

Sygn. akt II Ca 627/16

sygn. akt II Cz 2220/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 stycznia 2017 r.

Sąd Okręgowy w Bielsku-Białej II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Piotr Łakomiak (spr)
Sędziowie:	SSO Leszek Filapek SSO Andrzej Roman
Protokolant:	st.sekr. sądowy Teresa Fołta

po rozpoznaniu w dniu 10 stycznia 2017 r. w Bielsku-Białej

na rozprawie

sprawy z powództwa M. P.

przeciwko Zespołowi Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ż.

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Rejonowego w Żywcu

z dnia 21 czerwca 2016 r. sygn. akt I C 546/12

oraz na skutek zażalenia strony pozwanej

na orzeczenie o kosztach zawarte w punkcie 2 wyroku Sądu Rejonowego

w Ż. z dnia 21 czerwca 2016 r. sygn. akt I C 546/12

I. zmienia zaskarżony wyrok:

a) w punkcie 1 w ten sposób, że zasądza od strony pozwanej na rzecz powódki kwotę 10000,00 zł (dziesięć tysięcy złotych) z odsetkami ustawowymi od dnia 25 czerwca 2012r. do dnia 31 grudnia 2015r., a od dnia 1 stycznia 2016r. do dnia zapłaty z odsetkami ustawowymi za opóźnienie; a w pozostałym zakresie powództwo oddala;

b) w punkcie 2 w ten sposób, że zasądza od powódki na rzecz strony pozwanej kwotę 1613,60 zł (jeden tysiąc sześćset trzynaście złotych 60/100) tytułem częściowego zwrotu kosztów procesu oraz nakazuje pobrać od strony pozwanej na

rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Żywcu kwotę 500,00zł (pięćset złotych) tytułem zwrotu części opłaty od pozwu od uiszczenia której powódka została zwolniona;

II. oddała apelację powódki w pozostałym zakresie;

III. oddała zażalenie strony pozwanej;

IV. zasądza od powódki na rzecz strony pozwanej kwotę 1500,00 zł (jeden tysiąc pięćset złotych 60/100) tytułem częściowego zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego;

V. nakazuje pobrać od strony pozwanej na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Żywcu kwotę 500,00zł (pięćset złotych) tytułem zwrotu części opłaty od apelacji od uiszczenia której powódka została zwolniona.

SSO Leszek Filapek SSO Piotr Łakomiak SSO Andrzej Roman

Sygn. akt II Ca 627/16, II Cz 2220/16

UZASADNIENIE

M. P. działając przez profesjonalnego pełnomocnika wystąpiła dnia 09.03.2012 roku do Sądu Rejonowego w Żywcu I Wydziału Cywilnego z powództwem skierowanym przeciwko Zespołowi Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ż., domagając się zasądzenia na jej rzecz od strony pozwanej kwoty 50 000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznane cierpienia i ból wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi za okres od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, a także kwoty 1060 zł tytułem odszkodowania za poniesione szkody, również z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty.

Ponadto powódka zażądała zasądzenia od strony pozwanej zwrotu kosztów postępowania wraz z kosztami zastępstwa procesowego.

Uzasadniając swoje żądanie M. P. wskazała, że w dniu 21.06.2011 roku w trakcie zabiegu operacyjnego, któremu była poddana na oddziale ginekologicznym (...) szpitala powiatowego, prowadzonego przez pozwanego, polegającego na usunięciu macicy z mięśniakami, doszło do uszkodzenia pęcherza moczowego powódki i jeszcze przed wypisaniem ze szpitala lekarz - operator, który przeprowadzał zabieg J. S. (1) przyznał się w obecności świadków do popełnienia błędu w czasie operacji, skutkiem którego było uszkodzenie pęcherza, za co lekarz ten zdaniem powódki był odpowiedzialny.

Dalej powódka wskazała, że wypisano ją ze szpitala dnia 05.07.2011 roku, stwierdzając w karcie wypisowej wystąpienie przetoki pęcherzowo - pochwowej pooperacyjnej i skierowano ją do dalszego leczenia w oddziale urologicznym szpitala w B., gdyż niezbędne okazało się przeprowadzenie kolejnej operacji celem usunięcia występującej przetoki. Zabieg ten nie mógł być jednak przeprowadzony w niedługim czasie, gdyż powódka podczas operacji usunięcia mięśniaków została zakażona bakterią *Klebsiella pneumoniae* i dopiero wyleczenie tego zakażenia podczas kolejnego pobytu w (...) szpitalu w okresie od 29.09.2011 do 04.10.2011 roku umożliwiło przeprowadzenie zabiegu usunięcia przetoki w szpitalu w B., co nastąpiło dopiero od dnia 21.10.2011 roku.

Następstwem uszkodzenia pęcherza i wystąpienia u powódki przetoki pęcherzowo - pochwowej w wyniku błędu popełnionego przez lekarza w trakcie zabiegu operacyjnego dnia 21.06.2011 roku, a także następstwem zakażenia bakterią *Klebsiella pneumoniae* były liczne cierpienia psychofizyczne i bóle, którego powódka doznała i doznaje nadal, jak również uciążliwości związane z koniecznością długotrwałego noszenia cewnika. Nadto negatywnym następstwem wadliwie wykonanego zabiegu operacyjnego z dnia 21.06.2011 roku było dla powódki zwiększenie kosztów życia i utrzymania w okresie choroby i rekonwalescencji, wynikające z konieczności zakupu różnych leków i ziół, dodatkowych środków czystości oraz środków do dezynfekcji, a także konieczność finansowania kosztów dojazdu do lekarza i do szpitali. Przywołany ból i cierpienia uzasadniały zdaniem powódki żądanie zasądzenia kwoty 50 000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz żądanie zasądzenia kwoty 1060 zł tytułem odszkodowania.

Sąd po udzieleniu powódce zwolnienia od obowiązku uiszczenia opłaty sądowej od pozwu, wyliczonej na kwotę 2516 zł, wydał dnia 12.07.2012 roku nakaz zapłaty w postępowaniu upominawczym w sprawie o sygnaturze I Nc 1270/12, uwzględniający w całości żądanie pozwu i zasądający od pozwanego ZZOZ Ż. na rzecz M. P. łączną kwotę 51 060 zł z odsetkami ustawowymi liczonymi od 09.03.2012 roku do dnia zapłaty oraz kwotę 3617 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania.

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ż., który dnia 18.07.2012 roku otrzymał nakaz zapłaty z dnia 12.07.2012 roku wydany w sprawie sygnatura I Nc 1270/12 korzystając z pomocy profesjonalnego pełnomocnika, w prawem przewidzianym terminie złożył sprzeciw od tego nakazu, żądając w nim oddalenia powództwa w całości i zasądzenia od powódki zwrotu kosztów postępowania wraz z kosztami zastępstwa procesowego, naliczonymi wg norm przepisanych.

Zajmując wyżej opisane stanowisko pozwany wywodził, iż w trakcie hospitalizacji M. P. w (...) szpitalu datowanej od 21.06.2011 roku, w dniu 22.06.2011 roku w doszło do jej operacji i usunięcia mięśniaków macicy, która to operacja przebiegała standardowo, bez powikłań w jej trakcie i nie wystąpiły śródoperacyjne czynniki zwiększające ryzyko powstania przetoki pęcherzowo - pochwowej, zaś sam zabieg operacyjny zgodnie z regułami sztuki medycznej został przeprowadzony przez operatora i asystenta. Dalej pozwany dodał, że leczenie pooperacyjne powódki przebiegało prawidłowo, aż do pojawienia się w ósmej dobie po zabiegu wycieku moczu przez pochwę, wskazującego na powstanie przetoki pęcherzowo - pochwowej, której leczenie było możliwe dopiero w drodze tzw. operacji naprawczej, podjętej dopiero po kilku miesiącach od operacji zasadniczej, a to z uwagi na konieczność zagojenia się ran powstałych po usunięciu mięśniaków. W dalszej części uzasadnienia sprzeciwu od nakazu zapłaty ZZOZ Ż. wywodził, że wyżej wymieniona operacja naprawcza została przeprowadzona na oddziale urologicznym szpitala w B., skutkując likwidacją przetoki, przy czym była ona poprzedzona kolejnym leczeniem powódki w (...) szpitalu i antybiotykoterapią, mającą na celu likwidację bakterii *Klebsiella pneumoniae*, występującej w organizmie powódki, którą tą bakterią M. P. nie mogła być zakażona w oddziale ginekologicznym szpitala w Ż., bowiem systematyczne badania bakteriologiczne prowadzone na tym oddziale w okresie poprzedzającym okres leczenia powódki, nie wykazały występowania tego szczepu bakterii w tamtejszym środowisku szpitalnym.

Podnosząc powyższe okoliczności strona pozwana, nie negując cierpienia i bólu, które wystąpiły po stronie powódki wskazała, że było to następstwo zaistnienia u M. P. przetoki pęcherzowo - pochwowej, która zdaniem pozwanej nie powstała jako efekt błędu w sztuce, popełnionego przez lekarza operatora w czasie operacji, lecz była efektem możliwego powikłania pooperacyjnego, które choć rzadkie, to jednak w takich sytuacjach może wystąpić. O tym, że w sprawie nie można mówić o wystąpieniu u M. P. przetoki pęcherzowo - pochwowej, jako przetoki śródoperacyjnej, zdaniem pozwanego świadczy fakt, iż wyciek moczu przez pochwę pojawił się u powódki w ósmej dobie po zabiegu operacyjnym, co świadczy o samoczynnym wypadnięciu przetoki. W tym stanie rzeczy, w ocenie pozwanego wobec braku faktycznych podstaw roszczenia powódki, jej powództwo jako bezpodstawne powinno być oddalone. / sprzeciw k. 42-54/.

Przed terminem rozprawy sąd na wniosek pozwanego zawiadomił ubezpieczyciela pozwanego (...) SA w W. o możliwości przystąpienia do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego, jednakże podmiot ten nie przystąpił do udziału w sprawie w wyżej wymienionym charakterze, przy czym wcześniej odmówił powódce wypłacenia odszkodowania.

Wyrokiem z dnia 21.06.2016r. Sąd Rejonowy w Ż. w sprawie I C 546/12 oddalił powództwo, w pkt. 2 zasądził od powódki na rzecz strony pozwanej kwotę 2017zł tytułem częściowego zwrotu kosztów postępowania, natomiast w pkt. 3 odstąpił od obciążania powódki obowiązkiem zwrotu kosztów postępowania poniesionych przez Skarb Państwa – tymczasowo.

Sąd I instancji orzekając w powyższy sposób ustalił, że M. P. dnia 04.03.2011 roku znalazła się na oddziale chirurgicznym (...) szpitala powiatowego prowadzonego przez ZZOZ Ż. w związku zakrzepowym zapaleniem żył prawej nogi i na oddziale tym przebywała w okresie od 04.03.2011 do 10.03.2011 roku, po czym w związku ze stwierdzeniem u niej guza prawego jajnika i mięśniaków macicy, została przeniesiona na oddział ginekologiczno-

położniczy szpitala w Ż., gdzie ją leczono w okresie od 10 do 15.03.2011 roku, po czym została wypisana z zaleceniem dalszego leczenia w poradniach ginekologicznej i naczyniowej.

Realizując zalecenia lekarskie powódka wiosną 2011 roku zapisała się w poradni ginekologicznej NZOZ (...) w Ż. na wizytę, w trakcie której przyjął ją specjalista ginekolog J. S. (2). W trakcie leczenia realizowanego w ramach ubezpieczenia zdrowotnego okazało się, iż w przypadku powódki cierpiącej na mięśniaki macicy niezbędny jest zabieg operacyjny. Po ustaleniu terminu hospitalizacji M. P. stawiała się na oddziale ginekologiczno-położniczym Szpitala Powiatowego w Ż. dnia 21.06.2011 roku, gdzie po przeprowadzeniu odpowiednich badań i zabiegów przygotowawczych do operacji (na przeprowadzenie której, po wyjaśnieniu jej istoty i ewentualnych ryzyk oraz następstw M. P. wyraziła zgodę) dnia 22.06.2011 roku poddana została zabiegowi operacyjnemu usunięcia macicy z przydatkami z uwagi na występowanie mięśniaków.

Operacja choć mająca dość rozległy charakter, była zabiegiem z gatunku zabiegów rutynowych, często wykonywanych na oddziale ginekologiczno-położniczym (...) szpitala. Zabieg operacyjny wykonywał specjalista ginekolog J. S. (2), któremu asystował również specjalista ginekolog W. G.. Zabieg operacyjny przebiegł rutynowo, bez żadnych powikłań w trakcie jego trwania, operator w pełni wykonał plan założony przed operacją. W szczególności zarówno w trakcie zabiegu, jak i bezpośrednio po nim, a także i przez okres 7 dni po operacji u powódki nie dał się zauważyć wyciek moczu przez pochwę świadczący o nacięciu czy też przekłuciu pęcherza moczowego w trakcie zabiegu operacyjnego. Leczenie pooperacyjne przebiegało prawidłowo.

W ósmej dobie po zabiegu operacyjnym u powódki pojawił się wyciek moczu z pochwy wskazujący na wystąpienie przetoki pęcherzowo pochwowej, która nie mogła być już wówczas usunięta w drodze natychmiast podjętej operacji z uwagi na konieczność zagojenia się ran po zabiegu ginekologicznym. W związku z tym powódce założono cewnik i dnia 05.07.2011 roku w została ona wypisana ze szpitala w stanie ogólnym dobrym, przy czym w związku z wykonaniem badania urografii potwierdzającym wystąpienie przetoki pęcherzowo pochwowej M. P. skierowano do oddziału urologicznego szpitala w B., celem przeprowadzenia operacji naprawczej i usunięcia występującej przetoki.

Przeprowadzenie tzw. operacji naprawczej możliwe było dopiero po 2-3 miesiącach od czasu operacji pierwotnej i w tym okresie M. P. przebywała w leczeniu ambulatoryjnym. Wtedy też co około 2 tygodnie wymieniano jej cewnik. W opiekę medyczną nad powódką mocno zaangażował się lekarz J. S. (2), który odwiedzał M. P. w jej miejscu zamieszkania, a nawet z własnych środków nabywał dla niej leki, środki opatrunkowe i podkłady, co czynił, gdyż był świadom, iż to on operował powódkę i w jego dotychczasowej pracy nie zdarzył mu się taki przypadek komplikacji pooperacyjnej. Zachowanie wobec powódki będące efektem współczucia w żadnym razie nie wynikało z tego, iż J. S. poczuwał się do winy za popełnienie błędu w sztuce. Uważał bowiem, że operację wykonał prawidłowo z zachowaniem należytej staranności, a w szczególności w toku zabiegu nie przekuł pęcherza moczowego powódki. On choć wyjaśnił powódce możliwe powody powstania przetoki, nigdy wobec powódki lub innych osób nie przyznał się do popełnienia błędu w sztuce, gdyż w jego ocenie błędu takiego się nie dopuścił.

W trakcie leczenia ambulatoryjnego poprzedzającego przeprowadzenie tzw. operacji naprawczej powódki na oddziale urologicznym, u M. P. stwierdzono zakażenie bakterią *Klebsiella pneumoniae* co wymagało przeleczenia jej przy pomocy antybiotyku, któremu mógł być podane jedynie w warunkach szpitalnych. Wtedy też na skutek starań m.in. J. S. dla powódki sprowadzona antybiotyk o nazwie Tienam i w okresie od 29.09 do 04.10.2011 roku przebywała ona ponownie na oddziale ginekologiczno-położniczym (...) szpitala i wówczas podano jej ten lek, doprowadzając do likwidacji zakażenia w/w bakterią.

W latach 2010 - 2011 w oddziale ginekologiczno-położniczym Szpitala Powiatowego w Ż. systematycznie z częstotliwością 2-3 razy w miesiącu przeprowadzano badania środowiska szpitalnego pod kątem obecności różnych szczepów bakterii. Badania te w wyżej wymienionych latach nigdy nie wykazały występowania szczepu bakterii *Klebsiella pneumoniae* na oddziale ginekologiczno-położniczym szpitala w Ż..

Dnia 10.10.2011 roku M. P. została przyjęta na oddział urologiczny szpitala wojewódzkiego w B., gdzie z dnia 21.10.2011 roku została poddana operacji wycięcia przetoki pęcherzowo pochwowej. Zabieg przebiegł bez powikłań, podobnie

jak i okres leczenia pooperacyjnego, wobec czego powódka dnia 02.11.2011 roku została wypisana do domu w stanie fizycznym dobrym.

Postępowanie diagnostyczno - lecznicze podjęte wobec powódki w związku z koniecznością operacyjnego leczenia mięśniaków macicy, z czym związany był pobyt M. P. w szpitalu powiatowym w Ż. prowadzonym przez ZZOZ Ż. w okresie od 21.06.2011 roku do 05.07.2011 roku, a zwłaszcza przeprowadzona operacja i leczenie pooperacyjne nie było dotknięte błędem w sztuce lekarskiej, zaś postępowanie prowadzone przez personel szpitala w Ż. było zgodne z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej. Powstanie przetoki pęcherzowo pochwowej u powódki należy kwalifikować jako powikłanie po zabiegu operacyjnym usunięcia macicy z mięśniakami, a nie jako błąd w sztuce lekarskiej, gdyż przetoka nie powstała wskutek postępowania niezgodnego z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej. Do zakażenia powódki bakterią *Klebsiella pneumoniae* nie mogło dojść na oddziale ginekologicznym szpitala w Ż. podczas pobytu powódki na tym oddziale w okresie od 21.06.2011 roku do 05.07.2012 roku, bowiem jak wynika z dokumentacji bakteriologicznej w latach 2010 i 2011 obecność tego szczepu bakterii na wyżej wymienionym oddziale ginekologicznym nie była stwierdzona. \ Choć przyczyna powstania przetoki pęcherzowo pochwowej u powódki z pewnością miała związek z w przeprowadzonym w dniu 22.06.2011 roku zabiegiem operacyjnym, to jednak możliwe wystąpienie tej przetoki jest jedynym z powikłaniami pooperacyjnych lub śródoperacyjnych w tego typu operacjach. Zatem nie można powstania przetoki zaliczyć do skutków popełnionego błędu lekarskiego.

Dokonując oceny przeprowadzonych w toku postępowania dowodów sąd odmówił wiary twierdzeniom powódki, z których wynikało, iż J. S. (2), który operował M. P. w dniu 22.06.2011 roku, w obecności powódki, jak i osób trzecich miał stwierdzić, iż w trakcie zabiegu operacyjnego dopuścił się popełnienia błędu w sztuce medycznej. Twierdzenia te, poparte jedynie zeznaniami córki powódki, która informację tę uzyskała od matki, nie znalazły potwierdzenia w jakichkolwiek innych zeznaniach osób, które słysząc takie oświadczenie lekarza zeznałyby o tym przed sądem. Co więcej pozostawały w całkowitej sprzeczności z zeznaniami J. S., który zaprzeczył temu aby dopuścił się takiego błędu w sztuce medycznej, oraz temu by wobec kogokolwiek do czegoś takiego się przyznał. Również inni świadkowie przesłuchani w sprawie nie potwierdzili aby w ich obecności J. S. oświadczył, że poczuwa się do popełnienia błędu w sztuce medycznej. Nie sposób też zdaniem sądu z zachowania J. S. wobec powódki, już po jej wypisaniu ze szpitala w dniu 05.07.2011 roku, cechującego się dużą dozą współczucia i empatii, wyprowadzać wniosku, iż zachowanie takie było wynikiem ewentualnych wyrzutów sumienia lekarza, który był świadom iż dopuścił się błędów w sztuce medycznej, tym bardziej iż sam J. S. wyjaśnił, że wykazał się zainteresowaniem i troską w stosunku do M. P., jako jego pacjentki, gdyż w całej wieloletniej karierze lekarskiej nie zdarzył mu się podobny przypadek zaistniały po operacji którą przeprowadzał. \ Szczególnie istotne dla odmowy uznania za wiarygodne twierdzeń powódki, co do rzekomego przyznania się przez J. S. do popełnienia błędu w sztuce medycznej były wynikające ze wzajemnie zgodnych i uzupełniających się dowodów z opinii biegłych z zakresu ginekologii i urologii wnioski jednoznacznie wskazujące, iż biegli ci po analizie akt sprawy, a zwłaszcza dokumentacji medycznej i po zbadaniu powódki, nie dopatrzili się zaistnienia w procesie diagnostyczno leczniczym podjętym wobec M. P. w trakcie jej pobytu w szpitalu w Ż. w okresie od 21.06.2011 roku do 05.07.2011 roku - zaistnienia błędów w sztuce medycznej.

Mając na uwadze wyżej poczynione ustalenia faktyczne, których dokonano w oparciu o przeprowadzone w toku postępowania dowody sąd uznał, że powództwo M. P. nie zasługuje na uwzględnienie.

Przesłanką takiego rozstrzygnięcia były oparte o analizę dokumentacji medycznej, zestawionej z zeznaniami świadków lekarza - operatora i lekarza -asystenta oraz lekarzy - członków wewnątrzszpitalowej komisji powołanej przez ZZOZ Ż. do wyjaśnienia okoliczności zdarzenia i możliwości popełnienia błędu w sztuce lekarskiej, ustalenia wskazujące, iż w rozpoznawanej sprawie nie można mówić o popełnieniu błędu w sztuce lekarskiej, poparte wnioskami płynącymi ze wzajemnie zgodnych opinii biegłych lekarzy specjalistów ginekologa i urologa (osób spoza terenu Ż. i okolic) które to wnioski jednoznacznie wskazywały na to, że procedura operacji, jak i leczenia pooperacyjnego powódki w (...) szpitalu nie były dotknięte popełnieniem błędu w sztuce medycznej, zaś wystąpienie przetoki pęcherzowo pochwowej było efektem nie tyle błędów w sztuce, co rzadkiego, ale jednak możliwego powikłania pooperacyjnego, którego wystąpienia nie można przypisać zawinonemu działaniu lub zachowaniu lekarza lub lekarzy. i

Wskazać w tym miejscu należy, że nie znalazły potwierdzenia w zebranych materiale dowodowym podnoszone, lecz nie udowodnione twierdzenia powódki, jakoby lekarz J. S. miał się przyznać, że dopuścił się błędu w sztuce medycznej w trakcie operacji w dniu 22.06.2011 roku. Okoliczności tej nie potwierdził świadek J. S. , ani też żaden z lekarzy, których sąd przesłuchał, zaś powódka poza swoimi twierdzeniami i zeznaniami świadka - jej córki S. P., dysponującej tą wiedzą ze słyszenia (od matki), w omawianej materii nie przedstawiła żadnych wiarygodnych dowodów, a nawet nie wniosowała o przeprowadzenie takich dowodów.

I podobnie zdaniem sądu w świetle wniosków wypływających z analizy dowodów przeprowadzonych w toku postępowania, nie można jednoznacznie i bez wątpliwości powiązać zakażenia powódki bakterią *Klebsiella pneumoniae* z jej pobytem na oddziale ginekologicznym szpitala w Ż., prowadzonego przez pozwanego ZZOZ Ż., w okresie od 21.06.2011 roku do 05.07 2011 roku, a to z uwagi na wyniki badań bakteriologicznych środowiska szpitalnego na oddziale ginekologicznym w wyżej wymienionego szpitala, prowadzonych w latach 2010 - 2011, które nie potwierdziły występowania tego szczepu

bakterii na wyżej wymienionym oddziale, jak i z uwagi na możliwą, wieloraką etiologię zakażenia tego rodzaju bakterią.

Wobec powyższego, nie negując bólu i cierpienia których doznała powódka w wyniku wystąpienia u niej przetoki pęcherzowo pochwowej, sąd uznając że wystąpienie tej przetoki nie było efektem błędów w sztuce medycznej, lecz możliwego powikłania pooperacyjnego, stanął na stanowisku, iż powództwo M. P. pozbawione jest podstaw faktycznych i co za tym idzie nie zostały spełnione i wykazane przewidziane w przepisie art. 415 k.c. przesłanki ewentualnej odpowiedzialności strony pozwanej, co musiało skutkować oddaleniem powództwa.

W tym miejscu wskazać należy, że wobec jednoznacznego wydzwiku i zasadniczej zgodności opinii głównych i uzupełniających biegłych lekarzy specjalistów z zakresu urologii i ginekologii, zbędne było zasięgane na wniosek powódki opinii kolejnych biegłych w sytuacji, gdy wiedza, fachowość i kompetencja dotychczasowych biegłych nie wzbudzały zastrzeżeń. W tym stanie rzeczy nie uzasadnione byłoby zasięganie opinii kolejnych biegłych, tylko dlatego że jedna ze stron nie jest usatysfakcjonowana wnioskami płynącymi z dotychczas wydanych w sprawie opinii.

Z wyżej przywołanych przyczyn sąd oddalił wniosek powódki o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnych biegłych, wskazując jednoznacznie że na wcześniejszym etapie postępowania na wyraźny wniosek obu stron odstąpiono od zasięgania opinii biegłych z Instytutu i Zakładu Medycyny Sądowej w Ł..

Orzekając o kosztach postępowania sąd biorąc pod uwagę wynik procesu, ale też i obecną trudną sytuacją materialną finansową powódki, działając po myśli art. 98 k.p.c. w związku z art. 102 k.p.c. zasądził od M. P. na rzecz pozwanego jedynie część kosztów postępowania to jest 2017 zł (800 zł zaliczki na biegłych, 1207 zł na zastępstwo procesowe), jak również odstąpił od obciążania powódki obowiązkiem zwrotu na rzecz Skarbu Państwa kwoty 622,48 zł którą to sumę Skarb Państwa wydatkował tymczasowo na wynagrodzenie dla biegłych.

Zażalenie na pkt. 2 wyroku Sądu Rejonowego w Ż., Wydział I Cywilny z dnia 21 czerwca 2016 r., sygn. akt: I C 546/12, wniosła strona pozwana domagając się:

1. zmiany zaskarżonego postanowienia poprzez zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego tytułem zwrotu kosztów postępowania kwoty 4.417,00 zł, w tym kwoty 3.617,00 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego,
2. zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania zażaleniowego według norm przepisanych.

Zaskarżonemu postanowieniu skarżący zarzucił naruszenie przepisów prawa procesowego poprzez nieprawidłowe zastosowanie art. 102 k.p.c. oraz art. 98 § 1 i 3 k.p.c. i w rezultacie zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania wyłącznie w części tj. w zakresie kosztów zastępstwa procesowego kwoty 1.217,00 zł zamiast kwoty 3.617,00 zł, w sytuacji gdy w stosunku do pozwanego powództwo oddalono w całości.

Apelację od powyższego wyroku w części - w zakresie rozstrzygnięć zawartych w jego pkt 1 i 2 wniosła powódka.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzuciła:

1. naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, a to:

a) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez oparcie ustaleń faktycznych w tej sprawie i uznanie, iż w schorzenie powódki nie było wynikiem błędu w sztuce medycznej w oparciu o opinie biegłych, które pozostawały ze sobą w sprzeczności, były niespójne i niepełne;

b) art. 217 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c i art. 278 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku dowodowego powódki o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego z zakresu urologii pomimo, że opinia główna i uzupełniająca biegłego sądowego dr nauk med. Z. J. były ze sobą sprzeczne i zawierały odmienną ocenę przyczyn schorzenia powódki;

2. naruszenie przepisów prawa materialnego, a to:

a) art. 415 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. i art. 445 § 1 k.c. poprzez ich niezastosowanie i przyjęcie, iż nie ma w tej sprawie podstaw do przyjęcia odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego za wyrządzoną powódce szkodę oraz krzywdę;

b) art. 6 k.c. poprzez błędną ocenę rozkładu ciężaru dowodu w zakresie zakażenia powódki bakterią *Klebsiella pneumoniae* i pominięcie, iż tej sprawie winna znaleźć zastosowanie konstrukcja dowodu *prima facie*.

Stawiając powyższe zarzuty powódka wniosła o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku poprzez:

a) zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kwoty 51.060 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie za okres od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty;

b) zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kosztów postępowania w I instancji, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych;

ewentualnie o

2. uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy Sądowi Rejonowemu w Ż.do ponownego rozpoznania;

3. zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych;

4. dopuszczenie dowodu z opinii biegłego lub zespołu biegłych z zakresu urologii i ginekologii na okoliczność ustalenia jaka była przyczyna powstania przetoki pęcherzowo-pochwowej u powódki, jaki był jej związek z operacją, której powódka została poddana w dniu 21 czerwca 2011 r. oraz jakie było źródło zakażenia bakteryjnego powódki bakterią *Klebsiella pneumoniae*, czy istnieje związek tego zakażenia z operacją powódki z dnia 21 czerwca 2011 r. oraz czy postępowanie diagnostyczno-lecznicze podjęte wobec powódki w związku z operacją z dnia 21 czerwca 2011 r. było prawidłowe, czy też nosiło znamiona błędu medycznego;

5. zwolnienie powódki z obowiązku uiszczenia opłaty sądowej od apelacji, albowiem nie jest w stanie jej ponieść bez uszczerbku dla utrzymania koniecznego dla siebie.

W odpowiedzi na apelację strona pozwana wniosła o jej oddalenie oraz o zasądzenie od powódki kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Okręgowy ustalił i zważył, co następuje:

Apelacja powódki w części zasługiwała na uwzględnienie. Sąd odwoławczy podzielił ustalenia faktyczne sądu I instancji, przyjmując je za własne. Ustalenia te jednak okazały się niewystarczające w aspekcie stwierdzenia, czy

powódce udzielono w sposób prawidłowy informacji o ewentualnych następstwach operacji mającej miejsce w dniu 22.06.2011r., w szczególności w zakresie możliwości wystąpienia przetoki pęcherzowo-pochwowej (w dalszej części uzasadnienia – ppp), co miało wpływ na kwestię bezprawności działania lekarza, za które to zachowanie z kolei odpowiada strona pozwana (art. 430kc).

Rozpoznanie zarzutów apelacyjnych musi zostać w niniejszej sprawie poprzedzone omówieniem zagadnień dotyczących pojęcia błędu w sztuce lekarskiej. Dopiero bowiem określenie charakteru tego pojęcia, co zostało pominięte w rozważaniach przez sąd rejonowy, będzie można w sposób niewątpliwy określić, czy na podstawie zebranego dotychczas materiału dowodowego (ewentualnie uzupełnionego przez sąd odwoławczy) w niniejszym przypadku mieliśmy do czynienia z z tego rodzaju błędem, czy też należało to wykluczyć.

Wysokie wymagania stawiane lekarzowi nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Dlatego stwierdzenie błędu lekarskiego wyczerpuje zasadniczo tylko obiektywny element winy (z tym zastrzeżeniem, że są takie kategorie błędu lekarskiego, które będą wystarczające dla stwierdzenia winy także w ujęciu subiektywnym). Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09, niepubl.). Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku "błędu w sztuce", czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, czyli polegający na zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca. Przy ocenie postępowania lekarza należy też mieć na względzie uzasadnione oczekiwanie nienarażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia, przydatny może być również test oparty na pytaniu, czy niekorzystnego skutku można było uniknąć oraz czy lekarz w danym przypadku powinien był i mógł zrobić więcej (lepiej). (por także uzasadnienie wyroku SN z dnia 18.01.2013r., IC CSK 431/12).

Odnosząc powyższe rozważania do niniejszego stanu faktycznego, zasadnie sąd I instancji nie znalazł dostatecznych podstaw, aby przypisać lekarzowi wykonującemu w dniu 22.06.2011r. operację powódki wyczerpanie swym zachowaniem zarówno elementu obiektywnego, jak subiektywnego w odniesieniu do zakresu samego zabiegu chirurgicznego. W tej kwestii zasadnicze ustalenia zostały poczynione w oparciu o dowody z opinii biegłych sądowych. Zanim Sąd Okręgowy odniesie się do nich w sposób bardziej szczegółowy, należało stwierdzić, że zarzut naruszenia art. 217§1 kpc w zw. z art. 227 kpc i art. 278 kpc okazał się nieuzasadniony.

Zgodnie bowiem z art. 278 § 1 k.p.c. sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z opinii dalszych biegłych, gdy zachodzi taka potrzeba, a w szczególności, gdy przeprowadzona już opinia zawiera istotne luki, jest nieprzekonująca, niekompletna, pomija lub wadliwie przedstawia istotne okoliczności, nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, jest niejasna, nienależycie uzasadniona czy nieweryfikowalna. Odrzucając opinię biegłego i polemizując z jego wnioskami w sferze wymagającej wiadomości specjalnych, bez zasięgnięcia opinii innego biegłego Sąd narusza art. 278, art. 286 oraz art. 233 § 1 k.p.c. (porównaj między innymi orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2005 r. II UK 124/04, niepubl., z dnia 7 lipca 2005 r. II UK 277/04, OSNP z 2006 r., nr 5-6, poz.97, z dnia 26 października 2006 r. I CSK 166/06, z dnia 17 grudnia 2008 r. I UK 133/08, z dnia 20 stycznia 2009 r. II CSK 229/08, z dnia 14 maja 2009 r. II UK 211/08, z dnia, z dnia 19 sierpnia 2009 r. III CSK 7/09 i z dnia 27 lipca 2010 r. II CSK 119/10, niepubl.). (zob. wyrok Sygn. akt III CSK 243/12).

Nie można przyjąć, wbrew stanowisku skarżącej, że sąd obowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych, czy też instytutu w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony, która o to wnosiła. Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszej opinii, gdy zachodzi taka potrzeba, a więc wtedy, gdy opinia, którą dysponuje zawiera istotne luki, bo nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, jest niejasna, czyli nienależycie uzasadniona lub

nieweryfikowalna, tj. gdy przedstawiona przez eksperta analiza nie pozwala organowi orzekającemu skontrolować jego rozumowania co do trafności jego wniosków końcowych. (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 19 sierpnia 2009 r., III CSK 7/09, LEX nr 533130). (zob. wyrok Sygn. akt V CSK 254/14). Takich negatywnych cech nie zawierają złożone w sprawie opinie biegłych sądowych zarówno z zakresu chorób kobiecych i położnictwa – E. B., jak i z zakresu chirurgii ogólnej i urologii – Z. J..

Zgodnie z art. 286 k.p.c., sąd może - w razie potrzeby - zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. W świetle tego unormowania, sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z opinii dalszych biegłych, jeżeli zachodzi taka potrzeba, a więc w szczególności wtedy, gdy przeprowadzona już opinia zawiera istotne luki, jest nieprzekonująca, niekompletna, pomija lub wadliwie przedstawia istotne okoliczności, nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, jest niejasna, nienależyte uzasadniona lub nieweryfikowalna. W judykaturze utrwalił się pogląd, iż sąd nie jest zobowiązany dopuścić dowód z opinii kolejnego biegłego, czy też opinii instytutu tylko z tej przyczyny, że dotychczasowa opinia była dla strony niekorzystna (zob. m.in. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 14 marca 2007 r., I CSK 465/06, OSP 2008, nr 11, poz.123; z dnia 27 lipca 2010 r., II CSK 119/10, nie publ. i z dnia 20 marca 2014 r., II CSK 296/13, nie publ.). (zob. wyrok SN z dnia 21.05.2014r. Sygn. akt II CSK 441/13). Dlatego też Sąd okręgowy oddalił wniosek dowodowy z opinii innego biegłego lub zespołu biegłych zawarty w apelacji.

Odnosząc powyższe uwagi do niniejszej sprawy, wskazać należało, że w rzeczywistości wskazane opinii nie pozostają względem siebie w sprzeczności, czy też miały okazać się niejasne lub niepełne.

Rozpoczynając analizę od pisemnych opinii biegłej sądowej Z. J., a zwłaszcza od jej opinii z dnia 5.09.2015r. wskazać należało, że biegła ta wprawdzie wskazała, że powstanie przetoki pęcherzowo-pochwowej z dużym prawdopodobieństwem związane było z nierozpoznanym w trakcie przeprowadzonego zabiegu ginekologicznego w dniu 22.06.2011r. uszkodzeniem pęcherza moczowego (k. 523/v.; 524), co jest zrozumiałe, gdy się uwzględni stosunkowo nieznaczny okres czasu, jaki zaistniał pomiędzy wykonaniem tego zabiegu, a ujawnieniem się symptomów świadczących o zaistnieniu przetoki pęcherzowo-pochwowej, jednak z opinii tej nie wynikało, co mogło być pośrednią lub bezpośrednią przyczyną powstania tej przetoki pęcherzowo-pochwowej. Biegła spekulowała, iż miejsce, w którym doszło do powstania przetoki pęcherzowo-pochwowej było zlokalizowane na linii szwów w szczycie pochwy, bądź że przetoka powstała w wyniku martwicy tkanek, na skutek uprzedniego przebicia pęcherza moczowego szwami założonymi na kikut pochwy. Biegła określiła tego rodzaju sytuacje, jako powikłania pooperacyjne, które mogą zdarzyć się najlepszym chirurgom. Nie wskazała jednak, iż rzeczywiście w niniejszym przypadku miało dojść do zaistnienia po stronie operującego lekarza błędu w sztuce lekarskiej, stanowiącego wynik nie przestrzegania standardów medycznych i procedur medycznych wynikających z powszechnie ustalonego stanu wiedzy medycznej (opinia uzupełniająca z dnia 29.01.2016r., k. 560/v.). Powikłanie, jakie wystąpiło u powódki w postaci przetoki pęcherzowo-pochwowej było bowiem niezależne od przestrzegania ustalonych standardów medycznych i procedur medycznych.

W tym kontekście, wyniki opinii biegłej sądowej E. B., są zbieżne z wynikami końcowymi omówionych opinii z dnia 5.09.2015r. i 29.01.2016r.. Mianowicie biegła sądowa E. B. zarówno w swoich pisemnych opiniach, jak i podczas przesłuchania na rozprawie w dniu 21.11.2014r. (k. 479-480) również nie dopatrzyła się wystąpienia po stronie lekarza operującego błędu w sztuce lekarskiej. Wprawdzie wskazała, że to zabieg operacyjny przeprowadzony w dniu 22.06.2011r. doprowadził do powstania przetoki, lecz powstanie przetoki pęcherzowo-pochwowej nie stanowiło w tym przypadku błędu w sztuce lekarskiej, gdyż tego typu powikłanie jest jednym z następstw pooperacyjnych lub śródoperacyjnych występujących w tego typu operacjach (k. 431). Wskazała, że do tego typu powikłania najczęściej prowadzi uszkodzenie ściany pęcherza moczowego w trakcie oddzielania od niej dużej macicy mięśniakowatej lub guzów nowotworowych. Sprzyja temu zwiotczenie lub ściętnienie ściany pęcherza (zob. wyjaśnienie, k. 479/v.), która uciskana była uprzednio przez guz nowotworowy lub mięśniak. W tych warunkach nietrudno jest przedrzeć, naciąć ścianę, lub do tego stopnia upośledzić jej ukrwienie, że ulegnie ona wtórnej martwicy w przebiegu pooperacyjnym (k. 427, 428). Biegła wskazała, że najczęściej do uszkodzenia pęcherza dochodzi poprzez przecięcie ściany, zmiżdżenie, wyrwanie fragmentu, czy też uchwycenie w szew (k. 428), ale znowu nie sposób w oparciu o zgromadzony materiał dowodowy było przyjąć, że tego typu zachowanie, które nie zostało przecież w oparciu o zgromadzony w sprawie materiał dowodowy ustalone, należało przypisać lekarzowi operującemu. Podkreśliła jednak w opinii uzupełniającej

z dnia 29.09.2014r., że najprawdopodobniej do powstania ppp doszło podczas odpreparowywania mięśniaka macicy w wyniku ścieńczenia ściany pęcherza (tj. w takim przypadku, kiedy ściana jest cieńsza niż powinna, przez co jest mniej sprężysta i wytrzymała, k. 479/v.) w miejscu leżącego guza (k. 471). Reasumując, należało zgodzić się ze stwierdzeniem biegłej sądowej – E. B. – specjalisty chorób kobiecych i położnictwa, że najbardziej prawdopodobną przyczyną powstania ppp był proces ścieńczenia ściany pęcherza spowodowany uciskiem dużego mięśniaka (guza), która to ściana pęcherza po usunięciu narządu rodno objętego tym guzem mogła samoistnie zacząć przepuszczać mocz na odcinku odleżyny powstałej podczas ucisku guza (k. 430).

Istotną kwestią, na co zwróciła uwagę biegła E. B. było to, że doszło do prawidłowego rozpoznania przetoki pęcherzowo-pochwowej i wdrożenia prawidłowej procedury leczniczej, która doprowadziła do wyeliminowania powikłania.

Ponadto, na co słusznie zwracali uwagę przesłuchani w sprawie świadkowie: M. G. (k. 232-233); A. M. (k. 233-235), czy W. G. (k. 268-270), gdyby miało dojść do uszkodzenia u powódki, nawet przypadkowego, w wyniku nieostrożności chirurga wykonującego zabieg, ściany pęcherza moczowego, to wtedy objawy ppp wystąpiłyby natychmiast (jeszcze w trakcie zabiegu), a nie dopiero po 8 dobach. Zaprezentowany przez wskazanych świadków tok rozumowania pozostaje zatem w zgodzie z zasadniczym wnioskiem obu biegłych sądowych, które uznały, że ściana pęcherza w wyniku ścieńczenia (osłabienia) na skutek nacisku guza, w sposób związany wyłącznie z odseparowaniem guza zaczęła przepuszczać mocz.

Podsumowując, Sąd Rejonowy słusznie przyjął, że w niniejszym przypadku nie mieliśmy do czynienia z błędem lekarskim w powyższym rozumieniu. Na marginesie należało zauważyć, że sąd I instancji rozważał błędną podstawę odpowiedzialności strony pozwanej, za zatrudnionego na umowę o pracę w pełnym wymiarze pracy lekarza J. S. (2) (por. zaświadczenie z dnia 15.11.2016r., k. 662). Mianowicie podstawą tą nie może być art. 415 kc, lecz co najwyżej art. 430 kc. Przepis art. 415 kc dotyczy bowiem odpowiedzialności lekarza za własne działanie lub zaniechanie. Natomiast podstawa odpowiedzialności z art. 430 kc odnosi się do zakładu opieki zdrowotnej, w której zatrudniony jest dany lekarz, któremu przypisuje się wyrządzenie poszkodowanemu w sposób nieumyślny szkody przy wykonywaniu czynności zawodowych. Jak wynikało z zaświadczenia z dnia 15.11.2016r. J. S. (2) w dniu wykonywania zabiegu był zatrudniony u pozwanego w ramach umowy o pracę w pełnym wymiarze pracy. Natomiast, w przypadku zarzutu zakażenia powódki bakterią *Klebsiella pneumoniae*, można byłoby rozważać odpowiedzialność strony pozwanej na zasadzie art. 416 kc (wina własna strony pozwanej o charakterze organizacyjnym), o czym szerzej będzie mowa w dalszej części uzasadnienia.

Z obowiązkami lekarza dotyczącymi samego procesu leczenia, co było przedmiotem powyższych rozważań, wiąże się także w sposób integralny obowiązek uprzedniego udzielenia odpowiedniej informacji. W tym zakresie, Sąd Okręgowy z urzędu dopuścił dowód z uzupełniającego przesłuchania świadka J. S. (2) oraz dowodu z przesłuchania powódki, gdyż dopiero ustalony w sposób prawidłowy stan faktyczny, pozwala na zastosowanie właściwych norm prawa materialnego (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 2003 r., V CKN 1825/00, Biul. SN- IC 2003, nr 12, s. 46 i wyrok z dnia 5 października 2012 r., IV CSK 89/12).

Jak przyjmuje się w orzecznictwie i doktrynie 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. Sąd Okręgowy podziela ten nurt orzecznictwa, który da się zauważyć w ostatnim okresie, że na tle koncepcji zgody uświadomionej można konstruować „samodzielnego deliktu” lekarza polegającego na nieudzieleniu pacjentowi pełnej, przystępnej informacji o możliwych powikłaniach określonego zabiegu. Delikt taki uzasadniać odpowiedzialność szpitala za szkodę poniesioną przez poszkodowanego pacjenta (art. 430kc), nawet, gdy sam zabieg, jak na to wskazywały prawidłowo zinterpretowane opinie sądowe obu biegłych, wykonany został przez J. S. (2) w sposób prawidłowy. W wyroku SN z dnia 26.04.2007r., II CSK 2/07 przekonywująco przyjęto, że zachowanie wspomnianego obowiązku informacyjnego przez lekarza może być oceniane jedynie z punktu widzenia samej konstrukcji zgody objaśnionej (wystąpiła ona lub nie), a nie jako jakiś

samodzielny delikt lekarza (art. 415 kc). Dopiero stwierdzenie braku zgody objaśnionej (z racji zaniechania obowiązku informacyjnego) może oznaczać stan bezprawności interwencji medycznej. Ciężar udzielenia pacjentowi niezbędnych informacji przed określonym typem interwencji obciąża w niniejszym przypadku szpital (art. 6 kc). (por. zob. Mirosław Bączyk, „Odpowiedzialność deliktowa lekarza i samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej za szkodę wyrządzoną przy leczeniu – w najnowszym orzecznictwie Sądu Najwyższego”, Przegląd Sądowy, lipiec-sierpień 2011r., s. 9-23). Podsumowując, 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 (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 listopada 1979 r., IV CR 389/79, OSNC 1980, nr 4, poz. 81). Obowiązek informacji uregulowany w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry obejmuje normalne, przewidywalne, choćby nawet występujące rzadko (odnosi się to do ppp - por. raport, k. 68), ale niedające się wykluczyć, następstwa zabiegu operacyjnego, zwłaszcza gdy mają one niebezpieczny dla życia lub zdrowia charakter; nie oznacza to, by informacja miała zawierać wszystkie możliwe następstwa zabiegu, nawet nietypowe i nieobjęte normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu, które mogą wystąpić w szczególnych wypadkach powikłań (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 28 września 1999 r., II CKN 511/98, niepublikowany, z dnia 9 listopada 2007 r., V CSK 220/07, niepublikowany i z dnia 3 grudnia 2009 r., II CSK 337/09, P. i M. 2012, nr 2).

Odnosząc powyższe rozważania do niniejszego stanu faktycznego, uzupełnionego w toku postępowania apelacyjnego, w pierwszej kolejności należało odnieść się do stwierdzenia bieglej sądowej – E. B. – specjalisty chorób kobiecych i położnictwa, która wyraziła stanowisko, że powódka musiała zostać poinformowana (biegła tą okoliczność przyjęła jako aksjomat) o możliwości wystąpienia ppp, gdyż takie powikłanie jest uwzględniane w zakresie powikłań pooperacyjnych w tego typu zabiegach (k. 431). Ze zgromadzonego materiału dowodowego wynikało, że wystąpienie ppp, po przeprowadzonym w dniu 22.06.2011r. zabiegu operacyjnym jest powikłaniem typowym, lecz występującym rzadko (od 0,5% do 2% przypadków, zob. k. 68 - „Raport zespołu ds. oceny prawidłowości postępowania diagnostyczno-leczniczego (...)” z dnia 2.04.2012r.). Samo jednak uznanie tego powikłania za "rzadkie" nie jest wystarczające do stwierdzenia, że wykracza ono poza granice wymaganej informacji w rozumieniu art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. W szczególności należy mieć na względzie, że powikłanie to, niewątpliwie mające niebezpieczny dla zdrowia charakter, jest raczej objęte normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu, aniżeli niedającym się przewidzieć, nadzwyczajnym i szczególnym wypadkiem.

W aktach sprawy, w dokumentacji medycznej (k. 134-135) znajduje się podpisana przez powódkę (powódka podczas przesłuchania w dniu 10.01.2017r. potwierdziła ten fakt), zgoda na wykonanie omawianej operacji, lecz ze zgody tej nie wynika, w jakim zakresie powódka została uprzedzona o ewentualnych następstwach przeprowadzonego w dniu 22.06.2011r. zabiegu. Dowód z przesłuchania świadka J. S. (2) (k. 664) nie doprowadził do katerycznego przyjęcia, że lekarz wykonujący zabieg, po pierwsze w ogóle poinformował powódkę o możliwości wystąpienia powikłań operacyjnych lub pooperacyjnych, w szczególności ppp, pomimo, że miał ku temu wystarczająco dużo sposobności, skoro przed przeprowadzeniem operacji czterokrotnie przyjmował powódkę na wizytach w różnych placówkach medycznych. Wprawdzie przesłuchany świadek wskazał, że standardowo przekazuje się pacjentom informacje o możliwości wystąpienia powikłań polegających na uszkodzeniu sąsiednich organów takich jak pęcherze moczowy, moczowody, jelita, czy też wystąpieniu w trakcie operacji krwawień, czy też zatorów zakrzepowych po operacji, lecz brak było wystarczających przesłanek, aby uznać, że w tym konkretnym przypadku świadek przekazał powódce w sposób zrozumiały informacje o możliwych do wystąpienia powikłaniach, w tym ppp, która choć jest rzadkim powikłaniem, to jednak należy do typowych powikłań w tego rodzaju zabiegach. Argumentem wzmacniającym tezę, że lekarz wykonujący zabieg w ogóle nie poinformował powódki o możliwości wystąpienia ppp, było to, że świadek (j. S.) wyraźnie wskazał podczas przesłuchania, że był zaskoczony, że wystąpiła ppp. Logicznym pozostaje bowiem, że skoro ktoś twierdzi, że wystąpienie danej sytuacji jest mało prawdopodobne, a tym samym stanowi dla niego zaskoczenie, to nie tylko, że nie uświadamia sobie możliwości jej wystąpienia, lecz tym bardziej nie artykułuje tego na zewnątrz wobec pacjenta. Wniosek ten tym bardziej zasługuje na aprobatę, gdy uwzględni się treść zeznań świadka J. S. (2) złożonych w dniu 22.01.2013r. przed sądem I instancji (k. 235/v.), z których wynikało, że dopiero po zabiegu podczas wielokrotnych rozmów z powódką tłumaczył jej (po uprzednim zapoznaniu się z wiedzą zawartą w podręczniku medycznym) przyczyny powstania ppp. Logiczny z tego można wysunąć wniosek, że gdyby lekarz przed zabiegiem

miał uprzedzić powódkę o możliwości wystąpienia ppp, to wtedy zbędnym byłoby składanie wobec powódki wyjaśnień odnośnie przyczyn wystąpienia tego rodzaju powikłania już po wykonaniu zabiegu i wystąpieniu ppp, a na dodatek dopiero po przypomnieniu sobie wiedzy o przyczynach powstawania przetoki. Ta wypowiedź koresponduje zatem z przywołanym już stwierdzeniem świadka wyrażonym podczas przesłuchania w dniu 10.01.2017r., że był zaskoczony wystąpieniem ppp, a zatem należało postawić wniosek, że w ogóle nie brał pod uwagę, że może to powikłanie zaistnieć, a w konsekwencji nie uznawał, że należy o tym uprzedzić powódkę.

Kolejnym argumentem wzmocniającym stanowisko sądu odwoławczego, że lekarz w ogóle, a w szczególności odnośnie ppp, nie informował powódki o możliwości wystąpienia ewentualnych powikłań, było stwierdzenie świadka przesłuchiwanego w dniu 10.01.2017r., że najprawdopodobniej nie był nawet obecny przy podpisywaniu przez powódkę zgody na zabieg. Skoro w dokumentacji medycznej, poprzedzającej podpisanie zgody nie ma jakichkolwiek zapisków o przekazaniu powódce informacji o możliwości wystąpienia ewentualnych powikłań, znaczyło to, że kwestie odebrania od powódki zgody zostały przekazane bliżej nieokreślonemu personelowi medycznemu, co przemawia za daniem wiary zeznaniom powódki, która zaprzeczyła, aby lekarz informował ją w ogóle o możliwości uszkodzenia sąsiednich organów. Wprawdzie scedowanie odebrania od pacjenta zgody może być przekazana innej osobie spośród personelu medycznego, ale wymagałoby to szczegółowego wskazania w kwestionariuszu zgody konkretnie o jakiego rodzaju możliwych powikłaniach powódka miała zostać uprzedzona. Zastosowana przez stronę pozwaną forma odbierania zgody na zabieg okazała się w realiach niniejszej sprawy niewystarczająca, gdyż nie sposób ustalić po tak długim czasie, czy, a jeżeli tak to konkretnie o jakich możliwych powikłaniach pacjent został poinformowany. Podkreślić należało, że taka sytuacja nie mogła jednak obciążać powódki, gdyż to na stronie pozwanej ciąży ciężar wykazania, że osoba dochodząca roszczeń wyraziła uświadomioną zgodę. W ocenie Sądu Okręgowego, strona pozwana nie wywiązała się z tego obowiązku, dlatego też należało przypisać stronie pozwanej delikt w rozumieniu art. 430kc. Wprawdzie, powódka w twierdzeniach zawartych w pozwie nie wskazywał konkretnie na fakt nieudzielenia właściwej informacji, poprzedzającej wykonanie w dniu 22.06.2011r. zabiegu, ale tak jak już powiedziano z obowiązkiem lekarza dotyczącym samego procesu leczenia, wiąże się integralnie obowiązek udzielenia odpowiedniej informacji i nie można było tych dwu kwestii w niniejszej sprawie rozdzielać, uznając, że są to dwa różne zdarzenia powodujące powstanie dwóch różnych deliktów. Zatem obowiązkiem Sądu Okręgowego było ustalenie pełnego stanu faktycznego, obejmującego również kwestie, czy w sprawie doszło do wyrażenia przez powódkę zgody „objaśnionej”, „poinformowanej” lub „uświadomionej”, gdyż dopiero w takiej sytuacji, powódka mogłaby przejąć na siebie ryzyko wystąpienia ppp.

Przechodząc do kwestii zarzutów związanych z brakiem przypisania stronie pozwanej odpowiedzialności za bakteryjne zakażenie szpitalne należało na wstępie stwierdzić, że w myśl art. 361 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła (§ 1), a w tych granicach, w braku odmiennego przepisu ustawy lub postanowienia umowy, naprawienie szkody obejmuje straty, które poszkodowany poniósł, oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono (§ 2). Przepis ten jest ściśle powiązany z art. 363 k.c., zgodnie z którym w szczególności, jeżeli naprawienie szkody ma nastąpić w pieniądzu, wysokość odszkodowania powinna być ustalona według cen z daty ustalenia odszkodowania, chyba że szczególne okoliczności wymagają przyjęcia za podstawę cen istniejących w innej chwili. Przyjmuje się, że art. 361 § 1 k.c. opiera się na założeniach teorii przyczynowości adekwatnej, zgodnie z którą związek przyczynowy zachodzi tylko wtedy, gdy w zestawie wszystkich przyczyn i skutków mamy do czynienia jedynie z takimi przyczynami, które normalnie powodują określone skutki. Nie wystarczy więc istnienie związku przyczynowego jako takiego, ale wymagane jest stwierdzenie, że chodzi o następstwa normalne. Należy więc ustalić, czy w ogóle pomiędzy kolejnymi faktami istnieją obiektywne powiązania (czy dany fakt jako przyczyna był koniecznym warunkiem wystąpienia drugiego z nich jako skutku, czyli czy bez niego skutek wystąpiłby). W razie pozytywnego stwierdzenia w tym zakresie należy rozważyć, czy powiązania można traktować jako "normalne", tzn. oczekiwane w zwykłej kolejności rzeczy, a więc niebędące rezultatem jakiegoś zupełnie wyjątkowego zbiegu okoliczności. Wedle teorii przyczynowości adekwatnej w odmianie obiektywizującej, dane następstwo ma charakter "normalny" wówczas, gdy pojawienie się przyczyny badanego rodzaju każdorazowo zwiększa obiektywne prawdopodobieństwo wystąpienia rozpatrywanego skutku. Zwiększenie prawdopodobieństwa ustalić należy w oparciu o znajomość obiektywnych reguł

i zasad rządzących danym rodzajem faktów i zależności, a także na podstawie doświadczenia i wiedzy o podobnych (do badanej) zależnościach. Związek przyczynowy jest zatem niezbędną przesłanką odpowiedzialności cywilnej. Lekarz lub inny członek personelu medycznego odpowiada tylko za normalne następstwa swojego działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Zależność ta, tak trudna do wykazania w wielu sytuacjach, przy tzw. wypadkach medycznych doznaje dodatkowych problemów. Wynikają one z faktu, że w przypadku szkody wyrządzonej podczas leczenia w grę wchodzi procesy biologiczne, mało uchwytnie i niepoddające się zewnętrznej obserwacji, z czym mieliśmy do czynienia w niniejszej sprawie. Czasami nie sposób wykazać, czy konkretny uszczerbek wywołało zawinione zachowanie lekarza lub innego członka personelu medycznego, czy też zaistniały dodatkowe elementy, których wpływu na powstanie lub zwiększenie rozmiarów szkody nie można precyzyjnie określić. Tego rodzaju wątpliwości powstają przede wszystkim przy tzw. zakażeniach szpitalnych (wirus żółtaczkowy typu „B”, gronkowiec złocisty, wirus HIV itp.). Zakażenia spowodowane przez bakterie lub wirusy mogą się bowiem ujawnić zarówno podczas hospitalizacji, jak i po wypisaniu do domu, a nawet w trakcie pobytu w kolejnym podmiocie leczniczym. Chwila ujawnienia się skutków zakażenia zależy od okresu inkubacji określonej choroby, kondycji organizmu człowieka, jego stanu zdrowia, rodzaju przebytych uprzednio infekcji oraz szeregu innych czynników. Ze względu na wskazane problemy początkowo uznawano, iż „w braku dowodu pewnego, wystarczające jest ustalenie wysokiego, graniczącego z pewnością stopnia prawdopodobieństwa, że zakażenie nastąpiło w szpitalu. Analiza najnowszych wyroków dowodzi, że wystarczy wykazanie „znacznego prawdopodobieństwa” związku przyczynowego między określonymi działaniami szpitala, a zakażeniem. Wyrazem tej linii orzeczniczej, która jest akceptowana przez Sąd Okręgowy rozpatrujący niniejszą sprawę jest wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 1998 r. III CKN 4/98, LEX nr 50231, PiM 1999/3/135, w którym sąd ten wskazał, że przeprowadzenie dowodu istnienia związku przyczynowo-skutkowego między pobytym w szpitalu a późniejszym zachorowaniem na żółtaczkę jest zadaniem ogromnie trudnym, w grę bowiem wchodzi procesy biologiczne trudno uchwytnie i nie poddające się obserwacji, dokumentacji itp. Z tej przyczyny w orzecznictwie przyjmuje się, że w braku dowodu pewnego - wystarczające jest ustalenie wysokiego, graniczącego z pewnością, stopnia prawdopodobieństwa, że zakażenie nastąpiło w szpitalu (tak m.in. w orz. SN z 17 VI 1969 - nie publ., II CR 165/69 - OSPiKA 1969 nr 7-8 poz. 155, z 17 VII 1974, II CR 415/73 - nie publ.). W podobnym duchu wypowiedział się SN w wyroku z 22 lutego 2012 r., IV CSK 245/11, Lex nr 1164750, w którym wskazał, że w sprawach o naprawienie szkód na osobie powstałych w związku z diagnostyką medyczną i leczeniem w orzecznictwie wypracowane zostały szczególne konstrukcje prawne, w znacznym stopniu łagodzące wymagania dowodowe stawiane osobom dochodzącym naprawienia szkody w odniesieniu do obowiązku wykazania poszczególnych przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej. Sąd Najwyższy niejednokrotnie podkreślał, że w sprawach o naprawienie szkód medycznych wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest - ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych - zadaniem ogromnie trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. Zauważał też, że istnienie związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą z reguły nie może być - gdy chodzi o zdrowie ludzkie - absolutnie pewne, gdyż związków zachodzących w dziedzinie medycyny nie da się sprowadzić do prostego wynikania jednego zjawiska z drugiego. Dlatego też wymaganie całkowitej pewności istnienia związku przyczynowego byłoby w znaczącej liczbie wypadków nierealne. W wyrokach z 20 sierpnia 1968 r., II CR 310/68 (OSNCP 1969, nr 2, poz. 38), z 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69 (OSPiKA 1970, nr 7-8, poz. 155) i z 12 stycznia 1977 r., II CR 571/76 (nie publ.) za dowód istnienia związku przyczynowego między szkodą na osobie a działaniem osób działających na rzecz i w imieniu podmiotu wykonującego usługi z zakresu ochrony zdrowia Sąd Najwyższy przyjął wykazanie dostatecznej dozy prawdopodobieństwa jego wystąpienia.

Równocześnie podkreślenia wymaga okoliczność, że pozwany ma możliwość wykazywania okoliczności, których zaistnienie osłabia (obniża) stopień prawdopodobieństwa, że zakażenie nastąpiło w szpitalu (zob. wyrok SN z dnia 6.11.1998r., III CKN 4/98, LEX nr 50231).

Odnosząc powyższe rozważania do niniejszej sprawy, wskazać należało, że powódka nie wykazała okoliczności uprawdopodobniających w dostatecznym stopniu, że zakażenie jej bakterią miało związek z jej pobytym na oddziale ginekologicznym szpitala w Ż. w okresie od dnia 21.06.2011r. do 05.07.2011r.. W tym zakresie obie biegle sądowe wydające w sprawie opinie wykluczyły możliwość zakażenia się powódki szczepem bakterii klebsiella pneumonie (k. 431, 471, 524-525). Przede wszystkim wskazać należało, że wprawdzie stwierdzona u powódki bakteria

jest tzw. szczepem szpitalnym, ale jak wynikało z dokumentacji przedłożonej przez stronę pozwaną (raportów bakteriologicznych), potwierdzoną w raporcie ds. oceny prawidłowości postępowania diagnostyczno-leczniczego z dnia 2.04.2012r. (k. 69), ani przed stwierdzeniem u powódki zakażenia, ani w późniejszym okresie badania materiału mikrobiologicznego przeprowadzone na oddziale ginekologicznym, nie stwierdziły występowania u pozwanego na tym oddziale opisywanego szczepu alarmowego. Szczepem tym, co było bezsporne można zarazić się również poza placówką medyczną, np. poprzez kontakt z osobą, która jest jego nosicielem i to w bardzo prosty sposób, tj. drogą kropelkową (por. k. 524-525). W niniejszym przypadku, powódka, przed rozpoczęciem hospitalizacji nie legitymowała się badaniami świadczącymi, że nie jest nosicielem tej bakterii. Gdyby mogła wykazać, że przed przyjęciem na pozwany oddział, nie była nosicielem tego szczepu, to bez wątplenia zachodziłby wyższy stopień prawdopodobieństwa nabycia go w trakcie hospitalizacji u pozwanego, gdyż nawet regularne przeprowadzanie wewnątrz zakładowych kontroli na obecność niepożądanych bakterii mogło pominąć występowanie ogniska zakażenia. Bez wątplenia zwiększenie prawdopodobieństwa zakażenia się u strony pozwanej wskazaną bakterią wystąpiłoby także w sytuacji, gdyby w tym samym okresie również u innych pacjentów lub u kogokolwiek z personelu medycznego, który miałby kontakt z powódką stwierdzono by występowanie tej samej bakterii. Wtedy bowiem trudno z logicznego punktu widzenia było by przyjąć, że wszystkie te osoby zaraziły się tą bakterią poza pozwaną placówką leczniczą. Taka sytuacja nie została jednak wykazana przez powódkę, co sprawia, że bardziej prawdopodobną sytuacją jest, że powódka zanim została przyjęta na leczenie była już nosicielką opisywanej bakterii, a jej ujawnienie się w wyniku zmniejszenia odporności spowodowanej procesem leczenia, zaistniało dopiero podczas hospitalizacji.

Podsumowując rozważania stronie pozwanej można było przypisać delikt z art. 430kc, za bezprawne działanie lekarza J. S. (2) polegające na braku poinformowania powódki o możliwości wystąpienia ppp, a tym samym nie doszło do odebrania od powódki zgody na ustalone leczenie w sposób „uświadomiony” („objaśniony”). Bezskuteczność zgody spowodowana nieudzieleniem właściwej informacji przesądziło o bezprawności działania lekarza zatrudnionego przez stronę pozwaną. Brak zgody w niniejszym przypadku stanowił autonomiczną podstawę żądania zadośćuczynienia.

W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta, jakim w niniejszym przypadku jest prawo do informacji w powyższym rozumieniu, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę (art. 445§1kc). Sąd przyznając zadośćuczynienie w kwocie 10000zł miał na względzie, iż doszło do istotnego naruszenia obowiązków ciążących na lekarzu wykonującym operację. Można było racjonalnie przyjąć, że gdyby powódka została prawidłowo uprzedzona o możliwych powikłaniach, w szczególności ppp, to wtedy, wystąpienie ppp nie wywołało by u niej takiego wstrząsu psychicznego i z pewnością pozwoliłoby jej łatwiej pogodzić się z problemami związanymi z codziennym funkcjonowaniem, do czasu usunięcia ppp, który to zabieg, co należało podkreślić skończył się powodzeniem, co bez wątplenia wpływało na określenie wysokości zadośćuczynienia. Być może w sytuacji, gdyby powódka została w sposób właściwy poinformowana o możliwości wystąpienia określonego rodzaju powikłań, w tym ppp, to powódka przełożyłaby zabieg, aby przemyśleć konieczność wykonania zabiegu, skierowała by się od innego lekarza w celu skonsultowania swoich wątpliwości, a być może ostatecznie zmieniłaby placówkę medyczną, w celu wykonania operacji. W ocenie sądu okręgowego nawet osobiste starania lekarza związane z opieką nad powódką po zaistnieniu powikłań nie mogły w dostateczny sposób zmniejszyć cierpienie powódki z powodu braku uprzedzenia o możliwości wystąpienia tak poważnego powikłania, powodującego istotne pogorszenie komfortu życiowego powódki. Ponadto wysokość przyznanego zadośćuczynienia odpowiada stosunkowi żądania, do stwierdzonych uchybień po stronie pozwanej. Gdyby bowiem miało dojść do przypisania pozwanemu odpowiedzialności również za wystąpienie błędu w sztuce lekarskiej związanej z przeprowadzeniem samego zabiegu medycznego, jak i przypisaniem pozwanemu zakażenia szpitalnego bez wątplenia zakres odpowiedzialności należałoby rozważać w górnych granicach żądania pozwu. Ponadto, jak powszechnie przyjmuje się w orzecznictwie, kwota przyznanego zadośćuczynienia nie może być iluzoryczna, lecz przedstawiać dla pokrzywdzonej osoby realną wartość i wynagradzać jej doznaną krzywdę i cierpienie. Z kolei dla strony odpowiedzialnej powinna stanowić odczuwalną dolegliwość, a w szczególności doprowadzić do polepszenia lub nawet zmiany procedury informowania pacjentów o możliwości wystąpienia określonego rodzaju powikłań w sposób jak najbardziej enumeratywny, a nie tak ogólnikowy, jak w niniejszej sprawie.

Zwrócić również należało uwagę, iż kwota wypłaconego zadośćuczynienia ulegnie zredukowaniu o kwotę kosztów procesu, jakie wygrała strona pozwana, co w przypadku przyznania znacząco niższego zadośćuczynienia spowodowałoby to, że nie doszło by do wypełnienia powyżej opisanych celów tego rodzaju świadczenia, godząc w poczucie sprawiedliwości i zdrowego rozsądku.

Uwzględniając powyższe okoliczności pkt. 1 zaskarżonego wyroku podlegał zmianie na podstawie art. 386§1 kpc. Odsetki za opóźnienie w rozumieniu art. 481§1 i 2 kc należało przyznać od dnia skutecznego wniesienia pozwu, co miało miejsce dopiero po uzupełnieniu braków formalnych pozwu (k. 34-36). Skoro już uprzednio na podstawie art. 455kc powódka wzywała stronę pozwaną do przyznania zadośćuczynienia (k. 10-12), przyznanie odsetek za opóźnienie od dnia 25.06.2012r. okazało się w pełni uzasadnione.

W pozostałym zakresie apelacja powódki podlegała oddaleniu na podstawie art. 385kpc (pk. II).

Sąd odwoławczy w pełni podzielił stanowisko sądu I instancji, iż od powódki należało jedynie częściowo zasądzić koszty procesu po myśli art. 102 kpc. Przepis art. 102 kpc pozwala na odstępnie od zasady odpowiedzialności za wynik procesu, gdy jej zastosowanie byłoby trudne do pogodzenia z poczuciem sprawiedliwości oraz zasadami współżycia społecznego (zob. G. Misiurek, Komentarz do art. 102 Kodeksu postępowania cywilnego, stan prawny: 1 stycznia 2013r., Lex). Sposób skorzystania z tego przepisu jest suwerennym uprawnieniem jurysdykcyjnym sądu i do jego oceny należy przesądzenie, czy wystąpił szczególnie uzasadniony wypadek, który uzasadnia odstępnie, a jeśli tak, to w jakim zakresie, od generalnej zasady obciążania kosztami procesu strony przegrywającej spór (zob. wyroki SN: z dnia 3 lutego 2010 r., II PK 192/09, Lex nr 584735 i z dnia 27 maja 2010 r., II PK 359/09, Lex nr 603828 oraz postanowienia SN: z dnia 19 października 2011 r., II CZ 68/11, Lex nr 1044004 i z dnia 20 kwietnia 2012 r., III CZ 17/12, Lex nr 1164739). Jeśli chodzi o okoliczności podlegające ocenie z punktu widzenia art. 102 kpc, Sąd Okręgowy podziela stanowisko zaprezentowane w orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 7 kwietnia 2013 r., V Cz 124/12 (Lex nr 1341727), który stwierdził, że przepis ten pozostawia sądowi orzekającemu swobodę oceny, czy fakty związane z przebiegiem procesu, jak i dotyczące sytuacji życiowej strony, stanowią podstawę do nieobciążania jej kosztami procesu. Do kręgu "wypadków szczególnie uzasadnionych" należą zarówno okoliczności związane z samym przebiegiem procesu, jak i leżące na zewnątrz. Do pierwszych zaliczane są sytuacje wynikające z charakteru żądania poddanego rozstrzygnięciu, jego znaczenia dla strony, subiektywne przekonanie strony o zasadności roszczeń, przedawnienie, prekluzja. Drugie natomiast wyznacza sytuacja majątkowa i życiowa strony, z tym zastrzeżeniem, że niewystarczające jest powoływanie się jedynie na trudną sytuację majątkową, nawet jeśli była podstawą zwolnienia od kosztów sądowych i ustanowienia pełnomocnika z urzędu. Całokształt okoliczności, które mogłyby uzasadniać zastosowanie tego wyjątku, powinien być oceniony z uwzględnieniem zasad współżycia społecznego (podobnie zob. wyrok SA w Warszawie z 10 lipca 2013 r., VI ACa 1414/12, Lex nr 1363410). Przepis ten nie może być rozszerzająco wykładany i wyklucza uogólnienie, a może być stosowany w zależności od konkretnego przypadku.

Odnosząc powyższe uwagi do niniejszej sprawy wskazać należało, że sprawa miała bez wątpienia precedensowy charakter, była poddana wieloaspektowemu badaniu. Nie można było odmówić racji powódce, iż subiektywnie mogła mieć w pełni rację odnośnie wszystkich zgłoszonych w pozwie roszczeń. Dlatego też, uwzględniając ponadto trudną sytuację osobistą i majątkową powódki, co znalazło wyraz chociażby w zwolnieniu jej od opłaty od pozwu, jak i apelacji, zażalenie strony pozwanej podlegało oddaleniu na podstawie art. 385kpc w zw. z art. 397§2 kpc (pkt. III). Ponieważ Sąd okręgowy podzielił nie tylko co do zasady, lecz również, co do wysokości zakres obciążających powódkę kosztów procesu za I instancję, to skoro powódka ostała się z żądaniem co do kwoty 10000zł, obciążające powódkę za I instancję koszty procesu należało jeszcze dodatkowo proporcjonalnie zredukować do kwoty 1613,60zł (pkt. Ib).

Jeśli chodzi o rozstrzygnięcie w zakresie kosztów procesu za II instancję (pkt. IV), to Sąd okręgowy kierował się tymi samymi zasadami, co przy rozstrzygnięciu co do kosztów procesu za I instancję. Mianowicie zastosowanie znajdował również przepis art. 102 kpc w zw. z art. 391§1 kpc poprzez częściowe obciążenie powódki kosztami procesu. Mianowicie koszty procesu wynikające z kosztów zastępstwa procesowego każdej ze stron wyniosły po 3600zł. Powódka ostała się z żądaniem w ok. 20%, a tym samym koszty procesu strony pozwanej podlegały redukcji o 1440zł (7200zł * 20%). Uzyskana w ten sposób kwota 2160zł podlegała dalszej redukcji o 300zł w związku z faktem,

że strona pozwana przegrała w całości postępowanie zażaleniowego. W ten sposób uzyskana kwota 1860zł, powinna być zmniejszona do kwoty 1500zł, skoro Sąd okręgowy zdecydował się na podstawie art. 102 kpc jedynie częściowo obciążyć powódkę kosztami procesu, nie stosując czystej postaci stosunkowego rozdziału kosztów procesu z art. 100kpc.

Ponieważ, co zostało już zaznaczone powódka została zwolniona zarówno od opłaty od pozwu, jak i opłaty od apelacji, stronę pozwaną należało obciążyć po myśli art. 113 ust.1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych obowiązkiem uiszczenia na rzecz Skarbu Państwa kwoty po 500zł tytułem zwrotu części opłaty od pozwu i apelacji, od uiszczenia której powódka została zwolniona (pkt. Ib i V).

SSO Leszek Filapek SSO Piotr Łakomiak SSO Andrzej Roman

Sędzia ref. I inst. SSR P. W.