

## UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 2 czerwca 2016 r. Sąd Rejonowy w Pabianicach oddalił powództwo S. B. przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. o zasądzenie odszkodowania i zadośćuczynienia.

Sąd Rejonowy ustalił, że w dniu 5 sierpnia 2011 r. S. B. został przyjęty do (...) Centrum Medycznego w P. na Oddział (...) Ogólnej i Naczyniowej z powodu objawów kamicznego zapalenia pęcherzyka żółciowego. W badaniu USG jamy brzusznej (wykonanym w tym samym dniu) ujawniono pęcherzyk żółciowy o pogrubiałych ścianach z widocznymi licznymi złogami różnej wielkości, drogi żółciowe wewnątrzwątrobowe nieposzerzone, przewód żółciowy wspólny o średnicy 8 mm. Nie stwierdzono cech wolnego płynu w jamie otrzewnej. W związku z tym w dniu 8 sierpnia 2011 r. pacjentowi wykonano zabieg laparoskopowego usunięcia pęcherzyka żółciowego. W trakcie zabiegu doszło do uszkodzenia dróg żółciowych - po wypreparowaniu pęcherzyka żółciowego zauważono wyciek treści żółciowej z okolicy wnęki wątroby. Z tego względu podjęto decyzję o otwarciu jamy otrzewnej, założono dren N. do światła dróg żółciowych w okolicy wnęki i wprowadzono go na zewnątrz, uzyskując wypływ treści żółciowej.

W trakcie zabiegu laparoskopii, po usunięciu pęcherzyka żółciowego, stwierdzono na jego przedniej ścianie przylegający fragment przewodu żółciowego, mogący odpowiadać przewodowi żółciowemu wspólnemu. Jednocześnie, po otwarciu jamy otrzewnej wewnątrz nie zlokalizowano przewodu żółciowego wspólnego.

Taka budowa pęcherzyka żółciowego jest nietypowa, nie była również widoczna na badaniu ultrasonograficznym. Stwierdzone uprzednio zapalenie pęcherzyka żółciowego mogło się przyczynić do jego zrostu z przednią ścianą przewodu żółciowego wspólnego.

W dniu 10 sierpnia 2011 r. wykonano badanie potwierdzające uszkodzenie dróg żółciowych i pacjenta przewieziono do Oddziału (...) Ogólnej i Transplantacyjnej Szpitala (...) w Ł., gdzie wykonano operacyjnie zespolenie przewodowo-jelitowe. S. B. został wypisany w dniu 18 sierpnia 2011 r.

W dniu 5 września 2011 r. S. B. ponownie został przyjęty do Szpitala (...), z powodu krwotoku do przewodu pokarmowego. 9 września 2011 r. pacjent został wypisany do domu. Następnego dnia przyjęto go ponownie do kliniki, powtórnie z powodu krwotoku do przewodu pokarmowego, jednak tym razem ustalono przyczynę krwotoku, którą było owrządzenie pętli odprowadzającej zespolenia przewodowo-jelitowego podczas wykonanej laparotomii. Uzyskano poprawę zdrowia i wypisano go do domu w dniu 7 października 2011 r.

Podczas każdego zabiegu laparoskopowego mającego na celu wycięcie pęcherzyka żółciowego konieczne jest przecięcie przewodu żółciowego. W przypadku zabiegu dokonanego na powodzie doszło do nadmiernego przecięcia przewodu, a w konsekwencji - do przypadkowego i niecelowego uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego. Uszkodzenie to mogło wynikać z anomalii anatomicznych.

Po stwierdzeniu uszkodzenia jeszcze w czasie zabiegu lekarze podjęli właściwe środki, mające na celu zapobieżenie następstwom uszkodzenia przewodu żółciowego. Również dalsze postępowanie lekarskie w stosunku do powoda było prawidłowe.

Gdyby w czasie laparoskopii nie doszło do uszkodzenia przewodu żółciowego, dodatkowe hospitalizacje powoda nie byłyby potrzebne.

Uszkodzenie przewodu żółciowego wspólnego spowodowało 20% długotrwały uszczerbek na zdrowiu powoda. S. B. potrzebował pomocy osób trzecich

przez pierwszych kilka dni pobytu w domu po każdym z zabiegów operacyjnych, przez jedną godzinę dziennie. Powód nie wymagał specjalnej diety. Rokowania co do stanu zdrowia powoda są dobre i nie istnieją żadne ograniczenia odnośnie możliwości podjęcia przez niego pracy zawodowej.

Po opisanych powyżej zabiegach medycznych powód przez dwa lata nie narzekał na stan zdrowia. Nie leczył się u specjalistów. Ostatnio skarży się na obniżoną odporność, gorączkę, wymioty. Według lekarza rodzinnego i internisty, do których zwrócił się po poradę, dolega mu przeziębienie.

W okresie od 1 listopada 2010 r. do 31 października 2011 r. (...) Centrum Medyczne Sp. z o.o. w P. było stroną umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej oraz umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej deliktowo-kontraktowej zakładu opieki zdrowotnej z wyłączeniem szpitalnictwa. Obie umowy zostały zawarte z (...) S.A.

w W..

W dniu 9 lipca 2012 r. S. B. zgłosił (...) Centrum Medycznemu Sp. z o.o. w P. szkodę wywołaną w trakcie wykonywania zabiegu laparoskopii w dniu 8 sierpnia 2011 r. i na tej podstawie zażądał od zakładu medycznego zapłaty kwoty 50.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 6.804 zł tytułem odszkodowania. (...) Centrum Medyczne Sp. z o.o. powiadomiło o tym ubezpieczyciela w dniu 13 września 2012 r., który po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego, pismem z dnia 4 stycznia 2013 r., odmówił powodowi wypłaty zadośćuczynienia i odszkodowania.

Sąd Rejonowy wskazał, że odpowiedzialność cywilnoprawna strony pozwanej ma oparcie w treści art. 805 § 1 k.c. oraz art. 9 i 9a ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 392, z późn. zm.) w zw. z art. 17 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r., poz. 618), zgodnie z którymi ubezpieczyciel, który zawarł umowę ubezpieczenia OC z danym podmiotem, przejmuje odpowiedzialność cywilną tego podmiotu za szkody wyrządzone czynem niedozwolonym oraz wynikiłe z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania. Ubezpieczyciel jest przy tym odpowiedzialny również za szkodę niemajątkową, za którą odpowiedzialność ponosi podmiot ubezpieczony.

Podstawę odpowiedzialności niesamodzielnego zakładu opieki zdrowotnej w niniejszej sprawie stanowi art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. Przepisy te regulują odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez podwładnego. Przesłankami odpowiedzialności zwierzchnika są: 1. powierzenie na własny rachunek wykonania czynności podwładnemu, 2. zawiniony czyn niedozwolony podwładnego, 3. szkoda wyrządzona przy wykonywaniu czynności przez podwładnego, 4. związek przyczynowy między czynem niedozwolonym podwładnego a szkodą.

Między stronami nie było sporu co do tego, że personel medyczny wykonujący zabieg laparoskopii w dniu 8 sierpnia 2011 r. działał na rachunek (...) Centrum Medycznego Sp. z o.o. i był organizacyjnie podporządkowany temu zakładowi opieki zdrowotnej. Nie ulega również wątpliwości, że podczas rzeczonego zabiegu doszło do uszkodzenia przewodu żółciowego powoda, a uszkodzenie to – z uwagi na swoje rozmiary – nie stanowiło typowego skutku zabiegu usunięcia pęcherzyka żółciowego.

W ocenie Sądu I instancji zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie pozwolił jednak na ustalenie, że do nadmiernego uszkodzenia przewodu żółciowego doszło w wyniku zawinionego działania lekarza dokonującego zabiegu ani innego pracownika zakładu, zajmującego się wówczas powodem.

O winie sprawcy można mówić wtedy, gdy do bezprawnego zachowania doszło w wyniku niezachowania przez niego należytej staranności, tj. staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (art. 355 k.c.). Od podmiotu trudniącego się czynnościami wymagającymi fachowej wiedzy należy wymagać wyższego stopnia staranności. Staranność zawodowa lekarza powinna być odpowiednia do jego kwalifikacji, jego doświadczenia oraz sytuacji, w jakiej udziela pomocy medycznej pacjentowi. Zachowanie lekarza należy oceniać z

uwzględnieniem całokształtu okoliczności występujących w danej sytuacji faktycznej. Należy także wymagać od niego zachowania zgodnego z aktualną wiedzą i nauką medyczną i ogólnie przyjętą praktyką lekarską.

Przy ocenie prawidłowości postępowania lekarza w danej sytuacji należy brać pod uwagę nie tylko to, czy sam proces terapeutyczny został przez niego przeprowadzony właściwie, zgodnie ze wskazanymi wcześniej kryteriami, ale również to, czy na etapie diagnostycznym zastosowano wszelkie dostępne i wymagane w danej sytuacji środki. Innymi słowy, ocena, czy w konkretnej sytuacji lekarz postępował z wymaganą od niego starannością, dotyczy nie tylko samego etapu leczenia, ale również tego, czy lekarz nie pozbawił się możliwości przeprowadzenia prawidłowego leczenia wcześniej, na etapie stawiania diagnozy.

W przedmiotowej sprawie zachowanie personelu (...) Centrum Medycznego

w odniesieniu do powoda było prawidłowe. S. B. trafił do zakładu opieki zdrowotnej z rozpoznaniem zapalenia pęcherzyka żółciowego, w związku z czym podjęto trafną i adekwatną do okoliczności decyzję o skierowaniu go na zabieg wycięcia tego pęcherzyka. Sam zabieg był rutynowy, niewiążący się z podwyższonym ryzykiem

dla pacjenta. Przed jego przeprowadzeniem powodowi wykonano badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej, które nie wykazało zrostu pęcherzyka żółciowego z przewodem żółciowym. Zrost taki stanowi anomalię anatomiczną, jest utrudnieniem w wykonaniu zabiegu

i jego stwierdzenie powinno wiązać się ze zwiększoną czujnością personelu podczas zabiegu. Ponieważ jednak rutynowe badania nie wykazały istnienia tej anomalii, a z dokumentacji medycznej ani z zeznań powoda nie wynika, by jego przypadek poza tym był szczególny

w porównaniu do innych, nie można zarzucać personelowi medycznemu przeprowadzającemu zabieg laparoskopowy, że czynność tę wykonał w typowy sposób.

Jak wynika z opinii biegłego, każdy zabieg usunięcia pęcherzyka żółciowego wiąże się

z przecięciem przewodu żółciowego. W przypadku powoda doszło do przecięcia tego przewodu w sposób skutkujący wyciekaniem treści żółciowej z tego tylko względu, że fragment przewodu żółciowego wspólnego (który przy zabiegach o typowym przebiegu zostaje zabezpieczony w taki sposób, by uniemożliwić wyciek) w wyniku zrostu z pęcherzykiem żółciowym został wraz z nim usunięty.

Zgodnie z opinią biegłego zachowanie personelu po zauważeniu wycieku treści żółciowej było prawidłowe. W takiej sytuacji otwarcie jamy otrzewnej i założenie drenu stanowiło adekwatną reakcję. Następnie wykonana diagnostyka oraz kolejne zabiegi również były zgodne z zasadami sztuki lekarskiej.

Ustalenie, że do powikłań operacyjnych doszło z przyczyn niezawinionych

przez personel zakładu opieki zdrowotnej, skutkowało przyjęciem braku odpowiedzialności cywilnoprawnej (...) Centrum Medycznego Sp. z o.o., a w konsekwencji – również jego ubezpieczyciela. Na tej podstawie Sąd Rejonowy uznał, że powództwo należało oddalić.

Apelację od wyroku Sądu Rejonowego wniósł powód, zarzucając naruszenie następujących przepisów:

- art. 233 § 1 i § 2 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej oceny zgromadzonego materiału dowodowego i niedopuszczenie dowodu z kolejnej uzupełniającej opinii biegłego,

- art. 3 k.p.c. i art. 232 k.p.c. przez uznanie, że strona powodowa przedstawiła wystarczające dowody na istnienie u powoda anomalii anatomicznej, która wyłącza zawinienie lekarzy,

- art. 415 k.c. przez przyjęcie, że wyłączną przyczyną szkody była występująca u powoda anomalia anatomiczna, a nie zawinione działanie lekarza operującego.

W oparciu o tak sformułowane zarzuty skarżący wnosił o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa w całości, ewentualnie o uchYLENIE zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Rejonowemu do ponownego rozpoznania.

Sąd Okręgowy dodatkowo ustalił, co następuje:

Operacja wykonana u powoda została poprzedzona prawidłową diagnostyką – badaniem USG. Nie było wskazań do przeprowadzenia bardziej szczegółowych badań, a ich ewentualne wykonywanie opóźniłoby operację, którą należało przeprowadzić.

U powoda zaistniała anomalia, polegająca na tym, że przewód żółciowy wspólny biegł w ścianie pęcherzyka żółciowego. Przewód ten nie jest widoczny w badaniu USG, jeżeli nie znajdują się w nim kamienie. Podczas zabiegu laparoskopowego lekarz operujący nie ma możliwości widzenia przestrzennego. Przewód żółciowy wspólny może być niewidoczny w tkance tłuszczowej. W niniejszej sprawie nietypowy przebieg przewodu dostrzeżono dopiero po wydobyciu pęcherzyka z jamy otrzewnej, co stwierdzono w karcie wypisowej. Nie było możliwości zabezpieczenia się przez personel medyczny przed wystąpieniem anomalii i jej skutkami.

W przypadku wystąpienia anomalii z reguły następuje również powikłanie. W niniejszej sprawie postępowanie lekarzy było prawidłowe – nie został popełniony błąd.

Dowód: opinia pisemna biegłego S. N. k. 220-221, opinia ustna k. 278odw-279

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja nie jest zasadna.

Rozpatrując zgłoszony w apelacji zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. Sąd Okręgowy powziął wątpliwości co do prawidłowości opinii wydanej w postępowaniu przed Sądem I instancji przez biegłego K. L.. W ocenie Sądu Okręgowego opinia ta była bowiem – pomimo jej uzupełniania – niejasna i niestanowcza, budziła również wątpliwości co do jej spójności. Biegły pierwotnie wskazywał bowiem, że nie ma danych wskazujących na istnienie zrostu pęcherzyka żółciowego i przewodu żółciowego wspólnego (k. 102, 103), następnie stwierdził jednak istnienie zrostu opierając się na dokumentacji, która – jak wskazywał – była mu znana w momencie wydawania pierwotnej opinii (k. 120). Nadto, ostatecznie wydana opinia biegłego nie była jednoznaczna – większość twierdzeń biegłego sformułowana była w trybie przypuszczającym („mogła to być anomalia”, „mogło przyczynić się do zrostów”), co pozostawiało wątpliwości co do ostatecznego stanowiska biegłego. Z opinii biegłego nie wynikało również, czy lekarz operujący mógł uniknąć uszkodzenia przewodu żółciowego wspólnego.

Wobec powyższego, Sąd Okręgowy postanowił dopuścić dowód z pisemnej opinii innego biegłego, a następnie również z ustnej opinii uzupełniającej. Opinia biegłego S. N. potwierdziła zaistnienie anomalii. Nadto biegły wskazał, że przebieg przewodu nie jest widoczny w badaniu USG, o ile w samym przewodzie nie występują kamienie. Biegły jednoznacznie i stanowczo wskazał również, że nie było możliwości zabezpieczenia się przed tego rodzaju anomalią i nie został popełniony błąd – postępowanie lekarzy było prawidłowe.

Podsumowując tę część rozważań, podniesione w apelacji zarzuty naruszenia art. 233 k.p.c., art. 3 k.p.c. i art. 232 k.p.c. nie doprowadziły do podważenia ustaleń faktycznych dokonanych przez Sąd I instancji. Przeciwnie, ustalenia te znalazły potwierdzenie w opinii innego biegłego, wobec czego Sąd Okręgowy podziela je i przyjmuje za własne. Dodać należy, że biegły odpowiedział na wszystkie pytania podnoszone przez stronę powodową, zaś powód nie zgłaszał zastrzeżeń do opinii ustnej ani dalszych wniosków dowodowych.

Mając na uwadze dokonane ustalenia faktyczne, Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że Sąd I instancji nie naruszył również przepisów prawa materialnego. Opinie biegłych nie dają bowiem podstaw by stwierdzić, że lekarz operujący zaniechał jakichkolwiek działań lub środków ostrożności, które powinien był podjąć. Wręcz przeciwnie, biegli stwierdzili, że uszkodzenie przewodu żółciowego nie było wynikiem błędu lekarza, lecz powikłaniem, przed wystąpieniem którego nie było możliwości zabezpieczenia się. Jak trafnie wskazał Sąd Rejonowy, nie można zarzucić personelowi medycznemu, że wykonał operację w typowy sposób, skoro nie było żadnych podstaw by stwierdzić, że powinna ona być wykonana inaczej (w szczególności metodą „otwartą”). Innymi słowy, nie ma podstaw do przypisania lekarzowi choćby najlżejszej postaci winy (culpa levissima). Przesądza to o braku odpowiedzialności szpitala (art.

430 k.c.), a tym samym również i ubezpieczyciela (art. 805 k.c.). Sąd Okręgowy podziela w tym zakresie rozważania dokonane przez Sąd I instancji, których powielanie byłoby zbędne.

Z tych względów, na podstawie art. 385 k.p.c. Sąd Okręgowy oddalił apelację jako bezzasadną.

O kosztach postępowania odwoławczego orzeczono na podstawie 102 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c., zgodnie z zasadą słuszności. Sąd Okręgowy uwzględnił, że powód mógł być subiektywnie przekonany o zasadności swojego roszczenia, skoro w toku operacji doszło do uszkodzenia przewodu żółciowego, który w normalnym toku czynności nie powinien zostać przecięty. Sąd uwzględnił nadto, wskazane powyżej wątpliwości wiążące się z opinią biegłego złożoną w toku postępowania przed Sądem I instancji, które doprowadziły do uzupełnienia postępowania dowodowego z urzędu, a które stały się przyczyną wniesienia apelacji. Uwzględniono również trudną sytuację życiową powoda (k. 30 – 33).