

Sygnatura akt VIII C 435/19

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 września 2023 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi - Widzewa w Łodzi VIII Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Tomasz Kalsztein

Protokolant: staż Aleksandra Łuczak

po rozpoznaniu w dniu 29 sierpnia 2023 roku w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa B. M.

przeciwko Zespołowi (...) w Ł.

o zapłatę

oddala powództwo;

przyznaje i nakazuje wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi na rzecz adwokata A. B. kwotę 5.400 zł (pięć tysięcy czterysta złotych) tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powódce B. M. z urzędu;

zasądza od powódki B. M. na rzecz pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ł. kwotę 2000 zł (dwa tysiące złotych) tytułem częściowego zwrotu kosztów procesu należnych strony przeciwnej;

odstępuje od obciążenia powódki B. M. nieuiszczonymi kosztami sądowymi przejmując je na rachunek Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi.

Sygn. akt VIII C 435/19

UZASADNIENIE

W dniu 25 stycznia 2019 roku powódka B. M. wytoczyła przeciwko Zespołowi (...) w Ł. powództwo o zapłatę kwoty 60.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 13.000 zł tytułem odszkodowania wraz z odsetkami za błąd lekarski. Ponadto wniosła o zwolnienie od kosztów sądowych oraz o ustanowienie pełnomocnika z urzędu. W uzasadnieniu podniesiono, że w sierpniu 1999 roku powódka doznała ostrego bólu kolki wątrobowej, któremu towarzyszyła żółtaczką. Powódka została zakwalifikowana przez pozwanego do zabiegu operacyjnego, który początkowo odbywał się przy pomocy lasera. Po jego rozpoczęciu zmieniono jednak metodę zabiegu i operacyjnie przecięto jej brzuch doprowadzając do uszkodzenia dróg żółciowych. Po operacji chora czuła się bardzo źle, kilkakrotnie była hospitalizowana. W trakcie kolejnych wizyt lekarze udzielali jej doraźnej pomocy odmawiając przeprowadzenia badań specjalistycznych i lekceważąc zgłaszane przez nią dolegliwości. W 2017 roku podczas ostatniego ataku silnych bóli brzucha powódka ponownie dostała żółtaczkę i pojechała do (...) Szpitala (...) w Ł.. Przyjmujący lekarz poinformował ją wówczas, że ma dużą ranę brzucha i zapytał, jakie otrzymała odszkodowanie za źle przeprowadzoną operację. Stamtąd trafiła do szpitala w W., gdzie przeszła zabieg.

(pozew k. 5-5v.)

Postanowieniem z dnia 26 lutego 2019 roku Sąd zwolnił powódkę od kosztów sądowych w całości oraz ustanowił dla niej pełnomocnika z urzędu.

(postanowienie k. 16)

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódki zwrotu kosztów procesu. W pierwszej kolejności pozwany podniósł zarzut przedawnienia roszczenia wskazując, że bezpośrednio po operacji przeprowadzonej w dniu 20 sierpnia 1999 roku powódka została powiadomiona o komplikacjach w postaci przecięcia głównego przewodu żółciowego oraz o konieczności wykonania pierwotnej jego rekonstrukcji. Od tej daty zaczął zatem biec termin przedawnienia, który upłynął najpóźniej w dniu 20 sierpnia 2009 roku. Niezależnie od powyższego pozwany wyjaśnił, że podczas hospitalizacji w sierpniu 1999 roku powódka została zakwalifikowana do zabiegu cholecystektomii techniką laparoskopową. W czasie operacji, po zaklipsowaniu i przecięciu przewodu pęcherzykowego stwierdzono wyciek żółci z okolic łoża pęcherzyka spowodowany uszkodzeniem głównej drogi żółciowej przebiegającej w sposób nietypowy, bo stycznie do szyi operowanego pęcherzyka żółciowego. Spowodowało to konieczność zmiany techniki operacji i dokonania rekonstrukcji uszkodzonej drogi żółciowej. Rekonstrukcja została wykonana prawidłowo, a leczenie pooperacyjne przebiegało bez dalszych powikłań. W trakcie jego trwania powódka została poinformowana o przyczynach i skutkach powikłań, otrzymała także w dacie wypisu kartę leczenia szpitalnego ze szczegółowym opisem przebiegu operacji. Szpital opuściła w stanie dobrym z zaleceniem kontrolnych badań. Pozwany podniósł również, że powikłania w postaci uszkodzenia dróg żółciowych na skutek ich nietypowego przebiegu podczas zabiegu, jak przedmiotowy, statystycznie wynoszą 0,3-2,7%.

(odpowiedź na pozew k. 28-29)

W toku procesu stanowiska stron nie uległy zmianie. Pełnomocnik powódki z urzędu podtrzymał pozew w całości oraz doprecyzował, że powódka żąda odsetek ustawowych za opóźnienie od dochodzonych w sprawie kwot od dnia 5 lipca 2018 roku do dnia zapłaty. Uzupełniając wyjaśnił, że dopiero w styczniu 2017 roku powódka uzyskała wiedzę na temat źle przeprowadzonego zabiegu, dlatego też od tej daty należy liczyć 3-letni termin przedawnienia. Niezależnie od powyższego podniósł, że zarzut przedawnienia jest sprzeczny z zasadami współzycia społecznego. Zwrócił uwagę, że powódka nie wyraziła zgody na zabieg operacyjny, a po przebytej operacji nie została poinformowana przez personel medyczny o przecięciu przewodów żółciowych.

(protokół rozprawy 89-92, k. 157-163, k. 193-194, k. 337-337v., pismo procesowe k. 142-145v., k. 155-156v., k. 168-168v.)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 14 sierpnia 1999 roku o godzinie 23:30 B. M. została przyjęta do szpitala – Zespołu (...) w Ł. – w trybie pilnym z powodu ostrego bólu brzucha o charakterze kolki wątrobowej z towarzyszącą żółtaczką. W wywiadzie lekarskim odnotowano fakt rozpoznanej rok wcześniej kamicy pęcherzyka żółciowego. Wykonane w dniu przyjęcia badania laboratoryjne potwierdziły żółtaczkę i określiły znacznie podwyższony poziom bilirubiny we krwi oraz fosfatazy zasadowej. W pierwszym etapie hospitalizacji podjęto decyzję o leczeniu zachowawczym chorej, następnie została ona zakwalifikowana do zabiegu laparoskopii wyznaczonego na dzień 20 sierpnia 1999 roku.

Początkowo przedmiotowy zabieg przebiegał w sposób standardowy. Wypreparowano struktury anatomiczne związane z pęcherzykiem żółciowym, zaklipsowano i przycięto. Następnie rozpoczęto przy użyciu haczyka z elektrokoagulacją wycinanie pęcherzyka żółciowego z jego łoża w wątrobie. Podczas tej czynności zauważono wypływ treści żółciowej od strony wątroby co spowodowało podjęcie decyzji o konwersji, tj. zamiany operacji laparoskopowej na metodę klasyczną – otwartą. Dalszymi czynnościami operacyjnymi, już po otwarciu jamy otrzewnej, potwierdzono

uszkodzenie dróg żółciowych (wycięcie około 3 cm odcinka głównej drogi żółciowej przebiegającej nietypowo od wnęki wątroby stycznie do szyi pęcherzyka żółciowego) i ostatecznie podjęto decyzję o jednoczasowej rekonstrukcji dróg żółciowych. Wykonano zespolenie dróg żółciowych z jelitem czczym sposobem R. an Y. W miejscu typowym pozostawiono w jamie otrzewnej dren asekuracyjny. Po zabiegu włączono antybiotykoterapię i żywienie pozajelitowe. W dniu 30 sierpnia 1999 roku usunięto szwy operacyjne, a dzień później powódkę wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym.

W wydanej powódce karcie informacyjnej leczenia szpitalnego w epikryzie wskazano, że w czasie zabiegu wykonywanego techniką laparoskopii, po zaklipsowaniu i przecięciu przewodu pęcherzykowego stwierdzono wyciek żółci z okolicy łoża z przewodu żółciowego. Dokonano konwersji. Po laparotomii stwierdzono wycięcie około 3 cm odcinka głównej drogi żółciowej przebiegającej nietypowo od wnęki stycznie do szyi pęcherzyka żółciowego. Wykonano zespolenie przewodu wątrobowego na wysokości ostrogi z pętlą jelita czczego sp. R. an Y. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Powódka miała wiedzę, że zmieniono technikę operacyjną z laparoskopowej na tradycyjną, jak również, że po dokonaniu konwersji rozcięto jej brzuch.

(dowód z przesłuchania powódki – elektroniczny protokół rozprawy z dnia 21 stycznia 2020 roku i z dnia 16 lutego 2021 roku, pisemna opinia biegłego chirurga k. 199-204v., dokumentacja medyczna k. 30-42v., okoliczności bezsporne)

Po przebyciu przedmiotowego zabiegu B. M. była wielokrotnie hospitalizowana, w tym w pozwanej placówce medycznej. Zgłaszała wówczas dreszcze, wymioty, bóle brzucha. Po wdrożeniu leczenia zachowawczego stan powódki ulegał poprawie i była ona wypisywana do domu.

W sporządzonej w związku z pobytami w szpitalach dokumentacji medycznej odnotowano następujące wpisy dotyczące zabiegu z sierpnia 1999 roku:

we wkładce do historii zdrowia i choroby Szpitala im (...) z dnia 16 lipca 2014 roku: kalectwo dróg żółciowych. Stan po cholecystektomii i zespoleniu przewodu wątrobowego (...),

w karcie informacyjnej (...) z dnia 24 listopada 2016 roku: w wywiadzie stan po cholecystektomii i choledochojunostomii w 1999 roku (...),

w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego Szpitala im. (...) z dnia 5 grudnia 2016 roku: pacjentka lat 38 po cholecystektomii powikłanej uszkodzeniem dróg żółciowym z wykonanym zespoleniem żółciowo-jelitowym w 1999 roku (...),

w karcie informacyjnej (...) Szpitala (...) w Ł. z dnia 16 stycznia 2017 roku: stan po jatrogennym uszkodzeniu przewodu żółciowego wspólnego podczas cholecystektomii, stan po zespoleniu przewodu wątrobowego z jelitem cienkim (...)

w karcie informacyjnej leczenia w (...) Sp. z o.o. z dnia 28 stycznia 2017 roku: pacjentka po jatrogennym uszkodzeniu dróg żółciowych podczas cholecystektomii i zespoleniu przewodowo-jelitowym (...),

w karcie informacyjnej leczenia w (...) Sp. z o.o. z dnia 17 marca 2017 roku: przebyte zespolenie jelitowe na pętli R. (...),

we wkładce do historii zdrowia i choroby Szpitala im (...) z dnia 1 kwietnia 2015 roku, 9 grudnia 2015 roku, 21 września 2016 roku, 7 czerwca 2017 roku,

18 kwietnia 2018 roku, 20 marca 2019 roku: w sierpniu 1999 roku cholecystektomia laparoskopowa, w trakcie której doszło do uszkodzenia dróg żółciowych (...),

(dowód z przesłuchania powódki – elektroniczny protokół rozprawy z dnia 21 stycznia 2020 roku i z dnia 16 lutego 2021 roku, dokumentacja medyczna k. 30-42v., dokumentacja medyczna k. 96-105v., k. 127-137)

W czasie pobytu B. M. w (...) Szpitalu (...) w Ł.

w dniu 16 stycznia 2017 roku badający ją lekarz zapytał ją, czy otrzymała odszkodowanie w związku z przecięciem przewodu żółciowego, dodając, że odszkodowanie takie jej się należy. Po tej wizycie powódka w marcu 2017 roku przeszła zabieg operacyjny w W., po którym jej stan zdrowia uległ poprawie.

(dowód z przesłuchania powódki – elektroniczny protokół rozprawy z dnia 21 stycznia 2020 roku, z dnia 17 września 2020 roku, z dnia 16 lutego 2021 roku, dokumentacja medyczna

k. 30-42v., zeznania świadka P. M. – elektroniczny protokół rozprawy z dnia 17 września 2020 roku, zeznania świadka B. S. – elektroniczny protokół rozprawy z dnia 17 września 2020 roku, zeznania świadka J. T. – elektroniczny protokół rozprawy z dnia 17 września 2020 roku)

W wyniku doznanego urazu śródoperacyjnego powódka doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu na poziomie 30% według pkt 72b. Ustalenie uszczerbku na maksymalnych poziomie 60% jest zarezerwowane dla najcięższych przypadków kalectwa dróg żółciowych, które nie występowały i nie występują u powódki.

Zakres cierpień fizycznych powódki po wypisie ze szpitala był niewielkiego stopnia. Po powrocie do domu wymagała ona pomocy osób trzecich w prostych czynnościach życia codziennego przez okres około 2 tygodni. Była również niezdolna do pracy w okresie 6 tygodni po zabiegu. Dalsze hospitalizacje nie wiązały się z potrzebą pomocy osób trzecich po zakończeniu leczenia szpitalnego. Rokowania na przyszłość powódki w związku z przebyłym śródoperacyjnym uszkodzeniem dróg żółciowych są niepewne.

W związku ze stwierdzonymi objawami ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego na tle kamiczym przebiegającego z żółtaczką powódka została właściwie zakwalifikowana w trybie pilnym do leczenia w warunkach szpitalnych. Podczas pobytu powódki w pozwanym szpitalu podjęto właściwe czynności diagnostyczno-lecznicze na początku leczenia. Decyzja o próbie leczenia zachowawczego oraz późniejsze zakwalifikowanie powódki do zabiegu operacyjnego były merytorycznie uzasadnione.

Zaistniałe zdarzenie w postaci uszkodzenia dróg żółciowych podczas zabiegu laparoskopowego nie wyczerpuje jednoznacznie zapisów definicji błędu medycznego. Postępowanie lekarza operującego było właściwe, a mimo tego doszło do omyłkowego przecięcia przewodu żółciowego, zamiast właściwego przecięcia przewodu pęcherzykowego. Omyłka ta została wywołana nietypowym przebiegiem przewodu żółciowego u powódki. Uszkodzenie dróg żółciowych jest mogącym wystąpić powikłaniem operacji laparoskopowej występującym w około 0,1%-0,2% operacji nawet w ośrodkach o najwyższym stopniu referencyjności. Nietypowy przebieg dróg żółciowych jest jednym z czynników ryzyka tego typu powikłań. Przedmiotowe zdarzenie nosi cechy nieszczęśliwego powikłania śródoperacyjnego mieszczącego się w granicach przyjętego ryzyka operacyjnego.

Decyzja zespołu operacyjnego o konwersji w momencie zauważenia wycieku treści żółciowej w polu operacyjnym oraz o jednoczesowej rekonstrukcji dróg żółciowych była właściwa z medycznego punktu widzenia i podjęta niezwłocznie. Postępowanie pozwanego

w okresie pooperacyjnym, tj. włączenie antybiotykoterapii, stosowanie żywienia pozajelitowego, włączenie i rozszerzenie żywienia doustnego, dobór wykonywanych badań kontrolnych laboratoryjnych, było właściwe i zgodne ze sztuką chirurgiczną.

Proces i sposób leczenia powódki został przez pozwanego opisany w karcie leczenia szpitalnego w rubryce „leczenie” i w epikryzie, w której treści zawarto dokładny opis zdarzenia. Odnotowane w epikryzie powikłanie i sposób jego

zaopatrzenia zostało opisane w sposób prosty, jednoznaczny, a zawarty opis winien być zrozumiały również dla osoby bez wykształcenia medycznego. Zamieszczona informacja o przebiegu leczenia operacyjnego miała wystarczający charakter.

Zespolenie przewodowo-jelitowe nie wymagało zmiany trybu życia, ani specjalnej diety. Istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zabiegiem z sierpnia 1999 roku a nawracającymi zapaleniami dróg żółciowych. Brak jest jakichkolwiek dowodów na to, aby stan metaboliczny wątroby pogarszał się w związku z przedmiotowym zabiegiem.

Nawracające zapalenia dróg żółciowych rozpoznawane w latach 2001-2002 w oddziale chirurgicznym pozwanego wynikały z kalectwa dróg żółciowych i należały do obrazu chorobowego tego kalectwa. Były one prawidłowo rozpoznawane i leczone zachowawczo.

W tym okresie nie było wskazań do poszerzenia diagnostyki o inne badania obrazowe niż USG brzucha. W okresie od stycznia 2002 roku do listopada 2016 roku zespolenie przewodowo-jelitowe nie dawało jakichkolwiek objawów zapalenia/niedrożności, nie występowały również objawy kamicy przewodowej.

Nawracające zapalenia dróg żółciowych wpisane są w historię naturalną zespołów przewodowo-jelitowych, doprowadziły u powódki do zwężenia zespolenia oraz kamicy lewego przewodu żółciowego. Poszerzenie diagnostyki oraz zabiegi naprawcze winno być wykonywane z chwilą istotnej progresji choroby, przede wszystkim zwężenia zespolenia, którego pełne objawy wystąpiły u powódki w styczniu 2017 roku. Objawy te zostały odpowiednio rozpoznane i leczone.

U powódki stwierdza się metabolicznie sftuszczeniową chorobę wątroby - (...).

Bóle brzucha nawet w odległym czasie od prawidłowo przeprowadzonego zabiegu operacyjnego mogą występować u pacjenta i mieć różne pochodzenia oraz nasilenie.

(pismna opinia biegłego chirurga k. 199-204v., pismna opinia biegłego gastroenterologa k. 236-247, pismna opinia biegłego z zakresu chorób wewnętrznych k. 271-276, pismna opinia biegłego internisty-diabetologa k. 300-302v.)

Pismem z dnia 5 lipca 2018 roku, doręczonym w dniu 20 lipca 2018 roku, powódka zgłosiła szkodę pozwanemu domagając się zapłaty w terminie 7 dni kwoty 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz 60.000 zł tytułem odszkodowania w związku z nieprawidłowo przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym.

(wezwanie do zapłaty k. 77-79, okoliczności bezsporne)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił bądź jako bezsporny, bądź na podstawie powołanych wyżej dowodów, w tym dowodów z dokumentacji medycznej oraz na podstawie zeznań powódki oraz świadków. Za podstawę ustaleń faktycznych Sąd przyjął ponadto opinie biegłych sądowych. Oceniając wydane opinie Sąd w przeważającym zakresie nie znalazł podstaw do kwestionowania zawartych w ich treści wniosków, opinie te były bowiem rzetelne, jasne, logiczne oraz w sposób wyczerpujący objaśniające budzące wątpliwości kwestie. Opinie te w pełni odnosiły się do zagadnień będących ich przedmiotem, wnioski biegłego nie budzą przy tym wątpliwości w świetle zasad wiedzy oraz doświadczenia życiowego, a jednocześnie opinie zostały sporządzone w sposób umożliwiający przesłedzenie - z punktu widzenia zasad wiedzy, doświadczenia życiowego i logicznego rozumowania - analizy przez biegłych zagadnień będących ich przedmiotem. Wydając opinie biegli oparli się na zgromadzonym w aktach sprawy materiale dowodowym, w tym dokumentacji medycznej powódki. Odnosząc się do zakresu, w jakim Sąd zakwestionował opinie biegłych wyjaśnienia wymaga, że dotyczyło to dwóch kwestii. Po pierwsze Sąd nie podzielił opinii biegłego G. na okoliczność doznania przez powódkę uszczerbku na zdrowiu na poziomie aż 60%. Uszczerbek ten został przez tego biegłego orzeczony w maksymalnej wysokości, a jednocześnie w sposób znaczny różni się od uszczerbku orzeczonego przez troje pozostałych biegłych, którzy w oparciu o ten sam pkt 72b orzekli go na poziomie 30%. Zdaniem Sądu za przekonujące uznać należy wyjaśnienia biegłego L., że uszczerbek w maksymalnej wysokości zarezerwowany jest dla

najcięższych przypadków kalectwa dróg żółciowych, które u powódki nie wystąpiło. Biegły ten w najszerszy sposób odniósł się przy tym do związku, a raczej jego braku pomiędzy dolegliwościami, na jakie uskarżała się powódka w trakcie kolejnych hospitalizacji a dokonanym zespoleniem przewodowo-jelitowym. W konsekwencji Sąd uznał, że przyjęte przez biegłego G. założenie, że na wysokość uszczerbku wpłynął m.in. przewlekły proces zapalny dróg żółciowych, jest błędne, albowiem aż do stycznia 2017 roku brak było medycznych przesłanek do wiązania stanu zdrowia powódki, w szczególności zgłaszanych przez nią dolegliwości, z w/w zespoleniem. Ów brak związku stanowi jednocześnie drugą kwestię w zakresie której Sąd nie podzielił stanowiska niektórych biegłych, tj. biegłego G. i M.. Wyjaśnienia wymaga, że biegły M. wprost takiego związku nie wywiódł, a jedynie poczynił uwagę, że zgłaszane przez powódkę bóle winny stanowić podstawę do poszerzenia diagnostyki, której wyniki być może uchroniłyby powódkę od kolejnych hospitalizacji. Niemniej jednak obaj biegli, co wykazał biegły L., nie uwzględnili w procesie leczenia powódki faktu istnienia u niej metabolicznej stłuszczeniowej choroby wątroby, nie poddali także szczegółowej analizie przyczyn hospitalizacji w latach 2000-2002 roku, jak i przebiegu jej późniejszego leczenia w innych placówkach zdrowotnych. Tymczasem analiza taka (k. 271v.-272v.) zdaniem biegłego wskazuje, że nie tylko nie było podstaw do poszerzenia diagnostyki, ale również, że objawy choroby dróg żółciowych ustąpiły u powódki na okres kilkunastu lat. Co istotne biegły podkreślił, że leczenie w pozwanym szpitalu w latach 2000-2002 dotyczyło zapalenia dróg żółciowych będącego następstwem kalectwa tych dróg, nie zaś zwężenia zespolenia przewodowo-jelitowego, którego objawy kliniczne wystąpiły dopiero w styczniu 2017 roku.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo było niezasadne.

W przedmiotowej sprawie zdarzeniem rodzącym w mniemaniu powódki odpowiedzialność strony pozwanej jest wadliwie przeprowadzony w dniu 20 sierpnia 1999 roku zabieg laparoskopii, w czasie którego doszło do przecięcia dróg żółciowych. Pozwany kwestionował zasadę swojej odpowiedzialności podnosząc, że w postępowaniu personelu lekarskiego nie wystąpiły żadne błędy natury medycznej mogące stanowić podstawę przyjęcia odpowiedzialności za szkodę powódki objętą żądaniem pozwu. W konsekwencji, w pierwszej kolejności ustaleniu podlegało, czy lekarze przeprowadzający przedmiotowy zabieg dopuścili się błędów w sztuce lekarskiej, które rodziłyby odpowiedzialność pozwanego.

Rozważania w powyższym zakresie należy rozpocząć od wskazania, iż odpowiedzialność Zespołu (...) w Ł., kształtuje przepis art. 415 k.c., jest to więc odpowiedzialność na zasadzie winy. Do przesłanek odpowiedzialności deliktowej należą: zdarzenie, z którym system prawny wiąże odpowiedzialność na określonej zasadzie, oraz szkoda i związek przyczynowy między owym zdarzeniem a szkodą. Odpowiedzialność ta, co wprost wynika z przytoczonego przepisu, jest przy tym odpowiedzialnością na zasadzie winy. Prawo cywilne rozróżnia, analogicznie jak prawo karne, dwie postacie winy: winę umyślną, dolus

i nieumyślną – niedbalstwo, culpa. Wina umyślna zachodziła będzie wtedy, gdy sprawca chce (dolus directus) wyrządzić drugiemu szkodę (czyli: ma świadomość szkodliwego skutku swego zachowania się i przewiduje jego nastąpienie, celowo do niego zmierza) lub co najmniej świadomie godzi się na to (dolus eventualis – por. Z. Radwański, A. Olejniczak, Zobowiązania..., s. 200; G. Bieniek (w:) Komentarz..., s. 218; Z. Banaszczyk (w:) Kodeks..., s. 1214). Wina nieumyślna zachodziła będzie wówczas, gdy sprawca wprowadzie przewiduje możliwość wystąpienia szkodliwego skutku, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że zdoła go uniknąć albo też nie przewiduje możliwości nastąpienia tych skutków, choć powinien i może je przewidzieć. W obu formach mamy do czynienia z niedbalstwem (culpa), bowiem w prawie cywilnym, odmiennie niż w prawie karnym, obie postaci winy nieumyślnej sprowadza się do niedbalstwa (por. Z. Masłowski (w:) Kodeks..., s. 983; W. Dubis (w:) Kodeks..., s. 699). Z kolei pojęcie niedbalstwa wiąże się w prawie cywilnym z niezachowaniem wymaganej staranności. Dlatego chcąc dokonać oceny, kiedy mamy do czynienia z winą w postaci niedbalstwa, decydujące znaczenie ma miernik staranności, jaki przyjmuje się za wzór prawidłowego postępowania. Jaki to jest miernik – wskazuje przepis art. 355 k.c., odnoszący się do odpowiedzialności kontraktowej i deliktowej (por. A. G., Komentarz do

art. 415 Kodeksu cywilnego). Przypisanie określonej osobie niedbalstwa uznaje się za uzasadnione wtedy, gdy osoba ta zachowała się w określonym miejscu i czasie w sposób odbiegający od właściwego dla niej miernika należytej

staranności. O stopniu niedbalstwa świadczy stopień staranności, jakiego w danych okolicznościach można wymagać od sprawcy; niezachowanie podstawowych, elementarnych zasad ostrożności, które są oczywiste dla większości rozsądnie myślących ludzi stanowi o niedbalstwie rażącym. Poziom ww. elementarności i oczywistości wyznaczają okoliczności konkretnego stanu faktycznego, związane m.in. z osobą sprawcy, ale przede wszystkim zdarzenia obiektywne, w wyniku, których powstała szkoda (por. wyrok SA w Katowicach z dnia 25 lipca 2013 roku, V ACa 472/12, LEX; wyrok SN z dnia 10 sierpnia 2007 roku, II CSK 170/07, LEX). Ocena, czy zachowanie danej osoby należy kwalifikować w kategoriach niedbalstwa wymaga zatem stworzenia modelu należytej staranności dla każdego omawianego przypadku i przyrównania zachowania tejże osoby do takiego teoretycznego wzorca. Ów wzorzec winien być przy tym formułowany na poziomie obowiązków dających się wyegzekwować, nieoderwanych od doświadczeń i konkretnych okoliczności (wyrok SN z dnia 23 października 2003 roku, V CK 311/02, LEX). Jak wyjaśnił przy tym Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 2 grudnia 2003 roku (III CK 430/03, OSNC 2005/1/10) zakresem bezprawności nie są objęte tylko naruszenia zawartych w przepisach - różnych zresztą gałęzi prawa - zakazów czy nakazów, adresowanych do ogółu lub określonych podmiotów, ale ponadto naruszenia zasad współzycia społecznego. Ogólny zakaz niewyrządzenia szkody drugiemu uzasadnia - w konkretnych okolicznościach sprawy - podjęcie niezbędnych czynności zapobiegających możliwości powstania szkody na osobie lub w mieniu. Obowiązek należytej dbałości o życie i zdrowie człowieka lub nienarażania na jego utratę może wynikać nie tylko z normy ustawowej, ale także ze zwykłego rozsądku, popartego zasadami doświadczenia, które nakazują nie tylko unikania zbędnego ryzyka, lecz także podejmowania niezbędnych czynności zapobiegających możliwości powstania zagrożenia dla życia lub zdrowia człowieka.

Z uwagi na fakt, iż w omawianej sprawie zdarzeniem konstytuującym odpowiedzialność pozwanego jest działanie zatrudnionego u niego personelu medycznego wskazać należy również, że zgodnie z poglądem wyrażonym w judykaturze, warunkiem przyjęcia, że doszło do błędu medycznego, a w konsekwencji, że istnieją podstawy do uzyskania zadośćuczynienia, jest ustalenie, że postępowanie personelu medycznego było obiektywnie niezgodne ze wskazaniami współczesnej wiedzy medycznej oraz miało charakter zawiniony, tj. że postępowanie to w danych okolicznościach sprawy może być przedmiotem zarzutu, że było nieprawidłowe, przy uwzględnieniu surowych wymagań stawianych lekarzom w zakresie profesjonalizmu postępowania (art. 355 § 2 k.c.), co nakazuje szczególnie rygorystycznie oceniać wszelkie nieprawidłowości, oraz tego, że w podobnych przypadkach o winie przesądza najmniejszy nawet stopień zawinienia, w tym nie tylko wina umyślna, ale także najmniejsza nawet lekkomyślność lub niedbalstwo. Odpowiedzialność lekarza powstanie w wypadku "błędu w sztuce", czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, czyli polegający na zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca. Jak wyjaśnił Sąd Apelacyjny w Łodzi z dnia 13 grudnia 2019 roku ((I ACa 108/19, L.), „wysokie wymagania stawiane lekarzowi nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej

i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej. Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem

w wypadku błędu w sztuce”. Przy ocenie postępowania lekarza należy też mieć na względzie uzasadnione oczekiwanie nienarażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia, przydatny może być również test oparty na pytaniu, czy niekorzystnego skutku można było uniknąć oraz czy lekarz w danym przypadku powinien był i mógł zrobić więcej (lepiej). (por. wyrok SA w Łodzi z dnia 9 września 2015 roku, I ACa 321/15, LEX). Abstrakcyjny wzorzec zachowania lekarza jest przy tym budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają specjalizacja, stopień naukowy, posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres kształcania się

w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganą wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywany efekt, w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia (por. m.in. wyrok SA w Białymstoku z dnia 15 maja 2015 roku, I ACa 1077/14, LEX; wyrok SA w Gdańsku z dnia 24 kwietnia 2015 roku, V ACa 990/14, LEX; wyrok SA w Łodzi z dnia 19 marca 2015 roku, I ACa 1219/14, LEX). Uwypuklenia wymaga w tym miejscu, że w nieodłącznym związku

z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje jednak zjawisko określane mianem ryzyka medycznego. Nawet bowiem przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody (por. wyrok SA w Łodzi z dnia 17 stycznia 2018 roku, I ACa 647/17, L.).

Wreszcie pamiętać należy, że w myśl art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Ponadto, ma on prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych (art. 8 ustawy).

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy Sąd uznał, że w istniejącym stanie faktycznym nie zostało wykazane, aby komplikacja śródoperacyjna, jaka wystąpiła w trakcie zabiegu w sierpniu 1999 roku wykonywanego w pozwanej placówce medycznej, nosiła znamiona błędu medycznego. Nie powielając ustaleń faktycznych przypomnienia wymaga, że przecięcie dróg żółciowych powódki nastąpiło wprawdzie omyłkowo, to jednak było to spowodowane nie błędem lekarza przeprowadzającego operację, a nietypowym przebiegiem tych dróg, które biegły stycznie od wnęki wątroby do szyi pęcherzyka żółciowego. Jednocześnie, jak wyjaśnił biegły M., omawiane zdarzenie należy określić jako nieszczęśliwe powikłanie śródoperacyjne mieszczące się w granicach przyjętego ryzyka operacyjnego. Biegły dodał, że na 1000 zabiegów laparoskopowych polegających na wycięciu pęcherzyka żółciowego średnio 2-4 kończy się uszkodzeniem dróg żółciowych. Przynotować należy również opinię biegłego L., że nietypowy przebieg dróg żółciowych jest jednym z czynników ryzyka tego typu powikłań, co u powódki, a samo uszkodzenie tych dróg, jako powikłanie, występuje nawet w ośrodkach o najwyższym stopniu referencyjności. Wobec treści opinii biegłych uznać należy ponadto, że postępowanie personelu lekarskiego po przecięciu dróg żółciowych było w pełni prawidłowe z punktu widzenia wiedzy medycznej, a wdrożone działania mające na celu likwidację skutków tego przecięcia, wdrożone niezwłocznie. Wsnute przez biegłych wnioski, całkowicie zgodne w ocenie prawidłowości wykonania przedmiotowego zabiegu, nie pozwalają na przypisanie winy personelowi medycznemu Zespołu (...) w Ł., wykonującemu u powódki zabieg laparoskopii zarówno co do obiektywnej (rozumianej jako naruszenie zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii), jak i subiektywnej (a więc związanej z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej) przesłanki winy. Reasumując z materiału dowodowego zebranego w sprawie, w szczególności z opinii powołanych biegłych, wynika niespornie, że zabieg operacyjny w 1999 roku w pozwanym szpitalu został przeprowadzony prawidłowo, zgodnie z wiedzą medyczną, prawidłowo dobraną metodą, z zachowaniem staranności. O ile zatem powódka bez wątplenia doznała cierpień fizycznych i psychicznych, będących następstwem wykonanego zabiegu, jak również kalectwa dróg żółciowych i w efekcie trwałego uszczerbku na zdrowiu, to jednak doznania te nie były w żaden sposób spowodowane zawinionymi błędami lekarzy, ani też ich niestarannymi działaniami, odbiegającymi od ustalonych wzorców. Wyniknęły one z powikłania śródoperacyjnego, które było następstwem okoliczności, których lekarz

przeprowadzający zabieg nie był w stanie obiektywnie przewidzieć. Powikłanie to mieściło się w granicach ryzyka operacyjnego, na które powódka decydując się na zabieg laparoskopii wyraziła zgodę. W konsekwencji przedmiotowe powództwo – wobec braku istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy stanem zdrowia powódki a zachowaniem się personelu medycznego – podlegało oddaleniu w całości.

W świetle dotychczasowych rozważań jedynie na marginesie wyjaśnienia wymaga, że roszczenie powódki w ocenie Sądu uległo przedawnieniu. Zgodnie z art. 442¹ § 1 i § 3 k.c. Roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu

z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się albo przy zachowaniu należytej staranności mógł się dowiedzieć o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę; W razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się

o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. W zajęтым stanowisku procesowym powódka argumentowała, że o uszkodzeniu dróg żółciowych powzięła wiedzę dopiero

w styczniu 2017 roku podczas wizyty w (...) Szpitalu (...) w Ł., kiedy to lekarz zapytał ją, czy dostała odszkodowania za przedmiotowy uraz. Pozwany wywodził z kolei, że informacja o kalectwie dróg żółciowych zamieszczona była w dokumentacji medycznej powódki, wobec czego musiała mieć ona jej świadomość. Odnosząc się do powyższej kwestii w pierwszej kolejności przypomnienia wymaga, że w wydanej powódce po zakończeniu hospitalizacji w sierpniu 1999 roku karcie informacyjnej leczenia szpitalnego wskazano

w epikryzie, że w czasie zabiegu wykonywanego techniką lataroskopii, po zaklipsowaniu

i przecięciu przewodu pęcherzykowego stwierdzono wyciek żółci z okolicy łoży z przewodu żółciowego. Dokonano konwersji. Po laparotomii stwierdzono wycięcie około 3 cm odcinka głównej drogi żółciowej przebiegającej nietypowo od wnęki stycznie do szyi pęcherzyka żółciowego. Wykonano zespolenie przewodu wątrobowego na wysokości ostrogi z pętlą jelita czczego sp. R. an Y. Jak wyjaśnił biegły L., informacja o wystąpieniu powikłania śródoperacyjnego nie tylko nie została zatajona w dokumentacji medycznej, ale wręcz została jednoznacznie i w sposób prosty podana w karcie informacyjnej i powinna być zrozumiała również dla osoby bez wykształcenia medycznego. Także zdaniem biegłej C.-P. nie doszło do zatajenia informacji odnośnie komplikacji, jaka wystąpiła w czasie zabiegu laparoskopii. Tożsamą opinię przedstawił biegły G. akcentując, że w epikryzie w sposób wyraźny opisany jest fakt uszkodzenia dróg żółciowych oraz sposób operacyjnie wykonanej ich rekonstrukcji. Sąd podziela powyższe stanowiska przedstawione przez biegłych, niewątpliwie bowiem opis zabiegu przedstawiony przez pozwanego w epikryzie jest jednoznaczny, nie budzi wątpliwości odnośnie tego jak przebiegała operacja, jasno

i precyzyjnie wskazuje, że wyciek żółci był następstwem przecięcia przewodu pęcherzykowego, a także, że doszło do wycięcia krótkiego odcinka głównej drogi żółciowej. W świetle zasad doświadczenia życiowego Sąd nie dopuszcza przy tym możliwości, że powódka opuszczając szpital, do którego została przyjęta w trybie pilnym, po przebytych zabiegach operacyjnych, mając pełną świadomość, że metoda operacji została zmieniona w trakcie jej wykonywania, nie zapoznała się z treścią wydanej jej karty szpitalnej. Sąd podziela również wyrażone przez biegłego M. stanowisko, że trudno jest uwierzyć, że lekarze nie poinformowali powódki o zaistniałym śródoperacyjnym powikłaniu i sposobie jego naprawienia, tym bardziej, że była ona młodą pacjentką, narażoną na pojawienie się w przyszłości powikłań m.in. w postaci zwężenia miejsca zespolenia dróg żółciowych z jelitem czczym. W tym miejscu przypomnienia wymaga, że powódka miała wiedzę, że zmieniono technikę laparoskopową na tradycyjną, była świadoma rozcięcia brzucha, wobec czego zupełnie niezrozumiałym byłoby jej zachowanie przejawiające się brakiem jakiegokolwiek zainteresowania tym, dlaczego do powyższej zmiany doszło. Kontynuując rozważania w zakresie oceny świadomości powódki uwypuklenia wymaga jeszcze jedna istotna kwestia. Mianowicie, że należy wyraźnie rozróżnić wiedzę powódki na temat tego, że uszkodzono jej drogi żółciowe, którą niewątpliwie musiała posiadać od wiedzy na temat tego, że uszkodzenie to mogło nosić znamiona błędu w sztuce lekarskiej. Z relacji powódki wynika, że w styczniu 2017 roku nie tyle dowiedziała się o w/w uszkodzeniu, a wyłącznie otrzymała informację, że doszło do błędu medycznego. Wynika to wprost z jej relacji. W trakcie pierwszego przesłuchania zeznała ona bowiem „ja nie przypuszczałam, że operacja w 1999 roku była źle zrobiona. Dopiero lekarz na ul. (...) mnie uświadomił (...). To był moment kiedy ja została uświadomiona, że w czasie operacji w 1999 roku był błąd lekarski (...). Tylko lekarz z ul. (...) uświadomił mnie, że popełniono błąd w czasie

operacji”. Także świadek B. S. wskazuje, że w styczniu 2017 roku lekarz stwierdził, że podczas operacji w 1999 roku został popełniony błąd i zapytał powódkę, czy starała się i dostała odszkodowanie, dodając, że jak nie to powinna wystąpić „bo to jest ewidentny błąd”. Zdaniem Sądu twierdzenia powódki o braku wiedzy dotyczą w rzeczywistości nie poinformowania jej, że operacja została (w jej mniemaniu) nieprawidłowo przeprowadzona. Rzecz jednak w tym, że zabieg operacyjny, co wprost wynika z opinii biegłych, został wykonany w zgodzie ze sztuką lekarską i dostępną wiedzą medyczną. Wprawdzie w jego trakcie doszło do omyłkowego przecięcia dróg żółciowych, jak jednak wyjaśniono wyżej, stanowiło to dopuszczalną komplikację, wynikającą nie z błędu medycznego, a z nietypowej budowy anatomicznej powódki. Skoro więc zabieg operacyjny, choć z powikłaniem śródoperacyjnym, nie nosił znamion źle wykonanego, to powódka nie mogła otrzymać informacji o błędzie lekarskim. Co oczywiste okoliczność, że lekarz badający powódkę w styczniu 2017 roku miał na ten temat inne zdanie nie oznacza jeszcze, że faktycznie doszło do błędu medycznego. Opinia ta miała jednostkowy charakter, nie poddaje się merytorycznej ocenie (nie wiadomo, w oparciu o jakie przesłanki medyczne postawiono tezę o błędzie medycznym), nie znajduje także jakiegokolwiek potwierdzenia w przeprowadzonym postępowaniu dowodowym. W konsekwencji Sąd doszedł do wniosku, że powódka wiedziała o zaistniałej komplikacji śródoperacyjnej, ale nie postrzegala jej w kategoriach błędu medycznego. Jeśli zaś miała w tej kwestii jakiegokolwiek wątpliwości, to nic nie stało na przeszkodzie, aby rozwiać je w rozmowie z personelem medycznym pozwanego. Nic nie stało przecież na przeszkodzie, aby powódka domagała się precyzyjnych, klarownych odpowiedzi na temat tego, co było przyczyną przecięcia dróg żółciowych, jakie mogą być jego konsekwencje w przyszłości itp. W styczniu 2017 roku powódka dowiedziała się wyłącznie tego, że zdaniem jednego lekarza był to błąd medyczny, a ona winna otrzymać odszkodowanie. Data ta ma jednak irrelevantne znaczenie dla biegu przedawnienia roszczenia, o którym mowa w art. 442¹ k.c., przepis ten mówi bowiem o dacie, w której poszkodowany dowiedział się o szkodzie. Jak podnosi się w orzecznictwie, rozpoczęcie biegu terminu przedawnienia w związku z dowiedzeniem się o szkodzie nie musi się łączyć z wiedzą o jej zakresie czy trwałości jej następstw (por. m.in. wyrok SN z dnia 24 listopada 1971 roku, I CR 491/71, L.; wyrok SA w Katowicach z dnia 8 lipca 2016 roku, I ACa 256/16, L.). Posiadanie wiadomości o szkodzie jako przesłance koniecznej do dochodzenia odszkodowania zostaje przy tym zrealizowane już w chwili, w której poszkodowany wie o wystąpieniu szkody w ogóle, czyli gdy ma świadomość faktu powstania szkody, a jeszcze nie o jej wysokości, i ta świadomość wystarcza do rozpoczęcia biegu przedawnienia (por. m.in. wyrok SA w Gdańsku z dnia 21 października 2011 roku, I ACa 625/11, L.; wyrok SA w Poznaniu z dnia 29 września 2021 roku, I ACa 367/21, L.). W przypadku uszkodzenia ciała dowiedzenie się o szkodzie ma miejsce, gdy poszkodowany dowiedział się o następstwach zdarzenia, co zwykle następuje z chwilą przeprowadzenia odpowiednich zabiegów zmierzających do przywrócenia poprzedniej sprawności narządom ciała lub też ze względu na uzyskanie miarodajnego i autorytatywnego orzeczenia kompetentnej placówki medycznej stwierdzającej chorobę, stopień jej zaawansowania, i o przyczynach, które mogły ten stan chorobowy spowodować, a co za tym idzie – o osobie zobowiązanej do naprawienia szkody (por. m.in. wyrok SN z dnia 16 kwietnia 1999 roku, II UKN 579/98, L.; wyrok SN z dnia 19 maja 1999 roku, II UKN 647/98, L.; wyrok SA w Katowicach z dnia 19 października 2018 roku, III APa 56/17, L.). Jak wyjaśnił Sąd Apelacyjny w Łodzi w cyt. wyroku z dnia 13 grudnia 2019 roku, w przepisie art. 442¹ § 1 k.c. nie chodzi o zdobycie przez poszkodowanego całkowicie pewnej wiedzy o dwóch podstawowych elementach współkształtujących odpowiedzialność odszkodowawczą, gdyż prowadziłyby do subiektywizacji tych przesłanek i oceniania ich wyłącznie z punktu widzenia stanu świadomości poszkodowanego, co jest w naszym systemie prawnym niedopuszczalne. Bieg przedawnienia terminu liczonego a tempore scientiae, rozpoczyna się od otrzymania przez poszkodowanego takich informacji, które, oceniając obiektywnie, pozwalają z wystarczającą dozą prawdopodobieństwa przypisać sprawstwo szkody konkretnemu podmiotowi. Skoro więc szkodą w niniejszej sprawie było uszkodzenie dróg żółciowych u powódki, które zostało dokładnie opisane w wydanej jej przy wypisie do domu karcie informacyjnej, uznać należy, że o jej zaistnieniu i podmiocie zobowiązanym do jej naprawienia powódka powzięła wiedzę już w sierpniu 1999 roku. W styczniu 2017 roku stan wiedzy powódki powiększył się jedynie o informację, że szkoda ta mogła być wynikiem błędu medycznego, co jednak nie ma znaczenia z punktu widzenia biegu terminu przedawnienia jej roszczenia. Nie można także tracić z pola widzenia okoliczności, że we wkładce do historii zdrowia i choroby Szpitala im (...) z dnia 16 lipca 2014 roku odnotowano występujące u powódki kalectwo dróg żółciowych. Adnotacja ta powinna utwierdzić powódkę w tym, że zabieg z sierpnia 1999 roku odbył się z powikłaniami.

Zdaniem Sądu w sprawie nie ziszczyły się jednocześnie przesłanki, które pozwoliłyby uznać zarzut przedawnienia za sprzeczny z zasadami współzycia społecznego. Ocena taka wymaga wyjściowego założenia, że uznanie podniesienia zarzutu przedawnienia za nadużycie prawa jest możliwe całkowicie wyjątkowo, w wypadkach szczególnie rażącego nadużycia prawa i wtedy, gdy indywidualna ocena okoliczności sprawy wskazuje, że opóźnienie w dochodzeniu przedawnionego roszczenia nie jest nadmierne i było usprawiedliwione szczególnymi przyczynami. Takie podejście do możliwości zastosowania art. 5 k.c. w obronie przed zarzutem przedawnienia jest ugruntowane w orzecznictwie i w piśmiennictwie. Jak słusznie stwierdził Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 12 grudnia 2007 roku (V CSK 334/07, LEX), zgodnie z jednolitą linią orzecznictwa Sądu Najwyższego tylko w wyjątkowych okolicznościach sąd może posłużyć się przy ocenie podniesionego zarzutu przedawnienia treścią art. 5 k.c. (por. np. uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 11 października 1996 roku, III CZP 76/96, OSNC 1997, nr 2, poz. 16; wyrok z dnia 13 listopada 1997 roku, I CKN 323/97, OSNC 1998, nr 5, poz. 79; wyrok z dnia 27 czerwca 2001 roku, II CKN 604/00, OSNC 2002, nr 3, poz. 32). Nie ulega wątpliwości, że stosując wskazany przepis trzeba mieć na względzie jego szczególny charakter wynikający z użycia w nim klauzul generalnych. Z tej przyczyny dla oceny, czy podniesiony zarzut przedawnienia nie nosi znamion nadużycia prawa, konieczne jest rozważenie charakteru dochodzonego roszczenia, przyczyn opóźnienia i jego nadmierności. Jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 25 listopada 2010 roku (III CSK 16/10), zastosowanie art. 5 k.c.

w odniesieniu do zarzutu przedawnienia zakłada rozważenie na tle całokształtu okoliczności sprawy interesów obu stron roszczenia, tj. zarówno uprawnionego, jak i zobowiązanego. Za zastosowaniem art. 5 k.c. mogą w szczególności przemawiać leżące po stronie zobowiązanego przyczyny opóźnienia w dochodzeniu roszczenia, np. zachowanie zobowiązanego polegające na wywołaniu u uprawnionego przekonania o dobrowolnym zadośćuczynieniu roszczeniu. Nie jest jednak wykluczone uznanie zarzutu przedawnienia za nadużycie prawa także wtedy, gdy przyczyny opóźnienia w dochodzeniu roszczenia leżą również lub nawet wyłącznie po stronie uprawnionego. Za uznaniem wówczas zarzutu przedawnienia za nadużycie prawa mogą przemawiać inne okoliczności sprawy, np. charakter interesów leżących u podstaw przedawnionego roszczenia lub szczególna sytuacja uprawnionego, zwłaszcza w zestawieniu z sytuacją zobowiązanego. Przenosząc powyższe na grunt rozpoznawanej sprawy Sąd nie podziela argumentacji powódki, że przyczyn zastosowania w sprawie art. 5 k.c. należy upatrywać w jej niewiedzy co do przebiegu zabiegu, braku wyrażenia przez nią zgody na zmianę sposobu leczenia, jak również na przeprowadzenie operacji, czy wreszcie braku powiadomienia jej o zaistniałej sytuacji przez personel medyczny. O czym była już mowa, Sąd doszedł do przekonania, że powódka była świadoma zmiany metody operacji, jak również tego, że w jej toku doszło do przecięcia dróg żółciowych. Wprawdzie za prawdopodobne uznać należy, że zmiana metody zabiegu nie była z powódką uzgadniania, niemniej jednak należy mieć na uwadze, że decyzja ta została podjęta w trakcie samego zabiegu, w wyniku przerwania drogi żółciowej, niewątpliwie zatem doszło do tego w sytuacji nagłej, niespodziewanej, kiedy zwyczajnie nie było czasu na dyskusje z osobą operowaną. Co jednak istotne decyzja o konwersji była całkowicie usprawiedliwiona i uzasadniona aktualną wiedzą medyczną. W sprawie nie zostało jednocześnie wykazane, aby lekarze ukrywali przed powódką jakiegokolwiek informacje na temat samego zabiegu i jego skutków, czy też wprowadzili ją w błąd. Pozwanemu nie sposób stawiać zarzutu działania podstępnego, zmierzającego do wykreowania u powódki mylnego przekonania na temat przebytego zabiegu, czy też naruszającego jakiegokolwiek jej dobra. W konsekwencji Sąd nie znajduje podstaw, aby podniesiony przez pozwanego zarzut przedawnienia uznać za sprzeczny z zasadami współzycia społecznego.

Mając powyższe na uwadze, Sąd oddalił powództwo w całości.

O kosztach procesu Sąd orzekł w oparciu o art. 102 k.p.c. zasądzając od powódki na rzecz pozwanego kwotę 2.000 zł tytułem częściowego zwrotu kosztów procesu. Zgodnie jednak z treścią powołanego art. 102 k.p.c., w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Przytoczony przepis stanowi wyjątek od podstawowej zasady orzekania o kosztach procesu, unormowanej w art. 98 § 1 k.p.c., a zarazem wyklucza dokonywanie wykładni rozszerzającej. Sposób skorzystania z art. 102 k.p.c. jest przy tym suwerennym uprawnieniem sądu orzekającego i od oceny tegoż sądu należy przesądzić, że taki szczególnie uzasadniony wypadek nastąpił w rozpoznawanej sprawie oraz usprawiedliwia odstąpienie od obowiązku ponoszenia kosztów procesu. W tym miejscu

należy zaznaczyć, że przy ocenie przesłanek z art. 102 k.p.c. Sąd winien wziąć pod uwagę przede wszystkim fakty związane z samym przebiegiem procesu, w szczególności podstawę oddalenia żądania, szczególną zawilóść sprawy, bądź przekonanie powoda o słuszności żądania trudne do zweryfikowania a limine (por. wyrok SA w Katowicach z dnia 18 lipca 2013 roku, I ACa 447/13, LEX nr 1349918; postanowienie SN z dnia 7 grudnia 2011 roku, II CZ 105/11, LEX nr 1102858; wyrok SA w Łodzi z dnia 27 listopada 2013 roku, I ACa 725/13, LEX nr 1409197). W realiach niniejszej sprawy Sąd uznał, że powódka, nie posiadając wiedzy specjalnej nie była w stanie samodzielnie zweryfikować przekonania o błędzie lekarskim popełnionym przez pozwanego. Z drugiej strony powódka, reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika, musiała liczyć się z możliwością podniesienia przez pozwanego zarzutu przedawnienia, zwłaszcza uwzględniając informacje zawarte w jej dokumentacji medycznej. Dlatego też uwzględniając całokształt okoliczności w sprawie, jak również sytuację życiową i majątkową powódki wynikającą z oświadczenia z k. 6-10, Sąd uznał, że winna ona zwrócić pozwanemu koszty procesu do kwoty 2.000 zł. Jednocześnie, w oparciu o art. 102 k.p.c. Sąd odstąpił od obciążenia powódki nieuiszczonymi kosztami sądowymi przejmując je na rachunek Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi.

Ponadto Sąd przyznał i nakazał wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi na rzecz adwokata A. B. kwotę 5.400 zł tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powódce B. M. z urzędu.

Mając powyższe na uwadze, orzeczono jak w sentencji.