

Sygn. akt I ACa 1096/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 listopada 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Wojciech Kościółek
Sędziowie:	SSA Barbara Górczanowska SSO del. Barbara Baran (spr.)
Protokolant:	st.sekr.sądowy Beata Lech

po rozpoznaniu w dniu 25 listopada 2015 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa T. F.

przeciwko Szpitalowi Miejskiemu (...) w K.

przy interwencji ubocznej po stronie pozwanej (...) S.A. w W.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 19 marca 2015 r. sygn. akt I C 1025/11

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 2.700 zł (dwa tysiące siedemset złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.**

SSA Barbara Górczanowska SSA Wojciech Kościółek SSO Barbara Baran (del.)

Sygn. akt I ACa 1096/15

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Okręgowy w Krakowie:

- zasądził od pozwanego Szpitala Miejskiego (...) w K. na rzecz powoda T. F. kwotę 150 000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od kwot:

100 000 zł od 13 lipca 2011 r. do dnia zapłaty,

50 000 zł od 25 lipca 2013 r. do dnia zapłaty,

- zasądził od pozwanego na rzecz powoda rentę miesięczną po 1 000 zł, płatną do 10. dnia kolejnych miesięcy począwszy od 7 czerwca 2011 r. z ustawowymi odsetkami w przypadku zwłoki w płatności, z uwzględnieniem kwot wypłaconych powodowi na podstawie postanowienia zabezpieczającego,

- oddalił powództwo w pozostałym zakresie,

- zasądził od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 3 617 zł tytułem zwrotu kosztów procesu,

- kosztami sądowymi obciążył Skarb Państwa.

Jako bezsporne przyjął sąd, że pozwany w okresie od 7 marca 2008 r. do 6 marca 2009 r. miał zawartą z (...) S.A. w W. Oddział (...) w K. umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej, którego suma ubezpieczenia wynosiła 46 500 € na jedno zdarzenie oraz 275 000 € na wszystkie zdarzenia do wyczerpania sumy gwarancyjnej.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

39-letni powód T. F. w dniu 17 października 2003 r. spadł z dachu i doznał złamania szyjki kości udowej prawej oraz złamania kości kulszowej i łonowej miednicy. W tym samym dniu został przyjęty na Oddział (...) Urazowo-Ortopedycznej i (...) Ręki Szpitala im. (...) w K., gdzie poddano go zabiegowi operacyjnemu polegającemu na zespoleniu złamania śrubami kaniulowanymi w trybie doraźnym. Zabieg przebiegł bez powikłań a rana zagoiła się prawidłowo. Lekarze zalecali usunięcie śrub po 1-1,5 roku od operacji, jednak powód czasie czuł się dobrze i nie chciał usuwać śrub, uznając, że nie jest to konieczne. Powód od 2006 r. cierpiał na rwę kulszową, chciał wykonać badanie rezonansem magnetycznym, które było niemożliwe z uwagi na znajdujące się w stawie śruby. Z tego powodu pod koniec 2008 r. zdecydował się na ich usunięcie i zgłosił się na konsultację do pozwanego szpitala, informując o 5-letnim okresie utrzymywania śrub. Badanie RTG stawu biodrowego prawego z 12 listopada 2008 r. wykazało 3 śruby gąbczaste, pełny zrost złamania szyjki kości udowej, szparę stawu zachowaną i brak zmian zwyrodnieniowych.

18 lutego 2009 r. powód został przyjęty na Oddział Urazowo-Ortopedyczny pozwanego szpitala celem usunięcia śrub z rozpoznaniem stanu po złamaniu i zespoleniu szyjki udowej prawej. Stan powoda był dobry, podstawowe badania nie wykazały większych odchyłeń od normy. Zabieg odbywał się w dniu następnym. Miał trwać standardowo ok. pół godziny do godziny, zaś trwał ok. 2,5 godziny z uwagi na problemy z zarośnięciem kości. Dlatego też konieczne było dłutowanie kanału wokół śruby. Zabieg rozpoczęto o godz. 13:15 a zakończono o godz. 15:45. Anestezjolog zastosował profilaktykę antybiotykową okołozabiegową o godzinie 15:00, podając 2g T.. Wykonany tego dnia RTG stawu biodrowego prawego wykazał widoczny kanał po usuniętych śrubach gąbczastych, szparę stawową zachowaną, brak zmian zwyrodnieniowych. Powód przez 6 dni był hospitalizowany i stwierdzono u niego nadciśnienie krwi. W dniu 25 lutego 2009 r. został wypisany do domu w stanie dobrym, z zaleceniem chodzenia z oszczędzaniem operowanej kończyny i kontroli w poradni urazowo-ortopedycznej w wyznaczonym terminie. Powód poruszał się o kulach, lecz z trudem. Dnia 2 marca 2009 r. usunięto mu szwy z zagojonej rany pooperacyjnej w przyszpitalnej poradni ortopedycznej.

W pozwanym szpitalu w okresie hospitalizacji powoda (18-25 lutego 2009 r.) nie stwierdzono u innych chorych przebywających na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym zakażenia gronkowcem złocistym. Strona pozwana w zakresie stosowanych środków sterylizujących i dezynfekujących zarówno na salach operacyjnych jak i salach pacjentów spełniała wszelkie aktualne wymogi i standardy. Powód był operowany w sali klimatyzowanej, sprzątej przez profesjonalną firmę sprzątającą, dysponującą pełną gamą środków dezynfekujących, zaś środowisko sali operacyjnej było monitorowane bakteriologicznie, a do dezynfekcji skóry pacjenta używany był preparat na bazie alkoholu K.. Ranę operacyjną zaopatrzone opatrunkiem jałowym, personel używał właściwych narzędzi i zastosował się do procedur

dezynfekcji rąk. W pozwanym szpitalu zostały opracowane i wdrożone przez Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych procedury i standardy obowiązujące w profilaktyce zakażeń szpitalnych, nadto posiadał on certyfikat ISO.

Powód już w trakcie hospitalizacji u pozwanego odczuwał silny ból w zoperowanym biodrze a także twardość nogi w okolicy rany, które nie ustąpiły w kolejnych dniach. Czuł się coraz gorzej, zaczął gorączkować a w okolicach rany pojawił się znaczny obrzęk. Lekarz pierwszego kontaktu zalecił wizytę w szpitalu. W dniu 6 marca 2009 r. powód z gorączką (38,8°) i silnym bólem rany został przyjęty w poradni Urazowo-Ortopedycznej pozwanego szpitala, gdzie przecięto ropień w ranie, włożono drenaż i pobrano posiew do badania, zalecając zgłoszenie się do placówki za trzy dni. Powód czuł się coraz gorzej, nadal gorączkował - nawet do 40° - a odczuwany ból narastał.

9 marca 2009 r. powoda przyjęto do pozwanego Szpitala ze stwierdzeniem krwiaka w ranie operacyjnej i infekcji dróg moczowych oraz gorączką 38,2°. Równocześnie uzyskano wyniki badań pobranej próbki, w których jednoznacznie stwierdzono, że doszło do zakażenia bakteryjnego gronkowcem złocistym (*S. aureus*). Ponadto w moczu powoda wykryto liczne bakterie, liczne pasma śluzu, pojedyncze erytrocyty i nabłonki płaskie. Lekarze podali mu silne leki przeciwbólowe i antybiotyki a następnie przeprowadzili zabieg oczyszczenia rany. Powoda wypisano ze szpitala 24 marca 2009 r. z zaleceniem przyjmowania antybiotyków doustnych, jednak nie został on poinformowany o stwierdzonym u niego zakażeniu. W karcie informacyjnej podano, że dolegliwości bólowe są objawem rozwijającej się choroby zwyrodnieniowej. Powód szczególnie dotkliwie cierpiał w nocy, nie mógł spać z powodu silnego bólu prawej nogi.

Powód w domu przyjmował leki przeciwbólowe i antybiotyki, ale ciągle odczuwał silne bóle w operowanym biodrze. Ze względu na stały ból, możliwość poruszania się powoda została znacznie ograniczona, prawie cały czas powód spędzał leżąc w łóżku. Powód zgłaszał się na kontrole ambulatoryjne do pozwanego szpitala w dniach 30 marca 2009 r., 6 kwietnia 2009 r., 8 kwietnia 2009 r. oraz 22 kwietnia 2009 r. Lekarze informowali go, że ciągle cierpi na zapalenie cewki moczowej. Powód 30 kwietnia 2009 r. wykonał badania OB i (...), a nadto 15 maja 2009 r. badanie trójfazowe i whole-body w Ośrodku (...) w K., które wykazały zwiększone gromadzenie znacznika w rzucie proksymalnej części udowej prawej oraz stawu biodrowego prawego. Obraz miał odpowiadać obecności ostrego procesu zapalnego z zajęciem przylegających tkanek miękkich. Ponadto stwierdzono zwiększone gromadzenie znacznika w rzucie trzonów kręgow TH8-10, co budzi podejrzenie obecności zmian zwyrodnieniowo-zapalnych.

Powód w dalszym ciągu przebywał na antybiotykach i miał stany gorączkowe, nie mógł pracować a w większości czynności domowych wymagał pomocy żony. Zbierająca się wewnątrz rany ropa powodowała silny, pulsujący, rozrywający ból. Lekarstwa na obniżenie gorączki nie pomagały a utrzymujący się stan doprowadził do ogólnego osłabienia organizmu. Powód w dniu 3 lipca 2009 r. został skierowany z Ośrodka (...) do pozwanego szpitala na oddział Urazowo-Ortopedyczny z rozpoznaniem zapalenia stawu biodrowego prawego, gdzie przewieziono go karetką. Powód nadal nie został poinformowany o zakażeniu gronkowcem złocistym, jednak po umieszczeniu go w izolatce domyślał się, że musiał zostać zakażony jakimś wirusem lub bakterią. W toku badania RTG miednicy ze stawami biodrowymi oraz USG tkanek miękkich stwierdzono zapalenie stawu biodrowego prawego z rozmyciem obrysu głowy i szyjki udowej, całkowicie zatartą strukturę głowy kości udowej prawej, zmiany osteolityczne w obrębie bliższego odcinka kości udowej prawej a także ranę pooperacyjną, niejednorodny zbiornik gęstego płynu z licznymi artefaktami typu ogona komety o nierównych pozaciąganych obrysach i orientacyjnych wymiarach 59x24 mm. Stwierdzono także: obraz tworzącego się ropnia, zmiana leży na głębokości ok. 5 mm pod skórą, tkanki otaczające rozmiękczone. Zastosowano leczenie w postaci nacięcia, ewakuacji ropnia okolicy prawego stawu biodrowego, podawano powodowi leki C., A., płyny infuzyjne i leki przeciwbólowe. Wymaz z przetoki pobrany 4 lipca 2009 r. ponownie wykazał zakażenie bakteryjne gronkowcem złocistym. Powód przebywał w izolatce do 20 lipca 2009 r., potem został skierowany do Kliniki (...) w O..

Po przewiezieniu do w/w Kliniki powód 23 lipca 2009 r. został poddany kolejnemu zabiegowi operacyjnemu: rewizji stawu biodrowego prawego, resekcji zmienionej zapalnie głowy kości udowej, usunięciu tkanek zespolonych i implantacji gąbki z antybiotykiem do stawu. Dopiero w tym ośrodku powód został poinformowany o zdiagnozowanym zakażeniu gronkowcem. Przebywał tam do 4 sierpnia 2009 r. i po powrocie do domu dolegliwości bólowe ustąpiły.

Lekarze zapowiedzieli, że aktualne biodro zostanie wymienione na sztuczne po roku od operacji. Noga uległa wówczas skróceniu o ok. 6-7 cm i z tej przyczyny powód nie mógł na niej stać. Nadal miał trudności z poruszaniem się, chodził jedynie o kulach, zaś żona pomagała w czynnościach, których nie mógł sam wykonywać (zakładanie skarpetek, mycie stóp, obcinanie paznokci u palców stóp).

W dniu 31 sierpnia 2010 r. powód przeszedł planowaną operację endoprotezoplastyki całkowitej bezcementowej stawu biodrowego prawego. Ze względu na zakażenie gronkowcem po zabiegu musiał zażywać antybiotyki. Ze Szpitala w O. powód wrócił do domu 14 września 2010 r. Dwukrotnie po operacji zwichnął wstawione biodro, które później było nastawiane m.in. w pozwanym szpitalu w dniu 18 lutego 2011 r. Powód przebywał po raz kolejny na Oddziale Ortopedii Dorosłych (...) w O. od 3 października 2010 r. do 7 października 2010 r. z rozpoznaniem przebytej endoprotezoplastyki stawu biodrowego prawego, stanu po zwichnięciu i po repozycji zamkniętej endoprotezy.

Powód kilkakrotnie doznał zwichnięcia endoprotezy z jej repozycją. Endoproteza biodra prawego miała tendencję do wyskakiwania, szczególnie w nocy, co zdarzyło się kilka razy. W lipcu 2011 r. powód przeszedł kolejną operację wymiany biodra; przez kilka miesięcy poruszał się o dwóch kulach, obecnie używa jednej.

U 30-40 % populacji na skórze występują bakterie gronkowca złocistego. Odkazanie skóry miejscami w okolicy planowanego pola operacyjnego nie czyni jej jałową a jedynie radykalnie zmniejsza ilość bakterii kolonizujących skórę. Prawidłowe postępowanie w zakresie profilaktyki antybiotykowej powinno polegać na podaniu bolusu dożylnego antybiotyku na 30-40 minut przed zabiegiem operacyjnym, tak, by osiągnął on maksymalne stężenie w skórze w chwili wykonania cięcia, a w przypadku zabiegu przedłużającego się ponad 40 minut należy powtórzyć kolejny bolus tego antybiotyku. Antybiotyk rekomendowany do profilaktyki okołoperacyjnej musi być wyłączony w danym szpitalu ze stosowania go w terapii empirycznej lub celowanej.

W trakcie zabiegu przeprowadzonego u powoda profilaktyka antybiotykowa została zastosowana w drugiej godzinie zabiegu; antybiotyk przed zabiegiem nie podano.

Gronkowiec złocisty, który zakaził miejsce operowane u powoda, był jego florą własną bytującą na skórze, która przedostała się do miejsca operowanego na skutek nieprawidłowego postępowania w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego w dniu 19 lutego 2009 r.

W związku z zakażeniem miejsca operowanego u powoda doszło do rozległego martwiczego zaniku tkanek miękkich, w tym części mięśni pośladkowych, które przesądzą o braku stabilności założonej protezy biodra prawego i nawrotowych jej zwichnięć oraz septycznego uszkodzenia stawu biodrowego prawego, co przesądziło o konieczności funkcjonowania przez ponad dwanaście miesięcy z usuniętym stawem biodrowym prawym, co powodowało istotną utratę sprawności powoda w czynnościach życia codziennego oraz dolegliwości bólowe.

W następstwie przebytego zakażenia doszło u powoda do trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 90%, polegającego na utracie biologicznego stawu biodrowego z ubytkiem tkanek miękkich. Obecnie u powoda występuje ograniczenie ruchomości w stawie biodrowym prawym, związane z możliwością nawracających zwichnięć. Stan zdrowia powoda jest ustabilizowany, nie rokujący jakichkolwiek szans na poprawę w przyszłości.

Powód utracił całkowicie zdolność do pracy w zawodzie elektromontera oraz ciężkich prac w rolnictwie. Niestabilny staw uniemożliwia wykonywanie prac na rusztowaniach, drabinie, wychodzenie na podesty a także podnoszenie ciężkich przedmiotów.

W dacie zabiegu powód miał 44 lata. Jest z zawodu elektromonterem, lecz od 2006 r. do czasu przedmiotowego zabiegu z dnia 19 lutego 2009 r. pozwanym szpitalu pracował dorywczo na budowach w charakterze murarza, tynkarza lub cieśli i uzyskiwał z tego tytułu wynagrodzenie ok. 2000 zł - 3000 zł miesięcznie. Od 1995 r. prowadził też własne gospodarstwo rolne, z którego czerpał dochody zaspokajające potrzeby jego i żony. W miesiącach zimowych małżonkowie utrzymywali się jedynie z wynagrodzenia B. F.. Powód otrzymywał świadczenie rentowe z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego od 1 sierpnia 2009 r. do 30 listopada 2009 r. w wysokości 173,37 zł miesięcznie,

od 1 grudnia 2009 r. do 31 marca 2010 r. w kwocie 178,02 zł. Powód sprzedał gospodarstwo rolne celem otrzymania wyższych świadczeń i z tytułu wyrównania za miesiące styczeń-marzec 2010 r. otrzymał 2 484,36 zł a od 1 kwietnia 2010 r. do 31 października 2010 r. jego renta wynosiła 691,11 zł. Powód otrzymał wyrównanie za październik 2010 r. w wysokości 181,10 zł, gdyż przyznano mu dodatek pielęgnacyjny w kwocie 181,10 zł. Od 1 listopada 2010 r. do 31 października 2011 r. powód otrzymywał rentę w wysokości 900,53 zł. Od 1 listopada 2011 r. wstrzymano wypłatę dodatku pielęgnacyjnego, jednak kolejną decyzją przywrócono ją powodowi (w kwocie 186,71 zł od 1 listopada 2011 r. do dnia 30 listopada 2012 r.) a zatem jego świadczenie wynosiło w tym okresie 926,97 zł. Kolejna decyzja nie została wydana i od ostatniej daty powód świadczenia pielęgnacyjnego już nie otrzymuje. Aktualna wysokość świadczenia rentowego zamyka się kwotą 857 zł.

Powód obecnie nie prowadzi sam samochodu, w razie potrzeby wynajmuje kierowcę.

Biegli zaprzeczyli aby z uwagi na brak usunięcia śrub w wymaganym terminie staw biodrowy powoda był dotknięty zmianami zwyrodnieniowymi przed operacją w lutym 2009 r. Zdjęcie RTG z 12 listopada 2008 r. wykazało brak zmian zwyrodnieniowych w badanym stawie biodrowym prawym powoda. Nie doszło też w toku leczenia do odczynu w obrębie kości na implanty metalowe w postaci śrub zespalających a biegli nie stwierdzili związku między opóźnionym zgłoszeniem się do ich usunięcia a wystąpieniem zakażenia miejsca operowanego.

Gdyby nie doszło do zakażenia w pozwanym szpitalu, powód cieszyłby się prawdopodobnie swoim biologicznym stawem biodrowym, zaś zakażenie spowodowało jego utratę oraz istotnie duży ubytek mięśni pośladkowych, które odgrywają zasadniczą rolę w stabilizacji stawu, zapobiegając jego zwknięciom. Orzeczone 90% uszczerbek na zdrowiu z tego tytułu jest w zatem w pełni uzasadniony.

T. F. odczuwał silny ból w prawej nodze, nie mógł spać. Przyjmował leki przeciwbólowe i antybiotyki. Dopiero po resekcji stawu biodrowego i wygojeniu się ran ból ustąpił. Powód obecnie nie przyjmuje leków, nadal jeździ na konsultacje do O..

Dokonawszy oceny dowodów sąd uznał, że powództwo zasługiwało na uwzględnienie w znacznej części. Powód opierał swoje roszczenia na zakażeniu gronkowcem złocistym w trakcie zabiegu usunięcia śrub w dniu 19 lutego 2009 r. w pozwanym szpitalu. Podstaw odpowiedzialności strony pozwanej należy upatrywać w art. 415 w zw. z art. 430 k.c. Stwierdzenie błędu w sztuce medycznej w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miał miejsce zabieg, jest niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Istotne jest to, iż czynność tę wykonał pracownik zakładu w ramach jego działalności.

Zdaniem sądu zaistniał błąd medyczny w postaci błędu w terapii: nie zastosowano właściwej profilaktyki antybiotykowej w trakcie zabiegu w dniu 19 lutego 2009 r., w konsekwencji czego powód został zarażony gronkowcem złocistym. Nie zostało natomiast wykazane, by nastąpił błąd diagnostyczny. Lekarze już 9 marca 2009 r. mając wiadomość o występowaniu bakterii gronkowca złocistego w ranie pooperacyjnej podjęli terapię antybiotykową.

Błąd lekarski staje się zawiniony, jeżeli wynika z niedbalstwa albo z braku ostrożności lekarza. Z obowiązku stosowania się do aktualnej wiedzy medycznej lekarza nie zwalnia fakt, iż publikacje na ten temat są anglojęzyczne. Nieuwzględnianie w praktyce zawodowej najnowszych osiągnięć medycyny należy uznać za niedołożenie należytej ostrożności. Zastosowanie właściwej profilaktyki antybiotykowej, o której wiedza była dostępna, uchroniłoby chorego przed zakażeniem. Zauważył sąd, że strona pozwana podnosząc zarzuty do opinii nie kwestionowała stwierdzenia, iż podanie bolusu antybiotykowego przed operacją i ponowienie dawki w przypadku przedłużenia się operacji pozwoliłoby uniknąć zakażenia gronkowcem; wskazywano jedynie, że nie jest to powszechna praktyka, zgodna z zaleceniami ministerialnymi. Zawinięcia nie wyłącza okoliczność, że była to bakteria bytująca na skórze powoda. Powszechne jest występowanie bakterii gronkowca na skórze ludzkiej a posiadając o tym wiedzę, należy podjąć niezbędne środki zabezpieczające przed infekcją. W konsekwencji należy uznać, że lekarz postępujący wzorcowo uniknąłby zakażenia gronkowcem a błąd popełniony podczas zabiegu w dniu 19 lutego 2009 r. należy zakwalifikować jako zawiniony.

W kwestii związku przyczynowego zwrócił uwagę sąd, że ustawodawca, wprowadzając w art. 361 § 1 k.c. ograniczenie odpowiedzialności zobowiązanego do naprawienia szkody tylko do normalnych (typowych, występujących zazwyczaj) następstw działań lub zaniechań, z których szkoda wynika, nie zdefiniował pojęcia związku przyczynowego w rozumieniu prawnym. Przyjmuje się, że następstwo ma charakter normalny wtedy, gdy w zwyczajnym biegu spraw konkretny skutek można uznać za zwykle następstwo danego zdarzenia; typowym jest skutek występujący w zwykłym porządku rzeczy, taki, który na podstawie zasad doświadczenia życiowego można uznać za charakterystyczny dla danej przyczyny, jako jej normalny rezultat. W tzw. procesach lekarskich ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego między postępowaniem personelu medycznego a powstałą szkodą jest często niemożliwe, w związku z czym z konieczności należy opierać się jedynie na wysokim prawdopodobieństwie istnienia takiego związku. W przedmiotowej sprawie biegli jednoznacznie stwierdzili, że przebieg zakażenia wskazuje na zakażenie bakterią w trakcie operacji. W ocenie Sądu wysoce prawdopodobne jest, że niezastosowanie właściwej profilaktyki antybiotykowej było przyczyną zakażeniem powoda gronkowcem złocistym. Istnieje zatem obiektywny związek przyczynowy. Normalnym następstwem zakażenia jest zaś rozwój infekcji.

Co do roszczeń powoda odwołał się sąd do treści art. 445 § 1 k.c. i zwrócił uwagę na kryteria oceny rozmiaru krzywdy a także na kompensacyjny charakter zadośćuczynienia. Nie może ono być sumą symboliczną, lecz musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość. Jednocześnie zadośćuczynienie powinno być utrzymane w rozsądnych granicach, nawiązując do warunków i przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa. Przy ustalaniu rozmiaru cierpień i ujemnych doznań psychicznych powinny być uwzględniane zobiekttywizowane kryteria oceny, jednakże w relacji do indywidualnych okoliczności danego przypadku.

Sąd zwrócił uwagę na to, że powód odniósł stały uszczerbek na zdrowiu w rozmiarze 90 %. Proces leczenia zakażenia był długotrwały, wiązał się z trzema zabiegami operacyjnymi, częstymi wizytami lekarskimi, wielomiesięcznym przyjmowaniem antybiotyków i środków przeciwbólowych. Powód miał ograniczoną możliwość poruszania się, przy codziennych czynnościach musiał korzystać z pomocy osób trzecich. Przez bardzo długi okres odczuwał silne dolegliwości bólowe, nie mógł spać. W chwili zdarzenia powód był osobą stosunkowo młodą. Wskutek zakażenia musiał zrezygnować z pracy, prowadzenia gospodarstwa rolnego a także prowadzenia samochodu. Zastosowana endoproteza nie ma właściwego podparcia w mięśniach pośladkowych, które musiały zostać usunięte w związku z zakażeniem. W konsekwencji często ulegała zwichnięciu. Zakażenie miało wpływ nie tylko na zdrowie fizyczne powoda, ale powodowało również ogromne cierpienia psychiczne. W świetle powyższego nie ulega wątpliwości, że krzywda powoda jest znaczna i trwała. Żądana przez powoda kwota 150 000 zł jest zatem adekwatna do krzywdy, jakiej doznał.

O odsetkach od zadośćuczynienia sąd orzekł na podstawie art. 455 k.c. i 481 § 1 i 2 k.c., kierując się datami doręczenia pozwu a następnie pisma rozszerzającego żądanie.

Co do żądania renty sąd, przytoczywszy przesłanki z art. 444 §2 k.c. zwrócił uwagę, że roszczenie o zapłatę renty powód opierał na zwiększeniu swych potrzeb, utracie zdolności zarobkowych i utracie widoków na przyszłość. Niewątpliwie nastąpiło zwiększenie potrzeb powoda w związku z leczeniem. Pomimo, że powód obecnie nie przyjmuje stałe leków, to musi odbywać konsultacje lekarskie, badania, czasami używać leków przeciwbólowych. Powód musiał zrezygnować z prowadzenia samochodu, wymaga w tym zakresie pomocy rodziny, znajomych lub wynajmuje kierowcę. W ocenie Sądu przy zastosowaniu art. 322 k.p.c. uznać należy, że odpowiednią kwotą z tytułu zwiększonych potrzeb jest 200 zł miesięcznie. Powód utracił zdolność do wykonywania wyuczonego zawodu, nie może pracować na wysokości ani podnosić cięższych rzeczy. Ograniczenia te pozbawiają go możliwości pracy w zawodzie budowlańca, uniemożliwiają prowadzenie gospodarstwa rolniczego. Z uwagi na wiek i stan zdrowia utrudnione również będzie przekwalifikowanie zawodowe. Przed zakażeniem powód zarabiał około 2000-3000 zł, przy czym nie był to stały dochód. Obecnie otrzymuje rentę inwalidzką z KRUS-u w wysokości 857 zł. Zmniejszyły się również widoki powodzenia na przyszłość powoda - jego aktywność ruchowa jest znacznie ograniczona. Wszystkie te okoliczności powodują, że kwota, jakiej powód żąda tytułem renty nie jest zawyżona.

Sąd zatem orzekł jak w punkcie II wyroku, zasądzając na rzecz powoda rentę miesięczną 1 000 zł, począwszy od 7 czerwca 2011 r. z ustawowymi odsetkami w przypadku zwłoki w płatności, z uwzględnieniem kwot wypłaconych powodowi na podstawie postanowienia zabezpieczającego. Sąd nie uwzględnił żądania kapitalizacji renty wobec niewskazania przez powoda żadnej ważnej przyczyny żądanie to uzasadniającej.

Żądania ustalenia odpowiedzialności strony pozwanej za szkody związane z zakażeniem gronkowcem na przyszłość nie uwzględniono, bo powód nie wykazał interesu prawnego w ustaleniu, ograniczając się do stwierdzenia, że interes jest oczywisty. Powód w przypadku ujawnienia się nowych szkód będzie miał możliwość wystąpienia z nowym powództwem w terminie 3 lat od ujawnienia się szkody.

Sąd oddalił zatem roszczenie o ustalenie a także o odsetki od kwoty 100 000 zł od dnia 7 czerwca 2011 r. do 12 lipca 2011 r. a od kwoty 50 000 zł od 17 lipca 2013 r. do 24 lipca 2013r.

O kosztach procesu orzeczono na zasadzie art. 100 k.p.c. Powód uległ jedynie w nieznacznej części, zasadne zatem było, by to strona pozwana poniosła koszty procesu w całości.

Apelację od powyższego wyroku w zakresie punktów I, II i V wniósł pozwany szpital, zarzucając:

1/ naruszenie prawa materialnego w postaci:

- art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, co skutkowało błędnym ustaleniem, że brak podania bolusu dożylnego antybiotyku na 30-40 minut przed operacją było działaniem sprzecznym z aktualną wiedzą medyczną (błąd w terapii),

- art. 361 § 1 i 2 k.c. poprzez błędną wykładnię i uznanie, że powód wykazał istnienie adekwatnego związku przyczynowego między żądaniem zapłaty a zabiegiem z 2009 r.,

- art. 444 § 2 k.c. i 6 k.c. przez zasądzenie zbyt wysokiej renty mimo braku wykazania, by powód przed zabiegiem osiągał jakiegokolwiek dochody oraz by po zabiegu zwiększyły się jego potrzeby,

- art. 361 § 1 w zw. z art. 445 § 1 k.c. przez zasądzenie zbyt wysokiego zadośćuczynienia,

- art. 481 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 455 k.c. przez przyjęcie, że odsetki należą się powodowi za okres wcześniejszy, niż chwila wyrokowania,

2/ naruszenie prawa procesowego, które miało wpływ na wynik sprawy, tj.:

- art. 328 § 2 w zw. z art. 233 k.p.c. przez uznanie za wiarygodną opinię (...), która była wadliwa,

- art. 286 § 1 k.p.c. przez oddalenie wniosku o dowód z kolejnych biegłych,

- art. 322 k.p.c. przez przyznanie renty w wysokości 200 zł z tytułu zwiększonych potrzeb, mimo że powód tego nie udowodnił,

- art. 233 § 1 k.p.c. przez brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego, w szczególności opinii biegłych.

Apelujący domagał się zmiany wyroku i oddalenia powództwa i zasądzenia na jego rzecz kosztów procesu za obydwie instancje.

Rozwijając podniesione zarzuty apelujący odwoływał się do treści zalecanych przez Ministra Zdrowia Standardów stosowania antybiotykoterapii w profilaktyce okołoperacyjnej na lata 2009 -2013, które nie przewidywały oczekiwanej przez powoda profilaktyki w wypadku usunięcia materiału zespalającego, lecz jedynie w razie wszczepiania implantu. Wobec braku błędu medycznego niezasadne było także przyjęcie zaistnienia związku przyczynowego między działaniem pozwanego a szkodą powstałą u powoda. Apelujący podnosił także brak wykazania

przez powoda, by miał zwiększone potrzeby lub wykonywał jakieś prace i zarabiał wskazane kwoty, co w konsekwencji nie powinno prowadzić do zasądzenia renty. Zarzucono w apelacji, że zadośćuczynienie jest rażąco zawyżone i nie było podstaw do rozszerzenia żądanej kwoty w toku procesu.

Apelujący kwestionując opinię biegłego, na której oparł się sąd podnosił, że jest ona nieprawidłowa i niepełna a wyliczenie uszczerbku winno być oparte na tabelach ubezpieczycieli. Należało zdaniem apelującego przeprowadzić dowód z kolejnej opinii biegłych.

W odpowiedzi na apelację powód wniósł o jej oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego, podtrzymując swoje stanowisko, wyrażane przed sądem I instancji.

Sąd Apelacyjny przyjął za własne ustalenia faktyczne, poczynione przez sąd I instancji, podzielił dokonaną ocenę dowodów i zważył, co następuje:

Apelacja jest bezzasadna.

Przed wszystkim odnieść się należy do zarzutów, dotyczących ustaleń faktycznych sądu, opartych na zgromadzonym materiale dowodowym, bowiem jedynie prawidłowo ustalony stan faktyczny może być podstawą właściwie czynionych rozważań prawnych.

Zarzuty w odniesieniu do oceny materiału dowodowego apelujący skupił przede wszystkim na opinii biegłych, podnosząc, że opinia ta jest nierzetelna, wadliwa i niepełna. Stanowiska tego nie można jednak podzielić. Przede wszystkim dostrzec należy bardzo istotną okoliczność, iż twierdzenia biegłych były zdecydowane i kategoryczne. Opinia była pełna a to, że biegli dwukrotnie odpowiadali na postawione zarzuty wynika z faktu postawienia tych zarzutów, nie zaś z wadliwości opinii. Twierdzenia przedstawiane przez biegłych były konsekwentnie podtrzymywane. Co do poszczególnych, podnoszonych nadal przez pozwanego zarzutów podkreślić należy, że na pierwszym miejscu – przed wszelkimi zaleceniami i pisemnymi standardami stać ma wiedza medyczna lekarza. Jak zresztą słusznie zauważa powód, złożony w toku postępowania dokument opracowany w ramach Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków pochodzi z roku 2011, później, niż miał miejsce przedmiotowy zabieg; wcześniejsze wersje – o ile istniały – nie były wnioskowane. Nadmierny nacisk pozwanego na powoływane przezeń Standardy z 2011 r. zmierza do usunięcia spod uwagi sądu tego, na co wskazywali biegli: dostępna w okresie zabiegu (rok 2009) wiedza medyczna nakazywała zastosowanie w wypadku takim, jaki dotyczył powoda, profilaktyki antybiotykowej. Biegli podkreślali także, że wiadomym było większe ryzyko w wypadku przedmiotowego zabiegu z uwagi na wcześniejsze operacje, blizny w tkankach i większy stopień skomplikowania. W takim wypadku zdaniem Sądu Apelacyjnego nie można uznać za racjonalne twierdzeń pozwanego, iż do zabiegu dotyczącego powoda a polegającego na wyjęciu implantu można stosować słabsze rygory w zakresie profilaktyki antybiotykowej, niż w wypadku wszczepienia implantu. Jak zresztą jednoznacznie wskazują następstwa, jakich doznał powód, niezastosowanie tej profilaktyki spowodowało poważne konsekwencje.

Co do zarzutów związanych z wyliczonym przez biegłych uszczerbkiem na zdrowiu podkreślić należy, że w niniejszej sprawie chodziło o zasądzenie zadośćuczynienia, którego kwota jest określana przez sąd (w ramach zgłoszonego żądania pozwu) – w tym zakresie sąd działa w zakresie sędziowskiego uznania, zaś procentowo określony uszczerbek ma jedynie pomocniczy charakter. Zadośćuczynienie ma bowiem wynagrodzić doznaną krzywdę (w tym doznawanie bólu), której procentowe określenie nie jest możliwe.

Zarzuty przedstawiane przez pozwanego wobec sporządzonej w sprawie opinii biegłych były niezasadne. Słusznie zatem postąpił sąd I instancji, oddalając wniosek o przeprowadzenie kolejnej opinii. Jak napisano wyżej – wnioski biegłych były jednoznaczne i stanowcze, ugruntowane zaś stanowisko orzecznictwa wskazuje, że nie uzasadnia potrzeby powołania innego biegłego taka okoliczność, że opinia powołanego już biegłego jest dla strony w jej odczuciu niekorzystna (m.in. orzeczenia SN z 18 lutego 1974 r., II CR 5/74, 22 lipca 1997 r., I CKN 174/97, a także w

uzasadnieniach SN do wyroków z 4 sierpnia 1999 r., I PKN 20/99, 18 października 2001 r., IV CKN 478/00, 10 stycznia 2002 r., II CKN 639/99).

Dowód z opinii biegłego podlega ocenie sądu przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla jej przedmiotu 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. Sąd w niniejszej sprawie stosując te kryteria, opinię ocenił właściwie. Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dodatkowej opinii tych samych lub innych biegłych, gdy zachodzi tego potrzeba, a więc wówczas, gdy opinia złożona do sprawy zawiera istotne braki, sprzeczności, względnie nie wyjaśnia istotnych okoliczności. W niniejszym wypadku taka potrzeba nie zachodziła.

Z tych względów nie było także podstaw do zmiany postanowienia dowodowego sądu I instancji ani do dopuszczenia na etapie postępowania apelacyjnego dowodu z opinii sporządzonej przez innych biegłych.

Niezasadny był także zarzut, w istocie dotyczący ustaleń faktycznych, ale zawarty w zarzucie dotyczącym art. 444 § 2 k.c., poprzez który pozwany zarzucał brak wykazania przez powoda faktu osiągnięcia dochodów przed wypadkiem. Apelującemu umyka ustalenie sądu, iż powód pracował dorywczo i z tego tytułu osiągał wynagrodzenie rzędu 2-3 tys. zł miesięcznie oraz że w miesiącach zimowych małżonkowie utrzymywali się jedynie z wynagrodzenia żony powoda. Zeznań powoda wynikało bowiem (co pomija apelujący), że wyjąwszy miesiące zimowe, powód pracował na budowach, osiągając w/w kwoty zarobków, prowadził też własne gospodarstwo rolne, z którego dochód przeznaczał na utrzymanie swoje i żony. Zawarte w apelacji twierdzenie (treść zarzutu 3.), jakoby powód w żaden sposób nie wykazał osiągnięcia dochodów i zwiększenia potrzeb jest sformułowane z pominięciem tej części materiału dowodowego, ocenionego przez sąd jako wiarygodny, jaki stanowią zeznania powoda.

Bez znaczenia jest w istocie dla rozstrzygnięcia, kiedy powód został powiadomiony o zakażeniu gronkowcem, skoro wdrożono odpowiednie leczenie po stwierdzeniu tego zakażenia.

Powyższe uwagi prowadzą do zaznaczonego już wcześniej stanowiska Sądu Apelacyjnego w przedmiocie podzielenia oceny dowodów dokonanej przez sąd I instancji i przyjęcia jego ustaleń faktycznych za własne.

Odnosząc się do pozostałych zarzutów stwierdzić należy ich bezzasadność. Prawidłowo ustalony stan faktyczny daje przede wszystkim podstawę do przyjęcia, iż w trakcie działań pozwanego doszło do błędu w terapii w postaci braku zastosowania właściwej profilaktyki antybiotykowej, zaś zawinienie lekarzy polegało na nieuwzględnieniu w praktyce aktualnych i dostępnych wskazań wiedzy medycznej. Jak słusznie zwrócił uwagę sąd I instancji, pozwany Szpital nie kwestionował skuteczności podania bolusu antybiotykowego, co spowodowałoby uniknięcie zakażenia gronkowcem. Gdyby zatem lekarze postąpili zgodnie ze wskazaniem dostępnej w tamtym czasie wiedzy, do zakażenia nie doszłoby a powód nie doznałby szkody. Podzielić należy w tym względzie wszystkie rozważania sądu I instancji tak w zakresie zawinienia, jak i związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem pozwanego a powstałą szkodą powoda. Nie ma potrzeby powtarzania ich w tym miejscu. Podkreślić należy wyrażony przez sąd a ugruntowany w orzecznictwie pogląd, że w tak zwanych procesach lekarskich nie jest wymagane, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. Udowodnienie jednak związku przyczynowego, o który tu chodzi, powinno wskazywać na odpowiednio wysoki stopień tego prawdopodobieństwa. Przesłanki odpowiedzialności placówki medycznej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., które musi wykazać powód, to wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonych czynności, przy czym do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej wystarczy choćby najmniejszy stopień winy. Przesłanki te powód w niniejszej sprawie wykazał.

Niezasadny jest zarzut naruszenia art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry – wszak przepis ten mówi o konieczności postępowania lekarza zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Sąd zwrócił uwagę właśnie na niedostosowanie postępowania lekarzy do wskazań dostępnej wówczas

wiedzy medycznej, tymczasem apelujący uzasadniając ten zarzut nie odnosi się do tejże wiedzy, lecz kolejny raz do tego, co napisano w Standardach – publikacji z roku 2011.

Co do wysokości zasądzonych na rzecz powoda kwot zarzuty pozwanego należy uznać za bezzasadne. Kwota 150 000 zł w przypadku tak rozległej i obfitującej w poważne i nieusuwalne dla powoda konsekwencje nie jest kwotą rażąco wygórowaną. W tym wypadku odwołać się należy także do ugruntowanego w orzecznictwie poglądu, że po pierwsze ustalenie wysokości zadośćuczynienia nie może ściśle odpowiadać właściwemu dla naprawienia szkody majątkowej, matematycznemu dostosowaniu kwoty odszkodowania do wielkości uszczerbku w prawnie chronionych dobrach i interesach poszkodowanego. W przypadku zadośćuczynienia do sądu orzekającego należy rozważenie znaczenia czynników, które pozostają doniosłe dla ustalenia zakresu obowiązku zapłaty zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Po drugie zaś, zmiana wysokości sum zadośćuczynienia zasądzonych przez sąd pierwszej instancji, wchodzi w rachubę jedynie w razie rażąco błędnego określenia wysokości należnych kwot, czyli ich istotnego zawyżenia albo zaniżenia. Jak wcześniej już zaznaczono, jest to sfera uznania sędziowskiego, co wynika z rodzaju naruszonych dóbr i charakteru doznanej szkody (krzywda). Sąd I instancji należycie rozważył wszystkie konsekwencje przedmiotowego zabiegu, jakich doświadczył powód, ocenił należycie rozmiar doznanej szkody, wziął też pod uwagę to, że krzywda powoda jest znaczna i trwała. Nie można tej ocenie postawić żadnego zarzutu a określona na 150 000 zł kwota zadośćuczynienia jest odpowiednia.

W kwestii wysokości renty przypomnieć należy, że na zasądzoną kwotę składają się elementy w postaci zwiększonych potrzeb, utraty możliwości zarobkowych i utraty widoków na przyszłość. Sąd oparł się na ustaleniach faktycznych, z których wynika konieczność korzystania z odpłatnej pomocy osób trzecich w wypadku prowadzenia samochodu, ponoszenia kosztów związanych z koniecznością wizyt lekarskich i okresowego korzystania z leków i ocenił wydatki z tego tytułu na 200 zł miesięcznie. Zasadnie też sąd przyjął utratę możliwości zarobkowych powoda z pracy na budowach i osiągania dochodów z gospodarstwa rolnego. Jak już napisano wyżej, poza miesiącami zimowymi powód osiągał zarobek rzędu 2000-3000 zł miesięcznie. Rozdzielenie zarabianych kwot na wszystkie miesiące w roku w pełni uzasadnia zasądzenie kwoty 800 zł miesięcznie z tego tytułu. Sąd odwołał się do regulacji zawartej w art. 322 k.p.c., poprzedzając jego zastosowanie niezbędnymi ustaleniami co do przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego i stosując ten przepis we właściwy sposób. Zasądzona łącznie kwota 1000 zł z tytułu renty nie jest zatem wygórowana.

Niezasadny jest także zarzut w odniesieniu do niewłaściwej początkowej daty odsetek, przyjętej zdaniem apelującego przez sąd. Pozew w niniejszej sprawie wpłynął w dniu 7 czerwca 2011 r., przy czym już po jego złożeniu powód przechodził kolejną operację. Nadal zatem następowały zdarzenia wpływające na rozmiar doznanej krzywdy i były podstawy do rozszerzenia powództwa. Słusznie stwierdza sąd I instancji, że pozew stanowił wezwanie do zapłaty kwoty objętej pozwem, zaś rozszerzenie żądania wywołuje skutki w zakresie odsetek po 7 dniach doliczonych do daty doręczenia pisma zawierającego rozszerzenie żądania. Sąd Apelacyjny stoi na stanowisku, że w razie wyrządzenia szkody czynem niedozwolonym odsetki należą się poszkodowanemu już od chwili zgłoszenia przezeń roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia. Zgodnie z art. 455 k.c. w tej bowiem chwili staje się wymagalny obowiązek sprawcy szkody do spełnienia świadczenia. Zgodzić się należy z wyrażonym w orzecznictwie poglądem, że obecnie funkcja odszkodowawcza odsetek przeważa nad ich funkcją waloryzacyjną. W tej sytuacji zasądzenie odsetek od daty wyrokowania stanowi nieuzasadnione uprzywilejowanie dłużnika, skłaniając go niekiedy do jak najdłuższego zwlekania z opóźnionym świadczeniem pieniężnym, w oczekiwaniu na orzeczenie sądu znoszące obowiązek zapłaty odsetek za wcześniejszy okres (por. m.in. wyrok SA w Warszawie z dnia 28 października 2011 r., sygn.VI ACA 247/11, wyrok SA w Katowicach z dnia 24 lipca 2008 r., sygn. V ACA 252/08, SN z dnia 25 marca 2009, sygn. V CSK 370/08). Wymagalność roszczenia o zadośćuczynienie - które jest, zgodnie z art. 455 k.c., roszczeniem bezterminowym - należy w niniejszej sprawie wiązać z datą zgłoszenia zobowiązanemu roszczenia sprecyzowanego co do jego wysokości. Kwota, jakiej żądał powód była bowiem zasadna już w chwili zgłoszenia żądania pierwotnego a kwota, o jaką rozszerzył żądanie, w chwili rozszerzenia (w każdym wypadku przy uwzględnieniu okresów, jakie przyjął sąd I instancji interpretując określenie „niezwłoczne spełnienie świadczenia”).

Na koniec należy stwierdzić, że zarzut sformułowany jako naruszenie prawa procesowego w postaci art. 328 § 2 k.p.c. w zw. z art. 233 k.p.c., mające wpływ na wynik postępowania, także jest bezzasadny. Naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. nie może mieć wpływu na wynik sprawy, bowiem uzasadnienie wyroku jest sporządzane już po wydaniu orzeczenia. Nadto naruszenie tego przepisu (w innym jednak rozumieniu, niż wskazuje to apelujący) mogłoby mieć miejsce tylko wówczas, gdyby uzasadnienie wyroku sporządzono w sposób uniemożliwiający kontrolę instancyjną. Taka sytuacja w niniejszej sprawie nie zachodzi.

Z tych względów apelacja jako bezzasadna uległa oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. Na koszty te składa się wynagrodzenie pełnomocnika powoda, obliczone na podstawie § 6 p. 6 w zw. § 12 ust. 1 p. 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu.

SSA Barbara Górczanowska SSA Wojciech Kościółek SSO (del) Barbara Baran