

Klauzulę wykonalności nadano
w dniu 16.01.2019 r. pkt I.1.
na wniosek pełn. wierz. /K.1135/
adw. (...)
Na zarządzenie Sędziego
z up. Kierownika Sekretariatu
Starszy Sekretarz Sądowy
Magdalena Stachera
Sygn. akt I ACa 689/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 stycznia 2019 roku
Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny
w składzie następującym:

| | |
|-----------------|---|
| Przewodniczący: | SSA Ryszard Iwankiewicz (spr.) |
| Sędziowie: | SSA Halina Zarzeczna SSA Tomasz Żelazowski |
| Protokolant: | sekr. sądowy Beata Węgrowaska-Płaza |

po rozpoznaniu w dniu 9 stycznia 2019 roku na rozprawie w Szczecinie
sprawy z powództwa A. J.
przeciwko (...) Szpitalowi (...) Samodzielnemu
Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w S.
o zapłatę
na skutek apelacji powoda i pozwanego
od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie
z dnia 4 lipca 2018 roku, sygn. akt I C 1328/12

I. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie drugim i czwartym w ten sposób że:

1. zasądza od pozwanego (...) Szpitala (...) - Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. na rzecz powoda A. J. dodatkowo kwotę 40 000 (czterdzieści tysięcy) złotych z odsetkami ustawowymi od dnia 22 grudnia 2012r. do dnia 31 grudnia 2015r. oraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016r, a w pozostałej części powództwo oddala;

2. nakazuje pobrać od pozwanego (...) Szpitala (...) - Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Szczecinie kwotę 6 385,56 zł (sześć tysięcy trzysta osiemdziesiąt pięć złotych pięćdziesiąt sześć groszy) tytułem części nieuiszczonych kosztów sądowych;

II. oddala apelację powoda w pozostałej części, zaś apelację pozwanego w całości;

III. nakazuje pobrać od pozwanego (...) Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Szczecinie kwotę 2 000 (dwa tysiące) złotych tytułem części nieuiszczonej opłaty od apelacji;

IV. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1 620 (tysiąc sześćset dwadzieścia) złotych tytułem kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym;

V. nie obciąża powoda nieuiszczonymi kosztami sądowymi.

SSA Tomasz Żelazowski SSA Ryszard Iwankiewicz SSA Halina Zarzeczna

Sygn. akt I ACa 689/18

UZASADNIENIE

Powód A. J. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. na jego rzecz kwoty 400.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia krzywdę doznaną przez powoda na skutek rozstroju zdrowia wynikłego z błędnie przeprowadzonego w tym szpitalu zabiegu operacyjnego z dnia 11 maja 2010 roku, nadto wniósł o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz renty w kwocie 1.000 zł miesięcznie, płatnej do 10 dnia każdego miesiąca, począwszy od maja 2012 roku, wraz z odsetkami ustawowymi w przypadku opóźnienia w płatności którejkolwiek raty, jak również o ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za wszelkie dalsze następstwa wadliwie przeprowadzonego na powodzie zabiegu. Domagał się również zasądzenia od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) Szpital (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Wyrokiem z 4 lipca 2018 roku Sąd Okręgowy w Szczecinie zasądził od pozwanego (...) Szpitala (...) - Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w S. na rzecz powoda A. J. kwotę 40.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od tej kwoty od dnia 22 grudnia 2012 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od tej kwoty od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty (pkt I), oddalił powództwo w pozostałej części (pkt II), odstąpił od obciążania powoda kosztami procesu oraz nieuiszczonymi kosztami sądowymi (pkt III), nakazał pobrać od pozwanego (...) Szpitala (...) - Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w S. kwotę 3.192,28 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

Powyższe rozstrzygnięcie Sąd I instancji poparł ustaleniami faktycznymi z których wynikało, że przed dniem 7 maja 2010 roku A. J. przez szereg lat leczył się z powodu podejrzenia choroby wrzodowej dwunastnicy. W kartach

informacyjnych z leczenia szpitalnego w powyższym okresie (już od 2007 roku) u powoda było rozpoznawane zwężenie dwunastnicy, owrzodzenie opuszki dwunastnicy, znaczne zniekształcenie opuszki dwunastnicy. Powód już od 2007 roku lecząc się w Przychodni Medycyny Rodzinnej w S. miał podejrzenie choroby wrzodowej. Powód miewał często wymioty, bóle brzucha, jego stan by zły.

W 2009 roku powód był konsultowany w Klinice Chirurgii Ogólnej na (...) w S. u profesora K., wówczas nie zgodził na zabieg się i wypisał się na własne żądanie ze szpitala.

W dniu 6 maja 2010 roku lekarz gastrolog L. J. (1) wystawił powodowi skierowanie do szpitala celem przeprowadzenia jego leczenia chirurgicznego. Uznał, iż skoro po lekach, które zapisywał powodowi, nie ustąpiła niedrożność przewodu pokarmowego, niezbędne będzie jego leczenie chirurgiczne, gdyż leczenie zachowawcze okazało się wystarczające, żeby przywrócić prawidłowy stan zdrowia powoda.

Na podstawie powyższego skierowania A. J. w dniu 7 maja 2010 roku został przyjęty na Oddział Chirurgii Ogólnej pozwanego (...) Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S.. Na skutek rozpoznania choroby wrzodowej dwunastnicy powodującej niedrożność przepuszczającą przewodu pokarmowego A. J. został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego. Wyraził pisemną zgodę na zabieg operacyjny żołądka. W związku z tym poinformowano powoda o możliwych powikłaniach pooperacyjnych, takich jak: krwawienie wewnętrzne, zwężenie zespolenia, rozejście się zespolenia, uszkodzenie okolicznych struktur, ropienie rany i rozejście się rany pooperacyjnej. Powód oświadczył również, że został poinformowany o celu, skutkach zabiegu i możliwych powikłaniach, a także, iż wszystkie wątpliwości zostały mu wyjaśnione przez lekarza Oddziału Chirurgii i nie ma zastrzeżeń, co do proponowanego postępowania. Wyraził również zgodę na inne procedury medyczne, które mogą być konieczne podczas zabiegu.

Celem powyższej operacji było przywrócenie ciągłości przewodu pokarmowego u powoda, gdyż ww. niedrożność uniemożliwiała mu przyjmowanie pokarmów, w tym nawet płynnych, w związku z tym powodowała w organizmie niedobory różnego typu, ubytek masy ciała, był wychudzony i wyniszczony.

W dniu 11 maja 2010 roku powód został poddany zabiegowi operacyjnemu polegającemu na laparotomii, resekcji żołądka typu Bil, płukaniu drenażu jamy otrzewnej, zespoleniu żołądkowo-jelitowe na pętli omega z zespoleniem jelitowo-jelitowym Browna zaokrężniczym. W opisie zabiegu stwierdzono, iż po przygotowaniu pola operacyjnego otwarto jamę otrzewnej cięciem pośrodkowym górnym. Odnaleziono palpacyjnie zwężony początkowy odcinek dwunastnicy. Kontrola narządów jamy brzusznej przeprowadzona palpacyjnie nie wykazała zmian. Po otwarciu torby sieciowej wyszkieletowano żołądek w stronę dwunastnicy. Odcięto dwunastnicę na wysokości zwężenia. Wyosobniono kikut dwunastnicy i zaopatrzone go staplerem liniowym długości 50 mm oraz szwem surowicówkowym. Przeprowadzono kontrolę szczelności. Następnie wyszkieletowano żołądek od strony krzywizny mniejszej. Pierwszą pętlę jelita czczego za więzadłem Treitza przeprowadzono przez kreskę poprzecznicę, uformowano w pętlę omega. Wykonano zespolenie żołądkowo-jelitowe na tylnej ścianie staplerem okrągłym o średnicy 28 mm, następnie odcięto 1/2 dalszą żołądka za pomocą staplera linowego długości 90 mm. Dodatkowo założono pojedyncze szwy surowicówkowo-mięśniówkowe. Wykonano zespolenie Browna za pomocą staplera GIA o długości 50 mm. Przeprowadzono sondę odżywczą do pętli odprowadzającej jelita cienkiego. Otwór w jelicie zaopatrzone szwem ręcznym dwuwarstwowym. Przeprowadzono kontrolę hemostazy, płukanie jamy otrzewnej. Założono dreny do pęcherzowo-odbytniczego zachyłka okolicy kikuta dwunastnicy. Wykonano szycie warstwowe, opatrunek jałowy. Pas przepuklinowy. Wycięty materiał przesłano do badania histopatologicznego. W opisie zabiegu wskazano, iż przebiegł on bez powikłań.

Powyższą operację przeprowadził zatrudniony w pozwanym szpitalu lekarz M. P.. Nie miał wówczas uzyskanej specjalizacji, był w trakcie specjalizacji jako rezydent Oddziału Chirurgii Ogólnej pozwanego szpitala. W zabiegu asystował mu doświadczony lekarz J. G., który w 1996 roku uzyskał drugi stopień specjalizacji z zakresu chirurgii, a w 2000 roku uzyskał specjalizację z chirurgii onkologicznej. Podczas tej operacji M. P. po otwarciu jamy brzusznej powoda stwierdził dosyć rozległy nacieki i bliznowacenie tkanek w okolicy odźwiernika i opuszki dwunastnicy

spowodowane w jego ocenie trwającą wieloletnią chorobą wrzodową dwunastnicy. Stwierdził wówczas, że sama anatomia u powoda została bardzo zmieniona. Powyższe utrudniało lekarzowi ogląd pola operacyjnego w ten sposób, iż zachodził kłopot z identyfikowaniem pewnych struktur. M. P. wiedział, iż podczas samego zabiegu nie może sobie pozwolić na ruchy „w ciemno”, musiał widzieć i być pewny co robi. W związku z tym, że u powoda została zamknięta dwunastnica staplerem, było to zrobione pod kontrolą wzroku i pod kontrolą ręki operatora. Pomimo powyższych trudności operacyjnych lekarze uczestniczący w zabiegu nie stwierdzili żadnych nieprawidłowości. W jej trakcie nie wynikło nic, co zaniepokoiłoby M. P., co uniemożliwiłoby mu skończenie zabiegu w określonym czasie. Operator wiedział, iż jeśli zauważyłby, że w trakcie zabiegu doszło do uszkodzenia jakiegokolwiek ważnej struktury u pacjenta, to powinien to uszkodzenie natychmiast naprawić. Podczas opisywanego zabiegu M. P. nic takiego nie zauważył, dlatego spokojnie i w jego odczuciu bezpiecznie „zamknął” pacjenta.

Po zakończeniu zabiegu u powoda ustąpiła niedrożność przewodu pokarmowego, z powodu której był operowany. W czwartej dobie po operacji wystąpiły u niej jednak objawy żółtaczki mechanicznej. Wzbudziły one niepokój u lekarzy zatrudnionych na oddziale chirurgicznym pozwanego szpitala, którzy niezwłocznie podjęli kroki w celu zdiagnozowania przyczyn tej żółtaczki.

W dniu 17 maja 2010 roku u powoda wykonano badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej, na skutek którego stwierdzono u niego stan po częściowej resekcji żołądka metodą Bil, wątrobę jednorodną, drogi żółciowe poszerzone, pęcherzyk żółciowy powiększony o pogrubiałej do 5 mm, nieco rozwarstwionej ścianie. Wskazano, iż przewód żółciowy wspólny u powoda jest o szerokości 11,8 mm i jego końcowy odcinek zakończony ślepo w trzustce. W okolicy stwierdzono widoczny szew. Wskazano, iż obraz ten budzi podejrzenie zaciśnięcia końcowego odcinka przewodu żółciowego wspólnego przez opisany szew. Stwierdzono, iż międzypętlowo i w nadbrzuszu w okolicy wnęki wątroby powoda obecna jest dość duża ilość wolnego płynu.

W dniu 19 maja 2010 roku u powoda wykonano badanie gastrokopii. W jego wyniku stwierdzono u niego w kikucie żołądka duży świeży skrzep zamykający i zasłaniający światło zespolenia żołądkowo-jelitowego. Wskazano, iż w kikucie widoczna jest niewielka ilość świeżej krwi, w trakcie i badania bez cech czynnego krwawienia do światła żołądka. Stwierdzono, że ze względu na obecność skrzepu nie dającego się usunąć niemożliwe jest ustalenie miejsca krwawienia do światła górnego odcinka przewodu pokarmowego

W dniu 21 maja 2010 roku dokonano u powoda drenażu dróg żółciowych. Nastąpiło to poprzez przezskórne nakłucie prawego płata dróg żółciowych, które wykazywało niedrożność końcówki przewodu żółciowego wspólnego. W opisie zabiegu wskazano, iż w prawym i lewym płacie widoczne były drobne do 1 cm zbiorniki łączące z przewodami żółciowymi - tworzące ropnie. Stwierdzono, iż nie udało się sforsować niedrożności. Założono dren zewnętrzno-zewnętrzny o średnicy 10,5 F Cook. Zalecono, aby po zabiegu podłączyć do drenu worek zbiorniczy. Wskazano, iż dren jest otwarty na stałe i polecono, by raz na 24 godziny wykonywać płukanie drenu 5 mm soli fizjologicznej. Zalecono również obserwację w kierunku zapalenia żółciowych i otrzewnej.

W dniu 24 maja 2010 roku poddano powoda kolejnemu badaniu gastrokopii. W jego wyniku nie uwidoczniiono u niego cech czynnego krwawienia do górnego odcinka przewodu pokarmowego. Wskazano jednak, iż zespolenie żołądkowo-jelitowe jest nieco przekrwione i obrzęknięte z odczynem tkanki włóknistej, w świetle jelita stwierdzono luźny skrzep krwi. Wskazano, iż wejście do drugiej pętli jelit jest obrzęknięte. Z uwagi na stan chorego nie podjęto próby wejścia do ww.

W dniach 28 maja 2010 roku i 2 czerwca 2010 roku u powoda wykonano badania USG jamy brzusznej. W epikryzie tego ostatniego badania stwierdzono, iż powód został przyjęty do ww. Oddziału w celu leczenia powrzodowego zwężenia dwunastnicy powodującą wysoką niedrożność przepuszczającą przewodu pokarmowego, po przygotowaniu do zabiegu operowano w trybie planowym. Wskazano, iż w dniu 11 maja 2010 roku wykonano resekcję żołądka sp. Bil z zespoleniem żołądkowo-jelitowym na pętli omega z tylną ścianą żołądka przedokrężnicze, z zespołem jelitowo-jelitowym Browna. W czwartej dobie pooperacyjnej obserwowano zażółcenie skóry i białkówki oczu, wzrost bilirubiny całkowitej i amylazy. W wykonanym badaniu USG stwierdzono zbiornik płynu w jamie otrzewnej wielkości

30x10 cm. Wykonano laparotomię zwiadowczą. Ewakuowano zbiornik płynowy z jamy otrzewnej, wypłukano i na nowo drenowano jamę otrzewnej. Na skutek wzrostu parametrów cholestazy oraz enzymów trzustkowych konsultowano przypadek. Zdecydowano o wykonaniu drenażu dróg żółciowych. Zabieg wykonano dnia 21 maja 2010 roku. Obserwowano cechy krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego. W dniu 19 i 24 maja 2010 roku wykonano gastroscopię. Wykazano przebyte krwawienie prawdopodobnie z zespolenia żołądkowo-jelitowego. Leczone zachowawczo z dobrym efektem. Cech czynnego krwawienia nie stwierdzono.

W dniu 8 czerwca 2010 roku poddano powoda zabiegowi Endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej. Stwierdzono wówczas u niego brak brodawki Vetera - prawdopodobnie objętej obszarem resekcji, a także wskazano, iż żółciowód jest zamknięty, a odstęp pomiędzy przewodem żółciowym wspólnym a pętląjelitową wynosi od 10 do 20 mm. Badanie wykazało jatrogenne uszkodzenie głównej drogi żółciowej.

W dniu 10 czerwca 2010 roku powód został poddany badaniu rezonansu magnetycznego. Stwierdzono u niego, iż drogi żółciowe wewnątrzwątrobowe umiarkowanie poszerzone, rozpoznano stan po założeniu przezskórnego drenażu dróg żółciowych, przewód wątroby wspólny i żółciowy wspólny poszerzone do około 1,1 cm, zwrócono uwagę na przerwanie ciągłości przewodu żółciowego wspólnego - wskazując, iż przewód kończy się ślepo około 1 cm od zarysu dwunastnicy, pęcherzyk żółciowy przedstawia się prawidłowo, przewód trzustkowy nieposzerzony, jednak krótka, dystalna część przewodu trzustkowego w wykonanych rekonstrukcjach jest istotnie węższa od pozostałych części.

Na Oddziale Chirurgii Ogólnej pozwanego (...) Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. powód przebywał do dnia 10 czerwca 2010 roku. W wypisie rozpoznano u powoda: długoletnią chorobę wrzodowa dwunastnicy powodującą niedrożność przepuszczającą przewodu pokarmowego, stan po resekcji żołądka sp. Bil, pooperacyjne zapalenie trzustki, żółtaczkę mechaniczną w przebiegu prawdopodobnie uszkodzenia dróg żółciowych, przebyte krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego.

W dniach od 10 czerwca 2010 roku do 16 czerwca 2010 roku powód przebywał na Oddziale Chirurgii Hepatologicznej (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w S., gdzie został przekazany w celu konsultacji.

Następnie w okresie od 16 czerwca 2010 roku do 13 lipca 2010 roku powód ponownie był leczony na Oddziale Chirurgii Ogólnej pozwanego (...) Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S.. Został tam na powrót przyjęty w celu leczenia infekcji rany po operacji resekcji żołądka.

W dniu 17 czerwca 2010 roku wykonano u niego badanie USG jamy brzusznej, w którym stwierdzono w wątrobie zmianę hyperechogeniczną 1,3 cm o charakterze naczyniaka, przy wątrobie ślad płynu, w powłokach brzusznych w bliżnie pooperacyjnej nieregularne przestrzenie płynowe, jak również częściowo uwapnione szwy.

W dniu 18 czerwca 2010 r. poddano powoda badaniu gastroscopii, w opisie którego wskazano, iż powodowi założono zgłębnik do żywienia dojelitowego.

Następnie powód został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego. W celu jego przeprowadzenia w dniu 13 lipca 2010 roku został on przekazany z pozwanego szpitala ponownie do (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. przy ul. (...). Przebywał tam na Oddziale Chirurgii Wątroby, Dróg Żółciowych i Trzustki do dnia 21 sierpnia 2010 roku z rozpoznaniem stanu po resekcji żołądka metodą Bil z uszkodzeniem dróg żółciowych oraz przetoki trzustkowej. Podczas pobytu powoda w tej placówce medycznej zastosowano u niego leczenie w postaci laparotomii, w dniu 14 lipca 2010 roku wykonano zabieg operacyjny w postaci cholecystoduodenostomii. Powód był żywiony pozajelitowo. Wypisu powoda dokonano w dniu 21 sierpnia 2010 roku z zaleceniem zmiany opatrunków, kontroli w poradni chirurgicznej oraz kontroli drożności drenu.

Lekarze zatrudnieni w pozwanym szpitalu zdecydowali się skierować powoda na dalsze leczenie operacyjne do (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. przy ul. (...), gdyż powyższa placówka miała wyższy stopień referencyjności, zatrudniony był tam specjalista znajdujący się problematyką obejmującą zakres, którego dotyczyć miało dalsze leczenie powoda - prof. M. W..

Lekarze pozwanego szpitala osobiście skontaktowali się z prof. W., przewieźli mu dokumentację medyczną i poprosili go o konsultację, gdyż sami nie posiadali niezbędnej wiedzy i doświadczenia zawodowego. Prof. W. osobiście uczestniczył w przeprowadzeniu operacji naprawczej, której wymagał powód. W trakcie tego zabiegu stwierdził wystąpienie u powoda przetoki żółciowej, która polegała na tym, że przecięciu uległ przewód żółciowy w czasie wcześniejszej operacji i żółć wydostawała się do jamy brzusznej. Niebezpiecznym następstwem tej operacji było ostre martwicze zapalenie trzustki, co było widać w czasie operacji naprawczej pod postacią martwicy trzustki i okolicznych tkanek. W jamie brzusznej u powoda istniał bardzo duży stan zapalny. Zabieg wykonany przez prof. W. polegał na zespoleniu pęcherzyka żółciowego z dwunastnicą, aby w ten sposób żółć mogła przedostawać się do przewodu pokarmowego. Zabieg chirurgiczny był powikłany bardzo długotrwałym stanem zapalnym rany pooperacyjnej z koniecznością wielokrotnego drenażu i antybiotykoterapii. Prof. W. kilkakrotnie w czasie późniejszym przyjmował powoda w Poradni Chirurgicznej i wówczas stwierdzał, iż stan powoda ulegał stopniowej poprawie. A. J. skarżył się jednak przez długi czas na bóle w jamie brzusznej, biegunki, wymagał leczenia doustnymi enzymami trzustkowymi w związku z niewydolnością trzustki po wcześniejszym jej stanie zapalnym.

Dnia 28 października 2010 roku powód po raz kolejny został skierowany do szpitala, przez lekarza z Poradni Chirurgii Ogólnej (...) w S. w związku z rozpoznaniem ostrego zapalenia trzustki. W szpitalu powód przebywał do 9 listopada 2010 roku. Podczas pobytu poddano powoda badaniom diagnostycznym, zastosowano leczenie farmakologiczne oraz dietę. Pacjent został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym.

W dniu 2 listopada 2010 roku przeprowadzono u powoda badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej, w którym stwierdzono widoczną w prawym płacie bliznę po drenażu przezskórnym dróg żółciowych, wokół głowy trzustki widoczne ciała obce - prawdopodobnie po przebytej operacji lub zwapnienia, a także zmiany bliznowate oraz niewielkie zmętnienie tłuszczu - wskazano, iż nie można wykluczyć świeżych zmian zapalnych. W dniu 5 listopada 2010 roku powód został poddany badaniu rezonansu magnetycznego jamy brzusznej z kontrastem. Stwierdzono w nim, iż przerwanie ciągłości przewodu żółciowego wspólnego.

W dniach od 4 do 8 stycznia 2013 roku powód był leczony w Samodzielnym Publicznym Szpitalu (...) w S.. W trakcie pobytu rozpoznano u niego priapizm, niedokrwistość o niejasnej etiologii, stan po resekcji żołądka z powodu choroby wrzodowej z następowym uszkodzeniem dróg żółciowych, stan po cholecystoduodenostomii.

W dniach od 8 do 15 stycznia 2013 roku powód był leczony na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala (...) w S.. Rozpoznano u niego: wrzód zespolenia żołądkowo-jelitowego u chorego z zakażeniem *Helicobacter Pylori*.

W dniu 6 lutego 2013 roku powód przeszedł kontrolne badanie USG, którego wnioski opisano następująco: wątroba niepowiększona, o nieznacznie wzmożonej echogeniczności - cechy stłuczenia, drogi żółciowe wewnątrzwątrobowe nieposzerzone z obecnością powietrza. PZW śr. 6 mm, pęcherzyk żółciowy obkurczony- stan po bodźcu pokarmowym. Trzustka, śledziona, obie nerki w normie. W obrębie tkanek miękkich wzgórnka łonowego po stronie lewej stwierdzono nacieki zapalne, a także w pachwinach zwłókniałe węzły chłonne.

Powód ponownie był hospitalizowany w okresach od 10 do 16 maja 2013 roku i następnie od 17 do 25 października 2013 roku. Rozpoznawano u niego: wrzód zespolenia żołądkowo-jelitowego, stan po resekcji żołądka metodą Bil z powodu powikłań wieloletniej choroby wrzodowej, stan po leczeniu operacyjnym jatrogennego uszkodzenia dróg żółciowych, przepuklinę brzuszną w bliźnie pooperacyjnej, nawracającą niedokrwistość z niedoboru żelaza. W karcie informacyjnej z tego leczenia szpitalnego wskazano, iż powód został przyjęty z powodu wrzodu zespolenia żołądkowo-jelitowego oraz z powodu dodatniego testu urazowego, bez cech czynnego krwawienia. Po konsultacji chirurgicznej zakwalifikowany do leczenia operacyjnego.

A. J. w kolejnych latach był również niejednokrotnie hospitalizowany. W okresie od 20 sierpnia 2015 roku do 27 maja 2015 roku przebywał w Szpitalu (...) w S., gdzie dokonano plastyki przepukliny pooperacyjnej. W okresie od 23 października 2015 roku do 30 października 2015 roku powód przebywał w SPSK nr (...) w S. z rozpoznaniem niedokrwistości z niedoboru żelaza po przebytym krwawieniu z przewodu pokarmowego, naczynek okrężnicy,

stanu po częściowej resekcji żołądka z powodu powrzedowego zwężenia dwunastnicy, stanu po operacji naprawczej dróg żółciowych, nadciśnienia tętniczego, priapizmu niedokrwiennego oraz miażdżycy.

Z powodu zasłabnięcia powód w dniu 22 lipca 2016 roku znalazł się na izbie przyjęć. Stwierdzono w tym dniu stan powoda dobry i wypisano go do domu. Niedługo później, w dniu 25 lipca 2016 roku, powód został przyjęty do Szpitala (...) w S. w trybie pilnym z powodu krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Głównym rozpoznaniem były nawrotowe krwawienia z wrzodu żołądka. Dnia 1 sierpnia 2016 roku powód został wypisany do domu z zaleceniami dalszej kontroli i leczenia w poradni gastroenterologicznej, diety żołądkowej, bezwzględnego zakazu spożywania alkoholu i palenia papierosów, przyjmowania przepisanych leków.

W około 3 miesiące po zabiegu wykonanym w dniu 11 maja 2010 roku zaczęły występować u A. J. lęki i skłonność do autoagresji (wrywał sobie włosy z głowy). W 2014 roku A. J. zgłosił się do psychiatry, z uwagi na zaburzenia adaptacyjne, depresyjno-lekowe, jednak po kilku wizytach zrezygnował z dalszej terapii. Nie korzystał z porad psychologa. Ponadto miał trudności w koncentracji uwagi. Aktualnie powód nie zdradza zaburzeń psychicznych. Jego stan psychiczny jest adekwatny do jego sytuacji zdrowotnej i życiowej. Brak jest obiektywnych danych na temat występowania u powoda ewidentnych zaburzeń nastroju i zachowania, które by mogły powodować u niego negowanie objawów chorobowych i odmowę leczenia specjalistycznego. Brak jest również danych na to, aby tego rodzaju zaburzenia występowały u powoda w okresie przedoperacyjnym. U powoda w wyniku zaburzeń adaptacyjnych związanych z przebyciem zabiegiem wystąpił uszczerbek na zdrowiu w wysokości 8% kwalifikowany na podstawie punktu 10 a tabeli procentowej stanowiąca załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku (Dz.U. 2002, nr 234, poz. 1974).

Wskazania do operacji, której powód został poddany w dniu 11 maja 2010 roku w pozwanym szpitalu, były właściwe (była to operacja ratująca jego życie). Działania pracowników pozwanego szpitala poprzedzające sam zabieg operacyjny były prawidłowe i oparte na wiedzy medycznej. Powód był objęty należną i troskliwą opieką łącznie z badaniami dodatkowymi i konsultacją. W trakcie operacji nastąpiło jednak uszkodzenie przewodu żółciowego wspólnego powoda, co spowodowało liczne powikłania.

Skutkiem zabiegu przeprowadzonego w dniu 11 maja 2010 roku było powikłanie w postaci uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego. Było ono znacznym powikłaniem łączącym się z zagrożeniem życia pacjenta. Przewód żółciowy wspólny wchodzi w skład okolicznych struktur miejsca operowanego. Powód podpisując zgodę na zabieg operacyjny żołądka został tym samym poinformowany o możliwościach powikłania w postaci uszkodzenia okolicznych struktur tj. uszkodzenia dróg żółciowych, które w realiach sprawy wystąpiło.

Warunki operacyjne istniejące w trakcie wykonywania zabiegu w dniu 11 maja 2010 roku były bardzo trudne. Samo uszkodzenie u powoda dróg żółciowych stanowiło powikłanie wpisane w ryzyko zabiegu. Niezauważenie tego uszkodzenia podczas operacji było jednakże błędem operatora. W tak trudnych warunkach operacyjnych użycie staplera, przy pomocy którego wykonywano zabieg, który bardzo skracał operację, było zbyt ryzykowne, gdyż nie było dobrej widoczności pola śródoperacyjnego. Wykorzystanie podczas operacji szwu mechanicznego (staplerów) jest codzienną praktyką, jednak podczas trudnych warunków operacyjnych wskazane jest szycie tradycyjne. Sama operacja została wykonana prawidłowo, jednak niezauważenie uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego było błędem medycznym.

Lekarz operujący w trakcie zabiegu przeprowadzonego w dniu 11 maja 2010 roku powinien był i mógł jeszcze podczas samej operacji sprawdzić drożność przewodu żółciowego powoda przy zastosowaniu drenów tzw. Kehra. Po zauważeniu uszkodzenia przewodu żółciowego jeszcze podczas samego zabiegu operator był w stanie naprawić skutki tego uszkodzenia. Wówczas nie wystąpiłyby wszystkie następstwa związane z uszkodzeniem powyższego przewodu, jakie miały miejsce w realiach sprawy.

Rezygnacja przez powoda przed zabiegiem, który został przeprowadzony w dniu 11 maja 2010 roku, z leczenia operacyjnego owrzodzeń żołądka i dwunastnicy mogła się przyczynić do zagrażających zdrowiu i życiu powikłań. Niedrożność dwunastnicy wystąpiła u niego wcześniej, wskutek nieleczonej choroby wrzodowej. Nieleczona

choroba wrzodowa mogła doprowadzić do zniekształcenia opuszki dwunastnicy powoda, nawracających krwawień z przewodu pokarmowego, przewlekłych stanów zapalnych, co w konsekwencji mogło doprowadzić do niedrożności przewodu pokarmowego. Wynikające z tego zniekształcenie dróg żółciowych u powoda mogło również zwiększać ryzyko uszkodzenia tych dróg w trakcie operacji. Niepodjęcie przez powoda leczenia w okresie przed operacją skutkowało późniejszymi negatywnymi skutkami również anatomicznymi, które doprowadziły do niedrożności dwunastnicy i w następstwie konieczności interwencji chirurgicznej. W wyniku zaawansowanego przewlekłego stanu zapalnego spowodowanego długoletnią chorobą wrzodową jak i powikłaniami pooperacyjnymi niewątpliwie doszło do wystąpienia u powoda zmian topograficzno -anatomicznych operowanej okolicy.

Skierowanie powoda z pozwanego szpitala do ośrodka specjalistycznego celem kontynuacji leczenia powikłań związanych z uszkodzeniem przewodu żółciowego wspólnego podczas przedmiotowej operacji było działaniem prawidłowym, jednak każde opóźnienie w leczeniu operacyjnym powoda działało na niekorzyść jego stanu zdrowia. W czasie tuż po stwierdzeniu u powoda żółtaczki wymagał on ponownej operacji, w trakcie której lekarze powinni odszukać przyczynę tej żółtaczki.

Na skutek zabiegu z dnia 11 maja 2010 roku nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia powoda z powodu uszkodzenia dróg żółciowych. W wyniku przedmiotowego zabiegu doszło do poważnych powikłań występującej u niego choroby wrzodowej (niedrożności dwunastnicy), które znacznie utrudniły możliwości lecznicze i zwiększyły możliwości powikłań śródoperacyjnych.

Wskutek powyższego zabiegu nastąpiła znaczna trudność w uzyskaniu wyleczenia powoda. Zapalenie trzustki i dróg żółciowych, które u niego wystąpiły po tym zabiegu, zostały wyleczone, jednak odległe dolegliwości dyspeptyczne i bólowe u niego pozostały.

Aktualne problemy zdrowotne powoda mają związek z przebytą operacją wykonaną na skutek choroby wrzodowej i jej powikłań. Od momentu przyjęcia w dniu 7 maja 2010 roku na Oddział Chirurgiczny (...) Szpital (...) w S. i wykonania resekcji żołądka sposobem Bil powód był leczony i operowany z powodu powikłań pooperacyjnych przez chirurgów.

Priapizm stwierdzony u powoda nie ma nic wspólnego z niedokrwistością, która wynikła u niego w związku z długotrwałą, powikłaną chorobą wrzodową żołądka. Priapizm jest dolegliwością występującą bardzo rzadko i tylko wyjątkowo można ją łączyć z niedokrwistością specjalnego typu anemii tzw. anemii sierpowatej. U powoda wystąpił normalny proces wyniszczenia organizmu przez długotrwały proces chorobowy objawiający się niską liczbą krwinek czerwonych i niskim poziomem hemoglobiny, co zwyczajowo określa się jako anemię - w odróżnieniu od anemii sierpowatej, która występuje głównie w A. i polega na patologicznie zmienionym kształcie krwinek czerwonych, a etiologia tej choroby nie jest znana. Anemia sierpowata nigdy u powoda nie była stwierdzana.

Przed zabiegiem operacyjnym, którzy przeprowadzono w dniu 11 maja 2010 roku, powód A. J. wykonywał działalność gospodarczą związaną ze sprzedażą oleju na potrzeby jednostek pływających, współpracował z firmą (...). Prowadził aktywny tryb życia, trenował sztuki walki. Miał dorosłą córkę, był po rozwodzie, jednak relacje z byłą żoną układały mu się bardzo dobrze.

W okresie po zakończeniu pobytu w szpitalach związanych z powikłaniami przebytej w dniu 11 maja 2010 roku operacji powód powrócił do wykonywania działalności zarobkowej. Osiągał wówczas niski dochód, który w 2011 roku wyniósł z tytułu pozarolniczej działalności gospodarczej 19.606,66 zł.

Dnia 30 października 2013 roku powód został uznany przez orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych za niezdolnego do pracy, w związku z czym przyznano mu świadczenie rehabilitacyjne na okres 6 miesięcy.

Powód otrzymywał świadczenie rehabilitacyjne w okresach od 16 kwietnia 2013 roku do 10 kwietnia 2014 r. oraz od 22 sierpnia 2015 roku do 17 lutego 2016 roku Świadczenie otrzymywał w kwocie około 600 zł miesięcznie. Pomiędzy świadczeniami rehabilitacyjnymi wypłacano powodowi zasiłek chorobowy. Po 17 lutego 2016 roku powód nie otrzymywał żadnych świadczeń z ZUS.

A. J. w dniu 24 maja 2016 roku został uznany przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych za niezdolnego do pracy, jednakże uznano, iż istnieją rokowania odzyskania zdolności do pracy, w związku z czym przyznano powodowi po raz kolejny świadczenie rehabilitacyjne na okres 3 miesięcy.

Niezależnie od tego powód w maju 2014 roku nadal prowadził działalność gospodarczą dla firmy (...) handlującej olejami na statki, jednak w związku ze swoim stanem zdrowia nie był w stanie osiągnąć z tej działalności wysokich dochodów. Działalność gospodarczą ostatecznie oficjalnie zakończył w 2016 roku. Do tego czasu powód zakładał, iż wyzdrowieje i będzie w stanie ją dalej wykonywać z zyskiem.

Obecnie powód jest zatrudniony na stanowisku konserwatora w (...)Towarzystwie(...) w Ś. na podstawie umowy zlecenia. Otrzymuje dzięki temu wynagrodzenie w wysokości 14 zł brutto za godzinę, co przekłada się na wynagrodzenie miesięczne w kwotach około 2.000 zł - 2.500 zł. Obecna umowa została zawarta do dnia 31 grudnia 2018 roku.

W czasie przedmiotowego dla sprawy zabiegu operacyjnego powód miał ukończone 48 lat, a aktualnie jest w wieku 55 lat. W chwili obecnej nadal często odczuwa silne dolegliwości bólowe brzucha, które utrudniają mu codzienne funkcjonowanie, w tym pracę zawodową. Uważa on, iż z uwagi na te dolegliwości nie jest w stanie znaleźć zyskowego zatrudnienia. Ze swoimi dolegliwościami powód jest w stanie pogodzić aktualną pracą dla szkoły gimnazjalnej w charakterze konserwatora, gdyż nie wymaga ona takiej dyspozycyjności, jak poprzednio wykonywana działalność gospodarcza. Jego relacje rodzinne układają się nie gorzej niż przed zabiegiem.

A. J. pismem z dnia 19 stycznia 2012 roku (nadanym tego samego dnia) skierował do (...) Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. przedsądowe wezwanie do zapłaty kwoty 400.000 zł z tytułu zadośćuczynienia z powodu rozstroju zdrowia oraz krzywdy jakich doznał wskutek błędu lekarskiego, którego dopuszczono się podczas zabiegu częściowej resekcji żołądka, wykonanego w pozwanym szpitalu w dniu 11 maja 2010 roku. Pozwany wskazał, że zachodzą wszelkie okoliczności uzasadniające przyjęcie odpowiedzialności cywilnej pozwanego szpitala. Zakreślił termin zapłaty na 7 dni od doręczenia wezwania.

Pismem z dnia 14 lutego 2012 roku (...) Szpital (...) Samodzielny Publiczny ZOZ w S. odmówił zapłaty żądanych przez powoda kwot z uwagi na, w jego ocenie, nie potwierdza się zasadność zarzutów formułowanych wobec szpitala.

Sąd uznał powództwo za uzasadnione jedynie w zakresie dotyczącym żądania zapłaty przez pozwanego szpitala zadośćuczynienia za krzywdę związaną z rozstrojem zdrowia powoda wywołanym błędem medycznym, do którego doszło w trakcie zabiegu operacyjnego z 11 maja 2010 roku, a mianowicie niezauważeniem uszkodzenia przewodu żółciowego, które - według opinii biegłego chirurga J. B. - można było stwierdzić jeszcze w trakcie samej operacji i podczas niej je usunąć. Wysokość sumy odpowiedniej z tego tytułu Sąd ocenił na kwotę 40.000 zł, zatem znacznie mniejszą od żądanej w pozwie kwoty 400.000 zł. Sąd uznał za nieudowodnione roszczenie dochodzone przez powoda z tytułu renty, a także dotyczące ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość.

Sąd zważył, że podstawę prawną roszczenia o zadośćuczynienie, częściowo stanowił art. 445 § 1 k.c.

Sąd zaznaczył, że w pierwszej kolejności konieczne było dokonanie oceny tego, czy pozwanemu szpitalowi można przypisać ogólne przesłanki odpowiedzialności deliktowej, gdyż tylko wówczas powodowi przeciwko pozwanemu mogłyby przysługiwać roszczenia wynikające z przywołanych przepisów. Sąd wskazał, że w myśl regulacji art. 416 k.c. oraz art. 430 k.c. pozwany szpital ponosi odpowiedzialność za skutki deliktu, który można przypisać członkowi jej organu tudzież pracownikowi podlegającemu kierownictwu takiej osoby. W realiach sprawy nie budziło wątpliwości Sądu, iż odpowiedzialność deliktowa pozwanego szpitala powinna się wiązać z oceną zachowania zatrudnionych w nim lekarzy M. P. (który przeprowadził operację powoda w dniu 11 maja 2010 roku) oraz J. G. (który asystował przy tej operacji).

Mając na uwadze treść art. 6 k.c. Sąd zaznaczył, że powód obowiązany był do wykazania, iż doznał szkody (niemajątkowej - tj. krzywdy, do której odnosi się art. 445 § 1 k.c. i majątkowej - której rekompensatę miała stanowić

renta dochodzona na podstawie art. 444 § 2 k.c.), doszło do bezprawnego zachowania ww. lekarzy, za które pozwany ponosi odpowiedzialności na podstawie w art. 430 k.c., zachowanie to miało charakter zawiniony, a także, że pomiędzy tym zachowaniem i szkodą zachodził związek przyczynowy.

Sąd wskazał, że powód upatrywał źródła odpowiedzialności pozwanego szpitala w fakcie, iż w trakcie leczenia, które w nim przeszedł w dniu 11 maja 2010 roku, lekarze uszkodzili jego przewód żółciowy, na skutek czego doznał on bardzo poważnego rozstroju zdrowia, który wymagał jego wielokrotnych dalszych hospitalizacji i trwa do dzisiaj. Pozwany bronił się przed zarzutami postawionymi przez powoda wskazując m.in. to, iż uszkodzenie powyższego przewodu żółciowego było niezamierzonym powikłaniem zabiegu operacyjnego wpisanym w jego ryzyko, o czym powód został prawidłowo poinformowany przed wyrażeniem pisemnej zgody na ten zabieg.

Ustalenie okoliczności faktycznych, w świetle których Sąd mógł ocenić prawdziwość zarzutów stawianych przez powoda pracownikom szpitala, a także prawdziwość okoliczności, na które pozwany powołał się w ramach swej linii obrony, wymagało wiedzy specjalistycznej, a zatem - stosownie do art. 278 k.p.c. - mogło nastąpić wyłącznie na podstawie opinii biegłego. Sąd przeprowadził w niniejszej sprawie na wniosek powoda szereg takich opinii (biegłego z zakresu urologii K. P., biegłego z zakresu psychiatrii M. U., biegłej z zakresu chorób wewnętrznych K. K., biegłego z zakresu chirurgii ogólnej J. B. i biegłego z zakresu gastroenterologii Z. S.), jednak w świetle tych wszystkich opinii podstawowe, decydujące dla rozstrzygnięcia sprawy znaczenie przypisał opinii biegłego z zakresu chirurgii ogólnej J. B.. Na ten fakt zwrócili uwagę pozostali biegli. Przedmiot sporu łączył się z oceną postępowania lekarzy, którzy przeprowadzili operację powoda w dniu 11 maja 2010 roku, to zaś wymagało wiadomości specjalnych właśnie z zakresu chirurgii. Sąd nie widział podstaw, aby kwestionować wiarygodność którejkolwiek z ww. opinii, jednak największą moc dowodową przypisać należało opinii J. B.. Sąd zaznaczył, że wątpliwości stron wobec tej opinii zostały wyjaśnione wpięrow w formie opinii pisemnej uzupełniającej, a następnie ostatecznie w drodze odebrania od biegłego ustnych uzupełniających wyjaśnień. Czynności te w ocenie Sądu pozwoliły usunąć wszelkie wątpliwości dotyczące omawianej opinii w zakresie istotnym dla rozstrzygnięcia sprawy. W ocenie Sądu opinia J. B. nie była nielogiczna, wewnętrznie niespójna, czy niekompletna. Co więcej - nie kłóciła się ona z pozostałymi dowodami, w tym w szczególności z opiniami innych biegłych, czy dokumentacją medyczną. Z tego względu Sąd na rozprawie w dniu 20 czerwca 2018 roku oddalił wniosek pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego chirurga.

Dokonując ustaleń faktycznych Sąd oparł się na wszystkich zawnioskowanych przez strony dowodach, w tym na zeznaniach świadków M. W., L. J. (1), J. G. i M. P., a nadto dokumentacji medycznej, nie widział bowiem podstaw, aby uznać je za niewiarygodne. Zaznaczył jednakże, że dowody te nie miały decydującego znaczenia, gdyż w kwestiach zasadniczych dla rozstrzygnięcia ustalenia musiały być oparte na dowodzie z opinii biegłych. Tego rodzaju dowodu, w zakresie wymagającym wiedzy specjalistycznej, nie można zastąpić żadnym innym dowodem.

Najistotniejszy, fundamentalny dla wyniku postępowania fakt, który znajdował konsekwentnie swój wyraz w opinii J. B., zdaniem Sądu dotyczył stwierdzenia tego, iż błędem medycznym w postępowaniu pracowników pozwanego szpitala, którzy uczestniczyli w operacji powoda z 11 maja 2010 roku, było niezauważanie uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego, które można było stwierdzić jeszcze podczas samej operacji i jednocześnie w tym samym czasie naprawić jego skutki. Sąd zaznaczył, że biegły w opinii ustnej na rozprawie w dniu 13 kwietnia 2018 roku wprost opisał mechanizm, w jaki lekarze mogli ujawnić fakt uszkodzenia tego przewodu, jak również w który mogli naprawić jego skutki. Sąd dostrzegł, że biegły składając ustną opinię twierdził, iż nie wini lekarzy, to jednak zaznaczył, że wypowiedzi tej nie sposób było uznać za wiążącą. Ocena winy należała bowiem nie do biegłego lecz do samego Sądu, który powinien był ją dokonać, bacząc, czy lekarze dopuszczając się wskazanego błędu (skoro -co bezsporne - nie uczynili tego umyślnie) mieli możliwość i powinni byli zauważyć owo uszkodzenie i nie doprowadzić do powstałych w jego wyniku skutków, bowiem te fakty decydowały o ewentualnej ich nieumyślności.

Przed przystąpieniem do oceny przesłanek odpowiedzialności deliktowej pracowników pozwanego szpitala dokonanej w kontekście powyższej opinii Sąd podkreślił, iż w jego ocenie, opartej zresztą wprost na ww. opiniach biegłych, samo uszkodzenie przewodu żółciowego wspólnego, do którego doszło podczas przedmiotowej operacji, nie stanowiło jeszcze błędu medycznego uzasadniającego powstanie jakichkolwiek roszczeń powoda, lecz było niezawinionym

powikłaniem przeprowadzonego wówczas zabiegu operacyjnego, które było wpisane w ryzyko zabiegu i mogło się zdarzyć także przy zachowaniu wszelkich wskazań wiedzy medycznej.

Sąd miał na uwadze, iż zgodnie z art. 34 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 464 ze zm.) lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31. Według art. 31 ust. 1 ww. ustawy lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Tylko zgoda pacjenta, świadomie akceptującego zrozumiałe przez niego ryzyko dokonania zabiegu wyłącza bezprawność interwencji lekarza, natomiast nieuzyskanie przez pozwanego szpitala świadomej zgody pacjenta na dokonanie operacji stanowi bezprawne działanie pozwanego, co uzasadnia przypisanie mu odpowiedzialności za wyrządzoną powodowi szkodę w postaci rozstroju zdrowia. Taka sytuacja uprawnia powoda do dochodzenia, co do zasady roszczeń wynikających z art. 444 § 1 i 2 k.c. i art. 445 § 1 k.c.

Sąd wskazał jednak, że do akt sprawy został złożony dokument zawierający oświadczenie powoda, stanowiące równocześnie informację dla pacjenta oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego, który A. J. podpisał przed operacją wykonaną dnia 11 maja 2010 roku. W formularzu tym znajduje się opis możliwych do wystąpienia powikłań. Wskazano tam m.in., iż jednym z powikłań może być uszkodzenie okolicznych struktur miejsca operowanego. Według opinii biegłych taką okoliczną strukturą jest również przewód żółciowy wspólny, który faktycznie uległ uszkodzeniu podczas ww. zabiegu. Stąd wniosek, że samo to uszkodzenie nie mogłoby rodzić odpowiedzialności deliktowej pozwanego szpitala. Inaczej należało jednak ocenić niezauważenie tego uszkodzenia w trakcie samej operacji.

Rozróżnienie pomiędzy tym, czy dane zdarzenie zaistniało w trakcie zabiegu medycznego miało charakter wyłącznie powikłania czy błędu medycznego, ściśle wiąże się z oceną zawinienia lekarzy. Sąd wskazał, że opinia biegłego J. B., uzupełniona w formie pisemnej, a przede wszystkim ustnej, wprost świadczy o tym, iż postępowanie lekarzy uczestniczących w operacji dokonanej w dniu 11 maja 2010 roku nie zostało przeprowadzone w sposób całkowicie staranny. Choć biegły nie miał zastrzeżeń co do sposobu przeprowadzenia samej operacji, a uszkodzenie przewodu żółciowego wspólnego uznał za zdarzenie, które mogło się wydarzyć nawet przy starannym, zgodnym z wiedzą medyczną wykonaniu zabiegu, biegły wyraźnie wytknął, że operujący nie zauważyli owego uszkodzenia, mimo że mieli taką możliwość. Równocześnie stwierdził, że ujawniwszy to uszkodzenie w trakcie samej operacji, mogli naprawić jego skutki, co oznaczałoby, iż pacjent po zakończeniu operacji nie odczuwałby już ujemnych następstw zaistniałego uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego. Biegły J. B. w swej opinii ustnej wprost wskazał metodę kontroli drożności tego przewodu (stwierdził, iż powinno się to odbyć przy zastosowaniu specjalnych drenów). Sąd miał na uwadze, że operator uczestniczący w operacji M. P. ani asystujący mu J. G. w trakcie swych zeznań, opisując przebieg zabiegu, nie wspomnieli, aby podczas operacji przeprowadzali weryfikację drożności przewodów żółciowych istniejących w pobliżu miejsca operowanego.

Pozwany wskazywał na istotne trudności w miejscu operowanym, co jego zdaniem stanowiło okoliczność usprawiedliwiającą omyłkę lekarzy. Sąd stwierdził jednakże, iż w obliczu tych trudności, gdy anatomia struktur poddanych zabiegowi była zmieniona na skutek trwającego u powoda procesu chorobowego, czujność lekarzy operujących powinna być tym bardziej wzmożona. Biegły zarzucił, iż w tak trudnych warunkach operacyjnych użycie staplera, przy pomocy którego wykonywano zabieg, który bardzo skracał operację, było zbyt ryzykowne, gdyż nie było dobrej widoczności pola śródoperacyjnego. Nie budzi więc żadnych zastrzeżeń wynikający z opinii wniosek, że skoro lekarze zdecydowali się przeprowadzać operację przy użyciu szwu mechanicznego (staplera), co sarnowicie nie jest postępowaniem nieprawidłowym, powinni byli zwiększyć swą czujność i baczyć, że skoro nie widzą dobrze miejsca operowanego, to winni przeprowadzić dodatkowe próby weryfikujące, czy użycie staplera nie spowodowało jakiś uszkodzeń struktur niewidocznych gołym okiem. Skoro według opinii biegłego taka weryfikacja, wedle znanych biegłemu wskazań wiedzy medycznej, była obiektywnie możliwa, przy pomocy opisanych przez niego drenów, lekarze

operujący powinni byli ją podjąć. Zaniechanie dokonania tej weryfikacji i zakończenie operacji („zamknięcie” pacjenta, jak to określił M. P.) przed upewnieniem się, czy żadna ze struktur okolicznych dla miejsca operowanego nie uległa uszkodzeniu, było zawinionym (w najłżejszej postaci winy - nieumyślności) i bezprawnym (naruszającym chociażby art. 4 ww. ustawy) błędem medycznym.

Sąd I instancji miał na uwadze argumentację pozwanego, że wpływ na zaistnienie omawianego uszkodzenia miało zaniechanie przez powoda wcześniejszego prawidłowego leczenia choroby wrzodowej dwunastnicy, na którą cierpiał przynajmniej od 2007 roku. Aczkolwiek pozwany wprost nie wywiódł na tej podstawie zarzutu przyczynienia się powoda do zaistnienia szkody, Sąd z urzędu rozważył, czy nie zachodzą tu podstawy do zastosowania art. 362 k.c. Wobec powyższego Sąd wskazał, że z opinii biegłej z zakresu chorób wewnętrznych K. K. a także podobnie biegłego z zakresu gastroenterologii Z. S. wynikało, iż rezygnacja przez powoda przed zabiegiem, który został przeprowadzony w dniu 11 maja 2010 roku, z leczenia operacyjnego owrzodzeń żołądka i dwunastnicy, mogła się przyczynić do zagrażających zdrowiu i życiu powikłań, w tym wywołać negatywne skutki anatomiczne, które doprowadziły do niedrożności dwunastnicy i w następstwie konieczności interwencji chirurgicznej, a w wyniku zaawansowanego przewlekłego stanu zapalnego spowodowanego długoletnią chorobą wrzodową jak i powikłaniami pooperacyjnymi doszło do wystąpienia u powoda zmian topograficzno - anatomicznych operowanej okolicy. Zaistnienie tych zmian, do których powód niewątpliwie samodzielnie się przyczynił, nie oznaczało jednakże w ocenie Sadu, iż należałoby przyjąć przyczynienie się powoda do wystąpienia szkody, za którą odpowiedzialność Sąd przypisał pozwanemu. Sąd podkreślił, że obarczono pozwanego odpowiedzialnością jedynie wyłącznie za skutki błędu medycznego w postaci niezauważenia uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego. Zmiany anatomiczne operowanych i okolicznych tkanek utrudniały przeprowadzenie operacji i tym bardziej usprawiedliwiały samo zaistnienie uszkodzenia przewodu żółciowego. Nie usprawiedliwiały jednak zaniechania przez lekarzy operujących weryfikacji drożności przewodów żółciowych przebiegających w pobliżu miejsca operowanego. Przeciwnie - zmiany te, znane przecież lekarzom, uzasadniały tym bardziej, że niezbędna jest owa weryfikacja i szczególna ostrożność przed zakończeniem zabiegu. W świetle powyższego Sąd uznał, iż winę związaną z błędem rozumianym jako niezauważenie uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego u powoda i zakończeniem zabiegu pomimo istnienia tego uszkodzenia a przed jego naprawą, należy przypisać wyłącznie lekarzom operującym, a nie powodowi. Stąd wykluczone było w tej mierze zastosowanie art. 362 k.c.

Kwestię tego, że powód przez szereg lat przed zabiegiem zaniechał właściwego leczenia swojej choroby wrzodowej dwunastnicy, Sąd ocenił natomiast w kontekście przepisu art. 361 § 1 k.c. decydującego o zakresie związku przyczynowego między zdarzeniem wywołującym szkodę a szkodą. Stosownie bowiem do tej regulacji pozwany mógł ponosić odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. W realiach sprawy Sąd mógł obarczyć szpital obowiązkiem naprawienia krzywdy lub szkody majątkowej, na którą powołał się powód, tylko w takim zakresie, w jakim owa krzywda lub szkoda stanowiły normalne następstwo niezauważenia uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego w trakcie operacji w dniu 11 maja 2010 roku i zakończenie jej bez usunięcia owego uszkodzenia. Granice odpowiedzialności deliktowej pozwanego wyznaczało wyłącznie to, co - stosownie do treści art. 361 § 1 k.c. - pozostawało normalnym następstwem zachowania pozwanego, tj. spowodowania niezauważenia uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego podczas samej operacji. Skutkiem tego błędu była niewątpliwie konieczność przeprowadzenia u powoda operacji naprawczej, która miała na celu usunąć, i usunęła, uszkodzenie przewodu żółciowego (przeprowadzona przez prof. M. W.). Gdyby nie błąd lekarzy pozwanego szpitala, do usunięcia skutków uszkodzenia tego przewodu mogłoby (i powinno było) dojść jeszcze w trakcie samej operacji z 11 maja 2010 roku, zatem nie byłoby konieczności poddania się przez powoda operacji naprawczej. Niewątpliwie z tym błędem był związany jego pobyt w szpitalach, który trwał tak długo - bowiem od przyjęcia do pozwanego szpitala w dniu 7 maja 2010 roku aż de facto do 21 sierpnia 2010 roku, kiedy ostatecznie został wypisany z (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. przy ul. (...), gdzie przebywał na Oddziale Chirurgii Wątroby, Dróg Żółciowych i Trzustki w związku z koniecznością poddania się operacji naprawczej. Na podstawie naprowadzonych w sprawie dowodów ocenie Sądu trudno było uznać, iż wszystkie dalsze problemy zdrowotne powoda były następstwem niezauważenia owego uszkodzenia. Sąd miał na uwadze, że w kartach informacyjnych z okresu późniejszego, które powód przedłożył do akt sprawy, wskazywano jako zasadniczą przyczynę leczenia powoda wrzód

zespolenia żołądkowo-jelitowego. Naprowadzone przez powoda dowody nie pozwoliły powiązać z uszkodzeniem przewodu żółciowego zaistniałym w trakcie zabiegu z 11 maja 2010 roku zakażenia powoda bakterią *Helicobacter Pylori* ani priapizmu (biegły urolog w opinii sporządzonej w niniejszej sprawie ten ostatni związek wprost wykluczył). Z dokumentów tych wynika, iż powód nadal cierpi na nawrotowe krwawienia z wrzodu żołądka. Dowody zgromadzone w sprawie w ocenie Sądu świadczyły, iż główną przyczyną obecnych dolegliwości powoda jest zatem choroba wrzodowa.

Sąd zaznaczył, że biegli, którzy sporządzili opinie w niniejszej sprawie, nie byli w stanie w sposób precyzyjny rozdzielić następstw powstałych w stanie zdrowia powoda w wyniku uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego i samej choroby wrzodowej. Według opinii biegłego z zakresu chirurgii J. B. w skutek zabiegu nastąpiła znaczna trudność w uzyskaniu wyleczenia powoda. Został on wyleczony z zapalenia trzustki i dróg żółciowych, jednak dolegliwości dyspeptyczne i bólowe u niego pozostały. Biegła z zakresu chorób wewnętrznych K. K. w swej opinii stwierdziła natomiast, iż w wyniku przedmiotowego zabiegu doszło u powoda do poważnych powikłań choroby wrzodowej - niedrożności dwunastnicy, która znacznie utrudnia możliwości lecznicze i zwiększa możliwości powikłań śródoperacyjnych. Biegły z zakresu gastroenterologii Z. S. był w stanie swej opinii uzupełniającej jedynie ogólnie stwierdzić, iż aktualne problemy zdrowotne powoda mają związek z przebytą operacją wykonaną na skutek choroby wrzodowej i jej powikłań. Zdaniem Sądu aby przypisać pozwanemu odpowiedzialność za wszystkie zaistniałe następstwa w stanie zdrowotnym powoda, na które się on powoływał, Sąd musiałby tym niemniej przeprowadzić dowód świadczący o tym, iż gdyby nie błąd medyczny w dniu 11 maja 2010 roku powód w chwili obecnej byłby zdrowy. Takiego zaś dowodu brak w zgromadzonym materiale.

Wszystkie te okoliczności doprowadziły Sąd do przekonania, iż powodowi przysługiwały w sprawie tylko takie roszczenia, które służyły rekompensacie konieczności poddania się opisanej wyżej operacji naprawczej i powstania utrudnień dla właściwego leczenia istniejącej u niego choroby wrzodowej (łącznie z zagrożeniem dla ewentualnych przyszłych zabiegów operacyjnych). Względem na to, iż na skutek błędu medycznego pracowników pozwanego szpitala powód musiał poddać się skomplikowanemu i długotrwałemu postępowaniu leczniczemu naprawczemu, jak również że w chwili obecnej istotnemu zakłóceniu uległa możliwość skutecznego leczenia jego choroby wrzodowej, zdaniem Sądu oznaczała poważną krzywdę, którą doznał on na skutek zdarzenia, objętego odpowiedzialnością pozwanego szpitala, jednak rozmiary tej krzywdy nie były takie, aby za sumę odpowiednią do niej uznać dochodzącą przez niego kwotę 400.000 zł.

Zdaniem Sądu powyższa kwota pozostawałaby wygórowana nawet, gdyby za krzywdę powoda uznać należało wszystkie skutki zdrowotne powstałe w jego stanie zdrowia, tym bardziej Sąd uznał ją za nieadekwatną, gdy za krzywdę w realiach sprawy miał możliwość uznać wyłącznie konieczność poddania się przez powoda opisanej wyżej operacji naprawczej, jak również powstania utrudnień dla właściwego leczenia istniejącej u niego choroby wrzodowej. W tych granicach Sąd za sumę odpowiednią do krzywdy przyjął kwotę 40.000 zł

Ustalając wysokość sumy należnej powodowi tytułem zadośćuczynienia Sąd w pierwszej kolejności wziął pod uwagę wszystkie okoliczności, które wiązały się z koniecznością pobytu powoda przez tak długi okres w szpitalach w 2010 roku (na przemian w pozwanym a następnie szpitalu przy ul. (...) w S.), a także poddania się dodatkowej operacji, której powód nie musiałby przechodzić, gdyby nie przedmiotowy błąd medyczny. Sąd uznał, że powyższe niewątpliwie wiązały się musiało z dolegliwościami bólowymi u powoda, z innymi nieprzyjemnościami towarzyszącymi tak długiemu pobytowi w szpitalu. Potrzeba usunięcia owego uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego i wyleczenia związanych bezpośrednio z tym skutków dotyczących trzustki musiała rzutować na stan psychiczny powoda. Według niebudzącej wątpliwości opinii biegłego z zakresu psychiatrii M. U. powód nie ujawnia obecnie żadnych cech zmian psychicznych związanych z zabiegiem, uszczerbek na zdrowiu, jakiego doznał wskutek w wyniku zaburzeń adaptacyjnych związanych z przebyciem zabiegiem, wyniósł 8%. Rekompensaty zdaniem Sądu wymagał fakt, iż na skutek powyższego błędu powód napotyka poważne utrudnienia w leczeniu swojej choroby wrzodowej. W ocenie Sądu nie sposób było jednak uznać, iż pozwany powinien zrekompensować powodowi istnienie wszystkich wskazywanych przez niego dolegliwości, gdyż te mają związek również z samą chorobą wrzodową. Sąd nie wykluczył (co zresztą wskazał biegły J. B. w swej opinii), iż odczuwane przez powoda dolegliwości bólowe są również związane ze skutkami błędu medycznego w trakcie operacji w dniu 11 maja 2010 roku, jednak uznał, że nie sposób przyjąć, iż gdyby nie ten

błąd, powód w chwili obecnej w ogóle nie cierpiałby z powodu swojej, niezależnej od zachowania pozwanej, choroby wrzodowej. Brak było w sprawie zdaniem Sądu również jednoznacznych dowodów, które pozwoliłyby uznać, iż błąd pracowników pozwanego szpitala pozbawił powoda możliwości zarobkowania zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami. Po pierwsze na tę okoliczność powinien był wypowiedzieć się biegły z zakresu medycyny pracy, o opinię którego powód nie wnioskował, po drugie - trudno byłoby zdaniem Sądu uzyskać jednoznaczną opinię zważywszy na trudność w rozdzieleniu skutków samej choroby wrzodowej powoda i niezauważenia uszkodzenia przewodu żółciowego w trakcie operacji z 11 maja 2010 r.

Ustalając wysokość sumy odpowiedniej do krzywdy powoda, pozostającej w normalnym związku przyczynowym z błędem medycznym pracowników pozwanego szpitala, Sąd musiał również baczyc, aby suma ta pozostawała adekwatna do przeciętnego poziomu życia społeczeństwa i nie prowadziła do nieuzasadnionego, bezpodstawnego wzbogacania powoda.

Uwzględniając te wszystkie okoliczności, które z całą pewnością można powiązać z samym błędem medycznym i okoliczności współtowarzyszące im, Sąd uznał za zasadne zasądzić od pozwanego na rzecz powoda zadośćuczynienie w wysokości 40.000 zł, co powinno zrekompensować powodowi krzywdę pozostającą w normalnym związku przyczynowym z zachowaniem, za które pozwany ponosi odpowiedzialność. Sąd orzekł o tym w punkcie I. sentencji wyroku.

O odsetkach za opóźnienie w zapłacie kwoty 40.000 zł przyznanej powodowi tytułem zadośćuczynienia, Sąd orzekł na podstawie przepisów art. 481 § 1 i 2 k.c. Sąd zaznaczył, że ustalając wysokość zadośćuczynienia na rzecz powoda wziął pod uwagę okoliczności, które istniały już w chwili wniesienia pozwu (tj. 22 grudnia 2012 roku), od której powód domagał się zasądzenia odsetek. Po tej dacie nie wystąpiły już żadne nowe okoliczności, które wpłynęłyby na rozmiar krzywdy odniesionej przez powoda i byłyby podstawą ustalenia przez Sąd zasądzonych w wyroku zadośćuczynienia. Fakt, iż błąd medyczny zaistniał w dniu 11 maja 2010 roku spowoduje następstwa w postaci utrudnienia dalszej prawidłowej możliwości leczenia choroby wrzodowej powoda, pozwany szpital mógł już stwierdzić w chwili wniesienia pozwu.

Sąd wskazał, że powód załączył do pozwu dowód, iż przed dniem wniesienia pozwu wezwał pozwanego do zapłaty zadośćuczynienia (pismo z 19 stycznia 2012 roku). Pozwany udzielił odpowiedzi na to wezwanie pismem z 14 lutego 2012 roku - zatem najpóźniej w dniu sporządzenia tego pisma otrzymał wezwanie do zapłaty należności objętej powództwem. Po doliczeniu do daty 14 lutego 2012 roku termin 7 dni wyznaczony w wezwaniu do zapłaty na spełnienie tego świadczenia, termin zapłaty upłynął jeszcze przed dniem wniesienia pozwu, od którego powód dochodził odsetek.

Sąd Okręgowy orzekł o kosztach procesu na podstawie art. 102 k.p.c. Sąd uznał, iż obciążenie powoda tymi kosztami w realiach niniejszej sprawy byłoby sprzeczne z zasadą słuszności. Decydując o tym Sąd kierował się zarówno sytuacją osobistą, rodzinną i majątkową powoda, która przemawiała za uprzednim zwolnieniem go od kosztów sądowych, ale przede wszystkim charakterem niniejszego procesu, w którym powód dochodził roszczeń na podstawie faktów, których nie mógł samodzielnie w łatwy sposób zweryfikować przed wytoczeniem powództwa (nastąpiło to dopiero w drodze opinii biegłych), materiał dowodowy zgromadzony w niniejszej sprawie dał natomiast podstawy do ustalenia przez Sąd, iż założenie, którym powód kierował się kierując sprawę do Sądu (że lekarze zatrudnieni w pozwanym szpitalu dopuścili się błędu), co do samej zasady okazało się prawdziwe. Na stosunek wygranej do przegranej powoda decydujący wpływ miało zresztą określenie w pozwie wysokości zadośćuczynienia. Sąd uwzględnił to roszczenie, jednak w stopniu znacznie mniejszym niż postulował powód. W subiektywnym odczuciu powód mógł być przekonany, iż jego krzywda związana z zachowaniem, za które odpowiedzialność ponosi pozwany, wymaga rekompensaty taką kwotą. Wszystkie te okoliczności przemawiały za odstąpieniem od obciążenia powoda kosztami procesu.

Działając na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w związku z art. 100 k.p.c. obciążył pozwanego częścią nieuiszczonych kosztów sądowych adekwatną do stopnia przegranej w niniejszym procesie. Na nieuiszczone koszty sądowe złożyły się kwoty: opłata od pozwu w wysokości 20.600 zł stanowiąca 5% podanej w pozwie wartości przedmiotu sporu (412.000 zł), wydatki w postaci:

wynagrodzenia biegłych z (...) s.k. za sporządzenie w niniejszej sprawie opinii przyznane: postanowieniem z dnia 24 sierpnia 2015 r. w kwocie 2.134,20 zł, postanowieniem z dnia 26 lipca 2016 r. w kwotach 2771,88 zł oraz 2.025,15 zł, postanowieniem z dnia 7 lutego 2017 r. w kwocie 556,04 zł, postanowieniem z dnia 5 czerwca 2017 r. w kwocie 1.311,04 zł, postanowieniem z dnia 13 września 2017 r. w kwocie 1.095,87 zł, postanowieniem z dnia 14 maja 2018 r. w kwocie 677,27 zł, wynagrodzenie biegłego Z. S. za sporządzenie w niniejszej sprawie opinii przyznane postanowieniem z dnia 17 listopada 2017 r. w kwocie 481,30 zł, zwrot kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej przyznany: postanowieniem z dnia 28 stycznia 2014 r. w kwocie 192,04 zł, postanowieniem z dnia 10 kwietnia 2014 r. w kwocie 12,63 zł, postanowieniem z dnia 13 sierpnia 2014 r. w kwocie 20,25 zł, zwrot kosztów stawienia świadka M. P. na rozprawie w dniu 7 listopada 2013 r. przyznany postanowieniem z dnia 10 kwietnia 2014 r. w kwocie 50,15 zł (wydatki te w sumie opiewały na 11.327,82 zł.) Łączna wysokość nieuiszczonych kosztów sądowych wyniosła 31.927,82 zł (20.600 zł + 11.327,82 zł), z czego x 10 % wynosiło 3.192,28 zł i w tej części należało obciążyć nimi pozwanego.

Z tych samych względów, które przedstawiono wyżej, Sąd uznał za zasadne na podstawie art. 113 ust. 4 ww. ustawy odstąpić od obciążania powoda nieuiszczonymi kosztami sądowymi, którymi na podstawie art. 113 ust. 2 obowiązany był zasadniczo go obciążyć z zasądzonego na jego rzecz roszczenia.

Apelację od powyższego wyroku wywiodły obie strony.

Pozwany zaskarżając wyrok w części, tj. w zakresie p. I, III i IV jednocześnie wniósł o zmianę orzeczenia w zaskarżonym zakresie poprzez oddalenie powództwa w całości, zasądzenie od powoda kosztów postępowania za obydwie instancje, a nadto o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z zakresu chirurgii ogólnej.

W treści uzasadnienia pozwany przytaczając poszczególne fragmenty zeznań świadków oraz opinii sporządzonych w niniejszej sprawie przez biegłych sądowych opinii wskazał, że za niezawinione powikłanie należało uznać zaciśnięcie szwu mechanicznego na przewodzie żółciowym wspólnym. Zdaniem pozwanego błędnie natomiast Sąd Okręgowy ustalił, że okoliczność tę dało się rozpoznać śródoperacyjnie i w trakcie tej samej operacji dokonać czynności naprawczych. Niewłaściwym w konsekwencji zdaniem pozwanego było uznanie przez Sąd, że nierozpoznanie wystąpienia powikłania w trakcie samej operacji w tym przypadku było błędem medycznym. Przytaczając kolejne fragmenty opinii, pozwany wskazał, że brak było podstaw do przypisania odpowiedzialności zespołowi operatorów i stwierdzenia błędu medycznego. Zdaniem pozwanego to sytuacja anatomiczna wykluczała możliwość obserwacji wystąpienia powikłania a tym samym nie można przypisywać lekarzom zarzutu zaniechania wykonania czynności, której wykonać było fizycznie nie sposób, tym bardziej, że zdaniem biegłego „na pewno nie można było stwierdzić, że zachowanie lekarzy było niedbałe”.

W ocenie pozwanego Sąd nie przytoczył w uzasadnieniu tych wypowiedzi mających kluczowe znaczenie dla podjęcia rozstrzygnięcia w sprawie. Zdaniem pozwanego jeśli obserwacja pewnych struktur anatomicznych w trakcie operacji była w ogóle niemożliwa, pomimo stwierdzenia zachowania należytej staranności przez personel szpitala, to nie można pozwanemu czynić zarzutu, że nie dokonał czynności niemożliwej do wykonania pomimo dołożonych starań i dbałego wykonania operacji.

W konsekwencji obciążenie pozwanego odpowiedzialnością za nie zaobserwowanie wystąpienia efektów tego powikłania, których obiektywnie nie można było ustalić w trakcie operacji, było zdaniem pozwanego niewłaściwe. Pozwany zaznaczył, że biegły uznał śródoperacyjne nierozpoznanie uszkodzenia za powikłanie, a nie za błąd medyczny oraz że to trudna anatomia powoda doprowadziła do powstania niezamierzonego powikłania i trudności w jego zaobserwowaniu a nie działania/zaniechania personelu medycznego.

Za błędy uznał pozwany wywód biegłego, że niezauważenie uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego było błędem medycznym. Co do przedstawionej przez Biegłego i uznanej przez Sąd Okręgowy metody kontroli drożności w postaci drenów Kehra pozwany wskazał, że metody tej praktycznie nie stosuje się.

W ocenie pozwanego niepoprawne jest również stwierdzenie przez SO że „w czasie tuż po stwierdzeniu u powoda żółtaczki wymagał on ponownej operacji, w trakcie której lekarze powinni odszukać przyczynę tej żółtaczki”. Zdaniem

pozwanego wykonanie ponownej operacji po stwierdzeniu żółtaczki, bez uprzedniego ustalenia jej przyczyny byłoby bardzo dużym błędem.

Przytaczając fragmenty opinii biegłego internisty dr K. K. pozwany podniósł, że Sąd Okręgowy nie zauważył, iż biegła wskazała, że „niepodjęcie przez powoda leczenia w okresie przed operacją skutkowało późniejszymi negatywnymi skutkami również anatomicznymi, które doprowadziły do niedrożności dwunastnicy i w następstwie konieczności interwencji chirurgicznej” oraz „niedrożność dwunastnicy wystąpiła wcześniej wskutek nieleczonej choroby wrzodowej która może doprowadzić do przewlekłych stanów zapalnych zniekształcenia opuszki dwunastnicy, krwawień z przewodu pokarmowego (...)”. tym samym pozwany zaznaczył, że to powód nie operując swojego organizmu we właściwym czasie doprowadził do znacznego podniesienia ryzyka wystąpienia powikłania poprzez powstanie niezwykle trudnych stosunków anatomicznych w swoim organizmie. Poddając się operacji we właściwym czasie powód nie tylko dopomógł by sobie ale znacznie ograniczył możliwość w ogóle powstania powikłania. W ocenie pozwanego opinia ustna biegłego chirurga jest nielogiczna i wewnętrznie niespójna. W ocenie pozwanego, powód winien odpowiadać za przyczynienie się własnymi świadomymi (wina umyślna - zamiar bezpośredni) działaniami/zaniechaniami za skutek w postaci zaistniałego powikłania i jego ujemne efekty.

Powyżej kwestie a przede wszystkim zaobserwowane sprzeczności w wywodach opinii biegłego chirurga, niekonsekwencja logiczna zawartych w nich sformułowań, niespójność opinii pisemnych z ustną tego biegłego, w ocenie pozwanego wpłynęła na konieczność przeprowadzenia opinii innego biegłego chirurga.

Zdaniem pozwanego nieprawidłowe było również przyjęcie wymagalności odsetek od daty innej niż data wyrokowania.

Zdaniem pozwanego Sąd I instancji błędnie zastosował dyspozycję art. 102 k.p.c. i w konsekwencji odstąpił od obciążania powoda kosztami postępowania. Zdaniem pozwanego

powód winien racjonalnie i z umiarem określać wartość przedmiotu sporu, mając na względzie przeciętny poziom materialny funkcjonowania społeczeństwa, a także ograniczenie w zakresie nieuzasadnionego wzbogacenia.

Zdaniem pozwanego nie jest dziś praktycznie żadną trudnością ustalenie wysokości zasądzanych zadośćuczynień i można w tym zakresie dokonać porównań i stosownych ustaleń.

Powód w wywiedzonej apelacji zaskarżył orzeczenie w części, tj. w zakresie pkt II, jednocześnie zarzucając rozstrzygnięciu:

1. naruszenie prawa procesowego, które miało wpływ na wydanie rozstrzygnięcia, a mianowicie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną i niewszechstronną ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego w postaci dowodów z opinii biegłych, dokumentacji lekarskiej oraz zeznań powoda, wyrażającą się w przyjęciu, że samo uszkodzenie przewodu żółciowego nie stanowiło błędu medycznego;

2. naruszenie prawa materialnego, a mianowicie art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c, art. 18 ust. 2 w zw. z art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta poprzez przyjęcie, że samo uszkodzenie przewodu żółciowego nie stanowiło tzw. błędu medycznego, podczas gdy pozwany nie poinformował powoda o możliwych metodach operacji oraz związanych z nimi powikłaniach;

3. błąd w ustaleniach faktycznych poprzez przyjęcie, że kwota 40.000 zł tytułem zadośćuczynienia jest adekwatna do doznanej przez powoda krzywdy, podczas gdy intensywność doznanych przez powoda cierpień, czas ich trwania, ujemne skutki zdrowotne, ich trwałość oraz uciążliwość, a także stopień winy sprawcy i jego zachowanie po dokonaniu naruszenia uzasadniają zasądzenie na rzecz powód; łącznej kwoty 140.000 zł tytułem zadośćuczynienia.

Powód wniósł o zmianę wyroku w zaskarżonej części poprzez zasądzenie od pozwanego (...) Szpitala (...) - SPZOZ z siedzibą w S. na rzecz powoda A. J. dalszej kwoty 100.000 złotych wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od tej

kwoty od dnia 22 grudnia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz odsetkami za opóźnienie liczonymi od tej kwoty od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty, a ponadto o zasądzenie od pozwanego kosztów postępowania

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja wywiedziona przez powoda okazała się o tyle zasadna, że dokonana w jej wyniku kontrola instancyjna orzeczenia wydanego przez Sąd Okręgowy doprowadziła do jego częściowej zmiany w zakresie wysokości kwoty przyznanego powodowi zadośćuczynienia. Apelacja pozwanego jako bezzasadna podlegała natomiast oddaleniu.

Na wstępie zaznaczenia wymaga, że Sąd I instancji w sposób prawidłowy zgromadził w sprawie materiał dowodowy, a następnie w sposób niewadliwy dokonał jego oceny. W konsekwencji ustalił stan faktyczny, odpowiadający treści tych dowodów. Tym samym Sąd Apelacyjny przyjął go za własny.

Nawiązując w pierwszej kolejności do apelacji pozwanego, jako dalej idącej, bo kwestionującej co do zasady jego odpowiedzialność, zauważyć należy, że skarżący nie podniósł wprost żadnego zarzutu, czy to odnoszącego się do naruszenia przez Sąd I instancji przepisów prawa procesowego, czy też prawa materialnego. Sąd Apelacyjny po dokonaniu bardzo szczegółowej analizy środka odwoławczego strony pozwanej uznał, iż apelujący w istocie zarzucił Sądowi Okręgowemu dokonanie błędnej oceny dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu chirurgii J. B., a w konsekwencji wadliwych ustaleń faktycznych. Z treści apelacji wynika również, że w ocenie pozwanego Sąd Okręgowy błędnie oddalił jego wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego biegłego z zakresu chirurgii.

Odnosząc się zatem do stanowiska apelującego pozwanego stwierdzić należy, że skoro argumentacja strony skarżącej mająca uzasadnić wadliwość wyroku sprowadza się do zakwestionowania opinii wydanych przez biegłego sądowego J. B., analizę zarzutów apelującego należy rozpocząć od porządkującej dalsze wywody uwagi dotyczącej znaczenia dowodu z opinii biegłego i wzorca jej oceny ukształtowanego w orzecznictwie i nauce prawa na tle przepisów Kodeksu postępowania cywilnego.

Opinia biegłego zgodnie z art. 278 k.p.c. służy stworzeniu sądowi możliwość prawidłowej oceny materiału procesowego w wypadkach, kiedy ocena ta wymaga wiadomości specjalnych w rozumieniu art. 278 k.p.c. (a więc zasobu wiadomości wykraczających poza zakres wiedzy powszechnej). Zadaniem biegłego zasadniczo nie jest więc poszukiwanie dowodów i okoliczności mających uzasadnić argumentację stron procesu, lecz dokonanie oceny przedstawionego materiału z perspektywy posiadanej wiedzy naukowej, technicznej lub branżowej i przedstawienie sądowi danych (wniosków) umożliwiających poczynienie właściwych ustaleń faktycznych i prawidłowej oceny prawnej znaczenia zdarzeń, z których strony wywodzą swoje racje.

Dowód z opinii podlega ocenie na podstawie art. 233 § 1 k.p.c., przy czym z uwagi na swoistość tego środka dowodowego, w orzecznictwie wypracowano szczególnie kryteria jego oceny. Wskazuje się jednolicie, że opinia nie może podlegać ocenie sądu w warstwie dotyczącej przedstawionych poglądów naukowych lub dotyczących wiedzy specjalistycznej (naukowej lub technicznej) nawet jeśli członkowie składu orzekającego taką wiedzę posiadają. Ocenie podlega wyłącznie zgodność z materiałem procesowym przyjętych założeń faktycznych, podstawy metodologiczne, transparentność, kompletność, spójność wyводу i wreszcie zgodność wniosków opinii z zasadami logiki, wiedzy powszechnej i doświadczenia życiowego (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, LEX nr 46096)

Kierując się powyższymi kryteriami, stwierdzić należy, iż opinia biegłego sądowego J. B. z uwzględnieniem opinii uzupełniających, została sporządzona w sposób rzetelny, prawidłowy, wyczerpujący, a nadto zgodnie z postawioną tezą postanowienia dowodowego. Co istotne, opinia ta została opracowana przez biegłego posiadającego odpowiednie wykształcenie, a zatem przez osobę kompetentną i posiadającą stosowną wiedzę specjalistyczną w zakresie oceny przebiegu zabiegu operacyjnego, jaki został wykonany u powoda w dniu 11 maja 2010 r. Opierając ustalenia w niniejszej sprawie na podstawie opinii tego biegłego, Sąd Okręgowy słusznie nie dopatrył się błędów i nielogiczności w ich treści, a dodatkowo Sąd Apelacyjny miał na uwadze to, iż biegły J. B. w sposób szczegółowy zaprezentował uwarunkowania tej operacji, trudności w przeprowadzeniu zabiegu wynikające ze zamian anatomicznych narządów

powoda i związaną z tym konieczność dołożenia szczególnej staranności w celu zminimalizowania ryzyka wystąpienia powikłań. Podkreślenia wymaga również to, iż wbrew twierdzeniom pozwanego, ostateczna konkluzja biegłego co do popełnienia błędu przez lekarzy wykonujących operację była stanowcza, logiczna i merytorycznie uzasadniona. Biegły jednoznacznie stwierdził, że błędem było zaniechanie sprawdzenia drożności przewodu żółciowego, zaś samo jego uszkodzenie mieściło się w ramach dopuszczalnego ryzyka związanego z tego rodzajem operacji.

Wnioski biegłego uznać zatem należało za trafne i zasługujące na uwzględnienie, zwłaszcza, że korespondowały z pozostałym materiałem dowodowym, a nadto biegły w ramach ustnych wyjaśnień pisemnych opinii złożonych na rozprawie w dniu 13 kwietnia 2018 r. szczegółowo odniósł się do wszystkich zarzutów strony pozwanej, wyjaśniając w czym upatrywał błąd lekarzy, prezentując w ten sposób wyczerpujące stanowisko dotyczące tych kwestii (karta 980).

W konsekwencji stwierdzić należy, że stanowisko przedstawiane przez stronę apelującą w stosunku do opinii biegłego w istocie stanowiło wyłącznie polemikę z wnioskami biegłego mającą zracjonalizować poglądy procesowe pozwanego i nie odwołującą się do treści materiału procesowego. Jako taka polemika ta nie może być uznana za umotywowaną krytykę opinii uzasadniającą zmianę wyroku w postulowanym przez skarżącego kierunku. Pozwany co prawda podnosił, że w jego ocenie opinia sporządzona w niniejszej sprawie przez biegłego J. B. jest wewnętrznie niespójna, jednak podkreślić należy, że argumentacja w tym zakresie odwołuje się do poszczególnych fragmentów opinii biegłego, które odpowiadają założonym przez skarżącego tezom, pomijając kontekst stwierdzeń biegłego i nie uwzględniając całokształtu opinii głównej oraz opinii uzupełniającej i ustnych wyjaśnień biegłego.

Całkowicie pomija skarżący przy tym, że Sąd Okręgowy przeprowadził szerokie postępowanie dowodowe zmierzające do wyjaśnienia twierdzeń stron i uzupełnienia w tym zakresie opinii przez biegłego. W ramach tych czynności biegły odniósł się do zarzutów pozwanego. Tym samym strony niniejszego procesu miały możliwość zweryfikowania wszystkich swoich wątpliwości.

Analiza materiału dowodowego dokonana przez Sąd Okręgowy w niniejszej sprawie nie wykraczała więc poza ramy swobodnej oceny dowodów, toteż Sąd Apelacyjny zaakceptował ją i przyjął za własną. Biorąc pod uwagę treść opinii biegłych, Sąd odwoławczy uznał, że dowody z tych opinii stanowiły podstawę prawidłowych ustaleń faktycznych, przy dokonywaniu których Sąd I instancji brał również pod uwagę dokumentację lekarską oraz opierał się też na zeznaniach świadków i stron, konstruując stan faktyczny znajdujący odzwierciedlenie w zebranych w sprawie materiale dowodowym. Uzasadnienie wyroku zawiera opis faktów, które Sąd Okręgowy uznał za udowodnione i wskazuje dowody, na jakich Sąd ten oparł się. Przeprowadzone postępowanie dowodowe nie zawiera przy tym braków. Sąd przeprowadził zawnioskowane prawidłowo przez strony dowody, a samo werbalne sprzeciwianie się treści opinii biegłego, bez skutecznego zakwestionowania jej mocy dowodowej, jest niewystarczające do podważenia tych ustaleń oraz oceny dowodów.

Analizując materiał procesowy, Sąd odwoławczy nie znalazł podstaw do podważenia dowodu z opinii biegłych sądowych, w tym w szczególności sporządzonych w niniejszym postępowaniu opinii biegłego z zakresu chirurgii. Opinie te zostały wykonane przy uwzględnieniu całokształtu materiału procesowego. Zdaniem Sądu drugiej instancji zawierają wywody i wnioski odnoszące się wyczerpująco i dogłębnie do stanu zdrowia powoda. Sąd Okręgowy w sposób konsekwentny powiązał wnioski z zebranych materiałem dowodowym, nie naruszając przy tym ani zasad logiki ani zasad doświadczenia życiowego. Uwzględniony przez Sąd I instancji materiał dowodowy jest spójny i możliwym jest wyprowadzenie na jego podstawie tożsamyh wniosków. Opinie biegłego sądowego z zakresu chirurgii są koherentne z pozostałym materiałem dowodowym, w szczególności ze zgromadzoną dokumentacją medyczną. Nadto sporządzone w sprawie opinie nie zawierają wewnętrznych sprzeczności, zaś wyprowadzone wnioski są logiczne i zawierają stosowne uzasadnienie.

Wspomnieć przy tym również należy, że przepis art. 278 k.p.c. nakłada na sąd obowiązek skorzystania z opinii biegłego, jeżeli dla rozstrzygnięcia sprawy wymagane są wiadomości specjalne. Po przeprowadzeniu takiego dowodu sąd może i powinien dokonać jego oceny, jednak nie może w miejsce wniosków biegłego wprowadzać własnych twierdzeń wymagających wiadomości specjalnych. Sąd Najwyższy wielokrotnie wskazywał, że opinia biegłego, która

nie przekonała sądu nie może być weryfikowana, a zwłaszcza dyskwalifikowana w całości bądź co do wniosków, bez posłużenia się wiedzą specjalistyczną. Sąd może oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności, czy logiczności. Nie może jednak nie podzielać merytorycznych poglądów biegłego lub w ich miejsce wprowadzać własnych stwierdzeń (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 grudnia 1990 r., I PR 148/90, OSP nr 11-12 z 1991 r., poz. 300). Oznacza to w szczególności, że Sąd nie jest uprawniony do rozstrzygnięcia kwestii medycznych wbrew opinii biegłego specjalisty.

W tym świetle jako bezzasadne ocenić należało wnioski dowodowe pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego. Wnioski te motywowane były wyłącznie niezadowoleniem z treści przeprowadzonych opinii.

Podnieść również należy, że kwestię przeprowadzenia dodatkowej opinii biegłego reguluje przepis art. 286 k.p.c., zgodnie z treścią którego należy to do uprawnień sądu, który nie jest związany wnioskami stron w tym przedmiocie. To sąd każdorazowo decyduje czy istnieje potrzeba wykorzystania wiadomości specjalnych, jak i ocenia przydatność oraz zupełność wydanej opinii. Do dowodu z opinii biegłego nie mogą mieć zastosowania wszystkie zasady prowadzenia dowodów, a w szczególności art. 217 k.p.c. Sąd nie ma bowiem obowiązku dopuszczania dowodu z uzupełniającej opinii biegłego, czy też dowodu z opinii innego biegłego, gdy opinia ta jest niekorzystna dla strony wnoszącej o to, nie zgadza się ona z wnioskami opinii, jak i nie uznaje - tak jak czyni to apelacja pozwanego - argumentacji biegłego, co do podnoszonych zarzutów, a która to została w pełni podzielona przez Sąd I instancji.

W kontekście zarzutu niedopuszczenia dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu chirurgii przede wszystkim jednak zwrócić należy uwagę, że wniosek w tym przedmiocie został oddalony postanowieniem wydanym na rozprawie w dniu 20 czerwca 2018 roku, zaś strona pozwana nie wniosła zastrzeżenia w trybie art. 162 k.p.c.

Wobec powyższego wskazać należy, że w myśl art. 162 k.p.c. strony mogą w toku posiedzenia, a jeżeli nie były obecne, na najbliższym posiedzeniu zwrócić uwagę sądu na uchybienia przepisom postępowania, wnosząc o wpisanie zastrzeżenia do protokołu. Stronie, która zastrzeżenia nie zgłosiła, nie przysługuje prawo powoływania się na takie uchybienia w dalszym toku postępowania, chyba że chodzi o przepisy postępowania, których naruszenie sąd powinien wziąć pod rozwagę z urzędu, albo że strona uprawdopodobni, iż nie zgłosiła zastrzeżeń bez swojej winy. Prekluzja przewidziana w art. 162 k.p.c. obejmuje swym zakresem wszystkie uchybienia procesowe, w tym i te które miały wpływ na wynik sprawy, również w zakresie postępowania dowodowego, gdy naruszenie przepisów postępowania znalazło wyraz w wydanym w tej materii postanowieniu (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 27 maja 2010 roku, sygnatura akt V ACa 597/09, Lex nr 686895). Zaznaczenia przy tym wymaga, że odmowa przeprowadzenia dowodu nawet z naruszeniem art. 217 § 2 k.p.c. nie jest uchybieniem przepisom postępowania, których naruszenie sąd powinien wziąć pod uwagę z urzędu. W wyroku z dnia 8 kwietnia 2010 roku (sygnatura akt II PK 127/09) Sąd Najwyższy wskazał, że możliwość zgłoszenia zastrzeżeń do czynności sądu w trybie przewidzianym w art. 162 k.p.c. obejmuje również postanowienia, które mogą być zmienione lub uchylone stosownie do okoliczności, w tym m.in. postanowienia o odmowie przeprowadzenia dowodu. Z kolei w wyroku z dnia 10 lutego 2010 roku (sygnatura akt V CSK 234/09) Sąd Najwyższy podniósł, że celem regulacji zawartej w art. 162 k.p.c. jest m.in. zapobieganie nielojalności procesowej przez zobligowanie stron do zwracania na bieżąco uwagi sądu na uchybienia procesowe w celu ich niezwłocznego wyeliminowania i niedopuszczenie do celowego tolerowania przez strony takich uchybień z zamiarem późniejszego wykorzystania ich w środkach odwoławczych. Analiza treści protokołu rozprawy z dnia 20 czerwca 2018 roku prowadzi do wniosku, że pomimo wydania stosownego postanowienia w przedmiocie dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu chirurgii, zastrzeżenie nie zostało złożone. W konsekwencji pozwany utracił prawo powoływania się na ewentualne uchybienia Sądu na dalszym etapie postępowania, zaś zawarty w apelacji ponowny wniosek o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu chirurgii okazał się nieskuteczny.

Niezasadne jednak w ocenie Sądu Odwoławczego okazały się wyrażone w apelacji powoda zarzuty naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. bezpośrednio odnoszące się jedynie do oceny dowodów, a mianowicie zeznań powoda, dokumentacji lekarskiej oraz opinii biegłych sądowych. Przy czym zdaje się także, że skarżący w dowolnej ocenie dowodów upatrywał także błędnych ustaleń faktycznych.

Powód zarzucił rozstrzygnięciu Sądu I instancji naruszenie prawa procesowego, które miało wpływ na wydanie rozstrzygnięcia, a mianowicie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną i niewszechstronną ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego w postaci dowodów z opinii biegłych, dokumentacji lekarskiej oraz zeznań powoda, wyrażającą się w przyjęciu, że samo uszkodzenie przewodu żółciowego nie stanowiło błędu medycznego. Zdaniem powoda Sąd dopuścił się również błędu w ustaleniach faktycznych poprzez przyjęcie, że kwota 40.000 zł tytułem zadośćuczynienia jest adekwatna do doznanej przez powoda krzywdy, podczas gdy intensywność doznanych przez powoda cierpień, czas ich trwania, ujemne skutki zdrowotne, ich trwałość oraz uciążliwość, a także stopień winy sprawcy i jego zachowanie po dokonaniu naruszenia uzasadniają zasądzenie na rzecz powoda łącznej kwoty 140.000 zł tytułem zadośćuczynienia.

Co do powyższych zarzutów wskazać należy, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwalony jest pogląd, zgodnie z którym zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. może być uznany za zasadny jedynie w wypadku wykazania, że ocena materiału dowodowego jest rażąco wadliwa czy w sposób oczywisty błędna, dokonana z przekroczeniem granic swobodnego przekonania sędziowskiego, wyznaczonych w tym przepisie. Sąd II instancji ocenia bowiem legalność oceny dokonanej przez Sąd Okręgowy, czyli bada czy zostały zachowane kryteria określone w art. 233 § 1 k.p.c. Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału, dokonując wyboru określonych środków dowodowych. Jeżeli z danego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena Sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być zaś skutecznie podważona tylko wtedy gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub, gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo – skutkowych (por. przykładowo postanowienie z dnia 11 stycznia 2001 r., I CKN 1072/99, Prok. i Pr. 2001 r., nr 5, poz. 33, postanowienie z dnia 17 maja 2000 r., I CKN 1114/99, nie publ., wyrok z dnia 14 stycznia 2000 r., I CKN 1169/99, OSNC 2000 r., nr 7-8, poz. 139).

W niniejszej sprawie Sąd I instancji nie naruszył powyższych zasad rządzących oceną dowodów. Z kolei powód nie wskazał nawet w czym upatruje uchybień Sądu, które z tych zasad, a przede wszystkim w jaki sposób naruszył Sąd, na czym miałyby polegać sprzeczność dokonanej oceny czy to z zasadami logicznego myślenia, czy też zasadami doświadczenia życiowego.

Pozwany zakwestionował dokonaną przez Sąd I instancji ocenę dowodów, przedstawiając własną wersję zdarzeń oraz ocenę dowodów opartą na subiektywnym przeświadczeniu apelującego o wadze i doniosłości poszczególnych dowodów, co oczywiście nie może odnieść oczekiwanego przez pozwanego skutku. Uwzględniając zatem, że podniesiony przez pozwanego zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. w istocie zmierzał do wyprowadzenia na podstawie zgromadzonych dowodów alternatywnego w stosunku do ustalonego przez Sąd Okręgowy, korzystnego dla niego, stanu faktycznego, uznać należało zarzut ten za całkowicie chybiony.

Sąd Apelacyjny podziela pogląd wyrażany w judykaturze, wedle którego niewątpliwie nie jest wystarczającym uzasadnieniem zarzutu naruszenia normy art. 233 § 1 k.p.c. przedstawienie przez stronę skarżącą własnej oceny dowodów i wyrażenie dezaprobaty dla oceny prezentowanej przez sąd pierwszej instancji. Skarżący ma obowiązek wykazania naruszenia przez sąd paradygmatu oceny wynikającego z art. 233 § 1 k.p.c. (a zatem wykazania, że sąd wywiódł z materiału procesowego wnioski sprzeczne z zasadami logiki lub doświadczenia życiowego, względnie pominął w swojej ocenie istotne dla rozstrzygnięcia wnioski wynikające z konkretnych dowodów).

Dla skuteczności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. konieczne jest wskazanie przyczyn dyskwalifikujących rozumowanie sądu. W szczególności skarżący powinien wskazać, w jaki sposób sąd naruszył opisane kryteria ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając, względnie wskazać jakie dowody wskazujące na fakty istotne dla rozstrzygnięcia zostały przez Sąd pominięte.

Wobec braku formalnych i konkretnych zarzutów dotyczących błędnych ustaleń faktycznych te elementy apelacji jawią się więc jedynie jako prezentacja stanowiska apelującego, co samoistnie nie może podważyć prawidłowych ustaleń

faktycznych dokonanych przez Sąd Okręgowy w sferze tych faktów, które mają istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy. Sąd Okręgowy dokonał ocen waloru dowodowego w kontekście całości materiału procesowego i zasad doświadczenia życiowego. Nadto dokonując oceny dowodów ze źródeł osobowych Sąd Okręgowy był władny do uwzględnienia jedynie tej części zeznań, która znajduje potwierdzenie w pozostałym materiale dowodowym.

Powód w ramach zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. podniósł także, że Sąd Okręgowy błędnie ustalił rozmiar krzywdy, a w konsekwencji wysokość należnego zadośćuczynienia. Wskazać zatem należy, że tego rodzaju sposób argumentacji, kwalifikowany być winien, na płaszczyźnie procesowej, jako zarzut obrazy prawa materialnego, dotyczący - ściślej rzecz ujmując - fazy jego subsumcji do ustalonego stanu faktycznego. To, czy określone fakty winny być uwzględnione jako wpływające na rozmiar krzywdy stanowi bowiem element oceny materialnoprawnej, związanej z kwalifikacją okoliczności faktycznych z punktu widzenia dyspozycji art. 444 k.c. oraz art. 445 k.c. Stąd też wyjaśnienie przyczyn poprawności (bądź braku poprawności) wyводу Sądu Okręgowego w tym zakresie nastąpi równoległe z szczegółowym omawianiem materialnoprawnej podstawy powództwa.

Mając zatem na względzie powyżej wskazane okoliczności, zebrany w sprawie materiał dowodowy, a przede wszystkim sens rozumowania Sądu I instancji, nie sposób uznać, ażeby ziściło się eksponowane przez strony naruszenie przepisów prawa procesowego.

Syntetyzując na użytek dalszych rozważań prawidłowe i niekwestionowane w apelacjach stanowisko Sądu Okręgowego, co do prawnych uwarunkowań weryfikacji roszczeń powoda (w ramach określonej wyżej podstawy faktycznej) wskazać należy, że odpowiedzialność pozwanego znajduje podstawę w art. 444 k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c. Zgodnie z art. 445 § 1 k.c. w wypadkach przewidzianych w artykule art. 444 k.c., a więc w przypadku uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, przy czym w przypadku błędu medycznego przyznanie zadośćuczynienia jest uzależnione od spełnienia przesłanek odpowiedzialności deliktowej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., które obejmują wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonych czynności, przy czym do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej wystarczy choćby najmniejszy stopień winy (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 3 czerwca 2014 r., sygn. akt I ACa 1494/13, LEX nr 1493819, wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 17 października 2013 r., sygn. akt I ACa 594/13, LEX nr 1391906). Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. Zaznaczenia wymaga, że sama placówka medyczna ponosi odpowiedzialność w przypadku winy podwładnego, rozumianej zgodnie z treścią art. 415 k.c. i nie jest wymagane wykazanie przez poszkodowanego winy po stronie placówki medycznej, gdyż odpowiada ona za zasadzie ryzyka w sposób bezwzględny, wyłączający możliwość ekskulpacji. Przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na podstawie powyższego przepisu wymaga więc uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., sygn. akt IV CSK 308/10, OSNC z 2011 r. Nr 10, poz. 116). Podwładnym w rozumieniu art. 430 k.c. jest członek personelu medycznego jednostki, w tym także lekarz, który mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie organizacji pracy. Wina podwładnego jest natomiast przesłanką odpowiedzialności pozwanego na podstawie art. 430 k.c. przy czym ustawa nie uzależnia tej odpowiedzialności od konkretnego stopnia winy lub jej przypisania poszczególnym członkom personelu pozwanego (wina bezimienna). Wystarczy wykazanie, choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że zakład opieki zdrowotnej (obecnie podmiot leczniczy) ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 marca 2013 r., sygn. akt I A Ca 852/12, LEX nr 1313338). Placówka lecznicza ponosi więc odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez jej personel, którego zachowanie musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione, gdyż obowiązkiem całego personelu strony pozwanej jest

dolożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., sygn. akt V CSK 287/09, niepubl., wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12 niepubl.).

W odniesieniu do tzw. procesów medycznych, w orzecznictwie i doktrynie wyrażany jest pogląd, który Sąd Apelacyjny podziela, że ustalenie przyczyny utraty lub pogorszenia zdrowia nie jest z reguły możliwe w sposób absolutnie pewny i dlatego wystarczy określenie z wysoką dozą prawdopodobieństwa możliwości jej wystąpienia (zob. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA 1970/7-8, z dnia 4 listopada 2005 r., V CK 182/05, LEX nr 180901; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 17 stycznia 2006 r., I ACa 1983/04, LEX 186503). W pełni racjonalne pozostaje założenie, które przyświeca tej zasadzie, że w tego rodzaju sprawach na ogół nie jest praktycznie możliwe stwierdzenie z całkowitą pewnością, że przyczynę szkody stanowiło konkretne zdarzenie. Dopuszczalne jest zatem ustalenie tego faktu na podstawie dowodów pośrednich, o ile zachodzi wysokie prawdopodobieństwo jego zajścia (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 21 marca 1997 r., I ACa 107/97, Wokanda 1998/7/34). W wyroku z dnia 13 czerwca 2000 r. (sygn. akt V CKN 34/00, LEX nr 52689) Sąd Najwyższy stwierdził, iż wykazanie znacznego prawdopodobieństwa związku przyczynowego między określonymi działaniami szpitala a stanem zdrowia chorego pozwala przyjąć, że powód spełnił obowiązek wynikający z art. 6 k.c. W tego rodzaju sprawach szczególnego znaczenia nabiera instytucja domniemania faktycznego - art. 231 k.p.c. (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2005 r., I CK 114/05, LEX nr 187000).

Sąd Apelacyjny uważa zatem, iż w tego typu procesach odszkodowawczych możliwym jest, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, porzucenie na ustaleniu odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa pomiędzy działaniem (zaniechaniem) sprawcy a powstałą szkodą (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 23 października 2002 r., II CKN 1185/00, z dnia 24 maja 2005 r., V CSK 654/04, z dnia 26 listopada 1998 r., III CKN 4/98, z dnia 17 października 2007 r., II CSK 285/07, z dnia 17 listopada 2010 r., CSK 467/10, z dnia 4 kwietnia 2012 r., CSK 402/11, czy z dnia 8 maja 2014 r., V CSK 353/13, LEX nr 1466586). Taki bowiem dowód pewności – ze względu na specyfikę procesów medycznych – często nie jest możliwy do przeprowadzenia.

W niniejszej sprawie, jak słusznie wskazał Sąd I instancji, decydująca dla rozstrzygnięcia sprawy była treść opinii powołanych biegłych – w szczególności biegłego z zakresu chirurgii, albowiem to ona determinowała ustalenia faktyczne w zakresie prawidłowości działań zarówno lekarzy, jak i pozostałego personelu medycznego, prawidłowego procesu diagnostycznego i prawidłowości wdrożonych działań medycznych.

Syntetyzując stanowisko procesowe powoda uzewnętrznione zarówno w toku postępowania pierwszoinstancyjnego jak również drugoinstancyjnego, zauważyć należy, że istnienia podstaw do uwzględnienia roszczeń dochodzonych pozwem roszczeń upatrywał on w uchybieniach, jakie zaistniały w trakcie jego leczenia w pozwanym szpitalu, a związanych z przeprowadzonym w dniu 11 maja 2010 roku zabiegu operacyjnego.

Mając na uwadze materiał procesowy zgromadzony w aktach w obecnym stanie sprawy, uznać zatem należało, że sam zabieg operacyjny przeprowadzony w dniu 11 maja 2010 roku został przeprowadzony w sposób prawidłowy, zgodny z zasadami sztuki i wiedzy medycznej, zaś zaistniałe w jego wyniku uszkodzenie u powoda dróg żółciowych stanowiło powikłanie wpisane w ryzyko zabiegu. Jak wynika jednak z materiału procesowego - niezauważenie tego uszkodzenia podczas operacji było błędem operatora.

Sąd odwoławczy nie miał wątpliwości co do tego, że warunki operacyjne istniejące w trakcie wykonywania zabiegu w dniu 11 maja 2010 roku były bardzo trudne. Jednak w świetle opinii biegłego chirurga, której prawidłowości nie zdołała podważyć żadna ze stron, lekarz operujący w trakcie zabiegu przeprowadzonego w dniu 11 maja 2010 roku powinien był i mógł jeszcze podczas samej operacji sprawdzić drożność przewodu żółciowego powoda. Po zauważeniu uszkodzenia przewodu żółciowego jeszcze podczas samego zabiegu operator był w stanie naprawić skutki tego uszkodzenia. Wówczas w ocenie biegłego nie wystąpiłyby wszystkie negatywne następstwa związane z uszkodzeniem powyższego przewodu, jakie wystąpiły u powoda. Tymczasem skutkiem zabiegu przeprowadzonego w dniu 11 maja 2010 roku było powikłanie w postaci uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego, natomiast błędem medycznym personelu pozwanego szpitala, który przeprowadzał operację powoda w dniu 11 maja 2010 roku, było niezauważenie uszkodzenia

przewodu żółciowego wspólnego, które można było stwierdzić jeszcze podczas samej operacji i jednocześnie w tym samym czasie naprawić jego skutki. Wbrew twierdzeniom pozwanego - biegły w opinii ustnej na rozprawie w dniu 13 kwietnia 2018 roku wprost wskazał na metodę, pozwalającą na sprawdzenie drożności tego przewodu przed zakończeniem zabiegu. Kwestionowanie przez pozwanego celowości tej metody, jako stosowanej przy innego rodzaju zabiegach operacyjnych nie jest poparte odpowiednim materiałem dowodowym oraz nie uwzględnia okoliczności, że na skutek występujących u powoda zmian anatomicznych i związanych z tym ograniczeniem możliwości kontroli czynności lekarzy wykonujących operacje, powinny być zastosowane niestandardowe sposoby sprawdzenia, czy nie doszło do uszkodzenia struktur w okolicach pola operacyjnego. Powoływanie się natomiast na subiektywne przekonanie lekarzy, że dopełnili wszelkich starań, aby uniknąć powikłań, jest niewystarczające do odmowy przypisania pozwanemu odpowiedzialności.

W konsekwencji powyższego, nieuzasadnione zatem były te zarzuty pozwanego, w których kwestionował on swoją odpowiedzialność co do zasady.

Niezależnie od powyższego, zauważyć również należy, że powód domagał się zasądzenia zadośćuczynienia wywodzonego z samego faktu naruszenia jego praw jako pacjenta w oparciu o art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Pacjenta. Zgodnie z tym przepisem, w razie zawinonego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c.

Powód wskazywał, że nie udzielono mu informacji odnośnie możliwych powikłań zabiegu, co w jego ocenie skutkowało winno przyjęciem, że samo uszkodzenie przewodu żółciowego stanowiło błąd medyczny.

W tym kontekście wskazać należy, że w nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje 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. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne. Zasadniczo, pacjent poinformowany o istniejącym ryzyku, wyrażając zgodę na zabieg, przyjmuje je na siebie. Pozostawiając dla późniejszych rozważań kwestię przesłanek wyrażenia prawnie skutecznej zgody, należy określić granice, w jakich dochodzi do przejęcia całego ryzyka zabiegu przez pacjenta, które w piśmiennictwie i w orzecznictwie Sądu Najwyższego są wyznaczane podobnie. Najogólniej rzecz ujmując, pacjent nie obejmuje zgodą skutków żadnej postaci winy lekarza. Ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny obejmuje tylko zwykle powikłania pooperacyjne, nie można natomiast uznać, by ryzykiem pacjenta były objęte komplikacje powstałe wskutek pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza, zwłaszcza - uszkodzenia innego organu, także w sposób przypadkowy i niezamierzony (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 19 października 1971 r., II CR 421/74, niepublikowany, z dnia 29 września 2000 r., V CKN 527/00, OSNC 2001, Nr 3, poz. 42, z dnia 29 października 2003 r., III CK 34/02, OSP 2005, Nr 4, poz. 54, z dnia 13 stycznia 2005 r., III CK 143/04, niepublikowany i z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09, niepublikowany). Takie określenie granic ryzyka pozostaje w związku z kryteriami oceny zawinienia lekarza, zarówno w obiektywnym, jak i subiektywnym ujęciu, z tym, iż zarówno w powołanych orzeczeniach, jak i w nowszym piśmiennictwie, wymienione sytuacje zalicza się nie tylko do kategorii błędu, ale także nienależytej staranności, ocenianej przy zastosowaniu miernika staranności wymaganej w konkretnych okolicznościach. Lekarz nie poniesie natomiast odpowiedzialności za wynik operacji, podczas której doszło do powikłań spowodowanych szczególnymi okolicznościami, niezależnymi od jego zachowania.

Z obowiązkami lekarza w procesie leczenia wiąże się integralnie obowiązek udzielenia pacjentowi odpowiedniej informacji. Prawidłowe wypełnienie obowiązku poinformowania jest konieczną przesłanką wyrażenia przez pacjenta prawnie wiążącej zgody na ustalone leczenie (określanej mianem zgody "objaśnionej", "poinformowanej" lub "uświadomionej"), a bezskuteczność zgody spowodowana nieudzieleniem właściwej informacji przesądza o bezprawności działania lekarza. Celem spoczywającego na lekarzu obowiązku wyjaśnienia pacjentowi skutków zabiegu operacyjnego jest, by pacjent podejmował decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego, w tym jakich powikłań, może się spodziewać (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 listopada 1979 r., IV CR 389/79). Obowiązek informacji uregulowany w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

obejmuje normalne, przewidywalne, choćby nawet występujące rzadko, ale niedające się wykluczyć, następstwa zabiegu operacyjnego, zwłaszcza gdy mają one niebezpieczny dla życia lub zdrowia charakter.

Kierując się powyższymi względami prawnymi, Sąd odwoławczy, odmiennie aniżeli uznał to Sąd Okręgowy, przyjął, że powód w trakcie leczenia nie został prawidłowo pouczony o możliwych powikłaniach operacyjnych. Wprawdzie, jak słusznie zauważył Sąd I instancji, do akt sprawy został złożony dokument zawierający informację dla pacjenta oraz oświadczenie o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego, który A. J. podpisał przed operacją wykonaną dnia 11 maja 2010 roku. W formularzu tym znajduje się opis możliwych do wystąpienia powikłań. Wskazano tam m.in., iż jednym z powikłań może być uszkodzenie okolicznych struktur miejsca operowanego. Sąd Apelacyjny miał na uwadze również to, że z treści opinii biegłych niezaprzeczalnie wynikało, iż przewód żółciowy wspólny wchodzi w skład okolicznych struktur miejsca operowanego. Niemniej jednak takie sformułowanie jest nader ogólne i nie zawierał wystarczająco precyzyjnej informacji o możliwych zagrożeniach, które wiązały się z planowaną operacją, zwłaszcza jeżeli uwzględni się ujawnione jeszcze przez zabiegiem zmiany anatomiczne, jakie wystąpiły w organizmie powoda w wyniku długotrwałej choroby wrzodowej dwunastnicy, co podwyższało stopień trudności zabiegu i stwarzało ponadprzeciętne ryzyko, które w szczególności powinno być wyjaśnione pacjentowi. Niezbędnym było zatem wskazanie, jakie części ciała wchodzi w skład „okolicznych struktur” i jakie zagrożenie może wywołać uszkodzenie poszczególnych organów.

Sąd Apelacyjny nie podziela więc stanowiska Sądu Okręgowego co do tego, że powód wyraził zgodę na planowany zabieg mając odpowiednią wiedzę o możliwych powikłaniach, a precyzyjniej – nie można uznać, że zgoda była świadoma wobec faktu, że powoda nie poinformowano o powikłaniu w postaci uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego i konsekwencjach takiego uszkodzenia.

Wobec braku prawnie skutecznej zgody powoda na zabieg brak było podstaw do uznania, że przyjął on na siebie ryzyko powikłań (nawet jeśli nie zostaną one zakwalifikowane jako błąd w sztuce), a tym samym pozwany również i z tego tytułu ponosi odpowiedzialność za skutki zdarzenia z 11 maja 2010 roku. Nawet bowiem wykonanie zabiegu medycznego w sposób zgodny z zasadami sztuki, lecz przy braku prawnie relewantnej zgody pacjenta, nie uchyla bezprawności czynu, co z kolei rodzi odpowiedzialność lekarza za skutki tego zabiegu.

Nie ma przy tym żadnych dowodów świadczących o tym, by do uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego doszło na skutek innych okoliczności. Podstaw ku temu nie daje zwłaszcza opinia biegłego z zakresu chirurgii.

Ponieważ za nieuzasadnione uznać należało te zarzuty pozwanego, w których kwestionował on swoją odpowiedzialność co do zasady, aktualizowała się konieczność weryfikacji tej części argumentacji powoda, która odnosiła się do wysokości zasądzonego na jego rzecz zadośćuczynienia.

Sąd Apelacyjny za zbędne uznał w tym zakresie ponowne przytaczanie wypracowanych przez judykaturę kryteriów, jakie winny być brane pod uwagę przy ocenie roszczenia dochodzonego na podstawie art. 445 § 1 k.c. Prawidłowego stanowiska Sądu I instancji w tej materii powód bowiem nie kontestował, prezentując w uzasadnieniu apelacji tożsame poglądy prawne. W orzecznictwie sądów powszechnych utrwalone jest przy tym zapatrywanie, że korygowanie przez sąd odwoławczy wysokości zasądzonej kwoty zadośćuczynienia możliwe jest jedynie wówczas, gdy stwierdza się oczywiste i rażące naruszenia ogólnych kryteriów ustalania wysokości zadośćuczynienia (zob. przykładowo wyroki Sądu Najwyższego z dnia 5 grudnia 2006 r., II PK 102/06, z dnia 18 listopada 2004 r., I CK 219/04 z dnia 30 października 2003 r., IV CK 151/02, z dnia 7 listopada 2003 r., V CK 110/03, z dnia 9 lipca 1970 r., III PRN 39/70). W ramach kontroli instancyjnej nie jest natomiast możliwe wkraczanie w sferę swobodnego uznania sędziowskiego. O oczywistym i rażącym naruszeniu zasad ustalania „odpowiedniego” zadośćuczynienia mogłoby świadczyć przyznanie zadośćuczynienia wręcz symbolicznego zamiast stanowiącego rekompensatę doznanej krzywdy, bądź też kwoty wygórowanej, prowadzącej do niestosownego wzbogacenia się tą drogą.

W okolicznościach niniejszej sprawy zadośćuczynienie przyznane przez Sąd I instancji Sąd Apelacyjny uznał za istotnie nieadekwatne do zakresu krzywdy, jaką poniósł powód.

Przede wszystkim podkreślenia w tym zakresie wymaga, na co słusznie zwrócił uwagę Sąd I instancji, że pozwany może ponosić odpowiedzialność jedynie za skutki uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego w trakcie operacji w dniu 11 maja 2010 roku. Nie może natomiast odpowiadać za cierpienia wywołane chorobą wrzodową dwunastnicy.

Niewątpliwie skutkiem uszkodzenia przewodu żółciowego była konieczność poddania się reoperacji. Powyższe łączyło się z dłuższym pobytem powoda w szpitalu. Wiązało się to również z poddaniem się długotrwałemu leczeniu farmakologicznemu. Całokształt okoliczności związanych z terapią spowodował u powoda wiele negatywnych przeżyć zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej. Co prawda powód nadal odczuwa silne dolegliwości brzucha utrudniające mu codzienne funkcjonowanie, to Sąd miał na uwadze to, że główną przyczyną obecnych niedomagań powoda jest trwająca nadal choroba wrzodowa, zaś schorzenia wywołane przedostawaniem się żółci do jamy brzusznej w wyniku uszkodzenia przewodu żółciowego zostały wyleczone.

Sąd Apelacyjny wskazuje w tym miejscu, że kompensacyjny charakter zadośćuczynienia przewidzianego w art. 445 § 1 k.c. wyznaczają nie tylko elementy podmiotowe (subiektywne), opisujące krzywdę powoda, ale także obiektywne kryterium korygujące, tj. jego odniesienie do aktualnych realiów społeczno - ekonomicznych. W jego ramach nie jest przy tym wyłączone kierowanie się przy ustalaniu zadośćuczynienia sumami zasądzonymi z tego tytułu w innych przypadkach, bowiem jednolitość orzecznictwa sądowego w tym zakresie odpowiada poczuciu sprawiedliwości i równości wobec prawa (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 16 kwietnia 2015 r., I CSK 434/14, LEX nr 1712803) Postulat ten może być uznany za słuszny, jeżeli daje się pogodzić z zasadą indywidualizacji okoliczności określających rozmiar krzywdy w odniesieniu do konkretnej osoby poszkodowanego i pozwala uwzględnić specyfikę poszczególnych przypadków (vide: wyroki Sądu Najwyższego z dnia 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03, OSNC 2005, Nr 2, poz. 40 i z dnia 26 listopada 2009 r., III CSK 62/09, nie publ.). W takim stanie prawnym Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że adekwatne do krzywdy powoda określonej według obu tych kryteriów (subiektywnych i obiektywnych) jest zadośćuczynienie w kwocie 80.000 zł. Taka wysokość świadczenia uwzględnia wszystkie istotne negatywne następstwa błędu popełnionego podczas zabiegu operacyjnego, a mianowicie: wielomiesięczny pobyt w szpitalu, konieczność poddania się drugiej operacji, którą poprzedziło szereg uciążliwych badań, mocne dolegliwości bólowe związane z wystąpieniem stanu zapalnego trzustki i przewodu żółciowego, stres wywołany brakiem efektów kuracji i zagrożeniem życia. Te same czynniki uzasadniały określenie wysokości zadośćuczynienia także i w przypadku przypisania pozwanemu odpowiedzialności za przeprowadzenie operacji pomimo braku uświadomionej zgody pacjenta. Nie deprecjonując przy tym w żadnym zakresie rozmiaru krzywdy powoda, świadczenie w takim rozmiarze kierunkowo nie odbiega od kwot zasądzanych w innych sprawach o zbliżonym stanie faktycznym. Wydawane przez sądy orzeczenia powinny wykazywać się tego rodzaju elementarną spójnością, która w odbiorze społecznym pozwoli kwalifikować je jako sprawiedliwe. Niezbędne do tego jest zagwarantowanie, poprzez treść orzeczeń, aby w podobnych warunkach obywatele - bez względu na swój status społeczny i majątkowy - traktowani byli podobnie. Oczywiście, w przypadku roszczeń odwołujących się do kryteriów ocennych, nie jest możliwe zapewnienie, że każdy odbiorca (zwłaszcza strona) uzna orzeczenie - w konfrontacji z innymi - za prawidłowe. Konieczne jest wszakże takie kształtowanie treści orzeczenia, która pozostanie z innymi rozstrzygnięciami w tego rodzaju relacji, która wskazywać będzie właśnie na jego ocenność, będącą immanentną cechą uprawnień o charakterze dyskrecyjnym, a nie dowolność. Wychodząc z tego punktu widzenia Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że zadośćuczynienie w ww. kwocie jest właściwie wyważone do całokształtu krzywdy powoda, której rozmiar ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wynikał.

Podsumowując - po rozważeniu wszelkich okoliczności sprawy Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że zasądzona kwota 40.000zł jest znacząco zaniżona, natomiast kwotą odpowiednią dla zachowania wszelkich funkcji zadośćuczynienia jest 80.000zł.

Za całkowicie bezzasadny uznać należało podniesiony przez pozwanego zarzut przyczynienia się powoda do powstania szkody (krzywdy) w rozumieniu art.362 k.c. poprzez zaniedbywanie stanu zdrowia, w tym odmawiania przeprowadzenia zabiegów operacyjnych i skutków tego postępowania w postaci doprowadzenia do zrostów i zmian anatomicznych organów wewnętrznych. Podkreślić bowiem należy, że lekarze mając świadomość występowania

takich zmian winni zachować szczególną ostrożność podczas przeprowadzenia zabiegu. Biegły z zakresu chirurgii zwrócił również uwagę, że w tak trudnych warunkach operacyjnych użycie staplera, przy pomocy którego dokonywano mechanicznego szycia miejsc operowanych, było zbyt ryzykowne, gdyż nie było dobrej widoczności pola śródoperacyjnego. Skoro natomiast lekarze - mając świadomość stanu zdrowia powoda - zdecydowali się na zastosowanie tej metody szycia, to powinni w szczególnie staranny sposób sprawdzić, czy nie doszło do uszkodzenia struktur w pobliżu pola operacyjnego i wobec zaniechania tej czynności, pozwany nie może przerzucać odpowiedzialność za zachowanie lekarzyna pacjenta.

Ponadto w judykaturze jednolicie wyrażane jest zapatrywanie, że art. 362 k.c. zawiera dyspozycję uprawniającą sąd do miarkowania odszkodowania (tu zadośćuczynienia) oraz że samo przyczynienie się nie jest wyłączną przesłanką zmniejszenia odszkodowania. Miarkowanie jest więc uprawnieniem sądu, a nie jego obowiązkiem, a kategorię brzmienia przepisu "ulega" odnieść należy do końcowego fragmentu art. 362 k.c., w którym jest mowa o przesłankach miarkowania odszkodowania. Podkreśla się też, że art. 362 k.c. jest wyrazem zasady sędziowskiego wymiaru odszkodowania, która w granicach w nim wyznaczonych daje sądowi możliwość uwzględnienia wszystkich okoliczności sprawy, także w płaszczyźnie niezastosowania odstępstwa od zasady pełnego odszkodowania. W takim ujęciu samo przyczynienie się poszkodowanego jest jedynie warunkiem miarkowania odszkodowania i nie prowadzi do niego automatycznie.

Podejmując rozważania w zakresie zarzutu wadliwego określenia daty początkowej płatności odsetek za opóźnienie w spełnieniu świadczenia z tytułu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, wskazać należy, że podstawę rozstrzygnięcia w tym przedmiocie stanowił przepis z art. 481 § 1 i 2 k.c. Z jego treści wynika, że odsetki ustawowe są należne wierzycielowi od dnia, w którym dłużnik popadł w zwłokę ze spełnieniem świadczenia, co w okolicznościach niniejszej sprawy należy utożsamiać ze zwłoką w zapłacie zadośćuczynienia w pełnej wysokości. Co istotne, jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania (art. 455 k.c.). Kluczowe znaczenie dla określenia, czy i kiedy powstał po stronie pozwanych stan opóźnienia w zapłacie słusznego zadośćuczynienia, ma zatem ustalenie, kiedy winni oni byli spełnić świadczenie na rzecz powoda. Innymi słowy, kiedy roszczenie o zapłatę stało się wymagalne.

W tym kontekście mieć należało na uwadze, iż choć ustawodawca przy zasądzeniu zadośćuczynienia pozostawił kwestie określenia jego wysokości w pewnym zakresie uznaniu sądu, to jednak należy podkreślić, iż przewidziana w art. 445 § 1 i art. 448 k.c. możliwość przyznania przez sąd odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia za krzywdę nie zakłada dowolności ocen sądu, a jest jedynie konsekwencją niewymiernego w pełni charakteru okoliczności decydujących o doznaniu krzywdy i jej rozmiarze. Mimo zatem pewnej swobody sądu przy orzekaniu o zadośćuczynieniu, wyrok zasądający zadośćuczynienie nie ma charakteru konstytutywnego, lecz deklaracyjny (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 listopada 2009 r., III CSK 62/09). Innymi słowy, nie ma charakteru orzeczenia kształtującego treść stosunku prawnego, czy orzeczenia waloryzującego wysokość należnego powodowi świadczenia. Z tej też przyczyny w wypadku opóźnienia dłużnika wierzyciel jest uprawniony do odsetek od nieterminowo spełnionego świadczenia pieniężnego. Nie ulega bowiem wątpliwości, iż roszczenie o zapłatę kwoty tytułem słusznego zadośćuczynienia co do zasady nie podlega odrębnym regułom w zakresie terminu spełnienia świadczenia przez dłużnika (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 2006 r., V CSK 266/06 oraz z dnia 22 lutego 2007 r., I CSK 433/06).

Przychylić trzeba się do tego nurtu orzecznictwa, według którego, z uwagi na ocenny charakter roszczenia o zapłatę kwoty tytułem słusznego zadośćuczynienia, jego wymagalność, a tym samym i początkowy termin naliczania odsetek za opóźnienie w jego zapłacie, może się różnie kształtować w zależności od okoliczności konkretnej sprawy. Terminem, od którego należą się odsetki za opóźnienie w zapłacie zadośćuczynienia za krzywdę, może być zatem - w zależności od realiów danej sprawy - zarówno dzień poprzedzający wyrokowanie o zadośćuczynieniu, jak i dzień tego wyrokowania (wyrok Sądu Najwyższego: z dnia 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03; z dnia 4 listopada 2008 r., II PK 100/08; z dnia 18 lutego 2011 r., I CSK 243/10). To sąd, biorąc pod uwagę konkretne okoliczności sprawy, winien ocenić czy kompensacyjna funkcja zadośćuczynienia zostanie zrealizowana przez zasądzenie odsetek od dnia wezwania do zapłaty, czy też od dnia wyrokowania. Jednak w obecnych realiach ekonomicznych zasądzenie odsetek od daty

wyrokovania uzasadnione jest jedynie, gdy w dacie wcześniejszego wezwania proces leczenia uprawnionego do zadośćuczynienia nie został zakończony, a jego stan zdrowia ustabilizował się dopiero w toku procesu. Jedynie zatem w sytuacji, gdy ustalenie wysokości zadośćuczynienia następuje według stanu rzeczy istniejącego w chwili zamknięcia rozprawy, uzasadnione jest przyznanie odsetek dopiero od chwili wyrokowania (wyrok Sądu Najwyższego: z dnia 8 grudnia 1997 r., I CKN 361/97; z dnia 9 stycznia 1998 r., III CKN 301/97; z dnia 11 marca 2003 r., V CKN 1723/00; z dnia 30 października 2003 r., IV CK 130/02).

Jak trafnie zauważył Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 lutego 2010 r., II CSK 434/09, jeżeli powód żąda od pozwanego zapłaty określonej kwoty tytułem zadośćuczynienia z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od konkretnej daty - poprzedzającej dzień wyrokowania - to odsetki te powinny być zasądzone zgodnie z żądaniem pozwu, o ile tylko w toku postępowania zostanie wykazane, że dochodzona suma rzeczywiście się powodowi należała tytułem zadośćuczynienia od wskazanego przez niego dnia, że roszczenie takie zostało pozwanemu zgłoszone, a przy tym istniała obiektywna możliwość ustalenia okoliczności koniecznych do ustalenia odszkodowania. W wypadku bowiem, gdy ustalenie wysokości szkody nie wymaga zasięgnięcia przez sąd wiadomości specjalnych (art. 278 § 1 k.p.c.), termin wymagalności świadczenia może być określony od dnia wytoczenia powództwa.

Mając na uwadze powyższe rozważania Sąd odwoławczy stanął na stanowisku, iż w okoliczności faktycznych sprawy, uzasadnione było przyjęcie, iż zasądzona w zaskarżonym wyroku kwota tytułem zadośćuczynienia stała się wymagalna w stosunku do pozwanego z dniem 22 grudnia 2012 roku.

Rozważania w tym przedmiocie rozpocząć należy od wskazania, że żądanie zapłaty oznaczonej kwoty zostało zgłoszone pozwanemu najpóźniej 14 lutego 2012 roku bowiem w tym dniu pozwany udzielił powodowi odpowiedzi na wezwanie do zapłaty. Po doliczeniu do daty 14 lutego 2012 roku termin 7 dni wyznaczony w wezwaniu do zapłaty na spełnienie tego świadczenia, termin zapłaty upłynął jeszcze przed dniem wniesienia pozwu, od którego powód dochodził odsetek.

Sąd odwoławczy w realiach tej sprawy uznał, iż wyżej opisane okoliczności związane ze stanem faktycznym sprawy pozwalają na przyjęcie, że krzywda jakiej doznał powód w wyniku zdarzenia, za które odpowiedzialność ponosi pozwany w rozmiarze ustalonego zadośćuczynienia, istniała już w dacie skierowania przez niego wezwania do zapłaty. Skala cierpień powoda rzutuująca na rozmiary krzywdy była już znana w całości, a w toku sporu sądowego nie ujawniły się żadne nowe okoliczności istotnie wpływające na ocenę rozmiarów krzywdy. Znane były zatem pozwanemu już wówczas okoliczności pozwalające na zaspokojenie, chociażby częściowe, roszczeń strony powodowej. Te okoliczności do dnia wyrokowania przez Sąd I instancji nie zmieniły się.

W tej sytuacji zasadnym było zgodnie z żądaniem pozwu zasądzenie odsetek ustawowych za opóźnienie w zapłacie kwoty od dnia wytoczenia powództwa (tak jak domagał się tego pozwany) - tak jak to uczynił Sąd I instancji.

Treść wywiedzionej przez pozwanego apelacji nie pozostawia wątpliwości co do tego, że podstaw do weryfikacji zaskarżonego orzeczenia upatruje on również w tym, że – w jego ocenie – w sprawie Sąd I instancji błędnie zastosował dyspozycję art. 102 k.p.c. oraz art. 113 ust. 4 u.k.s.c., stanowiąca jedyną podstawę prawną, w oparciu o którą, powód został zwolniony z obowiązku uiszczenia na rzecz pozwanego poniesionych przez niego kosztów procesu.

Syntetyzując poglądy judykatury dotyczące przesłanek stosowania tego przepisu wskazać należy, że art. 102 k.p.c., wyraża zasadę słuszności w orzekaniu o kosztach procesu, stanowiąc wyjątek od zasady odpowiedzialności za wynik procesu. Z kolei norma art. 113 ust. 4 u.k.s.c. daje sądom swobodę przy rozstrzygnięciu o rozliczaniu nieuiszczonych kosztów sądowych, w sytuacji gdy stosowania zasady wyrażonej w art. 113 ust. 2 u.k.s.c. nie można pogodzić z zasadą słuszności.

Ocena, czy w konkretnej sprawie zaistniał „wypadek szczególnie uzasadniony”, należy do sądu, który uwzględniając całokształt zaistniałych w niej okoliczności, kierując się poczuciem sprawiedliwości, rozstrzyga czy znajduje zastosowanie art. 102 k.p.c.

Jednocześnie powszechnie w judykaturze i doktrynie przyjmuje się też, że przepisy te zawierają uprawnienie o charakterze czysto dyskrejonalnym. Wprawdzie zatem kwestia trafności i zasadności skorzystania z tego uprawnienia, co do zasady może być objęta kontrolą sądu wyższego rzędu, niemniej jednak ewentualna zmiana zaskarżonego orzeczenia o kosztach powinna być przeprowadzana tylko wyjątkowo (vide: postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 12 października 2012 r., IV CZ 69/12, LEX nr 1232622).

W okolicznościach rozpoznawanej sprawy nie sposób jest jednak dostrzec takiej szczególnej sytuacji wymagającej ingerencji Sądu odwoławczego w zakresie zaskarżonego rozstrzygnięcia.

Do okoliczności podlegających uwzględnieniu należą zarówno fakty związane z samym przebiegiem procesu, jak i będące na zewnątrz, zwłaszcza dotyczące stanu majątkowego i sytuacji życiowej, oceniane przez pryzmat zasad współżycia społecznego. Hipoteza obu przepisów odwołująca się do występowania „wypadków szczególnie uzasadnionych”, pozostawia zatem sądowi orzekającemu swobodę oceny czy fakty związane z przebiegiem procesu, jak i dotyczące sytuacji życiowej strony, stanowią podstawę do nie obciążania jej kosztami procesu. Podkreślić przy tym należy, iż sama sytuacja ekonomiczna strony przegrywającej, nawet tak niekorzystna, że strona bez uszczerbku dla utrzymania własnego i członków rodziny nie byłaby w stanie ponieść kosztów, nie stanowi podstawy zwolnienia - na podstawie art. 102 k.p.c. - od obowiązku zwrotu kosztów przeciwnikowi, czy też odstąpienia od obciążania strony kosztami procesu – art. 113 ust. 4 u.k.s.c., chyba że na rzecz tej strony przemawiają dalsze szczególne okoliczności, które same mogłyby być niewystarczające, lecz łącznie z trudną sytuacją ekonomiczną wyczerpują znamiona wypadku szczególnie uzasadnionego.

W rozważanej sprawie nie ulega wątpliwości, że sytuacja finansowa i majątkowa powoda stanowiła podstawę zwolnienia go od kosztów sądowych. Wyważenie tych okoliczności w powiązaniu z samym przebiegiem procesu, jego przedmiotem i podstawami ostatecznego ustalenia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia przemawiało za zastosowaniem art. 102 k.p.c. oraz art. 113 ust. 4 u.k.s.c.

Zauważyć przede wszystkim należy, że sam proces dotyczył procedur medycznych, ze swej istoty trudnych do rzeczowej oceny bez pozyskania wiadomości specjalnych. Jak już wyżej wskazano, nawet w takim przypadku ustalenia obarczone są określoną dozą prawdopodobieństwa wobec braku możliwości określenia z całą pewnością zarówno procesów biologicznych, jak i sposobu leczenia na ostateczny skutek z uwagi na współwystępowanie wielu przyczyn stanu zdrowia człowieka. Nie bez znaczenia pozostaje również okoliczność, że powód swoje roszczenie wywodził z okoliczności związanych z powikłaniami po operacji. Nie ulega wątpliwości, że kwestie te wymagały wiadomości specjalnych. W związku z tym w sprawie przeprowadzone zostały dowody z opinii biegłych. Dopiero zawarte w nich wnioski pozwalały na rzeczową ocenę całego procesu medycznego. Mieć też należy na uwadze, że przedmiotem procesu w zasadniczej części było żądanie zadośćuczynienia za krzywdę, a więc zawsze obarczone subiektywną oceną, w pewnym sensie nawet trudną do określenia.

W ocenie Sądu odwoławczego w realiach niniejszej sprawy zarówno z uwagi na uznaniowy charakter przedmiotu sporu, w zakresie poddanym kontroli instancyjnej, czyli wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia, jak i z uwagi na okoliczności dotyczące samego powoda (jego stan zdrowia) oraz wysokość uzyskiwanych obecnie dochodów uzasadniają wniosek, że w tej sprawie zachodzi szczególny wypadek w rozumieniu art. 102 k.p.c. oraz art. 113 ust. 4 u.k.s.c.

Wszystkie powyższe okoliczności uzasadniały więc uznanie, że Sąd I instancji w sposób prawidłowy zastosował normę art. 102 k.p.c., jak również normę art. 113 ust. 4 u.k.s.c., która odwołuje się do tych samych przesłanek z silniejszym jednak zaakcentowaniem kwestii majątkowych.

Z tych wszystkich względów konieczne było wydanie wyroku reformatoryjnego o treści jak w punkcie I.1 sentencji, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. Apelacja powoda w pozostałym zakresie podlegała oddaleniu, zaś apelacja pozwanego w całości - na podstawie art. 385 k.p.c., o czym orzeczono w pkt II.

Konsekwencją wydania wyroku reformatoryjnego, stanowiła również konieczność zmiany orzeczenia o kosztach postępowania pierwszoinstancyjnego.

O kosztach sądowych Sąd Apelacyjny orzekł w punkcie I.2, na podstawie 113 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, mając na uwadze, że powód wygrał postępowanie w 20 %, zaś pozwany w 80 % natomiast koszty sądowe wyniosły 31.927,82 zł.

Podstawę rozstrzygnięcia o kosztach procesu w postępowaniu apelacyjnym stanowiły przepisy art. 108 k.p.c., art. 98 § 1 i 3 k.p.c. oraz art. 102 k.p.c.

Zgodnie z pierwszym z nich, sąd rozstrzyga o kosztach w każdym orzeczeniu kończącym sprawę w instancji. Sąd może jednak rozstrzygnąć jedynie o zasadach poniesienia przez strony kosztów procesu, pozostawiając szczegółowe wyliczenie referendarzowi sądowemu; w tej sytuacji, po uprawomocnieniu się orzeczenia kończącego postępowanie w sprawie, referendarz sądowy w sądzie pierwszej instancji wydaje postanowienie, w którym dokonuje szczegółowego wyliczenia kosztów obciążających strony. Jednocześnie art. 98 § 1 k.p.c. stanowi, że strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu).

W punkcie III wyroku na podstawie art. 113 ust.1 ustawy o kosztach w sprawach cywilnych w zw. z art. 100 zd. 1 k.p.c. nakazano pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Szczecinie część nieuiszczonych kosztów sądowych w postępowaniu apelacyjnym. Na koszty te, poniesione tymczasowo przez Skarb Państwa, złożyła się opłata od apelacji wywiedziona przez powoda w wysokości 5.000 zł. Należało jednak uwzględnić, że pozwany uległ żądaniu powoda w postępowaniu apelacyjnym w 40 %, wobec czego winien uiścić na rzecz Skarbu Państwa z tego tytułu kwotę 2.000 zł.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 100 k.p.c., mając na względzie, że apelacja powoda została uwzględniona w części, tj. w 40 % (zaskarżono wyrok co do kwoty 100.000 zł, uwzględniono apelację co do kwoty 40.000 zł), zatem powód w zakresie swojej apelacji wygrał postępowanie 40 % i w tej części przysługiwał powodowi zwrot kosztów procesu, na które złożyło się wynagrodzenie pełnomocnika w wysokości 4.050 zł przy uwzględnieniu wartości przedmiotu zaskarżenia (§ 2 pkt. 6 w związku z § 10 ust. 1 pkt. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie - Dz.U.2015.1800 z późniejszymi zmianami - w wersji obowiązującej w dacie wniesienia apelacji). O pozostałych kosztach procesu poniesionych przez strony w postępowaniu apelacyjnym nie orzeczono z uwagi na to, że strony, reprezentowane przez profesjonalnych pełnomocników nie złożyły wniosków o zasądzenie tych kosztów w sposób określony w art. 109 § 1 k.p.c.

Z przyczyn wskazanych wcześniej, rozstrzygnięcie o kosztach sądowych, które na etapie postępowania apelacyjnego obciążały powoda, wydane zostało także przy zastosowaniu z art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

Tomasz Żelazowski Ryszard Iwankiewicz Halina Zarzeczna