

Sygn. akt I C 1098/14

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 sierpnia 2018 roku

Sąd Okręgowy w Warszawie Wydział I Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący **SSR (del.) Andrzej Vertun**

Protokolant **Agnieszka Skolimowska**

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 19 lipca 2018 roku w Warszawie

sprawy z powództwa **A. J.**

przeciwko (...) **Publicznemu Szpitalowi (...) im. prof. (...) w W.**

o zapłatę i ustalenie

1. zasądza od (...) Publicznego Szpitala (...) im. prof. (...) w W. na rzecz A. J. kwotę 80.495,60 (osiemdziesiąt tysięcy czterysta dziewięćdziesiąt pięć 60/100) złotych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej za opóźnienie od dnia 10 grudnia 2016 r. do dnia zapłaty;
2. oddala powództwo w pozostałej części;
3. znosi między stronami koszty procesu;
4. nakazuje Skarbowi Państwa – Sądowi Okręgowemu w Warszawie pobrać od (...) Publicznego Szpitala (...) im. prof. (...) w W. kwotę 1.056,59 (tysiąc pięćdziesiąt sześć 59/100) złotych tytułem zwrotu wydatków poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa a w pozostałej części wydatki te przejmuje na rachunek Skarbu Państwa.

Sygn. akt I C 1098/14

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 15 października 2014 roku powódka A. J. domagała się zasądzenia od pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) Centrum Medycznego (...) w W. na jej rzecz kwoty 400.000 zł tytułem zadośćuczynienia, odszkodowania w kwocie 3610 zł a także ustalenia odpowiedzialności pozwanego za szkody doznane w przyszłości, jak również zasądzenia kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa według norm przepisanych. W uzasadnieniu powódka powiązała swoje roszczenie z krzywdą wywołaną następstwami błędu medycznego, która miała zostać zrekompensowana kwotą 300.000 zł, zaś zadośćuczynienia w kwocie 100.000 zł dochodziła w związku z krzywdą związaną z naruszeniem jej praw pacjenta – prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej – na podstawie art. 4 ust. 1 w zw. z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 ze zm.).

W odpowiedzi na pozew pozwany Szpital wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu pozwany podnosił, że dolegliwości, jakie podnosiła powódka w pozwie nie znajdują odzwierciedlenia w dokumentacji medycznej, operacja została przeprowadzona zgodnie z aktualnym stanem wiedzy i sztuki medycznej, natomiast perforacja jelita, która nastąpiła po zabiegu operacyjnym powódki jest jednym z powikłań przy zabiegu

laparoskopii, o czym powódka została poinformowana poprzez podpisanie formularza świadomej zgody, a podpisując formularz i udzielając zgody na leczenie przejęła na siebie ryzyko operacyjne związane z zabiegiem, w tym z wystąpieniem powikłań.

Strony podtrzymały swoje stanowisko do zamknięcia rozprawy.

Sąd uznał za ustalone następujące okoliczności:

W 2000 roku A. J. została poddana zabiegowi usunięcia mięśniaka macicy, a w 2007 roku przeprowadzono u niej laparoskopowo wyluszczenie torbieli jajnika lewego. W wywiadzie położniczym A. J. odnotowano liczne poronienia oraz jeden poród siłami natury. W lutym 2011 roku u A. J. ponownie zdiagnozowano torbiel jajnika lewego. Pierwsza jej hospitalizacja w jednostce Szpitala (...) miała miejsce 4 lutego 2011 r. A. J. została przyjęta do szpitala w trybie planowym, na podstawie skierowania z rozpoznaniem „Krwawienie z dróg rodnych - obfite miesiączki, nieregularne, plamienie w środku cyklu”. Pacjentka w wywiadzie podała, że dwa razy była w ciąży, w tym raz poroniła. Wskazała także, że przeszła dwie operacje ginekologiczne. Pacjentka została poddana zabiegowi wyłuszczenia kanału szyjki macicy i jamy macicy. Ponadto, w trakcie hospitalizacji rozpoznano torbiel jajnika lewego do dalszej diagnostyki. Pani A. J. została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym z odpowiednimi zaleceniami: „1. Zgłosić się po wynik histopatologiczny za 2 tyg. w Sekretariacie Kliniki z dowodem osobistym i kartą informacyjną (wtorek lub piątek w godz. 9-13, tel. (...)), 2. Kontrola ginekologiczna z wynikiem histopatologicznym, 3. Kontrolne usg ginekologiczne po miesiączce.

(dowód: dokumentacja medyczna – k. 265-274)

W dniu 27 listopada 2011 roku A. J. zgłosiła się do (...) Publicznego Szpitala (...) im. prof. (...) w W. w celu wykonania planowego zabiegu usunięcia torbieli jajnika lewego - wraz z jajnikiem, jeśli w trakcie wykonywania zabiegu okazałoby się to konieczne. Rodzaj zabiegu operacyjnego, do którego została zakwalifikowana pacjentka określono następująco: laparoskopowe wyluszczenie torbieli jajnika lewego ew. laparotomia ew. lewostronna adnektomia.

(dowód: dokumentacja medyczna – k. 37-57, 275-293)

A. J. potwierdziła własnoręcznym podpisem dnia 27 listopada 2011 r., że lekarz anestezjolog przeprowadził z nią rozmowę przedoperacyjną i dokładnie poinformował o proponowanym sposobie znieczulenia, potencjalnych ryzykach wynikających z jej stanu zdrowia. Pacjentka zgodziła się na towarzyszące operacji postępowanie, w szczególności dożylnie podawanie płynów, przetaczanie krwi obcej i własnej, podawanie niezbędnych leków w czasie i po operacji. Zgodziła się także na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenia postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia. Ponadto pacjentka podpisała świadomą zgodę na leczenie endoskopowe, w którym została poinformowana o typowych powikłaniach. Formularz wskazywał najczęstsze powikłania zabiegu, do których zaliczał między innymi śródoperacyjne uszkodzenie jelit, powstanie przetok jelitowych, powstanie odmy czy zapalenie otrzewnej. A. J. zapoznała się z tą informacją, co potwierdziła własnoręcznym podpisem.

(dowód: dokumentacja medyczna – k. 37-57, 275-293 , zgody operacyjne – k. 289-290)

Następnego dnia, tj. 28 listopada 2011 roku, u A. J. laparoskopowo wykonano zabieg usunięcia przydatków lewych oraz częściowego uwolnienia zrostów. Operatorem był lekarz W. L., a asystował lekarz L. J.. W tego typu zabiegach asystent operuje kamerą i podaje pole widzenia dla operatora. Podczas wykonywania zabiegu u operowanej stwierdzono: liczne zrosty w miednicy mniejszej, które częściowo uwolniono docierając do torbieli jajnika lewego wielkości około 5 - 6 cm, niepodejrzanego onkologicznie. Trzon macicy był prawidłowej wielkości, przydatki prawe makroskopowo niezmiennione. Skoagulowano i przecięto szypuły naczyń przydatków lewych. Wycięto przydatki i wydobyto do endobagu. Materiał przesłano do badania histopatologicznego. Krwawiące miejsca skoagulowano. Przeprowadzono płukanie, stwierdzono minimalną utratę krwi. Mocz po operacji był czysty.

(dowód: dokumentacja medyczna powódki – k. 37-57, 275-293, zeznania L. J. – k. 403-404, nagranie: 00:13:48-00:21:02, opinia biegłego ginekologa – k. 439 – 449, 617v-618, nagranie: 00:08:40-00:26:01)

W dniu 29 listopada 2011 roku o godzinie 5:00 powódce podano 1 ampulkę leku P. oraz 1 ampulkę leku M. dożylnie. Rano podano powódce śniadanie. W wypisie z tego dnia wskazano na stan ogólny dobry, brak gorączki, niezgłaszanie dolegliwości, brzuch miękki niebolesny, perystaltyka słyszalna. Około godziny 12:00/13:00 powódka została wypisana do domu. Każdorazowo wypis poprzedzany jest oceną pacjenta podczas obchodu, ewentualnie w toku dalszych konsultacji. Wątpliwości dotyczące wypisu umieszczane są każdorazowo w dokumentacji.

(dowód: dokumentacja medyczna powódki – k. 37-57, 275-293, zeznania D. M. – k. 407-408, nagranie: 00:14:38-00:18:30, zeznania M. W. – k. 408, nagranie: 00:19:44-00:23:10).

A. J. została wypisana z następującymi zaleceniami: „1. Zdjęcie szwów w 7 dobie pooperacyjnej, 2. Zgłosić się po wynik histopatologiczny za 2 tyg. do Sekretariatu Kliniki z dowodem osobistym i kartą informacyjną, 3. Kontrola ginekologiczna u lekarza prowadzącego z wynikiem histopatologicznym.

(dowód: dokumentacja medyczna – k. 37-57, 275-293)

Pacjentka opuściła szpital o własnych siłach, została odebrana ze szpitala przez męża, który określił ją jako obolałą. Po powrocie do domu zjadła lekki posiłek i przyjęła dwie tabletki paracetamolu z uwagi na pojawiające się dolegliwości bólowe brzucha. Około godziny 16:00/17:00 ból brzucha nasilił się i mąż A. J. wezwał pogotowie. Około godziny 18:00 ratownik medyczny stwierdził u niej bolesność palpacyjną całego brzucha, perystaltyka dodatnio, wydolna krążeniowo-oddechowo.

(dowód: karta medycznych czynności ratunkowych – k. 58,61, zeznanie powódki – k. 740 - 744, zeznania W. J. – k. 375-377, nagranie: 00:31:12-00:52:30)

W wyniku zabiegu operacyjnego wykonanego w dniu 28 listopada 2011 roku przydatki po stronie lewej zostały usunięte prawidłowo. W toku zabiegu operator zranił ścianę jelita i przeoczył uszkodzenie. Uszkodzenie jelita prowadziło do wystąpienia zapalenia otrzewnej i konieczności dalszego leczenia, w tym leczenia operacyjnego. Powikłania polegające na uszkodzeniu jelita lub zapaleniu otrzewnej stanowi możliwe powikłanie operacji, jakiej została poddana powódka. Każde zapalenie otrzewnej stanowi zagrożenie życia chorego, szczególnie w przypadkach zbyt późnej interwencji.

(dowód: opinia biegłego ginekologa – k. 439-449, opinia biegłego chirurga – k. 461-471)

Do rozwinięcia się zapalenia otrzewnej doszło po pojawieniu się w brzuchu dużej ilości treści jelitowej po opuszczeniu przez powódkę szpitala w dniu 29 listopada 2011 roku. Do uszkodzenia pełnościennego lub jednoczesnego uszkodzenia błony surowicowej i mięśniowej doszło w trakcie zabiegu i powódka opuściła szpital z otwartym jelitem, jednakże bez objawów zapalenia otrzewnej. W chwili wypisu nie odnotowano dolegliwości w postaci silnych bólów brzucha, gorączki, nudności i wymiotów, a słyszalna była perystaltyka jelit. Symptomami zapalenia otrzewnej są: gorączka, silny ból brzucha, wzmożone napięcie mięśni i powłok brzusznych, wymioty i brak perystaltyki. Pacjent, który wykazywałby objawy rozwijającego się zapalenia otrzewnej, nie przyjmuje pokarmów odczuwając jadłowstręt i nie jest w stanie poruszać się o własnych siłach.

(dowód: opinia biegłego ginekologa – k. 439-449, opinia uzupełniająca – k. 578-581v)

Po przewiezieniu do Izby Przyjęć (...) pozwanego szpitala u powódki wykonano badanie USG jamy brzusznej, w którym stwierdzono mierną ilość wolnego płynu. W miednicy rozpoznano zbiornik płynu, hyperechogeniczny, mogący odpowiadać krwiakowi o wymiarach 91x58 mm. Z uwagi na znacznie podwyższony poziom (...) oraz dodatnie objawy otrzewnowe A. J. została zakwalifikowana do relaparoskopii.

(dowód: dokumentacja medyczna powódki – k. 62-117, 294-320)

W trakcie relaparoskopii stwierdzono dużą ilość treści jelitowej w jamie otrzewnowej oraz perforację jelita krętego. Wezwano chirurgów dyżurnych i po konwersji zabiegu na laparotomię zeszyto perforację jelita krętego. W opisie zabiegu operacyjnego wykonanego metodą klasyczną zawarto informację: „Stan po lewostronnym laparoskopowym usunięciu przydatków w dniu wczorajszym oraz po relaparoskopii w dniu dzisiejszym, gdzie stwierdzono dużą ilość treści jelitowej w jamie otrzewnowej. Cięcie pośrodkowe w podbrzuszu. Treść jelitowa bez zapachu w dużej ilości w całej jamie otrzewnowej, takie nad kopolami przepony. Przedziurawienie ściany jelita krętego (około połowa obwodu, po stronie przeciwkreżkowej). Poniżej grube zrosty z dnem macicy - uwolniono. Otwór w jelicie zeszyto dwupiętrowo szwami M. 000, miejsce po zeszytciu szerokie. Obfite płukanie jamy otrzewnowej. H.. Powięź wraz z otrzewną zeszyto luźno szwami pojedynczymi. W tkance podskórnej pozostawiono nasączoną B. serwetę. Opatrunek. Zaplanowano powtórne płukanie jamy otrzewnowej w dniu jutrzejszym. Po zabiegu pozostawiono otwarte powłoki brzucha; zaintubowana i niewybudzoną powódkę z rozpoznaniem: „Kałowe zapalenie otrzewnej – sepsa przekazano do Oddziału Intensywnej Terapii.

(dowód: dokumentacja medyczna – k. 62-117, 294-320)

W dniu 30 listopada 2011 roku stan ogólny pacjentki określony został jako ciężki, była wentylowana mechanicznie (respiratorem) i sedowana. O godzinie 19:30, po konsultacji ginekologicznej z lekarzem (...), u pacjentki wykonano płukanie i drenaż jamy brzusznej. Po odkażeniu pola operacyjnego usunięto z rany dwie serwety. Przecięto 3 szwy powięziowe dochodząc do jamy brzusznej – wyciek treści jasnej nieco mętnej – pobrano posiew. Rozdzielono jelita ze zrostów – uwidoczono miejsce szycia jelita i uznano je za szczelne. Poproszono ginekologa (dr S.) o kontrolę miejsca po usuniętych przydatkach lewych. Prawe przydatki bez zmian. Wyplukano jamę brzuszną i przez prawe podbrzusze wyprowadzono dren harmonijkowy z miednicy małej. H.. Na powięź nałożono szew ciągly niewchłaniaalny typu loop, pojedyncze szwy antyewentracyjne przez wszystkie warstwy. Zastosowano płukanie rany i szwy pojedyncze na skórę. Założono opatrunek.

(dowód: dokumentacja medyczna powódki – k. 62-117, 294-320)

Następnego dnia, tj. 1 grudnia 2011 roku, w godzinach popołudniowych A. J. odłączono od respiratora - pozostawała na oddechu własnym z suplementacją tlenu przez wąsy. W piątek 2 grudnia 2011 roku stan pacjentki uległ poprawie, odzyskała przytomność oraz możliwy był z nią logiczny kontakt. Tego dnia pacjentka została wypisana z Kliniki (...)i przekazana do Oddziału (...).

(dowód: dokumentacja medyczna powódki – k. 62-117, 294-320)

W dniach 2 grudnia 2011 roku – 12 grudnia 2011 roku A. J. przebywała na Oddziale Ginekologii. W dniu 12 grudnia 2011 roku wypisano ją w stanie ogólnym dobrym z ogólnymi zaleceniami: „1. Kontrola (...), (...), (...), (...) w trybie ambulatoryjnym za 10-14 dni. Kontrola ginekologiczna u lekarza prowadzącego, 2. Rp. C. 60 przez 4 tygodnie, 3. (...) 29.11.2011-06.01.2012 r.”. W trakcie pobytu chorej w Szpitalu codziennie odwiedzał ją mąż W. J., dojeżdżając samochodem z C. do W. i z powrotem.

(dowód: dokumentacja medyczna powódki – k. 62-117, 294-320; zeznania W. J.)

Operacje laparoskopowe są równoznaczne z operacjami klasycznymi. Sam fakt istnienia lub podejrzenia istnienia zrostów nie stanowi przeciwwskazania do operacji laparoskopowej. Każdorazowo decyzję o wyborze metody operacyjnej podejmuje operator. W każdej z metod leczenia operacyjnego istnieje możliwość powikłań śród - i pooperacyjnych.

(dowód: opinia biegłego ginekologa – k. 439-449, opinia biegłego chirurga – k. 461-471)

Przeoczenie uszkodzenia jelita nastąpiło w sytuacji, w której przewód pokarmowy był pozbawiony treści jelitowej. Najłatwiej dostrzec perforację jelita, stwierdzając obecność treści jelitowej. W przypadku rozpoznania zaistniałego powikłania odstąpiono by od laparoskopii, jama brzuszna zostałaby otwarta, a do zabiegu poproszony byłby chirurg ogólny. Uszkodzenie jelita zostałoby zrekonstruowane, a czas leczenia pooperacyjnego wyniósłby od 7 do 10 dni. A. J. uniknęłaby zapalenia otrzewnej ze wszystkimi dalszymi konsekwencjami.

(dowód: opinia biegłego ginekologa – k. 439-449, opinia biegłego chirurga – k. 461-471)

W dniu 3 stycznia 2012 roku A. J. zgłosiła się prywatnie do lekarza w celu wykonania badania RTG klatki piersiowej. Wykonane badanie wykazało obecność płynu w lewej jamie opłucnowej, sięgającego do wysokości przedniego odcinka IV żebra. W dniu 5 stycznia 2012 roku pacjentka z rozpoznaniem wysięku opłucnowego zgłosiła się do (...) Kliniki (...) Wojskowego Instytutu Medycznego (...) Szpitala (...) w W., gdzie zdecydowano o konieczności ewakuacji płynu z jamy opłucnej. W przypadku chorych z bólami pooperacyjnymi, u których występują problemy z poruszaniem i oddychaniem, nawet w przypadku wdrożenia prawidłowego leczenia pooperacyjnego i antybiotykoterapii, zmiany zapalne płuc i zmiany niedodmowe są stosunkowo często obserwowane.

(dowód: dokumentacja medyczna powódki – k. 119 dowód: opinia biegłego chirurga – k. 461 – 471)

Hospitalizacja A. J. w Klinice (...) Wojskowego Instytutu Medycznego (...) Szpitala (...) w W. trwała od dnia 5 stycznia 2012 roku do dnia 12 stycznia 2012 roku. W trakcie hospitalizacji wykonano torakocentezę lewej jamy opłucnej i ewakuowano 800 ml płynu wysiękowego - będącego powikłaniem sepsy i kałowego zapalenia jamy otrzewnej.

(dowód: dokumentacja medyczna powódki – k. 120-144)

W dniu 28 listopada 2011 roku W. J. dokonał wpłaty zadatku w łącznej kwocie 1500 zł na poczet usługi gastronomicznej i usługi hotelowej w Hotelu (...) w S..

(dowód: faktura VAT nr (...) – k. 157)

A. J. w dniu 11 stycznia 2012 r. zwróciła się do zarządcy hotelu z pytaniem o możliwość anulowania rezerwacji i zwrotu wpłaconego zadatku, opisując swój problem zdrowotny. W reakcji na tę wiadomość została poinformowana mailowo o niemożności zwrotu zadatku. Zaproponowano jej skorzystanie z wypoczynku w terminie do końca marca 2012 roku, z czego nie skorzystała.

(dowód: korespondencja mailowa – k. 158-161)

Po hospitalizacji kontakty towarzyskie A. J. uległy osłabieniu. A. J. w umiarkowanym stopniu uważa że jest powszechnie lubiana oraz że inni ludzie lubią przebywać w jej towarzystwie – nie wykazuje w tym względzie odstępstw od normy.

(dowód: zeznania D. K. – k. 372-374, nagranie: 00:05:41-00:16:10, zeznanie L. S. – k. 374-375, nagranie: 00:17:43-00:30:00, opinia biegłych psychologa i psychiatry – k. 667-699)

W wyniku przebytych zabiegów A. J. odczuwała obniżoną atrakcyjność fizyczną i samoocenę jako kobieta, obniżone poczucie własnej wartości, napady paniki i lęki w sytuacji przebywania w pobliżu pozwanego szpitala i pogorszenie jakości życia seksualnego poprzez anhedonię. Stopień nasilenia dolegliwości w początkowej fazie był znaczny i negatywnie wpływał na jej codzienne funkcjonowanie oraz realizowanie przez nią ról społecznych. Nie doprowadziło to do załamania linii życiowej A. J.. Natężenie dolegliwości wywołanych przedmiotowym zdarzeniem uległo znacznemu zmniejszeniu.

A. J. powróciła do pracy, a doskwierające jej bóle w klatce piersiowej ustąpiły. Osłabienie fizyczne trwało 3-4 miesiące od drugiej hospitalizacji. Obecnie jej fizyczny stan zdrowia uległ poprawie. Także jej stan psychiczny jest stabilny i nie ma podstaw, aby zakładać jego zmianę w przyszłości. Na przełomie maja i czerwca 2014 A. J. poddała się zabiegowi

usunięcia tarczycy, który przebiegł bez komplikacji. Obecnie zajmuje się domem, dorastającą córką oraz opiekuje się mężem, który w 2013 roku przeszedł operację serca oraz w wyniku choroby nowotworowej - całkowitą resekcję żołądka i częściowo przełyku.

(dowód: przesłuchanie powódki – k. 741-744, nagranie: 00:04:34-00:51:59, zeznania W. J. – k. 375-377, nagranie: 00:31:12-00:52:30, zeznania M. M. (1) – k. 377-379, nagranie: 00:54:12-01:09:35)

Kamnica nerkowa oraz usunięcie tarczycy pozostają bez związku z przebytych w dniu 28 listopada 2011 roku zabiegiem operacyjnym oraz jego powikłaniami. Obecne rokowania co do stanu zdrowia A. J. są dobre, a proces leczenia został zakończony.

(dowód: opinia biegłego chirurga – k. 461-471)

Sąd ustalił stan faktyczny na podstawie dowodu z dokumentów opinii biegłych: ginekologa, chirurga oraz opinii łącznej psychiatry i psychologa oraz zeznań świadków i przesłuchania powódki.

W odniesieniu do dokumentacji medycznej, wbrew zarzutom formułowanym przez powódkę odnośnie zgodności z prawdą zapisów z dnia 29 listopada 2011 r., tj. z dnia w którym wypisano powódkę po przeprowadzonej dzień wcześniej operacji, brak było podstaw do kwestionowania wiarygodności zawartych w dokumentach zapisów. Treść dokumentów została pośrednio potwierdzona zeznaniami świadka D. M., a kompletność i autentyczność dokumentacji nie budziła także zastrzeżeń, w świetle treści opinii biegłych wypowiadających się w sprawie. Brak było podstaw do przyjęcia, że w dokumentacji celowo zmieniono lub pominięto elementy istotne z punktu widzenia przebiegu procesu leczenia powódki. Ocena przedłożonej dokumentacji nie może abstrahować od okoliczności, że dokumentacja medyczna tworzona jest na bieżąco, przez różne osoby, osobiście niezainteresowane przeinaczeniem stanu zdrowia pacjenta. Negatywna, w świetle treści biegłego ginekologa, ocena relacji powódki odnośnie okoliczności rozwinięcia się zapalenia otrzewnej już w chwili wypisu ze szpitala, rzutuje negatywnie na ocenę twierdzeń, co do niezgodności z prawdą dokumentacji medycznej w tej części. Strona powoda nie zaferowała wiarygodnych przeciwdowodów świadczących o możliwości celowej ingerencji w treść dokumentów. Z tego względu dowody te uznał Sąd za wiarygodne i oparł się na nich przy dokonywaniu ustaleń faktycznych.

Oceniając wiarygodność zeznań świadków K., S. i M. należało dostrzec, że świadkowie ci mieli niewielką wiedzę na temat procesu leczenia powódki. Świadek K. nie czerpała tej wiedzy ponadto z osobistych doświadczeń, a jedynie za pośrednictwem męża powódki. W zakresie przeżyć powódki i następstw zabiegu już po zakończeniu hospitalizacji Sąd miał na względzie, że świadkowie zgodnie zeznawali, że kontakt z powódką po feralnym zabiegu był w znacznym stopniu ograniczony, jednakże świadkowie nie wskazali, aby przyczyną tego były wyłącznie i bezpośrednio dolegliwości związane ze skutkami zabiegu. Nie można pominąć, że przyczyna ta, zwłaszcza w kontekście opisywanych przez W. J. problemów ze zdrowiem, mogła leżeć poza sferą stanu zdrowia samej powódki.

Świadek W. J. opisał stan powódki po zakończeniu pierwszej hospitalizacji dość lakonicznie, nie przytoczył jednocześnie żadnych z okoliczności świadczących o istnieniu już w chwili wypisu objawów zapalenia otrzewnej. Jako wiarygodne należało uznać zeznania świadka dotyczące spożycia posiłku przez powódkę oraz co do opuszczenia przez nią szpitala o własnych siłach, co było relewantne z punktu widzenia oceny chwili wystąpienia objawów zapalenia otrzewnej.

Osią sporu w sprawie był zarzut powódki, co do niezachowania należytej staranności przez lekarzy pozwanego Szpitala w trakcie przeprowadzenia operacji z dnia 28 listopada 2011 r. Ocena tej kwestii wymagała naświetlenia przebiegu procesu leczenia przez biegłych lekarzy, w tym celu Sąd zasięgnął ich opinii. Opinie biegłych sporządzone na potrzeby przedmiotowej sprawy Sąd uznał za miarodajne, przygotowane z zachowaniem należytej staranności zawodowej, rzeczowe, w sposób precyzyjny formułujące odpowiedzi na pytania Sądu dotyczące wiadomości specjalnych. Biegli złożyli niezbędne wyjaśnienia w formie zarówno opinii pisemnych uzupełniających, jak również poprzez ustne wyjaśnienia składane na rozprawie. Wyjaśnienia biegłych były szczegółowe, wyczerpujące i, co istotne, w przeważającej mierze zbieżne. W szczególności za przekonujące, w świetle zarzutów stawianych przez pozwanego,

należało uznać zgodne stanowisko biegłych, co do tego, że do przecięcia jelit doszło w trakcie zabiegu z dnia 28 listopada 2011 r. Sugerowany przez pozwanego przebieg zdarzeń, zgodnie z którym w Szpitalu mogło dojść jedynie do naruszenia zewnętrznej błony jelita nie wytrzymuje konfrontacji z wyjaśnieniem biegłego, że takie naruszenie organu uległoby samoistnemu zabliznieniu. Kwestia natomiast czy niedostrzeżenie przecięcia pętli jelita było błędem, czy też powikłaniem nie noszącym znamion błędu, należało do zagadnień natury prawnej, jako przesłanka oceny o zawinieniu lekarzy. W tej kwestii istotna jest wypowiedź biegłego, co do liczby i roli odgrywanej przez lekarzy przeprowadzających zabieg oraz możliwości percepcyjnej dostrzeżenia przecięcia jelita. W kontekście tych uwag dalsze prowadzenie postępowania dowodowego należało uznać za zbędne, przyczyniłoby się wyłącznie do powstania nieuzasadnionej zwłoki w postępowaniu. W konsekwencji Sąd oddalił wniosek strony pozwanej o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii biegłego ginekologa.

Odnosząc się natomiast do zeznań powódki nie można było pominąć okoliczności, że powódka była przesłuchana w charakterze strony po sporządzeniu opinii przez biegłych, w których wskazano kryteria oceny istnienia zapalenia otrzewnej. Widoczne było, zwłaszcza w kontraście z treścią pism procesowych pełnomocnika powódki, sporządzanych, jak należy uznać, w oparciu o relację powódki, dostosowanie treści wypowiedzi do treści opinii, przede wszystkim w odniesieniu do spożywanych przez nią posiłków. W tym zakresie przesłuchanie to było niewiarygodne, świadczyło o dostosowaniu wersji zdarzeń do opinii biegłych. W konkluzji należało przyjąć, że miarodajną dla określenia stanu i samopoczucia powódki była dokumentacja medyczna, przeprowadzone w sprawie kontrdowody nie dały podstawy do jej podważenia. W pozostałym zakresie brak zaś było podstaw do kwestionowania wiarygodności relacji powódki.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w części.

W pozwie powódka zawarła trzy roszczenia o zasądzenie, oparte na odrębnych podstawach faktycznych i prawnych, które wymagały odrębnego rozpoznania. Powódka żądała zasądzenia kwoty 300.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w związku z uszkodzeniem ciała i spowodowaniem rozstroju zdrowia przez personel medyczny pozwanego na podstawie art. 445 § 1 k.c., kwoty 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w związku z zawinionym naruszeniem jej praw jako pacjenta, tj. prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej - na podstawie art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku oraz kwoty 3.610 zł tytułem odszkodowania w zakresie poniesionych wydatków w związku z odniesionym uszczerbkiem na zdrowiu.

W odniesieniu do roszczenia o zadośćuczynienie z tytułu poniesionego uszczerbku na zdrowiu podstawę prawną roszczenia stanowi art. 415 k.c. Zgodnie z treścią przywołanego przepisu, kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Przesłanki odpowiedzialności deliktowej w świetle przywołanego przepisu stanowią zatem wina, szkoda oraz związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zdarzeniem sprawczym wywołującym szkodę a tą szkodą.

Odpowiedzialność pozwanego zakładu leczniczego, jako osoby prawnej, była pochodną odpowiedzialności personelu medycznego. Obowiązkiem całego personelu szpitala jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta. Odpowiedzialność szpitala wynika z treści art. 430 k.c. Przesłankami odpowiedzialności z art. 430 k.c. są: 1) powierzenie na własny rachunek wykonania czynności podwładnemu; 2) zawiniony czyn niedozwolony podwładnego; 3) szkoda wyrządzona przy wykonywaniu powierzonej podwładnemu czynności; 4) związek przyczynowy między czynem niedozwolonym podwładnego a szkodą. Pozwany w sprawie nie kwestionował powiązania organizacyjnego pomiędzy Szpitalem a lekarzami przeprowadzającymi operację w dniu 28 listopada 2011 r. i innymi osobami czuwającymi w trakcie tej hospitalizacji nad jej stanem zdrowia. Wyjściowa przesłanka oceny odpowiedzialności pozwanego, a mianowicie powierzenie podwładnemu personelowi wykonania czynności, była zatem spełniona.

Zachowanie lekarzy czy też innego personelu medycznego musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Placówka medyczna ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez wskazane podmioty. Konstrukcja ta pozwala zerwać personalną więź między działaniem lub zaniechaniem prowadzącym do powstania szkody, a zarzutem

niewłaściwego zachowania się, poprzestając na ustaleniu, że niewątpliwie zawinił organ lub któryś z pracowników pozwanego zakładu opieki zdrowotnej. W ten sposób wina zostaje odniesiona do dostrzeżonych wadliwości w działaniu zespołu ludzi lub funkcjonowaniu określonej struktury organizacyjnej.

Kodeks cywilny przyjął dualistyczną koncepcję winy, polegającą na tym, że wina łączy w sobie element obiektywny, tj. niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania, czyli każde zachowanie niewłaściwe, a więc niezgodne bądź z przepisami prawa przedmiotowego lub też – w stosunku do lekarza – niezgodne z obowiązującymi regułami wynikającymi z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej albo zachowaniem sprzecznym z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia. Bezprawność zaniechania ma miejsce wówczas, gdy istniał obowiązek działania, występował zakaz zaniechania lub też zakaz sprowadzenia skutku, który przez zaniechanie mógłby być sprowadzony. Element subiektywny winy wyraża się w niewłaściwym nastawieniu psychicznym sprawcy szkody (w postaci umyślności lub nieumyślności) i może – w zakresie dotyczącym techniki medycznej - wyrażać się w niewiedzy lekarza, nieostrożności w postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Zachowanie lekarza musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione, a między działaniem lekarza, a powstałą szkodą musi istnieć związek przyczynowy.

Mimo, iż w orzecznictwie w procesach o „błędy medyczne” wykształcił się pogląd, że związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a szkodą nie musi być ustalony w sposób pewny, to pokreślić jednak należy, iż niezbędne przesłanki odpowiedzialności deliktowej lekarza lub szpitala muszą zostać wykazane łącznie i nie wystarczy, aby charakteryzował je niski lub średni stopień prawdopodobieństwa.

Powódka, w związku z roszczeniem o zadośćuczynienie, sformułowała zarzuty dotyczące nieprawidłowości w postępowaniu personelu medycznego pozwanego polegające na: przeprowadzeniu operacji metodą laparoskopową zamiast metodą laparotomii i braku zmiany sposobu przeprowadzenia operacji, błędu diagnostycznego w zakresie nierozpoznania przecięcia jelita, braku podjęcia czynności diagnostycznych po przeprowadzonej operacji, ukierunkowanych na ustalenie przyczyn złego samopoczucia powódki, przedłużenia procesu leczenia wskutek wykonania relaparoskopii oraz zaniechanie leczenia wysięku w płucach.

W odniesieniu do przeprowadzenia zabiegu metodą laparoskopową zamiast metodą laparotomii wskazać należy, że z niepodważonych przez powódkę opinii biegłych, stanowiących podstawę ustaleń w sprawie wynika, że metody laparoskopowa i laparotomii są metodami równoważnymi a ich zastosowanie zależy wyłącznie od decyzji operatora, podjętej w oparciu o posiadaną przez niego wiedzę i doświadczenie. Nie sposób zatem zarzucić pozwanemu w sposób ogólny, nieodnoszący się do warunków pola operacyjnego, że przeprowadził zabieg metodą mniej inwazyjną i, generalnie, bardziej oszczędną dla zdrowia pacjenta. Wbrew twierdzeniom powódki, nie było również w jej przypadku bezwzględnych wskazań, co do wykonania zabiegu metodą laparotomii. Istnienie zrostów pętli jelitowych nie jest przeciwwskazaniem do laparoskopii, którą przecież wcześniej już powódka przechodziła. Nie stanowiło błędu medycznego niewzwanie chirurga w trakcie zabiegu w dniu 28 listopada 2011 roku i niedokonanie konwersji zabiegu na zabieg zewnętrzny ze względu na zaistnienie zrostów. Decyzja co do wezwania lekarza chirurga i kontynuowania laparoskopii mimo istnienia zrostów, nie była błędem samym w sobie. Nie sposób jednocześnie jednak pomyśleć, że podjęcie przez operatora decyzji kontynuowania zabiegu według pierwotnych założeń nakładało, w konkretnych warunkach operacyjnych stanu jelit powódki, wymóg zwiększenia ostrożności w trakcie uwalniania zrostów i w zakresie kontroli pola operacyjnego w trakcie i po osiągnięciu celu operacji.

Ustalenia w sprawie prowadzą zdarzenie szkodzące polegało na przerwaniu ciągłości jelita, które stanowiło powikłanie zabiegu laparoskopii. W świetle zgromadzonych dowodów, w szczególności opinii biegłych ginekologa i chirurga istnienie bezsprzeczny związek pomiędzy powikłaniem, a uszczerbkiem na zdrowiu, który polegał na zapaleniu otrzewnej, konieczności zszycia jelita, wystąpienia zagrożenia dla życia powódki ze względu na wstrząs septyczny, dalszego powikłania w postaci zapalenia płuc. Dalszą konsekwencją było powstanie licznych zrostów wewnątrzbrzusznych, które mogły być źródłem dolegliwości jelitowych.

Samego przecięcia jelita nie można uznać za błąd operującego, w sytuacji gdy istnienie zrostów jelitowych prowadziło do konieczności wielokrotnej ingerencji w tkankę miękką przewodu pokarmowego powódki. W tych warunkach operacyjnych nie sposób przyjąć, że przecięcie ściany jelita było wynikiem nierozważnego, nieostrożnego manewrowania nożem chirurgicznym. Stanowiło ono jedno z ryzyk immanentnie towarzyszących operowaniu narzędziem w warunkach ograniczonej dostępności pola operacyjnego. Zmaterializowanie się tego ryzyka nie może być poczytane za subiektywnie zarzucalny rezultat nieumiejętności w obchodzeniu się z tym narzędziem. W konsekwencji samo przecięcie jelita nie mogło być poczytane za zawinione działanie personelu pozwanego.

Za zawinione uchybienie w odniesieniu do błędu diagnostycznego polegającym na niedostrzeżeniu perforacji jelita przez operatorów i jego niezaopatrzenia w momencie powstania a w każdym razie przez zamknięciem powłok brzusznych. Przede wszystkim należy zauważyć, że rozpoznanie uszkodzenia jelita jest możliwe albo już w trakcie dokonywania manewrów uwalniania zrostów, poprzez uważną obserwację manewrów, albo na podstawie wydostania się z jelita treści jelitowej. Ta druga ewentualność nie wchodziła w grę, jako że jelita powódki w trakcie operacji były przepłukane i pozbawione treści. Nie sposób jednak pominąć pierwszej z możliwych ewentualności, w szczególności w kontekście wzmiankowanego wyżej obowiązku operatorów zwiększania czujności i staranności, w obliczu kontynuowania działania w polu operacyjnym o znacznie ograniczonej swobodzie manewrów. Zabieg na powódce wykonywany był przez kilku operatorów, z których jeden miał obowiązek obserwować pole operacyjne. Obowiązkiem tej osoby było szczególnie wnikliwe śledzenie przebiegu zabiegu na monitorze i reagowanie w przypadku nieprawidłowości. Skoro wykrycie przecięcia jelita było możliwe, to brak jego dostrzeżenia należało uznać za przejaw niedostatecznej czujności asystenta operatora. To zaniechanie stanowi zarzucalne odstępstwo od wzorcowego zachowania kontrolującego pole operacyjne, prowadzące do przypisania pozwanemu odpowiedzialności za jego skutki, wyrażające się w dalszym niekorzystnym rozwoju stanu zdrowia powódki. Nie sposób zgodzić się, w tym miejscu, z tezą przedstawioną przez biegłego chirurga A. K., zgodnie z którą znamiona błędu nosiłaby sytuacja, w której przecięcie zostało zauważone i nie podjęto czynności usunięcia powikłania byłby to błąd medyczny (k. 530 - opinia uzupełniająca). Takie zaniechanie byłoby umyślnym doprowadzeniem, w nieuniknionym z punktu widzenia wiedzy medycznej dalszym przebiegu procesów zachodzących w ludzkim organizmie, do zapalenia otrzewnej a zatem umyślnym narażeniem pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia. Oczywistym w konsekwencji jest stwierdzenie, że proponowany przez biegłego standard stawiany rzetelności i staranności działań lekarskich, jest zbyt niski i ogranicza się w istocie do zakazu umyślnego uszkodzenia chorym. Odpowiednio szybkie dostrzeżenie perforacji jelita i jego zaopatrzenie uchroniłoby powódkę przed negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi. Co prawda proces leczenia pooperacyjnego wydłużyłby się, jednakże powódka uniknęłaby zapalenia otrzewnej i dalszych jego konsekwencji.

W dalszej kolejności rozważenia wymagało, czy błędem diagnostycznym było niewykrycie perforacji jelita w trakcie pobytu w pozwanym szpitalu, lecz już po zakończeniu zabiegu operacyjnego. Ustalenia w sprawie prowadzą do wniosku, że do chwili wypisu powódki ze szpitala nie wystąpiły objawy zapalenia otrzewnej. Zgodnie z uznaną, z przyczyn wyżej omówionych, za wiarygodną dokumentacją medyczną u powódki w chwili wypisu nie odnotowano dolegliwości w postaci silnych bólów brzucha, gorączki, nudności i wymiotów, a słyszalna była perystaltyka jelit, co przemawia za brakiem rozwinięcia się zapalenia. Ustalenia w sprawie wskazują, że w chwili opuszczania szpitala u powódki nie były dostrzegalne kliniczne symptomy zapalenia otrzewnej: gorączka, silny ból brzucha, wzmożone napięcie mięśni i powłok brzusznych, wymioty i brak perystaltyki. Gdyby u powódki występowały objawy rozwijającego się zapalenia otrzewnej, nie przyjęłaby śniadania, odczuwając jadłowstręt i nie byłaby w stanie opuścić o własnych siłach szpitala. Ponadto zapalenie otrzewnej wynika z rozlania przez perforację treści jelita do septycznej przestrzeni otrzewnej. Wynika z tego, że do jego rozwinięcia się konieczne jest wypełnienie przewodu pokarmowego treścią, przywrócenie perystaltyki jelit oraz upływ pewnego okresu czasu na przemieszczenie się treści do miejsca perforacji a następnie do spowodowania stanu zapalnego. Powyższe okoliczności dają asumpt do przyjęcia, że na chwilę wypisu ze szpitala powódka opuściła placówkę z otwartym jelitem, jednakże nie doszło jeszcze do rozlania treści jelita, toteż nie mogło dojść do rozwinięcia zapalenia otrzewnej.

Należy równocześnie dostrzec, iż niewykrycie perforacji jelita już po zakończeniu zabiegu i upływie nocy nie miało bezpośredniego wpływu na rozwój zapalenia otrzewnej u powódki. W świetle zgromadzonego materiału dowodowego nie ma podstaw do przyjęcia, że jakiegokolwiek działanie personelu pozwanego już po zakończeniu operacji przyczyniło się do powstania zapalenia otrzewnej lub do stopnia lub szybkości jego rozwoju. Biorąc pod uwagę czas, w jakim po ujawnieniu objawów powódce została udzielona pomoc, uzasadnione jest przyjęcie, że stan powódki nie uległby zasadniczej zmianie nawet gdyby pozostała w szpitalu. Innymi słowy, dopiero powstanie zapalenia otrzewnej pozwoliło wykryć, to co uprzednio zostało przeoczone – perforację jelita. Brak podstaw do przyjęcia, że różnica pomiędzy czasem, który upłynął od wystąpienia bólów u powódki i interwencji lekarskiej oraz czasem, który upłynąłby pomiędzy wystąpieniem bólów u powódki i interwencją lekarską, w przypadku pozostania jej w szpitalu, miałyby jakiegokolwiek znaczenie medyczne.

Godzi się również zauważyć, że ponowny zabieg operacyjny przeprowadzony został prawidłowo, zaś drugi pobyt powódki w pozwanym szpitalu i dokonanie wypisu w dniu 12 grudnia 2011 roku nie było obarczone błędem. Wykonanie relaparoskopii pozwoliło wykluczyć inne przyczyny stanu samopoczucia powódki. Wydłużyło to co prawda sam zabieg zaopatrzenia przecięcia jelita, jednakże czas ten nie miał wpływu na stan zdrowia powódki.

Reasumując powyższe rozważania należało przyjąć, że znamiona błędu w sztuce lekarskiej wypełniało niedostrzeżenie przecięcia jelita. Prowadziło to w konsekwencji do braku natychmiastowej reakcji i zszycia jelita, a następnie do rozwoju zapalenia otrzewnej i reoperacji powódki w przebiegu ostrego zapalenia kałowego jamy otrzewnej, wydłużyło proces gojenia i powrotu do zdrowia powódki.

Błąd ten stanowił źródło krzywdy po stronie powódki. Powódka wykazała, że zapalenie otrzewnej i konieczność reoperacji, a także związany z tym wydłużony proces rehabilitacji, stanowiły źródło cierpienia fizycznego i psychicznego. Niewątpliwy ból i cierpienie a także traumatyczne przeżycia, jak również przejściowo zwiększony poziom lęku, jako skutki zapalenia otrzewnej i jego dramatycznego przebiegu stanowią krzywdę podlegającą naprawieniu w drodze zadośćuczynienia pieniężnego, na podstawie art. 445 k.c. Kwestią oceną pozostawała natomiast wysokość tego żądania.

Wielkość zadośćuczynienia zależy od całokształtu okoliczności danego przypadku, konkretyzujących w odniesieniu do osoby poszkodowanej w danej sprawie obiektywne kryteria oceny rozmiaru doznanej przez nią krzywdy. Zasadnicze przesłanki określające jego wysokość stanowią: rodzaj, charakter, długotrwałość cierpienia fizycznych i ujemnych doznań psychicznych ich intensywność, nieodwracalność skutków zdrowotnych stopień i trwałość doznanego kalectwa i związana z nim utrata perspektyw na przyszłość, towarzyszące temu poczucie bezradności powodowane koniecznością korzystania z opieki innych osób oraz poczucie nieprzydatności społecznej. Ważną okolicznością indywidualizującą rozmiar krzywdy stanowi wiek poszkodowanego. Utrata możliwości realizowania zamierzonych celów, czerpania przyjemności z życia dotyka szczególnie człowieka młodego, który doznał utraty zdrowia będąc w pełni sił, zanim jeszcze osiągnął dorosłość. (zob. uchwałę pełnego składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973 r., III CZP 37/73, OSNC 1974, nr 9, poz. 145 oraz m. in. orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 10 października 1967, I CR 224/67, OSNCP 1968, nr 6, poz. 107, z dnia 19 sierpnia 1980, IV CR 283/80, OSNCP 1981, nr 5, poz. 81, z dnia 12 października 2000 r., IV CKN 128/00, z dnia 12 września 2002 r., IV CKN 1266/00, z dnia 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03, OSNC 2005, nr 2, poz. 40, z dnia 28 czerwca 2005 r., I CK 7/05, z dnia 26 listopada 2009 r., III CSK 62/09). Prawidłowe ustalenie wysokości zadośćuczynienia wymaga uwzględnienia wszystkich okoliczności, mogących mieć w danym wypadku znaczenie. Należy tu mieć na uwadze rodzaj naruszonego dobra, rozmiar doznanej krzywdy, czas trwania cierpienia, ich intensywność oraz nieodwracalność skutków, stopień negatywnych konsekwencji dla pokrzywdzonego, w tym także niewymiernych majątkowo, a z drugiej strony sytuację majątkową zobowiązanego (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 1 października 2015 r., I ACa 198/15, LEX nr 1808729). Należy także wskazać, że jednym z kryteriów określających „odpowiedniość” zadośćuczynienia jest jego kompensacyjny charakter. Z jednej strony zadośćuczynienie musi przedstawiać wartość ekonomicznie odczuwalną, z drugiej zaś powinno być utrzymane w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej.

W ocenie Sądu żądanie zapłaty kwoty 300.000 zł należy uznać za nadmiernie wygórowane.

Z materiału dowodowego zgromadzonego w niniejszej sprawie nie wynika, aby doznana krzywda spowodowała załamanie się linii życiowej powódki albo by doznany uszczerbek na zdrowiu przyczynił się do nieodwracalnych następstw w życiu powódki. Zapalenie otrzewnej nie wpływa obecnie w sposób istotny na pogorszenie stanu zdrowia powódki, nie niesie za sobą odczuwalnego na co dzień pogorszenia stanu zdrowia, dysfunkcji organów odczuwanej na co dzień, ingerującej w jakość życia powódki. Należy dostrzec, co także pośrednio wynika z materiału dowodowego zgromadzonego w aktach sprawy, że powódka ogólnie jest podatna na schorzenia, była kilkakrotnie hospitalizowana i operowana przed i po feralnym zabiegu – przeszła m.in. usunięcie pęcherzyka żółciowego, operacja tarczycy. W tym stanie rzeczy należało przyjąć, że schorzenia obecnie odczuwane przez powódkę nie pozostają w związku z zapaleniem otrzewnej, a skutków tych zdarzeń i wywołanego nimi stresu nie można przypisywać szpitalowi.

Podnoszona przez powódkę kwestia apatii podlegała konfrontacji z opinią biegłych psychologa i psychiatry. Zgodnie z nią A. J. w umiarkowanym stopniu czuje się zdrowa i dobrej kondycji, określa siebie jako pełną wigoru, w podobnym stopniu jak większość osób w jej wieku lubi aktywność fizyczną. Już z wniosków tej opinii wynika, że brak w życiu powódki śladu załamania linii życiowej, a skutki zapalenia otrzewnej nie dezorganizują jej życia, nie wpływają na funkcjonowanie w życiu rodzinnym i społecznym oraz poczucie własnej wartości. Nie sposób również bronić tezy, w kontekście samooceny powódki o pełni wigoru, o wywołaniu przez analizowaną sytuację stanu apatii powódki.

Powódka nie wykazała również związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem szkodzącym a obniżeniem jej aktywności w życiu towarzyskim. Wyjaśnienia powódki nie dostarczają logicznego powiązania pomiędzy traumatyczną historią sprzed 7 lat a obecnym stanem życia towarzyskiego A. J.. Dostrzec należy, że świadkowie deklarujący brak spotkań z powódką nie wyjaśnili przyczyn tego stanu rzeczy. Nie należy jednocześnie tracić z pola widzenia, że chory jest również mąż powódki, co może wpływać na ilość czasu poświęcanego innym osobom. Bazując z kolei na opinii psychologa i psychiatry zauważyć należy, że powódka w umiarkowanym stopniu uważa, że jest powszechnie lubiana oraz że inni ludzie lubią przebywać w jej towarzystwie – nie wykazuje w tym względzie odstępstw od normy, ani w związku ze zdarzeniem szkodzącym ani z uwagi na jakiegokolwiek zdarzenie zewnętrzne.

Osobnego rozważenia wymaga, wskazywana jako jedno ze źródeł krzywdy, kwestia stanu córki powódki i jego wpływ na rozmiar krzywdy powódki w związku ze zdarzeniem szkodzącym. Generalnie rzecz ujmując stan psychiczny córki powódki był skutkiem odzwierciedlającym się w jej dobrach osobistych i w tym zakresie to córka powódki jest legitymowana czynnie do dochodzenia roszczeń z tytułu naruszenia dobra osobistego. Krzywda doznana przez powódkę z tego tytułu jest wtórną i nie pozostającą w związku z jej rozstrojem zdrowia; uznanie takiego stanu za krzywdę podlegającą naprawieniu prowadziłoby do wniosku o samodzielności takiej krzywdy i ewentualnej samodzielności roszczenia o ochronę tego dobra. W konsekwencji prowadziłoby generalnie do rozciągania na pojęcie dóbr osobistych relacji interpersonalnych i tworzenia sytuacji niekończących się refleksów (cudza krzywda wywołuje krzywdę u drugiego, która z kolei oddziałuje na pierwotnie pokrzywdzonego, doznającego w ten sposób nowej krzywdy). Redukcja oceny o naruszeniu dobra osobistego własną krzywdą i pominięciu przy jej ocenie cierpienia z powodu tej krzywdy doznanego przez inną osobę stanowi właściwe pole odniesienia dla zdefiniowania dobra osobistego i zakresu pola naruszeń podlegających naprawieniu na podstawie prawa cywilnego. Pozostaje również w zgodzie z dominującym w piśmiennictwie poglądem o przysługiwaniu roszczeń odszkodowawczych wyłącznie bezpośrednio poszkodowanym zdarzeniem szkodzącym (por. M. Kaliński, Ograniczenie indemnizacji do podmiotów bezpośrednio poszkodowanych - w związku z nowelizacją art. 446 Kodeksu cywilnego, Przegląd Sądowy, 2014/3 i powołane w przypisie 3. tego artykułu orzecznictwo i doktryna).

Całokształt powyższych rozważań prowadzi do wniosku, że nie istnieją obecnie u powódki trwałe następstwa fizyczne i psychiczne komplikacji pooperacyjnych. Nie sposób nie dostrzec, że miały one dramatyczny ale jednak, w perspektywie życia powódki, epizodyczny charakter.

W konsekwencji w ocenie Sądu adekwatnym zadośćuczynieniem będzie kwota 75.000 zł, która zrekompensuje powódce dramatyzm samej reoperacji, fakt, że przejściowo zagrożone było nawet jej życie, ból związany z zapaleniem

otrzewnej, rekonwalescencję obejmującą pobyt w szpitalu, zabieg odciągnięcia wody z płuc oraz rekonwalescencję poszpitalną a także dalsze następstwa w sferze psychicznej. Dalej idące w tym względzie roszczenie podlegało oddaleniu.

Odrębnego rozpatrzenia wymagało roszczenie zgłoszone w związku z naruszeniem praw pacjenta. Zadośćuczynienie z art. 445 § 1 k.c. oraz z art. 4 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (wcześniej art. 19a ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, uchylona ustawą z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej) mają odrębny charakter, ponieważ oparte są na dwóch odrębnych czynach bezprawnych. Przedmiotem ochrony w pierwszym przypadku jest zdrowie poszkodowanego, w drugim – jego szeroko pojęta autonomia woli, prywatność (por. B. Janiszewska, O zadośćuczynieniu za naruszenie praw pacjenta, *Monitor Prawniczy* z 2017 r., nr 15; tak też W. Borysiak, Brak objaśnionej zgody pacjenta a odpowiedzialność za brak ostrożności i przypadek, „*Studia Iuridica*” 2008, t XLIX). Artykuł 4 u.p.pac. nie stanowi zatem *lex specialis* względem art. 445 k.c. Ma to istotne znaczenie również z tego względu, że nie każde prawo pacjenta może być utożsamiane z prawem podmiotowym.

Znaczenie art. 4 ust. 1 ustawy polega na tym, że wskazuje on *expressis verbis* te naruszenia praw pacjenta, które przesądzają o naruszeniu dobra osobistego. W związku z tym pokrzywdzony nie musi udowodniać, że doszło do naruszenia prawnie chronionego dobra osobistego - wystarczy wskazać konkretne naruszenie praw pacjenta. Do przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta nie jest konieczne spełnienie przesłanki szkody na osobie, może być ono przyznane za sam fakt naruszenia i nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia takiej szkody (wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 24 marca 2016 r., I ACa 766/15). Obowiązująca poprzednio jak i obecnie regulacja chroni uzasadnione oczekiwania pacjenta, że zastosowane wobec niego metody lecznicze i diagnostyczne odpowiadać będą jego potrzebom i jako oparte na sprawdzonych i aktualnych metodach będą świadczeniami odpowiedniej jakości. Przyjęcie zawinionego naruszenia praw pacjenta byłoby uzasadnione w przypadku powstałego w następstwie niedbalstwa personelu medycznego zaniechania wykonania u pacjenta badania diagnostycznego, nawet jeżeli nie mieści się ono w kategorii błędu medycznego. Ochrona gwarantowana w prawie obejmuje także naruszenie prawa do właściwego standardu opieki medycznej mogące wywołać u pacjenta ujemne doznania psychiczne, dyskomfort, utratę zaufania do leczących, nawet jeżeli nie spowodowało to szkód medycznych. Do przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta nie jest bowiem konieczne spełnienie przesłanki szkody, może być ono przyznane za sam fakt naruszenia i nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia takiej szkody. Jeżeli natomiast w następstwie naruszenia praw pacjenta dojdzie do uszkodzenia ciała, rozstroju lub pogorszenia stanu zdrowia może on wystąpić z roszczeniem o zadośćuczynienie na zasadzie art. 445 k.c. (wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 30 czerwca 2016 r., I ACa 155/16).

Odrębność dóbr chronionych na podstawie art. 4 ust. 1 w zw. z art. 6 ust. 1 u.p.pac. oraz art. 445 k.c., czyni dopuszczalną kumulację roszczeń, wywodzonych z tego samego zdarzenia szkodzącego, jakim jest popełnienie błędu w sztuce medycznej. Błąd ten, stanowiący źródło krzywdy pozostającej w związku z uszczerbkiem na zdrowiu, stanowi również naruszenie prawa pacjenta do uzyskania świadczenia zdrowotnego odpowiadającego aktualnym wymaganiom wiedzy medycznej. Trudność w rozgraniczeniu skutków wyrządzonej w ten sposób krzywdy (w zasadzie każde negatywne następstwo błędu medycznego w zakresie skutków zdrowotnych stanowi jednocześnie krzywdę wynikającą z udzielenia świadczeń medycznych na niewystarczającym, z punktu widzenia wiedzy medycznej, poziomie), niwelowana powinna być rodzajem i wagą dóbr pozostających pod ochroną każdego z tych przepisów. O ile art. 445 k.c. chroni dobro prymarne, jakim jest zdrowie człowieka, o tyle art. 6 ust. 1 u.p.pac. chroni pewien wąski wycinek praw przynależnych jednostce ludzkiej, pozostającej w określonej modalności – bycia pacjentem, jakim jest prawo do świadczenia medycznego na odpowiednim poziomie. Konsekwentnie krzywda wynikająca z naruszenia tego prawa jest odpowiednio niższa niż krzywda wynikająca z doznanego uszczerbku na zdrowiu i dysproporcja ta musi być znaczna, tak jak znaczna jest różnica w hierarchii tych dóbr. Jednocześnie zakresem zadośćuczynienia objęta jest krzywda pozostająca w związku z naruszeniem tego dobra – jak np. zachwianie lub utrata zaufania do lekarzy. W sprawie taki uszczerbek wystąpił, jego ocena na kwotę 100.000 zł jest jednak oczywiście nadmierna i zawyżona. Wystarczy wskazać, że utrata zaufania do lekarzy nie przełożyła się na odmowę wykonania zabiegów usunięcia woreczka żółciowego oraz zabiegu na tarczycy, którym powódka poddała się już po wystąpieniu zdarzenia

szkodzącego i jego następstw. W konsekwencji należnym zadośćuczynieniem jest to w kwocie 5.000 zł, pozostająca w odpowiedniej relacji do zadośćuczynienia przyznanego na podstawie art. 445 k.c.

Zarzut prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób niepełny oraz zarzut naruszenia prawa powódki do dostępu do tej dokumentacji były irrelevantne dla roszczeń pieniężnych. Zgodnie z art. 4 ust. 1 w zw. z art. 4 ust. 3 u.p.pac. uprawnienie do żądania zadośćuczynienia z tytułu zawinionego naruszenia prawa pacjenta nie stosuje się do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia. Z tego względu roszczenie o zadośćuczynienie, jako pozbawione podstawy prawnej nie może zostać uwzględnione.

W odniesieniu do podnoszonych przez powódkę zarzutów braku objaśnienia ryzyka zabiegu wskazać należało na następujące kwestie.

Znaczenie w analizowanej kwestii zachowuje przywoływany uprzednio pogląd o odrębności roszczeń o zadośćuczynienie wynikających z art. 445 k.c. i z art. 4 u.p.pac. Konsekwencja tej odrębności ma wymiar procesowy. Jeśli strona powodowa, dochodząc zadośćuczynienia na podstawie art. 445 § 1 k.c. (w związku z odpowiednią podstawą odpowiedzialności deliktowej), nie powołuje twierdzeń o naruszeniu praw pacjenta i nie zgłasza związanego z tym roszczenia o zadośćuczynienie, to nawet w razie możliwości ustalenia w świetle materiału sprawy, że naruszenie miało miejsce, sąd nie powinien zasądzać zadośćuczynienia za krzywdę wynikłą z naruszenia praw pacjenta. Odmiennej praktyki nie uzasadniałaby zbieżność terminologiczna roszczeń o zapłatę zadośćuczynienia, skoro nie towarzyszy jej konstrukcyjna zbieżność samych roszczeń. W innym razie zasądzenie stanowiłoby orzeczenie mimo niezgłoszenia żądania, czyli z naruszeniem zasady skargowości.

Roszczenie procesowe, tzn. żądanie zasądzenia określonej kwoty wywodzone z określonej podstawy faktycznej, powinno być zgłoszone przez stronę powodową, a nie wywodzone przez sam sąd, np. w dążeniu do „substytuowania” oddalanego jednocześnie powództwa o zasądzenie zadośćuczynienia za krzywdę wynikłą z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. Zakreślenie kręgu dóbr osobistych naruszonych przytoczoną przez powoda podstawą faktyczną powództwa określa zakres kognicji sądu w postępowaniu wywołanym żądaniem udzielenia ochrony poszkodowanemu naruszeniem tego dobra. Skoro bowiem sfera podlegająca ochronie w procesie o zasądzenie zadośćuczynienia należy do najintymniejszych, immanentnie związanych z ludzką godnością, to określenie zakresu naruszenia poprzez zdefiniowanie naruszonego dobra osobistego przez pokrzywdzonego wiąże sąd w rozumieniu art. 321 § 1 k.p.c. i wyklucza możliwość poszukiwania innych jeszcze dóbr ewentualnie naruszonych działaniem szkodzącym (tak B. Janiszewska, op. cit.). Analogiczne rozumowanie należy przeprowadzić na tle roszczeń o zadośćuczynienie uregulowanych w ustawie o prawach pacjenta. Roszczenia te służą ochronie stypizowanych dóbr osobistych przynależnych jednostce jako pacjentowi, ich zakres jest szeroki i obejmuje różne sfery naruszeń. Istnieje zatem prawo pacjenta do otrzymania świadczenia zdrowotnego odpowiedniej jakości, w odpowiednim terminie, z zachowaniem odpowiedniej procedury kolejkowej; prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia lub ignorancji w tym względzie; prawo do zachowania tajemnicy zdrowotnej; prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego; poszanowania intymności i godności pacjenta; prawo do poszanowania życia rodzinnego; opieki duszpasterskiej. Ten wrywkowy katalog praw wskazuje, że chronią one różne dobra pacjenta, przed różnymi stypizowanymi postaciami naruszenia. Skoro tak, to wskazanie naruszonego dobra i powiązanie go z żądaniem udzielenia ochrony wiąże sąd w sprawie o zapłatę zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta.

Rodzi to tym samym konieczność wyodrębnienia naruszonego dobra i odniesienie go do stypizowanej postaci naruszenia. Skoro tak, to wskazanie naruszonego dobra i powiązanie go z żądaniem udzielenia ochrony wiąże sąd w sprawie o zapłatę zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta.

W sprawie taka sytuacja miała miejsce, albowiem powódka wskazała wprost w pozwie, że żąda zapłaty kwoty 100.000 zł zadośćuczynienia za naruszenie jej prawa do otrzymania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Takie sprecyzowanie roszczenia o zadośćuczynienie dochodzonego na podstawie art. 4 ustawy o prawach pacjenta w zw. z art. 448 k.c. wiąże Sąd, wykluczając możliwość zasądzenia tegoż zadośćuczynienia w całości lub części w oparciu o naruszenie innego prawa pacjenta. Skoro zatem powódka nie zgłosiła

roszczenia powiązanego z naruszeniem prawa do wyrażenia zgody na zabieg medyczny oraz należytego prowadzenia dokumentacji medycznej, to roztrząsanie kwestii odpowiedzialności za naruszenia tych praw było bezprzedmiotowe. Zarówno ustalenia w sprawie, jak i ich ocenę prawną należało ograniczyć do sfery istotnej z punktu widzenia zajścia zawnionego zdarzenia szkodzącego powiązanego z uszczerbkiem powódki na zdrowiu oraz kwalifikacji tego zachowania pozwanego jako świadczenia zdrowotnego nieodpowiadającego aktualnej wiedzy medycznej.

Niezależnie od tego brak jest podstaw do stwierdzenia, że zgoda powódki została udzielona bez poinformowania o możliwych powikłaniach i bez zapoznania jej z ryzykiem operacji. W pisemnym formularzu zgody, który podpisała powódka, została wprost wskazana perforacja jelit, jako możliwe powikłanie pooperacyjne. Ponadto powódka wcześniej przechodziła zabieg laparoskopowy, wiedziała zatem jak będzie on przebiegał. Pomijając już fakt, że zarzut „blankietowości” zgody jest ogólnikowy i nie wyjaśnia, jakiego rodzaju praktyka pozwanego była kwestionowana, nie sposób przyjąć, że zgoda na jego przeprowadzenie została udzielona w warunkach nieświadomości powódki co do ryzyka operacji. Nie jest natomiast objęte obowiązkiem lekarskim, w ramach art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 617) wgłębianie pacjenta, bez jego inicjatywy, we wszelkie techniczne aspekty operacji. Równoważność skuteczności i ryzyka metod otwartej i zamkniętej czyni zaś bezskutecznym zarzut, co do braku umożliwienia wyboru przez powódkę metody operacji.

Z powyższych względów na uwzględnienie zasługiwało wyłącznie roszczenie w kwocie 5.000 zł związane z pozbawieniem powódki prawa do świadczenia medycznego na odpowiednim poziomie. W pozostałym zakresie roszczenie powyższe podlegało oddaleniu.

W odniesieniu do roszczenia odszkodowawczego zważyć należy, że to na powódce spoczywał ciężar udowodnienia faktu ich poniesienia. Z art. 444 § 1 k.c. i ogólnych reguł prawa odszkodowawczego nie wynika szczególne ukształtowanie ciężaru dowodu w zakresie przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej, w tym także w zakresie wykazania faktu wystąpienia szkody po stronie poszkodowanego. Oznacza to, że poszkodowany powinien udowodnić poniesione przez niego koszty celowe leczenia lub rehabilitacji, pozostające w związku przyczynowym z doznanym uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, w tym sumę potrzebną na koszty leczenia, jeżeli występuje z żądaniem na podstawie art. 444 § 1 zdanie drugie k.c., stosownie do reguł wyznaczonych treścią art. 6 k.c. i art. 232 k.p.c.

Obowiązek dowiedzenia celowości kosztów odnosi się również do wykazania potrzeby poddania się odpłatnemu leczeniu w placówkach prywatnych i konieczność wykazania także poszczególnych rodzajów tych kosztów powiązanych z etapami leczenia lub rehabilitacji. Co prawda, zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego wydatki ponoszone poza publicznym systemem opieki zdrowotnej pozostają w adekwatnym związku przyczynowym i zawierają się w granicach odpowiedzialności zobowiązanego do naprawienia szkody, tym niemniej nie zwalnia to uprawnionego od wykazania, że poniesienie tych wydatków było konieczne w warunkach danej sprawy (por. uzasadnienie uchwały 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 2016 r., sygn. akt III CZP 63/15).

Zaniechanie przedstawienia w tym względzie dowodów skutkować musi oddaleniem powództwa w tej części, obowiązek wykazania poniesienia wydatków wyprzedza bowiem ich ocenę pod względem powiązania ze schorzeniem. Ponadto zauważyć należy, że powódka nie wykazała celowości poniesienia kosztów niefinansowanych ze środków publicznych: zakupu bielizny szpitalnej, rtg płuc, morfologii oraz USG jamy brzusznej. Jeżeli chodzi o rentgen i badania krwi to ogólne doświadczenie życiowe wskazuje, że przeprowadzenie tych badań nie łączy się ze szczególnymi wysiłkami, są one dostępne w zasadzie od ręki, po uzyskaniu skierowania od lekarza rodzinnego, co w zasadzie wyklucza uznanie, że stanowią one wydatki celowe i uzasadnione.

W odniesieniu do pozostałych wydatków, które nie zostały udowodnione powódka wniosowała o zastosowanie art. 322 k.p.c. w odniesieniu do nich, argumentując o braku możliwości odzyskania dokumentacji, w szczególności paragonów fiskalnych. Nie można jednocześnie tracić z pola widzenia, że z uprawnienia zawartego w art. 322 k.p.c. sąd meriti może skorzystać dopiero wówczas, gdy po wyczerpaniu wszystkich dostępnych dowodów okaże się, że ściśle udowodnienie żądania jest niemożliwe lub nader utrudnione. Jednak stosowanie tej normy nie może być spowodowane bezczynnością strony nie przejawiającej inicjatywy dowodowej i prowadzić do uchylecia się przez

stronę od obowiązku przedstawienia dowodów, który na niej spoczywa. Ciężar udowodnienia faktów mających dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie spoczywa wszakże na stronie, która z faktów tych wywodzi skutki prawne. Posiłkowo należy dodać, że stosownie do art. 112 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług na podmiotach – podatnikach podatku od towarów i usług istnieje obowiązek przechowywania przez 5 lat dokumentów, w tym także dokumentów fiskalnych związanych z tym rozliczeniem do czasu upływu terminu przedawnienia zobowiązania podatkowego, tj. zasadniczo przez pięć lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym upłynął termin płatności podatku. Powódka zdecydowała się na wystąpienie z roszczeniem w 2014 roku, tj. w terminie krótszym niż wymagany w art. 112 ustawy VAT, toteż nie można przyjąć, aby zgromadzenie dokumentacji potrzebnej do wykazania wysokości ponoszonych wydatków była niemożliwa.

Tym samym za udowodnione należało uznać wyłącznie wydatki związane z zakupem usługi turystycznej w S. oraz z tytułu dojazdów do Szpitala przez męża powódki. Drugi ze wskazanych kosztów niewątpliwie związany jest z powtórnią hospitalizacją powódki i nie zostałyby poniesione, gdyby nie konieczność powrotu powódki do szpitala. Świadek W. J. podał, że dojeżdżał do żony codziennie z C. do W. i wracał. Zauważyć należy, że przy średniej wartości paliwa pod koniec 2011 roku wynoszącej około 5,90 zł za litr benzyny oraz przyjmując średnie spalanie w warunkach miejskich 10l/100 km, należało przyjąć, że koszt dojazdu wyniósł dziennie 35,40 zł (6 l x 5,90 zł). Przez 14 dni wartość ta sumuje się do kwoty 495,60 zł.

Żądanie zapłaty odszkodowania z tytułu utraty zadatku wpłaconego na poczet usługi turystycznej, z której powódka miała zamiar skorzystać wraz z rodziną w styczniu 2012 r. opiera się na treści art. 415 k.c. w zw. z art. 361 § 2 k.c. W ocenie Sądu istnieje powiązanie kauzalne pomiędzy niemożnością skorzystania z tej usługi w styczniu a stanem zdrowia powódki – powikłaniami wynikającymi z posepsowego zapalenia płuc.

Nie oznacza to jednak, że szkoda w postaci utraty części wpłaconej ceny za to świadczenie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym ze zdarzeniem szkodzącym. Szkodą mającą podlegać naprawieniu jest, jak wynika z argumentacji powódki, utrata roszczenia o zwrot zadatku zapłaconego na poczet świadczenia tej usługi. Przy tak zdefiniowanej szkodzie nie istnieje adekwatny związek przyczynowy pomiędzy nią a zdarzeniem szkodzącym. Niewątpliwie trafnie zwracała uwagę powódka w korespondencji z hotelem, że zadatek podlegał zwrotowi ze względu na fakt, że niewykonanie umowy było skutkiem zdarzenia, za które żadna ze stron, w szczególności powódka, odpowiedzialności nie ponosiła. Powódka nie przedstawiła treści umowy, z której wynikałoby że przyjęła na siebie odpowiedzialność za niewykonanie umowy o świadczenie usług turystycznych za okoliczności, za które na podstawie ustawy odpowiedzialności nie ponosi. Stanowisko zobowiązanej do zwrotu zadatku, bez oparcia w treści umowy, nie było dla powódki wiążące i nie może na jego treści budować tezy o „niezwracalności” zadatku.

W tym stanie rzeczy utrata roszczenia o zwrot zadatku związana była z brakiem inicjatywy, co do jego dochodzenia od zobowiązanego do zwrotu. Taki wniosek sprawia zaś, że powiązanie kauzalne utraty zadatku ze zdarzeniem szkodzącym uległo zerwaniu (art. 361 § 1 k.c.) ze względu na *causae novae interveniens*. Tą przyczyną był brak inicjatywy powódki w dochodzeniu zwrotu zadatku. Nie mieści się w granicach normalnego związku przyczynowego szkoda, której poszkodowany mógł uniknąć wykorzystując swoje możliwości zapobieżenia jej powstania, albo nie wykorzystując swoich możliwości prowadzących do jej usunięcia (tak też: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 grudnia 2007 r. II CSK 348/07, publ. LEX 623798). Co do zasady bowiem istnieje obowiązek poszkodowanego zapobiegania szkodzie oraz zmniejszania jej rozmiarów, wynikający m.in. z art. 354 § 2 k.c. i art. 363 k.c. (tak też Sąd Najwyższy w wyroku z dnia z dna 18 kwietnia 2013 r., sygn. akt III CSK 243/12, publ. LEX 13432900 oraz Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 15 listopada 2017 r., I ACa 551/17).

W konsekwencji Sąd zasądził na rzecz powódki tytułem zadośćuczynienia z obu tytułów oraz odszkodowania kwotę 80 459,60 zł jako wykazaną i usprawiedliwioną w świetle powyższych rozważań. W odniesieniu do żądania odsetkowego dostrzec należało, że powódka nie wzywała pozwanego do zapłaty dochodzonych sum przed wszczęciem procesu, stąd nie mógł on pozostawać w opóźnieniu co do ich zapłaty z chwilą doręczenia odpisu pozwu. Stosownie do zasady wyznaczonej treścią art. 455 k.c. ustalenie terminu wymagalności świadczenia bezterminowego pozwala dłużnikowi przedsięwziąć czynności niezbędne do zorganizowania środków pieniężnych, stąd spełnienie świadczenia powinno

nastąpić niezwłocznie, a nie natychmiast po wezwaniu do zapłaty. Elementem relewantnym dla określenia daty wymagalności roszczenia była także niepewność co do sytuacji prawnej stron, wynikająca ze sporu co do przesłanki winy w zajściu zdarzenia szkodzącego. W warunkach przedmiotowej sprawy spór ten musiał być rozstrzygnięty za pomocą dwóch opinii biegłych. Dopiero opinia uzupełniająca biegłego W. naświetliła kwestię winy pozwanego w sposób stanowczy. Opinia została doręczona pełnomocnikowi pozwanego w dniu 9 grudnia 2016 r. i dopiero od dnia następnego po dniu jej doręczenia można mówić o możliwości rozpoznania przesłanek własnej odpowiedzialności oraz o stanie opóźnienia Szpitala, sankcjonowanym obowiązkiem zapłaty odsetek. W pozostałym zakresie roszczenie o odsetki podlegało oddaleniu.

Dla oceny zasadności roszczenia o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za skutki zdarzenia, które mogą objawić się w przyszłości kluczowe jest ustalenie, że proces leczenia został zakończony a wszelkie następstwa zapalenia otrzewnej dają się ocenić w chwili obecnej, stan perforacji jelita po wygojeniu nie spowoduje w przyszłości żadnych dolegliwości. Nie istnieje zatem ryzyko ujawnienia w przyszłości nowych schorzeń powiązanych kauzalnie z uszczerbkiem powódki, nieznanych w chwili obecnej, którego wystąpienie wymagałoby ustabilizowania sytuacji prawnej powódki poprzez ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość. Brak interesu prawnego powódki w ustaleniu odpowiedzialności pozwanego na przyszłość skutkowało oddaleniem tego żądania jako niezasadnego co do istoty w całości.

Mając na względzie ogół powyższych rozważań Sąd na podstawie przywołanych przepisów orzekł jak w sentencji.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c. oraz art. 102 k.p.c. w zw. z art. 113 ust. 1 u.k.s.c. Powódka wygrała sprawę w 20% a przegrała w 80%, co, zgodnie z ogólną zasadą rozkładu kosztów procesu uzasadniałoby obciążenie ją tymi kosztami w stosunku 80%. Wnosiła, na wypadek nieuwzględnienia powództwa w całości, o zastosowanie art. 100 zd. 2 k.p.c. poprzez nałożenie na pozwanego kosztów procesu w całości ze względu na fakt, że wysokość zadośćuczynienia zależy od oceny sądu. Ugruntowane w orzecznictwie Sądu Najwyższego jest zapatrywanie, iż w razie częściowego uwzględnienia żądania, sąd może nałożyć na jedną ze stron obowiązek zwrotu wszystkich kosztów procesu według swej oceny w rozumieniu art. 100 zawsze wtedy, gdy przepisy prawa cywilnego nie zawierają ścisłego kryterium do określenia wysokości żądania a taka sytuacja istnieje w przypadku zadośćuczynienia (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 1972 r. II CZ 6/72, LEX nr 7072). Niemniej jednak nie wolno pomijać wyjątkowego charakteru owej sytuacji i czynić z niej zasady w sprawach o roszczenia, których rozmiar jest ciężko uchwytne dla strony powodowej. Może ona mieć zastosowanie w razie racjonalnej, wywołanej niewiedzą strony albo istotnie zróżnicowanym orzecznictwem sądowym, rozbieżności pomiędzy oczekiwanym a przyznanym zadośćuczynieniem. Orzecznictwo sądów powszechnych, znane pełnomocnikowi powódki występującemu w podobnych sprawach przed tutejszym Sądem, dostarcza kryteriów pomocnych do oszacowania spodziewanej wysokości przyznanego zadośćuczynienia. Stąd żądanie zadośćuczynienia w kwocie rażąco wygórowanej w stosunku do przyznanych w podobnych przypadkach w orzecznictwie sądowym, jako przekraczające przysługujące sądowi granice oceny stosownego zadośćuczynienia, wyłącza przewidzianą w art. 100 zdanie drugie możliwość włożenia na pozwanego obowiązku zwrotu wszystkich z tym związanych kosztów (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 października 1972 r., II PR 223/72, LEX nr 7144). Odpowiedzialność za koszty procesu jest jedynym wyrazem odpowiedzialności strony formułującej w procesie rażąco wygórowane żądania. Stąd brak jest podstaw do odstąpienia od ogólnych zasad odpowiedzialności za wynik procesu i obciążenie niebagatelными kosztami postępowania w całości pozwanego, który, wskutek zgłoszenia przez powódkę nadmiernych pretensji finansowych, wygrał sprawę w zasadniczej części.

W niniejszej sprawie powódka poniosła łączne koszty w wysokości 30.426,25 zł. Na tę kwotę złożyły się: opłata od pozwu – 20 181 zł, zaliczkę na poczet wynagrodzenia biegłego 1000 zł, wynagrodzenie biegłego K. za sporządzenie opinii - 1228,25 zł, zaliczka na poczet wynagrodzenia biegłego psychologa 800 zł i koszty zastępstwa procesowego w wysokości 7217 zł. Pozwany poniósł koszty zaliczek – 1081,12 zł, wynagrodzenia dla biegłego K. tytułem sporządzenia przez niego opinii – 1228,25 zł oraz koszty pełnomocnika 7217 zł – łącznie 9526,37 zł.

Sumarycznie koszty postępowania wyniosły 39.952,62 zł z tego powódka winna ponieść 80%, tj. 31 962,09 zł. Różnica w stosunku do poniesionych już kosztów jest bagatelna toteż zasadne było zastosowanie art. 100 zd. 1 k.p.c. i wzajemne zniesienie kosztów między stronami. Zgodnie ze stanowiskiem przyjętym w judykaturze, jeżeli strony w równym lub w zbliżonym stopniu wygrały i przegrały proces, a poniesione przez nie koszty nie pozostają w dysproporcji, właściwym rozstrzygnięciem jest zniesienie wyłożonych kosztów postępowania (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 12 października 2012 r., IV CZ 68/12, LEX nr 1232621).

Rozliczeniu podlegały także koszty poniesione tymczasowo przez Skarb Państwa. Łącznie Skarb Państwa zaliczkował w niniejszym postępowaniu kwotę 5282,96 zł, na co złożyło się 480,04 zł na wynagrodzenie biegłego K. za sporządzenie opinii uzupełniającej, 348,16 zł za stawienictwo tego biegłego; 540,48 zł za sporządzenie opinii uzupełniającej przez biegłego W., kolejne 501 zł za składane przez niego wyjaśnienia oraz kwoty 1439,88 zł i 1973,40 zł za wynagrodzenie biegłych (...) i H..

Koszty te w 20% (1.056,59 zł) obciążają szpital i stosownie do treści art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 300) Sąd nakazał pobranie tej kwoty od pozwanego. W pozostałych 80 % obciążających powódkę koszty te zostały przejęte na rachunek Skarbu Państwa stosownie do treści art. 102 k.p.c. w zw. z art. 113 ust. 4 u.k.s.c. W odniesieniu do zasady słuszności w art. 102 k.p.c. określone zostały przesłanki, których zaistnienie warunkuje możliwość obciążenia strony przegrywającej jedynie częścią kosztów albo nieobciążania jej w ogóle tymi kosztami. Obejmują one wystąpienie w sprawie wypadków szczególnie uzasadnionych, które powodują, że zasądzenie kosztów na rzecz wygrywającego przeciwnika w całości, a nawet w części, byłoby sprzeczne z powszechnym odczuciem sprawiedliwości oraz zasadami współżycia społecznego. Zalicza się do tych „wypadków” okoliczności związane z przebiegiem postępowania, jak charakter dochodzonego roszczenia, jego znaczenie dla strony, przedawnienie roszczenia, subiektywne przekonanie o zasadności roszczenia wsparte na obiektywnych podstawach. Do warunków leżących poza procesem należy sytuacja majątkowa i życiowa strony (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 8 lipca 2016 r., sygn. akt I ACa 1380/15).

Przekładając powyższe rozważania na grunt przedmiotowej sprawy należy zważyć, iż aktualna sytuacja majątkowa powódki nie pozwala na poniesienie przez niego chociażby części kosztów postępowania, a obciążenie jej tymi kosztami godziłoby w zasadę słuszności. Co więcej, Sąd zauważa, iż obciążenie powódki całością kosztów niniejszego postępowania skonsumowałoby istotną część zasądzonego zadośćuczynienia, a to zniweczyłoby kompensacyjny charakter zasądzonego świadczenia i podważyłoby zasadność całego rozstrzygnięcia.

Ze względu na powyższe motywy orzeczono jak w sentencji.