kwietnia 2016 roku powódka została przyjęta do (...) Szpitala (...) – z rozpoznaniem: kalectwo dróg żółciowych, stan po cholecystektomii z zamknięciem przewodu wątrobowego wspólnego (08.2015).

W dniu 14.04.2016 r. wykonano operację, podczas której okazało się, że przewód wątrobowy wspólny w odległości 1 cm od połączenia lewego i prawego przewodu wątrobowego, jest zamknięty dwoma klipsami. Powyżej przewód otoczony był zapalną tkanką szerokości około 1,5 cm. Poniżej klipsów przewód żółciowy wspólny był w postaci bezpostaciowego pasma łącznotkankowego. Nie stwierdzono uszkodzeń w więzadle, stwierdzono stłuszczenie wątroby znacznego stopnia. Odtworzono przewód uwidaczniając światło, nacięto przednią ścianę uzyskując 2 cm przekroju przewodu wątrobowego wspólnego tuż poniżej połączenia przewodów. Wypłukano drogi żółciowe, wypreparowano pętlę Roux-Y, której koniec zespolono z kikutem przewodu wątrobowego na cewniku szynującym. Około 65 cm poniżej wykonano zespolenie jelitowo – jelitowe, założono dren pod wątrobę, szwy powłok, opatrunek. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. W dniu 30 kwietnia 2016 roku powódka została wypisana do domu.

Aktualny stan zdrowia powódki jest dobry, jednak trwały uszczerbek powódki na zdrowiu powstały na skutek zabiegu przeprowadzonego w dniu 19 sierpnia 2015 roku w Szpitalu (...) w S. wynosi 60 %, a rokowania na przyszłość są niepewne, powstało kalectwo dróg żółciowych, wytworzono nowe niekorzystne warunki anatomiczne. Powódka nie ma możliwości powrotu do stanu zdrowia sprzed operacji.

W trakcie operacji naprawczej zostały zmienione warunki anatomiczne w jamie brzusznej, żółć zamiast być kierowana do dwunastnicy, jest kierowana do jelita czczego, co ma jednak znaczenie przy trawieniu pokarmów. Poza tym zespolenie przewodu żółciowego z jelitem pozbawia ochrony przewód żółciowy przed wystąpieniem infekcji, możliwa jest w przyszłości konieczność kolejnej operacji. Także zrosty pooperacyjne w pewnych niekorzystnych warunkach mogą w przyszłości prowadzić do niedrożności jelit. Powyższe zagrożenia mogą wystąpić tylko w pewnym procencie przypadków. U powódki takie zagrożenie pozostaje w związku przyczynowym z powikłaniem w cholecystektomii laparoskopowej.

Powódka winna stale stosować dietę lekkostrawną. Poza dietą wątrobową powódka nie wymaga innego leczenia, a koszt takiej diety jest podobny do kosztu diety normalnej, inny jest jedynie sposób jej przyrządzania.

Orzeczeniem z dnia 20 marca 2017 roku (...) Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w K. ustaliła, że zdarzenie opisane we wniosku powódki z dnia 30 czerwca 2016 roku jest zdarzeniem medycznym. W uzasadnieniu tego orzeczenia Komisja wskazała, że żółtaczką mechaniczną, jaką przebyła powódka była skutkiem założenia klipsa na wspólny przewód wątrobowy. Przy prawidłowo przeprowadzonym zabiegu klips nie powinien być założony na wspólny przewód wątrobowy. Powinien być założony na przewód pęcherzykowy. Komisja stwierdziła, że podczas operacji u powódki doszło do niezamierzonego założenia klipsa na przewód wątrobowy, co nie może być uznane za powikłania pooperacyjne.

Szpital odwołał się od powyższego orzeczenia. Orzeczeniem z dnia 13 czerwca 2017 roku (...) Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w K. potwierdziła, że zdarzenie jest zdarzeniem medycznym. Komisja uznała, że doszło do zdarzenia medycznego polegającego na niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną postępowaniem dotyczącym przeprowadzonego zabiegu operacyjnego laparoskopowego wycięcia pęcherzyka żółciowego, podczas którego doszło do założenia klipsa na przewód wspólny wątrobowy zamiast na przewód pęcherzykowy. Podczas operacji nie stwierdzono wystąpienia powikłań, co pozwala przyjąć, że założenie klipsa w innym miejscu niż powinien on być założony nie może być uznane za powikłanie, czyli zdarzenie na które personel nie ma wpływu.

W niniejszej sprawie gdyby personel szpitala prawidłowo zidentyfikował wszystkie struktury anatomiczne przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego, do błędu by nie doszło. Efektem nieprawidłowo wykonanego zabiegu operacyjnego było wystąpienie żółtaczki mechanicznej po opuszczeniu szpitala oraz dolegliwości objawiające się m.in. utratą czucia w nogach, ogólnym osłabieniem oraz konieczność wykonania kolejnych operacji mających na celu udrożnienie przewodu żółciowego.

Przed operacją powódka nie pracowała, była niezdolna do pracy, wymagała opieki innych osób, była niesamodzielna. Otrzymywała rentę socjalną, która przyznana została z powodu nadciśnienia tętniczego, nadwagi, otyłości, upośledzenia umysłowego. Powódka chodziła do Szkoły Specjalnej w S.. Obecnie powódka nadal pobiera rentę socjalną z związku z istniejącym od urodzenia zaburzeniem pamięci. Nie jest osobą samodzielną i wymaga stałej opieki osób trzecich. Powódka jest całkowicie niezdolna do pracy, jednak stan ten nie pozostaje w związku przyczynowym z przeprowadzonymi zabiegami.

Dowód: dokumentacja medyczna k. 15 – 55, orzeczenie k. 56 – 66, opinie k. 67 – 70, pismo k. 72, zeznania świadka Z. D. – protokół rozprawy z dnia 6.08.2018 r. k. 126 v., zeznania świadków Z. K. i P. S. – protokół rozprawy z dnia 10.12.2018 r. k. 193, zeznania powódki – protokół rozprawy z dnia 10.12.2018 r. k. 193 v. -195 v., opinia biegłego chirurga J. B. k. 208 – 217 i k. 241 – 245, opinia biegłego chirurga A. K. (1) k. 276 – 282, 302 - 304

Orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS z dnia 29 marca 2017 roku powódka została uznana za całkowicie niezdolną do pracy do dnia 31 marca 2021 roku. Powódka od 1 maja 2017 roku otrzymuje rentę socjalną w wysokości 724,40 zł miesięcznie.

Dowód: orzeczenie k. 78, decyzja k. 77

Pismem złożonym w dniu 25 sierpnia 2017 roku powódka wezwała pozwanego do zapłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Zespołu Opieki Zdrowotnej w S. - Szpitala (...). Pismem z dnia 2 października 2017 roku pozwany odmówił spełnienia świadczenia stwierdzając, że brak jest podstaw do przyjęcia jego odpowiedzialności. Dowód: pismo k.74 - 76

Ustalając powyższy stan faktyczny Sąd oparł się na wymienionych wyżej dowodach z dokumentów, których wiarygodność nie była kwestionowana przez żadną ze stron. Zeznania świadka Z. D. Sąd ocenił jako wiarygodne, podawane przez nią okoliczności są zgodne z dokumentacją medyczną i zeznaniami pozostałych świadków. Także zeznania świadków Z. K. i P. S. Sąd uznał za wiarygodne. Zeznania powódki Sąd ocenił jako wiarygodne z wyjątkiem twierdzeń, że przed operacją powódka nie leczyła się na nadciśnienie gdyż co innego wynika zeznań świadka Z. D..

Opinię biegłego J. B. Sąd ocenił jako wiarygodną. Ponieważ jednak prawidłowość postępowania lekarzy została odmiennie ustalona przez (...) Komisję ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, Sąd – celem wyjaśnienia tej okoliczności - dopuścił dowód z opinii innego biegłego na te same okoliczności. Biegły chirurg A. K. (1) potwierdził ustalenia biegłego J. B. odnośnie prawidłowości leczenia powódki. Opinię biegłego A. K. (1) Sąd uznał za wiarygodną. Jest ona rzetelna i wyczerpująco uzasadniona, oparta na wiedzy i doświadczeniu zawodowym opiniującego. Wprawdzie pełnomocnik powódki zgłosił wobec niej zarzuty, jednak w opinii uzupełniającej z dnia 4.10.2019 r. biegły udzielił odpowiedzi na pytania pełnomocnika powódki i podtrzymał wnioski zawarte w pierwszej opinii.

Sąd oddalił wniosek powódki o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii uzupełniającej biegłego A. K. i oraz o dopuszczenie dowodu z opinii Instytutu uznając, że okoliczności sprawy zostały już jednoznacznie wyjaśnione, a dalsze dowody powodowałyby jedynie zbędną zwłokę w postępowaniu.

Sąd poczynił następujące rozważania prawne:

Okoliczność, że w okresie leczenia powódki Zespół Opieki Zdrowotnej w S. - Szpital (...) miał zawartą z pozwanym umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, była bezsporna. Spór dotyczył jedynie tego, czy ww placówka medyczna ponosi odpowiedzialność wobec powódki. Zgodnie z treścią art. 430 kc kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Szpital odpowiada zatem na zasadzie ryzyka za szkodę wyrządzoną powodowi przez jego podwładnych – lekarzy biorących udział w leczeniu powoda. Przesłankami odpowiedzialności zwierzchnika są: zawiniony czyn niedozwolony podwładnego, szkoda wyrządzona przy wykonywaniu powierzonej podwładnemu czynności oraz związek przyczynowy między czynem niedozwolonym podwładnego a szkodą.

Sąd oparł się na opinii biegłych, w szczególności lekarza A. K. (1), który w opinii uzupełniającej z dnia 4.10.2019 r. opisał sposób wykonania cholecystektomii laparoskopowej (jest on tożsamy z opisanym w pierwszej opinii przebiegiem zabiegu wykonanego u powódki). Biegły wyjaśnił jednocześnie, że każdy człowiek jest inaczej zbudowany, różna jest wielkość pęcherzyka, czasami jest on zrośnięty z dwunastnicą lub jelitem grubym. Cała trudność każdej operacji polega na zmienności anatomicznej w jamie brzusznej, nie zawsze udaje się dokonać właściwej oceny długości przewodu pęcherzykowego, ruchomości pęcherzyka żółciowego, zawartości zrostu łączącego pęcherzyk z otaczającymi tkankami. Te właśnie zmiany anatomiczne, które mogą być nie zauważone przez chirurga – mimo, że doskonale zdaje sobie sprawę z możliwości ich istnienia – są przyczyną powstania powikłań, w tym takich, z jakimi mamy do czynienia w przypadku powódki.

Odpowiadając na pytania pełnomocnika powódki biegły stwierdził, że błędem w sztuce medycznej byłoby celowe zaklipsowanie przewodu żółciowego wspólnego. Błędem jest postępowanie nieprzyjęte przez środowisko lekarskie, nie opisane w podręcznikach i niezgodne z zasadami postępowania medycznego. Powikłanie jest wprawdzie zjawiskiem niepożądanym, ale jest opisane w piśmiennictwie i w podręcznikach lekarskich. Jest to zjawisko przewidywalne w określonym procencie przypadków, o możliwości którego chory poddający się zabiegowi jest informowany.

Sąd uznał zatem, że w sprawie niniejszej nie zostało udowodnione zawinione zachowanie lekarzy Szpitala. Oczywiście nie ma mowy o winie umyślnej, ale także nie ma winy nieumyślnej. Z opinii wynika, że pomimo dołożenia należytej staranności, skutek w postaci pomylenia przewodu wątrobowego wspólnego i przewodu pęcherzykowego mógł się wydarzyć, a przyczyną tego są różnice anatomiczne każdego pacjenta. Nawet dokładając należytej staranności, lekarz operujący mógł popełnić taki błąd.

Biorąc powyższe pod uwagę na podstawie art. 430 kc Sąd orzekł, jak w sentencji. O kosztach Sąd orzekł na podstawie art. 102 kpc i § 2, 4, 8 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu.

Apelację od tego wyroku - w zakresie punktu I i II - wniosła powódka, zarzucając:

1/ naruszenie prawa materialnego prawa materialnego, a to:

- błędną wykładnię art. 430 kc poprzez niczym nieuzasadnione przyjęcie, że w niniejszej sprawie nie zaistniała przesłanka do przypisania odpowiedzialności za powstałą u powódki szkodę i krzywdę podczas gdy do zawinonego zachowania (w postaci winy umyślnej czy nieumyślnej) personelu medycznego bowiem dołożył on zachowania należytej staranności, podczas gdy z analizy zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w szczególności opinii biegłych wynikało, iż chirurg wykonujący operację nie zachował należytej staranności, wymaganej w tego rodzaju stosunkach, na skutek czego doszło do pomyłkowego zaklipsowania przewodu

wątrobowego wspólnego zamiast przewodu pęcherzykowego;

2/ naruszenie przepisów prawa procesowego, a to art. 278 § 1 kpc w zw. z art. 233 § 1 kpc poprzez niedopuszczalne sformułowanie przez Sąd I instancji tezy dowodowej dla biegłych w postaci pytania zawartego w pkt I postanowienia z dnia 10-12-2018 r. (1. dopuścić dowód z opinii biegłego z zakresu chirurgii na okoliczność czy podczas wykonywania u powódki w ZOZ w Szpitalu (...) w S. w dniu 19 sierpnia 2015 roku cbole cystektomii laparoskopowej lekarze tego Szpitala dopuścili się błędu w sztuce medycznej a jeżeli tak to na czym ten błąd polegał i czy błąd był zawiniony; w szczególności biegły wskaże czy założenie klipsa na przewód wątrobowy wspólny zamiast na przewód pęcherzykowy było zawinionym błędem lekarskim), które w istocie sprowadziło się do pytania, jak rozstrzygnąć sprawę w konkretnym stanie faktycznym, co z kolei skutkowało brakiem samodzielnego zbadania przez Sąd I instancji kwestii spełnienia przesłanek zaistnienia błędu medycznego (brak oceny stopnia winy i stopnia należytej staranności).

A nadto:

- pominięcie wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii instytutu na okoliczności wskazane przez pełnomocnika powódki, co skutkowało niedostatecznym zbadaniem przez Sąd I instancji kwestii zaistnienia błędu medycznego (który może zaistnieć wyłącznie w przypadku zaistnienia winy), a wyłącznie oparciem się na arbitralnych stwierdzeniach biegłych o braku zaistnienia błędu medycznego;

- arbitralne przyjęcie twierdzeń biegłych o braku zaistnienia zawinonego błędu medycznego za prawidłowe bez spostrzeżenia różnicy między lekarską a prawniczą definicją błędu medycznego, co skutkowało nieprawidłowym uznaniem, iż w niniejszej sprawie doszło do powikłania (czyli szkoda powstała pomimo zachowania najwyższej

Staranności i w sposób racjonalny nie można było jej uniknąć), a nie błędu medycznego (czyli uszkodzenie powstało z winy – niezależnie od jej formy – personelu medycznego);

- niczym nieuzasadnione i sprzeczne z zasadami logiki i doświadczenia życiowego przyjęcie przez Sąd I instancji za prawdziwe stwierdzenia, iż błędem w sztuce medycznej byłoby celowe zaklipsowanie przewodu wątrobowego wspólnego, podczas gdy miernikiem błędu w sztuce medycznej jest kwestia dołożenia należytej staranności i winy personelu medycznego, zaś przyjęcie przyjętego za prawidłowe przez Sąd I instancji twierdzenia za słuszne, praktycznie zdjęłoby ciężar odpowiedzialności za jakikolwiek błąd personelu medycznego, o ile nie byłby on wykonany celowo i świadomie;

3/ naruszenie art. 233 § 1 kpc poprzez:

- całkowite pominięcie kwestii zbadania kwestii dołożenia należytej staranności przez

personel medyczny, a w szczególności przez lekarza przeprowadzającego operację

i oparcie się wyłącznie na stwierdzeniach, zawartych w opiniach biegłych, iż nie doszło do błędu medycznego, co z kolei skutkowało nierozpoznanie przesłanek warunkujących odpowiedzialność z art. 430 kc, podczas gdy Sąd I instancji nie zbadał kwestii dołożenia należytej staranności przy uwzględnieniu wysokiego poziomu staranności wymaganych przy tego typu operacjach;

- nieodróżnienie pojęcia powikłania od pojęcia błędu w sztuce medycznej, podczas gdy prawidłowe zdefiniowanie tychże pojęć i zbadanie przesłanek zaistnienia błędu medycznego w ujęciu cywilistycznym stanowiło meritum niniejszego postępowania,

- nieprawidłowe przyjęcie, że zaklipsowanie przewodu wątrobowego wspólnego zamiast przewodu pęcherzykowego powstało na skutek warunków anatomicznych zaistniałych w trakcie operacji, podczas gdy w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym, a w szczególności dokumentacji medycznej powódki, nie ma wzmianki o jakichkolwiek anomaliach anatomicznych, co z kolei skutkowało uznaniem, iż zaklipsowanie nieprawidłowego przewodu nie stanowiło błędu w sztuce medycznej.

Mając na uwadze powyższe zarzuty wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku w zakresie punktu I poprzez uwzględnienie powództwa i zasądzenie pozwanego na rzecz powódki kwoty 70.000 zł tytułem zadośćuczynienia, 30.000 zł tytułem

odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie oraz zasądzenia na rzecz powódki dożywotniej, comiesięcznej renty w wysokości 500 zł/mies. płatnej z góry' do 10 dnia każdego miesiąca oraz przyznanie pełnomocnikowi powódki wynagrodzenia wynikającego z zastępowania powódki przed Sądem I i II Instancji.

Strona pozwana wniosła o oddalenie apelacji i zasądzenie na jej rzecz kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny po rozpoznaniu apelacji uznał ją za uzasadnioną.

Sąd Okręgowy co do zasady poczynił prawidłowe ustalenia faktyczne, jednak – za biegłym - wyciągnął z nich błędny wniosek prawny co do braku jakiegokolwiek winy personelu medycznego w uszkodzeniu przewodu wątrobowego wspólnego powódki zamiast przewodu pęcherzykowego w czasie zabiegu laparoskopowego w dniu 19 sierpnia 2015r (do czego biegły nie był uprawniony) i w konsekwencji wadliwie zastosował prawo materialne.

Wbrew stanowisku Sądu I Instancji stan faktyczny sprawy daje podstawy do przyjęcia, że lekarze (...) w S. dopuścili się błędu w sztuce lekarskiej skutkującego negatywnymi skutkami w zdrowiu powódki (ogromem cierpień i 60 % trwałego uszczerbku).

W systemie dwuinstancyjnego rozpoznawania spraw cywilnych, w żywotnym interesie ustrojowym leży to, aby orzeczenia wydawane przez sąd drugiej instancji gwarantowały trafność i słuszność rozstrzygnięcia, czyli jego zgodność z prawem materialnym oraz poczuciem sprawiedliwości, temu służy m. in. szeroka swoboda jurysdykcyjna tego sądu odwoławczego (por. uzasadnienie uchwały 7 sędziów SN z 31.01.2008 III CZP 49/07 OSN 2008 nr.6 poz. 55 której nadano moc zasady prawnej).

W okolicznościach sprawy nie budzi wątpliwości dopuszczenie się przez lekarza operującego błędu lekarskiego w postaci zaklipsowania przewodu wątrobowego wspólnego zamiast przewodu pęcherzykowego. Zakwalifikowanie tego zdarzenia przez biegłych opiniujących w sprawie, a następnie przez Sąd jako powikłania operacyjnego, a nie błędu lekarskiego nie wytrzymuje krytyki w świetle w świetle ustawowej definicji zdarzenia medycznego spowodowanego błędem lekarskim (art. 67 a ustawy o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012r, poz. 159 ze zm.)). W myśl tego przepisu ze zdarzeniem medycznym spowodowanym błędem lekarskim mamy do czynienia wówczas, gdy w wyniku leczenia niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną doszło do uszkodzenia ciała będącego następstwem, między innymi udzielenia świadczenia medycznego, jak np. zabiegu operacyjnego.

Natomiast powikłaniem nie jest dolegliwość będąca skutkiem jakiegoś nieprawidłowego zachowania personelu medycznego, lecz możliwą do wystąpienia reakcją organizmu mimo prawidłowego zachowania personelu medycznego. Co do zasady więc uszkodzenie innego, niż operowany organu, nie może być traktowany jako powikłanie. W każdy razie w sprawie niniejszej nie wskazano na żadne konkretne przyczyny np. występujące w budowie anatomicznej powódki, które usprawiedliwiałyby taki błąd.

W świetle opinii biegłych obu biegłych sporządzonych w niniejszej sprawie klips nie powinien być założony na przewód wątrobowy wspólny, a na przewód pęcherzykowy, co okazało się przyczyna negatywnych konsekwencji w zdrowiu powódki.

Usprawiedliwioną przyczynę założenia klipsa na przewód wątrobowy stanowią zdaniem biegłych i Sądu różnice anatomiczne każdego pacjenta, zatem nawet dokładając należytej staranności lekarz mógł popełnić taki błąd. Z tej przyczyny biegli i sąd uznał to zdarzenie za powikłanie.

Jednak problem w tym, że jakiegokolwiek indywidualne anomalie anatomiczne nie zostały u powódki stwierdzone w żadnej opinii, a także nie wynikają one z bogatej dokumentacji lekarskiej zgromadzonej w aktach (dowód: opis operacji- k.20, Historia choroby- obserwacja; lekarska- k.21, Historia choroby- wypis- k.25).

W tej sytuacji wnioski biegłych –na wadliwie postawione pytanie Sądu - o braku jakiegokolwiek winy (również nieumyślnej tj. w postaci niedbalstwa lub lekkomyślności) nie znajduje uzasadnienia w sprawie.

Należy zgodzić się z apelującą powódką, że Sąd I instancji nie dokonał samodzielnej analizy przesłanek zaistnienia błędu medycznego, warunkującego odpowiedzialność Szpitala i pozwanego na podstawie art. 430 kc, lecz w następstwie nieprawidłowo postawionej tezy odnośnie winy lekarza, poprzestał na uznaniu oceny biegłego w tym względzie za prawidłowe. Tymczasem zadaniem biegłego nie jest zatem rozstrzyganie zagadnień prawnych, a jedynie naświetlenie wyjaśnianych okoliczności z punktu widzenia wiadomości specjalnych przy uwzględnieniu zebranego i udostępnionego mu materiału sprawy. Jeżeli biegły, z przekroczeniem granic swoich kompetencji – obok wypowiedzi w kwestiach wymagających wiadomości specjalnych – zamieści w opinii także sugestie co do sposobu rozstrzygnięcia kwestii prawnych, sąd powinien je – oczywiście –pominąć (por. Wyrok SN z 04-03-2008 Sygn. akt IV CSK 496/07). Jak to wskazał Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 26 listopada 1949 r., WaC 167/47), rolę biegłego nie jest rozstrzyganie zagadnień prawnych. Nie jest on bowiem wyręczyicielem, lecz pomocnikiem sądu w ustaleniu lub ocenie stanu faktycznego.

Nadto należy uzupełnić ustalenia o następujące okoliczności faktyczne:

W związku z nieudanym zabiegiem operacyjnym powódka poniosła następujące wydatki:

- koszty leczenia prywatnego – 500 zł,
- koszty dojazdów na zabiegi rehabilitacyjne (bus i taksówka) – 700 zł,
- koszty opieki przez 8 miesięcy po 4 godziny dziennie (1 godz. 15 zł)- 14.400zł,
- koszty zakupu medycznych środków jednorazowych (waciki, gaziki, strzykawki, maści) oraz woreczków do cewnikowania - 12.400 zł,

Razem: 28.000 zł.

Powyższego wyliczenia Sąd dokonał na podstawie dokumentów dołączonych przez powódkę tj. rachunków, faktur, zaświadczeń lekarskich, opinii biegłych oraz zeznań świadków Z. K., P. S., Z. D. oraz zeznań powódki. Nadto Sąd miał również na uwadze treść art. 322 kpc.

Dalej idące żądanie odszkodowawcze nie zostało udowodnione, co do wysokości.

Powódka nie udowodniła również roszczenia o zasądzenie renty tak co do zasady jak i wysokości. Powódka nie wykazała, aby przed operacją osiągała dochody, których została pozbawiona. Nawet nie wskazano bliżej jakich widoków powodzenia na przyszłość została pozbawiona. Nie sformułowano tezy dowodowej wobec biegłego i nie zadano mu pytań, czy u powódki powstały w związku z zabiegiem jakieś konkretne potrzeby wymagające regularnego

zaspokajania i nie przedstawiono dowodów - nawet przykładowo w skali kilku miesięcy na okoliczność jakie powtarzalne wydatki ponosi powódka.

Sąd miał na uwadze, że szkodą jest każdy uszczerbek na dobrach prawnie chronionych i generalnie wyróżnia się dwa rodzaje szkody, a mianowicie majątkową oznaczającą uszczerbek materialny na osobie lub mieniu i szkodę niemajątkową czyli doznaną krzywdę za cierpienia fizyczne i psychiczne. Do jej zaistnienia może dojść wskutek działania samego lekarza, personelu pomocniczego lub w wyniku zaniedbań organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej.

Niewątpliwie u powódki doszło do wyrządzenia szkody, albowiem w wyniku błędnej oceny przez operujących dokonano zaklipsowania niewłaściwego przewodu co w konsekwencji doprowadziło do potrzeby wykonania rekonstrukcji dróg żółciowych i trwałego ich uszkodzenia. Wszystkie te zabiegi powodowały niepotrzebne cierpienia fizyczne i psychiczne, które nie miałyby miejsca gdyby zabieg przeprowadzono z dołożeniem najwyższej staranności jaka w tym przypadku była możliwa przy obecnie stosowanych metodach leczenia tego typu schorzenia jakie występowało u powoda.

Skoro niewątpliwie doszło do wyrządzenia szkody koniecznym elementem do przyjęcia ewentualnej odpowiedzialności odszkodowawczej jest ustalenie winy lekarza. Wina zachodzi zarówno gdy sprawcy szkody można postawić zarzut zarówno obiektywnej jak i subiektywnej niewłaściwości zachowania. Ogólnie można stwierdzić, że obiektywnym elementem winy będzie uchybienie przez lekarza jego obowiązkom zawodowym, które należy traktować szeroko, jako takie, które wynikają z różnych przepisów i istoty zawodu. Poza przepisami ustawy lub postanowieniami regulaminów, każdego wiążą wskazania wynikające z istoty wykonywanych funkcji, czy to z etyki związanej z danym zawodem. Jeżeli chodzi o zawód lekarza to wymagania te muszą być ze względu na daleko idące skutki jego pracy specjalnie wysokie. Takie stanowisko zaprezentował Sąd Najwyższy już w orzeczeniu z dnia 7.01.1966 r. I Cr. 369/65, OSPIKA 1966 poz. 278 z glosą aprobowaną M. Sośniaka. Od lekarzy wymaga się staranności wyższej niż przeciętna z uwagi na przedmiot ich zabiegów, którym jest człowiek i skutki wadliwego leczenia często nieodwracalne. Lekarz ma obowiązek nie tylko dokładać należytej staranności i sumienności, lecz także posiadać należyłą wiedzę i umiejętności zawodowe. Tzw. wzorzec dobrego lekarza jest oczywiście elastyczny i zależy od tego czy chodzi o lekarza ogólnego, czy też o specjalistę w danej dziedzinie, czy o lekarza w dobrze wyposażonej placówce medycznej o określonym stopniu referencyjności np. szpital wojewódzki, klinika, czy też o placówkę podstawowej opieki zdrowotnej. Wzorzec ten jest zależny też od stanu wiedzy medycznej i jest zmienny wraz z postępem medycyny, który w ostatnim czasie jest znaczny i dlatego też wymaga podnoszenia kwalifikacji i doświadczenia zawodowego. Lekarz jest obowiązany dotrzymać kroku nowoczesnej technice i wiedzy medycznej a zgodnie z art.55 kodeksu etyki lekarskiej powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie i doskonalenie swojej wiedzy i umiejętności zawodowych. Ewentualne braki w tym zakresie stanowią o winie lekarza. Podkreślić przy tym należy, że na staranność lekarza nie może mieć żadnego wpływu fakt odpłatnego lub nieodpłatnego wykonywania zabiegu. Podstawowe obowiązki lekarza w tym miernik najwyższej staranności jest bowiem jednakowy bez względu na charakter prawny stosunku łączącego go z pacjentem. (Tak M. Nestorowicz Prawo medyczne Toruń 1994r. str. 19-20). Przekładając powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy stwierdzić należy, że zabieg u powódki został wykonany mało starannie mimo, że na obecnym etapie rozwoju wiedzy medycznej należy on do standardowo wykonywanych i nie należy do skomplikowanych, obciążonych dużym ryzykiem wystąpienia powikłań. Zabiegi laparoskopowe są wykonywane na szeroką skalę stąd też metoda ich przeprowadzania winna mieścić się w doświadczeniu lekarskim. Na podkreślenie zasługuje i ten fakt, że metoda laparoskopowa należy do zabiegów oszczędzających pacjenta, kiedy to nie wykonuje się rozległego cięcia narządu, lecz przy użyciu określonych przyrządów operuje się wewnątrz organizmu. Po takim zabiegu pacjent może opuścić szpital po 2-3 dobach i znacznie szybciej powraca do zdrowia. Z opinii uzupełniającej biegłych wynika, że zabieg ten zaliczany jest do stosunkowo prostych. Jeżeli chodzi o możliwe powikłania to mogą one wystąpić, ale jednak w znikomym procencie.

Znamiennym jest, że operacja wykonywana u powódki była operacją planową po wcześniejszym zdiagnozowaniu dolegliwości i była metodą z wyboru jako najwłaściwsza w danym wypadku. Niewątpliwie inaczej przedstawiałaby się sytuacja, gdyby powódka trafiła do szpitala w trybie pilnym, gdzie operowałaby ją niedoświadczony lekarz, a operacja miałaby charakter ratującej życie. Powódka poddała się operacji na własne życzenie, ale ze wskazań medycznych, z

których wynikało, że korzyści jakie miały jej przynieść zabieg będą większe aniżeli ewentualny uszczerbek na zdrowiu gdyby zabiegu takiego nie wykonano. Od personelu wykonującego zabieg należało oczekiwać wysokiej staranności i umiejętności w przeprowadzaniu tego typu zabiegu. Nie jest to też już jednak metoda na tyle nowatorska, żeby nie móc oczekiwać od lekarza doświadczenia do rozpoznania i odróżnienia poszczególnych przewodów. Operatorzy nie wskazali na żadne szczególne warunki anatomiczne lub inne np. spowodowane stanem zapalnym, zatem operator powinien uwidocznic zarówno przewód wątrobowy wspólny jak i przewód pęcherzykowy. Operator w takiej sytuacji nie może mieć wątpliwości i podejmować ryzyka wykonywania zabiegu tą metodą. Postępowanie operatora należy zatem ocenić jako nieprawidłowe spowodowane winą nieumyślną w postaci lekkomyślności i noszące znamiona błędu medycznego.

Odpowiedzialność Szpitala, a w zastępstwie pozwanego Ubezpieczyciela (w z związku z zawartą umową o odpowiedzialności cywilnej) jest uzasadniona w świetle przepisów art. 416 k.c. w zw. z art. 430 k.c, które statuuja odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. Placówka medyczna ponosi odpowiedzialność w przypadku winy podwładnego, rozumianej zgodnie z treścią art. 415 k.c. i nie jest wymagane wykazanie przez poszkodowanego winy po stronie placówki medycznej, gdyż odpowiada ona za zasadzie ryzyka w sposób bezwzględny, wyłączający możliwość ekskulpacji. Podwładnymi w rozumieniu art. 430 k.c. są również członkowie personelu medycznego jednostki, którzy mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta są podmiotami podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także mają obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie organizacji pracy. Placówka lecznicza ponosi więc odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez jej personel, którego zachowanie jest obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione, z tym że ich odpowiedzialność nie jest uzależniona od konkretnego stopnia winy lub jej przypisania poszczególnym członkom personelu pozwanego (wina bezimienna). Wystarczy wykazanie, choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że podmiot leczniczy ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 marca 2013 r., sygn. akt I ACa 852/12).

Bezspornym w zasadzie w sprawie było, że wszystkie powikłania jakie wystąpiły u powódki i konieczność przeprowadzenia kolejnych operacji u powódki związane były z zaklipsowaniem niewłaściwego przewodu i pozostawały w adekwatnym związku przyczynowo skutkowym z uszczerbkiem na zdrowiu powódki i jej cierpieniem fizycznym i psychicznym (krzywda).

Sąd Najwyższy już w wyroku z dnia 29.10.03 r. IIICK 34/02 podzielił pogląd wyrażony w uzasadnieniu wyroku z 19.X. 1971 r. (II CR 421/71, nie publ.), zgodnie z którym pomyłka lekarza, który w czasie operacji uszkodził inny organ pacjenta, nie może tego pacjenta obciążać. Wskazano, że pacjent wyrażając zgodę na zabieg operacyjnego uwolnienia nerwu pośrodkowego lewego nadgarstka, nie obejmował zgodą powikłania po znieczuleniu, powstałego na skutek przypadkowego nakłucia opłucnowej, co spowodowało odmę płuc, znaczne dolegliwości bólowe i konieczność dłuższego leczenia szpitalnego. Należało w tej sytuacji rozważyć, czy tego rodzaju działanie, polegające na przypadkowym uszkodzeniu organu pacjenta w czasie zabiegu lekarskiego, może być uznane za bezprawne. Jak wyjaśniano w orzecznictwie Sądu Najwyższego, zachowanie funkcjonariusza państwowego jest bezprawne, jeżeli pozostaje w sprzeczności z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko obowiązujące ustawodawstwo, ale także obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego (por. wyrok z 26.11.2003 r. III CKN 1370/00). Wśród tych zasad mieści się przeprowadzanie zabiegów operacyjnych zgodnie ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością, wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny, która wyklucza przypadkowe uszkodzenie innego niż będący przedmiotem zabiegu organu ciała pacjenta.

W niniejszej sprawie powódka wyraziła zgodę na zabieg, ale takie powikłanie w postaci zaklipsowania złego przewodu w ogóle nie mieści się w ryzyku operacyjnym gdyż o takiej możliwości powódki wcale nie informowano, zresztą lekarze nie przewidywali nawet, żeby do takiego zdarzenia doszło. Zdaniem Sądu powódka godziła się na typowe i normalne skutki zabiegu, a nie obejmowała swoją świadomością możliwości całkowitego uszkodzenia dróg żółciowych tak, aby

konieczna była ich rekonstrukcja. Stwierdzić należy, że ryzyko zabiegu wykonanego niezbyt starannie okazało się zbyt duże w stosunku do oczekiwanych korzyści.

Wobec powyższego powódka może dochodzić naprawienia wyrządzonej jej krzywdy poprzez zasądzenie zadośćuczynienia na zasadzie art. 445 § 1 kc. Określając wysokość zadośćuczynienia na 50.000 zł Sąd wziął pod uwagę stopień i czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych w szczególności dolegliwości bólowe tak po pierwszym zabiegu jak i po kolejnych dwóch, kiedy usuwano skutki naruszenia przewodu wspólnego, a nadto uszczerbek opisany szczegółowo w ustaleniach faktycznych Sądu Okręgowego.

W tym stanie rzeczy wymiar zadośćuczynienia też musiał być adekwatny do rozmiaru szkody. Ustalając wysokość zadośćuczynienia sąd miał na względzie, że nie może być ono symboliczne i stanowić winno odczuwalną wartość dla poszkodowanego. Z drugiej jednak strony winno być utrzymane w rozsądnych granicach i być porównywalne do innych zasądzanych w tego typu przypadkach.

Zgodnie też z utrwaloną już linią orzecznictwa zasądzono odsetki od tej kwoty po upływie trzydziestego dnia od zgłoszenia szkody.

Mając na względzie powyższe argumenty orzeczono jak w sentencji orzeczenia na zasadzie art. 445 § 1 kc, art. 444 § 1 kc oraz art. 430 kc, w oparciu o art. 386 § 1 kpc.

O kosztach orzeczono na zasadzie art. 100 kpc, mając na uwadze, że powództwo zostało uwzględnione prawie w przeważającej części, a wynik sporu odnośnie zadośćuczynienia zależał w znacznej mierze od uznania sądu.

SSA Marek Boniecki SSA Józef Wąsik SSA Jerzy Bess