

Sygn. akt I C 713/12

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 czerwca 2017 roku

Sąd Okręgowy w Lublinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący SSR Mariusz Kurzępa (del. do SO)

Protokolant: protokolant sądowy Natalia Aleszuk

po rozpoznaniu w dniu 21 czerwca 2017 roku w Lublinie

na rozprawie

sprawy z powództwa A. K.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) w L.

o zapłatę i o ustalenie

I. zasądza od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w L. na rzecz powoda A. K. kwotę 150.000 zł (sto pięćdziesiąt tysięcy złotych) tytułem zadośćuczynienia z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 7 lutego 2013 roku do dnia zapłaty;

II. zasądza od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w L. na rzecz powoda A. K. kwotę 1.840 zł (jeden tysiąc osiemset czterdzieści złotych) tytułem odszkodowania z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 7 lutego 2013 roku do dnia zapłaty;

III. ustala odpowiedzialność pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w L. na przyszłość za dalsze szkody mogące powstać u powoda A. K. na skutek uszkodzenia dróg żółciowych w trakcie przeprowadzonego w dniu 22 marca 2011 roku zabiegu usunięcia pęcherzyka żółciowego;

IV. oddala powództwo w pozostałej części;

V. zasądza od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w L. na rzecz powoda A. K. kwotę 3.520 zł (trzy tysiące pięćset dwadzieścia złotych) tytułem częściowego zwrotu kosztów procesu;

VI. nakazuje ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Lublinie tytułem nieuiszczonych w sprawie kosztów sądowych od:

a) powoda A. K. z zasądzonych na jego rzecz roszczenia kwotę 8.691,03 zł (osiem tysięcy sześćset dziewięćdziesiąt jeden złotych trzy grosze);

b) pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w L. kwotę 8.691,03 zł (osiem tysięcy sześćset dziewięćdziesiąt jeden złotych trzy grosze).

Sygn. akt I C 713/12

## UZASADNIENIE

W pozwie wniesionym do Sądu Okręgowego w Lublinie w dniu 7 września 2012 roku powód A. K. wniósł o zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w L. (obecnie: Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w L.) na swoją rzecz: kwoty 300.000 zł tytułem zadośćuczynienia za spowodowanie kalectwa dróg żółciowych poprzez uszkodzenie przewodu wątrobowego wspólnego i związane z tym cierpienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia odpisu pozwu do dnia zapłaty i kwoty 7.435 zł tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia odpisu pozwu do dnia zapłaty, a ponadto ustalenia odpowiedzialności tego pozwanego na przyszłość za dalsze szkody mogące wystąpić u powoda z tytułu leczenia w okresie od 21 marca 2011 roku do 10 kwietnia 2011 roku, w tym przeprowadzonego w dniu 22 marca 2011 roku zabiegu usunięcia pęcherzyka żółciowego. Powód wniósł ponadto o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego (pozew k. 2-22).

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu. Pozwany podniósł, że w trakcie cholecystektomii przeprowadzonej u powoda w dniu 22 marca 2011 roku w warunkach zmienionych zapalnie struktur anatomicznych pęcherzyka żółciowego i jego otoczenia, doszło najprawdopodobniej do przekłucia ściany przewodu wątrobowego wspólnego, jednak uszkodzenia dróg żółciowych podczas operacji wycięcia pęcherzyka żółciowego zdarzają się i są wpisane w ryzyko operacji. W ocenie pozwanego - zaistniałe powikłanie nie było konsekwencją błędu lekarskiego wynikającego z nieprawidłowo popełnionej diagnozy, niewłaściwej kwalifikacji do zabiegu operacyjnego, czy też nieprawidłowej strategii przeprowadzenia operacji. Pozwany wskazał, że powód został poinformowany o możliwych powikłaniach podczas operacji (w tym również o możliwości uszkodzenia dróg żółciowych), występujących w niektórych przypadkach, we wszystkich szpitalach nie tylko w kraju ale i na świecie, pomimo dużego doświadczenia i staranności ze strony ze strony zespołu operacyjnego. Pozwany wskazał też, że powód podpisał stosowny dokument świadomej zgody na operację, w którym zawarte były informacje związane z zabiegiem usunięcia pęcherzyka żółciowego, wobec czego był świadomy możliwości wystąpienia powikłań i świadomie wyraził zgodę na przedmiotowy zabieg operacyjny. Zdaniem pozwanego żądania powoda wobec pozwanego należało uznać za niezasadne zarówno co do zasady jak i co do wysokości (k. 276-278).

W toku procesu strony podtrzymywały swoje stanowiska w sprawie. Powód popierał powództwo i wnosił o jego uwzględnienie, zaś pozwany nie uznawał i wnosił o jego oddalenie.

#### ***Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:***

W dniu 7 marca 2011 roku powód A. K. zgłosił się do lekarza z powodu bólów brzucha i nudności. Zalecono wykonanie badania USG jamy brzusznej oraz badania krwi. Z wyniku przeprowadzonego następnie u powoda badania stwierdzono, że: wątroba niepowiększona, normoechogeniczna, bez zmian ogniskowych; pęcherzyk żółciowy cienkościenny z pseudozastawką i złoziem średnio ok. 16 mm przyszyjkowo; drogi żółciowe wewnątrzwątrobowe i PŻW (przewód żółciowy wspólny) nieposzerzone; trzustka i śledziona niepowiększone, jednorodna; nerki położone typowo, należnej wielkości, bez zastoju, o zachowanej strukturze korowo – rdzeniowej, bez odbić typowych dla dużych złożeń; pęcherz moczowy o gładkich obrysach; gruczoł krokowy niepowiększony.

Po zapoznaniu się z wynikami powyższego badania, w dniu 9 marca 2011 roku lekarz medycyny J. M. (1)specjalista chirurg zatrudniony w SP ZOZ (...) w L. rozpoznał u powoda kamicę pęcherzyka żółciowego i skierował powoda na leczenie szpitalne, celem dokonania zabiegu operacyjnego, przy czym uzgodnił z powodem termin przyjęcia do szpitala na dzień 21 marca 2011 roku, a termin zabiegu operacyjnego na dzień 22 marca 2011 roku.

W dniu 21 marca 2011 roku powód został w trybie planowym przyjęty na Oddział Chirurgii SP ZOZ (...) w L. z powodu kamiczego zapalenia pęcherzyka żółciowego.

Po przyjęciu powoda do pozwanego szpitala nie wykonano u niego ponownego badania USG. Po przeprowadzeniu kwalifikacyjnego badania anestezjologicznego oraz podpisaniu przez powoda informacji o rodzaju planowanego u niego zabiegu operacyjnego i zgody na jego przeprowadzenie, w dniu 22 marca 2011 roku wykonano u powoda resekcję pęcherzyka żółciowego sposobem klasycznym. Powyższy zabieg wykonał zespół operacyjny kierowany przez lekarza

medycyny J. M. (1) W dokumentacji medycznej odnotowano wówczas: „wycięcia pęcherzyka żółciowego; drenaż jamy otrzewnowej; pęcherzyk żółciowy duży, napięty, w zrostach; zrosty uwolniono; cholecystektomia od dnia; PŻW i cysticus wąskie; w pęcherzyku dwa złoży średniej wielkości; homeostaza; drenaż jamy otrzewnej; szycie powłok”.

Podczas zabiegu, po nacięciu i otwarciu jamy brzusznej powoda, wykonujący go lekarze nie uwidocznili możliwie szeroko struktur tworzących tzw. trójkąt wątrobowo – pęcherzykowy (ograniczony od góry przez dolny brzeg prawego płata wątroby, przyśrodkowo przez przewód wątrobowy wspólny, a od dołu przez przewód pęcherzykowy i proksymalny odcinek przewodu żółciowego wspólnego oraz zawierający się w jego obrębie trójkąt Calota, który tworzą przewód pęcherzykowy, tętnica i przewód wątrobowy wspólny), co należy uznać za zachowanie nieostrożne – zwiększające możliwość wystąpienia uszkodzenia podczas tego zabiegu dróg żółciowych powoda. Kierujący zespołem operacyjnym, bardzo doświadczony chirurg (pracownik pozwanego od wielu lat, który przed przedmiotowym zabiegiem przeprowadził w pozwanej placówce medycznej nie mniej niż kilkaset tego typu zabiegów operacyjnych, prowadzący też od 01.04.1998 roku prywatną praktykę lekarską), uznał że nie jest konieczne do prawidłowego przeprowadzenia zabiegu szerokie uwidocznienie struktur tworzących tzw. trójkąt wątrobowo – pęcherzykowy, w tym trójkąt Calota, a podjęcie takiej próby przy zaistniałym stanie zapalnym pęcherzyka żółciowego jest utrudnione i może zwiększyć krwawienie w jakie brzusznej powoda.

W rezultacie w trakcie powyższego zabiegu operacyjnego, trwającego od godziny 8.35 do godziny 9.20 – chirurg operator zespołu operacyjnego lek. med. J. M. (1), podczas zakładania szwów w jamie brzusznej powoda, przekuł dolną ścianę przewodu wątrobowego wspólnego, czego nie zauważył. Chirurg wykonywał powyższy zabieg operacyjny, będąc po nocnym dyżurze (który zakończył w dniu planowanego zabiegu operacyjnego o godzinie 7.30 rano) i znajdując formalnie w 25 godzinie pracy bez przerwy. Uznał on, że skoro miał możliwość spania podczas dyżuru i nie czuje się zmęczony, może przystąpić do zabiegu jako chirurg - operator.

Mimo, że nie jest to postępowanie obligatoryjne, w trakcie powyższego zabiegu operacyjnego, bądź kierując się ostrożnością na wypadek ewentualnego uszkodzenia dróg żółciowych u powoda, bądź zakładając, że jest możliwe wydostawanie się z przewodów Luschka (w miejscu po odpreparowaniu pęcherzyka od wątroby) żółci przez pewien jeszcze czas po zabiegu - personel pozwanego zdecydował o założeniu drenu asekuracyjnego w okolicy łoży po pęcherzyku żółciowym, mającego na celu odprowadzanie na zewnątrz jamy brzusznej powoda żółci. Powyższe zachowanie personelu pozwanego uchroniło powoda przed wystąpieniem poważniejszych objawów zastoju żółci w jamie brzusznej oraz żółciowego zapalenia otrzewnej.

Nie stwierdzono by powód posiadał odmienności anatomiczne w przebiegu dróg żółciowych, czy wąskie drogi żółciowe. Powód nie jest drobnej budowy ciała.

W trakcie przedmiotowego zabiegu operacyjnego nie doszło u powoda do uszkodzenia dróg moczowych.

W okresie od 23 marca 2011 roku do 1 kwietnia 2011 roku powód był hospitalizowany w pozwanej placówce medycznej. W tym czasie z zainstalowanego w organizmie powoda podczas zabiegu operacyjnego drenu asekuracyjnego wydobywały się znaczne ilości treści żółciowej. W dniu 31 marca 2011 roku powodowi usunięto szwy pooperacyjne. Zdecydowano się wówczas nadal pozostawić zainstalowany w organizmie powoda podczas zabiegu operacyjnego – dren asekuracyjny. W dniu 1 kwietnia 2011 roku powoda wypisano z pozwanego szpitala do domu, uznając że zabieg cholecystektomii wykonano bez powikłań. Przy czym z uwagi na utrzymujący się przedłużony wyciek treści żółciowej z drenu, powód został wypisany do domu z drenem. Brak było jeszcze wówczas przekonujących dowodów na wysnucie podejrzenia zaistnienia u powoda uszkodzenia dróg żółciowych. Czynnikiem wpływającym na powolne rozwijanie się u powoda objawów choleostazy była obecność drenu asekuracyjnego założonego do łoży po pęcherzyku żółciowym.

W dniu 7 kwietnia 2011 roku powód ponownie zgłosił się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SP ZOZ (...) w L. z powodu zażółcenia powłok po cholecystektomii – objawów żółtaczki mechanicznej. Wykonano wówczas u niego badania laboratoryjne krwi oraz usg jamy brzusznej, a następnie przyjęto powoda na Oddział Chirurgiczny pozwanej placówki. W wyniku wykonanych u powoda badań MRCP w godzinach wieczornych stwierdzono, m.in. że u powoda wystąpiły: poszerzenie wewnątrzwątrobowych dróg żółciowych – przewody prawy i lewy do około 9 mm; początkowy

odcinek PŻW (przewodu żółciowego wspólnego) na długości około 1 cm poszerzony do 4 mm, gładko obrysowany, ostro zwężający się z patologicznym ubytkiem sygnału poniżej zwężenia, a powyżej końcówki drenu. W związku z podejrzeniem, że podczas zabiegu operacyjnego zespół operacyjny, a właściwie operator tego zespołu dokonał u powoda uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego - w dniu 10 kwietnia 2011 roku powód został przeniesiony do innej placówki medycznej (do Wojewódzkiego Szpitala (...)) w L.) celem wykonania u niego badania ECPW i operacji naprawczej.

Badanie ECPW potwierdziło uszkodzenie u powoda dróg żółciowych i w następstwie powyższego w dniu 12 kwietnia 2011 roku powód został poddany operacji naprawczej. Podczas niej stwierdzono u powoda widoczny gołym okiem ubytek dolnej ściany przewodu wątrobowego wspólnego około 1 cm od rozwidlenia i dlatego w ubytek wprowadzono dren Kehra 12 Ch oraz usunięto poprzedni dren.

Po powyższym zabiegu, w dniu 22 kwietnia 2011 roku powód, po uprzednim usunięciu szwów w powłok skóry i usunięciu drenea asekuracyjnego, z utrzymanym jednak drenem T (z powodu wycieku żółci), został wypisany do domu.

W dniach od 4 do 12 lipca 2011 roku powód ponownie był hospitalizowany w WSS w L., z powodu planowego usunięcia drenea. Usunięto wówczas u powoda dren T, a w jego miejsce założono dren asekuracyjny.

W okresie od 7 listopada 2011 roku do 3 stycznia 2012 roku powód ponownie był hospitalizowany. Do szpitala został przyjęty z powodu objawów zapalenia dróg żółciowych. Wykonano u niego ponownie badanie ECPW. Następnie pojawiły się u powoda objawy ostrego zapalenia trzustki. W trakcie tego pobytu powoda w szpitalu wykonano u niego dwa zabiegi operacyjne. W dniu 1 grudnia 2011 roku z powodu podejrzenia wystąpienia u powoda ropownicy zaotrzewnowej wykonano u niego zabieg nacięcia i zdrenowania przestrzeni zaotrzewnowej po stronie prawej. Podczas powyższej hospitalizacji dokonano u powoda też punkcji prawej jamy opłucnej. Do domu powód znów został wypisany z drenem, z powodu wyciekania z organizmu żółci.

Powód następnie do marca 2012 roku kontynuował leczenie, a następnie zgłaszał się zalecone mu okresowo kontrole w poradni chirurgicznej.

Bezpośrednią przyczyną rozwinięcia się u powoda ostrego zapalenia trzustki był zabieg ECPW (endoskopowej rewizji dróg żółciowych) przeprowadzony w listopadzie 2011 roku. Ostre zapalenie trzustki jest najczęstszym powikłaniem po ECPW i jest wpisane w ryzyko tej metody diagnostyczno – leczniczej. Konieczność wykonania powyższego zabiegu wynikała z kolei z leczenia zaistniałej u powoda szkody żółciowej. Zaistniałe u powoda ostre zapalenie trzustki pozostawało zatem w pośrednim związku przyczynowo – skutkowym z faktem uszkodzenia dróg żółciowych powoda podczas zabiegu operacyjnego w dniu 22 marca 2011 roku.

Powód obecnie skarży się na pojawiające się okresowo, zwłaszcza w godzinach rannych i wieczornych biegunki. Odczuwa dolegliwości bólowe umiejscowione w nadbrzuszu, promieniujące w kierunku klatki piersiowej – jakiś czas po jedzeniu. Najlepiej czuje się na czczo. Boi się wysiłku fizycznego. Strach przed wysiłkiem fizycznym i ćwiczeniami sprawnościowymi w pracy, spowodowały, że powód zrezygnował z dalszej zawodowej służby wojskowej. Powód obawia się też możliwości powikłań i konieczności reoperacji. Powód podaje, że zażywa Norvasc i Bisocrad.

Mimo obecnego, bardzo dobrego (przy uwzględnieniu pierwotnego charakteru uszkodzenia narządowego) stanu zdrowia A. K., nie można wykluczyć, że w trudnej do przewidzenia przyszłości dojdzie do jego pogorszenia – np. na skutek zwiększenia przewężenia dróg żółciowych, zastoju żółci i wtórego uszkodzenia mięszu wątroby i trzustki. W tego typu przypadkach klinicznych ryzyko pogorszenia stanu zdrowia w przyszłości zawsze istnieje. W przypadku kalectwa dróg żółciowych, do którego doszło u powoda, trudno też mówić o wyleczeniu, tj. do stanu zdrowia sprzed uszkodzenia dróg żółciowych. Obecnie, biorąc pod uwagę, że w wyniku jatrogennego uszkodzenia dróg żółciowych nie doszło ostatecznie do uszkodzenia wątroby i/lub trzustki, skutkującego uchwytnymi zaburzeniami czynnościowymi ich funkcji – w opinii specjalistów z zakresu chirurgii – stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu należy określić na 5%.

W związku z jatrogennym uszkodzeniem dróg żółciowych, okres leczenia i rekonwalescencji powoda po zabiegu cholecystektomii uległ wyraźnemu wydłużeniu. Z powodu uszkodzenia dróg żółciowych powód wymagał dodatkowych badań i skomplikowanego, uciążliwego leczenia, w tym leczenia chirurgicznego. Biorąc pod uwagę rodzaj przeprowadzonych badań oraz zastosowanej terapii można powiedzieć, że w okresie około 10 – 12 miesięcy stopień odczuwalnych przez powoda dolegliwości – natężenie cierpień fizycznych i psychicznych był bardzo duży i duży. W niewielkim stopniu istniało wówczas ryzyko niebezpieczeństwa śmierci powoda. Związane ono było z niemożliwymi do wcześniejszego przewidzenia powikłaniami po znieczuleniu ogólnym, zabiegu operacyjnym rekonstrukcji dróg żółciowych oraz badaniu ECPW.

W związku z zaistniałym w czasie cholecystektomii uszkodzeniem dróg żółciowych powoda – A. K. nie wymagał (poza krótkim okresem bezpośrednio po zabiegach operacyjnych oraz rekonwalescencji domowej) i nie wymaga obecnie pomocy osób trzecich.

Powód wymaga ciągłego stosowania diety lekkostrawnej (wątrobowej) oraz unikania nadmiernego wysiłku. Nie wymaga obecnie leczenia, ani zażywania leków. Według wskazań lekarskich zalecane jest wobec niego – w związku z zaistniałymi poważnymi powikłaniami pooperacyjnymi - prowadzenie bardziej oszczędnego trybu życia niż po niepowikłanej cholecystektomii.

Podjęte przez powoda od marca 2012 roku leczenie urologiczne pozostaje bez żadnego związku z uprzednim leczeniem chirurgicznym.

Powód – 6 lat po feralnym zabiegu operacyjnym - ma 56 lat. Przed przedmiotowym zabiegiem operacyjnym powód był leczony na nawracający zespół bólowy kręgosłupa, dyskopatię, nadciśnienie tętnicze, wadę serca – niedomykalność zastawki aortalnej, kamicę nerkową, nawracającą grzybicę skóry. Nie przebył wcześniej żadnego zabiegu operacyjnego.

Powód posiada wykształcenie wyższe – ekonomiczne. W dniu 15 września 1981 roku został powołany do czynnej służby wojskowej. Pracował jako żołnierz zawodowy w (...) Zarządzie (...) w L. od 1990 roku do 30 stycznia 2016 roku. Ostatnio na stanowisku Szefa (...), w stopniu podpułkownika WP. Następnie powód podjął pracę jako pracownik biurowy w wymiarze całego etatu w Agencji Mienia Wojskowego, gdzie pracuje do dzisiaj. W trakcie zawodowej służby wojskowej – powód przedkładał przełożonym zaświadczenia lekarskie o niemożności w okresie od 23 maja 2012 roku do 31 grudnia 2015 roku zdawania obowiązkowych testów sprawnościowych. W dniu 30 maja 2015 roku powód wypowiedział stosunek służbowy zawodowej służby wojskowej i poprosił o zwolnienie ze służby wojskowej z dniem 31 stycznia 2016 roku.

Orzeczeniem Nr (...) Centralnej Wojskowej Komisji Lekarskiej w W. powód (jako podpułkownik rezerwy) ze względu na przebytą cholecystektomię powikłaną jatrogennym uszkodzeniem dróg żółciowych leczonym operacyjnie z jego następowym zwięzieniem nieskutecznie leczonym ECPW powikłanym ostrym zapaleniem trzustki i ropownicą zaotrzewnową upośledzającą sprawność ustroju (przy wystąpieniu u powoda dwunastu schorzeń współistniejących z powyższym schorzeniem powodującym niezdolność do służby wojskowej) został uznany za trwale niezdolnego do zawodowej służby wojskowej i zaliczony do trzeciej grupy inwalidztwa.

Stan zdrowia powoda i posiadane przez niego schorzenia przed zabiegiem z dnia 22 marca 2011 roku pozwalały powodowi na pełnienie służby wojskowej.

Uszkodzenie dróg żółciowych jakie wystąpiło u powoda i następnie występujące powikłania w leczeniu wpłynęły negatywnie zarówno na sferę życia zawodowego powoda, który musiał zrezygnować z dalszej kariery zawodowego żołnierza. Nastąpiło to w sytuacji, gdy powód miał realną szansę – w sytuacji, gdyby nadal pełnił służbę – na awans na pułkownika WP. Wynikły z feralnej operacji stan zdrowia miał też wpływ na życie prywatne powoda. Uniemożliwił on powodowi planowane wyjazdy z żoną. Spowodował konieczność regularnych konsultacji lekarskich. Wpłynął

na psychikę powoda i sprawił występowanie u powoda obawy co do tego jak będzie dalej wyglądało jego życie, spowodował nerwowość oraz zmianę dotychczasowego trybu życia.

Konieczność wykonania operacji naprawczej wynikający z uszkodzenia dróg żółciowych powoda i powikłania w dalszym leczeniu spowodowały też potrzebę poniesienia przez powoda i jego rodzinę wydatków, związanych z: leczeniem, odwiedzinami żony w szpitalu podczas jego hospitalizacji.

W związku z zaistniałym kalectwem dróg żółciowych powód leczył się prywatnie u lekarza który przeprowadził u niego operację naprawczą po zaistniałym uszkodzeniu dróg żółciowych dr A. C., odbywając co najmniej 9 płatnych wizyt w prywatnym gabinecie lekarskim i co najmniej dwukrotnie wykonał prywatnie płatne badania diagnostyczne oraz co najmniej raz odbył konsultację u lekarza w W. – specjalisty z zakresu chirurgii i autorytetu medycznego spoza (...) ośrodka medycznego. Koszt każdej z wizyt raz badań wyniósł po ok. 100 – 150 zł. Na powyższe wizyty i konsultacje powód dojeżdżał wraz z członkiem rodziny samochodem osobowym. Powód był hospitalizowany przez łącznie 84 dni: w okresach: od 7 do 22 kwietnia 2011 roku (w tym czasie w dwóch placówkach medycznych), 4-12 lipca 2011 roku i 7 listopada 2011 roku – 3 stycznia 2012 roku. W tym czasie codziennie w szpitalu odwiedzała go żona, dojeżdżając do szpitala samochodem.

Do czynników wpływających na podwyższenie ryzyka jatrogennego uszkodzenia struktur przypecherzykowych oraz umiejscowionych w okolicy wnęki wątroby dróg żółciowych wymieniłem należy przebyte stany zapalne pęcherzyka żółciowego jak i tkanek około pęcherzykowych, odmienności anatomiczne w ich przebiegu, wąskie drogi żółciowe, a także budowę pacjenta (drobna budowa ciała predysponuje do uszkodzenia dróg żółciowych). Zmiany tego rodzaju zwiększają istotne niebezpieczeństwo nieprawidłowej identyfikacji śródoperacyjnej i przecięcia lub zaklipsowania przewodu żółciowego wspólnego lub przewodu wątrobowego wspólnego – zamiast przewodu pęcherzykowego.

Innym czynnikiem zagrożenia uszkodzenia dróg żółciowych jest tzw. niebezpieczna chirurgia, np. niestaranność chirurga (operatora).

Część uszkodzeń dróg żółciowych nie jest rozpoznawana śródoperacyjnie przez chirurga, a dopiero po pewnym czasie, co zwykle dowodzi przekonania chirurga o prawidłowości wykonanego zabiegu.

Podstawowym działaniem lekarza chirurga umożliwiającym przeprowadzenie niepowikłanej cholecystektomii jest wypreparowanie struktur trójkąta Calota (dróg żółciowych) oraz ich poprawna identyfikacja. Uwidocznienie przewodu oraz tętnicy pęcherzykowej oraz ich zróżnicowanie od innych przewodów żółciowych i naczyń powinno być wykonane możliwie szeroko. Jest to zwykle osiągalne bez trudu w zabiegu klasycznej cholecystektomii i trudniejsze w zabiegu cholecystektomii laparoskopowej.

Do uszkodzeń dróg żółciowych u pacjenta podczas klasycznej cholecystektomii dochodzi niezmiernie rzadko – w zakresie od 0,1 do 0,2% przypadków. Ze stanowiska lekarskiego mieści się ono zwykle w ramach ryzyka operacyjnego i jest spowodowane zwykle przebyłym stanem zapalnym pęcherzyka żółciowego jak i tkanek około pęcherzykowych, odmiennościami anatomicznymi w ich przebiegu, wąskimi drogami żółciowymi, a także drobną budowę ciała pacjenta. Często w przypadku uszkodzenia dróg żółciowych w trakcie operacji – nie rozpoznaje się go doraźnie, a dopiero po wystąpieniu objawów klinicznych tego uszkodzenia, którymi są choleostaza i żółtaczka mechaniczna.

W pozwanym SP ZOZ w latach 2006 – 2012 wykonywano rokrocznie zwykle po około 150 zabiegów operacyjnego usunięcia pęcherzyka żółciowego. Wyjątek stanowił tylko rok 2007, gdy wykonano ich 81. Większość z tych zabiegów wykonano metodą klasyczną. W okresie do 31 lipca 2010 roku do 30 lipca 2011 roku pozwany był ubezpieczony w zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności medycznej i posiadanego mienia – w (...) S.A.

Pozwany od 11 stycznia 2011 roku związany jest ze swoim pracownikiem lekarzem medycyny J. M. (1) także umową o udzielenie zamówienia na realizację świadczeń zdrowotnych oraz pełnienie dyżurów medycznych w Oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Urazowo-Ortopedycznym i Pododdziałem Urologicznym Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w L.. Przedmiotem umowy jest udzielenie zamówienia na wykonywanie całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym

czynności fachowych wchodzących w zakres dyżuru medycznego dla pacjentów ZOZ (...) w L.. Na podstawie powyższej umowy lek. med. J. M. (1) świadczy usługi zdrowotne dla pozwanego także poza godzinami pracy wynikającymi z umowy o pracę z pozwanym.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie następujących dowodów:

- dowodów z dokumentów dotyczących leczenia powoda k.: 72-108, 163-169, 174-194, 198-222, 229-239, 242-267, 273-274, 307, 566-570v,
- informacji k. 283, polisy OC k. 286 – 288, wydruku z CEiIDG k. 289, umowy o udzielenie zamówienia na realizację świadczeń zdrowotnych oraz pełnienie dyżurów medycznych k. 290-293 i polisy k. 294, dokumentacji systemu zarządzania jakością k. 308-325v, rozkazu personalnego k. 494, zaświadczeń lekarskich k. 496, orzeczenia lekarskiego k. 551-551v, zaświadczeń lekarskich k. 552-554, wypowiedzenia k. 555-558, orzeczenia CWKL w W. k. 579-583,
- zeznań świadków: J. M. (1) – nagranie k. 293 od 00:44:59 do 01:25:50, D. K. – nagranie k. 293 od 01:25:50 do 02:00:40, A. C. – nagranie k. 293 od 02:01:58 do 02:25:24, R. C. – nagranie k. 293 od 02:25:37 do 02:32:28, J. B. – protokół skrócony rozprawy k. 326-327v i nagranie k. 329 od 00:05:06 do 00:49:48,
- opinii instytutu naukowo – badawczego ( (...) w K.): głównej k. 351-368, uzupełniającej k. 460-463, drugiej opinii uzupełniającej k. 505-506,
- opinii biegłego z zakresu medycyny pracy A. S. k. 527-527v,
- opinii biegłego z zakresu medycyny pracy J. M. (2) k. 589-590,
- zeznań powoda – protokół skrócony k. 601v oraz nagranie k. 603 od 00:07:37 do 00:23:17 i nagranie k. 293 od 00:03:33 do 00:40:26.

Zgromadzone w sprawie dokumenty w tym dokumenty w postaci dokumentacji medycznej z placówek, w których leczyl się powód nie budziły wątpliwości Sądu odnośnie ich autentyczności, a także prawdziwości stwierdzonych w nich faktów. Ich wiarygodność nie była również kwestionowana przez strony.

Sąd obdarzył wiarą zeznania wszystkich składających zeznania w niniejszej sprawie świadków, uznając, że brak jest podstaw do omowy wiarygodności ich zeznaniom choćby w części.

Sąd podzielił wywołane w sprawie opinie biegłych sądowych z zakresu medycyny pracy, uznając że zostały one wydane przez osoby posiadające wiedzę specjalistyczną w swojej dziedzinie, kwalifikacje i doświadczenie, na podstawie materiału dowodowego znajdującego się w aktach sprawy.

Z tych samych względów Sąd podzielił także wywołaną w sprawie opinię instytutu naukowo – badawczego, przy czym uwzględnił jej ostateczne brzmienie wynikające z drugiej opinii uzupełniającej.

Powyższa opinia, a także zeznania zeznających w charakterze świadków lekarzy: J. M. (1), J. B., A. C. i R. C. pozwoliły na ustalenie stanu faktycznego w zakresie oceny przeprowadzonego przez personel medyczny pozwanego zabiegu, oceny staranności jego działania i wpływu zabiegu przeprowadzonego na powodzie na jego dalsze życie i zdrowie. Dowody te Sąd uznał, za kluczowe dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy.

Sąd obdarzył także wiarą zeznania samego powoda. Uwadze Sądu nie umknęło jednak, to że powód i jego żona (świadek D. K.), siłą rzeczy w sposób subiektywny i emocjonalny oceniają zarówno zachowanie personelu medycznego pozwanego, jak i zakres skutków dla powoda z niego wynikających. Sąd dał więc wiarę tym zeznaniom w zakresie faktów, a nie ocen.

Sąd pominął przy ustalaniu stanu faktycznego okoliczności wynikające z nie posiadających statusu dokumentu kserokopii – o ile nie znajdowały one potwierdzenia w innych dowodach.

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

Powództwo zasługuje na częściowe uwzględnienie.

Dla przyjęcia odpowiedzialności cywilnej strony pozwanej konieczne było ustalenie odpowiedzialności deliktowej personelu medycznego pozwanej placówki medycznej wykonującego względem powoda zabieg polegający na usunięciu pęcherzyka żółciowego metodą klasyczną.

Podstawę prawną powództwa stanowi w tym względzie przepis art. 430 k.c. w zw. z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i dentysty (tekst jednolity: Dz. U. 2008 r. Nr 136 poz. 857 ze zm.). Zgodnie z pierwszym z powołanych przepisów, 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 powierzonych jej czynności.

Między osobą powierzającą wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Szczególne znaczenie dla stosunku zwierzchnik – podwładny ma to, że przymiot podwładnego wiąże się z przyjęciem, że nie jest on w wykonywaniu danej czynności samodzielny. W ocenie Sądu należy za trafne uznać te wywody w piśmiennictwie oraz orzeczenia judykatury, które definiują pojęcie podporządkowania w szerszym zakresie, tj. podporządkowania ogólnoorganizacyjnego, obejmujące także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji, przykładowo w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii. Źródłem owego podporządkowania może być ustawa, umowa a nawet stosunki faktyczne. Najczęściej podporządkowanie znajduje wyraz w stosunku pracy, którego źródłem może być umowa o pracę, powołanie, mianowanie czy wybór. Art. 430 k.c. znajduje zastosowanie także wówczas, gdy stosunek łączący podwładnego ze zwierzchnikiem ma charakter tylko dorywczy. Przesłankami odpowiedzialności na podstawie art. 430 k.c. jest więc szkoda, która została wyrządzona osobie trzeciej przez podwładnego, wina podwładnego oraz okoliczność, że wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonych mu czynności. Wina w art. 430 k.c. została użyta w tym samym znaczeniu co w art. 415 k.c. Na gruncie prawa cywilnego winę można przypisać podmiotowi prawa, kiedy istnieją podstawy do negatywnej oceny jego zachowania z punktu widzenia zarówno obiektywnego, jak i subiektywnego. W obszarze deliktów prawa cywilnego rozróżnia się dwie postaci winy – umyślną i nieumyślną. Przy winie umyślnej sprawca ma świadomość szkodliwego skutku swojego działania i przewiduje jego nastąpienie, celowo do niego zmierza. Przy winie nieumyślnej sprawca przewiduje możliwość wystąpienia szkodliwego skutku, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że zdoła go uniknąć albo nie przewiduje możliwości jego nastąpienia, choć powinien i może je przewidywać. W obu formach winy nieumyślnej mamy do czynienia z niedbalstwem. Niedbalstwo polega nie niedołożeniu należytej staranności w stosunkach danego rodzaju staranności, niezbędnej do uniknięcia skutku, którego sprawca nie chciał wywołać. Trzecią, wspomnianą już przesłanką odpowiedzialności z art. 430 k.c. jest ustalenie, że wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu powierzonych czynności nie zaś przy okazji ( sposobności) wykonywani czynności. Oznacza to, że pomiędzy powierzeniem czynności a działaniem, w którego wyniku nastąpiła szkoda powinien zachodzić związek przyczynowy. Oczywiście niezbędnym jest także, wystąpienie adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zawinionym działaniem sprawcy szkody a szkodą wyrządzoną osobie trzeciej. Obowiązek wykazania wszystkich trzech przesłanek odpowiedzialności strony pozwanej ciąży w myśl art. 6 k.c. na osobie, która domaga się naprawienia szkody, a więc na powodzie.

Przepis art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i dentysty ( Dz. U. stanowi, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Naruszenie powyższych zasad może przybrać w szczególności postać tzw. błędu lekarskiego, polegającego bądź



to na błędnym zdiagnozowaniu lub zakwalifikowaniu pacjenta do zabiegu (błąd diagnostyczny), bądź też na nieprawidłowym, niezgodnym ze sztuką lekarską wykonaniu zabiegu lub leczeniu (błąd wykonawczy).

Wskazując na podstawę materialnoprawną powództwa, w kontekście okoliczności faktycznych wskazywanych przez powoda, należy także podnieść, iż zgodnie z obowiązującym w rozważanym okresie art. 19 ustawy o Zakładach opieki zdrowotnej - pacjent ma prawo do: świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej (pkt. 1) oraz prawo do informacji o swoim stanie zdrowia (pkt. 2). Obecnie powyższe prawa reguluje ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w art. 6 i 9. Nadto, po myśli obowiązującego wówczas przepisu art. 19a ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej - w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kodeksu cywilnego. Przepis art. 19a ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej został wprawdzie uchylony z dniem 5 czerwca 2007 r., tj. wraz z wejściem w życie przepisów wprowadzających ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ( Dz. U. z 2009, Nr 76, poz. 641). Jednocześnie jednak cytowana regulacja została w takim samym brzemieniu przeniesiona do art. 4 ww., ustawy o prawach pacjenta.

Błędy diagnostyki i terapii, opieszałość w podejmowaniu czynności, zaniechania wykonania badań, przeoczenia nieprawidłowości przy dokonywanych zabiegach i niedostateczne pouczenie pacjenta o ryzyku związanym ze stanem jego zdrowia, stanowią przesłanki odpowiedzialności lekarza z tytułu czynu niedozwolonego.

Ocena zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego pozwoliła Sądowi ustalić, że działaniu lekarzy przeprowadzających u powoda zabieg cholecystektomii klasycznej można przypisać cechy czynu bezprawnego zarówno w znaczeniu przedmiotowym jak i podmiotowym.

Jak wynika z zeznań świadka J. M. (1) - lekarza przeprowadzającego zabieg – zabieg usunięcia pęcherzyka żółciowego polega na jego odreparowaniu od łożyska. Ze sporządzonej na potrzeby niniejszego procesu opinii instytutu naukowo – badawczego wynika, że podczas zabiegu cholecystektomii klasycznej wykonywanego u powoda doszło do nakłucia (a tym samym uszkodzenia) przewodu wątrobowego wspólnego.

Trudno powyższe uszkodzenie dróg żółciowych powoda uznać za powikłanie, do którego może dojść przy każdym zabiegu operacyjnym. Zdaniem Sądu z treści wywołanej w sprawie opinii instytutu naukowo – badawczego wynika bowiem pośrednio, że z powikłaniem związanym z wykonaniem zabiegu medycznego mamy do czynienia wówczas, gdy cała procedura zabiegu była wykonana prawidłowo, a jedynie osobnicze właściwości organizmu pacjenta powodują, że nie dochodzi do uzyskania przewidywanego efektu zabiegu lub też, dochodzi wręcz do pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta. W niniejszej sprawie, celem przeprowadzonego zabiegu było usunięcie pęcherzyka żółciowego – jego odreparowanie od łożyska, a cała akcja chirurgiczna skierowana była na uzyskanie tego właśnie efektu. Jednakże podczas czynności chirurga operatora doszło do uszkodzenia dróg żółciowych powoda poprzez przeszycie dolnej ściany przewodu wątrobowego wspólnego - co niewątpliwie nie było objęte zamiarem i zakresem prac lekarza prowadzącego zabieg. Z zeznań świadka J. M. (1) wynika, że podczas zabiegu, po nacięciu i otwarciu jamy brzusznej powoda, wykonujący go lekarze nie uwidocznili możliwie szeroko struktur tworzących tzw. trójkąt wątrobowo – pęcherzykowy (ograniczony od góry przez dolny brzeg prawego płata wątroby, przyśrodkowo przez przewód wątrobowy wspólny, a od dołu przez przewód pęcherzykowy i proksymalny odcinek przewodu żółciowego wspólnego oraz zawierający się w jego obrębie trójkąt Calota, który tworzą przewód pęcherzykowy, tętnica i przewód wątrobowy wspólny) i nie wynika by było to niemożliwe. Należy podkreślić, że przedmiotowy, feralny zabieg był wykonywany metodą klasyczną (a nie laparoskopową), a więc w warunkach uprzedniego otwarcia jamy brzusznej pacjenta, czyli w sytuacji nieporównywalnie bardziej komfortowej dla zespołu operacyjnego niż zabieg wykonywany metodą laparoskopową, gdyż pozwalającej na - co do zasady - pełny wgląd na widoczne poza wątrobą drogi żółciowe pacjenta. Należy zauważyć, że kierujący zespołem operacyjnym, bardzo doświadczony chirurg (który przed przedmiotowym zabiegiem przeprowadził nie mniej niż kilkaset tego typu zabiegów operacyjnych), uznał że nie jest konieczne do prawidłowego przeprowadzenia zabiegu szerokie uwidocznienie struktur tworzących tzw. trójkąt wątrobowo – pęcherzykowy, w tym trójkąt Calota, dlatego że podjęcie takiej próby przy zaistniałym stanie zapalnym pęcherzyka żółciowego jest utrudnione i może zwiększyć krwawienie w jakie brzusznej powoda.

Z treści ostatniej z opinii uzupełniających (...) w K. wynika, zaś lekarze wykonujący zabieg powinni byli tego dokonać i jeżeli tego nie dokonali w sytuacji, gdy było to możliwe, to powyższe zachowanie należy uznać za zachowanie nieostrożne – zwiększające możliwość wystąpienia uszkodzenia podczas tego zabiegu dróg żółciowych powoda.

W tej sytuacji nie można przyjąć, że wynikłe w trakcie zabiegu operacyjnego uszkodzenie dróg żółciowych u powoda było następstwem powikłań zabiegu. Nie można też absolutnie przyjąć, że powód świadomie zgodził się na wszelkie komplikacje pooperacyjne, wyrażając zgodę na zabieg. Powód został poinformowany o możliwych powikłaniach podczas operacji (w tym również o możliwości uszkodzenia dróg żółciowych), występujących w niektórych przypadkach, we wszystkich szpitalach nie tylko w kraju ale i na świecie, pomimo dużego doświadczenia i staranności ze strony zespołu operacyjnego. Powód podpisał stosowny dokument świadomej zgody na operację, w którym zawarte były informacje związane z zabiegiem usunięcia pęcherzyka żółciowego, wobec czego był świadomy możliwości wystąpienia powikłań i świadomie wyraził zgodę na przedmiotowy zabieg operacyjny. Z całą pewnością nie wyraził jednak zgody na ewentualną niestaranność personelu medycznego i na możliwość ewentualnego popełnienia przezeń błędów.

Z treści opinii głównej (...) w K. wynika, że uszkodzenie dróg żółciowych podczas zabiegu usuwania pęcherzyka żółciowego spowodowane jest najczęściej różnymi wariantami budowy anatomicznej pacjenta, jak i zmianami pozapalnymi zmniejszającymi stosunki anatomiczne. Rzadziej powyższe następuje na skutek tzw. niebezpiecznej chirurgii, w tym niestaranności lekarza.

W ocenie Sądu owo ocenione przez instytut naukowo – badawczy, jako zachowanie nieostrożne lekarzy wykonujących zabieg i zwiększające możliwość wystąpienia uszkodzenia podczas tego zabiegu dróg żółciowych powoda, należy ocenić jako nienależytą niestaranność lekarzy wykonujących zabieg, wynikającą z pewnością nie z braku wiedzy, czy doświadczenia i nie z winy umyślnej, ale raczej ze stopnia zmęczenia chirurga operatora i związanej z tym chwilowej utraty koncentracji, czy uwagi, albo rutyny, bądź w końcu z nadmiernej pewności siebie. Tak czy inaczej takiego zachowania lekarza na gruncie prawa cywilnego nie można uznać za niezawinionego, nie można go bowiem zaaprobować skoro może wyrządzić tak ciężkie skutki dla pacjenta, jak miało to miejsce w przypadku powoda.

Nadmienić należy, że z treści opinii (...) w K. wynika, że niewykonanie przez personel pozwanego dodatkowego badania USG, a także ewentualnie innych badań, a także śródoperacyjne nierozpoznanie uszkodzenia dróg żółciowych u powoda, a także nie rozpoznanie powyższego podczas do końca hospitalizacji powoda w pozwanej placówce medycznej po wykonanym zabiegu – nie stanowiło błędu medycznego. Choć zauważyć należy, że pośrednio z treści opinii powyższego instytutu naukowo – badawczego a także z zeznań lekarzy - świadków w sprawie wynika, że śródoperacyjnie personel pozwanego mógł brać pod uwagę, że w trakcie operacji doszło do uszkodzenia dróg żółciowych powoda, gdyż mimo, że nie jest to postępowanie obligatoryjne (a nawet bardzo rzadkie jak wynika z zeznań świadka J. B.) - personel pozwanego zdecydował o założeniu drenu asekuracyjnego w okolicy łoży po pęcherzyku żółciowym, mającego na celu odprowadzanie na zewnątrz jamy brzusznej powoda żółci, a następnie o wypisaniu powoda z drenem do domu. Powyższe zachowanie personelu pozwanego było w okolicznościach sprawy zachowaniem jak najbardziej prawidłowym i uchroniło powoda przed wystąpieniem poważniejszych objawów zastoju żółci w jamie brzusznej oraz żółciowego zapalenia otrzewnej.

W ocenie Sądu zgromadzony w sprawie materiał dowodowy pozwolił przyjąć, że doszło do zdarzenia wywołującego szkodę u powoda, którym było niezamierzone uszkodzenie poprzez przescięcie dolnej ściany przewodu wątrobowego wspólnego. Ponadto działanie lekarza chirurga, który tego dokonał, było bezprawne w rozumieniu prawa cywilnego i zawinione w rozumieniu obiektywnej sprzeczności z wiedzą i praktyką lekarską, choć należy wyraźnie podkreślić, że wina ta ma charakter winy nieumyślnej w jej najlżejszej postaci. W ocenie Sądu, strona pozwana chcąc zwolnić się od odpowiedzialności w niniejszej sprawie winna udowodnić, że w tym konkretnym wypadku, lekarz nie miał możliwości, np. z uwagi na anomalie anatomiczne, w ogóle przewidzieć szkodliwych dla powoda skutków swego zachowania. Strona pozwana powyższego nie wykazała.

Stosownie do art. 445 k.c. w zw. z art. 444 k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Należy przypomnieć, że krzywda mieści w sobie wszelkie ujemne następstwa uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Chodzi tu o krzywdę ujmowaną jako cierpienia fizyczne – ból i inne dolegliwości oraz cierpienie psychiczne – ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała albo rozstroju zdrowia. Celem zadośćuczynienia jest złagodzenie doznanej krzywdy i obejmuje ono cierpienia mające charakter trwały jak i przemijający. Zadośćuczynienie powinno być odpowiednie i służyć złagodzeniu doznanej krzywdy.

W orzecznictwie ugruntował się aprobowany przez piśmiennictwo pogląd opowiadający się za kompensacyjnym charakterem przewidzianego w art. 445 § 1 k.c. zadośćuczynienia pieniężnego, to jest uznający je za sposób naprawienia szkody niemajątkowej, wyrażającej się krzywdą w postaci doznanych cierpień fizycznych i psychicznych (por. w szczególności wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 czerwca 1968 r., I PR 175/68, OSNCP 1969, nr 2, poz. 37; oraz uchwałę pełnego składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973 r., III CZP 37/73, OSNCP 1974, nr 9, poz. 145).

O rozmiarze należnego zadośćuczynienia pieniężnego powinien zatem decydować w zasadzie rozmiar doznanej krzywdy, a zatem stopień cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność, czas trwania, nieodwracalność następstw wypadku i inne podobne okoliczności. Niewymierny w pełni charakter tych okoliczności sprawia, że sąd przy ustalaniu rozmiaru krzywdy i tym samym wysokości zadośćuczynienia ma pewną swobodę. Podkreśla się, że ocena sądu w tym względzie powinna opierać się na całokształcie okoliczności sprawy, nie wyłączając takich czynników, jak przede wszystkim rozmiar doznanej krzywdy, a zwłaszcza stopień, czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych, trwałość skutków czynu niedozwolonego, czy też wiek poszkodowanego jak również ewentualne jego przyczynienie się do powstania lub zwiększenia rozmiaru doznanej szkody. Nadto zadośćuczynieni z jednej strony ma służyć złagodzeniu doznanej krzywdy i jednocześnie nie prowadzić do nadmiernego wzbogacenia osoby uprawnionej do otrzymania zadośćuczynienia (zob.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 lutego 2000 roku, III CKN 58/98, niepublikowany). Podnieść także należy, iż zadośćuczynienie zgodnie z poglądami doktryny, jak i judykatury winno mieć charakter całościowy i obejmować wszelkie cierpienia fizyczne, jak i cierpienia psychiczne, również te możliwe do wystąpienia w przyszłości (kompleksowo wyjaśnił to Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 3 lutego 2000 roku, opublikowanym w bazie Lex pod Nr 50824).

Wysokość odpowiedniej sumy, której przyznanie przewiduje art. 445 § 1 k.c., zależy więc przede wszystkim od rozmiaru doznanej przez poszkodowanego krzywdy, ustalonej przez sąd przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności sprawy. Jednocześnie, na co zwrócił uwagę Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 stycznia 2004 r. I CK 131/03 (OSNC 2005/2/40), powołanie się przez sąd przy ustalaniu zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na potrzebę utrzymania wysokości zadośćuczynienia w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, nie może prowadzić do podważenia kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy należy stwierdzić, że spowodowanie kalectwa dróg żółciowych u powoda przez personel pozwanego szpitala spowodował dla powoda znaczne cierpienia. Wynikły one dla powoda z konieczności poddania się operacyjnemu zabiegowi naprawczemu oraz dwóm dalszym niezbędnym zabiegom operacyjnym. Poważnym skutkiem niestaranności personelu pozwanego stało się rozwinięcie się u powoda najpierw ostrego zapalenia trzustki, który to stan zagrażał życiu powoda. Podkreślić należy, że w przypadku kalectwa dróg żółciowych, do którego doszło u powoda, trudno też mówić o wyleczeniu, tj. do stanu zdrowia sprzed uszkodzenia dróg żółciowych. Obecnie, biorąc pod uwagę, że w wyniku jatrogennego uszkodzenia dróg żółciowych nie doszło ostatecznie do uszkodzenia wątroby i/lub trzustki, skutkującego uchwytymi zaburzeniami czynnościowymi ich funkcji – w opinii specjalistów z zakresu chirurgii – stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu należy określić na 5%. W tego typu przypadkach klinicznych ryzyko pogorszenia stanu zdrowia w przyszłości zawsze istnieje. W związku z jatrogennym uszkodzeniem dróg żółciowych, okres leczenia i rekonwalescencji powoda po zabiegu cholecystektomii uległ wyraźnemu wydłużeniu. Z powodu uszkodzenia dróg żółciowych powód wymagał dodatkowych badań i

skomplikowanego, uciążliwego leczenia, w tym leczenia chirurgicznego. Biorąc pod uwagę rodzaj przeprowadzonych badań oraz zastosowanej terapii można powiedzieć, że w okresie około 10 – 12 miesięcy stopień odczuwalnych przez powoda dolegliwości – natężenie cierpień fizycznych i psychicznych był bardzo duży i duży. W tym czasie - 84 dni życia powód spędził w szpitalu.

Powód obecnie skarży się na pojawiające się okresowo, zwłaszcza w godzinach rannych i wieczornych biegunki. Odczuwa dolegliwości bólowe umiejscowione w nadbrzuszu, promieniujące w kierunku klatki piersiowej – jakiś czas po jedzeniu. Najlepiej czuje się na czczo. Boi się wysiłku fizycznego. Strach przed wysiłkiem fizycznym i ćwiczeniami sprawnościowymi w pracy, spowodowały, że powód zrezygnował z dalszej zawodowej służby wojskowej. Wyższy oficer WP (podpułkownik), mający realne szanse na dalszy awans, w wieku około 55 lat musiał zdjąć mundur i zostać cywilem.

Uszkodzenie dróg żółciowych jakie wystąpiło u powoda i następnie występujące powikłania w leczeniu wpłynęły negatywnie na życie prywatne powoda, zaburzyło jego dotychczasowy sposób życia, pewność siebie i poczucie własnej wartości, spowodowało niepewność i lęk co do własnej przyszłości i stanu zdrowia oraz konieczność regularnych konsultacji lekarskich.

Biorąc pod uwagę wszystkie powyższe ustalone okoliczności sprawy (w tym stosunkowo nieduży stopień winy sprawcy szkody) i mając na względzie ustalony w oparciu o nie rozmiar krzywdy powoda, należy go ocenić jako bardzo znaczny. Dlatego Sąd uznał, iż odpowiednią rekompensatą za krzywdę doznaną przez powoda powinna być kwota 150.000 zł zadośćuczynienia, o czym orzekł w punkcie I wyroku. W pozostałej części żądanie powoda dotyczące zadośćuczynienia, Sąd w punkcie IV wyroku oddalił, uznając je – w okolicznościach sprawy - za zbyt wygórowane.

Zgodnie z art. 444 § 1 i 2 k.c. – w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego koszty.

Powód w niniejszej sprawie domaga się w niniejszej sprawie odszkodowania w kwocie 7.435 zł. Na dochodzoną kwotę składają się: koszt wizyt lekarskich w kwocie 1.285 zł, koszt środków opatrunkowych (gaziki, worki na żółć, plastry, itp.), leków, zastrzyków (przeciwbólowych, odkażających, rozkurczowych) w kwocie 3.500 zł oraz dojazdów do lekarzy, przychodni, aptek, wiązanych z wizytami kontrolnymi oraz opieką sprawowaną przez żonę podczas pobytów w szpitalach w kwocie 2.650 zł.

W ocenie Sądu powód wykazał należycie, że odbył co najmniej 9 płatnych wizyt w prywatnym gabinecie lekarskim (dowody leczenia prywatnego – k. 229 i nast.) i co najmniej dwukrotnie wykonał prywatnie płatne badania diagnostyczne (k. 238 i 239) oraz co najmniej raz odbył konsultację u lekarza w W.. Koszt każdej z wizyt raz badań wyniósł po ok. 100 – 150 zł. Powód udowodnił, że koszty te były celowe, związane bowiem były z koniecznością niezbędnego leczenia i konsultacji lekarskich u lekarza, który przeprowadzał u powoda operację naprawczą i kierował dalszym leczeniem powoda. Powód wykazał też, że na powyższe wizyty i konsultacje dojeżdżał wraz z członkiem rodziny samochodem osobowym. Za udowodnione Sąd uznał, że w okresie hospitalizacji powoda - przez łącznie 84 dni - codziennie w szpitalu odwiedzała go żona, dojeżdżając do szpitala samochodem. Okoliczności powyższe wynikają z zeznań świadka D. K. oraz z zeznań powoda.

W tej sytuacji Sąd uznał za zasadne żądanie zwrotu kosztów wizyt lekarskich w kwocie 1.285 zł. Skoro bowiem powód poniósł koszt co najmniej 9 płatnych konsultacji lekarskich i koszt co najmniej 2 badań diagnostycznych w kwocie średnio po 125 zł (średnia z kwot 100 zł i 150 zł), to żądany przez niego z tego tytułu zwrot kosztów w kwocie 1.285 zł jest zasadny, gdyż jest nawet z pewnością mniejszy od poniesionych przez powoda wydatków (11 x 125 = > 1.285).

Sąd uznał za zasadne także żądanie powoda w zakresie zwrotu kosztów dojazdów do placówek medycznych – jego samego oraz jego żony – w części obejmującej kwotę 555 zł. Na kwotę tę składają się: kwota 380 zł tytułem zwrotu kosztów dojazdów do lekarzy, aptek oraz do szpitala przez żonę oraz kwota 175 zł stanowiąca w ocenie Sądu koszt dojazdu powoda na konsultację do lekarza w W.. Sąd przyjął, że żona powoda i sam powód – odbyli łącznie co najmniej 95 przejazdów w jedną stronę (czyli 190 w dwie strony) na trasie z miejsca zamieszkania w L., ul. (...) do WSS w L., ul.

(...). (...) (...)i do przyjmującego w ramach placówki medycznej (...) w L., ul. (...) dr A. C.. Żona powoda odwiedzając go 84 razy w szpitalu oraz powód dojeżdżając co najmniej 11 razy na konsultacje lekarskie i badania - pokonali tym samym co najmniej 95 średnio w jedną stronę ok. 4 km. Sąd przyjął, że łącznie ponieśli z tego tytułu koszt w kwocie nie mniejszej niż 380 zł (95 x 2 x 4 km x 0,50 zł) Sąd przyjął zarazem, że przeciętny koszt przejechania samochodem osobowym 1 km wynosi nie mniej niż 0,50 zł. Powód poniósł także koszt dojazdu do W. na konsultację lekarską, co w ocenie Sądu stanowiło dla niego celowy wydatek, nie mniejszy niż 175 zł. Sąd przyjął, że powód celowo w związku z leczeniem odbył konsultację lekarską u obdarzonego autorytetem specjalisty z innego ośrodka medycznego i w tym celu musiał ponieść co najmniej koszt dojazdu samochodem osobowym na trasie L. – W. – L., czyli 175 km w jedną stronę i 350 km w dwie strony. Przy wskazanej już stawce 0,50 zł za 1 km daje to kwotę 175 zł.

W oparciu o przedstawione przez powoda dowody oraz dyspozycję art. 322 k.p.c. – Sąd uznał, że powód udowodnił, że poniósł szkodę pozostającą w normalnym związku przyczynowym (w rozumieniu art. 361 k.c.) z przedmiotowym w niniejszej sprawie zdarzeniem szkodowym – w wysokości 1.840 zł.

Jednocześnie za nieudowodnione wystarczająco, że skutkiem wynikającym z art. 6 k.c. - Sąd uznał podnoszone przez powoda twierdzenia o poniesionym przez niego koszcie leków i środków medycznych oraz twierdzenia o poniesionym przez powoda koszcie opieki sprawowanej nad nim przez żonę. W ocenie Sądu powód nie przedstawił wystarczających dowodów na ustalenie wysokości szkody w tym zakresie.

Dlatego – co do wysokości odszkodowania - orzeczono jak w punkcie II wyroku i jednocześnie oddalono dalej idące żądanie zapłaty odszkodowania w pkt. IV wyroku.

W zakresie żądania powoda dotyczącego odsetek od kwot zasądzonych w punkcie I i II wyroku, Sąd uwzględnił treść przepisu art. 481 § 1 i 2 k.c. i art. 455 k.c.

Zgodnie z art. 455 k.c. – jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania (a tak jest w niniejszej sprawie), świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania.

Powód przed doręczeniem pozwu pozwanemu nie kierował do pozwanego wezwania do zapłaty. W tej sytuacji Sąd uznał, że powodowi należą się odsetki ustawowe za opóźnienie w zapłacie zasądzonej kwoty zadośćuczynienia oraz zasądzonej kwoty odszkodowania - w terminie liczonym od dnia doręczenia pozwu, w którym pozwany mógł spełnić powyższe świadczenie bez zbędnej zwłoki. Pozew został doręczony pozwanemu w dniu 23 stycznia 2013 roku (dowód doręczenia k. 272v). W ocenie Sądu należało więc na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c. oraz art. 455 k.c. zasądzić odsetki od zasądzonych tytułem żądań głównych kwot od dnia 7 lutego 2013 roku i oddalić żądanie zasądzenia odsetek ustawowych za opóźnienie w pozostałej części.

Dlatego o żądaniu powoda w przedmiocie odsetek od żądań głównych Sąd orzekł jak w punkcie I i II wyroku (w którym je częściowo uwzględnił) i w punkcie IV wyroku (w którym je oddalił w pozostałej części).

W ocenie Sądu - nadal zachowuje aktualność pogląd wyrażony w uchwale Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 1970 r., sygn. III PZP 34/69, OSNCP 1970/12/217, iż w sprawie o naprawienie szkody wynikłej z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia zasądzenie określonego świadczenia nie wyłącza jednoczesnego ustalenia w sentencji wyroku odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości z tego samego zdarzenia.

Szkody na osobie nie zawsze powstają jednocześnie ze zdarzeniem, które wywołało uszkodzenie ciała. Są one z istoty swej rozwojowe. Poszkodowany

z reguły nie może w chwili wszczęcia procesu dochodzić wszystkich roszczeń, jakie mogą mu przysługiwać z określonego stosunku prawnego. Następstwa bowiem uszkodzenia ciała są z reguły wielorakie i zwłaszcza w wypadkach cięższych uszkodzeń wywołują niekiedy skutki, których dokładnie nie można określić ani przewidzieć, gdyż są one zależne od indywidualnych właściwości organizmu, osobniczej wrażliwości, przebiegu leczenia i rehabilitacji

oraz wielu innych czynników. Przy uszkodzeniu ciała lub doznaniu rozstroju zdrowia poszkodowany może określić podstawę żadanego odszkodowania jedynie w zakresie tych skutków, które już wystąpiły, natomiast nie może określić dalszych skutków jeszcze nie ujawnionych, których jednak wystąpienie jest prawdopodobne. Często bowiem nie da się przewidzieć wszystkich następstw rozstroju zdrowia, chociaż nie można wykluczyć wystąpienia w przyszłości dalszych następstw uszkodzenia ciała obok tych, które się już ujawniły.

Artykuł 189 k.p.c. nie stoi zatem na przeszkodzie jednoczesnemu wytoczeniu powództw o świadczenie i o ustalenie w sytuacji, gdy ze zdarzenia wyrządzającego szkodę w postaci uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia przysługują już poszkodowanemu określone świadczenia, ale z tego samego zdarzenia mogą się ujawnić w przyszłości inne jeszcze szkody, których dochodzenie nie jest na razie możliwe.

Jak wynika ze złożonej do akt dokumentacji medycznej dotyczącej obecnego stanu zdrowia powoda oraz wywołanej w sprawie opinii (...) w K. i zeznań świadka A. C. – na skutek uszkodzenia dróg żółciowych powoda w trakcie przeprowadzonego w dniu 22 marca 2011 roku usunięcia pęcherzyka żółciowego, u powoda istnieje obecnie przewężenie dróg żółciowych i pomimo obecnego, bardzo dobrego (przy uwzględnieniu pierwotnego charakteru uszkodzenia narządowego) stanu zdrowia A. K., nie można wykluczyć, że w trudnej do przewidzenia przyszłości dojdzie do jego pogorszenia – np. na skutek zwiększenia przewężenia dróg żółciowych, zastoju żółci i wtórego uszkodzenia mięszu wątroby i trzustki.

Powyższe dowody przeprowadzone w sprawie, pozwalają więc na wnioskowanie o możliwości wystąpienia w przyszłości nieustalonych obecnie skutków zdarzenia szkodowego z dnia 22 marca 2011 roku. Tym samym, powód sprostał obowiązkowi (art. 6 k.c. w zw. z art. 232 k.p.c.) udowodnienia zasadności powództwa opartego na treści art. 189 k.p.c. i podlegało ono uwzględnieniu, w zakresie określonym w punkcie III wyroku.

Orzeczenie o kosztach procesu, zamieszczone w punkcie V wyroku znajduje oparcie w przepisach: art. 100 k.p.c., a także § 2 ust 1 i 2 oraz § 2 ust 1 i 2 oraz § 6 pkt. 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu (t.t. Dz. U. 2013 poz. 490).

W myśl art. 100 k.p.c. - w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone.

Orzeczenie o kosztach procesu uwzględnia wynik sprawy, a więc to, że powód wygrał proces w około 50% i zarazem przegrał w około 50%. Powód dochodził bowiem roszczeń pieniężnych o łącznej wartości 307.435 zł, Sąd zaś je uwzględnił w łącznym wymiarze 151.800 zł.

Powód poniósł w niniejszej sprawie celowe koszty procesu w łącznej kwocie 14.257 zł. Złożyły się na nie: uiszczona w części opłata od pozwu w kwocie 4.000 zł, koszt opłaty skarbowej od pełnomocnictwa udzielonego pełnomocnikowi w kwocie 17 zł, koszt zastępstwa procesowego przed Sądem pierwszej instancji - 7.200 zł oraz koszt postępowania zażaleniowego - 40 zł (opłata od zażalenia), koszt uiszczonych przez powoda i wydatkowanych w sprawie zaliczek w kwocie: 1.000 zł i 2.000 zł.

Pozwany poniósł w niniejszej sprawie celowe koszty procesu w łącznej kwocie 7.217 zł, na które składają się: koszt zastępstwa procesowego (7.200 zł) i koszt opłaty skarbowej od udzielonego pełnomocnikowi pełnomocnictwa (17 zł).

Obie strony poniosły zatem łącznie koszty procesu w kwocie 21.474 zł.

Biorąc pod uwagę wynik procesu należało zatem przyjąć, że każda ze stron powinna ponieść koszty procesu w kwocie po 10.737 zł (21.474 zł x 50%). Różnica pomiędzy poniesionym przez obie strony kosztami procesu, a kosztami które każda ze stron powinna ponieść wynosi zatem 3.520 zł (14.257 zł - 10.737 zł = 10.737 zł - 7.217 zł = 3.520 zł).

W związku z powyższym, Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3.520 zł, tytułem częściowego zwrotu kosztów procesu.

W sprawie pozostały do rozliczenia nieuiszczone w jej trakcie koszty sądowe – w łącznej kwocie 17.382,06 zł. Składają się na nie następujące kwoty: 11.372 zł (stanowiąca nieuiszczoną w tej części opłatę od pozwu k. 1 i k. 128 oraz k. 155), 18,43 – k. 224, 41,94 i 25,20 – k. 226, 6.792,05 – k. 449, 639,40 – k. 536, 19,80 – k. 573, 518,24 – k. 600 (stanowiące wydatki Skarbu Państwa w toku procesu), które należy pomniejszyć o kwotę 2.000 zł przebiegowanej na poczet kosztów sądowych zaliczki k. 425 – księga C pod poz. 1226/2014 – k. 425 i k. 609). Sąd mając na względzie, że obie strony w podobnych proporcjach wygrały i zarazem przegrały proces – po około 50% - obciążył każdą ze stron 50% wartości pozostałych do ściągnięcia kosztów sądowych, tj. kwotą 8.691,03 zł (17.382,06 zł x 50%).

Dlatego orzeczono jak w punkcie VI wyroku.

Powyższe rozstrzygnięcia o kosztach sądowych znajduje oparcie w dyspozycji przepisu art. 113 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku – o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz. U. z 2010 r., Nr 90, poz. 594 z późn. zm.), przy odpowiednim zastosowaniu zasad obowiązujących przy zwrocie kosztów procesu.

Z tych względów – na podstawie powołanych wyżej przepisów Sąd Okręgowy w Lublinie – orzekł jak w sentencji wyroku.