

Sygn. akt. I C 944/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 marca 2020r.

Sąd Okręgowy Warszawa-Praga w Warszawie I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSO Eliza Nowicka - Skowrońska

Protokolant: Artur Suwała

po rozpoznaniu w dniu 4 lutego 2020 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa K. K.

przeciwko (...) Sp. z o.o. z siedzibą w W. (dawniej (...) Sp. z o.o. z siedzibą W W.)

o zapłatę i ustalenie

I. oddala powództwo;

II. zasądza od K. K. na rzecz (...) Sp. z o.o. z siedzibą w W. kwotę 7.217 (siedem tysięcy dwieście siedemnaście) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;

III. nakazuje pobrać od K. K. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego Warszawa – Praga w Warszawie kwotę 4.043,49 zł (cztery tysiące czterdzieści trzy złote i czterdzieści dziewięć groszy) tytułem zwrotu wydatków tymczasowo pokrytych przez Skarb Państwa.

SSO Eliza Nowicka - Skowrońska

Sygn. akt I C 944/17

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 29 maja 2013 roku powódka K. K. domagała się od pozwanej (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w W. zasądzenia na swoją rzecz:

a) kwoty 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznane krzywdy wraz z odsetkami ustawowymi od dnia następnego po dniu doręczenia pozwu do dnia zapłaty,

b) kwoty 73.352,19 zł tytułem odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami od dnia następnego po dniu doręczenia pozwu do dnia zapłaty,

c) kwoty 2.667,66 zł tytułem comiesięcznej renty począwszy od czerwca 2013r. płatnej do 10-go dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w wypadku uchybienia terminowi płatności którekolwiek z rat.

Ponadto wniosła o ustalenie, że pozwana spółka ponosi odpowiedzialność na przyszłość za dalsze szkody oraz o zasądzenie od niej na swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powódka wskazała, że w dniu 1 kwietnia 2010 r. w pozwanej spółce wykonano u niej zabieg protezowania dróg żółciowych. Na skutek rozdzielenia protezy i przesunięciu się jej części w stronę jelita cienkiego, była poddawana licznym zabiegom medycznym celem wydobycia tego fragmentu. Wskutek niewłaściwego działania personelu pozwanej spółki, polegającej na niewłaściwym diagnozowaniu, a następnie nieumiejętnym leczeniu, jej stan zdrowia znacznie się pogorszył, była zmuszona do wielokrotnych wizyt w różnych placówkach medycznych, towarzyszył jej ból, strach, dyskomfort. Ponadto była poddawana znacznej ilości interwencji medycznych, a ostatecznie w wyniku operacji chirurgicznej przeprowadzonej w dniu 4 marca 2011r. wydobyto z jej organizmu ciało obce w postaci części protezy dróg żółciowych, które zmigrowało do ślepej pętli jelita cienkiego i dawało silne dolegliwości bólowe. Powódka zarzucała tym samym pozwanej spółce dopuszczenia się szeregu zaniedbań, w tym dopuszczeniu się błędów diagnostycznego, zwłoki i zaniechania procesu leczniczego, błędów terapeutycznego oraz nieudzielenia jej informacji o stanie zdrowia, istniejących i sugerowanych metodach leczenia, a także o następstwach zastosowania bądź zaniechania metod leczniczych, prawdopodobnych wynikach leczenia i rokowaniach na przyszłość. Jako podstawę roszczeń powoływała się na treść art. 445 § 1 kc w zakresie zadośćuczynienia, art. 444 (§ 1) kc w zakresie odszkodowania, art. 444 § 2 kc w zakresie renty (pozew k. 9 – 40).

Pozwana (...) Sp. z o.o. z siedzibą w W. wniosła o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powódki na rzecz pozwanej kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwana nie zgodziła się w żadnej części z żądaniami pozwu, kwestionowała roszczenia powódki zarówno co do zasady, jak i co do wysokości. W jej ocenie brak było podstaw do przypisania pozwanej jakiegokolwiek odpowiedzialności. W pierwszej kolejności zarzucono powódce, iż nie wykazała istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy leczeniem powódki w pozwanej spółce, a wystąpieniem u niej uszczerbku na zdrowiu, nie wskazano na zaistnienie zdarzenia w pozwanej jednostce, z którym ustawa łączy obowiązek odszkodowawczy. Ponadto zaprzeczano, aby lekarze zatrudnieni w pozwanej spółce dopuścili się tzw. zawinionego błędu medycznego. Kwestionowano również wysokości zgłoszonych roszczeń. W następnej kolejności zarzucono powódce brak istnienia po jej stronie interesu prawnego w żądaniu ustalenia odpowiedzialności na przyszłość wobec brzmienia art. 442¹ kc. Ponadto – z ostrożności procesowej, zgłoszono zarzut przedawnienia oparty na podstawie art. 442¹ § 1 kc, powołując się na trzyletni termin przedawnienia i wskazując, iż powódka o szkodzie dowiedziała się najpóźniej w lipcu 2011r. (odpowiedź na pozew – k. 487 – 504).

Pozwana Spółka w okresie od 11 kwietnia 2009 roku do 10 kwietnia 2010r., a następnie od 11 kwietnia 2010 roku do 10 kwietnia 2011 roku objęta była ubezpieczeniem odpowiedzialności podmiotu wykonującego działalność leczniczą w (...) S.A. z siedzibą w W. (polisy OC wraz z aneksami i zaświadczeniem – k. 469 – 482).

Pomimo zawiadomienia na wniosek pozwanego, zgłoszony w odpowiedzi na pozew (pkt. 6 odpowiedzi na pozew – k. 488), (...) SA w W. o toczącym się postępowaniu w trybie art. 84 § 2 kpc (zarządzenie – k. 675, zpo doręczenia odpisu pozwu – k. 677), ubezpieczyciel nie przystąpił do udziału w sprawie.

Pismem z dnia 21 lipca 2017 roku, pełnomocnik pozwanej spółki zawiadomił o jej połączeniu i jednocześnie przejęciu w trybie art. 492 § 1 ksh przez spółkę (...) Sp. z o.o. z siedzibą w W. (pismo procesowe – k. 905, kopia postanowienia – k. 911 – 912, odpis KRS – k. 914 – 921).

Sąd postanowieniem z dnia 7 września 2017r. na podstawie art. 174 § 1 pkt. 1 kpc zawiesił dotychczasowe postępowanie i podjął je z udziałem (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością na podstawie art.180 § 1 pkt. 2 kpc (postanowienie – k. 942).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

U powódki w wieku 16 lat rozpoznano nieswoistą chorobę zapalną jelit (wrzodziejące zapalenie jelita grubego). Po nieskutecznych próbach farmakoterapii standardowej, w 1996 roku została zakwalifikowana do hemikolektomii lewostronnej. Po przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego wystąpiły powikłania w postaci niedrożności zrostowej

jelit, co wymagało u powódki przeprowadzenia reoperacji. Wobec utrzymujących się objawów stanu zapalnego w pozostałej połowie jelita grubego, ponownie nie reagujących na leczenie, sprawiły że powódkę zakwalifikowano w 1998 do hemikolektomii prawostronnej. Ten zabieg był również powikłany niedrożnością zrostową jelit i koniecznością reoperacji z tego powodu. W ten sposób u chorej dwuetapowo wykonano kolektomię z wytworzeniem zbiornika jelitowego typu pouch z jednoczasową mukozektomią kikuta odbytnicy i zespoleniem ileoanalnym metodą mankietową pullthrough (modyfikacja metody operacyjnej (...)). Po wyżej opisanym leczeniu powódka była operowana kilkakrotnie z powodu ropnia okołodbytniczego i przetoki okołodbytnicznej nawrotowej. Przeżyła również zapalenie zbiornika jelitowego typu pouch. Poza tym przeżyła wirusowe zapalenia wątroby (WZW) typu B i C i była leczona z tego powodu, m.in. (...) w 2003 r. Po leczeniu biopsja wątroby nie wykazała istotnych odchyłań. Leczenie przewlekłej niedokrwistości zakończyło się rozpoznaniem u niej choroby trzewnej (celiakii), czyli nietolerancji glutenu. Przeżyła także infekcję cytomegalowirusem. Rozpoznano u niej wole guzkowe obojętne, przeżyła biopsję tarczycy. Ma rozpoznane zaburzenia rytmu serca, astygmatyzm, krótkowzroczność, uczulenia na biseptol, pyralinę, tramal i niesterydowe leki przeciwzapalne. Opisane powyżej leczenie choroby podstawowej, tj. wrzodziejącego zapalenia jelita grubego nie zakończyło problemów jelitowych. Obecnie powódka wypróżnia się od pięciu do dziesięciu razy na dobę, pomimo przyjmowanej na stałe P. w dawce (...)dzienne. Zgłasza okresowe dolegliwości bólowe brzucha, głównie w prawym podbrzuszu. Stosuje się do obostrzeń pokarmowych związanych z dietą bezglutenową. Według lekarza orzecznika ZUS powódka jest całkowicie niezdolna do pracy (dokumentacja medyczna – k. 559 – 635).

W trakcie opisanego powyżej leczenia, powódka skończyła liceum, studia wyższe oraz podyplomowe. Przez kilkanaście lat pracowała w firmie (...). Wyszła za mąż i starała się wraz z mężem o dziecko metodą zapłodnienia in vitro.

K. K. została przyjęta na Oddział ginekologiczno - położniczy Szpitala (...) w dniu 26 marca 2010 r., z rozpoznaniem: niepłodność pierwotna, obustronne wodniaki jajowodów, kamica pęcherzyka żółciowego. Ustalono u powódki stan po licznych operacjach: usunięcie jelita grubego, w przebiegu colitis ulcerosa i reoperacjach z powodu niedrożności jelit. Celem hospitalizacji w Szpitalu (...) było operacyjne przygotowanie do zabiegu zapłodnienia in vitro, zaś wykonany tam zabieg miał doprowadzić do obustronnego usunięcia zmienionych patologicznie jajowodów z jednoczasową cholecystektomią, z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego. Zabieg ginekologiczny przeprowadzono w dniu 29 marca 2010r. z asystą chirurgiczną, odbył się bez powikłań. W trakcie tego zabiegu (laparotomii) wycięto bliźnię pooperacyjną, uwolniono liczne zrosty pooperacyjne, usunięto obustronnie zmienione jajowody oraz po uwolnieniu z licznych zrostów i po uwidocznieniu podstawowych struktur, w sposób typowy usunięto pęcherzyk żółciowy z zawartym wewnątrz złogiem średnicy około 2 cm. W przebiegu obserwacji pooperacyjnej stwierdzono znaczny i utrzymujący się wyciek treści żółciowej (około 700 ml na dobę) z drenu asekuracyjnego (dokumentacja medyczna ze Szpitala (...) – k. 45 – 73).

W związku z tym, podejrzewając jatrogenne uszkodzenie dróg żółciowych - w trzeciej dobie po operacji, tj. w dniu 1 kwietnia 2010 r., chorą przeniesiono do (...) sp. z o.o. w W., celem wykonania endoskopowej cholangiopancreatografii wstecznej ((...)) z ewentualnymi: sfinkterotomią oraz protezowaniem dróg żółciowych. Po uzyskaniu pisemnej świadomej zgody, zabieg (...) ze sfinkterotomią zwieracza O. wykonano w dniu przyjęcia, w znieczuleniu ogólnym. Do lewego przewodu wątrobowego powyżej ujścia przewodu pęcherzykowego założono protezę 8.5 Fr, firmy (...). Przebieg zabiegu był niepowikłany. Chorą wypisano jeszcze tego samego dnia do dalszej hospitalizacji i przetransportowano na oddział ginekologiczny w Szpitalu (...), z rozpoznaniem: wyciek żółci z kikuta przewodu pęcherzykowego po przebytej cholecystektomii. Rozlane zmiany zapalne z licznymi nadżerkami w dwunastnicy, z zaleceniem endoskopowego usunięcia protezy z dróg żółciowych po około 2-3 miesiącach od ustania przecieku żółciowego (dokumentacja medyczna k. 74 – 79).

Po powrocie w dniu 1 kwietnia 2010r. do Szpitala (...) zastosowano leczenie zachowawcze, a w dniu 3 kwietnia 2010 r. chorej usunięto dren asekuracyjny. Dnia 6 kwietnia 2010 r. powódkę wypisano do domu, z zaleceniami: zdjęcia szwów w dniu 9 kwietnia 2010r., odbioru wyniku badania histopatologicznego za trzy tygodnie oraz dalszej opieki w poradni gastroenterologicznej (dokumentacja medyczna – k. 97 – 119, 122 – 124).

W dniu 1 czerwca 2010 r. powódka ponownie zgłosiła się do (...) w W., celem usunięcia protezy z dróg żółciowych. Przed zabiegiem wykonano RTG przeglądowe jamy brzusznej, tj. prześwietlenie jamy brzusznej w pozycji stojącej i leżącej. Po wykonaniu badania stwierdzono, iż proteza samo ewakuowała się z dróg żółciowych do jelita cienkiego chorej. Ustalono bowiem, że cień protezy był obecny na wysokości talerza biodrowego po stronie prawej, na zdjęciu przeglądowym nie stwierdzono obecności protezy w drogach żółciowych. W związku z powyższym odstąpiono od zabiegu endoskopowego i odesłano chorą do domu z zaleceniem kontroli radiologicznej jamy brzusznej w miejscu zamieszkania w celu oceny migracji protezy. Terminu wykonania takiego badania nie określono (dokumentacja medyczna – k. 120, k. 127 – 131).

W dniu 30 czerwca 2010 r. z powodu nasilających się dolegliwości bólowych brzucha powódka zgłosiła się do lekarza pierwszego kontaktu. W związku z objawami klinicznymi oraz zebrany wywiadem, wykonano jej zdjęcia przeglądowe jamy brzusznej przednio-tylne (AP) i tylnoprzodnie (PA) w pozycji leżącej i stojącej, zaś w opisie badania wpisano: w rzucie masy bocznej kości krzyżowej po stronie prawej uwidocznił się cień odpowiadający fragmentowi cewnika. W związku z tym, lekarz POZ skierował chorą do szpitala (zdjęcie i wynik badania k. 132 – 133).

W dniu 1 lipca 2010 r. powódkę przyjęto na Oddziale Gastroenterologii Wojewódzkiego Szpitala (...) w O.. W badaniu przedmiotowym stwierdzono u niej bolesność palpacyjną w prawym dole biodrowym, bez objawów podrażnienia otrzewnej. W wykonanym CT jamy brzusznej uwidocznił się wcześniej opisany w badaniu RTG, migrujący fragment protezy w pętli jelita cienkiego, który ewakuował się z dróg żółciowych. Zdecydowano o próbie endoskopowego usunięcia opisanego fragmentu protezy. Po założeniu przez odbytnicę cienkiego endoskopu, dotarto do wysokości około 40 cm od linii zwieraczy, ale odstąpiono od dalszego badania z powodów technicznych, wystąpiły bowiem znaczne dolegliwości bólowe. Wpisano, iż prawdopodobnie z powodu zrostów uniemożliwiających dalsze przejście endoskopu. W wykonanych badaniach obrazowych (GT i USG jamy brzusznej) uwidocznił się natomiast krótki fragment protezy w obrębie dróg żółciowych (prawdopodobnie w przewodzie wątrobowym wspólnym). Po konsultacji telefonicznej z pracownikiem (...) w W., ustalono termin przyjęcia do tego ośrodka w dniu 20 lipca 2010 r., celem usunięcia opisanego fragmentu protezy z dróg żółciowych. W epikryzie wypisowej zanotowano również, iż w trakcie ustalonej hospitalizacji zostanie określone dalsze postępowanie dotyczące drugiego fragmentu protezy zlokalizowanego w jelicie cienkim, o ile nie dojdzie do jego samoistnego wydalenia drogą naturalną. Chorą wypisano do domu w dniu 2 lipca 2010 r., w stanie ogólnym dobrym, zalecając wyżej ustalone postępowanie lub jeśli dolegliwości pojawiłyby się wcześniej kontakt telefoniczny z (...), a w przypadku braku takiej możliwości, powrót do SORu szpitala wypisującego chorą (karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 138 – 139, dokumentacja medyczna z pobytu w (...) w O. k. 140 – 153).

W dniu 20 lipca 2010 r. powódkę ponownie przyjęto do (...), gdzie jeszcze tego samego dnia, po opanowaniu hipoglikemii oraz po uzyskaniu świadomej zgody, wykonano endoskopowe usunięcie 10 mm fragmentu protezy żółciowej z lewego przewodu wątrobowego pod kontrolą radiologiczną. Po zakontrastowaniu dróg żółciowych stwierdzono nieposzerzone wewnątrz- i zewnątrzwątrobowe drogi żółciowe. W trakcie pobytu, a przed zabiegiem usunięcia protezy, w związku z objawami nagłego osłabienia, powódce założono profil glikemii, stwierdzając następujące parametry: w dniu 20 lipca 2010 r. o godz. 10.00 - 106mg% - podano 1000 ml 5% roztworu glukozy, o godz. 13.30 - 54mg% - przetoczono 500 ml 10% roztworu glukozy, o godz. 16.00 - 69mg% - przetoczono dwie ampułki 40% roztworu glukozy, po czym wykonano zabieg. O godz. 21.00 glikemia wynosiła 93mg%. W dniu 21 lipca 2010 r. o godz. 6.00 dokonano ostatniego pomiaru glikemii - wynik wynosił 127mg%. W związku z tym powódkę wypisano do domu, w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem zgłoszenia się w dniu 19.08.2010 r. celem wykonania jejunoskopii. Nakazano jej stosować dietę szparagową (dokumentacja medyczna – k. 154 – 170).

W dniu 22 lipca 2010 r. powódkę przyjęto na Oddział gastroenterologiczny (...) w O.. Zgłosiła się tam z powodu bólów brzucha o charakterze opasującym z towarzyszącymi wymiotami. Podała, iż utrzymywały się od czasu usunięcia fragmentu protezy z dróg żółciowych. W trakcie hospitalizacji wykonano niezbędne badania diagnostyczne (m.in. USG jamy brzusznej - bez zmian w zakresie trzustki, (...) niewielka ilość płynu w jamie otrzewnej w lewym śródbrzuszu) i biochemiczne (wzrost stężenia lipazy - w kolejności chronologicznej następujące pomiary 22.07 - (...) u/l, 23.07 - 106u/l, 25.07 - 77u/l, aminotransferazy w osoczu krwi (odpowiednio - (...) 190, (...) 171) i (...) 2,34 oraz podwyższone

stężenie amylaz w moczu do wysokości 6643u/l, bez zaburzeń glikemii). Rozpoznano obrzękową postać ostrego zapalenia trzustki. Zastosowano leczenie zachowawcze i wypisano powódkę do domu w dniu 26 lipca 2010 r., zalecając wykonanie jejunoskopii z usunięciem pozostałego fragmentu protezy, zgodnie z ustalonymi wcześniej planami i w wyznaczonym miejscu oraz terminie (karta informacyjna udzielenia pomocy doraźnej – k. 181, dokumentacja medyczna – k. 182 – 202).

Niestety dolegliwości bólowe u powódki nie zmniejszały się. W związku z tym, pracownicy będącego w trakcie remontu (...), sami ustalili nowy, wcześniejszy termin, po czym dostarczyli skierowanie do Kliniki (...), Transplantacyjnej i Wątroby (...) przy ul. (...) w W.. W dniu 8 sierpnia 2010r., powódka została przyjęta do tej kliniki, celem usunięcia protezy - ciała obcego ze światła przewodu pokarmowego. Niestety w trakcie wykonanej „kolonoskopii” nie udało się ewakuować opisywanej protezy ze względu na jej „wyższe położenie”. Powódkę wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym w dniu 10 sierpnia 2010 r., bez istotnych zaleceń (dokumentacja medyczna – k. 203 – 207, k. 214).

W dniu 10 listopada 2010 r. powódka zgłosiła się do oddziału gastroenterologii (...) w O., z powodu bólów brzucha, zlokalizowanych w nad- i podbrzuszu, biegunki (do 15 wypróżnień na dobę) oraz stanów podgorączkowych (do 37,2 st. C). W trakcie hospitalizacji wykonano, m.in. RTG przeglądowe jamy brzusznej, USG jamy brzusznej oraz badania endoskopowe zarówno górnego, jak i dolnego odcinka przewodu pokarmowego i rozpoznano zmiany zapalne zbiornika jelitowego i dystalnego odcinka pętli jelitowej oraz refluksowe zmiany zapalne przełyku (stopień A według klasyfikacji Los Angeles). Pobrano również wycinki do badania histopatologicznego. Niestety ciała obcego nie zlokalizowano. Za przyczynę dolegliwości uznano zapalenie zbiornika jelitowego typu pouchitis oraz obecność w pętli jelitowej fragmentu protezy. Zastosowano leczenie zachowawcze, bez wskazań do leczenia operacyjnego. W dniu wypisu, tj. 18 listopada 2010 r., z podejrzeniem choroby(...)w rozpoznaniu, chorej zalecono dalszą obserwację w poradni gastroenterologicznej i zgłoszenie się do poradni WZW, ze względu na dodatnie miano anty-HCV (dokumentacja medyczna – k. 215 – 237).

W dniu 20 grudnia 2010 r. powódka ponownie trafiła do ww. oddziału gastroenterologicznego (...) w O., z powodu objawów podniedrożności przewodu pokarmowego pod postacią bólu brzucha, stanu podgorączkowego, wymiotów oraz zatrzymania gazów i stolca. Ponownie wykonano niezbędne badania diagnostyczne, m.in. dwukrotnie RTG przeglądowe jamy brzusznej oraz badanie endoskopowe dolnego odcinka przewodu pokarmowego - błona śluzowa oglądanego odcinka prawidłowa. Zastosowano leczenie zachowawcze, m.in. lewatywę z pozytywnym skutkiem. Po ustąpieniu głównych dolegliwości, powódkę wypisano do domu w dniu 23 grudnia 2010 r., z zaleceniami farmakoterapii oraz kontroli w poradni gastroenterologicznej (dokumentacja medyczna – k. 238 – 255).

W dniu 28 grudnia 2010 r. powódka zgłosiła się do Kliniki (...) (...) w W., gdzie została hospitalizowana celem endoskopowego usunięcia ciała obcego zmigrowanego do pętli jelita cienkiego. W dniu 30 grudnia 2010r. wykonano jej w znieczuleniu ogólnym enteroskopię dwubalonową od dołu, zaś w dniu następnym od góry, bez powikłań. Niestety nie udało się dotrzeć do miejsca, gdzie utkwiała proteza. W dniu 31 grudnia 2010 r., wypisano ją w stanie ogólnym dobrym do domu z zaleceniem, m.in. zgłoszenia się do Poradni Chirurgicznej w rejonie zamieszkania, celem rozważenia operacyjnego usunięcia protezy z jelita cienkiego (dokumentacja medyczna – k. 256 – 274).

W dniu 4 marca 2011 r. około godziny 11.00 powódka zgłosiła się do oddziału chirurgii ogólnej, gastroenterologicznej i żywienia (...) Centrum (...) w G., z powodu objawów niedrożności zrostowej przewodu pokarmowego pod postacią silnych dolegliwości bólowych brzucha, zlokalizowanych głównie w podbrzuszu prawym z towarzyszącym wzdęciem oraz zatrzymaniem gazów i stolca. W wykonanym RTG przeglądowym jamy brzusznej stwierdzono poziomy płynów oraz cień protezy żółciowej w rzucie miednicy mniejszej. Chorą zakwalifikowano do operacji w dniu przyjęcia, w trybie doraźnym. Śródoperacyjnie stwierdzono masywne płaszczyznowe zrosty otrzewnowo-jelitowe oraz międzyjelitowe powodujące wielopoziomą niedrożność. Zrosty uwolniono, a następnie przez odbyt wprowadzono kolonoskop i usunięto fragment protezy pigtail oraz liczne postronkowate bezoary. W protokole operacyjnym napisano m.in.: „(...) Trudno określić jednoznaczne miejsce niedrożności - to wielopoziomowa niedrożność na tle zrostów + utrudnienie pasażu wynikające z licznych postronkowatych bezoarów w dystalnym odcinku jelita (poniżej zbiornika jelitowego). (...) W ślepej pętli zbiornika (jelitowego) wyczuwalna proteza dróg żółciowych, którą przesunięto do

pętli odprowadzającej zbiornika (...).” Z tej okolicy protezę usunięto już pętlą endoskopową. Przebieg zabiegu był niepowikłany. W trakcie leczenia pooperacyjnego wystąpiło, skonsultowane laryngologicznie, zapalenie gardła i ucha lewego. Chorą wypisano do domu w dniu 11 marca 2011 r., w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem, m.in. zdjęcia szwów chirurgicznych w 10 dobie od zabiegu, w ramach poradni rejonowej (dokumentacja medyczna – k. 275 – 312, opis zabiegu – k. 286).

Wobec długo utrzymujących się silnych dolegliwości bólowych, mających swój początek od zabiegu usunięcia wodniaków jajowodów i założenia protezy dróg żółciowych, powódka w maju 2011r. zgłosiła się do poradni (...) w G. (historia choroby – k. 313 - 316), odbyła także w listopadzie 2011r. konsultację psychiatryczną, gdzie lekarz jako rozpoznanie podał „zaburzenia adaptacyjne pod postacią depresji” (kopia wyniku konsultacji – k. 317).

W okresie od 1 do 22 czerwca 2011r. powódka przebywała na leczeniu uzdrowiskowym w Zespole (...) S.A. w P.. W skierowaniu wskazano rozpoznanie „wrzodziejące zapalenie jelita grubego” oraz stan po cholecystektomii” (karta informacyjna – k. 318).

Powódka została zaliczona do III giej grupy inwalidów, ustalono, że inwalidztwo istnieje od 1990 roku, następnie od dnia 7 lutego 1994r. zaliczona została do II giej grupy inwalidzkiej. W okresie od 14 września 2000r. została uznana za zdolną do pracy. Następnie orzeczeniem Lekarza Orzecznika ZUS została uznana za częściowo niezdolną do pracy od grudnia 2003r. (decyzja o wstrzymaniu wypłaty renty – k. 639, decyzja odmowna – k. 640, 642, orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS – k. 636, 637, 638, 641, 643, 644, 645).

Orzeczeniem z dnia 16 kwietnia 2010r. powódka została uznana za całkowicie niezdolną do pracy do dnia 30 kwietnia 2012r. Zostało ono wydane po przeprowadzeniu bezpośredniego badania powódki, a nadto po analizie dokumentacji medycznej, w tym kart informacyjnych z leczenia szpitalnego w okresie 2010r., zaświadczenia o stanie zdrowia wystawionych przez lekarzy leczących w dniach 15.03.2010r. (wydane przed zabiegiem protezowania w pozwanej spółce!). Następnie orzeczeniem z dnia 20 marca 2012r. powódka została uznana za całkowicie niezdolną do pracy na kolejny okres do dnia 31 marca 2013r. Zostało ono wydane po przeprowadzeniu bezpośredniego badania powódki, a nadto po analizie dokumentacji medycznej, w tym kart informacyjnych z leczenia szpitalnego w okresie 2011r., zaświadczeń o stanie zdrowia wystawionych przez lekarzy leczących w dniach 29.02.2012r., wyników badań dodatkowych z 2011r. Kolejnym orzeczeniem z dnia 29 kwietnia 2013r. ustalono, iż powódka do dnia 30 kwietnia 2014r. w dalszym ciągu jest całkowicie niezdolna do pracy. Decyzję taką komisja podjęła po przeprowadzeniu kolejnego bezpośredniego badania pacjentki, a nadto po analizie dokumentacji medycznej, w tym kart informacyjnych z leczenia szpitalnego w okresie 2012r. (a zatem już po zabiegu usunięcia części protezy z jelita, które miało miejsce w dniu 4 marca 2011r.!), zaświadczenia o stanie zdrowia wystawionych przez lekarzy leczących w dniach 28.02.2013r., wyników badań dodatkowych w dniach 18 stycznia 2013r. i 18 lutego 2013r. (kopie orzeczeń lekarza orzecznika ZUS – k. 319 – 322, opinia lekarska z 16.04.2010r. – k. 646 – 646v., zaświadczenie o stanie zdrowia z dnia 15 marca 2010r. – k. – 647- 647v., opinia lekarska z 20.03.2012r. – k. 648 – 648v., zaświadczenie o stanie zdrowia z dnia 29 lutego 2012r. – k. – 649- 649v., opinia lekarska z 29.04.2013r. – k. 650 – 650v., zaświadczenie o stanie zdrowia z dnia 28.02.2013r. – k. – 651- 651v.).

Aktualnie powódka znajduje się w dobrym stanie zdrowia, choć nie oznacza to, że jest osobą całkowicie zdrową. Nadal leczy się z powodu celiakii dietą bezglutenową, a z duża dozą prawdopodobieństwa występują u niej w jamie brzusznej zrosty pooperacyjne, które dają o sobie znać w postaci nawracających okresowo dolegliwości brzucha. Istnieje u niej niebezpieczeństwo wystąpienia, po raz kolejny, niedrożności jelitowej (pisemna opinia biegłego dr n. med. R. D. (1) – k. 1029).

Powódka od listopada 2015r. pracowała w drukarni, najpierw dorywczo na umowę o dzieło, a od maja 2016r. została tam zatrudniona na umowę o pracę na czas określony. W 2017r. urodziła córkę i w trakcie trwania urlopu macierzyńskiego ustalił stosunek pracy, nastąpiło to po upływie terminu, na jaki umowa ta została zawarta. Aktualnie powódka nie pracuje, wychowuje córkę, pozostaje na utrzymaniu męża, który prowadzi własną działalność

gospodarczą. Zarobki męża powódki wynoszą ok. 5 – 6.000 zł. Powódka otrzymuje ponadto rentę zdrowotną w wysokości 1.100 zł (uzupełniające zeznania powódki – k. 1239v. – 1240).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił przede wszystkim w oparciu o przedstawioną przez strony dokumentację medyczną i inne przywołane powyżej dokumenty oraz opinie biegłych lekarzy chirurga, gastroenterologa i radiologa. Oprócz w.w. dokumentów i opinii, Sąd ustalając przebieg leczenia powódki i jego przyczyny, posiłkował się zeznaniami świadków M. K. – k. 690 – 698, Z. S. – k. 719 – 724 oraz zeznaniami powódki – k. 754 – 762 i k. 1239v. – 1240.

Przedmiot niniejszej sprawy wymagał ustalenia prawidłowości postępowania leczniczego prowadzonego wobec K. K. w pozwanej Spółce, w szczególności, czy podejmowane wobec niej w dniu 1 kwietnia 2010r., a następnie podczas kolejnych wizyt w dniach 1 czerwca 2010r. i 20 lipca 2010r. zabiegi diagnostyczne i lecznicze były zgodne z zasadami wiedzy medycznej i optymalne dla pacjenta. Ponadto do ustalenia pozostawało, czy poprawnie i w najszybszym możliwym czasie zdiagnozowano defragmentację protezy dróg żółciowych oraz czy podjęto odpowiednie leczenie celem usunięcia z organizmu powódki tego ciała obcego oraz jakie były efekty działań leczniczych podjętych w tym celu przez pozwaną. Ustalenia wymagało również, czy pozostawienie w organizmie powódki na czas do marca 2011r. części drenu w ślepej pętli jelita było działaniem nieprawidłowym, powodującym u pacjentki niepotrzebne dolegliwości, zagrażające perforacją jelita, a tym samym wystąpieniem negatywnych skutków w sferze jej zdrowia, a nawet życia.

Zeznania w.w. świadków i powódki Sąd uznał wprawdzie za w pełni wiarygodne, albowiem były one spójne, logiczne, wzajemnie się uzupełniały i potwierdzały przebieg leczenia powódki, jej stan zdrowia, jak również znalazły potwierdzenie w pozostałym materiale dowodowym. Na uwagę jednak zasługiwał fakt, iż zeznania te były relacją jedynie subiektywnych spostrzeżeń świadków i samej pacjentki, co do przyczyn jej dolegliwości bólowych, relatywnym przekonaniem dotyczącym braku przeprowadzenia wszelkich możliwych działań w celu zdiagnozowania powódki i zastosowania skutecznego leczenia jej schorzenia w pozwanej spółce. W tym kontekście celem ustalenia stanu faktycznego mającego znaczenie w sprawie, zeznania tych osób miały drugorzędne znaczenie.

Jak już wyżej wskazano, aby wyjaśnić kwestie prawidłowości przeprowadzonego procesu leczniczego w pozwanej spółce, należało przede wszystkim zasięgnąć wiadomości specjalnych u osób posiadających specjalistyczną wiedzę medyczną w dziedzinach medycyny właściwych ze względu na rodzaj dolegliwości powódki. Stąd powstała konieczność dopuszczenia dowodów z opinii biegłych z zakresu chirurgii ogólnej, gastroenterologii i radiologii, na podstawie których Sąd ustalił stan faktyczny, a przede wszystkim powziął wiedzę co do wystąpienia związku przyczynowego między działaniami leczniczymi w pozwanej spółce, a uszczerbkiem na zdrowiu i krzywdą związaną z przebytym bólem, stresem i innymi dolegliwościami u powódki.

W tym zakresie ustalenia faktyczne oparł na treści pisemnych i ustnych opinii biegłych lekarzy: z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej lek. med. A. T. - k. 778 - 787, k. 1189 – 1190, specjalisty chirurgii i chirurgii naczyniowej dr med. J. P. (1) – k. 880 – 893, nagranie rozprawy z dnia 13.11.2018r. – od 00:19:51, k. 1101 - 1103 oraz specjalisty chirurgii ogólnej i onkologicznej oraz gastroenterologii i proktologii dr n. med. R. D. (1) – k. 1014 – 1029 , k. 1145 – 1149.

Sąd uznał za rzetelne, fachowe, obiektywne, bezstronne i rzeczowe w.w. (pisemne i uzupełniające ustne) opinie biegłych sądowych, wydane na zlecenie Sądu w przedmiotowej sprawie. Stanowiły one zasadniczą podstawę ustaleń faktycznych w sprawie.

Nie ulegało bowiem wątpliwości, że opinie te zostały sporządzone zgodnie z określonymi тезami dowodowymi, w oparciu o wnikliwą analizę akt sprawy i własną wiedzę biegłych. Podkreślić należało, że zgłaszane przez stronę powodową wątpliwości co do pisemnych opinii biegłych R. D. i J. P. zostały dodatkowo wyjaśnione przez tych specjalistów w uzupełniających opiniach ustnych. Także zgłaszane zarzuty co do opinii biegłej radiolog – A. T., zostały wyjaśnione podczas rozprawy, na której biegła miała możliwość wyjaśnienia powstałych u stron wątpliwości. Odpowiedzi na szczegółowe pytania stron nie pozostawiały żadnych wątpliwości co do swojej treści, a łącznie wszystkie opinie zawierały jasne i czytelne konkluzje, które stały się podstawą do wydania orzeczenia w niniejszej sprawie. Biegli w sposób wyczerpujący udzielili odpowiedzi na wszystkie sformułowane przez strony szczegółowe pytania, jednoznacznie wskazywali, iż rozfragmentowanie protezy dróg żółciowych, które miało miejsce po zabiegu

jej założenia u powódki w pozwanej spółce w dniu 1 kwietnia 2010r., w żadnej mierze nie mogło stać się przyczyną dolegliwości pacjentki, które to dawały by podstawę do odpowiedzialności pozwanej spółki za szkodę i krzywdę, jakiej doznała powódka, nie zagrażało jej życiu, czy zdrowiu, nie dawało żadnych negatywnych objawów, a jedynie mogło być potraktowane jako powikłanie pooperacyjne.

Za w pełni wiarygodne Sąd uznał zarówno pisemne, jak i następnie składane uzupełniająco ustnie przed Sądem, opinie biegłych lekarzy dr n. med. R. D. (1), dr n. med. J. P. (1) i lek. med. A. T., czyniąc je podstawą ustaleń faktycznych. Zdaniem Sądu ww. biegli swoje wnioski zawarte w opinii uzasadnili w sposób szczegółowy i rzetelny, opierając się zarówno na własnej wiedzy, doświadczeniu zawodowym, jak i drobiazgowej analizie dokumentacji medycznej powódki. Wywody biegłych są spójne, logicznie i zgodne z zasadami doświadczenia życiowego. Nie budziło też wątpliwości odniesienie się przez biegłych do całokształtu materiału dowodowego w zakresie niezbędnym dla rozstrzygnięcia o żądaniach pozwu. Uwzględniając wykształcenie i doświadczenie zawodowe osób sporządzających opinie, stwierdzić należało, że nie zaszyły przesłanki, by konkluzje biegłych podważać lub deprecjonować. Wnioski i stwierdzenia biegłych korelowały z materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie w postaci dokumentacji medycznej i zeznań świadków.

Na podstawie art. 235² § 1 pkt. 2 i 5 k.p.c. Sąd pominął (omyłkowo w postanowieniu użyto sformułowania „oddalił” – k. 1190) wszystkie dotychczas nie rozpoznane wnioski dowodowe stron, w tym m.in. wniosek powódki o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu inżynierii materiałowej (zgłoszony w piśmie procesowym z dnia 29 maja 2018r. – k. 1072), albowiem okoliczności dotyczące ustalenia czasu i przyczyn uszkodzenia protezy dróg żółciowych, zastosowanej u powódki w dniu 1 kwietnia 2010r. podczas zabiegu wykonywanego w pozwanej spółce, z jednej strony nie miały istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, wobec braku podstawowej przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej strony pozwanej. Ponadto wniosek ten jako zgłoszony po 5 latach od złożenia pozwu, należało uznać za znacznie spóźniony i zmierzający jedynie do przedłużenia postępowania. Powódce okoliczność, iż doszło do rozfragmentowania protezy, wiadoma była już w dacie składania pozwu, a zatem zgłoszenie takiego wniosku wiele lat później, należało traktować jako znacznie spóźnione, a wobec przeprowadzonych innych dowodów – z opinii lekarzy specjalistów i wniosków tam zawartych, zbędne. W sytuacji, gdy materiał dowodowy zgromadzony w sprawie ponad wszelką wątpliwość wskazywał, iż pomiędzy działaniami pozwanej spółki, a dolegliwościami powódki, brak było adekwatnego związku przyczynowego, zaś element protezy, zalegający w ślepej pętli jelita powódki nie miał znaczenia dla stanu zdrowia powódki, nie stanowił przyczyny bólu i dyskomfortu, gdyż ich przyczyną były niezależne od pozwanego zrosty występujące u pacjentki, które powodowały podniedrożność jelit, a nawet w pewnych sytuacjach ich pełną niedrożność.

Jako nieprzydatne do dokonania ustaleń faktycznych Sąd uznał zeznania lekarzy zatrudnionych w pozwanej spółce, którzy mieli kontakt z powódką w ramach wykonanego zabiegu protezowania dróg żółciowych, tj. J. P. (3) (dokonał zabiegu założenia protezy w dniu 1.04.2010r. - k. 748), K. J. (wykonał badanie radiologiczne w dniu 1.06.2010r., ustalił uwolnienie protezy z przewodu żółciowego i na tej podstawie odstąpił od zabiegu usunięcia protezy – k. 750), H. O. (dokonała planowego przyjęcia powódki w dniu 20 lipca 2010r. na zabieg usunięcia części protezy z dróg żółciowych – k. 752), R. M. (dokonał zabiegu usunięcia protezy z dróg żółciowych w dniu 20 lipca 2010r. – k. 753). Waler dowodowy ich zeznań był znikomy, gdyż jako czynnie wykonujący zawód lekarza i mający kontakt z wieloma pacjentami, z procesu leczniczego powódki nic nie pamiętali, zabieg oraz badania pacjentki miały miejsce wiele lat wstecz od czasu składania zeznań przed Sądem, jedyną wiedzą jaką dysponowali to ta pochodząca z dokumentacji medycznej. Jednocześnie świadkowie ci wskazywali, iż przypadek powódki był najprawdopodobniej typowy w przebiegu i leczeniu, niczym szczególnym się nie wyróżniał, aby powódkę jako pacjentkę pozwanej spółki mogli zapamiętać.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo okazało się nieuzasadnione.

W pierwszej kolejności należało wskazać, że podniesiony przez stronę pozwaną zarzut przedawnienia okazał się chybiony.

Stosownie do treści art. 442¹ § 1 k.c., roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę.

Termin przedawnienia roszczenia zgłoszonego w niniejszej sprawie należało liczyć – jak wskazywał pełnomocnik pozwanej w odpowiedzi na pozew najwcześniej od lipca 2010 roku, kiedy to powódka dowiedziała się o swojej rzekomej szkodzie (odpowiedź na pozew – k. 504). W tymże trzyletnim terminie, tj. w dniu 29 maja 2013 roku (data prezentaty Sądu – k. 9), powódka złożyła przeciwko pozwanej spółce pozew, która to czynność z mocy art. 123 § 1 pkt 1 k.c. przerwała bieg przedawnienia. Z powyższych względów – wobec nietrafności zgłoszonego przez pozwaną zarzutu przedawnienia, należało badać materialne podstawy zgłoszonego żądania.

K. K. dochodziła od pozwanej M. S. p. z o.o. w W. (wcześniej (...) Sp. z o.o. w W.) odszkodowania i zadośćuczynienia oraz ustalenia odpowiedzialności na przyszłość, powołując się na zaniedbania zaistniałe podczas procesu leczenia, który swój początek miał w dniu 1 kwietnia 2010 roku (kiedy to w trybie zleconego przez Szpital (...) zabiegu protezowania dróg żółciowych została do pozwanej przewieziona). W jej ocenie, na skutek nieprawidłowo przeprowadzonego zabiegu protezowania w dniu 1 kwietnia 2010r., a następnie nierozpoznania fraktur protezy w dniu 1 czerwca 2010r., tj. podczas wizyty wyznaczonej celem usunięcia z jej organizmu tego ciała obcego, część protezy przemieściła się do jelita cienkiego i tam utknęła, skutkując wystąpieniem licznych powikłań m.in. w postaci silnych bólów i ogólnie złego samopoczucia, niedrożnością jelit, ostrego zapalenia trzustki, zagrożenia perforacją jelita, a w konsekwencji doprowadzenia pacjentki do złego stanu psychicznego, odczuwania przez nią strachu, frustracji, depresji.

Istotą sporu było to, czy do powstałego u powódki rozstroju zdrowia doszło w następstwie bezprawnego i zawinionego zachowania pracowników pozwanej spółki. Dochodzone roszczenia opierają się na reżimie deliktowej odpowiedzialności odszkodowawczej, a podstaw prawnych odpowiedzialności pozwanego Instytutu należało poszukiwać w przepisach art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c. Z przepisu art. 430 k.c. wynika bowiem, że kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Odpowiedzialność zakładu opieki medycznej na zasadzie art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. zachodzi tylko wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie: 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 powierzonej czynności. Ciężar wykazania wszystkich przesłanek odpowiedzialności zgodnie z art. 6 k.c. spoczywa zaś na powódce.

Choć odpowiedzialność deliktowa wynikająca z art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c. oparta jest na zasadzie ryzyka, niemniej jej konieczną przesłanką jest wina podwładnego. Orzecznictwo wskazuje, że do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c., nie jest potrzebne wykazanie, iż osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego, a wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 kwietnia 1975 r., II CR 140/75). Zakład medyczny 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 (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18 marca 2013 r. sygn. akt I ACa 852/12).

Stosownie do art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty, obowiązkiem lekarza jest wykonywanie zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Interpretacja przywołanego przepisu prowadzi do wniosku, iż lekarzowi można przypisać winę tylko w wypadku jednoczesnego wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości jego postępowania

w procesie leczenia pacjenta, przy czym element obiektywny dotyczy naruszenia zasad wynikających z wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii lekarskiej, a element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza wymaganej wysokiej staranności zawodowej. W orzecznictwie i doktrynie wskazuje się przy tym na dopuszczalność stosowania koncepcji winy anonimowej (vide P. Machnikowski (w:) System prawa prywatnego, t. 6, s. 441). Pozwala ona uznać winę określonej jednostki organizacyjnej na podstawie ustaleń niewłaściwego postępowania bliżej niezidentyfikowanych osób fizycznych, działających w danej strukturze. Zaznaczenia także wymaga, że od błędu, rozumianego jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności, odróżnić trzeba powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych, a także tzw. niepowodzenie medyczne (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt: IV CSK 431/12).

Przeprowadzone w niniejszej sprawie opinie biegłych lekarzy z zakresu chirurgii ogólnej dr n. med. J. P., gastroenterologii dr n. med. R. D. i radiologii A. T. stały się podstawą ustalenia, że zabiegi diagnostyczne oraz sposób leczenia powódki były optymalne, dostosowane do wyników i stanu klinicznego powódki, nie można było im zarzucić zawinonego błędu w zastosowanym procesie leczniczym pacjentki.

Biegły J. P. w swojej pisemnej opinii (k. 880 – 893) wskazywał, iż wobec rozfragmentowania protezy, które stanowiło niespodziewane powikłanie pozabiegowe, należało przede wszystkim obserwować pacjentkę i lokalizować migrujący element. Co do zasady biegły wskazywał, iż o ile nie nastąpiłaby samoewakuacja tego ciała obcego, zalecane było jego usunięcie nawet operacyjne (strona 8 opinii). Jednak biegły biorąc pod uwagę dotychczasowy przebieg leczenia powódki, jej schorzenia w obrębie jelit (usunięcie jelita grubego, stan po kilku operacjach niedrożności jelitowej, liczne zrosty pooperacyjne), zalecał zachowanie należytej ostrożności w podejmowaniu leczenia operacyjnego (samoistnego celem usunięcia protezy). Jego zdaniem takie leczenie powinno zostać wdrożone dopiero w przypadku bezwzględnych wskazań do leczenia interwencyjnego. Taka zaś sytuacja nastąpiła w marcu 2011r. wobec wystąpienia u niej niedrożności jelitowej, była to zatem sytuacja uzasadniająca zastosowanie interwencji chirurgicznej, podczas której doszło również (przy okazji!) do usunięcia fragmentu protezy. W ocenie tego biegłego zasadnym było zatem pozostawienie części protezy żółciowej w świetle jelit do dalszej obserwacji. Samo pozostawienie tego elementu w organizmie powódki nie pozwalało na dokonanie kategorycznej oceny skutków takiego działania, proteza równie dobrze mogła zostać naturalnie wydalona, jak też doprowadzić do powikłań, trudnych do przewidzenia jako zdarzeń hipotetycznych. Jednocześnie wyrażając pewne wątpliwości co do prawidłowości zastosowania diety szparagowej (wskazując na przeszłość chorobową powódki), zajęcie stanowiska w tym zakresie pozostawił biegłemu o specjalności z zakresu gastroenterologii. Ten zaś biegły wypowiedział się kategorycznie w tej mierze, o czym poniżej.

Biegły chirurg J. P. był kategoryczny w swoich twierdzeniach co do przyczyny niedrożności jelit u powódki, a tym samym źródeł jej cierpienia i kolejnych hospitalizacji od lipca 2010r. do marca 2011r. Wskazał bowiem w treści opinii pisemnej, iż ingerencja chirurgiczna w dniu 4 marca 2011r. spowodowana była niedrożnością jelit, a to spowodowane było licznymi zrostami międzypętlowymi jelit. W jego ocenie resztki szparagowe powodowały utrudnienie pełnego pasażu jelitowego, jednak nie były wyjściową przyczyną leczenia operacyjnego (k. 10 opinii). Dodatkowo w ustnej opinii uzupełniającej złożonej na rozprawie w dniu 13.11.2018r. (k. 1101 - 1103) sprecyzował, iż dolegliwości na jakie uskarżała się powódka wynikały z występowania u niej licznych zrostów jelitowych, ich źródłem nie był więc fragment protezy, który zmigrował do jelita cienkiego ani resztki szparagów (00: 31:58 nagrania k. 1101). Argumentował przy tym, iż mimo, że powódka zgłaszała się do wielu placówek medycznych, w żadnej z nich nie zdecydowano się na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego usunięcia protezy, gdyż wiązało się to z ryzykiem powstania u niej kolejnych zrostów jelitowych. Dopiero niejako przy okazji – podczas operacji spowodowanej niedrożnością jelit, usunięto z jej organizmu element ciała obcego. Dowodziło to w opinii biegłego, iż w pozwanej spółce nie dopuszczono się zaniedbania, w miarę możliwości podejmowano działania zmierzające do wydobycia protezy, zalegającej w jelicie, w zaleceniach wskazywano konieczność prowadzenia monitoringu pasażu tego elementu w placówkach medycznych w miejscu zamieszkania powódki, z racji charakteru działalności medycznej pozwanej spółki jako szpitala tzw. „jednodniowego”, nie przewidującego długotrwałych hospitalizacji pacjentów, a jedynie wykonanie im danego zabiegu.

Biegły J. P. nie potwierdził, aby ostre zapalenie trzustki, które u powódki wystąpiło po zabiegu usunięcia jej części protezy z dróg żółciowych, było wywołane nieprawidłowym działaniem personelu pozwanej spółki. Oceniał ten stan rzeczy jako powikłanie po dokonaniu manualnych czynności związanych z usunięciem pozostałego fragmentu protezy. Podkreślił, iż pacjentka po zabiegu usunięcia protezy w dniu 21 lipca 2010r. została wypisana z pozwanej spółki w stanie ogólnym dobrym, nie wskazującym na aktualnie objawy ostrego zapalenia trzustki. Nie było zatem powodów, aby wówczas prowadzono u niej diagnostykę w tym kierunku. Ponadto oceniał, iż zabieg usunięcia tego elementu z dróg żółciowych w dniu 20 lipca 2010r., a zatem z przekroczeniem zalecenia jego ewakuacji w terminie 3 miesięcy, mieściło się w zakresie normy i nie stanowiło o możliwości przypisania popełnienia błędu medycznego personelowi pozwanej. Dodatkowo w ustnej opinii wskazał, iż mimo pozostawienia protezy w drogach żółciowych z przekroczeniem 3 miesięcy od jej założenia, u powódki nie wystąpiły objawy żółtaczki, nie było zatrzymania żółci. Biegły podkreślał, iż stan ten nie spowodował u niej negatywnych skutków w obrębie przewodu żółciowego (00:24:51 nagrania k. 1101). Ponadto zwracał uwagę, iż specyficzny charakter działalności pozwanej spółki nie dawał podstaw do prowadzenia u pacjentki poszerzonej diagnostyki w kierunku cukrzycy. Zresztą z wcześniejszej dokumentacji medycznej pacjentki nie wynikały żadne epizody wystąpienia glikemii w przeszłości, powódka w dniu 21 lipca 2010r. opuszczała pozwaną jednostkę w stanie ogólnym dobrym, a zatem nie można było wymagać od personelu pozwanej, aby diagnozowali powódkę pod kątem wystąpienia cukrzycy (01:00:45 k. 1102 – 1103).

Co się tyczy pisemnej opinii biegłego gastroenterologa, dr n. med. R. D. (k. 1014 – 1029) wyjaśnił, że wbrew przewidywaniom, uwzględniającym nawet przeszłość chirurgiczną powódki, zakładającym wydalenie uwolnionej protezy w ciągu kilku dni, a najdalej kilku tygodni od momentu jej samoewakuacji z dróg żółciowych, nie następowało, gdyż ta część ulokowała się w ślepej pętli jelita. U powódki bezsprzecznie występowała choroba zrostowa jelit. W tej sytuacji, przy braku objawów niedrożności, w ocenie biegłego jedyną słuszną metodą leczenia było przyspieszenie pasażu jelitowego, wykorzystując w tym celu na przykład dietę szparagową. Podkreślał, iż włókna roślinne diety szparagowej z jednej strony miały przyspieszyć perystaltykę jelit, a z drugiej pociągać za sobą uwięzioną w jelitach protezę. Powódka konsekwentnie i systematycznie stosowała tę dietę. Biegły opierając się na swoim doświadczeniu podawał, iż z punktu widzenia leczenia niechirurgicznego - zachowawczego, zastosowanie diety bogatoresztkowej - szparagowej, było ze wszech miar uzasadnione. Zaznaczył jednak, iż jej stosowanie nie przynosiło spodziewanych efektów, podobnie jak nie dały ich próby endoskopowego usunięcia protezy (podejmowane zarówno w pozwanej spółce, jak i w innych placówkach medycznych, do których powódka się zgłaszała). W ocenie biegłego wynikało to z lokalizacji protezy, która utknęła w ślepej pętli zbiornika jelitowego. Biegły wyjaśnił, iż prawdopodobnie nastąpiło to już w ciągu kilku pierwszych dni po jej samoewakuacji z dróg żółciowych, ale niestety żadne, z zasadnie i prawidłowo przeprowadzonych – w ocenie tego biegłego, obrazowych badań diagnostycznych, nie wykazało tej okoliczności. Biegły podał, iż głównym powodem nie kwalifikowania powódki do leczenia operacyjnego, aż do marca 2011 r., mimo nawracających (bądź wciąż się utrzymujących) dolegliwości bólowych brzucha, było wycofywanie się objawów podniedrożności po leczeniu zachowawczym w placówkach, do których z tymi dolegliwościami zgłaszała się powódka. Podkreślał również, iż te zdarzenia miały miejsce dużo później aniżeli ostatnia hospitalizacja powódki w skarżonej spółce i poza wiedzą oraz wpływem jej pracowników. Ponadto wypowiadając się co do wpływu diety szparagowej, zaleconej przez lekarzy pozwanej spółki, wskazywał jedynie, że fitobezoary (resztki ze szparagów) wprawdzie mogły utrudniać pasaż treści pokarmowej, jednak nie doprowadziły do powstania niedrożności u powódki, która dawała dolegliwości odczuwalne przez nią. Wywołały ją bowiem liczne zrosty jelitowe, zlokalizowane powyżej, tj. proksymalnie do zbiornika jelitowego, a bezoary były poniżej, tj. dystalnie od zbiornika poucha (na jelicie cienkim). Zdaniem biegłego, przyczyna niedrożności (poddniedrożności) nie była proteza migrująca z przewodu żółciowego, gdyż znajdowała się ona w ślepej pętli zbiornika. Jak wskazał biegły gastroenterolog, z dokumentacji medycznej nie wynikało, aby fitobezoary były zapętlone wokół protezy, jednak jego zdaniem nawet gdyby tak się zdarzyło, nie byłoby to w przypadku powódki powodem niedrożności jelit. W ocenie tego specjalisty przyczyną niedrożności w jej przypadku była wielopoziomowa wysoka niedrożność zrostowa jelit. Podkreślał, że z dokumentacji medycznej nie wynikało, aby powódka miała jakiegokolwiek problem z niedrożnością zrostową przewodu pokarmowego od czasu przeprowadzenia ostatniej operacji jelitowej w latach dziewięćdziesiątych. Sugerował jednak, iż po każdej z operacji jelitowej (w tamtym okresie), jej stan zdrowia był tego rodzaju, że wymagała ona wówczas reoperacji z powodu

niedrożności zrostowej. Podawał jako charakterystyczne u osób ze skłonnością do tworzenia się pooperacyjnych zrostów jelitowych, że tworzą się one nawet w sytuacji braku ewentualnych dalszych operacji chirurgicznych. Zgodnie z jego wiedzą i doświadczeniem, każda kolejna operacja brzuszna, wykonana nawet z innych powodów, prowokuje organizm do tworzenia kolejnych, nowych zrostów. Tym samym pogłębia istniejący już proces i uruchamia tworzenie się nowych zrostów. W ocenie biegłego ten mechanizm wystąpił u powódki wobec wykonania u niej w marcu 2010 r. zabiegu usunięcia wodniaków jajników i pęcherzyka żółciowego, interwencja chirurgiczna uruchomiła w jej organizmie opisany powyżej mechanizm.

Podobnie jak biegły J. P., biegły R. D. ocenił wystąpienie ostrego zapalenia trzustki u powódki jako powikłanie pozabiegowe usunięcia części protezy umiejscowionej w jej drogach żółciowych (s. 14 opinii – k. 1024).

Zważywszy na fakt, iż po zabiegu, w dniu 21.07.2010 r. o godz. 6.00 dokonano u powódki ostatniego pomiaru glikemii (wynik 127mg%) i wynik ten stanowił normę. Biegły odnotował, iż powódki nie skierowano do Poradni Diabetologicznej, celem ustalenia przyczyny zaistnienia nagłej hipoglikemii, ale stan taki tłumaczył okolicznościami przedzabiegowymi (m.in. przebywaniem chorej na czczo, stresem przed planowanym zabiegiem oraz faktem współistnienia u powódki wielu chorób utrudniających możliwości adaptacyjne w tym zakresie). Ponadto podkreślał, iż objawy tego rodzaju więcej się nie ujawniły u powódki, zaś diagnostykę w tym kierunku powinien prowadzić i należało to do obowiązków lekarza POZ. Biegły swoje przypuszczenia w tym zakresie potwierdził faktem, iż w późniejszej historii chorobowej powódki nigdy nie stwierdzono u niej już żadnego incydentu hipoglikemii. W jego ocenie dowodziło to, że źródło zaobserwowanego incydentu hipoglikemii, było najprawdopodobniej związane z przyczynami podejrzanymi przez lekarzy pozwanej spółki, nie wymagało pogłębienia diagnostycznego, zaś brak zalecenia w tym kierunku nie spowodował żadnych negatywnych skutków dla powódki w przyszłości. Jednocześnie wykluczył, aby wahania stężenia glukozy we krwi powódki podczas hospitalizacji w pozwanej spółce w dniach 20 – 21 lipca 2010r. były spowodowane fragmentem protezy, znajdującym się w lewym przewodzie wątrobowym. Nie mogły być one również wstępnym objawem zapalenia trzustki, które to powikłanie wystąpiło po zabiegu endoskopowego usunięcia tego fragmentu z dróg żółciowych. W ocenie biegłego, ten fragment nie miał żadnego wpływu na funkcję zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczą trzustki.

Zarówno biegły P., jak i biegły D. byli zgodni co do kwestii zasadniczej – proteza nie była przyczyną niedrożności jelita, zaś wszelkie dolegliwości, potrzeba licznych hospitalizacji oraz konieczność operacyjnego usunięcia protezy wynikała z ogólnego stanu zdrowia powódki – jej choroby związanej z licznymi zrostami jelitowymi. Ani przeoczenie części protezy w drogach żółciowych podczas badania w dniu 1 czerwca 2010r., a także pozostawienie jej powyżej 3 miesięcy nie było zagrażające zdrowiu pacjentki, nie spowodowało przeszkody w odpływie żółci, zapalenia dróg żółciowych ani żadnych innych niekorzystnych następstw swojej obecności. Była to dla stanu pacjentki sytuacja obojętna

W ocenie tych biegłych nie dopuszczono się w pozwanej spółce ani błędów w leczeniu, ani w dalszym działaniu, zalecenie monitorowania przemieszczania się protezy uwolnionej z dróg żółciowych było prawidłowe, nie wystąpiły też bezwzględne wskazania do jak najszybszego usunięcia jej – nawet operacyjnie, z organizmu powódki. Zasadnie zakładano, iż najlepszym rozwiązaniem dla pacjentki będzie samoistne, naturalne wydalenie ciała obcego, gdyż wszelka ingerencja chirurgiczna w obrębie jamy brzusznej w jej przypadku potęgowała powstawanie zrostów jelitowych, który to mechanizm opisał w swojej opinii biegły R. D.. Ponadto biegły gastroenterolog jako specjalista w obrębie przewodu pokarmowego ocenił za prawidłowe zalecenie stosowania diety szparagowej, choć wydaje się, że stosowanie jej w lutym – marcu 2011r., tj. po upływie wielu miesięcy od przewidywanego samouwolnienia protezy z dróg żółciowych i jej zalecenia przez lekarzy pozwanej spółki, a nadto z uwagi na nieskuteczność tej metody dotychczas, powinny u powódki spowodować pojawienie się refleksji co do dalszego jej stosowania (pamiętać należy, że od lipca 2010r. lekarze pozwanej nie zalecali tej diety!, zalecili ją bezpośrednio po ujawnieniu rozfragmentowania i uwolnieniu się części do jelita).

Obaj biegli chirurdzy byli zdania, że nie do pozwanej należała diagnostyka wobec wystąpienia glikemii w dniu 20 lipca 2010r., gdyż wcześniej nie notowano u powódki zaburzeń na tym tle, a jak wynikało z jej dokumentacji medycznej, również po tym incydencie nie powtórzył się on już nigdy więcej.

Jeśli zaś chodzi o opinię biegłej radiologa lek. med. A. T. (k. 778 – 787), to należało wskazać, iż nie dopatrzyła się ona żadnych działań personelu pozwanej spółki, skutkujących pociągnięciem placówki do odpowiedzialności za szkodę powstałą u powódki. Wprawdzie biegła wskazywała, iż przeprowadzone w dniu 1 czerwca 2010r. prześwietlenie (tzw. skopia) nie było najbardziej miarodajnym badaniem, to jednak wskazała, iż trudno wymagać od radiologa, aby oceniał widziany w czasie rzeczywistym obraz pod kątem poszukiwania elementu, którego istnienia się nie spodziewał i go nie poszukiwał. Biegła poddała pod rozagę celowość wykonania badania tomografii komputerowej w takim przypadku, kiedy ujawnione zostało, iż proteza położona jest nieprawidłowo, bowiem jej cień uwidoczniono na poziomie talerza biodrowego, nie zaś w drogach żółciowych. W ustnej opinii doprecyzowała, że pod pojęciem „nieprawidłowe położenie protezy” miała na myśli „niespodziewane jej miejsce” (k. 1129v.). Jednocześnie wskazała, iż diagnoza o migracji protezy była prawidłowa w kontekście odnalezienia jej cienia na wysokości talerza biodrowego (k. 785). W ustnej opinii uzupełniającej sprecyzowała, iż wskazując, że zalecenia wydane w dniu 1 czerwca 2010r. po wykonaniu badania RTG u powódki, a dotyczące monitoringu pasażu protezy, były o tyle niewłaściwe, iż należało z tego badania wykonać zdjęcie, wręczyć je pacjentce i wskazać termin, w którym winna się z tą dokumentacją udać do placówki w miejscu zamieszkania celem sprawdzenia postępu migracji (k. 1189). Jednocześnie wyjaśniła, iż w jej ocenie nie doszło do błędu diagnostycznego po stronie lekarza wykonującego skopię, z tego powodu, że przeoczył fragment protezy. Wskazywała w ustnej opinii, iż jest to rzadkie powikłanie, nie dające podstaw do tego, aby w każdym wypadku zlecać dodatkowe badania nastawione na poszukiwanie ewentualnie innych części protezy, niż te które zostały rozpoznane podczas badania, szczególnie, że u powódki nie wystąpiły żadne dolegliwości towarzyszące (k. 1189 – 1189v.). Tym samym biegła wyjaśniła, iż według niej wskazaniem do zastosowania pogłębionej diagnostyki położenia (migracji) protezy, a więc do zastosowania dokładniejszych metod badania (RTG, TK), byłyby – w kontekście jej chorób i przebiegu dotychczasowego leczenia, zgłaszane dolegliwości bólowe, te jednak nie pojawiły się w dniu badania 1 czerwca 2010r. Zatem w ocenie biegłej, do poszerzonej diagnostyki powinno dojść wówczas, gdy u pacjentki takie dolegliwości ujawniły się.

Z tego punktu widzenia i opierając się na twierdzeniach biegłej, należało ocenić, iż nie można było wymagać od lekarza dokonującego wstępnej kwalifikacji do zabiegu usunięcia protezy w dniu 1 czerwca 2010r., działań nakierowanych na poszukiwanie dwóch, bądź więcej jej fragmentów. Także nie można było uznać za błąd diagnostyczny, brak zaleceń, bądź niewykonanie pogłębionych badań w celu monitorowania migracji protezy, skoro pacjentka nie uskarżała się na żadne dolegliwości. Stawiła się ona bowiem na usunięcie protezy z dróg żółciowych w dniu zaplanowanym bezpośrednio po wykonaniu zabiegu w pozwanej spółce, nie skarżyła się na żadne dolegliwości, nie wystąpiły u niej żadne symptomy, że doszło do rozfragmentowania protezy. Bóle brzucha pojawiły się dopiero pod koniec czerwca 2010r., były zresztą powodem udania się powódki do szpitala w O. w dniu 30 czerwca 2010r. Wówczas dopiero zaistniały przesłanki do wykonania dokładniejszych badań, co w dniu 30 czerwca 2010r. wykonano (badanie RTG - k. 133).

Konkludując zatem rozważania dotyczące działań personelu pozwanej spółki, a dotyczące zarzutu przeoczenia fragmentu protezy w drogach żółciowych w dniu 1 czerwca 2010r., to i tak nie miało to negatywnych następstw, gdyż nie utrudniało odpływu żółci z dróg żółciowych powódki. W ocenie Sądu brak było zatem w tej sytuacji podstaw do ustalenia istnienia związku przyczynowo - skutkowego między wynikiem opisanego badania radiologicznego, a obecnym stanem zdrowia powódki. W żadnej bowiem mierze pozostawienie fragmentu protezy w drogach żółciowych powódki od dnia 1 czerwca 2010r. (dzień planowego usunięcia protezy) do dnia 20 lipca 2010r. (dzień faktycznego usunięcia protezy) nie skutkowało negatywnie na stan zdrowia pacjentki. Jednocześnie – ujawnione w dniu 22 lipca 2010r. , tj. po usunięciu fragmentu protezy z dróg żółciowych w pozwanej spółce, ostre zapalenie trzustki stanowiło typowe, stosunkowo częste powikłanie tego rodzaju zabiegu (o czym pacjentka została szczegółowo poinformowana już w dniu 1 czerwca 2010r. – zgoda na zabieg wraz z informacją o nim k. 420 – 421) i nie mogło stanowić podstawy odpowiedzialności pozwanej spółki za rzekome zaniedbania.

Mając na uwadze treść wszystkich opinii biegłych, Sąd uznał za nieudowodnione tezy powódki, że w okresie pobytu w pozwanej placówce medycznej była niewłaściwie diagnozowana i leczona oraz że nie zostały jej zapewnione właściwe warunki pobytu, co skutkowało rozstrojem jej zdrowia oraz koniecznością poniesienia znacznych nakładów finansowych na długotrwałe leczenie. Nie potwierdzono w szczególności tezy, żeby aktualny stan zdrowia powódki był wywołany czy współwywołany pozostawieniem w jej organizmie przez długi czas ciała obcego.

W rozpatrywanej sprawie bezspornym był fakt istnienia obiektywnych wskazań do usunięcia obu fragmentów protezy endoskopowej z przewodu pokarmowego powódki, w miarę możliwości w ramach zabiegów endoskopowych (jeżeli oczywiście nie udałoby się wydalić większego fragmentu protezy w sposób naturalny). Brak możliwości usunięcia wyżej wymienionego fragmentu protezy metodami endoskopowymi (jak w opisywanej sprawie), byłby wskazaniem do leczenia chirurgicznego, gdyby tylko pojawiły się ku temu przesłanki, czyli gdyby pojawiły się u powódki objawy niedrożności, które nie ustąpiłyby po leczeniu zachowawczym. W przypadku wystąpienia takich okoliczności, chirurg winien zakwalifikować chorą do zabiegu operacyjnego. Bezwzględne wskazania u powódki pojawiły się jednak dopiero w marcu 2011 r. Zatem nie można było zarzucić pozwanej spółce co najmniej opieszałości, a szczególnie błędu, w braku zastosowania tej ostatecznej metody wcześniej, bez wystąpienia stanu, o którym mowa powyżej. Jak już wskazywano, kolejna ingerencja chirurgiczna u powódki, stanowiła zagrożenie powstania kolejnych zrostów w jelitach, a tego personel pozwanej spółki chciał uniknąć, licząc, iż dojdzie do samoewakuacji protezy z jelita.

Choć teoretycznie specjaliści chirurg i gastroenterolog dopuszczali, że fragmenty rozerwanej protezy mogły stanowić zagrożenie dla zdrowia i/lub życia powódki, gdyby spowodowały niedrożność jelit lub ich perforację, to jednoznacznie w niniejszej sprawie wynikało, iż do tego zagrożenia nie doszło.

Odnosząc się zaś do zarzutu powódki niepodjęcia w jej przypadku, czy też skierowania jej na zabieg enteroskopii dwubalonowej, należało z całą stanowczością stwierdzić, iż nie można było uznać tego za błąd leczniczy personelu pozwanej spółki. Zabieg ten to dwuetapowe badanie jelita cienkiego (od góry i od dołu), wykonywane w znieczuleniu ogólnym, polegające na systematycznym i długotrwałym (kilkugodzinnym) nanizywaniu jelita cienkiego na aparat endoskopowy, wyposażony w dwa balony stabilizujące, które sukcesywnie napełnia się i opróżnia przesuwając, „krok po kroku”, aparat do przodu. W analizowanym przypadku – jak wynikało z dostępnej dokumentacji medycznej i opinii biegłego gastroenterologa, badanie to okazało się być niewykonalne, ze względu na występujące u powódki zrosty. Dodatkowo biegły R. D. wskazywał, posiłkując się wieloletnim praktycznym doświadczeniem w tej dziedzinie, że przeprowadzenie tego rodzaju badania było dla chorej bardziej niebezpieczne, aniżeli wykonanie zabiegu operacyjnego.

Po dokonaniu oceny całokształtu materiału dowodowego należało uznać, iż powódka miała szereg innych „powodów” (tj. brzusznych chorób współistniejących), które mogły również prowokować do wystąpienia dolegliwości, na które uskarżała się od końca czerwca 2010r. Przy ocenie podjętych przez pozwaną spółkę czynności leczniczych, należało wziąć pod uwagę, iż jest to placówka oferująca chorym tylko jednodniową hospitalizację, w związku z czym nie mogła z przyczyn proceduralnych pozostawić powódki w oddziale na kolejny dzień lub dni, celem dalszej diagnostyki i leczenia opisywanych objawów. W związku z tym, w pozwanej spółce nie diagnozowano powódki w kierunku ostrego zapalenia trzustki, a co za tym idzie nie wydano zaleceń związanych z tym rozpoznaniem. Takie postępowanie wynikało z ograniczeń systemowych i charakteru pracy pozwanej spółki. Zbyt daleko idące w tej mierze byłoby wskazywanie, iż personel w sposób zamierzony i jednocześnie zawiniony, zaniechał dodatkowej diagnostyki u pacjentki. Zresztą na karcie informacyjnej z pobytu w pozwanej spółce (celem usunięcia fragmentu protezy z dróg żółciowych 20 lipca 2010r.), w ostatnim punkcie („tryb wypisu”), skierowano chorą do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym (k. 425).

W konsekwencji uznać należy, że nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanej (...) sp. z o.o. w W. określone w art. 430 k.c., co skutkowało oddaleniem powództwa w całości.

Mając na uwadze wynik postępowania, Sąd orzekł o kosztach postępowania na podstawie art. 98 § 1 i § 3 k.p.c., jak w punkcie drugim i trzecim wyroku, obciążając powódkę kosztami zastępstwa procesowego należnymi pozwanej.

Wysokość kosztów zastępstwa procesowego należnych na rzecz pozwanej spółki została ustalona w oparciu § 2 ust. 1 w zw. z § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej z urzędu (t. j. Dz. U. 2013, poz. 461) w zw. z § 21 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz. U 2015, nr 1800).

O nieuiszczonych kosztach sądowych Sąd orzekł na podstawie art. 113 ust. 1 u.k.s.c. w zw. z art. 98 § 1 k.p.c., nakazując pobrać od powódki na rzecz Skarbu Państwa kwotę 4.043,49 zł tytułem zwrotu wydatków tymczasowo pokrytych przez Skarb Państwa, tj. tytułem wynagrodzenia za sporządzenie opinii biegłych oraz zwrotu kosztów podróży świadka R. M..

Łącznie koszty opinii biegłych wyniosły 7.043,49 (radiolog: k. 799 – 1.575,03 zł, k. 1195 – 410,70 zł, chirurg: k. 897 – 1.962,09 zł, k. 1134 – 228,15 zł, gastroenterolog: k. 1052 – 2.518,32 zł, k. 1155 – 89,40 zł, świadek: k. 766 – 259,80 zł). Powódka wniosła łącznie 3.000 zł tytułem zaliczek (k. 770v., k. 944 v.), a zatem tymczasowo wyłożone przez Skarb Państwa były środki w kwocie 4.043,49 zł.

SSO Eliza Nowicka - Skowrońska