

Sygn. akt IX Ca 564/21

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 lipca 2021 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie IX Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Jacek Barczewski
-----------------	----------------------

po rozpoznaniu w dniu 5 lipca 2021 r. w Olsztynie na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa J. G.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

z udziałem interwenienta ubocznego Skarbu Państwa - Ministra Obrony Narodowej

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego od wyroku Sądu Rejonowego w Giżycku z dnia 22 marca 2021 r., sygn. akt I C 1068/16,

I. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie 1. nadając mu brzmienie:

„1. Zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 74.681,02 (siedemdziesiąt cztery tysiące sześćset osiemdziesiąt jeden 02/100) zł z ustawowymi odsetkami od kwot:

- 73.293,59 zł od dnia 5 listopada 2015 r. do dnia zapłaty,

- 1.387,43 zł od dnia 11 lutego 2016 r. do dnia zapłaty,

oddalając powództwo w pozostałym zakresie,”

II. oddala apelację w pozostałej części,

III. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2.700 (dwa tysiące siedemset) zł, powiększoną o należny podatek VAT, tytułem zwrotu kosztów wynagrodzenia pełnomocnika z urzędu adwokacki I. S. należnych w postępowaniu odwoławczym.

SSO J. Barczewski

Sygn. akt IX Ca 564/21

UZASADNIENIE

Powód J. G. wniósł o zapłatę kwoty 50.000 zł tytułem częściowego zadośćuczynienia za doznaną krzywdę i cierpienia. Domagał się również zasądzenie kwoty 1.681,02 zł tytułem odszkodowania za poniesione koszty leczenia i wniósł jednocześnie o zwrotu kosztów sądowych według norm przepisanych.

W uzasadnieniu podał, iż w dniu 14 stycznia 2014 r. został przyjęty na Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem (...) Naczyniowej (...) Szpitala (...) z Przychodnią Samodzielnego Publicznego ZOZ w E. z powodu objawów przewlekłego miażdżycowego niedokrwienia kończyny dolnej prawej z dystansem chromania przystankowego. Tam poddano powoda wszczępieniu protezy udowo – podkolanowej po stronie prawej. Z uwagi na objawy ostrego niedokrwienia prawej kończyny dolnej powód został dwukrotnie reoperowany. Najpierw wszczępieno mu protezę biodrowo – udową i protezę udowo – kolanową, a następnie protezę udowo – udową. Ponadto dwukrotnie przetaczano mu krew. W stanie ogólnym dobrym został wypisany ze Szpitala. Ból nogi nasilał się, a powód tracił czucie w stopie. Po wystąpieniu wysokiej gorączki karetka zabrała powoda do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w G.. Tam po zbadaniu skierowano powoda ponownie do Szpitala w E.. W Szpitalu w E. rozpoznano u powoda zakażenie protezy naczyniowej, przetokę ropną pachwiny prawej, przewlekłe miażdżycowe niedokrwienie nogi. Z posiewu wyhodowano gronkowca złocistego. Brak czucia w stopie, jej zsinienie i ból był powodem kolejnej wizyty w szpitalu gdzie rozpoznano martwicę goleni prawej w przebiegu zakażenia protezy naczyniowej, niedokrwistości, przerostu gruczołu krokowego. W trybie pilnym powoda poddano operacji. Usunięto wówczas protezy biodrowo – udową i udowo – podkolanową oraz amputowano kończynę dolną na wysokości 1/3 dalszej uda. Dodatkowo nastąpiły powikłania w postaci zatrzymania moczu w przebiegu gruczołu krokowego.

W piśmie procesowym z dnia 15 lutego 2019r. powód rozszerzył powództwo tytułem częściowego zadośćuczynienia z kwoty 50.000 zł do kwoty 73.000 zł.

Pozwany (...) S.A. w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanej kosztów postępowania według norm przepisanych.

Zdaniem pozwanego, że brak jest podstaw do stawiania ubezpieczonemu zarzutów błędu w sztuce medycznej. Niepożądane zdarzenia do których doszło w procesie leczenia powoda były skutkiem wystąpienia nie zawinionych przez ubezpieczonego powikłań wynikających z ryzyka ich rozwoju w związku z charakterem schorzeń oraz stosowanych zabiegów operacyjnych. Na ich wystąpienie wpływ także miało współistnienie szeregu niekorzystnych elementów jak wiek powoda, upośledzenie gojenia, zaawansowany proces miażdżycowy skutkujący niedokrwieniem tkanek, konieczność dwukrotnej rewizji rany w pachwinie zwiększającej ryzyko infekcji. Nadto charakter wykrytego u powoda patogenu skutkującego infekcją wskazuje na pochodzenie endogenne.

W charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanej przystąpił 108 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w E.. Następnie wobec likwidacji Szpitala, interwenientem stał się Skarb Państwa – Minister Obrony Narodowej, który domagał się oddalenia powództwa. W ocenie interwenienta leczenie powoda odbyło się zgodnie ze sztuką lekarską i było adekwatne do sytuacji klinicznej powoda.

Wyrokiem z dnia 22 marca 2021r. Sąd Rejonowy w Giżycku w pkt 1 zasądził od pozwanego (...) S.A w W. na rzecz powoda J. G. kwotę 74681,02 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 05.11.2015 r. do dnia zapłaty; w pkt 2 zasądził od pozwanego na rzecz adwokata I. S. Kancelaria Adwokacka w G. kwotę 8856 zł wraz z podatkiem VAT tytułem kosztów zastępstwa procesowego ustanowionego z urzędu; w pkt 3 nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa (kasa Sądu Rejonowego w Giżycku) kwotę 2782,29 zł tytułem zwrotu kosztów opinii biegłych

Podstawę rozstrzygnięcia stanowiły następujące ustalenia faktyczne:

Powód J. G. urodził się w dniu (...) Z zawodu jest żołnierzem. Od lat przebywał na emeryturze. Aktywnie spędzał czas. Czynnie zajmował się swoją pasją związaną z myślistwem. Zajmował się także ogrodem oraz pracą w szklarni czy w warsztacie. Utrzymywał kontakty ze znajomymi.

Powód miał objawy przewlekłego miażdżycowego niedokrwienia kończyny dolnej prawej z dystansem chromania przystankowego. Zmiany miażdżycowe zawężyły podział aorty brzusznej, obie tętnice biodrowe wspólne oraz powodowały zamknięcie tętnicy biodrowej zewnętrznej prawej i udowej prawej. Powód uzyskał informację o niezbędności wykonania zabiegu. W dniu powód 14 stycznia 2014 r. został z tego powodu przyjęty na Oddział

Chirurgiczny z Pododdziałem (...) Naczyniowej (...) Szpitala (...) z Przychodnią Samodzielnego Publicznego ZOZ w E.. Po badaniach stwierdzających brak przeciwwskazań i po zapewnieniu, że operacja jest rutynowa i ryzyko powikłań minimalne powód wyraził pisemną zgodę na zabieg. Nie wykonano wówczas przedoperacyjnych badań pozwalających ocenić zagrożenie mikrobiologiczne w postaci posiewu z gardła i moczu. W dniu 15 stycznia 2014r. poddano powoda wszczępieniu protezy udowo – podkolanowej po stronie prawej, pomimo, że niedrożna była leżąca powyżej tętnica biodrowa zewnętrzna prawa. Z uwagi na powikłania pooperacyjne w postaci objawów ostrego niedokrwienia prawej kończyny dolnej powód został dwukrotnie reoperowany. W dniu 16 stycznia 2014 r. wszczępieno mu protezę biodrowo – udową i protezę udowo – kolanową, a następnie w dniu 21 stycznia 2014r. wszczępieno protezę udowo – udową. Ponadto wobec niedokrwistości dwukrotnie przetaczano powodowi krew. W dniu 28 stycznia 2014r. powód został w stanie ogólnym dobrym wypisany ze Szpitala.

Powód przestrzegał przyjmowania zaleconych leków jak i zmiany opatrunków. Z uwagi, że rana nie goiła się prawidłowo powód co trzeci dzień udawał się do (...) Szpitala w E., gdzie zmieniani mu opatrunek i monitorowano stan zdrowia, który pogarszał się. Ból nogi nasilał się, a powód tracił czucie w stopie. Po wystąpieniu wysokiej gorączki karetka zabrała powoda do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w G.. Tam po zbadaniu skierowano powoda ponownie do Szpitala w E.. W dniu 8 lutego 2014r. w Szpitalu w E. rozpoznano u powoda zakażenie protezy naczyniowej, przetokę ropną pachwiny prawej, przewlekłe miażdżycowe niedokrwienie nogi. Z posiewu wyhodowano gronkowca złocistego. Podane mocne leki przeciwbólowe oraz przeciwgorączkowe spowodowały, że powód poczuł się lepiej. W dniu 22 lutego 2014r. wobec śmierci żony powód został wypisany ze Szpitala. Z zalecenie przyjmowania leków oraz zgłaszaniem się na wizyty kontrolne. Na Oddziale w którym przebywał powód nie stwierdzono występowania w 2014r. bakterii gronkowca. W czasie rutynowych kontroli nie budził zastrzeżeń proces sterylizacji.

Zalecone wizyty kontrolne odbyły się 4 oraz 11 marca 2014r. Brak czucia w stopie, jej zsinienie i ból był powodem kolejnej wizyty Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w G.. Tam powód otrzymał skierowanie do (...) Szpitala (...) w B.. Dnia 12 marca 2014r. powód zgłosił się do Szpitala w B.. Tam po rozpoznaniu objawów zakażenia wszczępionych protez naczyniowych, śladowego czucia i ruchomości stopy z bardzo bolesną łydką oraz po stwierdzeniu martwicy stopy i części goleni w trybie pilnym skierowano powoda ponownie do (...) Szpitala w E.. Tego samego dnia powoda przyjęto do Szpitala w E. z rozpoznaniem martwicy goleni prawej w przebiegu zakażenia protezy naczyniowej, niedokrwistości, przerostu gruczołu krokowego. W trybie pilnym powoda poddano operacji. Usunięto wówczas protezy biodrowo – udową i udowo – podkolanową oraz amputowano kończynę dolną na wysokości 1/3 dalszej uda. Dodatkowo nastąpiły powikłania w postaci zatrzymania moczu w przebiegu gruczołu krokowego. W dniu 26 maja 2014r. powoda wypisano do domu

W dniach od 28 maja 2014r. do 25 czerwca 2014r. powód przebywał na Oddziale (...) z Pododdziałem (...) Neurologicznej Szpitala (...) w E., gdzie przeszedł ćwiczenia usprawniające oraz naukę chodu w protezie. W dniu 18 lipca 2014r. powoda orzeczeniem Rejonowej Wojskowej Komisji Lekarskiej w E. uznano za całkowicie niezdolnego do pracy i niezdolnego do samodzielnej egzystencji. Orzeczeniem z dnia 24 września 2014r. (...) d/s Orzekania o Niepełnosprawności w G. stwierdzono u powoda znaczny stopień niepełnosprawności.

Pismem z dnia 7 września 2015r. powód zgłosił roszczenie pozwanemu, który ubezpieczał(...) Szpital (...) z Przychodnią Samodzielny Publiczny ZOZ w E.. Prowadzona korespondencja stron nie doprowadziła do przyznania odszkodowania.

Po śmierci żony powód mieszka sam w domku jednorodzinym. Amputacja nogi spowodowała, że stracił chęć do życia. Początkowo poruszał się tylko na wózku, później po zmianie pierwszej protezy na lżejszą i lepiej dopasowaną nauczył się chodzić. Powód nie schodzi jednak do piwnicy ani nie wchodzi na piętro w swoim domu bojąc się przewrócenia. Przez długi okres wymagał, jak i obecnie wymaga pomocy osoby trzeciej przy robieniu zakupów, myciu, sprzątaniu itp. Całkowicie zrezygnował z pracy w ogrodzie, szklarnia stoi pusta. Samodzielnie nie opuszcza domu. Na polowanie jeździ jedynie gdy odwiedzają go wnukowie.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd uznał, że powództwo było zasadne.

Sąd wskazał, iż w realiach niniejszej sprawy powód został przyjęty na Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem (...) Naczyniowej(...) Szpitala (...) z Przychodnią Samodzielnego Publicznego ZOZ w E., gdzie poddano powoda wszczępieniu protezy udowo – podkolanowej po stronie prawej, pomimo, że niedrożna była leżąca powyżej tętnica biodrowa zewnętrzna prawa. Wcześniej nie wykonano mu przedoperacyjnych badań pozwalających ocenić zagrożenie mikrobiologiczne. Z uwagi na objawy ostrego niedokrwienia prawej kończyny dolnej powód został dwukrotnie reoperowany. Prowadziło to do znacznego zwiększenia ryzyka zakażenia protezy, do której w ostateczności doszło i co doprowadziło do konieczności usunięcia protezy i amputacji nogi.

Sąd stwierdził, iż niewątpliwie leczenie musiało wiązać się zarówno z zakupem leków, środków opatrunkowych jak i wyjazdów. Z tego powodu zasądził na rzecz powoda dochodzoną kwotę 1.681,02 zł.

Zdaniem Sądu również żądana suma 73.000 zł zadośćuczynienia jest adekwatna do rozmiaru doznanej przez powoda krzywdy.

Sąd miał na uwadze, iż powód pomimo podeszłego wieku przed zabiegiem był aktywną osobą. Pracował w ogródku, warsztacie, często jeździł na polowania, odwiedzał znajomych. Miał poczucie przynależności. Zabieg miał poprawić stan zdrowia i umożliwić powrót do poprzedniej aktywności. Po amputacji nogi oprócz związanym z tym znacznym bólem, stresem, trudem rehabilitacji, nauką chodzenia z użyciem protezy, radzeniem sobie w codziennym życiu doszły problemy ze snem, ograniczenia w poruszaniu się, obniżenie nastroju, poczucie bezsilności i bezradności. Powód zależy od pomocy innych osób, istotnie ograniczył aktywność fizyczną. Nie uprawia ogródka, na polowanie wyjeżdża jedynie gdy odwiedzają go wnukowie.

Od zasądzonej kwoty Sąd zasądził odsetki ustawowe za opóźnienie od dnia 5 listopada 2015 r. – tj. 30 dni po dacie otrzymania przez pozwanego zawiadomienia o wypadku zgodnie z treścią art. 817 § 1 k.c.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku wniósł pozwany, zaskarżając go w całości i zarzucając mu:

- 1) naruszenie prawa materialnego, a w szczególności przepisu art. 430 k.c. oraz art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta poprzez uwzględnienie powództwa pomimo nie ustalenia winy personelu(...) Szpitala (...) w E. za zainfekowane rany operacyjnej u powoda i dalszych jego następstw skutkujących amputacją kończyny,
- 2) naruszenie prawa procesowego – art. 233 k.p.c. – wskutek nierozważenia w sposób wszechstronny zebranego w sprawie materiału dowodowego, a w szczególności opinii biegłego prof. dr hab. n med. D. P. w części w jakiej wskazuje on to, że najbardziej prawdopodobnym jest pochodzenie patogenu który zainfekował ranę operacyjną ze skóry powoda,
- 3) naruszenie art. 322 k.p.c. poprzez nieuzasadnienie z jakich względów uznał zasądzoną na rzecz powoda kwotę zadośćuczynienia za odpowiednią dla wymiaru krzywdy poniesionej przez powoda i zasądzenie tego świadczenia w wysokości rażąco wygórowanej do stopnia ewentualnego zawinienia personelu ubezpieczonego szpitala.

W oparciu o powyższe zarzuty wniósł o zmianę wyroku i oddalenie powództwa lub obniżenia wysokości zasądzonej kwoty zadośćuczynienia do wysokości przystającej do wymiaru zawinienia personelu ubezpieczonego szpitala wraz z rozstrzygnięciem o kosztach procesu za obie instancje według norm przepisanych, względnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Rejonowemu do ponownego rozpoznania z pozostawieniem temu sądowi rozstrzygnięcia o kosztach procesu.

Interwient uboczny poparł apelację pozwanego.

Powód wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie na rzecz pełnomocnika powoda ustanowionego z urzędu wynagrodzenia za reprezentowanie powoda wskazując, iż nie zostało ono pokryte w całości ani w części.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja okazała się zasadna jedynie w zakresie początkowej daty zasądzenia odsetek od kwoty odszkodowania.

Sąd Okręgowy podzielił ustalenia faktyczne Sądu Rejonowego przyjmując je za własne, zaaprobował również kwalifikację prawną przyjętego rozstrzygnięcia.

Nieuzasadniony jest podniesiony w apelacji zarzut naruszenia art. 233 k.p.c.

Sąd I Instancji dokonał wszechstronnej i wnikliwej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, z którego wyprowadził wnioski logicznie poprawne i pozostające w zgodzie z doświadczeniem życiowym, w żadnym razie nienaruszające reguł swobodnej oceny dowodów. Przedstawiona zaś przez skarżącego ocena przeprowadzonego postępowania dowodowego stanowi własną, korzystną dla niego interpretację faktów.

Również dokonana przez Sąd I instancji ocena dowodu z opinii biegłego nie wskazuje na jakiegokolwiek uchybienia. Dowód z opinii biegłego podlega ocenie sądu z zastosowaniem art. 233 § 1 k.p.c., tyle, że według właściwych dla przedmiotu opinii kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków /wyrok Sądu najwyższego z dnia 15 listopada 2002 r. LEX nr 77046, wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 12 lipca 2013 r. I ACa 274/13, LEX nr 1353607/. Ocena biegłego została dokonana przez Sąd I instancji z uwzględnieniem wszystkich wymienionych reguł.

Sąd Okręgowy podzielił stanowisko Sądu I instancji, co do tego, iż w rozpoznawanej sprawie spełnione zostały przesłanki odpowiedzialności strony pozwanej.

Sąd Najwyższy niejednokrotnie podkreślał, że w sprawach o naprawienie szkód medycznych wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest - ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych - zadaniem ogromnie trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. Zauważał też, że istnienie związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą z reguły nie może być - gdy chodzi o zdrowie ludzkie - absolutnie pewne, gdyż związków zachodzących w dziedzinie medycyny nie da się sprowadzić do prostego wynikania jednego zjawiska z drugiego. Dlatego też wymaganie całkowitej pewności istnienia związku przyczynowego byłoby w znaczącej liczbie wypadków nierealne.

W sytuacji gdy nie jest możliwe przyjęcie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy uszczerbkiem na zdrowiu poszkodowanego poddanego leczeniu w placówce medycznej, a zachowaniem personelu medycznego, sąd dokonuje oceny, czy w świetle ustalonych w sprawie faktów zachodzi odpowiednio wysokie prawdopodobieństwo istnienia takiego związku. Podstawą dla jego konstruowania jest oparte na doświadczeniu życiowym uznanie, iż istnieją okoliczności, w świetle których tego rodzaju wnioskowanie jest uzasadnione (*res ipsa loquitur*). Dla przyjęcia odpowiedzialności odszkodowawczej konieczne jest jednak wykazanie, jak się przyjmuje w piśmiennictwie prawniczym i ugruntowanym orzecznictwie sądowym, dostatecznie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa istnienia takiego związku. Korzystanie z konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.) jest dopuszczalne zarówno w odniesieniu do miejsca zakażenia i związku przyczynowego między zakażeniem a pobytem pacjenta w placówce leczniczej, jak również w odniesieniu do niedbalstwa personelu tej placówki w zakresie zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 14 grudnia 1973 r., II CR 692/73, OSPiKA 1975 Nr 4, poz. 94; z dnia 14 października 1974 r. II CR 415/74, z dnia 7 stycznia 1998 r. II CKN 703/97, z dnia 27 lutego 1998 r. II CKN 625/97, Prawo i Medycyna (...) str. 130, z dnia 10 lipca 1998 r. I CKN 786/97, z dnia 6 listopada 1998 r. III CKN 4/98, z dnia 16 czerwca 1999 r. II CKN 412/98, z dnia 13 czerwca 2000 r. V CKN 34/2000, z dnia 13 lutego 2002 r. IV CKN 596/2000, z dnia 17 maja 2007 r. III CSK 429/2006, z dnia 2 czerwca 2010 r. III CSK 245/2009, z dnia 17 listopada 2010 r. I CSK 67/2010 LexPolonica nr 2412180 oraz z dnia 22 lutego 2012 r., IV CSK 245/2011; z

dnia 24 maja 2005 r., V CSK 654/04, nie publ.; z dnia 4 listopada 2005 r., V CK 182/05, nie publ., z dnia 5 kwietnia 2012 r., II CSK 402/11, nie publ.; z dnia 26 marca 2015 r., V CSK 357/14, nie publ., postanowienie z dnia kwietnia 2019r. II CSK 96/18 Legalis nr 1894848).

W ocenie Sądu Okręgowego w okolicznościach niniejszej sprawy analiza zebranego materiału dowodowego prowadzi do przekonania, że opisywany wyżej związek przyczynowy został wykazany.

W niniejszej sprawie decydująca dla rozstrzygnięcia sprawy była treść opinii powołanego biegłego z zakresu chirurgii, albowiem to ona determinowała ustalenia faktyczne w zakresie prawidłowości działań zarówno lekarzy, jak i pozostałego personelu medycznego, prawidłowego procesu diagnostycznego i prawidłowości wdrożonych działań medycznych.

Treść opinii wskazuje, że działanie personelu medycznego szpitala nosiło cechy nieprawidłowości, co skutkowało naruszeniem - zagwarantowanego w art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta - prawa powoda do świadczeń medycznych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy bowiem podjęcie takiego sposobu postępowania, które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przede wszystkim nienarażanie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia, prowadzeniu zabiegów medycznych.

Zabieg operacyjny powinien zostać przeprowadzony w sposób minimalizujący ryzyko zakażenia powoda jakimikolwiek bakteriami, co wymagało przygotowania właściwych procedur, a następnie ich rygorystycznego przestrzegania.

Jak wynika z powyższej opinii do zakażenia powoda gronkowcem doszło podczas zabiegu operacyjnego, co zresztą nie było kwestionowane przez pozwanego.

U powoda przed zabiegiem operacyjnym nie przeprowadzono badań na obecność bakterii. Dodatkowo posiewy z pachwiny prawej (miejsce przetoki ropnej) i krwi pacjenta odnotowano w wypisie z drugiego pobytu.

Co prawda kwestia wykonywania wymazów u pacjentów na obecność bakterii nie jest uregulowana przez żadne powszechnie obowiązujące przepisy prawa, jednakże przeprowadzenie rutynowego wymazu u powoda pozwoliłoby na ustalenie, czy powód był nosicielem bakterii gronkowca, a w konsekwencji podjęcia właściwych działań profilaktycznych.

Nie zmienia tego obrazu rzeczy również ewentualna możliwość nosicielstwa bakterii przez samego pacjenta. Jak bowiem wyjaśnił biegły około 50% populacji jest nosicielem szczepów gronkowca złocistego który bytuje również na skórze zdrowych ludzi, jednakże możliwość miejscowego zakażenia własną florą bakteryjną winna być bezwzględnie eliminowana. Poczynione ustalenia faktyczne nie wskazały, aby w tej mierze jednostka służby zdrowia dochowała wymaganej od niej należytej staranności. Skoro wiadomym jest, że podczas tego zabiegu mogło dojść do zakażenia z własnej flory bakteryjnej pacjenta, to należało podjąć wszelkie możliwe i dostępne działania zapobiegawcze, które uniemożliwiałyby przedostanie się bakterii z flory własnej pacjenta do rany operacyjnej.

Wbrew także stanowisku apelującej zasadne również było przyjęcie konkretnych zaniedbań, a zatem zawinienia personelu szpitala, w doprowadzeniu do zakażenia powoda.

Biegły zwrócił uwagę, że powód był dwukrotnie reoperowany z powodu złego wyboru poziomu zabiegu operacyjnego – zamiast biodrowo – udowy był udowo – udowy. Te reoperacje mogły z dużym prawdopodobieństwem przyczynić się do zakażenia protezy naczyniowej bakterią gronkowca złocistego.

Biegły zwrócił uwagę, że wskazania do pierwszego zabiegu zostały ustalone na podstawie nieaktualnego badania wykonanego ponad 5 miesięcy przed operacją.

Pierwotnie wykonano połącznie omijające udowo-udowe w sytuacji gdy niedrożna była leżąca powyżej tętnica biodrowa zewnętrzna prawa. Biegły w opinii ustnej zwrócił uwagę, iż z dokumentacji medycznej nie wynika, by jednocześnie udrożniono tętnicę.

Najprawdopodobniej wybranie niewłaściwego poziomu pierwotnego zabiegu rozpoczęło kaskadę kolejnych wydarzeń: ostrego niedokrwienia, kolejnych reoperacji (ze wzrastającą możliwością zainfekowania pola operacyjnego), rozwoju infekcji i konieczności usunięcia zainfekowanej protezy naczyniowej oraz amputacji kończyny w trybie ratowania życia.

Biegły podkreślał, że każda operacja, podczas której umieszcza się w organizmie człowieka ciało obce, zawiera ryzyko fatalnej w skutkach infekcji. Każda ponowna reoperacja takie ryzyko multiplikuje. Tym samym prawidłowy wybór poziomu wszczęcia protezy na poziomie biodrowo – udowym miał szansę być jedynym wykonanym u powoda zabiegiem i zredukować ryzyko zainfekowania protezy naczyniowej. Zupelnego wykluczenia ryzyka nie daje się osiągnąć – istnieje ono zawsze. Ryzyko to jest minimalizowane odpowiednimi procedurami stosowanymi w omawianych zabiegach, jednakże każda kolejna reoperacja powoduje znaczący wzrost zagrożenia infekcją.

W dalszej kolejności zwrócić należy uwagę, że u powoda rozpoznano zakażenie protezy naczyniowej w dniu 8 lutego 2014r., po czym po podaniu leków wypisano ze szpitala. Tymczasem jak wynika z opinii biegłego chirurga D. P. bakteria raz ulokowana na protezie naczyniowej wytwarza tzw. biofilm zabezpieczający jej kolonie przed wpływem antybiotyków i innych środków przeciwbakteryjnych. Leczenie zachowawcze jedynie odwleka w czasie konieczność usunięcia zakażonej protezy naczyniowej z następową amputacją kończyny, co też miało miejsce w niniejszej sprawie.

W tej sytuacji zasadnie przyjął Sąd I instancji, iż miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w konsekwencji że szpital ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez powoda (art. 415 w zw. z art. 430 k.c.).

W ocenie Sądu Okręgowego nie zasługiwały również na podzielenie zarzuty dotyczące wysokości zasądzonego zadośćuczynienia.

Ze względu na niewymierność krzywdy, określenie w danym przypadku odpowiedniej sumy pozostawione zostało Sądowi, który dysponuje w takim wypadku większym zakresem swobody niż przy ustalaniu szkody majątkowej i odszkodowania koniecznego do jej naprawienia. Innymi słowy charakter zadośćuczynienia przesądza o tym, że ostateczne ustalenie, jaka konkretnie kwota jest „odpowiednia” z istoty swej należy do sfery swobodnego uznania sędziowskiego, choć nie może to być uznanie dowolne. W świetle ugruntowanego poglądu judykatury, korekta kwoty przyznanej z tytułu zadośćuczynienia jest zaś uzasadniona tylko, jeżeli w okolicznościach sprawy, kwota ta jest rażąco wygórowana lub rażąco niska (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 2000 r., II CKN 651/98). Może to mieć miejsce zwłaszcza w razie nieuwzględnienia przez Sąd a quo całokształtu okoliczności współokreślających krzywdę powoda, co jednak w rozpoznawanej sprawie nie miało miejsca.

W pisemnym uzasadnieniu zaskarżonego wyroku Sąd Rejonowy przedstawił istotne kryteria, jakie stanowiły o przyznaniu powodowi zadośćuczynienia. W ich świetle ustalona wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia, wbrew stanowisku skarżącego, odpowiada rozmiarowi jego krzywdy, która wyraża się w cierpieniu fizycznym i psychicznym, rodzaju powstałych skutków, czasie trwania, natężeniu oraz ograniczeniach, jakie w związku z tym powstały w życiu powoda (art. 445 § 1 w zw. z art. 444 § 1 k.c.).

Za całkowicie niezasadny uznano zarzut naruszenia art. 322 k.p.c., albowiem w judykaturze dominuje pogląd, że art. 322 k.p.c. nie ma zastosowania w sprawach dotyczących zadośćuczynienia (por. orz. SN z 2.1.1962 r., 4 CR 343/61, OSNCP 1963, Nr 3, poz. 59, z glosą A. Szpunara, OSPiKA 1963, Nr 2, poz. 37; wyr. SN z 29.9.2000 r., V CKN 527/00, OSNC 2001, Nr 3, poz. 42; wyr. SN z 18.11.2004 r., I CK 219/04, Legalis; wyr. SN z 17.11.2010 r., I CSK 671/09, Legalis). Podkreśla się w nich, że art. 445 § 1 k.c. umożliwia ustalenie zadośćuczynienia bez potrzeby sięgania do art. 322 k.p.c.

Na obecnym etapie postępowania nie miał też zastosowania art. 4 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, albowiem nie stanowił on podstawy orzekania przez Sąd I instancji. Jest to o tyle istotne, że roszczenie o zadośćuczynienie, o którym mowa w tym przepisie oraz roszczenie o zadośćuczynienie wynikające z art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. mają odrębny charakter i określają zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne. W pierwszym przypadku czyn bezprawny polega na zawinionym spowodowaniu uszkodzenia ciała lub wywołaniu rozstroju zdrowia przez wadliwe leczenie, w drugim zaś na naruszeniu prawa pacjenta do informacji, niezależnie od ostatecznej skuteczności przeprowadzonego zabiegu (por. postanowienie SN z 09.10.2020 r., II CSK 51/20).

Jednakże korekcie podlegał początkowy termin płatności odsetek co do kwoty 1.387,43 zł.

W myśl bowiem art. 455 k.c., jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony, ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania. Wynikająca z ww. artykułu reguła ulega jednak modyfikacji w odniesieniu do świadczeń przysługujących od zakładu ubezpieczeń, gdyż według art. 817 § 1 i 2 k.c., zakład ubezpieczeń jest obowiązany spełnić świadczenie w terminie dni trzydziestu, licząc od dnia zawiadomienia o wypadku, jeżeli nie umówiono się inaczej, zaś gdy wyjaśnienie w tym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu dni czterestu od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

W rozpoznawanej sprawie powód zgłaszał pozwanemu roszczenia o zapłatę etapami. Miały one różny charakter.

Powód pierwotnie domagał się od pozwanego kwoty 200.000 zł zadośćuczynienia oraz 293,59 zł tytułem kosztów związanych z leczeniem (pismo z dnia 07.09.2015r. k. 36).

Dopiero pismem z dnia 22.10.2015r. rozszerzył żądanie w zakresie kosztów leczenia do kwoty 1.681,02 zł. Następnie wobec odmowy wypłaty świadczeń powód złożył reklamację, która została doręczona pozwanemu w dniu 11.01.2016r.

O tej dacie pozwany zobowiązany był do ostatecznej weryfikacji roszczeń powoda, a zatem obowiązek spełnienia świadczenia co do kwoty 1.387,43 stał się aktualny w dniu 10.02.2016r. Od dnia następnego pozwana pozostaje w opóźnieniu z zapłatą powodowi powyższej kwoty.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok w powyższym zakresie, oddalając apelację w pozostałej części (art. 385 k.p.c.).

O kosztach nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu w postępowaniu apelacyjnym orzeczono na podstawie art.100 zdanie drugie k.p.c. w zw. § 2 pkt 6 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie w zw. z § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu – stosownie do wyniku postępowania odwoławczego, albowiem apelacja podlegała uwzględnieniu w nieznacznej części.

SSO J. Barczewski