

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 lutego 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSA Wiesława Kuberska

Sędziowie: SA Anna Cesarz

del. SO Marta Witoszyńska (spr.)

Protokolant: st. sekr. sąd. Julita Postolska

po rozpoznaniu w dniu 8 lutego 2018 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa P. Ż. (1)

przeciwko (...) Zespołowi (...) w P.

o zadośćuczynienie i rentę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Piotrkowie Trybunalskim

z dnia 31 marca 2017 r. 1sygn. akt I C 249/15

1. zmienia zaskarżony wyrok w punktach 2, 4 i 5 w ten sposób, że:

a) w punkcie 2 zasądza dodatkowo od (...) Zespołu (...) w P. na rzecz P. Ż. (1) kwotę (...) (dziesięć tysięcy) zł z tytułu zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 26 marca 2015 roku do dnia zapłaty, oddalając powództwo w pozostałym zakresie;

b) w punkcie 4 nakazaną do pobrania od powoda kwotę 1466,43 zł obniża do kwoty 1280,80 (jeden tysiąc dwieście osiemdziesiąt i 80/100) zł;

c) w punkcie 5 nakazaną do pobrania od strony pozwanej tytułem niewiszczonej opłaty kwotę 1050 zł podwyższa do kwoty 1550 (jeden tysiąc pięćset pięćdziesiąt) zł, a kwotę z tytułu wydatków w wysokości 389,81 zł podwyższa do kwoty 575,44 (pięćset siedemdziesiąt pięć i 44/100) zł;

2. oddala apelację w pozostałym zakresie;

3. nie obciąża powoda kosztami zastępstwa procesowego strony pozwanej w postępowaniu apelacyjnym;

4. nie obciąża obu stron niewiszczoną opłatą sądową od apelacji.

Sygn. akt I ACa 776/17

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 31 marca 2017 roku Sąd Okręgowy w Piotrkowie Trybunalskim, sygn. akt I C 249/15 w sprawie z powództwa P. Ż. (1) przeciwko (...) Zespołowi (...) w P.

o zadośćuczynienie i rentę

1. zasądził od strony pozwanej (...) Zespołu (...) w P. na rzecz powoda P. Ż. (1) kwotę 20.000 złotych z tytułu zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 26 marca 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,
2. oddalił powództwo w pozostałej części;
3. nie obciążył powoda P. Ż. (1) obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz strony pozwanej (...) Zespołu (...) w P.;
4. nakazał pobrać od powoda P. Ż. (1) z zasądzzonego roszczenia na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Piotrkowie Trybunalskim kwotę 1.466,43 złotych tytułem zwrotu wydatków poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa oraz nie obciąża powoda P. Ż. (1) nieuiszczoną opłatą sądową od oddalonej części powództwa;
5. nakazał pobrać od strony pozwanej (...) Zespołu (...) w P. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Piotrkowie Trybunalskim kwotę 1.050,00 złotych tytułem nieuiszczonej opłaty sądowej od uwzględnionej części powództwa oraz kwotę 389,81 złotych tytułem zwrotu wydatków poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa.

Sąd Okręgowy poczynił następujące ustalenia faktyczne, które Sąd Apelacyjny w całości podziela i przyjmuje za własne:

Powód P. Ż. (1) od 9 roku życia choruje na cukrzycę. W dniu 5 kwietnia 2011 r. powód rozpoczął leczenie w Poradni Chirurgicznej stanowiącej placówkę pozwanego (...) Zespołu (...) w P. Stwierdzono u niego stopę cukrzycową lewostronną, powikłaną owrzodzeniem pięty lewej z odczynem zapalnym. Był hospitalizowany w Oddziale Chirurgicznym (...) w dniach od 8 do 15 kwietnia 2011 r., leczony chirurgicznie dwukrotnymi nacięciami, drenażem i setonazem ran.

W listopadzie 2012r. powód nadepnął na gwóźdź, doznając rany klutej prawej stopy. W dniu 22 listopada 2012 r. zgłosił się do Poradni Chirurgicznej (...), gdzie stwierdzono u niego naciek zapalny podeszwy lewej po ranie klutej (gwóźdź). Rozpoczęto leczenie ambulatoryjne w Poradni Chirurgicznej, jednak bez dobrego wyniku. Po początkowym okresie poprawy ponownie wystąpił naciek zapalny lewej pięty (w dokumentacji występują mylne zapisy dotyczące strony ciała, winno być „prawej”). W okresie od dnia 15. 01. 2013 r. do dnia 23. 01. 2013r. powód był hospitalizowany w Oddziale Chirurgicznym (...) w P. z rozpoznaniem lekarskim: zespół stopy cukrzycowej, owrzodzenie cukrzycowe stopy prawej, odoskrzelowe zapalenie płuca prawego. Zastosowano wobec powoda antybiotykoterapię dwoma antybiotykami, leczenie chirurgiczne miejscowe, wykonywano kolejne nacięcia zmian ropnych prawej stopy, kontynuowano leczenie cukrzycy, która w tym czasie uległa znacznemu rozchwianiu. W dniu 15 stycznia 2013 r. został wykonany u powoda wymaz z rany prawej stopy, w którym stwierdzono wzrost szczepów *E. faecalis* - wrażliwych na 4 antybiotyki antybiogramu. Równolegle u powoda występowało w tym czasie zapalenie odoskrzelowe prawego płuca. W opisie zmian zamieszczonym w Historii Choroby Nr 368 pod datą 18. 01. 2013r.: rany grzbietu stopy i podeszwy czyste. Powoli zasklepiają się. Utrzymuje się niewielki obrzęk grzbietu stopy i powierzchni bocznej. Pod datą 21.01. 2013r.: rany stopy i podeszwy goją się dobrze. Czysto. Nic nie sączy. Obrzęk stopy ustąpił na grzbiecie, nieznaczny na bocznym brzegu stopy. Pod datą 23. 01. 2013r.: opatrunek osłonowy.

Powód ponownie zgłosił się do (...) w P. w dniu 28 stycznia 2013 r. z powodu nacieku zapalnego prawej stopy i zdekompensowanej cukrzycy. W dniu 31.01.2013 r. dokonano nacięcia ropnia w okolicy kostki bocznej prawej, pobrano treść na posiew, uzyskano wzrost szczepów gronkowca złocistego. U powoda wykonano jeszcze dwa nacięcia chirurgiczne prawej stopy: w dniu 8 lutego i w dniu 28 lutego.

W trakcie tej hospitalizacji powoda konsultowano w Oddziale Zapaleń Kości w O. w dniu 14 marca 2013r., tam zakwalifikowano powoda do amputacji podudzia w związku z rozległością zmian ropnych i osteolitycznych. Powód został wypisany z Oddziału Chirurgicznego (...) w P. na własną prośbę i przewieziony transportem sanitarnym (...) w P. przewiezony Szpitala Wojewódzkiego w B. w dniu 15 marca 2013 r. W Oddziale Chirurgicznym tego Szpitala wdrożono u powoda leczenie opatrunkami podciśnieniowymi oraz antybiotykoterapią (K.). Badanie RTG stopy wykazało rozległą osteolizę, szczególnie prawej kości piętowej, częściowo kości skokowej, też kości sześcienniej i kości klinowatych. Leczenie szpitalne zakończono w dniu 29 marca 2013r.

Następnie powód kontynuował leczenie w (...) w P. w dniu 17. 04. 2013 r., gdzie rozpoznano u niego stopę cukrzycową prawostronną, patologiczne złamanie prawej kości piętowej. W maju 2013 r. uzyskano częściowe wygojenie zmian. W dniu 24 lipca 2013 r. została umieszczona adnotacja: hospitalizowany w Szpitalu w B. z nawrotową ropowicą stawu skokowego, nacięcia obustronne ropnia. Aktualnie w trakcie terapii hiperbarycznej w Ł..

W dniu 16. 10. 2013r. dokonano wpisu - stan po upadku ze schodów, uraz prawej pięty, powierzchowna rana okolicy pięty (zagojona 23. 10. 2013r.). Wpis z dnia 22. stycznia 2014r.: martwica szczytu palucha.

W okresie od dnia 28. 04. 2014 r. do dnia 3.05. 2014r. powód był hospitalizowany w Oddziale (...) Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego w B. z rozpoznaniem prawostronnej stopy cukrzycowej. Badanie CT wykazało postępującą osteolizę kości piętowej, skokowej, kości piszczelowej i kości łódkowatej i sześcienniej. Powód został zakwalifikowany do leczenia zachowawczego. Po dacie tej hospitalizacji powód nie był już hospitalizowany.

Rany prawej stopy uległy wygojeniu. Powód ma obecnie zachowaną prawą stopę. Obecnie powód zgłasza skargi na trudności w chodzeniu spowodowane ubytkami kostnymi w zakresie prawej stopy oraz niestabilnością stawów stopy - głównie stawu skokowego. Powód chodzi o dwóch kulach łokciowych, odciąża prawą stopę, opiera się tylko na palcach stopy i częściowo na przodostopiu.

U powoda występuje osteoartropatia C. (stopa C. obustronna).

Leczenie powoda P. Ż. (1) w pozwanym (...) Zespole (...) w P. przebiegało zgodnie z obowiązującymi procedurami medycznymi w zakresie leczenia zakażeń stopy cukrzycowej. Oceniając zastosowane wobec powoda leczenie należy mieć na uwadze, że cierpiał on na wieloletnią cukrzycę młodzieńczą, rozchwianą, powikłaną obustronną stopą cukrzycową. Na ten stan nałożyła się zakażona rana kłuta prawej stopy w listopadzie 2012 r. Z dokumentacji medycznej z Poradni Chirurgicznej (...) nie wynika dokładny czas wystąpienia zdarzenia pod postacią zranienia prawej stopy. W związku z zakażoną raną kłutą prawej stopy - brak jest w dokumentacji medycznej opisu badania lekarskiego prawej stopy po zranieniu, opisano jedynie postępowanie od chwili rozpoznania nacieku zapalnego prawej stopy. Postępowanie to było prawidłowe, można było oczekiwać ewentualnie bardziej agresywnego podejścia do leczenia chirurgicznego. Wg relacji powoda chirurg leczący dokonał nacięcia zmian od razu, po zgłoszeniu się powoda. Wg zapisu w dokumentacji Poradni Chirurgicznej nacięcia zmiany dokonano dopiero w dniu 30 listopada 2012r.

Przebieg leczenia ambulatoryjnego w Poradni Chirurgicznej był prawidłowy. U powoda stosowano leczenie chirurgiczne, dokonywano nacięć zmian ropnych, stosowano antybiotykoterapię i leczenie opatrunkami. Brak wyleczenia zmian chorobowych w tym okresie nie może obciążać lekarza leczącego, może to być związane z samoistnym, niekorzystnym przebiegiem choroby podstawowej.

W okresie hospitalizacja w Oddziale Chirurgicznym (...) w dniach od 15 stycznia do 23 stycznia 2013r. postępowanie lecznicze wobec powoda było prawidłowe. Prawidłowo leczono powoda chirurgicznie, stosowano antybiotykoterapię i płukanie ran prawej stopy z użyciem właściwego lawaseptyku. Na długotrwały proces leczenia miała wpływ wieloletnia cukrzyca insulinozależna powoda, która wywołuje określone zaburzenia odporności. Dodatkowo u powoda istniały kolejne czynniki ryzyka w postaci angiopatii cukrzycowej i neuropatii cukrzycowej. Szczególnie angiopatia cukrzycowa upośledza krążenie krwi w tkankach stopy. U powoda istniały i istnieją powikłania cukrzycy pod postacią obustronnej osteoartropatii C. (czyli stopy C.). W obecnej dobie nie są znane ani dostępne metody i środki mogące przynieść

wyleczenie z tej choroby. Głównym leczeniem chorych z cukrzycą zajmują się specjaliści z zakresu medycyny wewnętrznej o podspecjalności diabetologia. To ci lekarze wyznaczają sposoby i kierunki terapii u chorych na cukrzycę i tak było również w przypadku powoda. Zadaniem lekarzy chirurgów jest leczenie powikłań cukrzycy: głównie powikłań infekcyjnych, naczyniowych oraz leczenie powikłań tzw. „stopy cukrzycowej”. Celem leczenia w takich przypadkach, jak u powoda, jest uzyskanie wygojenia ran i powrót do maksymalnie korzystnego stanu czynnościowego. Uzyskanie takiego dobrego wyniku leczenia nie zawsze jest możliwe, ze względu na zaawansowanie zmian chorobowych oraz nie do końca przewidywalny, niekorzystny przebieg choroby podstawowej.

U powoda skutek przyniosło skojarzone, cierpliwe, uporczywe i kompleksowe leczenie, a nie jedna zastosowana metoda. Zastosowanie opatrunku podciśnieniowego nie przyniosło u powoda radykalnego skutku. Metoda drenażu ran była w chirurgii znana zanim wyprodukowano opatrunki podciśnieniowe, nie jest metodą nowoczesną i była stosowana już dawno a nowoczesność w tej sprawie polega na tym, że powstały w tej chwili przemysłowe przetwory, które nazywają się opatrunkami podciśnieniowymi. Są to szczelne opatrunki foliowe połączone z układem wytwarzającym podciśnienie stałego odsysania treści i wydzieliny z ran. Literatura medyczna wskazuje na nieudokumentowaną skuteczność stosowania opatrunków podciśnieniowych o nazwie (...) lub (...) w leczeniu ropnych powikłań stopy cukrzycowej. Mogą one być stosowane w leczeniu tych powikłań tak jak każdy inny opatrunek, ale stosowanie ich nie jest standardem u tych chorych ani nie może być oceniane w kategoriach należytej staranności lekarza – chirurga.

Metodą leczniczą, jaką można było zastosować dodatkowo w leczeniu powoda jest intensywny drenaż przepływowy ran, który można było stosować od początku leczenia w warunkach szpitalnych. Gdyby ten drenaż zastosowano, to leczenie byłoby skuteczniejsze. Nawet gdyby rana została szybko wygojona i tak doszłoby u powoda do zaniku kości.

Uszczerbek na zdrowiu u powoda w postaci zaniku kości piętowej może być oceniany w kontekście powikłań choroby podstawowej, tj. cukrzycy insulinozależnej i osteoartropatii C.. U powoda występuje stały uszczerbek na zdrowiu wskutek ograniczenia ruchomości prawej stopy i zniekształcenia prawej stopy w wyniku przewlekłego zapalenia kości i stawów prawej stopy w następstwie zakażonej rany kłutej prawej stopy nałożonej na zmiany o typie „stopy cukrzycowej”. Wielkość tego uszczerbku wynosi 30% wg punktu 162 „c” Tabeli U. stanowiącej załącznik do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym i długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (Dz. U. 2013 poz. 954).

Cierpienia fizyczne i psychiczne będące skutkiem przebiegu leczenia były znaczne. Rokowanie co do życia jest u powoda pomyślne, co do wyleczenia jest niepomyślne.

Stopa cukrzycowa ma różne obrazy kliniczne, w tym ropowica stopy, którą od razu czyni tą stopę stopą wysokiego ryzyka amputacji. Leczenie jest trudne, wielomiesięczne, czasem wieloletnie i odbiega od standardowego leczenia np. u osoby bez cukrzycy. Jest to w pewnym zakresie inny stan, bo gojenie takiej rany jest wykładnikiem wielu zdarzeń-stosowania się chorego do zaleceń, wyrównania cukrzycy, odciążenia kończyny, determinacji chorego w wykonywaniu opatrunków, wsparcia rodziny a wreszcie depresji, która towarzyszy temu schorzeniu.

Znajomość tego problemu jest wśród lekarzy jest mała (w Polsce tylko kilkanaście osób zajmuje się tym problemem), leczenie wymaga wielodyscyplinarnego zespołu - tzn. diabetologa, chirurga ogólnego, angiologa, mikrobiologa, chirurga naczyniowego, ortopedy, szewca, psychologa. Takie zespoły istnieją tylko w wybitnych ośrodkach na świecie. W Polsce istnieją jedynie 3 ośrodki zajmujące się tym problemem. W Polsce bardzo często jest wykonywana niepotrzebnie amputacja kończyn dolnych u chorych z cukrzycą -w ostatnim roku dokonano 4,5 tys. amputacji. Amputacja wg NFZ jest wyżej punktowana niż leczenie stopy cukrzycowej. Opatrunki nowoczesne technologiczne nie są zalecane w leczeniu stopy cukrzycowej. W Gabinecie Stopy Cukrzycowej Kliniki (...) w K. przetestowano około 30 opatrunków i prawie wszystkie nie sprawdziły się w leczeniu stopy cukrzycowej. Opatrunki te nie są na tyle chłonne, a nawet stopują odpływ wydzieliny, co pogarsza stan miejscowy stopy. Jedynym wskazaniem do opatrunku z zastosowaniem soli srebra byłoby płytkie, oczyszczone owrzodzenie klinicznie niezakażone, ale niegojące się wiele miesięcy, co może

oznaczać, że jest ono jednak zakażone. Opatrunkami zalecanymi są opatrunki z antyseptyków miejscowych O. lub M., które były stosowane w trakcie hospitalizacji powoda w pozwanym szpitalu.

Jeśli chodzi o niezastosowanie u powoda w pozwanym Szpitalu leczenia podciśnieniowego to w województwie (...) są tylko 3 ośrodki, które je stosują, w Poradni Stopy Cukrzycowej Kliniki (...) aparaty do (...), zestawy jednorazowe, opatrunki, pianki, gąbki i inny sprzęt jest kupowany przez Fundację (...) z cukrzycą” a nie przez szpital. Nie ma takiego świadczenia w koszyku świadczeń refundowanych, dopiero teraz trwają prace w Ministerstwie Zdrowia nad wprowadzeniem do koszyka tej procedury, trwa poszukiwanie naukowych danych dowodzących skuteczności tej metody -co znaczy, że dane są nieprzekonujące.

Obowiązujące zalecenia (...) Towarzystwa (...) wymieniają tę procedurę jako jedną z wielu, a nie jako obowiązującą. Najważniejsze obowiązujące zalecenia Grupy Roboczej Stopy Cukrzycowej (...) Grupy (...) nad Cukrzycą podają, że dowody naukowe na skuteczność tej metody są słabe lub średnie.

Zapalenie kości, osteoliza, destrukcja itd. to typowy obraz stopy cukrzycowej, u chorych z cukrzycą przy zakażeniu tkanek miękkich prawie zawsze dochodzi do zapalenia kości, czego przeważnie nie ma u chorych bez cukrzycy. Jest to typowy obraz stanu kości w zakażeniu -ropowicy. Stan zapalny z kolei utrudnia gojenie rany. To, że w badaniu rtg stopy początkowo nie było zmian nie dowodzi, że się nie zaczynały. Czasami wystarczy zrobić kolejne zdjęcie po kilku dniach, by te zmiany uwidocznili. W przypadku powoda ważny też był ogólny stan jego zdrowia z zapaleniem płuc. Zastosowanie pompy dożylną z insuliną nie dowodzi ciężkości stanu tylko jest najlepszym sposobem opanowanie wysokich i chwiejnych poziomów cukru.

Tomografia komputerowa nie jest badaniem koniecznym, zazwyczaj do oceny wystarczy zwykle prześwietlenie stopy / rtg/. Inne badania obrazowe są bardziej wskazane w stawie C. i to w początkowym stadium. Leczenie komorą hiperbaryczną jest jedną z opcji o średnich i słabych dowodach naukowych.

Dokumentacja w postaci zdjęć - jest typowym obrazem stanu klinicznego w postaci ropowicy stopy.

Leczenie ropowicy stopy u powoda było typowym leczeniem ropowicy, które prowadzi większość oddziałów chirurgicznych. Powód był leczony w sposób standardowy z zastosowaniem odpowiednich procedur. W prowadzeniu powoda podczas hospitalizacji w szpitalu w P. nie można dopatrzeć się zaniedbań. Godne pochwały jest to, że lekarze nie zdecydowali o amputacji od początku choroby a podjęli się leczenia i konsultacji w innym ośrodku. Pacjent z wieloletnią cukrzycą typu 1 jest edukowany w kierunku zarządzania swoją chorobą. Stopa z ropownicą jest zawsze stopą wysokiego ryzyka amputacji bez względu na to, czy kość piętowa jest zajęta czy nie. W przypadku leczenia ropownicy nie jest konieczne wykonanie badań TK, MR czy badania radioizotopowego – tych badań u powoda nie przeprowadzono. R. stopy jest oceniana klinicznie i wystarczające jest zdjęcie rtg stopy – pozostałe metody mogą być pomocne w innych sytuacjach np. przy stawie C.. Zastosowana w przypadku powoda antybiotykoterapia była szerokospektralna, czyli obejmowała szeroką gamę bakterii spotkanych w zespole stopy cukrzycowej. U powoda w latach 2009 – 2013 w sposób przewlekły bardzo źle była wyrównana cukrzyca, co skutkowało powstaniem przewlekłych powikłań cukrzycy. Wskaźnik wyrównania cukrzycy wynosił (...) - 10.1 %, 10,8%, 10.9 %, tymczasem zalecany przez (...) Towarzystwo (...) cel wyrównania cukrzycy typu 1 to 6,5 %, a od 2016 r. - możliwe wyrównanie na poziomie (...) - 7%. Stosowane u powoda antybiotyki w postaci A., C., T., B., K. są najczęściej stosowanymi antybiotykami w zespole stopy cukrzycowej, zastosowano właściwe antybiotyki. W leczeniu zakażeń stosuje się antybiotykoterapię empiryczną, a następnie w razie braku poprawy wykonuje się posiew i stosuje antybiotyki celowane. Nie zawsze stwierdzona w posiewie bakteria odpowiada za dane zakażenie. Istnieje w zespole stopy cukrzycowej sformułowanie „rana klinicznie zakażona” – gdzie na podstawie cech klinicznych rany można ocenić fakt jej zakażenia – bez wykonywania posiewu.

W związku leczeniem następstw ułknięcia w prawą piętę w listopadzie 2012 r. powód miał zaburzenia snu, stał się drażliwy, wybuchowy, wystąpiły u niego zaburzenia lękowe (przed bólem, pogorszeniem stanu zdrowia, utratą stopy),

które potęgowały obawy o dezintegrację ciała (długotrwały proces patologiczny stopy prawej, zagrożenie amputacją prawej kończyny), występowały obawy o możliwość trwałego inwalidztwa.

W związku z tymi zaburzeniami u powoda wystąpiły ponadto następujące objawy psychopatologiczne: utrata energii, apatia, drażliwość, obniżenie nastroju.

Występowanie u powoda stanów lękowych związane było przede wszystkim z możliwością dalszego pogorszenia stanu zdrowia obejmującego dezintegrację ciała, utratę mobilności.

Z psychologicznego punktu widzenia zaburzenia psychiczne, które wystąpiły u powoda miały charakter adaptacyjny (F 43.2), były to zaburzenia adaptacyjne osobowości.

Zaburzenia adaptacyjne należą do grupy zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i występują również pod postacią somatyczną. Pojawiają się zwykle w ciągu około miesiąca od wystąpienia stresującego wydarzenia lub stresującej zmiany życiowej.

Do czynników takich (stresorów) należy na przykład uraz z poważnymi następstwami zdrowotnymi, do którego doszło w dniu 21 listopada 2012r. Objawami zaburzeń adaptacyjnych są między innymi: depresyjny nastrój, lęk, zamartwianie się, poczucie bezradności, obawy o stan zdrowia.

W późniejszym okresie wystąpiła u powoda ostra reakcja na stres, która powstała jako reakcja na stresujące wydarzenie o charakterze zagrażającym - zagrożenie amputacją prawej nogi.

(...) kliniczny badanego powoda P. Ż. (1) wskazuje na jego pozytywne nastawienie do badań, nie zawiera podwyższonych ponad dopuszczalną normę skal kontrolnych, występuje podwyższenie skali klinicznej hipochondrii (co wskazuje na wciąż żywe obawy dotyczące stanu zdrowia).

Zmiany jakie okresowo wywołały deregulację osobowości powoda zaszły w osobowości powoda po zdarzeniu z 21 listopada 2012r. i utrzymywały się okresowo od listopada 2012r. ze szczególnym nasileniem po zakwalifikowaniu powoda do amputacji części prawej kończyny. Obecnie zaburzenia te mają charakter zanikający. P. Ż. (1) nie wymaga leczenia psychologicznego. Przebieg reakcji stresowej, zaburzeń adaptacyjnych miał u powoda przebieg typowy, falujący, zmienny (co znajduje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej a w szczególności u raportach pielęgniarskich).

Sytuacja życiowa powoda na skutek cierpień wywołanych niespodziewanym, nagłym zdarzeniem - zranieniem, długotrwałym leczeniem, zagrożeniem amputacją, ograniczeniem sprawności uległa zmianie na gorsze, co wywarło negatywny wpływ na życie powoda (np. ograniczenia w poruszaniu się).

Zakres obrażeń doznanych przez powoda w związku ze zdarzeniem z 21.11.2012 r., jego następstwami zdrowotnymi obejmował głównie dolegliwości bólowe ze strony prawej kończyny dolnej, wystąpienie zaburzeń adaptacyjnych, ostrej reakcji na stres.

Z psychologicznego punktu widzenia powód doznał uszczerbku na zdrowiu.

Z psychologicznego punktu widzenia zakres cierpień psychicznych powoda obejmował okres od listopada 2012r. do marca 2013r., kiedy dodatkowo wystąpiły zaburzenia związane z ostrą reakcją na stres.

Z psychologicznego punktu widzenia zakres i stopień cierpień psychicznych powoda związanych z leczeniem w szpitalu w P. w szczególności z jego długotrwałością, bezskutecznością a także zagrożeniem amputacji stopy był znaczny.

W dniu 17 marca 2014 r. powód działając przez swego pełnomocnika złożył do Wojewódzkiej Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Ł. wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego. W uzasadnieniu wniosku twierdził, że podjęte przez (...) w P. leczenie nie tylko nie doprowadziło do jego wyleczenia, ale dodatkowo przyczyniło się

do spowodowania niekorzystnych skutków dla jego zdrowia bowiem początkowo względnie niegroźna rana leczona w warunkach ambulatoryjnych na skutek błędów i zaniedbań popełnionych toku podjętego leczenia szpitalnego przekształciła się w rozległy stan zapalny kości uzasadniający amputację kończyny na wysokości podudzie. P. Ż. (1) żądając 100 tys. zł odszkodowania i zadośćuczynienia powoływał się na skalę cierpień psychicznych oraz uszczerbek na zdrowiu.

W toku postępowania Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Ł. dopuściła dowód opinii biegłego w dziedzinie chirurgii ogólnej konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii ogólnej dla województwa (...) prof. dr hab. n. med. A. D. na okoliczność czy istnieje związek przyczynowy pomiędzy urazem stopy leczonym od 22 listopada 2012 roku i zgojeniu jej według wypisu w dokumentacji medycznej z Poradni Chirurgicznej z dnia 11 grudnia 2012 roku a ponownym wystąpieniu nacieku zapalnego w okolicy pięty w dniu 10 stycznia 2013 roku oraz na okoliczność czy przebieg leczenia stopy cukrzycowej w (...) Zespole (...) w P. był zgodny z obowiązującymi standardami.

W opinii z dnia 5.06.2014 r. prof. A. D. stwierdził, że po analizie poszczególnych etapów leczenia P. Ż. nie dopatrył się jakichkolwiek nieprawidłowości, wskazał, że leczenie zmian infekcyjnych w przypadku współistniejącej cukrzycy jest trudne i zwykle długotrwałe. Początkowe niepowodzenie lecznicze były prawdopodobnie wynikiem ciężkiego stanu chorego związanego z współistniejącym zapaleniem płuc. Kolejne decyzje terapeutyczne były podejmowane w oparciu o badania bakteriologiczne i uwzględniały aktualny stan zakażenia rany. Włączone także zostało leczenie poprawiające ukrwienie stopy i tym samym poprawiające warunki gojenia się zakażonych owrzodzeń. Postępowanie lecznicze i diagnostyczne stosunku do powoda było prawidłowe. Uraz, którego doznał P. Ż. (1) w listopadzie 2012 roku miał związek z pojawieniem się zmian zapalnych w styczniu 2013 r. Infekcje towarzyszące zespołowi stopy cukrzycowej są zwykle przewlekłe i często przebiegają okresami utajenia, szczególnie gdy dotyczą one głęboko położonych tkanek.

Orzeczeniem z dnia 9 lipca 2014 roku Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Ł. uznała, że zastosowana metoda leczenia P. Ż. (1) w (...) Zespole (...) w P. spowodowała opóźnienie właściwego leczenia przyczyniając się do rozwoju choroby i stwierdziła, że zachodzi zdarzenie medyczne w rozumieniu artykułu 67 a ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W uzasadnieniu orzeczenia Komisja wskazała, że długotrwały proces leczenia zespołu stopy cukrzycowej, mimo że uznany przez biegłego prof. A. D. za jako prawidłowy, był na tyle nieskuteczny, że w defekcie doprowadził do zapalenia kości piętowej i skokowej prawej. Po przeprowadzaniu konsultacji w Oddziale Zapalenia Kości w O. P. Ż. (1) stanął w obliczu realnego zagrożenia amputacją kończyny dolnej prawej. Tak obciążająca perspektywa dla młodego człowieka skłoniła go do samodzielnego poszukiwania ratunku dla swojej chorej kończyny dolnej. W efekcie powyższego trafił do Szpitala Wojewódzkiego w B., gdzie lekarze zastosowali metodę leczenia podciśnieniowego. Zastosowane przez ten Szpital leczenie było na tyle skuteczne, że u P. Ż. (1) nie było konieczności wykonania amputacji kończyny. Wcześniejsze rozpoczęcie terapii metodą podciśnieniową skróciłaby okres dekompensacji cukrzycy i mogłoby zapobiec zapaleniu kości bądź ograniczyć jej rozległość. Wobec powyższego Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Ł. uznała, że lekarze w (...) Zespole (...) w P. nie dopełnili należytej staranności w procesie leczenia nie udostępniając mu z własnej woli nowoczesnej metody leczenia, co skutkowało długotrwałym cierpieniem fizycznym i psychicznym, przewlekłą uciążliwą rehabilitacją i znacznym ograniczeniem sprawności.

(...) Zespół (...) w P. wniósł o ponowne rozpoznanie sprawy nie zgadzając się orzeczeniem Komisji. Orzeczeniem z dnia 3 października 2014 roku Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Ł. po ponownym rozpoznaniu sprawy ustaliła, że niezgodne z aktualną wiedzą medyczną leczenie P. Ż. (1) w (...) Zespole (...) w P. z powodu zaniechania zastosowania wobec pacjenta opatrunków złożonych oraz zaniechania skierowania pacjenta do leczenia specjalistycznego z zastosowaniem terapii pod ciśnieniowej oraz tlenowej jest zdarzeniem medycznym. W uzasadnieniu orzeczenia Komisja wskazała, że fakt prowadzenia długotrwałej nieskutecznej terapii, która w efekcie doprowadziła do zaniku kości i realnego zagrożenia amputacją kończyny uzasadnia zarzut niedołożenia należytej staranności w procesie leczenia. Komisja nie podzieliła opinii biegłego profesora A. D. w części, w której biegły nie dopatrył się jakichkolwiek nieprawidłowości i twierdził, że postępowanie lecznicze i diagnostyczne było prawidłowe. Komisja wskazała, że przy udzielaniu świadczeń medycznych świadczeniodawca obowiązany

jest do należytej staranności, stosowania zasad postępowania medycznego zgodnego z aktualnym stanem wiedzy zawartych w standardach oraz przepisach prawa. Te zapisy wskazują na obowiązek, którego (...) w P. nie dopełnił nie stosując odpowiednich środków opatrunkowych oraz nie kierując pacjenta tam, gdzie uzyskałaby właściwe leczenie. Pacjent został narażony na zbędne cierpienia oraz na ryzyko inwalidztwa. Terapia podciśnieniowa nie jest metodą standardową jednak jest realizowana bezpłatnie w ramach świadczeń odrębnie kontraktowanych w szpitalach posiadających umowę. Obowiązkiem (...) Zespołów (...) w P. było skierowanie pacjenta do takiego ośrodka nawet poza województwem. Pacjent ma bowiem prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Zastosowanie tej terapii nie było konsekwencją działania szpitala, choćby w zakresie poinformowania pacjenta o takich metodach leczenia lecz działania samego pacjenta. Wobec powyższego lekarze w (...) Zespole (...) nie dopełnili należytej staranności w procesie leczenia, nie udostępniając pacjentowi rekomendowanych metod leczenia, co skutkowało długotrwałym nieskutecznym leczeniem, którego konsekwencją miała być amputacją kończyny.

Strona pozwana w związku z ostatecznym orzeczeniem z dnia 3 października 2014 r. zaproponowała P. Ż. (1) kwotę 100 zł z tytułu odszkodowania i zadośćuczynienia.

Pełnomocnik powoda nie przyjął powyższej propozycji.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzją z dnia 07.03.2014 roku w związku z całkowitą niezdolnością do pracy przyznał P. Ż. (1) prawo do renty kwocie 844 zł.

Powód wymaga opieki przy ubieraniu, toalecie, nie może biegać, jeździć rowerem i na nartach.

Rana pięty prawej powodowi się odnawia, nadal istnieje zagrożenie amputacji. Powód porusza się za pomocą kul. Lekarze w Szpitalu Wojewódzkim w B. sygnalizowali powodowi, że rana może się nie zagoić z uwagi na cukrzycę.

Powód ma 35 lat, jest kawalerem, z wykształcenia jest mechanikiem samochodowym, nie ma nikogo na utrzymaniu. Nie ma prawa jazdy, z uwagi na stan stopy nie będzie mógł prowadzić pojazdów mechanicznych. Kontynuuje leczenie w Poradni Diabetologicznej w Ł., na wizyty lekarskie dowozi go swym samochodem dziewczyna.

W oparciu o tak poczynione ustalenia faktyczne Sąd Okręgowy uznał powództwo jest częściowo zasadne.

Wskazał, że odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej, będącego odrębną osobą prawną, za skutki działania bądź zaniechania wywołującego szkodę o charakterze majątkowym bądź niemajątkowym znajduje podstawę w przepisie art. 430 k.c. Przepis ten statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy.

Między osobą powierzającą wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Szczególne znaczenie dla stosunku zwierzchnik – podwładny ma to, że przymiot podwładnego wiąże się z przyjęciem, że nie jest on w wykonywaniu danej czynności samodzielny. W ocenie Sądu należy za trafne uznać te wywody w piśmiennictwie oraz orzeczenia judykatury, które definiują pojęcie podporządkowania w szerszym zakresie, tj. podporządkowania ogólnoorganizacyjnego, obejmujące także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji, przykładowo w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii. Źródłem owego podporządkowania może być ustawa, umowa a nawet stosunki faktyczne. Najczęściej podporządkowanie znajduje wyraz w stosunku pracy, którego źródłem może być umowa o pracę, powołanie, mianowanie czy wybór.

Przesłankami odpowiedzialności na podstawie art. 430 k.c. jest więc szkoda, która została wyrządzona osobie trzeciej przez podwładnego, wina podwładnego oraz okoliczność, że wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności. Wina w art. 430 k.c. została użyta w tym samym znaczeniu co w art. 415 k.c. Na gruncie prawa cywilnego winę można przypisać podmiotowi prawa, kiedy istnieją podstawy do negatywnej oceny jego zachowania z punktu widzenia zarówno obiektywnego, jak i subiektywnego. W obszarze

deliktów prawa cywilnego rozróżnia się dwie postaci winy – umyślną i nieumyślną. Przy winie umyślnej sprawca ma świadomość szkodliwego skutku swojego działania i przewiduje jego nastąpienie, celowo do niego zmierza. Przy winie nieumyślnej sprawca przewiduje możliwość wystąpienia szkodliwego skutku, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że zdoła go uniknąć albo nie przewiduje możliwości jego nastąpienia, choć powinien i może je przewidywać. W obu formach winy nieumyślnej mamy do czynienia z niedbalstwem. Niedbalstwo polega na niedołożeniu należytej staranności w stosunkach danego rodzaju, staranności, niezbędnej do uniknięcia skutku, którego sprawca nie chciał wywołać. Trzecią, wspomnianą już przesłanką odpowiedzialności z art. 430 k.c. jest ustalenie, że wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu powierzonych czynności nie zaś przy okazji (sposobności) wykonywania czynności. (...) to uszczerbek, jakiego doznaje poszkodowany we wszelkiego rodzaju dobrach przez prawo chronionych, w tym zdrowiu. Szkada może mieć charakter majątkowy (uszczerbek materialny na osobie lub na mieniu) lub niemajątkowy (doznana krzywda, czyli cierpienia fizyczne i krzywda moralna).

Sąd Okręgowy wskazał, że zgodnie z utrwalonym orzecznictwem i doktryną prawa cywilnego przyjęć należy, że podmiot leczniczy ponosi winę za powstanie szkody, wobec nie zastosowania właściwych środków w należyty sposób. Przez „zastosowanie właściwych środków” rozumie się fachowe postępowanie (np. zastosowanie właściwej kuracji, przeprowadzenie określonego zabiegu), które w danej sytuacji było wskazane z medycznego punktu widzenia. Postępowanie odmienne zazwyczaj określane jest jako błąd w sztuce lekarskiej. Natomiast przez pojęcie „w należyty sposób” należy rozumieć dołożenie należytej staranności, jaka w określonej sytuacji była należąca, wymagalna i potrzebna.

Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy uznał, że przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe, a w szczególności opinie biegłych chirurga i diabetologa, nie potwierdziły uchybień lekarzy pozwanego (...) Zespołu (...) w zastosowanym u powoda leczeniu. Zgodne opinie tych biegłych wskazują, że leczenie powoda w pozwanym szpitalu przebiegało zgodnie z obowiązującymi procedurami medycznymi w zakresie leczenia stopy cukrzycowej, u powoda stosowano leczenie chirurgiczne, dokonywano nacięć zmian ropnych, stosowano antybiotykoterapię i leczenie opatrunkami, a brak wyleczenia zmian chorobowych w okresie pobytu powoda w pozwanym Zespole nie może obciążać lekarza leczącego, bowiem był związany z samoistnym niekorzystnym przebiegiem choroby podstawowej w postaci wieloletniej cukrzycy insulinozależnej (z powodu której istnieją określone zaburzenia odporności związane z tą chorobą). Kolejnym czynnikiem ryzyka u powoda była angiopatia cukrzycowa (upośledzająca krążenie krwi w tkankach stopy) i neuropatia cukrzycowa oraz obustronna osteoartropatia C. będąca powikłaniem cukrzycy. Z tych względów biegli uznali, że występujące u powoda ograniczenie ruchomości stopy prawej i zniekształcenie prawej stopy będące następstwem osteolizy kości piętowej zostało spowodowane koincydencją choroby samoistnej powoda - cukrzycy oraz współistniejących powikłań zapalnych i ropnych stanowiących powikłanie stopy cukrzycowej i nie jest wynikiem nieprawidłowości w procesie leczenia powoda. Biegła diabetolog wskazała, że u chorych z cukrzycą przy zakażeniu tkanek miękkich prawie zawsze dochodzi do zapalenia kości i jest to typowy obraz stanu kości w zakażeniu – ropownicy, a stan zapalny z kolei utrudnia gojenie rany. R. stopy od razu czyni stopę stopą wysokiego ryzyka amputacji, a leczenie jest trudne, wielomiesięczne, a czasem wieloletnie. Sąd podzielił wydane w sprawie opinie, jako że zostały sporządzone zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej oraz przez specjalistów o niekwestionowanym poziomie wiedzy.

Według Sądu pierwszej instancji powyższe wyklucza możliwość obciążenia pozwanego skutkami wywołania u powoda uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia, a w konsekwencji wyklucza możliwość zasądzenia na jego rzecz zadośćuczynienia za krzywdę w oparciu o art. 430 k.c. w zw. z art. 445 k.c. i renty w oparciu o art. 444 § 2 k.c..

Z tych względów jako zbędny został oddalony wniosek o dopuszczenie dowodu z zeznań zgłoszonych przez powoda świadków P. T. i J. W..

Sąd Okręgowy wskazał, że powód wytaczając niniejsze powództwo opierał się na orzeczeniu Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, która uznała zastosowaną u powoda metodę leczenia, która spowodowała opóźnienie właściwego leczenia przyczyniając się do rozwoju choroby za zdarzenie medyczne. Z uzasadnienia orzeczenia Komisji z dnia 9.07.2014 r. i z dnia 3.10.2014 r. wynika, że Komisja traktowała zapalenie kości piętowej i skokowej jako efekt długotrwałego procesu leczenia. Tymczasem z opinii biegłych dopuszczonych

w niniejszym postępowaniu wynika w sposób nie budzący wątpliwości, że zapalenie kości nie było spowodowane niedopełnieniem należytej staranności w procesie leczenia, lecz następstwem kilku okoliczności, to jest choroby samoistnej oraz współistniejących powikłań zapalnych i ropnych stanowiących powikłanie stopy cukrzycowej. Nie może się ostać zarzut podnoszony przez stronę powodową jakoby powód był niewłaściwie leczony. Po okresie leczenia ambulatoryjnego wdrożono prawidłowe postępowanie medyczne, odpowiadające standardom medycznym w tym zakresie. Teza ta znajduje również potwierdzenie w opinii biegłego prof. A. D. wydanej na zlecenie Wojewódzkiej Komisji, której to opinii Komisja nie podzieliła. Wskazać należy, że ustawodawca nie przewidział, aby orzeczenie komisji było wiążące dla sądu cywilny. W myśl art. 67 lit. k) ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U. z 2016 r., poz. 186), zwanej dalej w skrócie ustawą orzeczenie to jest wiążące jedynie dla ubezpieczyciela. Orzeczenie wojewódzkiej komisji nie wiąże żadnego innego podmiotu postępowania (organu ani uczestnika) poza ubezpieczycielem. W szczególności do orzeczeń wojewódzkiej komisji nie ma zastosowania art. 365 k.p.c., ponieważ przepis ten nie został wymieniony w art. 67 lit. o) ustawy.

Brak związania organów innych postępowań orzeczeniem wojewódzkiej komisji oznacza, że organy te (w tym sądy) mogą ponownie badać kwestie istnienia zdarzenia medycznego i wydać w tej kwestii orzeczenie odmiennej treści od orzeczenia wojewódzkiej komisji.

Wynik postępowania przed wojewódzką komisją nie jest prejudykatem w sprawach sądowych lub dyscyplinarnych przeciwko osobom wykonującym zawód medyczny, a w szczególności w sprawach sądowych o odszkodowanie lub zadośćuczynienie na tle tego samego zdarzenia medycznego (por. Ireneusz Kunicki, Justyna Sadowska - Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Komentarz do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – w systemie Legalis).

Dlatego powód powinien wykazać w tym postępowaniu, że strona pozwana dopuściła się zaniechań w procesie jego leczenia, co jak wskazano wyżej nie wynika ze sporządzonych w toku postępowania opinii biegłych. Tym samym uznać należy, że zawarte przez powoda we wniosku o uznanie zdarzenia medycznego twierdzenia, że leczenie podjęte w pozwanej jednostce medycznej nie tylko nie doprowadziło do wyleczenia, ale dodatkowo spowodowało niekorzystne skutki dla zdrowia powoda, a rana na skutek błędów i zaniedbań popełnionych w toku leczenia przekształciła się w rozległy stan zapalny kości zagrożony amputacją nie są słuszne.

Sąd Okręgowy ocenił zasadność żądań powoda także na płaszczyźnie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. bowiem Sąd nie był związany podstawą prawną żądania, a jedynie jego podstawą faktyczną. Niewątpliwie bowiem w ramach dokonywanej subsumcji Sąd zobowiązany jest do oceny roszczenia w aspekcie wszystkich przepisów prawnych, które powinny być zastosowane, jako mające oparcie w ustalonych faktach (por. uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 10 czerwca 2016 r., I ACa 1767/15).

W ramach roszczenia o zadośćuczynienie pieniężne za naruszenie praw pacjenta, wystarczające jest wykazanie zawinionego zachowania personelu leczniczego jednostki medycznej, które naruszyło określone prawa pacjenta. Na odrębność i samodzielność roszczeń o zadośćuczynienie z tytułu naruszenia praw pacjenta oraz zadośćuczynienia za skutki tego naruszenia wskazywał już Sąd Najwyższy w wyrokach z dnia 29 maja 2007 r. V CSK 76/2007, OSNC 2008/7-8/91 oraz z dnia 27 kwietnia 2012 r., V CSK 142/11.

W myśl art. 7 ust. 1 ustawy pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, a w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c..

W tym aspekcie stwierdzić należy, że wprawdzie podjęte w stosunku do powoda w toku procesu diagnostycznego czynności były zasadne i celowe, tym niemniej skuteczne zaleczenie rany nastąpiło dopiero po przewiezieniu powoda do Szpitala Wojewódzkiego w B., gdzie zastosowano dodatkową metodę leczenia, która doprowadziła w krótkim czasie (2 tygodnie) do zaleczenia rany. Z tego powodu można mówić, że mimo że w przypadku powoda nie doszło do błędu

lekarskiego, nastąpiło naruszenie praw pacjenta, z uwagi na to, iż leczenie powoda w szpitalu przedłużało się wbrew uprawnieniom do natychmiastowych świadczeń z art. 7 ust. 1 ustawy.

Nadto w świetle ustnej opinii biegłego chirurga prof. M. G. nie zastosowano wobec powoda wszystkich świadczeń zdrowotnych, bowiem jak stwierdził biegły gdyby to on leczył powoda zastosowałby od samego początku leczenia szpitalnego intensywny drenaż przepływowy ran, który zdaniem biegłego skutecznym byłoby leczenie. Nadto w trakcie pobytu powoda u pozwanym (...) nie wyrównano powodowi rozchwianej cukrzycy. Tym samym można mówić również o naruszeniu prawa powoda jako pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, udzielanych z należytą starannością w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 6 ust.1 i 8 ustawy). Pacjent ma prawo oczekiwać, że jego indywidualny przypadek będzie potraktowany z najwyższą, należytą starannością. Do obowiązków lekarzy należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażanie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Wzorzec zachowania lekarza jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. W rozpoznawanej sprawie naruszeniem tym było zaniechanie skonsultowania powoda w innym ośrodku leczniczym oraz zaniechanie niezwłocznego skierowania go do innego ośrodka leczniczego. Powyższy zarzut postawiła wobec pozwanego Zespołu (...) Wojewódzka Komisja w uzasadnieniu orzeczenia z dnia 3.10.2014 r. i Sąd zarzut ten podziela.

Naruszenie przez Szpital tak zdefiniowanych praw pacjenta daje podstawę do zasądzenia zadośćuczynienia na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy w związku z art. 448 k.c. Roszczenie o zadośćuczynienie oparte na wskazanej wyżej podstawie prawnej jest samodzielnym i odrębnym żądaniem od roszczenia o zadośćuczynienie wywodzonego z tytułu szkody na osobie i opartego na przepisie art. 445 § 1 k.c. Przepis art. 4 ustawy służy ochronie dóbr osobistych pacjenta, a decydujące o odpowiedzialności udzielającego świadczeń medycznych jest wyłącznie wykazanie naruszenia skatalogowanych w ustawie praw pacjenta i zawinienie podmiotu świadczącego usługę. Celem regulacji art. 4 ust. 1 ustawy nie jest osłabienie ochrony pacjenta poprzez wskazanie tych naruszeń dóbr, w przypadku których uzasadnione jest roszczenie o zadośćuczynienie. Dlatego też należy opowiedzieć się za istnieniem zbiegu roszczeń z art. 448 k.c. i art. 4 ust. 1 ustawy. W efekcie znaczenie art. 4 ust. 1 ustawy polega na tym, że wskazuje on *expressis verbis* te naruszenia praw pacjenta, które przesądzają o naruszeniu dobra osobistego. W związku z tym pokrzywdzony nie musi udowadniać, że doszło do naruszenia prawnie chronionego dobra osobistego - wystarczy wskazać konkretne naruszenie praw pacjenta.

Jeśli chodzi o wysokość zadośćuczynienia przyznanego powodowi wskazać należy, że art. 448 k.c. jest jednym z przykładów tzw. prawa sędziowskiego. Powyższe wynika z faktu, że ustawodawca uznał, iż ostatecznie nie jest w stanie w prawie pozytywnym sformułować ścisłych reguł określania wysokości roszczeń, które poszkodowanemu przysługują. Stąd określenie wysokości świadczeń należy do sędziego, któremu ustawodawca pozostawił pewien luz decyzyjny, nie może być tu jednak mowy o dowolności, gdyż ustalenie wysokości roszczeń następuje przy uwzględnieniu i wnikliwym rozważeniu wskazówek zawartych w przepisie.

W ocenie Sądu Okręgowego właściwą kwotą zadośćuczynienia dla powoda jest kwota 20.000 zł. Ustalając powyższą kwotę Sąd pierwszej instancji miał na względzie, że krzywda powoda polegała na lęku, strachu, poczucia niepewności co do stanu zdrowia. W świetle opinii biegłego psychologa u powoda w związku z przedłużającym się leczeniem doszło do negatywnych skutków w sferze psychicznej w postaci zaburzeń adaptacyjnych osobowości (zaburzeń snu, depresyjnego nastroju, lęku, zamartwiania się, poczucia bezradności, obaw o stan zdrowia, zwłaszcza wobec realnego zagrożenia amputacji kończyny), a następnie wystąpiła u powoda ostra reakcja na stres. Przedłużający się proces leczenia doprowadził zatem do ujemnych doznań psychicznych, dyskomfortu, utraty zaufania do leczących powoda lekarzy i wypisania się z pozwanej placówki na własne żądanie w związku z zamiarem leczenia w Szpitalu w B.. Z drugiej strony Sąd miał na względzie, że nie doszło u powoda do trwałego uszkodzenia ciała (jak już wcześniej wskazano stwierdzony u powoda przez biegłego chirurga uszczerbek na zdrowiu ma związek z chorobą samoistną powoda, a nie nieprawidłowościami w leczeniu powoda). Zasądzona kwota jest adekwatna wobec doznanej przez powoda krzywdy,

rozmiaru i czasu trwania cierpień psychicznych i spełni swą funkcję kompensacyjną. W pozostałej części powództwo zostało oddalone, jako że zadośćuczynienie żądane ponad tę kwotę jest wygórowane.

O odsetkach od zasądzonego zadośćuczynienia orzeczono na podstawie art. 481 § 1 k.c. Zostały one zasądzone od dnia następnego po doręczeniu stronie pozwanej odpisu pozwu, który stanowiło wezwanie do zapłaty.

Podstawę rozstrzygnięcia o kosztach procesu stanowił art. 102 k.p.c.

Przepis ten daje sądowi swobodę przy rozstrzyganiu o kosztach procesu, gdy stosowania zasady wyrażonej w art. 98 k.p.c. nie można pogodzić z zasadą słuszności, jednakże należy podkreślić, że jako przepis szczególny nie może być wykładany rozszerzająco i wyklucza uogólnienia. Zastosowanie art. 102 k.p.c. powinno być oceniane w całokształcie okoliczności, które uzasadniałyby odstępstwo od podstawowych zasad decydujących w przedmiocie kosztów procesu. Do okoliczności mogących wywrzeć wpływ na odstępstwo od tych zasad należy zaliczyć zarówno fakty związane z samym przebiegiem procesu (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 września 1973 r., sygn. akt I CZ 122/73, OSNC rok 1974, nr 5, poz. 98, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 sierpnia 1973 r., sygn. akt I PR 188/73, (...) rok 1973, nr 12, str. 413), jak i fakty leżące na zewnątrz procesu, zwłaszcza dotyczące sytuacji życiowej strony (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 2011 r., sygn. akt V CZ 107/10). Do pierwszych zaliczane są sytuacje wynikające z charakteru żądania poddanego rozstrzygnięciu, jego znaczenia dla strony, subiektywne przekonanie strony o zasadności roszczeń, przedawnienie, prekluzja. Drugie 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 (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 1 grudnia 2011 r., sygn. akt I CZ 26/11).

Oceniając pierwszą wskazaną wyżej okoliczność Sąd Okręgowy miał na względzie, że powód mógł być subiektywnie przekonany o zasadności swojego roszczenia opartego na podstawie z art. 444 § 2 i art. 445 k.c., które opierał na rozstrzygnięciu Wojewódzkiej Komisji Do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, która uznała leczenie powoda za niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Powyższe obok trudnej sytuacji życiowej i ekonomicznej powoda zostało uznane przez Sąd za przypadek szczególnie uzasadniony, dający podstawę do odstąpienia od obciążania powoda od kosztów procesu na rzecz strony pozwanej.

Podstawę rozstrzygnięcia o pobraniu nieuiszczonych kosztów sądowych - opłaty sądowej, od uiszczenia której powód był zwolniony (w kwocie 5.000 zł) oraz wydatków poniesionych tymczasowo z rachunku Skarbu Państwa w łącznej kwocie 1.856.24 zł (ustalonych orzeczeniami z dnia 5 maja 2015 r. – k. 121, z dnia 24 sierpnia 2015 r. – k. 169, z dnia 13 listopada 2015 r. – k. 206, z dnia 16 września 2016 r. – k. 264 postanowieniami Sądu Okręgowego z dnia 9.07.2015 r. - k. 116, 28.03.2016 r. – k. 181 i z dnia 6.07.2016 r. – k. 201) stanowiły przepisy art. 113 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz.U. z 2016, poz. 623ze zm.) w zw. z art. 100 zd. 1 k.p.c.

Powoda z tytułu zwrotu wydatków obciąża kwota 1.466,43 zł (79 % x 1.856.24 zł). Natomiast na podstawie art. 113 ust. 4 wskazanej ustawy Sąd odstąpił od obciążenia powoda częścią nieuiszczonej opłaty sądowej od pozwu, mając na uwadze odszkodowawczy charakter dochodzonych roszczenia oraz okoliczność, iż ustalenie należnego powodowi zadośćuczynienia zależało od oceny Sądu.

Stronę pozwaną obciąża zaś kwota 1.050 zł tytułem opłaty sądowej od uwzględnionej części powództwa (5.000 zł x 21 %) i część wydatków związanych z wydaniem opinii w kwocie 389,81 zł (1.856.24 x 21 %).

Apelację od wyroku Sadu Okręgowego złożył powód, zaskarżając go w części oddalającej powództwo, to jest w punkcie 2. w zakresie kwoty 30.000 złotych zadośćuczynienia, zarzucając:

- obrazę prawa materialnego, a mianowicie art. 445 i art. 448 k.c., polegającą na przyjęciu, iż powód P. Ż. (1) nie doznał uszczerbku na zdrowiu - wbrew wnioskowi opinii psychologicznej, z których wynika, iż rodzaj i charakter cierpień powoda pozwala na zakwalifikowywanie ich jako uszczerbek na zdrowiu, a także na przyjęciu, iż kwota 20 000 zł. zadośćuczynienia jest wystarczającym ekwiwalentem krzywdy doznanej przez powoda, bez uwzględnienia

wyjątkowego charakteru naruszonego dobra jakim jest zdrowie, a także bez należytego uwzględnienia między innymi takich okoliczności jak: długotrwałość nieskutecznej terapii, jej intensywność, młody wiek powoda, nieodwracalność zmian kostnych, niesprawność, poczucie nieprzydatności, brak samodzielności, konieczność korzystania z pomocy osób trzeci.

Apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i zasądzenie na rzecz powoda od pozwanego łącznej kwoty 50 000 zł zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami za zwłokę od dnia wniesienia powództwa oraz kosztami procesu - ewentualnie o jego uchylenie i przekazanie sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania.

W odpowiedzi na apelację pozwany wniósł o jej oddalenie i o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda w części okazała się zasadna.

W pierwszej kolejności należy odnieść się do kwestii podstawy odpowiedzialności pozwanego w zakresie zasądanego zadośćuczynienia. Apelujący zarzucił obrazę prawa materialnego, a mianowicie art. 445 k.c. i art. 448 k.c.. W sposób jednoznaczny należy stwierdzić, że w ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd I instancji prawidłowo uznał, że w stanie faktycznym niniejszej sprawy w ogóle nie ma zastosowania art. 445 k.c., a podstawą zasądzenia zadośćuczynienia jest art. 448 k.c., a to w związku z brzmieniem przepisu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Przepis ten wskazuje wprost, że w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c.. Odnośnie podstawy odpowiedzialności Sąd Okręgowy jednoznacznie bowiem przesądził, że odpowiedzialność pozwanego nie opiera się o normę prawą wynikającą z art. 430 k.c., a co za tym idzie brak jest przesłanek do zastosowania przepisu art. 445 k.c.. Jak słusznie wskazał Sąd pierwszej instancji roszczenie o zadośćuczynienie oparte na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy w związku z art. 448 k.c. jest samodzielnym i odrębnym żądaniem od roszczenia o zadośćuczynienie wywodzonego z tytułu szkody na osobie i opartego na przepisie art. 445 § 1 k.c.. Nie kwestionowanym przy tym przez strony na etapie postępowania apelacyjnego jest, że doszło do naruszenia praw powoda jako pacjenta, wynikających z art. 7 ust. 1 w/w ustawy - prawa do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, udzielanych z należyłą starannością w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 6 ust.1 i 8 ustawy).

Odnosząc się natomiast do kwestii wysokości zasądanego zadośćuczynienia, to jest podnoszonej w apelacji nieadekwatności zadośćuczynienia do krzywdy doznanej przez powoda, to w ocenie Sadu Apelacyjnego zarzuty apelacji po części zasługiwały na uwzględnienie.

Sąd pierwszej instancji uzasadniając wysokość zadośćuczynienia wskazał, iż kwota 20.000 zł jest adekwatna do krzywdy powoda polegającej na lęku, strachu, poczucia niepewności co do stanu zdrowia. Wziął również pod uwagę aspekt ujemnych doznań psychicznych, dyskomfortu, utraty zaufania do leczących powoda lekarzy. Miał przy tym na względzie, że nie doszło u powoda do trwałego uszkodzenia ciała, a zaistniały uszczerbek na zdrowiu ma związek z chorobą samoistną powoda, a nie nieprawidłowościami w leczeniu. Wziął także pod uwagę krzywdy psychiczne, jakich doznał powód w procesie leczenia. Uznając za prawidłowe przyjęcie przez Sąd Okręgowy powyższych okoliczności w aspekcie wysokości zasądanego zadośćuczynienia, należy jednak stwierdzić, że ma rację skarżący, iż ich rekompensata nie została w pełni uwzględniona w wysokości zasądanego zadośćuczynienia za naruszenie dobra osobistego, jakim jest zdrowie. Kwota ta jest w ocenie Sądu Apelacyjnego rażąco zaniżona. Zgodnie z poglądami orzecznictwa i doktryny ingerencja sądu odwoławczego w przyznane powodowi zadośćuczynienie jest możliwa, o ile sąd orzekający o zadośćuczynieniu w sposób rażący naruszył przyjęte zasady jego ustalania, a więc wtedy, gdy jest nadmiernie wygórowane lub zdecydowanie zbyt niskie (por. m.in. wyrok SN z 18 listopada 2004 r. w sprawie I CK 219/04, LEX nr 146356; wyrok SA w Poznaniu z dnia 9 sierpnia 2006 r. w sprawie I ACa 161/06, Lex 278433). Należy także podnieść, że przy ocenie, jaka kwota jest odpowiednia tytułem zadośćuczynienia za

doznaną krzywdę spowodowaną naruszeniem dóbr osobistych, należy mieć na uwadze rodzaj dobra, które zostało naruszone, oraz charakter, stopień nasilenia i czas trwania doznawania przez osobę, której dobro zostało naruszone oraz charakter, stopień nasilenia i czas trwania doznawania przez osobę, której dobro zostało naruszone, ujemnych przeżyć psychicznych spowodowanych naruszeniem. Dla oceny tej nie jest też bez znaczenia stopień winy osoby naruszającej dobra osobiste, cel, który zamierzała osiągnąć, podejmując działania naruszające te dobra. Przy ocenie wysokości zadośćuczynienia powinny być również brane pod uwagę takie okoliczności, jak: okoliczności konkretnej sprawy, w tym indywidualne cechy pokrzywdzonego i jego zdolności do powrotu do równowagi psychicznej po upływie określonego czasu, a także brać pod uwagę poziom jego dotychczasowego życia, który będzie rzutował na rodzaj wydatków konsumpcyjnych minimalizujących doznane cierpienie." (tak: wyrok z 26 kwietnia 2013 r. Sądu Apelacyjnego w Łodzi, sygn. akt I ACa 1467/12).

Sąd Apelacyjny, podwyższając zasądzoną kwotę z tytułu zadośćuczynienia o dalsze 10.000 zł, uznał, że większy nacisk należało położyć na aspekt wysokiego stopnia intensywności doznanej przez powoda krzywdy, wynikającego przede wszystkim ze ostrego stresu wywołanego obawą, wręcz strachem spowodowanym zagrożeniem utraty stopy. Bez wątplenia pozostawanie w bardzo dużym stresie rzutowało negatywnie na funkcjonowanie powoda w życiu codziennym, na jego życie osobiste i społeczne. Powód stał się mniej mobilny, gorzej radził sobie z obowiązkami wynikającymi z prowadzeniem gospodarstwa domowego, stał się mniej samodzielny, uzależniony od pomocy innych osób. Należało uwzględnić czas trwania cierpień psychicznych, spowodowanych świadomością oszpeceń w młodym wieku, obawą konieczności amputacji kończyny, nieodwracalnością zmian kostnych powodujących trwałe inwalidztwo powoda i wynikających z niego konsekwencji, to jest poczucia nieprzydatności, niesprawności, brak samodzielności, a także konieczność korzystania ze sprzętu ortopedycznego i z pomocy osób trzecich, a także ostateczne pozbawienie możliwości jakiegokolwiek pracy zarobkowej w bardzo młodym wieku. Z opinii biegłego psychologa wynika, iż u powoda wystąpił cały szereg psychologicznych reakcji na stres, ból i strach wynikający z zagrożenia utraty stopy: zaburzenia snu, drażliwość, wybuchowość, a także stany lękowe przed bólem, pogorszeniem stanu zdrowia, utratą stopy „które potęgowały obawy o dezintegrację ciała, obawy o możliwość trwałego inwalidztwa”. Słusznie podnosi przy tym powód, że ostatecznie do amputacji kończyny nie doszło wyłącznie na skutek interwencji samego poszkodowanego. Ponadto Sąd Apelacyjny uznał, że wysoki stopień intensywności krzywdy powoda, podlegający uwzględnieniu w ramach uzasadnienia podwyższenia kwoty zadośćuczynienia, wynika z wysokiego stopnia cierpień fizycznych będących skutkiem prowadzenia długotrwałej i nieskutecznej terapii powoda, co spowodowało narażenie go na konieczność znoszenia przez długi czas przewlekłego bólu. Należało zatem uwzględnić kumulację wszystkich negatywnych doświadczeń doznanych przez powoda, a więc ostrej reakcji na stres, zaburzeń adaptacyjnych i odczuwanego bólu.

W konsekwencji Sąd Apelacyjny na podstawie art.386 § 1 k.p.c., uwzględniając w części apelację powoda, zmienił zaskarżony wyrok zasądzając dodatkowo od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 10.000 zł z tytułu zadośćuczynienia.

W pozostałym zakresie apelacja jako bezzasadna podlegała oddaleniu, a to na podstawie art. 385 k.p.c..

Wobec uwzględnienia w większej części powództwa, korekcie podlegała kwota podlegająca pobraniu od powoda i pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi z tytułu zwrotu wydatków tymczasowo poniesionych przez Skarb Państwa (zmiana w zakresie punktów 4. i 5.).

O kosztach postępowania Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art.102 k.p.c. i nie obciążył powoda kosztami zastępstwa procesowego strony pozwanej w postępowaniu apelacyjnym. Według Sądu Apelacyjnego, w niniejszej sprawie zachodził szczególnie uzasadniony wypadek w rozumieniu art.102 k.p.c.. Należało mieć na uwadze przede wszystkim ocenny charakter żądania w zakresie wysokości należnego powodowi zadośćuczynienia, a zatem usprawiedliwione subiektywne jego przekonanie o zasadności swojego stanowiska co do żądania podwyższenia kwoty zadośćuczynienia w wyniku postępowania apelacyjnego. W szczególności takie subiektywne przekonanie powoda usprawiedliwione było uzyskaniem przez niego orzeczenia (...) Zespołu (...) w P. o ustaleniu, że jeśli chodzi o proces leczenia powoda przez pozwanego, to zaszło zdarzenie medyczne w rozumieniu art. 67a ust.1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku

praw pacjenta. Ponadto uwzględnieniu podlegał stan majątkowy, w oparciu o który powód uzyskał zwolnienie od kosztów sądowych w całości, a także jego wiek i stan zdrowia.

O nieobciążaniu stron nieuiszczoną opłatą sądową od apelacji orzeczono na podstawie art. 113 ust. 4 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych z dnia 28 lipca 2005 r. (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 623) w związku z art.102 k.p.c., uznając, że w niniejszej sprawie zachodzi szczególnie uzasadniony przypadek w rozumieniu tych przepisów. Sąd posiłkował się przy tym argumentacją, jak podniesiona powyżej, a w szczególności mając na uwadze ocenny charakter żądania w zakresie wysokości należnego powodowi zadośćuczynienia