

Sygn. akt I ACa 716/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 1 października 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Elżbieta Kuczyńska (spr.)
Sędziowie	:	SSA Elżbieta Borowska SSA Krzysztof Chojnowski
Protokolant	:	Łukasz Patejuk

po rozpoznaniu w dniu 1 października 2018 r. w Białymstoku na rozprawie

sprawy z powództwa **J. P.**

przeciwko (...) **w Z.**

o zapłatę i rentę

na skutek apelacji obu stron

od wyroku Sądu Okręgowego w Łomży

z dnia 30 czerwca 2017 r. sygn. akt I C 289/16

I. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie II w ten sposób, że zasądza od pozwanego (...) w Z. na rzecz powoda J. P. rentę z tytułu zwiększonych potrzeb w kwocie po 1.000 (jeden tysiąc) zł miesięcznie płatną do 10-ego każdego miesiąca i oddala powództwo w pozostałej części;

II. oddala apelację pozwanego;

III. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4.050 zł tytułem zwrotu kosztów instancji odwoławczej.

(...)

UZASADNIENIE

Powód – J. P. wniósł o zasądzenie od (...)w Z. kwot:

- 1) 200 000 zł tytułem odszkodowania za wyrządzoną szkodę;
- 2) 100 000 zł tytułem zadośćuczynienia za naruszenie prawa pacjenta;

3) 100 000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę;

4) po 1000 zł miesięcznie tytułem dożywotniej renty

oraz o zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych wraz z kosztami zastępstwa procesowego.

Wskazał, że w dniu 17.11.2014 r. został przyjęty do (...) w Z. z martwicą V palca stopy lewej. Po usunięciu mas martwiczych tego palca w dniu 20.11.2014 r. został wypisany ze szpitala. Z powodu bólu i zaczerwienienia ponownie był hospitalizowany od 28.11.2014 r. do 24.12.2015 r. Mimo braku poprawy zdrowia został wypisany ze szpitala i wrócił do domu. Do dnia 17.01.2015 r. zgłaszał się do poradni chirurgicznej, gdzie jedynie zmieniano mu opatrunki. W dniu 17.01.2015r. zgłosił się do chirurgicznej izby przyjęć (...) w B., w którym podjęto decyzję o natychmiastowej amputacji nogi lewej na wysokości uda w celu ratowania życia. (...) w B. orzekła, że w trakcie leczenia powoda J. P. w (...) w dniach 17.11-20.11.2014 r. oraz w dniach 28.11-24.12.2014 r. doszło do zdarzenia medycznego w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta (Dz.U. z 2012 r., poz. 159 z późn.zm.). W ocenie Komisji podejmowane wobec pacjenta czynności medyczne – mając na uwadze stan jego zdrowia – nie były zgodne z aktualną wiedzą medyczną, bowiem martwicę V palca stopy lewej wiązano z cukrzycą insulinozależną, nie ustalając do końca co było przyczyną powstałych zmian chorobowych stopy pacjenta. Powód podniósł, że w wyniku niewłaściwego leczenia stał się całkowicie niezdolny do pracy, a obecnie nawet wymaga częściowo opieki osób trzecich z powodu trudności w chodzeniu. Utrata nogi spowodowała u niego cierpienia fizyczne i psychiczne, ciężki stres.

Żądanie 200 000 zł odszkodowania powód uzasadnił koniecznością zakupu protezy, długotrwałą rehabilitacją, koniecznością zakupu pojazdu dostosowanego do stopnia niepełnosprawności oraz korzystaniem z pomocy osób trzecich. Żądanie renty w kwocie po 1.000 zł miesięcznie uzasadnił powstaniem dodatkowych kosztów związanych z oprotezowaniem oraz zmniejszonymi szansami na znalezienie pracy lub podjęcie działalności gospodarczej.

Pozwany (...)w Z. wniósł o oddalenie powództwa w całości. Potwierdził udzielenie powodowi świadczeń medycznych. Wskazał, że dopełnił wszelkich standardów i dochował należytej staranności wynikającej z działalności leczniczej jaką wykonuje. W ocenie pozwanego martwica stopy była powikłaniem źle prowadzonej cukrzycy, o czym świadczy wysoki poziom cukru, natomiast po usunięciu tkanek martwiczych poziom glikemii w surowicy ustabilizował się. Wobec powoda zostały przeprowadzone wszelkie niezbędne badania mające na celu ustalenie przyczyny niedokrwienia. Powodowi wykonano m.in. badanie żył, które wykluczyło inne przyczyny niedokrwienia. Wskazał, że ewentualne zaniechanie wykonania badań usg tętnic oraz angio-CT nie miało wpływu na stan zdrowia powoda, gdyż przyczyną amputacji było pozaszpitalne zakażenie kończyny dolnej i następstwa powikłania cukrzycy. Zdaniem pozwanego, powód z uwagi na wieloletnią cukrzycę nie miał szans na uniknięcie amputacji kończyny dolnej. Z ostrożności procesowej pozwany zakwestionował wysokość żądanych kwot jako nieadekwatnych do stopnia zawinienia pozwanego oraz do rozmiaru cierpień i krzywd powoda. W zakresie żądania renty pozwany podniósł, że powód nie miał szansy na podjęcie pracy zarobkowej, gdyż przed leczeniem w(...) w Z. był już rencistą.

Wyrokiem z dnia 30 czerwca 2017 r. Sąd Okręgowy w Łomży zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 300 000 zł (pkt I), w pozostałym zakresie powództwo oddalił (pkt II), zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 6 040,79 zł tytułem zwrotu kosztów procesu (pkt III); nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łomży od powoda z zasądzonych roszczenia kwotę 5 562 zł i od pozwanego kwotę 15 038 zł tytułem nieuiszczonej opłaty od pozwu (pkt IV).

Powyższy wyrok został wydany w oparciu o następujące ustalenia faktyczne:

Powód J. P. (ur.(...)) obciążony był wywiadem wieloletniej cukrzycy. W 2013 r. z powodu schyłkowej niewydolności serca w przebiegu kardiomiopatii rozstrzeniowej przebył zabieg transplantacji serca, czego konsekwencją była przewlekła, złożona immunoterapia, która wpływa negatywnie na procesy odpornościowe, zarówno w aspekcie ogólnoustrojowym, jak i miejscowych, tkankowych mechanizmów ochronno-regeneracyjnych.

U powoda pojawiła się sucha martwica palca V lewej stopy. W dniu 17.11.2014 r. J. P. na skutek skierowania od lekarza rodzinnego został przyjęty na (...) (...) w Z.. W trakcie hospitalizacji rozpoznano u niego martwicę palca V stopy lewej oraz cukrzycę insulinozależną. W dniu 18.11.2014 r. dokonano wycięcia martwicy palca V stopy lewej. W dniu 20.11.2014 r. J. P. został wypisany ze szpitala z zaleceniem m.in. kontroli w poradni chirurgicznej oraz stosowania betadyny roztworu na skórę zewnętrzną.

W (...) w Z. w dniu 28.11.2014 r. powód zgłaszał bóle stopy lewej. Stwierdzono postępującą martwicę głównie skóry grzbietu stopy dochodzącą do wysokości 1/2 trzonów śródstopia, z odczynem zapalnym wokół. Powód otrzymał skierowanie na Oddział (...).

Powód został przyjęty na Oddział (...) w Z. ponownie w dniu 28.11.2014 r., gdzie wstępnie rozpoznano martwicę przodostopia lewego, kardiomiopatię rozstrzeniową po przeszczepie serca, cukrzycę typu 2 leczoną insuliną. Wyniki wykonanych badań diagnostycznych - wymaz z rany – wykazały gronkowca złocistego opornego jedynie na tetracyklinę spośród 14 badanych antybiotyków. Poziom glukozy 28.11.2014 r. wynosił 212 mg/dl. U powoda ostatecznie rozpoznano: martwicę V palca i przodostopia lewego, stan zapalny kości V palca, stan po przeszczepie serca z powodu schyłkowej niewydolności serca, cukrzycę insulinozależną oraz nadciśnienie tętnicze. W dniu 28 listopada 2014 r. dokonano amputacji V palca z głową kości śródstopia oraz wycięcia martwych tkanek przodostopia lewego. W dniu 09.12.2014 r. dokonano przesunięcia płata skórniego i wolne przeszczepy skóry pośredniej grubości na ubytek po wycięciu martwicy. W dniu 22.12.2014 r. dokonano wycięcia martwych tkanek z przodostopia. W dniu 23.12.2014 r. zdjęto niedokrwniony naskórek z płata i stwierdzono, że głębsze warstwy żyją. Założono na noc opatrunek, na dzień nie otwarto. Na oddziale ponadto zastosowano antybiotykoterapię – K., B. miejscowo - opatrunki z Gentamycyną i B. oraz przeciwwzakrzepowo podano C.. W dniu 24.12.2014 r. stwierdzono stan ogólny bez istotnych zmian oraz prawidłowe gojenie się ran i wypisano powoda ze szpitala.

W dniu 09.01.2015 r. powód zgłosił się do Poradni C.-Urazowej. Stwierdzono pogłębiającą się martwicę przodostopia i zastosowano opatrunek. Zalecono kontrolę za 7 dni. W dniu 15.01.2015 r. powód ponownie zgłosił się do poradni. Stwierdzono martwicę przodostopia oraz zastosowano opatrunek z betainą.

W dniu 18.01.2015 r. powód bez skierowania został przyjęty do (...) w B. z powodu ropowicy przodostopia lewego. W Klinice stwierdzono stan po amputacji V palca stopy lewej, martwicę przodostopia lewego obejmującego ścięgna z ich pochewkami z towarzyszącym obrzękiem i zasinieniem 3 i 4 palca stopy, brak tętna na tętnicach grzbietowych i podkolanowych stóp. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższone parametry stanu zapalnego. W dniu 18.01.2015 r. wykonano badanie angio-CT, w którym stwierdzono wielopoziomową niedrożność tętnic kończyny dolnej lewej. W trakcie hospitalizacji oczyszczono ranę, podawano leki reologiczne, włączono antybiotykoterapię szerokowachlarzową, w terapii cukrzyicy zastosowano intensywną insulinoterapię z wlewami glukozy zamiast posiłków. W związku z zaawansowaniem zmian niedokrwiennych, narastającymi parametrami stanu zapalnego oraz leczeniem immunosupresyjnym, powoda zakwalifikowano do amputacji kończyny dolnej lewej na wysokości uda. W dniu 20.01.2015 r. po otrzymaniu pisemnej zgody na zabieg operacyjny przekazano powoda do (...) celem leczenia operacyjnego. Po przyjęciu do Kliniki rozpoznano martwicę z zakażaniem kończyny dolnej lewej. Zabieg wykonano 20.01.2015 r.

Powód, po amputacji kończyny dolnej lewej na wysokości uda, został przekazany z (...) do (...) celem dalszego leczenia w dniu 22.01.2015 r. Rozpoznano: cukrzycę typu 2, miażdżycę tętnic kończyn dolnych, nadciśnienie tętnicze, przewlekłą chorobę nerek oraz wole guzkowe. W trakcie hospitalizacji powód był wielokrotnie konsultowany chirurgicznie – uzyskano prawidłowe wygojenie rany przez rychłozrost, zdjęto szwy i wykonano pomiary do zrobienia protezy tymczasowej kończyny dolnej lewej. Po konsultacjach powód został wypisany z zaleceniami zgłoszenia się w dniu 19.02.2015 r. do Oddziału (...) celem dalszego leczenia, zachowania diety cukrzycowej i samokontroli glikemii, regularnych kontroli w poradniach specjalistycznych (Diabetologicznej, Chirurgicznej, Ortopedycznej, Angiochirurgicznej, Endokrynologicznej i Okulistycznej, POZ oraz zgłoszenia się do (...) celem scyntygrafii tarczycy.

Postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne wobec J. P. realizowane przez (...) w Z. było nieprawidłowe. Już na etapie pierwszej próby zachowawczego leczenia stopy (usunięcia mas martwiczych) zaistniał błąd polegający na braku dostatecznego starannego badania kończyn dolnych, w szczególności ich ukrwienia (nie wykryto niedrożności tętnic grzbietowych stopy i piszczelowych tylnych). Na kolejnym etapie, po rozszerzeniu się martwicy na przedstopie, również nie wykryto niedrożności tętnic grzbietowych stopy i piszczelowych tylnych badaniem palpacyjnym. Niezwłoczne wykrycie niedrożności tętnic powinno skutkować skierowaniem na angio-CT, a następnie prawdopodobnie powinno skutkować zakwalifikowaniem powoda do interwencji naczyniowej. W pozwanym szpitalu podjęto błędną decyzję o amputacji palca V z głową kości śródstopia. Konsekwencją tego była postępująca martwica tkanek miękkich, generująca kolejne zabiegi uszkadzające tkanki (poszerzenie powierzchni zakażenia). Skutkowało to zakażeniem do stopnia bezpośredniego zagrożenia życia powoda. Przy prawidłowej sekwencji działań diagnostycznych najprawdopodobniej nie można byłoby uniknąć utraty części stopy (w stawie poprzecznym-Lisfranca), lecz nie doszłoby do tak rozległej amputacji.

Dla oceny działań pozwanego bez znaczenia jest infekcja drobnoustrojami pozaszpitalnymi, która wystąpiła u powoda.

Pomiędzy utratą kończyny dolnej na poziomie uda a świadczeniami medycznymi udzielanymi przez pozwanego istnieje bezpośrednio związek przyczynowo- skutkowy.

Trwały uszczerbek na zdrowiu powoda w związku z utratą kończyny dolnej na poziomie uda wynosi 65%. W przypadku utraty stopy w stawie L. trwały uszczerbek na zdrowiu wyniósłby 35%.

Sąd Okręgowy ustalił, że w związku z amputacją kończyny dolnej lewej na wysokości uda powód zakupił protezę modułarną uda z kolanem sterowanym elektronicznie, stopą aktywną z włókna węglowego za kwotę 200 000 zł.

Wojewódzka Komisja do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w B. w dniu 21.07.2015 r. orzekła, iż w trakcie leczenia pacjenta J. P. w(...) w dniach 17.11-20.11.2014 r. oraz w dniach 28.11.2014 r. – 24.12.2014 r. doszło do zdarzenia medycznego w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.). W ocenie Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w B. podejmowane wobec powoda czynności medyczne nie były zgodne z aktualną wiedzą medyczną, a prowadzone przez podmiot leczniczy leczenie nie było właściwe, bowiem martwicę V palca stopy lewej wiązano z cukrzycą insulinozależną, nie ustalając do końca co było przyczyną powstałych zmian chorobowych pacjenta. W trakcie obu hospitalizacji nie oceniono ukrwienia kończyn dolnych. Orzeczeniem z 28.09.2015 r. ww. orzeczenie zostało utrzymane w mocy.

J. P. w dacie podjęcia leczenia w pozwanym Szpitalu miał 56 lat. Od 06.11.1986 r. do 12.2005 r. prowadził działalność gospodarczą, był współnikiem spółki cywilnej (...) budowlane (oświadczenie k. 3 i 65 akt ZUS). Decyzją ZUS z 30.11.1998 r. powodowi przyznano rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy (k. 17 akt ZUS). Następnie decyzją z 07.02.2007 r. powodowi przyznano rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. Lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z 31.12.2010 r. orzekł, że powód jest niezdolny do samodzielnej egzystencji i w związku z tym decyzją ZUS z 13.01.2010 r. powodowi przyznano dodatek pielęgnacyjny.

Powód od 29.07.2009 r. jest zaliczany do osób niepełnosprawnych. Orzeczeniem z 10.03.2015 r. powód został zaliczony do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności od 31.07.2014 r. do 31.03.2018 r.

Sąd Okręgowy ustalając stan faktyczny oparł się m.in. na dowodzie z opinii biegłych sądowych z zakresu medycyny sądowej oraz chorób wewnętrznych, endokrynologii i diabetologii uznając ją za miarodajną, fachową i przekonującą.

W tak ustalonym stanie faktycznym sprawy Sąd pierwszej instancji wskazał, że podstawę odpowiedzialności pozwanego Szpitala stanowi art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. Sąd wskazał, że odpowiedzialność lekarza powstaje 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. Podkreślił, że postępowanie lekarza w danej sytuacji należy oceniać z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza

tych danych, którymi wówczas dysponował albo mógł dysponować, mając na uwadze wymagania aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. Odwołując się do orzecznictwa Sądu Najwyższego, Sąd Okręgowy wskazał, że jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres dokształcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinięciu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi tu zatem o staranność wyższą od przeciętnej, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania.

Mając na uwadze przepisy i poglądy judykatury oraz wnioski opinii biegłych sądowych, Sąd Okręgowy stwierdził, że postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne wobec powoda przeprowadzone podczas jego hospitalizacji w dniach 17.11-20.11.2014 r. oraz w dniach 28.11.2014 r. – 24.12.2014 r. było nieprawidłowe. Już na początkowym etapie procesu leczenia w pozwanym Szpitalu wystąpił błąd diagnostyczny. O ile pierwszą próbę zachowawczego leczenia stopy (usunięcie mas martwiczych) można uznać w ostateczności za dopuszczalną, to już na tym etapie zaistniał błąd polegający na braku dostatecznie starannego badania kończyn dolnych, w szczególności stanu ich ukrwienia: nie wykryto niedrożności tętnic grzbietowych stopy i piszczelowych tylnych. W krótkim czasie tj. po tygodniu nie tylko nie doszło do zagojenia palca, lecz martwica rozszerzyła się na przodostopie a RTG wykazało radiologiczne cechy zakażenia kości V palca. Także na tym etapie nie wykryto niedrożności tętnic grzbietowych stopy i piszczelowych tylnych najprostszym i najtańszym badaniem palpacyjnym i nie skierowano pacjenta na angio – CT. Decyzja o amputacji palca V z głową kości śródstopia była błędna. Zabieg ten nie miał jakichkolwiek szans na powodzenie z powodu naczyniopochodnego niedokrwienia tkanek, zakażenia i współistniejącej cukrzycy. Konsekwencją była postępująca martwica tkanek miękkich, generująca kolejne zabiegi uszkadzające tkanki (poszerzenie powierzchni uszkodzenia) a nie mające żadnych szans na powodzenie, czego dowodem było ostatecznie odrzucenie przeszczepu skórniego i postęp martwicy oraz zakażenie do stopnia bezpośredniego zagrożenia życia chorego. Przy prawidłowej sekwencji działań diagnostycznych najprawdopodobniej nie byłoby można uniknąć utraty części stopy (np. w stawie poprzecznym – Lisfranca) lecz do tak rozległej amputacji by nie doszło. Niezwłoczne wykrycie niedrożności tętnicy grzbietowej i piszczelowej tylnej lewej powinno skutkować skierowaniem na angio- CT a następnie prawdopodobnie powód zostałby zakwalifikowany do interwencji naczyniowej. Badanie angio – CT wykazałoby wielopoziomą niedrożność tętnic kończyny dolnej lewej. Sąd zauważył, że biegli nie potrafili odnieść się do skuteczności ewentualnego leczenia naczyniowego, jak też, że podtrzymali wnioski, zgodnie z którymi utarta części stopy w stawie poprzecznym byłaby raczej nie unikniona. Byłby to jednak zabieg znacznie mniej obciążający i tworzący lepsze warunki sprawności ruchowej oraz zaopatrzenia ortopedycznego. Sytuacja taka tworzyłaby zupełnie inną jakość życia pod względem estetycznym, czynnościowym, a także w zakresie kosztów i efektywności zaopatrzenia ortopedycznego. Powód przy prawidłowej diagnostyce z pewnością uniknąłby niepotrzebnych częściowych amputacji, postępującej martwicy, uciążliwego i nieskutecznego leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego w pozwanym Szpitalu, a wreszcie ciężkiego rozstroju zdrowia spowodowanego zakażoną martwicą kończyny i dużej amputacji już ze wskazań życiowych.

Sąd pierwszej instancji stwierdził, że personel medyczny zatrudniony w pozwanym szpitalu dopuścił się uchybień w zakresie postępowania diagnostycznego i terapeutycznego wobec powoda. Uchybienia te polegały na braku przeprowadzenia diagnostyki w celu ustalenia drożności tętnic w lezonej kończynie, w tym na braku wykonania badania angio – CT. Działanie lekarzy w pozwanym Szpitalu zakwalifikował jako zawinione niedopełnienie obowiązku należytej staranności w czynnościach leczniczych i niedbalstwo personelu medycznego, polegające na niedołożeniu staranności, której należało oczekiwać w trakcie leczenia powoda.

Sąd Okręgowy zauważył następnie, że na skutek utraty kończyny na poziomie uda trwały uszczerbek na zdrowiu u powoda wynosi 65%. Jednak w ocenie Sądu, nie pozostaje on w całości w adekwatnym związku przyczynowo – skutkowym z działaniem personelu medycznego pozwanej placówki. W tzw. procesach lekarskich nie jest konieczne wykazanie związku przyczynowego o charakterze bezpośrednim i stanowczym, lecz wystarczy ustalenie odpowiedniego stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia następstw typowych. Jednak nawet tak rozumiany związek określony w art. 361 § 1 k.c. musi zachodzić pomiędzy ewidentnie nieprofesjonalnym i niestarannym, a więc zawinionym zachowaniem strony pozwanej, a szkodą na zdrowiu powstałą u pacjenta. Nie jest zatem wystarczające istnienie jakiegokolwiek prawdopodobieństwa, że w płaszczyźnie przyczynowości jedno zdarzenie jest następstwem innego, ale wymagane jest istnienie odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa.

Określony przez biegłych w opinii głównej 65% trwały uszczerbek na zdrowiu związany jest z utratą przez powoda kończyny na poziomie uda. Jednak, nawet w sytuacji prawidłowych działań personelu medycznego powód prawdopodobnie nie uniknąłby amputacji części stopy. W przypadku utraty stopy w stawie Lisfranca powód doznałby 35% trwałego uszczerbku na zdrowiu. W tej sytuacji, zdaniem Sądu, o związku przyczynowym między szkodą powoda a zaniedbaniem personelu medycznego pozwanego Szpitala można mówić w zakresie w jakim powód zamiast mniej obciążającego zabiegu, tworzącego lepsze warunki sprawności ruchowej utracił kończynę na poziomie uda, co w sposób znaczny pogorszyło jego sprawność ruchową w porównaniu do tej jaka zaistniałaby w wyniku amputacji stopy.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że w sprawie wystąpiły wszystkie przesłanki konieczne do przypisania pozwanemu Szpitalowi odpowiedzialności opartej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c.

Następnie, Sąd pierwszej instancji odwołał się do art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. i przytoczył poglądy orzecznictwa dotyczące kryteriów ustalania wysokości zadośćuczynienia. Ustalając wysokość zadośćuczynienia należnego powodowi Sąd Okręgowy miał na uwadze doniosłe konsekwencje błędu diagnostycznego i terapeutycznego personelu medycznego pozwanego Szpitala dla stanu zdrowia powoda i dla jego dalszego życia. Stwierdził, że powód doznał zarówno cierpień fizycznych jak i psychicznych związanych początkowo z nieuzasadnionymi częściowymi amputacjami oraz uciążliwym i nieskutecznym leczeniem szpitalnym i ambulatoryjnym, a następnie ciężkim rozstrojem zdrowia spowodowanym martwicą kończyny i rozległą amputacją nogi na poziomie uda. Sąd uwzględnił okoliczność, iż zakres amputacji wywołany działaniem personelu medycznego spowodował dla niego znacznie poważniejszy trwały uszczerbek na zdrowiu, niż uszczerbek który powstałby, gdyby przeprowadzono prawidłową diagnostykę i w odpowiednim momencie wdrożone należyte leczenie. Nieprawidłowe działania personelu medycznego pogorszyło jakość życia powoda pod względem estetycznym oraz czynnościowym, znacznie pogorszyło warunki jego sprawności ruchowej.

Sąd Okręgowy uznał, że odpowiednią kwotą zadośćuczynienia w tych okolicznościach będzie kwota 100 000 zł. Zdaniem Sądu, jest to kwota adekwatna do zakresu doznananej przez powoda krzywdy, uwzględnia ona nieodwracalność szkody powoda, będącej źródłem cierpień, rozmiaru uszczerbku na zdrowiu oraz ograniczeń w jego życiu codziennym.

Odnosząc się do żądania kwoty 100 000 zł wynikającego z zarzucanego pozwanemu naruszenia prawa powoda jako pacjenta, Sąd pierwszej instancji odwołał się do art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wskazał, że przedmiotem ochrony na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta oraz art. 444 § 1 k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c. jest zdrowie. Jeżeli w wyniku tego samego zdarzenia – postępowania personelu medycznego niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej dochodzi do jego naruszenia skutkującego ujemnymi doznaniami fizycznymi i psychicznymi, zdaniem Sądu, do zrekomensowania krzywdy powinno dojść w drodze reżimu przewidującego szerszą odpowiedzialność, to jest na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego. Dlatego żądanie zasądzenia dalszej kwoty 100 000 zł z tytułu naruszenia praw pacjenta Sąd oddalił.

W zakresie roszczenia o odszkodowanie Sąd pierwszej instancji przywołał art. 444 § 1 k.c. i wskazał, że przepis ten dotyczy kosztów leczenia, wydatków związanych z postawieniem diagnozy, terapią i rehabilitacją poszkodowanego.

W grupie wydatków celowych i koniecznych, pozostających w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia wymienia się koszty leczenia (pobytu w szpitalu, pomocy pielęgniarskiej, koszty lekarstw), specjalnego odżywiania się, nabycia protez i innych specjalistycznych aparatów i urządzeń. Sąd uznał, że powód udowodnił wydatek, który poniósł wskutek błędnego leczenia w pozwanym Szpitalu w postaci zakupu protezy modularnej uda z kolanem sterowanym elektronicznie i stopą aktywną z włókna węglowego. Koszt ww. protezy wynosi 200 000 zł, co wynika z przedłożonej przez powoda faktury VAT.

Jeśli chodzi o żądanie renty, Sąd odwołał się do art. 444 § 2 k.c. i stwierdził, że roszczenie powoda w tym przedmiocie podlegało oddaleniu jako nieudowodnione.

Powód nie przedstawił bowiem dowodów wskazujących w jaki sposób zwiększyły się jego potrzeby oraz do jakiej kwoty miałyby to nastąpić. Na skutek zdarzenia nie doznał szkody w postaci utraty zarobków oraz zmniejszenia widoków powodzenia na przyszłość. Z akt ZUS wynika, że źródłem dochodu powoda od 1986 r. była działalność gospodarcza, którą powód prowadził do grudnia 2005 r. Od tego czasu powód wyłącznie utrzymuje się z renty tytułu częściowej niezdolności do pracy, a od 07.02.2007 r. z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. Od stycznia 2010 r. powód otrzymuje także dodatek pielęgnacyjny. W związku z tym Sąd nie dał wiary twierdzeniom powoda, że w wyniku zdarzenia utracił możliwość wznowienia działalności gospodarczej, choćby w ograniczonym zakresie, tym bardziej, że jak wynika z opinii biegłych pomimo właściwej diagnostyki powód i tak narażony byłby na powstanie 35% uszczerbku na zdrowiu z powodu utraty części stopy. Dlatego powództwo w tym zakresie Sąd Okręgowy oddalił.

O kosztach procesu i kosztach sądowych Sąd orzekł, uwzględniając stosunek w jakim powództwo zostało uwzględnione (73 %).

Apelację od powyższego wyroku wniosły obie strony.

Powód zaskarżył wyrok w punkcie II w części oddalającej powództwo co do żądania zasądzenia renty zarzucając naruszenie art. 444 § 2 k.c., art. 333 k.p.c. i 322 k.p.c. poprzez uznanie, że żądanie nie zostało udowodnione. Wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa w tej części oraz o zasądzenie od pozwanego kosztów postępowania za II instancję.

Pozwany zaskarżył wyrok w punkcie I – ponad kwotę 50 000 zł oraz w punkcie III i IV – w całości.

Wyrokowi zarzucił naruszenie następujących przepisów:

1) art. 362 k.c. polegające na niezastosowaniu dyspozycji wskazanego przepisu w doniesieniu do żądanej kwoty zadośćuczynienia, w sytuacji gdy z zebranego materiału dowodowego w postaci opinii biegłych wynika, że J. P. nie uniknąłby amputacji stopy na wysokości stawu L. doznając z tego tytułu szeregu dolegliwości bólowych i dyskomfortu negatywnych przeżyć związanych z operacją oraz ograniczeń w przyszłym życiu co do zakresu przyczynienia się pozwanego do doznanych cierpień w zakresie zasądzonej kwoty zadośćuczynienia, w sytuacji gdy odpowiedzialność pozwanego powinna być ograniczona do najwyżej połowy zasądzonej kwoty z tytułu zadośćuczynienia,

2) art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. w zw. z art. 416 k.c. w zw. z art. 444 § 1 w zw. z art. 445 § 1 k.c. poprzez uznanie, że wystąpiły wszystkie przesłanki konieczne do przypisania pozwanemu odpowiedzialności za szkodę na osobie J. P. w postaci amputacji kończyny dolnej lewej na wysokości uda, w sytuacji gdy zebrany w sprawie materiał nie upoważnia do takiego wniosku, albowiem zdarzenie powodujące szkodę, czyli amputacja kończyny dolnej lewej, nawet pomimo wdrożenia prawidłowego leczenia byłaby konieczna na wysokości stanu L., a w konsekwencji zakres odpowiedzialności pozwanego rozpatrywać należy jedynie w granicach odpowiedzialności za pogorszenie stanu zdrowia powoda w zakresie amputacji kończyny dolnej lewej od stawu L. do wysokości uda,

3) art. 445 § 1 k.c. poprzez zasądzenie na rzecz powoda zadośćuczynienia w wysokości, która jest rażąco wygórowana i nieadekwatna do stopnia zawinienia placówki pozwanego oraz do rozmiaru cierpień i krzywd, albowiem odpowiednia kwota zadośćuczynienia należna od pozwanego powinna wynosić 50 000 zł z uwagi na to, że:

a) kwota zadośćuczynienia w wysokości 100 000 zł jest zaspokojeniem roszczenia powoda w pełnej wysokości, a więc za amputację kończyny dolnej lewej do wysokości uda, powyższa kwota nie uwzględnia stanu zdrowia powoda przed podjęciem procesu leczenia w ośrodku leczniczym pozwanego i przyczynienia się pozwanego jedynie w części do rozmiaru powstałej szkody,

4) art. 444 § 1 k.c. w zw. z art. 6 k.c. poprzez zasądzenie na rzecz powoda kwoty 200 000 zł tytułem odszkodowania wskazując, że powód rzetelnie i wiarygodnie udowodnił wydatek w postaci zakupu protezy modularnej uda z kolanem sterowanym elektronicznie i stopą aktywną z włókna węglowego, w sytuacji gdy:

a) powód nie udowodnił zakupu protezy modularnej uda z kolanem sterowanym elektronicznie i stopą aktywną z włókna węglowego o wartości 200 000 zł bowiem przedłożona faktura pro forma nie jest dowodem zakupu w świetle prawa; faktura pro forma w obrocie gospodarczym ma zastosowanie jako propozycja (oferta) zawarcia umowy sprzedaży towaru lub świadczenia usług; faktura pro forma nie jest dokumentem księgowym, spełnia jedynie rolę informacyjną i nie stanowi dowodu zawarcia transakcji między stronami,

b) pozwany nawet w sytuacji zakupu przez powoda protezy nie może ponosić odpowiedzialności odszkodowawczej za zakup protezy stopy, gdyż powód nawet przy zastosowaniu prawidłowego sposobu leczenia przez ośrodek leczniczy pozwanego, utraciłby stopę na wysokości stawu Lisfranca,

c) powód nie udowodnił, aby zakup protezy modularnej uda z kolanem sterowanym elektronicznie ze stopą aktywną z włókna węglowego opisanej w fakturze proforma nr (...) z dnia 05/06/2017 r. był konieczny, a sama proteza możliwa do zastosowania przez powoda, w sytuacji gdy konieczność zakupu tej protezy była kwestionowana, a Sąd I instancji nie uwzględnił, iż zakup protez jest refundowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a co za tym idzie, powód nie poniósłby 100% kosztów zakupu protezy,

d) pozwany nie udowodnił, aby cena protezy modularnej uda z kolanem sterowanym elektronicznie ze stopą aktywną z włókna węglowego opisana w fakturze proforma nr (...) z dnia 05.06.2017 r. kosztowała 200 000 zł, w sytuacji gdy konieczność zakupu tej protezy, a co za tym idzie jej wartość była kwestionowana, tym bardziej, iż zakup protez jest refundowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a co za tym idzie, powód nie poniósłby 100 % kosztów zakupu protezy,

5) naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez:

a) pominięcie w zakresie uwzględniającym powództwo wniosków płynących z dowodu z opinii biegłych: dr med. M. D. (specjalista medycyny sądowej) oraz dr hab. n. med. W. Z. (specjalista chorób wewnętrznych, endokrynolog, diabetolog) poprzez:

- pominięcie wniosków wynikających z opinii w postaci stwierdzenia, iż „65% trwałego uszczerbku na zdrowiu związane jest z utratą przez powoda kończyny na poziomie uda, jednak nawet w sytuacji podjęcia prawidłowych działań personelu medycznego powód prawdopodobnie nie uniknąłby amputacji części stopy; w przypadku utraty stopy w stawie L. powód doznałby 35% trwałego uszczerbku na zdrowiu, a co za tym idzie pozwany powinien odpowiadać jedynie w zakresie przyczynienia się pozwanego do rozmiaru powstałej szkody, tj. części amputacji nogi od stawu L. do wysokości uda,

b) błędną ocenę dowodu z dokumentu w formie przedłożonej przez powoda faktury proforma, poprzez wywiedzenie z ww. dokumentu błędnych wniosków w postaci uznania, iż powód dokonał zakupu protezy i tym samym poniósł koszty leczenia, w sytuacji gdy:

- faktura pro forma nie jest dokumentem potwierdzającym dokonanie sprzedaży, lecz jedynie ofertą handlową,

- faktura proforma nie jest dokumentem księgowym i nie stanowi potwierdzenia dokonania transakcji.

Wskazując na powyższe pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie w punkcie I kwoty 50 000 zł tytułem zadośćuczynienia, ewentualnie o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda okazała zasadna w całości.

Apelacja strony pozwanej jest niezasadna.

Zasadniczo Sąd Okręgowy poczynił prawidłowe ustalenia faktyczne. Nie znajdowało jedynie oparcia w materiale dowodowym sprawy ustalenie, iż powód zakupił protezę modułarną uda z kolanem sterowanym elektronicznie, ze stopą z włókna z węglowego za kwotę 200 000 zł. Czyniąc to ustalenie Sąd pierwszej instancji oparł się o fakturę nr (...) (k.443), która została wystawiona pro forma i nie stanowi dowodu zakupu wskazanej protezy. Okoliczność, że powód nie nabył jeszcze tego typu protezy, a jedynie zamierza jej zakup nie była zresztą sporna. Konsekwencją tego stanu rzeczy była potrzeba uzupełnienia postępowania dowodowego o zagadnienia dotyczące możliwości i celowości zastosowania wskazanego rozwiązania protetycznego u powoda. Niewystarczające okazało się także przeprowadzone przez Sąd Okręgowy postępowanie dowodowe w zakresie zgłoszonego roszczenia o rentę. Uzupełnione przez Sąd Apelacyjny w tej mierze postępowanie dowodowe, doprowadziło do odmiennej oceny tego roszczenia. Za prawidłową należało uznać ocenę prawną roszczenia o zadośćuczynienie. Ostatecznie prawidłowy okazał się zaskarżony wyrok w zakresie zasądzzonego odszkodowania.

Przechodząc do szczegółowego rozważenia zarzutów obu apelacji Sąd Apelacyjny ustalił i zważył:

Co do apelacji powoda - odnośnie do roszczenia o rentę.

Zgodnie z art. 444 § 2 k.c. jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty.

Do powstania roszczenia o rentę wystarcza wystąpienie jednej z podanych w tym przepisie okoliczności, przy czym konieczną przesłanką uzyskania renty jest zarówno wystąpienie w następstwie tych okoliczności szkody w postaci zwiększenia się wydatków lub zmniejszenia dochodów jak i stwierdzenie, że następstwa uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia mają charakter trwały.

Trwały charakter następstw zdarzenia, z którym powód łączył zgłoszone w tej sprawie roszczenia jest oczywisty. Co istotne, powód żądanie zasądzenia renty uzasadnił nie tylko zmniejszeniem szans na znalezienie pracy, czy podjęcia działalności gospodarczej, ale też powstaniem dodatkowych kosztów związanych z amputacją kończyny i oprotezowaniem. Sąd pierwszej instancji odniósł się bliżej tylko do tej pierwszej kwestii i w oparciu o ustalenia dotyczące dat przyznania powodowi przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych prawa do renty z tytułu najpierw częściowej (30.11.1998), a następnie całkowitej niezdolności do pracy (07.02.2007r.) wywiódł, że brak jest podstaw do przyjęcia, aby to na skutek nieprawidłowego leczenia w pozwanym Szpitalu, które miało miejsce w listopadzie 2014 r., powód utracił możliwość uzyskania dodatkowych dochodów. Ustalenia w tym zakresie i ocena prawna Sądu Okręgowego jest prawidłowa i Sąd Apelacyjny ją podziela oraz przyjmuje za własną.

Sąd Okręgowy nie dokonał natomiast należytej analizy zgłoszonego roszczenia pod kątem podnoszonych przez powoda wydatków związanych z utratą kończyny i oprotezowaniem. Tak zgłoszone żądanie należało rozpatrywać jako żądanie zasądzenia renty z tytułu zwiększenia się potrzeb.

Należy wskazać, że zwiększenie się potrzeb poszkodowanego stanowi szkodę przyszłą, wyrażającą się w stale powtarzających się wydatkach na ich zaspokojenie np. konieczność stałego leczenia, zabiegów, kuracji, opieki osób trzecich, specjalnego odżywiania itp. Wówczas wystarczające jest wykazanie przez poszkodowanego istnienia

zwiększonych potrzeb stanowiących następstwo czynu niedozwolonego (wyrok SN z dnia 22 czerwca 2005 r., III CK 392/04, LEX nr 177203). Natomiast przyznanie renty z tytułu zwiększonych potrzeb nie jest uzależnione od wykazania, że poszkodowany te potrzeby faktycznie zaspokaja i ponosi związane z tym wydatki (wyrok SN z dnia 11 marca 1976 r., IV CR 50/76, OSNCP 1977, nr 1, poz. 11). W szczególności, sprawowanie nad poszkodowanym opieki przez rodzinę nie pozbawia poszkodowanego prawa do renty, podobnie jak możliwość samodzielnego dokonania przez poszkodowanego, określonych zabiegów (por. Kodeks cywilny, Komentarz pod red. K. Osajdy, Legalis).

Ze złożonych przez powoda na etapie postępowania apelacyjnego zeznań (k. 504 v., nagranie od 00:07:12) wynika, że powód korzysta z pomocy członków rodziny w zakresie transportu do lekarzy i w związku z tym przekazuje zięciowi kwotę 200 – 300 zł miesięcznie, czasami więcej. Potrzebuje pomocy w czynnościach dnia codziennego, którą świadczy żona oraz zięć. Powód przyjmuje też leki odwadniające, które mają zapobiec obrzękom i umożliwić umieszczenie kikuta w protezie. Jak podał powód, kikut wymaga dezynfekcji i opatrunków, w tym zakresie powód wydatkuje kwotę 100 -150 zł miesięcznie.

Z uzupełniającej opinii biegłej z zakresu medycyny sądowej dr M. D. wynika, że po wygojeniu, zahartowaniu i uformowaniu kikuta oraz dopasowaniu protezy (a na takim etapie jest powód), kikut wymaga ochrony i systematycznej pielęgnacji. Ryzyko podrażnienia skóry zmniejsza stosowanie specjalnych skarpet. Biegła podała, że istnieje konieczność nawilżania nie tylko samego kikuta, ale też leja protezy, w której umieszczany jest kikut. Wskazała też na potrzebę odkażania w razie miejscowych podrażnień i stosowania plastrów na odciski. Z opinii wynika też, że osoby po amputacji doświadczają bólu fantomowego o różnym stopniu nasilenia, jak i innego rodzaju bólu związanego z otarciami, uszkodzeniami nerwów podczas zabiegu amputacji. Dolegliwości te można zmniejszyć np. poprzez leki z grupy (...). Biegła przedstawiła przykładowe zestawienie potrzebnych środków higienicznych i pielęgnacyjnych w stosunku miesięcznym i wynika z niego, że ich koszt to kwota około 280 zł miesięcznie. Wyliczenie biegłej nie obejmuje kosztu leków przeciwbólowych i odwadniających. Z opinii wynika też, że w przypadku osoby po wysokiej amputacji kończyny dolnej, zachodzi konieczność rehabilitacji i fizjoterapii, co w praktyce oznacza konieczność turnusów rehabilitacyjnych i ewentualnie leczenia sanatoryjnego. Potrzeby te powinny zostać zaspokojone w ramach NFZ, zaś gdyby okazało to się niewystraszające – w ramach prywatnych wydatków (k.559-562). Z opinii uzupełniającej wynika, że w przypadku amputacji na poziomie stawu Linsfransa stałe koszty to kwota około 50 zł miesięcznie, na które składa się koszt środków pielęgnacyjnych i 1 pary skarpet. Rehabilitacja i fizjoterapia w przypadku takiej osoby wymaga zabiegów w trybie ambulatoryjnym raz do roku.(k.584-585).

Mając na względzie poziom wiedzy biegłej opinii, sposób motywowania sformułowanego w opinii stanowiska, stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, jak też zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, trzeba stwierdzić, że opinia zasługiwała na walor wiarygodności. W konsekwencji Sąd Apelacyjny na niej się oparł.

Sąd Apelacyjny dał również wiarę powyżej przedstawionym zeznaniom powoda. Powód logicznie i przekonująco przedstawił wydatki, jakie w skali miesiąca ponosił dotychczas w związku z amputacją kończyny. Konieczność ponoszenia wydatków na zakup środków pielęgnacyjnych i higienicznych znalazła potwierdzenie w opinii biegłej. Jeśli zaś chodzi o pozostałe wydatki związane z kosztami transportu i wskazywaną przez powoda potrzebą pomocy osoby trzeciej w czynnościach dnia codziennego, to wobec istotnego kalectwa powoda i ograniczenia jego możliwości swobodnego poruszania się i przemieszczania, konieczność ich ponoszenia pozostaje w zgodzie z doświadczeniem życiowym i jest oczywista. Nie ulega wątpliwości, iż powód z uwagi na swą niepełnosprawność potrzebuje pomocy w dotarciu do lekarzy, czy na rehabilitację, której potrzeba została wskazana w ww. opinii, jak też że nie jest w stanie samodzielnie i bez pomocy innych osób wykonać wszystkich czynności dnia codziennego, w tym np. związanych z kąpielą. Stan po amputacji kończyny dolnej lewej na wysokości uda (tzw. amputacja wysoka) niewątpliwie wiąże się z utrudnieniami w życiu codziennym, o których zeznawał powód i nieraz wymaga zwrócenia się o pomoc do osób trzecich.

Nie zostało natomiast wykazane, aby powód wymagał nierefundowanej z NFZ rehabilitacji. Powód nie udowodnił, aby zachodziła konieczność opłacania we własnym zakresie odpowiednich zabiegów. Nie zgłaszał dowodów na

okoliczność konieczności ponoszenia kosztów rehabilitacji i fizjoterapii poza świadczeniami, które mógłby uzyskać w ramach NFZ.

W konsekwencji powyższego oraz uwzględniając trudności w ścisłym wykazaniu wszystkich stałych wydatków związanych z kalectwem Sąd Apelacyjny doszedł do wniosku, że żądanie renty w wysokości po 1 000 zł miesięcznie z tytułu zwiększenia potrzeb powoda zostało wystarczająco udowodnione. Powód wymaga wydatkowania kwoty około 280 zł miesięcznie na pielęgnację i higienę kikuta, stosowania okresowo leków przeciwbólowych i odwadniających za kwotę średnio około 30 zł miesięcznie, wydatkowania kwoty około 300 zł miesięcznie celem opłacenia transportu np. na wizyty lekarskie i rehabilitację czy w innych sytuacjach które wymagają przemieszczenia się na większe odległości. Za usprawiedliwione stopniem kalectwa wynikającym z amputacji kończyny Sąd uznał również wydatki na pomoc osoby trzeciej w czynnościach dnia codziennego w wymiarze około 1 godziny dziennie, średnio 30 godzin w miesiącu, przy przyjęciu minimalnej, obowiązującej stawki za godzinę pracę tj. kwoty 13,70 zł. Zliczenie tych wszystkich wydatków nakazywało uwzględnienie zgłoszonego roszczenia o rentę w całości. Należy zasignalizować, że powód reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika, nie wniósł o zasądzenie odsetek ustawowych za opóźnienie w płatności tej renty. Nie określił też daty początkowej renty. W świetle tak sformułowanego żądania powoda renta należy się od daty uprawomocnienia się wyroku.

W konsekwencji, co do apelacji powoda na mocy art. 386 § 1 k.p.c. należało orzec, jak w punkcie I sentencji.

Co do apelacji pozwanego:

Odnosnie do roszczenia o odszkodowanie.

Nieprawidłowa ocena przez Sąd Okręgowy znaczenia dowodu w postaci przedłożonej faktury pro forma miała taki wpływ na postępowanie w sprawie, że w zakresie roszczenia o odszkodowanie nie zostały wyjaśnione wszystkie istotne dla rozstrzygnięcia okoliczności i zachodziła potrzeba uzupełnienia postępowania dowodowego przed Sądem drugiej instancji.

Przed omówieniem jego wyników wypada przypomnieć, że w świetle przepisu art. 444 § 1 k.c. naprawienie szkody obejmuje wszelkie koszty spowodowane uszkodzeniem ciała lub wywołaniem rozstroju zdrowia. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. Kompensacji podlegają zatem wszystkie koszty, które biorąc pod uwagę aktualny stan wiedzy medycznej, dają realną szansę poprawy stanu zdrowia poszkodowanego. Obowiązek kompensaty kosztów obejmuje wszystkie niezbędne i celowe wydatki wynikające ze zdarzenia, które spowodowało szkodę. W przypadku kalectwa wydatki te służyć mają m.in. umożliwieniu poszkodowanemu prowadzenia w miarę możliwości normalnego życia w społeczeństwie. Ocena celowości i konieczności wydatków wymaga uwzględnienia wszystkich istotnych okoliczności danego wypadku (por. wyrok SN z dnia 9 stycznia 2008 r., II CSK 425/07, Mon. Praw. 2008, nr 3, s. 116). W konkretnej sprawie okazać się może, że niezbędnym i celowym wydatkiem będzie np. zakup samochodu, czy innego pojazdu inwalidzkiego, jeżeli będzie to kompensować kalectwo osoby poszkodowanej i np. umożliwi jej kontynuowanie działalności zarobkowej sprzed zdarzenia, które spowodowało szkodę (por. np. wyrok SN z 14 maja 1997 r., II UKN 113/97, OSNP 1998 r., nr. 5 poz. 163). Konieczność i celowość wydatków nie oznacza bowiem, że są one poszkodowanemu nieodzowne dla funkcjonowania, lecz że są one właściwe dla skompensowania poniesionej przez niego szkody, w tym poprzez umożliwienie mu normalnego życia.

Nadto, w celu ułatwienia osobie, która doznała uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, opłacenia kosztów leczenia, ustawodawca uprawnia poszkodowanego do żądania zapłaty odszkodowania z góry. Z utrwalonego orzecznictwa (np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r., I CSK 384/07, OSP 2009/9/20), wynika, że uwzględnienie roszczenia poszkodowanego o wyłożenie z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia jest niezależne od tego, czy poszkodowany dysponuje odpowiednimi środkami własnymi na pokrycie wskazanych kosztów oraz czy jest objęty

systemem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, chyba że strona zobowiązana wykáže, iż koszty leczenia uszkodzonego zostaną pokryte w całości ze środków publicznych.

Powód w tej sprawie domagał się przyznania odszkodowania z góry na pokrycie kosztów zakupu specjalistycznej protezy, której koszt wynika z przedłożonej faktury pro forma, wystawionej przez (...) w W. (k.443). Ocena zasadności i celowości poniesienia takiego wydatku, w sytuacji, gdy powód nabył już wcześniej protezę, z której aktualnie korzysta, a nadto przy uwzględnieniu stanu jego zdrowia nie była możliwa bez zasięgnięcia specjalistycznych opinii biegłych z zakresu protetyki oraz z zakresu kardiologii. Jak wynika z opinii biegłego protetyka (k.533 -536) proteza, którą powód aktualnie używa jest jego drugą protezą. Proteza ta nie spełnia oczekiwań powoda głównie z uwagi na duży ciężar oraz niedopasowanie leja powodujące obtarcia i trudności ze stabilnością kikuta w leju, wynikające ze zmienności obwodów kikuta w ciągu dnia. Biegły przedstawił w opinii możliwe, co do zasady, rozwiązania protetyczne i doszedł do wniosku, że odpowiednim w przypadku powoda rozwiązaniem byłoby wykonanie protezy z zastosowaniem nowoczesnych rozwiązań przegubu kolanowego i/lub skokowego, sterowanych mikroprocesorem i wspomagających zarówno mobilność i bezpieczeństwo chodu, przy maksymalnym stopniu aktywności w czterostopniowej skali. Wskazał, że systemy sterowania i kontroli zastosowane w tych protezach umożliwiają naturalne chodzenie, bieganie, chodzenie po nierównościach, wykonywanie pracy w pozycji stojącej, schodzenie po schodach etc. i to przy znacznie zmniejszonym wysiłku fizycznym pacjenta. Z opinii wynika, że na rynku dostępnych jest kilka systemów (przeguby kolanowe lub przeguby kolanowe i skokowe mikroprocesorowe + oprogramowanie), np. z ofert firmy (...): P. K., S. L., R. K., R. X.. Biegły wskazał, że protezy z zastosowaniem tych elementów są bardzo drogie i ich cena kształtuje się na poziomie 200 000-300 000 zł. Z opinii wynika też, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U. 2017 r., poz. 1061) NFZ refunduje protezę ostateczną modułową łącznie raz na 3 lata w wysokości 5 500 zł. Dodatkowo możliwa jest refundacja wymiany leja raz w okresie jej użytkowania, refundacja w tym wypadku wynosi 2000 zł. Co do zasady istnieje też możliwość uzyskania środków z (...) (do 150% wartości refundacji NFZ), po spełnieniu warunków i w zależności od ilości wniosków i budżetu.

Istnieje też możliwość skorzystania z programu „aktywny samorząd” – ale powód już z niego skorzystał. Biegły wskazał, że koszt wykonania protezy przy amputacji na wysokości stawu Lisfranca wyniósłby około 10 000 zł.

Strona pozwana w odpowiedzi na opinię zarzuciła, że biegły przedstawiając rozwiązania protetyczne nie wypowiedział się w zakresie możliwości zastosowania u powoda protezy sterowanej mikroprocesorem, przy uwzględnieniu jego aktualnego stanu zdrowia. Pozwany wskazał, że powód z uwagi na przebytą transplantację serca może się nie kwalifikować do używania tego typu protezy (k. 570). W tej sytuacji, celem wyjaśnienia tej kwestii, Sąd Apelacyjny dostrzegł konieczność zasięgnięcia opinii biegłego z zakresu kardiologii (teza dowodowa k. 605).

Biegły kardiolog w swej opinii (k.609 -610) stwierdził, że stan zdrowia powoda pozwala na zastosowanie protezy kończyny dolnej z wykorzystaniem nowoczesnych rozwiązań przegubu kolanowego lub skokowego, sterowanych mikroprocesorem. Wskazał, że zastosowanie protezy z mikroprocesorem jest w przypadku powoda zalecane, celowe i nie zagraża wywołaniem powikłań zdrowotnych. Biegły stwierdził, że zdiagnozowana u powoda miażdżycza kończyn dolnych nie jest przeciwwskazaniem do użycia tego typu protezy, a wręcz przeciwnie: chodzenie jest elementem poprawy krążenia w kończynach. Wówczas dochodzi bowiem do przyspieszenia krążenia oboczego i zmniejszenie dolegliwości związanych z niedokrwieniem. Z kolei, wynik przeszczepu serca jest bardzo dobry, serce powoda jest wydolne i ze strony układu krążenia nie ma żadnych przeciwwskazań do zastosowania nowoczesnej protezy sterowanej mikroprocesorem. Biegły podkreślił, że zastosowanie takiej protezy oznacza więcej wysiłków fizycznych i większą samodzielność. Wysoka jakość protezy i możliwość jej dobrego dopasowania stanowi jeden z warunków optymalizacji i podtrzymywania korzyści zdrowotnych po przeszczepie serca. Większe wysiłki fizyczne po zastosowaniu wysokiej klasy protezy będą pozytywnie wpływały na dalszy przebieg cukrzycy poprzez opóźnienie rozwoju jej powikłań.

Do powyższej opinii strony nie zgłosiły uwag.

Sąd Apelacyjny podzielił obie, powyżej przedstawione opinie. Opinie te są logiczne, przekonujące, odpowiadają wyczerpujący i zrozumiały sposób na postawione pytania. Zostały przy tym wydane przez biegłych sądowych o właściwych kwalifikacjach, dysponujących potrzebną wiedzą i doświadczeniem zawodowym.

W świetle opinii biegłych sądowych, nie może wzbudzać wątpliwości, iż u powoda jak najbardziej celowe i uzasadnione jest zastosowanie nowoczesnej, sterowanej mikroprocesorem protezy kończyny dolnej. Taka proteza jest w stanie lepiej skompensować kalectwo powoda i umożliwić mu prowadzenie w miarę normalnego życia. Dzięki tej protezie powód będzie mógł poprawić komfort życia i lepiej funkcjonować na co dzień. Proteza, którą planuje nabyć powód jest lżejsza i pozwala na sporą, jak na osobę po wysokiej amputacji, sprawność fizyczną. W przypadku schorzeń powoda sprawność ta ma olbrzymie znaczenie, gdyż jest warunkiem nie pogarszania się jego stanu zdrowia (opóźnienie powikłań cukrzycy, zmniejszenie dolegliwości związanych z niedokrwieniem). Wydatek, jaki zamierza powód ponieść na ten cel, jest więc celowy i w pełni uzasadniony wobec czego należy go zaliczyć do kosztów wymienionych w art. 444 § 1 k.c. Wysokość dochodzonej w tej mierze przez powoda kwoty wynika nie tylko z przedłożonej przez niego faktury pro forma, ale znalazła też potwierdzenie w opinii biegłego z zakresu protetyki.

Powód korzystał z dofinansowania przy zakupie aktualnie używanej protezy w 2015 r. Strona powodowa nie wykazała, że aktualnie także istnieje możliwość sfinansowania kosztów nabycia tego typu nowoczesnej protezy ze środków publicznych. Takiego wniosku nie da się wyprowadzić też z opinii biegłego protetyki, który wskazał na niewielki zakres refundacji (5500 zł), raz na trzy lata, protezy modularnej. Koszt nabycia nowoczesnej protezy to kwota rzędu 200 000-300 000 zł, a powód dochodził kwoty 200 000 zł.

Wobec powyższego brak było do podstaw do uwzględnienia wniosków apelacji w zakresie żądania odszkodowania. Uzupelnione postępowanie dowodowe wykazało, że w tej mierze wyrok odpowiada prawu.

Odnosnie do roszczenia o zadośćuczynienie:

W orzecznictwie sądowym ukształtował się jednolity pogląd (por. jako reprezentatywny wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 2006., IV CSK 99/05, LEX nr 198509), według którego, skoro ustawodawca zaniechał wskazania w art. 445 § 1 k.c. kryteriów ustalania wysokości zadośćuczynienia, przez posłużenie się klauzulą generalną "suma odpowiednia", to pozostawił je uznaniu sądów. Uznaniowość w zakresie przyznania, jak i określania wysokości zadośćuczynienia nie oznacza jednak pełnej swobody. Jest bowiem poddana ocenie na podstawie wypracowanych w orzecznictwie kryteriów. Z poglądów judykatury wynika przy tym, że ustalenie wysokości zadośćuczynienia przewidzianego w art. 445 § 1 k.c. wymaga uwzględnienia wszystkich okoliczności istotnych dla określenia rozmiaru doznanej krzywdy, takich jak: wiek poszkodowanego, stopień cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność i czas trwania, nieodwracalność następstw uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia (kalectwo, oszpeccenie), rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiowa (np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 2004 r., II CK 131/03, LEX nr 327923). Przyjmuje się także, że wysokość zadośćuczynienia odpowiadająca doznanej krzywdzie powinna być odczuwalna dla poszkodowanego i przynosić mu równowagę emocjonalną, naruszoną przez doznane cierpienia psychiczne i fizyczne. Zadośćuczynienie powinno mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość.

W judykaturze utrwalony jest także pogląd, zgodnie z którym korygowanie przez Sąd drugiej instancji zasądanego zadośćuczynienia może być aktualne tylko wtedy, gdy przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy, mających wpływ na jego wysokość, jest ono niewspółmiernie nieodpowiednie, tj. albo rażąco wygórowane, albo rażąco niskie (por. np. wyrok SN z dnia 18 listopada 2004 r., I CK 219/04, LEX nr 146356).

W przedmiotowej sprawie brak jest podstaw do przyjęcia, aby przyznane przez Sąd pierwszej instancji powodowi zadośćuczynienie było rażąco wygórowane. Sąd Okręgowy uwzględnił wszystkie okoliczności rozpatrywanej sprawy, a jego decyzji nie można przypisać arbitralności czy dowolności. Wziął pod uwagę wskazane wyżej kryteria ustalenia sumy zadośćuczynienia, wyjaśniając motywy rozstrzygnięcia w sposób pozwalający na ich zweryfikowanie.

Skutkiem błędu diagnostycznego była konieczność amputacji lewej kończyny dolnej powoda na wysokości uda. Jest oczywiste, że był to poważny zabieg operacyjny, z którym wiązały się cierpienia psychiczne i fizyczne. Amputacja kończyny w istotny sposób wpłynęła na życie powoda znacznie obniżając jego jakość. Powód obecnie wymaga protezowania, odczuwa szereg dolegliwości z tym związanych i utrudnień w codziennym życiu. Skutki amputacji będzie odczuwać do końca swego życia.

Wbrew zarzutom apelacji pozwanej, Sąd pierwszej instancji ustalając wysokość zadośćuczynienia wziął pod uwagę stan zdrowia powoda z okresu poprzedzającego popełnienie błędu diagnostycznego. Wskazał, że gdyby nie ten błąd, uszczerbek na zdrowiu powoda byłby niższy. Ustalił, że ewentualna, prawdopodobna utrata stopy na wysokości stawu Lisfranca oznaczałaby trwały uszczerbek na zdrowiu powoda w wysokości 35%, zaś obecny uszczerbek w związku z utratą kończyny dolnej wynosi 65 %. To ustalenie brał pod uwagę określając wysokość zadośćuczynienia.

Strona pozwana prezentuje stanowisko, że wobec uzasadnionej stanem zdrowia powoda konieczności amputacji kończyny na poziomie stawu Lisfranca, zadośćuczynienie powinno być niższe, gdyż odpowiada ona tylko za amputację od stawu Lisfranca do uda. Z tym stanowiskiem nie można się zgodzić i to z wielu przyczyn.

Po pierwsze, jak wynika z opinii biegłych sądowych z zakresu medycyny sądowej i chorób wewnętrznych (k. 407-416), amputacja części stopy przy prawidłowych działaniach diagnostycznych, byłaby „najprawdopodobniej” nieunikniona. Nie można zatem przyjmować, że amputacja taka była nieunikniona, tak jak to czyni apelujący. Z opinii medycznej wynika, że niezwłoczne wykrycie niezdrożności tętnic powinno skutkować badaniem angio-CT, a następnie chory zostałby prawdopodobnie zakwalifikowany do interwencji naczyniowej. W świetle tej opinii nie da się przyjąć z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością, że ta interwencja ostatecznie zakończyłaby się decyzją o amputacji części stopy. W opinii uzupełniającej wskazano, że trudno jest określić skuteczność leczenia naczyniowego (k.430). Biegli ponownie wskazali tylko na prawdopodobieństwo częściowej amputacji stopy. Zauważyli jednak, że z pewnością powód uniknąłby niepotrzebnych amputacji cząstkowych, martwicy, uciążliwego i nieskutecznego leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego w(...)Z., a wreszcie ciężkiego rozstroju zdrowia spowodowanego zakażoną martwicą kończyny i dużej amputacji.

Po drugie, jak wynika ze sporządzonej na potrzeby postępowania apelacyjnego opinii uzupełniającej biegłej z zakresu medycyny sądowej, która także i w tej części jest w pełni wiarygodna, poziom stawu Lisfranca jest ostatnim, jaki pozwala na zachowanie jakiegokolwiek czynności stopy, chód jest zaburzony, a kikut ustawia się w przykurczu końskim z uwagi na brak działania prostowników. Zachowana jest jednak funkcja podporowa i motoryczna kończyny, co oznacza zupełnie inną i lepszą jakość życia. Taka osoba nie wymaga w zasadzie protezowania, a jedynie wkładki do obuwia (k.584). W przypadku amputacji na poziomie stawu Lisfranca powód miałby zatem zachowaną znacznie lepszą sprawność: mógłby się poruszać bez protezy, przy wykorzystaniu tylko wkładki. Jakość jego życia byłaby zatem dużo lepsza. Amputacja wysoka oznacza poważne kalectwo powoda i świadczy o znacznej krzywdzie.

Po trzecie, nawet przy założeniu, że gdyby nie błąd diagnostyczny po stronie pozwanego, to i tak zachodziłaby bezwzględna konieczność amputacji na poziomie stawu Lisfranca, kwota 100 000 zł tytułem zadośćuczynienia nie jest rażąco wygórowana. Kwota ta uwzględnia w należyty sposób wszystkie okoliczności sprawy. w tym poważny i trwały charakter następstw błędu pozwanego szpitala. W sytuacji amputacji części stopy, powód miałby zachowaną sprawność w dużym zakresie, zaś mająca służyć ratowaniu jego życia amputacja wysoka, tej sprawności go pozbawiła. Podkreślenia jednak wymaga, że zasadność wskazanego założenia, nie znajduje dostatecznego oparcia w dowodach.

Reasumując brak jest podstaw do uwzględniania wniosków apelacji w zakresie roszczenia o zadośćuczynienie.

W konsekwencji powyższych rozważań apelacja strony pozwanej została oddalona w oparciu o art. 385 k.p.c. (punkt II sentencji)

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na mocy art. 98 § 1 i 3, 99 i 108 § 1 k.p.c. Wysokość tych kosztów wynika z przepisów § 2 pkt 6 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (t.j. Dz. U. 2018 r., poz. 265).

(...)