

Sygn. akt I ACa 621/14

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 listopada 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	Sędzia SA Hanna Rojewska (spraw.)
Sędziowie:	SA Małgorzata Dzięciołowska SA Tomasz Szabelski
Protokolant:	st. sekr. sądowy Katarzyna Olejniczak

po rozpoznaniu w dniu 6 listopada 2014 r. w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa *E. F.*

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

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 17 lutego 2014 r. sygn. akt II C 49/12

I. zmienia zaskarżony wyrok w punktach 1 i 2 na następujący: "1) zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz E. F.:

a) kwotę 200.000 (dwieście tysięcy) złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 sierpnia 2011 roku do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia;

b) kwotę 13.570 (trzynaście tysięcy pięćset siedemdziesiąt) złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 sierpnia 2011 roku do dnia zapłaty tytułem odszkodowania;

c) kwotę 28.215 (dwadzieścia osiem tysięcy dwieście piętnaście) złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 12 września 2013 roku do dnia zapłaty tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia 1 stycznia 2011 roku do dnia 30 września 2013 roku;

d) kwotę po 855 (osiemset pięćdziesiąt pięć) złotych miesięcznie tytułem renty na zwiększone potrzeby, płatną w terminie do 10-go każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w razie

uchybiecia terminowi płatności którejkolwiek z rat renty, poczynwszy od dnia 1 października 2013 roku i na przyszłość;

e) kwotę 5.051,90 (pięć tysięcy pięćdziesiąt jeden złotych 90/100) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;

2) ustala odpowiedzialność (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. za dalsze, mogące wystąpić w przyszłości skutki zakażenia powódki E. F. gronkowcem, związanym z zabiegiem operacyjnym przeprowadzonym w dniu 8 maja 2006 roku w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł.;

3) oddala powództwo w pozostałej części;

4) nakazuje pobrać na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Łodzi od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwotę 12.603 (dwanaście tysięcy sześćset trzy) złote tytułem nieuiszczonej opłaty od uwzględnionej części powództwa oraz kwotę 1950,35 (jeden tysiąc dziewięćset pięćdziesiąt złotych 35/100) tytułem części nieuiszczonych wydatków, pokrytych tymczasowo ze Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Łodzi;

5) nie obciąża powódki E. F. nieuiszczonymi kosztami od oddalonej części powództwa."

II. oddala apelację w pozostałej części;

III. zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz E. F. kwotę 3.780 (trzy tysiące siedemset osiemdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za postępowanie apelacyjne;

IV. nakazuje pobrać na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Okręgowego w Łodzi od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwotę 12.603 (dwanaście tysięcy sześćset trzy) złote tytułem nieuiszczonej opłaty od uwzględnionej części apelacji;

V. nie obciąża E. F. nieuiszczoną opłatą od oddalonej części apelacji.

Sygn. akt I ACa 621/14

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 17 lutego 2014 roku, wydanym w sprawie z powództwa E. F. przeciwko (...) S.A. w W. o zapłatę, Sąd Okręgowy w Łodzi oddalił powództwo i nie obciążył powódki obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz strony pozwanej.

Powyższy wyrok zapadł na podstawie poczynionych przez Sąd pierwszej instancji ustaleń faktycznych, które Sąd Apelacyjny przyjmuje za własne, a z których wynika, że E. F. cierpi od kilkunastu lat na reumatoidalne zapalenie stawów. Z powodu tej choroby przechodziła w przeszłości endoprotezo - plastykę obu stawów biodrowych i prawego stawu kolanowego.

W kwietniu 2006 r. powódka została przyjęta na Oddział (...) Urazowo-Ortopedycznej Szpitala im. (...) w Ł. z powodu bolesnej deformacji i niestabilności lewego stawu skokowego, wynikającej z dużej koślawości.

Pacjentką opiekował się lekarz, który wykonywał u niej wcześniej operacje z powodzeniem. Deformacja lewego stawu skokowego i towarzyszący temu ból uniemożliwiał powódce chodzenie. Z tego względu E. F. poprosiła lekarza o wszczęcie endoprotezy zaatakowanego stawu. Po konsultacji z producentem endoprotez lekarz uzyskał informację, że stan stawu skokowego powódki umożliwia wszczęcie protezy. W tej sytuacji podjął decyzję, że jedynym

sposobem umożliwienia pacjentce chodzenia jest usztywnienie stawu skokowego poprzez doprowadzenie do zrostu kostnego kości piszczelowej i skokowej.

8 maja 2006 r. przeprowadzono u powódki zabieg operacyjny, podczas którego usztywniono staw skokowy gwoździem K., blokowanym dwiema śrubami skośnie mocowanymi w kości piętowej. Zabieg wykonano w sposób typowy i prawidłowo. Unieruchomienie stawu przy takim zabiegu może być dokonane różnymi metodami, zarówno poprzez zespolenie zewnętrzne, jak i materiałem wewnętrznym, tzn. gwoździem śródspikowym. Wybór konkretnej metody zależy od stopnia mineralizacji kości pacjenta oraz doświadczenia operatora. Stosując gwoździe śródspikowe należy dopasować jego średnicę do szerokości jamy szpikowej, przy czym jama ta nie ma kształtu regularnego, ani jednej osi. Ten typ materiału zespalającego stosuje się przede wszystkim przy złamaniach kości długich, jednakże wówczas zasady jego stosowania są inne. U powódki nie można było zastosować gwoźdź takiego, jaki należałoby zastosować przy złamaniu trzonu kości piszczelowej ponieważ mógłby on spowodować rozłamanie blozka kości skokowej i kości piętowej. Z tego względu u E. F. zastosowano pręt o mniejszej średnicy. Przy zespoleniu stosowanym w celu unieruchomienia stawu skokowego, wytrzymałość gwoźdź śródspikowego na obciążenie nie ma znaczenia, ponieważ do momentu uzyskania zrostu pacjent nie powinien obciążać kończyny w ogóle.

Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. 17 maja 2006 r. stwierdzono wygojenie rany pooperacyjnej, zdjęto szwy i pacjentka została wypisana do domu dnia następnego, z zaleceniem dalszego leczenia w (...) Szpitala im. (...) w Ł..

Podczas wizyty 30 czerwca 2006 r. stwierdzono u powódki obecność martwicy rozplywanej na przedniej powierzchni stawu skokowego. Zastosowano leczenie miejscowe i ogólne. 31 lipca 2006 r. w obrazie rtg stwierdzono złamanie gwoźdź stabilizującego. Do złamania gwoźdź u powódki doszło samoistnie, bez żadnego urazu.

Przyczyna złamania materiału zespalającego nie jest jasna, mogło to zostać spowodowane wadą materiału, z którego go wykonano. Przyczyną tą nie było natomiast zastosowanie gwoźdź danego rodzaju. Gwoździe wybrany dla powódki był optymalny dla tego rodzaju zabiegu. Materiał zespalający uległ złamaniu w miejscu, w którym znajduje się otwór przeznaczony do przeprowadzenia śruby blokującej. U E. F. nie zastosowano takiej śruby, ponieważ przy zabiegu unieruchomienia stawu skokowego nie było takiej potrzeby. Brak śruby blokującej nie miał wpływu na złamanie gwoźdź. Usztywnienie stawu za pomocą gwoźdź śródspikowego obarczone było dużym ryzykiem powikłań ze względu na zaawansowanie osteoporozy u pacjentki oraz jej podatność na zakażenia. Wybór tej metody nie był błędem, ponieważ dawała ona szansę na dobrą stabilizację artrodezowanych powierzchni kostnych. Stabilność wykonanego zespolenia została zaburzona przez proces zapalny, który rozwinął się u E. F..

Po stwierdzeniu zmian ropnych na lewej stopie, powódka była leczona antybiotykami i opatrunkami. W pobranej od pacjentki wydzielinie stwierdzono obecność *S. aureus*, *P. aeruginosa*.

W maju 2007 r., podczas konsultacji w Instytucie (...) we W., rozpoznano u powódki przewlekłe zakażenie lewego stawu skokowego. Zastosowane w latach 2007-2008 leczenie autoszczepionką nie przyniosło rezultatów. Badania bakteriologiczne przeprowadzone w styczniu 2008r. wykazały w obrębie zmian zapalnych obecność drobnoustrojów: *P. aeruginosa*, *E. faecalis* oraz *S. aureus* (...) (gronkowiec złocisty metycylinowrażliwy). Ponadto, w sierpniu 2008 r. stwierdzono występowanie *A. baumani*, zaś w lutym 2009 r. wyhodowano drobnoustroje *P. mirabilis* i *S. aureus*.

Zakażenie stwierdzone u E. F. było zakażeniem szpitalnym, związanym z operacją przeprowadzoną 8 maja 2006 r. w Szpitalu im. (...) w Ł.. Stwierdzenie, że infekcja ma charakter zakażenia szpitalnego nie jest jednoznaczne z ustaleniem jego etiologii, tzn. czynnika sprawczego, ani nie świadczy samo przez się o zaniedbaniach ze strony personelu szpitala. Patogeny, które spowodowały zakażenie występują zarówno w środowisku szpitalnym, jak i poza nim oraz w organizmie człowieka. Przyczyną zakażeń szpitalnych mogą być: czynniki zależne od pacjenta, czynniki ryzyka zależne od drobnoustroju i rodzaju zakażenia, czynniki ryzyka zależne od personelu medycznego, czynniki ryzyka zależne od systemu organizacji opieki w szpitalu.

W przypadku E. F. najważniejszym czynnikiem ryzyka było istnienie reumatoidalnego zapalenia stawów, które powoduje znaczne zaburzenie naturalnej odporności organizmu; ponadto w leczeniu stosuje się środki

immunosupresyjne powodujące dodatkowo upośledzenie odporności człowieka. W zgromadzonej dokumentacji brak jest wskazówek, które mogłyby dać podstawę do stwierdzenia, że zakażenie wyniknęło z zaniedbań Szpitala im. (...) w Ł.. W szczególności zaniedbań takich nie stwierdzono w trakcie kontroli przeprowadzanych przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego w okresie, w którym hospitalizowana była powódka i później. W 2006 r. stwierdzono co prawda jeden przypadek zakażenia na Oddziale (...) Urazowo-Ortopedycznej patogenem *S. pyogenes*, jednakże nie był to drobnoustrój stwierdzony u powódki.

Leczenie zachowawcze po stwierdzeniu zakażenia było prawidłowe. Ponieważ było ono nieskuteczne konieczna była amputacja kończyny ze względu na zagrożenie życia pacjentki, wynikające z możliwego rozwoju zakażenia ogólnoustrojowego. Zabieg przeprowadzono 31 stycznia 2011 r. Infekcja kości została prawdopodobnie wyleczona po amputacji.

Po zabiegu ze stycznia 2011 r. rana zagoiła się i nie wystąpiły żadne powikłania.

Konieczność amputacji kończyny na poziomie podudzia oraz wcześniejszy brak zrostu kości stawu skokowego nie były spowodowane złamaniem gwoździa śródszpikowego, ale powikłaniem pooperacyjnym w postaci infekcji kości. Osłabienie kości spowodowane zakażeniem mogło być natomiast przyczyną złamania elementu zespalającego. Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany amputacją kończyny wynosi 40%.

Powódka wymaga obecnie zaprotezowania. W okresie od maja 2006 r. do stycznia 2011 r. wymagała pomocy osób trzecich w wymiarze około 3 godzin dziennie ze względu na ograniczenia lokomocyjne spowodowane zabiegiem z 8 maja 2006 r. a następnie zakażeniem kości. Co najmniej taki sam zakres pomocy konieczny był z przyczyn ortopedycznych przez okres roku po amputacji. Prognozy odnośnie stanu zdrowia ortopedycznego powódki są dobre, w przypadku pozytywnych efektów zastosowania protezy, jednakże rokowania te pogarsza ogólny stan chorej spowodowany zaawansowanym procesem gośćca reumatoidalnego.

W związku z infekcją lewej stopy, jej leczeniem i koniecznością amputacji E. F. wydatkowała na leki, środki higieniczne i opatrunkowe kwoty: w roku 2009 – 4.155,39 złotych, w roku 2010 – 4.620,99 złotych, w roku 2011 – 878,32 złotych. Ponadto zakupiła w 2011 r. protezę tymczasową za kwotę 650 złotych oraz zapłaciła 6.965 złotych za protezę modułową. Ta ostatnia jest najtańszym modelem protezy i wymaga wymiany co kilka lat. Powódka nie może z niej korzystać ponieważ lej protezy utracił pełną kontaktowość z kikutem nogi w wyniku zmian inwolucyjnych, powodujących zaniki mięśniowe, oraz w efekcie zaniechania formowania i hartowania kikuta. Nieodpowiednie dopasowanie protezy powoduje w dłuższym czasie obcieranie kikuta i powstawanie bolesnych ran. Koszt wykonania protezy modułowej wynosi obecnie od 8.000 złotych do 15.000 złotych, przy czym koszt wymiany elementów zużywających się to jednorazowy wydatek rzędu 3.000 do 4.000 złotych. W przypadku, gdyby stan zdrowia pacjentki uniemożliwiał uformowanie i zahartowanie kikuta, możliwe jest wykonanie protezy nietypowej z tym, że jej koszt byłby większy o 10.000 złotych. Powódka może liczyć jedynie na refundację zakupu protezy w kwocie 1.500 złotych raz na trzy lata oraz refundację kosztów napraw – w tym wymiany elementów zużywających się przez pierwsze dwa lata użytkowania protezy, w wysokości 500 złotych.

Poza protezą E. F. wymaga stosowania wkładki ortopedycznej stopy prawej. Wkładka taka wykonywana jest indywidualnie dla każdego buta, nie nadaje się ona do wymiennego stosowania w różnych typach obuwia. Koszt jednej wkładki to 300 złotych i nie jest on refundowany. Powódka wymaga również stosowania wózka lekkiego do poruszania się w obrębie mieszkania. Jego koszt wynosi 1.800 złotych do 5.000 złotych i jest refundowany raz na pięć lat do kwoty 1.500 złotych. Znacznym poprawieniem (...) byłoby zaopatrzenie w wózek elektryczny, którego koszt wynosi od 6.700 złotych do 15.500 złotych i nie jest refundowany przez NFZ. Można natomiast ubiegać się o dofinansowanie z PFRON w ramach programu znoszenia barier komunikacyjnych. Powódka wymaga stałej opieki osób trzecich ze względu na skutki amputacji kończyny, w wymiarze 6 godzin dziennie. Niezależnie od tego ogólny stan zdrowia spowodowany schorzeniem, na które cierpi E. F. uzasadnia opiekę w wymiarze dalszych 2 do 4 godzin na dobę.

Stan zdrowia E. F. ulega stopniowemu pogorszeniu z powodu reumatoidalnego zapalenia stawów. W latach 2012-2013 powódka przeszła kolejną operację, tym razem łokcia i oczekuje na operację barku. U powódki podejmowano też próby

operacyjnego zszycia ran wywoływanych w kikucie przez niedopasowaną protezę. W związku ze stosowaniem protezy E. F. odczuwa bóle kikuta i doznaje otarć po kilku dniach noszenia protezy. Otarcia uniemożliwiają stosowanie protezy przez kolejne dwa tygodnie.

Powódka mieszka z mężem, który świadczy jej pomoc wspólnie z jej matką. Poza tym korzysta z odpłatnej pomocy osoby wynajętej do sprzątanania za kwotę 100 złotych tygodniowo. Wychodzi z domu wyłącznie w towarzystwie innej osoby, która może świadczyć jej pomoc.

W 2006 r. Szpital im. (...) w Ł. objęty był ochroną ubezpieczeniową za szkody na osobie spowodowane w związku z działalnością szpitala lub posiadaniem przez niego mieniem, na podstawie umowy zawartej z pozwany.

Przy tak ustalonym stanie faktycznym Sąd pierwszej instancji na wstępie wskazał, że powództwo w przedmiotowej sprawie opiera się na dwóch zarzutach.

Po pierwsze strona powodowa twierdziła, że doszło do błędu w sztuce lekarskiej, polegającego na zastosowaniu u pacjentki nieprawidłowego gwoźdźca, co doprowadziło do jego złamania, a w konsekwencji do powikłań skutkujących koniecznością amputacji kończyny. Odnosząc się do powyższej podstawy faktycznej żądania, Sąd pierwszej instancji podkreślił, że zarzut powódki został obalony opinią biegłego ortopedy, który stwierdził, że zarówno wybrana przez lekarza metoda jej leczenia, jak i zastosowany materiał zespalający były prawidłowe. Biegły wskazał też na okoliczność, że złamanie gwoźdźca śródszpikowego nie było przyczyną problemów zdrowotnych powódki, skutkujących amputacją stopy, ale jednym ze skutków zakażenia kości. Tym samym w zakresie podstawy faktycznej roszczenia, powódka nie udowodniła, aby miało miejsce zawinione działanie ze strony lekarza, którego normalnym następstwem były dalsze powikłania i konieczność amputacji kończyny.

Po drugie Sąd Okręgowy wskazał, że już w trakcie procesu wyłoniła się druga podstawa faktyczna, a mianowicie spowodowanie u powódki infekcji, co doprowadziło do braku zrostu kostnego, złamania gwoźdźca, zagrożenia zakażeniem ogólnoustrojowym, a w konsekwencji prawidłowego, ale nieskutecznego leczenia – do konieczności amputacji lewej kończyny. Jak wynika z opinii biegłego A. B. infekcja stwierdzona u E. F. dwa miesiące po zabiegu była zakażeniem szpitalnym, związanym z zabiegiem z 8 maja 2006 r. Stwierdzenie tego faktu nie jest jednak – w ocenie sądu - tożsame z uznaniem, że za zakażenie to odpowiedzialność ponosi szpital. Termin „zakażenie szpitalne” oznacza jedynie związek funkcjonalny infekcji z pobytem chorego w danej placówce medycznej, natomiast czynnik wywołujący to zakażenie nie musi mieć żadnego związku z funkcjonowaniem szpitala lub sposobem organizacji opieki medycznej, ani zaniedbaniami ze strony personelu. Wskazując na kilka czynników ryzyka biegły wyróżnił spośród nich ten, który związany jest z osobą samej pacjentki, tzn. schorzenie na które cierpi powódka. Z punktu widzenia procesowego oznacza to, że jest to najbardziej prawdopodobna przyczyna infekcji, za którą szpital nie ponosi odpowiedzialności i może być traktowana wyłącznie w kategoriach jednego z ryzyk związanych z zabiegiem wykonanym u E. F. 8 maja 2006 r.

Z drugiej strony, Sąd Okręgowy stwierdził, że powódka nie wskazała żadnych dowodów na poparcie tezy, że w Szpitalu im. (...) doszło do zaniedbań mogących skutkować jej zakażeniem, natomiast biegły A. B. stwierdził, że w zgromadzonym materiale brak jest podstaw do stwierdzenia tego rodzaju zaniedbań.

W ocenie Sądu Okręgowego nie została udowodniona zasadnicza przesłanka z art. 430 k.c. w postaci winy osoby, której szpital powierzył wykonywanie czynności i która podlega kierownictwu szpitala, przy wykonywaniu tej czynności, co skutkowało oddaleniem powództwa także w oparciu o tę podstawę faktyczną.

Sąd pierwszej instancji zaznaczył, że w zakresie, w jakim E. F. została poinformowana o możliwych skutkach ubocznych zabiegu z 8 maja 2006 r. nie badał szczegółowo, czy zgoda na ten zabieg była dotknięta wadą w postaci niedostatecznego poinformowania pacjenta o możliwych zagrożeniach, ponieważ okoliczność ta nie była objęta podstawą faktyczną powództwa. W tej sytuacji rozstrzygnięcie tej kwestii byłoby wyrokowaniem co do przedmiotu nie objętego żądaniem, co stanowiłoby naruszenie art. 321 § 1 k.p.c.

Sąd Okręgowy orzekł o kosztach procesu na podstawie art. 102 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku wniosła powódka, zaskarżając go w części w oddalającej powództwo tj. w zakresie punktu 1 i zarzucając:

1. naruszenie przepisów postępowania, mające istotny wpływ na rozstrzygnięcie, tj.:

a) art. 231 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie w zakresie ustalenia, iż pozwany nie wykazał ostatecznie, że źródło zakażenia nie pochodzi ze środowiska szpitalnego, gdyż nie przeprowadził dowodu przeciwnego wykazując, iż środowisko szpitalne było bezpieczne, a profilaktyka zakażeń szpitalnych na odpowiednim poziomie, oraz w zakresie ustalenia, iż środowisko szpitalne było bezpieczne w oparciu o protokoły kontroli Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego dotyczących zakresu miejscowego niepozostającego w związku z udzielanymi powódce świadczeniami zdrowotnymi;

b) art. 233 k.p.c. w zw. z art. 3 k.p.c., poprzez naruszenie zasady swobodnej oceny dowodów, która w niniejszej sprawie przybrała charakter dowolnej, polegające na tym, że Sąd pierwszej instancji:

- w sposób dowolny ocenił zeznania powódki oraz dowody z dokumentacji medycznej i przyjął, że niepoinformowanie powódki o skutkach zastosowania konkretnej metody usztywnienia kości stawu skokowego poprzez zastosowanie pręta tytanowego byłoby orzekaniem ponad żądanie, w sytuacji, gdy okoliczność ta świadczy, iż wybór metody leczenia został dokonany zbyt późno, z pominięciem zaleceń producenta zespolenia i stanowi błąd terapeutyczny;

- sprzecznie z zasadami logicznego rozumowania przyjął, że „(.. .) złamanie gwoźdźca śródszpikowego nie było przyczyną problemów zdrowotnych powódki skutkujących amputacją podudzia, ale jednym ze skutków zakażenia kości.”, podczas, gdy faktem oczywistym jest, że złamanie metalowego gwoźdźca nie może nastąpić na skutek infekcji bakteryjnej, a ponadto znamienne jest, że pomimo złamania metalowego zespolenia, kości, które miały być owym gwoździem usztywnione - nie pękły;

- uznał, że pozwany szpital nie ponosi odpowiedzialności za zakażenie gronkowcem powódki, podczas gdy zostało bezspornie wykazane, iż w momencie przyjęcia do szpitala powódka nie była nim zarażona, a zakażenie ujawniło się w okresie dwóch miesięcy po operacji, przez co nie ma wątpliwości, że źródłem zakażenia były bakterie szpitalne, a nie te, które mogły ewentualnie kolonizować ciało powódki;

- nietrafnie uznał, iż wyniki kontroli Powiatowego Inspektora Sanitarnego stanowią wystarczający dowód na brak istnienia zaniedbań po stronie pozwanego szpitala;

- przyjął, iż nie dopuszczono się błędu przy wyborze zespolenia złamanej kończyny i zastosowania gwoźdźca przeznaczonego do unieruchomień ramiennych celem usztywnienia stawu skokowego, podczas gdy biegły z zakresu ortopedii, na którym Sąd pierwszej instancji oparł rozstrzygnięcie w tym zakresie - dr J. F. sam stwierdził, iż na kończynę dolną działają innej wielkości siły i obciążenia niż na kończynę górną, co wynika wprost z praw fizyki, w trakcie zabiegu nie zastosowano śruby blokującej ze względu na rzekomy brak takiej potrzeby, a następnie gwoździe złamał się w miejscu, w którym znajduje się otwór przeznaczony do przeprowadzenia śruby blokującej, tj. w najsłabszym miejscu, wykluczone zostały powikłania związane z samym tylko przeprowadzeniem zabiegu, albowiem zespolenie nie doszło do skutku ze względu na złamanie samego gwoźdźca - kości nie zostały złamane;

c) art. 321 § 1 k.p.c. przez przyjęcie, że w sytuacji gdy w pozwie opisano fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia, ale nie podano podstawy prawnej żądania Sąd może ograniczyć swoje rozstrzygnięcie i uznać, że zasądzenie na nie wskazanej przez powódkę podstawie byłoby orzeczeniem ponad żądanie;

d) art. 328 § 2 k.p.c. poprzez zaniechanie w uzasadnieniu skarżonego wyroku wskazania, jakie było źródło zakażenia gronkowcem złocistym powódki i ograniczenie się do enigmatycznego stwierdzenia, że było to „schorzenie, na które cierpi powódka”, podczas gdy żadna z dolegliwości, na które leczy się „powódka” nie mogły być źródłem zakażenia;

2. naruszenie prawa materialnego, mające istotny wpływ na treść rozstrzygnięcia, tj. art. 6 k.c. poprzez szczególnie rygorystyczne zastosowanie zasady ciężaru dowodowego i nieodwołanie się do reguły dowodu prima facie w związku z całokształtem zgromadzonego materiału dowodowego; art. 361 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i wskazanie na brak związku przyczynowego pomiędzy przebiegiem hospitalizacji a krzywdą powódki.

W następstwie powyższych zarzutów powódka wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku w pkt 1 i zasądzenie od pozwanego na jej rzecz kwoty 200.000 złotych tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od 15 lipca 2011 r. do dnia zapłaty, kwoty 60.000 złotych tytułem odszkodowania obejmującego koszt zakupu protezy, z ustawowymi odsetkami od 15 lipca 2011 r. do dnia zapłaty, kwoty 28.215 złotych tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby w postaci opieki osób trzecich, z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pisma stronie przeciwnej do dnia zapłaty, tj. do dnia 12 września 2013 r. do dnia zapłaty, zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kwoty po 855 złotych miesięcznej renty na zwiększone potrzeby, poczynając od 1 października 2013 r., płatnej do dziesiątego dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami od dnia wymagalności każdej raty, ustalenie odpowiedzialności pozwanego za dalsze, mogące wystąpić w przyszłości skutki zdarzenia, zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, za obie instancje, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powódki zasługiwała na uwzględnienie, choć nie wszystkie zgłoszone w niej zarzuty okazały się uprawnione.

Przede wszystkim chybiona okazała się grupa zarzutów koncentrujących się wokół kwestii błędu w sztuce lekarskiej, polegającego na zastosowaniu u powódki podczas zabiegu zespolenia kończyny dolnej nieprawidłowego gwoździa, co doprowadziło do jego złamania. Jak trafnie zauważył Sąd Okręgowy ten element podstawy faktycznej żądania miał w trakcie procesu wiodące znaczenie, choć już w pozwie E. F. powoływała się również na okoliczność zakażenia jej w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł. gronkowcem złocistym, z tym że – w jej ocenie – głównym powodem powstania stanu zapalnego, skutkującego amputacją kończyny dolnej, było zastosowanie niewłaściwego gwoździa śródszpikowego, a w konsekwencji jego złamanie i konieczność usunięcia.

Choć przeprowadzone w sprawie szczegółowe postępowanie dowodowe nie dało podstaw do uznania wniosków powódki za uzasadnione i potwierdziło, że zarówno wybrana przez lekarza metoda leczenia powódki, jak i zastosowany materiał zespalający były prawidłowe, to jednak skarżąca w dalszym ciągu nie akceptuje powyższego poglądu. Wbrew podnoszonym w apelacji zarzutom nie ma w omawianym zakresie podstaw do podważenia jednoznacznych w tej mierze wniosków biegłego chirurga ortopedy dr med. J. F.. Wprawdzie skarżąca czyni zarzut naruszenia przez Sąd Okręgowy przepisu art. 233 k.p.c. to jednak ani w jego ramach ani w ramach żadnego innego przepisu prawa procesowego nie podważa wiarygodności dowodu z opinii powyższego biegłego.

Nie jest w sprawie sporne, że do złamania gwoździa doszło w obrębie przebiegu otworu przeznaczonych do zastosowania śruby blokującej, jak i to, że takiej śruby u powódki nie założono, lecz wątki te było szeroko omawiane przez biegłego. Biegły wyraźnie stwierdził, że sam fakt nie wprowadzenia śruby blokującej nie można uznawać za błąd w sztuce lekarskiej. Nawet gdyby wprowadzono taką śrubę, to i tak mogło dojść do złamania pręta albowiem śruba nie wzmacnia samego pręta, tylko stabilizuje go w stosunku do kości, do której pręt ten został wprowadzony. Dalej dodał, że śrubę taką wprowadza się celem zapobieżenia ruchom obrotowym pręta. Biegły kilkakrotnie podnosił, że nie można ustalić w sposób jednoznaczny przyczyny złamania pręta. Szczegółowo odniósł się do wszystkich, sygnalizowanych przez powódkę, wątpliwości i zastrzeżeń. Jednocześnie kategorycznie stwierdził, iż zasadniczą przyczyną powikłania pooperacyjnego i niepowodzenia zabiegu była infekcja, która spowodowała destabilizację zespolenia, a w związku z tym możliwość pewnych ruchów pomiędzy powierzchniami, które miały się zrosnąć, a mikroruchy doprowadziły zapewne do złamania gwoździa. Biegły podkreślił, że zasadniczą przyczyną amputacji kończyny dolnej u powódki było nie pęknięcie gwoździa, tylko infekcja kości. Wnioski te potwierdził również biegły z zakresu chorób zakaźnych, dr n.med A. B.. Wobec ich nie zakwestionowania przez powódkę nie ma ona podstaw do czynienia Sądowi I instancji zarzutu błędnego oparcia się na nich oraz w konsekwencji podważania trafnego przyjęcia, że powódka nie zdołała

dowodowo wykazać, by podczas zabiegu operacyjnego, dokonanego w dniu 8 maja 2006 roku, doszło do błędu w sztuce lekarskiej polegającego na zastosowaniu niewłaściwej metody leczenia.

W inny natomiast sposób należało ocenić zarzuty apelacji dotyczące zakażenia powódki gronkowcem złocistym, które doprowadziło do amputacji kończyny dolnej.

O ile słusznie uznał sąd meriti, że zakażenie powyższe zostało zakwalifikowane jako zakażenie szpitalne, związane z zabiegiem operacyjnym, do jakiego doszło w dniu 8 maja 2006 roku w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł., o tyle nie sposób podzielić jego końcowego wniosku, iż za stan ten nie ponosi odpowiedzialności powyższy Szpital. W ocenie sądu najbardziej prawdopodobną przyczyną infekcji kości, do jakiej doszło u powódki jest czynnik ryzyka związany z nią samą, tj. istnienie reumatoidalnego zapalenia stawów, które powoduje znaczne zaburzenie naturalnej odporności organizmu. Jednocześnie stwierdził, że brak jest dowodów wskazujących na zaniedbania ze strony szpitala.

Słusznie jednak zauważa skarżąca, że wnioskowanie sądu obarczone jest poważnym błędem. Prawdą jest, że biegły z zakresu chorób zakaźnych A. B. wymienił szereg czynników ryzyka, wśród których za najważniejszy uznał właśnie istnienie reumatoidalnego zapalenia stawów, które powoduje znaczne zaburzenie naturalnej odporności organizmu. Niemniej jednak na rozprawie w dniu 6 lutego 2014 roku wyraźnie zaznaczył, że stwierdzenie to nie oznacza, że to ten czynnik spowodował zakażenie powódki gronkowcem złocistym. Zwiększa on bowiem jedynie samo ryzyko wystąpienia zakażenia, natomiast źródłem zakażenia a co za tym idzie i jego przyczyną jest bakteria. Biegły dodał, że – jak wynika z przedstawionej mu dokumentacji - choć organizacja szpitala nie była zła, to nie oznacza, iż nie było czynników ryzyka tak po stronie Szpitala, jak i jego pracowników. Zwrócił przy tym uwagę na to, że rejestracja zakażeń szpitalnych jest źle wystawiona, albowiem w tym wypadku mamy do czynienia ze wskazaniem 2 % takich zakażeń, gdy tymczasem na całym świecie, nawet w USA, procent zakażeń szpitalnych wynosi 8-12%. Rozbieżności powyższych upatrywał w niechęci do rejestrowania przez szpital zakażeń szpitalnych. Biegły dostrzegł jednak, że w roku 2006 na oddziale ortopedycznym Szpitala im. (...) stwierdzono 1 bakterię paciorkowca, w roku 2007 wyizolowano 1 patogen ropy błękitnej. W uzupełnieniu dodać należy, że z treści złożonego do akt protokołu z posiedzenia Komitetu i Zespołu ds. kontroli zakażeń szpitalnych Szpitala im. (...) z dnia 19 kwietnia 2006 roku wynika, że w roku 2005 na Oddziale (...) Ogólnej i Naczyniowej zanotowano 4 przypadki zakażeń streptococcus pyogenes w ciągu 5 tygodni, 2 będące zakażeniami wewnątrzszpitalnymi, a 2 zakażeniami szpitalnymi, przy czym wykluczono nosicielstwo wśród badanego personelu (k. 196). W protokole w/w Komitetu z dnia 20 listopada 2006 roku wskazano, że w Oddziale Neurochirurgii stwierdzono zakażenie u 4 pacjentów drobnoustrojem staphylococcus ureus metycylinooporny, taki sam drobnoustrój wyhodowano w wymazie z nosa jednego z pracowników (k. 199-200). W protokole z dnia 18 grudnia 2007 roku zwrócono uwagę na problemy z zaopatrzeniem w ręczniki jednorazowe, mydło i inne środki czystościowe (k. 206), zaś w protokole z dnia 29 marca 2007 roku omawiano profile wrażliwości drobnoustrojów izolowanych w roku 2006 między innymi na Oddziale (...) Urazowo- Ortopedycznej, (...) Ogólnej, jak i zwrócono uwagę na konieczność systematycznego szkolenia personelu pod względem przestrzegania procedur mycia rąk, dezynfekcji, zmiany rękawiczek, prawidłowego pobierania materiału do badań (k.210). Natomiast w protokole z dnia 26 października 2007 roku odnotowano fakt przeprowadzania remontu na Oddziale (...) Urazowo- Ortopedycznej (k.213), zaś w protokole z dnia 20 czerwca 2007 roku, omawiając kwestie związane z zakażeniami wywołanymi przez szczepy (...), występującymi między innymi na Oddziale (...) Urazowo- Ortopedycznej, stwierdzono, że drogą przenoszenia zakażenia są najczęściej ręce personelu oraz drobny sprzęt medyczny (k.215).

O ile protokoły powyższe dotyczą innych zakażeń niż stwierdzone u powódki, dotyczą nieco innych okresów, to jednak obrazują problemy, z jakimi borykał się wówczas Wojewódzki (...) w Ł., rzutujące na dokonaną przez sąd meriti ocenę, wedle której nie ma podstaw do czynienia tej placówce medycznej zarzutów odnośnie stanu sanitarno-epidemiologicznego. Uwadze sądu umknęły zeznania samej powódki, do których w ogóle nie odniósł się, a które wskazują na to, że w okresie kiedy przebywała na Oddziale (...) Urazowo- Ortopedycznym w maju 2006 roku (a więc przed remontem) zarówno na salach i w toaletach nie było czysto, nie było również podziału na tzw. „czysty” i „brudny” oddział. Wszyscy leżeli na tej samej sali, także pacjenci, którzy mieli rany z wydzielającą się z nich ropą.

Sąd Apelacyjny pragnie w tym miejscu zauważyć, że charakter spraw takich jak aktualnie rozpoznawana oraz jej podobnych nie pozwala na stawianie poszkodowanemu nierealnego wymogu ścisłego udowodnienia, jakimi drogami doszło do zakażenia. Dlatego też w takiej sytuacji, jeżeli strona pozwana twierdzi, iż zakażenie pochodzi z innych źródeł niż zaniedbania pracowników służby zdrowia, ciężar dowodu przenosi się ze strony powodowej na pozwanego.

Pozwany nie udowodnił jednak, że zakażenie powódki gronkowcem złocistym pochodziło z innych źródeł. Odwoływanie się wyłącznie do protokołów kontroli Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Ł. w sytuacji, kiedy część z nich nie dotyczy oddziału, na którym przebywała powódka, nie jest wystarczające do obalenia domniemania winy organizacyjnej po stronie Szpitala (art. 231 k.p.c.), zwłaszcza jeśli weźmie się pod uwagę inne okoliczności, o których była mowa powyżej.

Jak słusznie wskazał Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z dnia 19 czerwca 2013 r. sygn. I ACa 727/12, LEX nr 1342295, normy reżimu deliktowego mają chronić poszkodowanego i rolą sądu jest taka interpretacja przepisów, aby ta ochrona była najpełniejsza. W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że w przypadku zakażeń szpitalnych niedbalstwo szpitala można przyjąć w drodze domniemania faktycznego (por. Mirosław Nestorowicz - Prawo Medyczne, Wyd. V, Toruń 2001, s. 266-269 i orzeczenia tam wskazane). Sąd Najwyższy także uznawał za dopuszczalne korzystanie z konstrukcji domniemań faktycznych i to nie tylko w odniesieniu do miejsca zakażenia i związku przyczynowego między zakażeniem a pobytem pacjenta w placówce leczniczej, lecz także w odniesieniu do niedbalstwa personelu tej placówki w zakresie zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu (wyrok SN z dnia 22 lutego 2012 r., sygn. IV CSK 245/11, Lex nr 1164750 i wskazane w uzasadnieniu wyroki SN).

Dostrzec należy, że powódka, będąc pod opieką personelu medycznego Szpitala, powierzyła mu swoje zdrowie, ufając jego wiedzy, doświadczeniu zawodowemu i dochowaniu należytej staranności przy wykonywaniu wszelkich zabiegów, przede wszystkim tych związanych z przerwaniem ciągłości tkanek. Skoro bezspornym jest w sprawie, że zakażenie powódki jest zakażeniem szpitalnym i to ściśle związanym z zabiegiem chirurgicznym, jakiemu poddała się w dniu 8 maja 2006 roku, to – w ocenie Sądu Apelacyjnego – świadczy to o niedochowaniu ze strony pracowników Szpitala aktów należytej staranności. Jak trafnie wskazuje się w apelacji E. F. została przyjęta do Szpitala im. (...), nie będąc zakażona gronkowcem, na żadnym etapie postępowania nie wykazano, by gronkowiec był pochodzenia endogennego. Tymczasem opuściła Szpital obciążona infekcją kości, która miała dramatyczny wpływ na dalszy stan jej zdrowia, skutkując w konsekwencji koniecznością amputacji kończyny dolnej.

W przedmiotowej sprawie nie ma więc podstaw do przyjęcia, że zakażenie powódki podczas jej pobytu w Szpitalu im. (...) w maju 2006 roku pozostawało w normalnym związku przyczynowym z jakąkolwiek inną okolicznością niż niedołożenie przez pracowników tej placówki służby zdrowia należytej staranności w zapewnieniu odpowiedniego stanu sanitarnego. Tego zaś rodzaju zaniechanie uzasadnia odpowiedzialność deliktową Szpitala, opartą na przepisie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. By przypisać odpowiedzialność cywilną zachowanie danej osoby musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Jednocześnie przyjmuje się, że zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez członków swego personelu. Tym samym ich obowiązkiem jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta. Konstrukcja ta pozwala zerwać personalną więź między działaniem lub zaniechaniem prowadzącym do powstania szkody a zarzutem niewłaściwego zachowania się, poprzestając na ustaleniu, że niewątpliwie zawinił organ lub któryś z pracowników Szpitala. Tym samym wina zostaje odniesiona do dostrzeżonych wadliwości w działaniu zespołu ludzi lub funkcjonowaniu określonej struktury organizacyjnej. Przypisanie takiej winy wymaga zatem określenia standardu poprawnego działania takiej struktury, który będzie miernikiem staranności, jakiej należy wymagać stosownie do art. 355 k.c. i w porównaniu z tym standardem działań, które rzeczywiście miały miejsce.

Oczywistym jest, że poprawnie funkcjonujące placówki służby zdrowia winny tak zorganizować swą pracę i zapewnić takie środki, by zminimalizować ryzyko zakażenia pacjentów. Obowiązek podejmowania takich działań wynika z przepisu art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach, (Dz.U.2001.126.1384) - obowiązującej w dacie wykonywanego u powódki zabiegu operacyjnego - nakazującego kierownikom zakładów opieki zdrowotnej udzielających całodobowych lub całodziennych świadczeń

zdrowotnych postępowanie przeciwdziałające szerzeniu się zakażeń zakładowych przez opracowanie i wdrożenie procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami zakładowymi zgodnie z obowiązującymi standardami, a w szczególności do bieżącego dozoru i przestrzegania standardów higieny wewnątrzzakładowej, kontroli stosowanych metod leczenia, w tym antybiotykoterapii, wprowadzenia zakładowego systemu badań, identyfikacji i rejestracji szczepów bakteryjnych w celu oceny stanu zakażenia hospitalizowanych pacjentów i skażenia środowiska zakładu wieloopornymi szczepami szpitalnymi, zapewnienia, w razie potrzeby, warunków do izolacji pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia zakładowe oraz zapewnienia środków na realizację tych zadań. Niezależnie jednak od powołanego przepisu podstawowe zasady etyczne nakazują zapewnić pacjentom bezpieczne warunki ich pobytu w placówkach medycznych.

Ponieważ nie jest możliwe zindywidualizowanie sprawcy szkody, w sprawie zachodzi zatem tzw. wina anonimowa (beziemienna).

Skoro więc spełnione zostały wszelkie przesłanki odpowiedzialności deliktowej Wojewódzkiego Szpitala (...) w Ł. w zakresie zakażenia powódki gronkowcem złocistym, które w konsekwencji doprowadziło do amputacji kończyny dolnej lewej u powódki, a co za tym idzie wyrządzenia jej szkody, aktualizuje się odpowiedzialność pozwanego ubezpieczyciela, wynikająca z zawartej z w/w Szpitalem umowy ubezpieczenia, oparta na przepisie art. 822 § 1 k.c. skutkująca uwzględnieniem co do zasady żądań pozwu.

Zanim jednak Sąd II instancji odniesie się do poszczególnych roszczeń powódki należy ustosunkować się do zarzutu naruszenia art. 321 § 1 k.p.c., dotyczącego uchylecia się przez Sąd Okręgowy od oceny zagadnienia nie poinformowania powódki o skutkach zastosowania konkretnej metody usztywnienia kości stawu skokowego poprzez zastosowanie pręta tytanowego. W tym zakresie skarżąca odwołuje się do wyroku Sądu Najwyższego III CSK 227/11, w uzasadnieniu którego stwierdzono, że zgoda pacjenta w rozumieniu art. 32 i 34 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz. U. z 2011 roku Nr 277, poz.1634 ze zm.) musi być zgodą "objaśnioną", "poinformowaną", a więc świadomie akceptującą przez pacjenta zrozumiałe przezeń ryzyko dokonania zabiegu i przejście na siebie tego ryzyka. Sama aprobata pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda w jurydycznym tego słowa znaczeniu, a więc jako spełniająca wymogi art. 31 ust. 1 w zw. z art. 34 ust. 2 ustawy, co z kolei skutkuje uznaniem, że działanie lekarza w takiej sytuacji jest działaniem podjętym w warunkach bezprawności i stanowi delikt z art. 430 k.c.

Po pierwsze rację ma Sąd Okręgowy, że powódka z faktu powyższego nie wywodziła swoich roszczeń. Po drugie, nie negując co do zasady poglądu Sądu Najwyższego, nie można – w ocenie Sądu Apelacyjnego - przyjmować go w oderwaniu od konkretnego stanu faktycznego. Oczywistym jest, że każdy pacjent, który poddaje się zabiegowi operacyjnemu, winien mieć pełną świadomość skutków jakie niesie on za sobą oraz wiedzieć o możliwych, typowych powikłaniach, z zabiegu wynikających. Jest to niewątpliwie rola lekarza, który powinien udzielić pacjentowi stosownej informacji, tak aby mógł on podjąć świadomą decyzję co do przeprowadzenia zabiegu.

W realiach rozpoznawanej sprawy - jeśli nawet doszło do niepoinformowania powódki o metodzie zastosowanego u niej leczenia operacyjnego – choć powódka nie sprostowała w tym zakresie obowiązkowi dowodowemu, okoliczność tę można było co najwyżej rozpatrywać wyłącznie w kategoriach zawinionego naruszenia prawa pacjenta do informacji, nie zaś w aspekcie odpowiedzialności Szpitala im. (...) za wyrządzenie powódce szkody w rozumieniu art. 430 k.c. Okolicznością bowiem bezsporną jest (o czym była mowa na wstępie), że postępowanie w tym zakresie nie nosiło znamion błędu w sztuce medycznej. Natomiast podstawą uwzględnienia roszczeń powódki jest okoliczność zakażenia jej podczas zabiegu operacyjnego gronkowcem złocistym i to ta właśnie okoliczność miała wpływ na dalszy przebieg leczenia powódki, który nie dość, że nie przyniósł spodziewanych efektów, to jeszcze skutkowałam koniecznością amputacji operowanej kończyny dolnej.

W świetle zaprezentowanych powyżej rozważań i uznania zarzutów apelacji odnoszących się do zagadnienia zakażenia powódki gronkowcem złocistym za zasadne, należało na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. dokonać zmiany zaskarżonego wyroku o treści, jak w sentencji. Z uwagi bowiem na przeprowadzenie przez Sąd Okręgowy pełnego postępowania

dowodowego także w zakresie wysokości szkody, jej rozmiaru, zakresu zwiększonych potrzeb, itp. możliwe było dokonanie merytorycznej oceny zasadności roszczeń powódki przez sąd odwoławczy, bez potrzeby uchylania zaskarżonego wyroku i przekazywania sprawy Sądowi I instancji do jej ponownego rozpoznania.

Przede wszystkim za uzasadnione w pełni należało uznać roszczenie powódki o zasądzenie na jej rzecz zadośćuczynienia w żądanej przez nią wysokości, tj. 200.000 złotych.

Podkreślić należy, że przepisy kodeksu cywilnego nie wskazują kryteriów, jakie należałoby uwzględniać przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia pieniężnego. Kryteriów tych natomiast niewątpliwie dostarcza orzecznictwo. Ugruntowany jest pogląd opowiadający się za kompensacyjnym charakterem zadośćuczynienia pieniężnego, tj. uznający je za sposób naprawienia szkody niemajątkowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 stycznia 2004 r. I CK 131/03, OSNC 2005/2/40). Przy oznaczeniu zakresu wyrządzonej krzywdy za konieczne uważa się uwzględnienie: rodzaju naruszonego dobra, zakresu naruszenia i trwałości skutków naruszenia (por. wyroki Sądu Najwyższego: z 20 kwietnia 2006 r., IV CSK 99/05, Lex nr 198509; z 1 kwietnia 2004 r., II CK 131/03, Lex nr 327923; z 19 sierpnia 1980 r., IV CR 283/80, OSN 1981, nr 5, poz. 81; z 9 stycznia 1978 r., IV CR 510/77, OSN 1978, nr 11, poz. 210). Zasadniczą przesłanką przy określaniu wysokości zadośćuczynienia jest stopień natężenia wspomnianych elementów składających się na pojęcie krzywdy. Sąd musi przy tym uwzględnić wszystkie okoliczności danego zdarzenia.

W poglądach natomiast doktryny wskazuje się, że wysokość przyznawanej kwoty zadośćuczynienia tak powinna być ukształtowana, by stanowić „ekwiwalent wycierpianego bólu” jak też, że kwota zadośćuczynienia powinna być pochodną wielkości doznanej krzywdy (por. A. Rzetecka – Gil, Komentarz do Kodeksu cywilnego). Sąd przy określaniu wysokości zadośćuczynienia ma obowiązek w każdym przypadku dokonywać oceny konkretnego stanu faktycznego i brać pod uwagę wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy. Nie może zatem budzić wątpliwości, że w każdym przypadku obowiązkiem sądu rozstrzygającego o wysokości tego zadośćuczynienia jest odniesienie się do konkretnego stanu faktycznego, a nie kierowanie się jakimiś określonymi schematami.

Podnieść także trzeba, że z uwagi na ocenny charakter kryteriów, ustalenie jaka kwota w konkretnych okolicznościach jest „odpowiednia” tytułem zadośćuczynienia, należy do sfery swobodnego uznania sędziowskiego, co oczywiście nie może oznaczać dowolności (por. postanowienie SN z 27.07.2005r., II KK 54/05, opubl. w LEX nr 152495).

W realiach rozpoznawanej sprawy, zdaniem Sądu Apelacyjnego, zadośćuczynienie w wysokości 200.000zł jest kwotą odpowiednią w rozumieniu przepisu art. 445 § 1 k.c. i stanowiącą godziwą rekompensatę za doznaną przez E. F. krzywdę.

Godzi się zauważyć, że zadośćuczynienie jest formą rekompensaty pieniężnej z tytułu szkody niemajątkowej i obejmuje swym zakresem wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te które mogą powstać w przyszłości. Ma ono charakter całościowy i winno stanowić ekonomicznie odczuwalną wartość. Wielkość zadośćuczynienia zależy od rozmiaru doznanych cierpień, ich intensywności, trwałości czy nieodwracalnego charakteru, długotrwałości leczenia, a także cierpienia psychicznego, czyli negatywnych uczuć przeżywanych w związku z doznanymi cierpieniami fizycznymi. Nie bez znaczenia jest także wiek poszkodowanego i skutki uszkodzenia ciała w zakresie ogólnej zdolności do normalnego funkcjonowania. Przy ustalaniu rozmiaru cierpień i ujemnych doznań psychicznych powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny jednakże w relacji do indywidualnych okoliczności danego przypadku.

Ustalając powyższą kwotę Sąd II instancji miał na uwadze duży rozmiar cierpień fizycznych i psychicznych powódki. Jak wynika z poczynionych ustaleń faktycznych, które jako prawidłowe Sąd Apelacyjny przyjął za własne, już podczas wizyty 30 czerwca 2006 r. stwierdzono u powódki obecność martwicy rozplywanej na przedniej powierzchni stawu skokowego. Zastosowano leczenie miejscowe i ogólne, które nie przyniosło jednak pożądanego efektów. Powódka w dniach 28.02.- 16.03.2007 roku była hospitalizowana w Klinice (...) w Ł. z powodu powikłań w gojeniu rany pooperacyjnej. W maju 2007 r., podczas konsultacji w Instytucie (...) we W., rozpoznano u niej przewlekłe zakażenie lewego stawu skokowego. Zastosowane w latach 2007-2008 leczenie autosczerpionką także nie przyniosło rezultatów. Ponieważ było ono nieskuteczne konieczna była amputacja kończyny ze względu na zagrożenie życia pacjentki,

wynikające z możliwego rozwoju zakażenia ogólnoustrojowego. Zabieg przeprowadzono 31 stycznia 2011 r., po którym rana zagoiła się i nie wystąpiły żadne powikłania.

Z powyższego wynika, że powódka borykała się ze skutkami zakażenia jej gronkowcem złocistym przez okres prawie 5 lat. Podjęte w tym czasie leczenie, choć zostało uznane przez biegłego sądowego za prawidłowe, to jednak nie przyniosło efektów, co musiało ostatecznie skutkować amputacją kończyny dolnej na poziomie podudzia lewego. Powódka, która udała się na zabieg operacyjny w maju 2006 roku, mający przynieść jej poprawę poruszania się, wskutek zakażenia jej gronkowcem złocistym utraciła kończynę dolną, co w znaczący sposób wpłynęło na komfort jej życia. Zakażenie całkowicie zniweczyło efekt zabiegu operacyjnego, który zakończył się niepowodzeniem. Jak wspomniano powyżej biegły ortopeda kategorycznie stwierdził, że gdyby nie doszło do zakażenia powódki, nie doszłoby do amputacji kończyny. Podkreślił, że nawet gdyby doszło do pęknięcia gwoźdźcia (bez infekcji) to wówczas można było wykonać kolejny zabieg operacyjny celem ustabilizowania powierzchni kostnych, podlegających usztywnieniu, co w przypadku powódki zabieg taki wykonano, lecz wskutek infekcji nie odniósł on skutku. Wszelkie zatem podejmowane działania, mające na celu przywrócenie względnej sprawności ruchowej powódki, okazały się daremne wobec pogłębiającego się, przewlekłego procesu zakażenia lewego stawu skokowego.

Długotrwałość leczenia powódki w związku z zakażeniem, nieodwracalna utrata kończyny dolnej lewej na poziomie podudzia, 40 % trwały uszczerbek na zdrowiu zarówno z punktu widzenia ortopedycznego jak i chorób zakaźnych, konieczność korzystania z protezy i problemy z tym związane (otarcia, bóle kikuta, jego nieprawidłowe ukształtowanie), bezwzględna potrzeba korzystania z pomocy osób trzecich przy czynnościach życia codziennego, wiek powódki w chwili zakażenia (46 lat) to okoliczności, które determinują wysokość należnego powódce zadośćuczynienia. Kwota 200.000zł powinna spełnić swą kompensacyjną funkcję, ma z pewnością walor ekonomiczny, jest współmierna do krzywdy, jakiej powódka doznała i w ocenie sądu odwoławczego nie jest nadmierna. Trudno nie dostrzec, że zakażenie, którego skutki doprowadziły do utraty kończyny, nałożyło się na dotychczasowe problemy zdrowotne powódki, borykającej się z reumatoidalnym zapaleniem stawów, pogłębiając poczucie doznanej przez nią krzywdy.

O odsetkach od powyższej kwoty Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c. w związku z art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 817 § 1 k.c.

Stosownie do treści art. 481 § 1 k.c. odsetki należą się za samo opóźnienie, choćby wierzyciel nie poniósł żadnej szkody i choćby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Dłużnik popada w opóźnienie, jeżeli nie spełnia świadczenia pieniężnego w terminie, w którym świadczenie stało się wymagalne. Natomiast zgodnie z dyspozycją przepisu 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 jego wykonania. Tak więc z braku innych danych, co do ustalenia terminu wymagalności świadczenia, termin ten określa jednostronnie wierzyciel. Wezwanie dłużnika do wykonania ma charakter oświadczenia woli, a jego złożenie uzupełnia treść istniejącego między stronami stosunku prawnego, przy czym zobowiązanie dotychczas bezterminowe staje się zobowiązaniem terminowym.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego przeważa stanowisko, któremu wyraz dał w orzeczeniu z dnia 28.06.2005r. w sprawie sygn. I CK 7/05, LEX nr 153254 stwierdzając, że zobowiązanie do zapłaty zadośćuczynienia pieniężnego, przewidzianego w art. 445 k.c., ma charakter bezterminowy, stąd też o przekształceniu go w zobowiązanie terminowe decyduje wierzyciel przez wezwanie dłużnika do wykonania. W uzasadnieniu tego orzeczenia Sąd Najwyższy wskazał, że w myśl art. 455 k.c., termin spełnienia świadczenia wyznacza przede wszystkim treść zobowiązania. Termin ten może też wynikać z właściwości zobowiązania. Jeżeli nie można go oznaczyć według pierwszego lub drugiego kryterium, to wówczas zobowiązanie ma charakter bezterminowy. O przekształceniu takiego zobowiązania w zobowiązanie terminowe decyduje wierzyciel przez wezwanie dłużnika do wykonania. Zaznaczyć trzeba, że na gruncie kodeksu cywilnego z chwilą nadejścia terminu spełnienia świadczenia roszczenie wierzyciela wobec dłużnika staje się wymagalne (art. 120 k.c.). W zależności od tego, czy dłużnik za uchybienie terminu odpowiada, czy też nie, skutek uchybienia przybiera postać opóźnienia (art. 481 § 1 k.c.) lub zwłoki (art. 476 k.c.).

Podobne stanowisko zajął Sąd Najwyższy w wyroku z 22.02.2007r, I CSK 433/06, LEX nr 274209 stwierdzając, iż orzeczenie sądu przyznające zadośćuczynienie ma charakter rozstrzygnięcia deklaratoryjnego, a nie konstytutywnego. Zobowiązane do zapłaty zadośćuczynienia (art. 445 § 1 k.c.) ma charakter zobowiązania bezterminowego, toteż przekształcenie go w zobowiązanie terminowe może nastąpić w wyniku wezwania wierzyciela (pokrzywdzonego) skierowanego wobec dłużnika do spełnienia świadczenia (art. 455 k.c.). Także w wyroku z dnia z dnia 18 lutego 2010 r., sygn. II CSK 434/09, LEX nr 602683, Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że w razie wyrządzenia szkody czynem niedozwolonym odsetki należą się poszkodowanemu już od chwili zgłoszenia przezeń roszczenia o zapłatę odszkodowania. Zgodnie z art. 455 k.c., w tej bowiem chwili staje się wymagalny obowiązek sprawcy szkody do spełnienia świadczenia odszkodowawczego, który wynika ze stosunku prawnego łączącego sprawcę szkody i poszkodowanego. Jeżeli sprawca szkody uważa, że dochodzone odszkodowanie jest wygórowane, to może zapłacić świadczenie w wysokości ustalonej przez siebie. W takim wypadku spełnia świadczenie z zastrzeżeniem zwrotu. Jeżeli bowiem okaże się, że odszkodowanie w ogóle nie przysługuje poszkodowanemu albo przysługuje w mniejszej wysokości, wówczas, po orzeczeniu sądu, sprawca szkody może żądać zwrotu całego świadczenia albo nadpłaty. Jeżeli natomiast okaże się, że zapłacone świadczenie jest w niższej wysokości od orzeczonego przez sąd, to osoba odpowiedzialna za szkodę ma obowiązek pokryć niedopłatę oraz uiścić odsetki od tej niedopłaty (jeżeli poszkodowany będzie ich żądał). Jest zasadą, że zarówno odszkodowanie, jak i zadośćuczynienie za krzywdę stają się wymagalne po wezwaniu ubezpieczyciela przez poszkodowanego (pokrzywdzonego) do spełnienia świadczenia odszkodowawczego (art. 455 § 1 k.c.). Od tej zatem chwili biegnie termin do odsetek za opóźnienie (art. 481 § 1 k.c.).

Sąd Apelacyjny podziela w pełni zaprezentowane powyżej stanowisko Sądu Najwyższego, które jest utrwalone w orzecnictwie sądów powszechnych. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 18 października 2013 roku, sygn. I ACa 422/13, Lex nr 1383435; wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 16 października 2013 roku, sygn. I ACa 503/13, Lex nr 383503; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 27 czerwca 2013 roku, sygn. I ACa 74/13, Lex nr 1331081).

Niewątpliwie wynikająca z art. 455 k.c. reguła, według której dłużnik ma świadczyć niezwłocznie po wezwaniu go przez wierzyciela do wykonania, ulega modyfikacji w odniesieniu do świadczeń przysługujących poszkodowanemu od zakładu ubezpieczeń. W przypadku umów ubezpieczenia, termin spełnienia świadczenia jest uregulowany w art. 817 § 1 k.c., zgodnie z którym jeżeli nie umówiono się inaczej, zakład ubezpieczeń obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Wyjątek od tej reguły określa art. 817 § 2 k.c. stanowiąc, że jedynie, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu czternastu dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Uzupełnieniem regulacji kodeksowej jest art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim, który reguluje termin spełnienia świadczenia przez ubezpieczyciela i zgodnie z powołanym przepisem zasadą jest, że zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni, licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie.

Sąd Najwyższy wyjaśnił także w swoim orzecnictwie, że ciężący na zakładzie ubezpieczeń obowiązek terminowego świadczenia zależy od spełnienia dodatkowych przesłanek, dotyczących współdziałania poszkodowanego, w tym zwłaszcza zgłoszenia roszczenia, oraz obiektywnych możliwości ustalenia okoliczności koniecznych do ustalenia odszkodowania (por. wyrok z dnia 6 lipca 1999 r., III CKN 315/98, OSNC 2000, nr 2, poz. 31). Oprócz bowiem zawiadomienia o wypadku (ubezpieczeniowym) wierzyciel powinien określić swoje roszczenie. Od chwili zgłoszenia przez niego roszczeń zakład pozostaje w opóźnieniu, o ile oczywiście roszczenia te będą uzasadnione. (por. wyrok z dnia 6 lipca 1999 r., III CKN 315/98, OSNC 2000, nr 2, poz. 31 oraz wyrok z 04.01. 2007r, V CSK 400/06, LEX nr 277309).

Mając na uwadze powyższe rozważania, zdaniem Sądu II instancji pozwany popadł w opóźnienie w spełnieniu świadczenia w postaci zadośćuczynienia poczynawszy od dnia 15 sierpnia 2011 roku. Poza sporem jest, że powódka wezwała Wojewódzki (...) w Ł. do dobrowolnej zapłaty kwoty 500.000zł tytułem zadośćuczynienia i 60.000 zł tytułem odszkodowania (pismo z k.16). Jak wynika z odpowiedzi na pozew, pozwany został powiadomiony przez Szpital o zgłoszeniu przez powódkę powyższego roszczenia w dniu 8 maja 2011 roku. Pismem z dnia 3 czerwca 2011 roku ubezpieczyciel zwrócił się do Szpitala i powódki o dostarczenie pełnej dokumentacji udzielanych powódce świadczeń medycznych, lecz otrzymał jedynie jej część. Następnie w piśmie z dnia 15 lipca 2011 roku (k.18) (...) SA Centrum Operacyjne Likwidacji S.- Zespół (...) z Sektora Ochrony (...) udzielił odpowiedzi, że brak jest podstaw -na obecnym etapie- do przyjęcia odpowiedzialności (...) SA za zdarzenie z dnia 8 maja 2006 roku, powołując się na nieotrzymanie zarówno od powódki, jak i ubezpieczonego Szpitala dokumentów i wyjaśnień, co uniemożliwia ubezpieczającemu ustosunkowanie się do zgłoszonych roszczeń. Wprawdzie powódka uznała, że już w dacie 15 lipca 2011 roku pozwany (...) SA popadł w opóźnienie i od tej daty należą się jej ustawowe odsetki do żądanej kwoty zadośćuczynienia, to jednak Sąd Apelacyjny nie podzielił powyższego poglądu. Z treści pisma ubezpieczyciela wyraźnie wynika, że nie dysponował w tej dacie pełną dokumentacją lekarską powódki, która pozwalałaby mu na wyjaśnienie ewentualnej podstawy swej odpowiedzialności. Niemniej jednak, mając na uwadze, że o zgłoszeniu roszczenia powziął wiedzę już w maju 2011 roku, zachodzą podstawy do uznania, że w terminie 30 dni, o którym mowa w art. 817 § 1 k.c., liczonym od dnia 15 lipca 2011 roku, miał on możliwość poczynienia we własnym zakresie stosownych, niezbędnych dla niego ustaleń. Zaniechania w tym zakresie obciążają wyłącznie pozwanego i skutkują przyjęciem początkowej daty biegu ustawowych odsetek od kwoty 200.000zł od 15 sierpnia 2011 roku. W pozostałym zakresie żądanie odsetkowe podlegało oddaleniu na mocy art. 481 § 1 k.c. w związku z art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 817 § 1 k.c.

Uwzględnieniu w całości podlegało również roszczenie powódki w zakresie kwoty 28.215 złotych tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia 1 stycznia 2011 roku do dnia 30 września 2013 roku, jak również bieżącej renty z tego tytułu w wysokości po 855 złotych miesięcznie, poczynawszy od 1 października 2013 roku i na przyszłość.

Roszczenie to zostało zgłoszone dopiero w toku procesu w piśmie procesowym (k.275-276), złożonym i doręczonym pozwanemu na rozprawie w dniu 12 września 2013 roku (k. 277) i dotyczy wyłącznie zwiększonych potrzeb powódki w postaci opieki osób trzecich w czynnościach życia codziennego w rozmiarze 3 godzin dziennie. Jest ono ściśle powiązane z wnioskami biegłych sądowych z zakresu ortopedii i chorób zakaźnych, wskazujących na bezwzględną konieczność zapewnienia powódce stałej pomocy osoby trzeciej w takim rozmiarze, przy czym zakres ten wynika z amputacji kończyny dolnej lewej na poziomie podudzia i dotyczy okresu poczynawszy od stycznia 2011 roku (zabieg amputacji) do chwili obecnej. Wnioski te potwierdziła również biegła z zakresu rehabilitacji dr n.med. G. B., wskazując na bezwzględną pomoc powódce ze strony osób trzecich we wszystkich czynnościach samoobsługi i dnia codziennego ze względu na dysfunkcję narządu ruchu i to w znacznie większym rozmiarze, bo 6 godzin dziennie.

Zarówno w ocenie Sądu Apelacyjnego in casu, jak i w świetle ugruntowanego orzecznictwa Sądu Najwyższego (zob. wyrok SN z 4.03.1969r., I PR, opubl. w OSN 1969/12/229 i wyrok z 11.03.1976, IV CR 50/76, opubl. w OSNCP 1977/1/11, oraz wyrok SN z 26.07.1977r., I CR 143/77, opubl. w LEX nr 7971) przyznanie renty z tytułu zwiększonych potrzeb na podstawie art. 444 § 2 k.c. nie jest uzależnione od wskazania, że poszkodowany te potrzeby faktycznie zaspokaja i ponosi związane z nimi wydatki. Dla przyznania powołanego świadczenia wystarczy bowiem samo istnienie zwiększonych potrzeb, jako następstwo czynu niedozwolonego.

Tym samym, zdaniem Sądu II instancji, żądanie powódki zasądzenia na jej rzecz renty na zwiększone potrzeby za okres od 1 stycznia 2011 roku i na przyszłość jest jak najbardziej uprawnione. Oceny powyższej nie może zmienić fakt, że powódka w czerwcu 2011 roku zakupiła protezę tymczasową, na co zwracał uwagę pozwany w toku sprawy. Dysponowanie protezą, zwłaszcza, że nie do końca spełnia ona swoją rolę, o czym szeroko zeznawała powódka, jak i wskazywała na problemy z jej używaniem biegła sądowa z zakresu rehabilitacji, nie wyklucza automatycznie potrzeby korzystania przez powódkę z pomocy osób trzecich, które dotyczą choćby czynności dnia codziennego, pomocy w przemieszczaniu się (spacer, wizyta u lekarza). Zresztą i w tym zakresie wypowiadała się biegła G. B., jednoznacznie

zeznając, że nawet przy dopasowanej protezie powódka wymaga opieki osób trzecich i to w wymiarze 5-6 godzin dziennie.

Nie ma przy tym podstaw do zanegowania przyjętej przez powódkę stawki jednej godziny takiej pomocy w wysokości 9,50zł. Wyliczenie kosztów powyższej opieki winno nastąpić przy uwzględnieniu rynkowych stawek za godzinę takiej opieki, świadczonej przez profesjonalną opiekunkę, która to metoda jest powszechnie stosowana przez sądy w tego typu sprawach i pozwala na pełne wyrównanie szkody z powyższego tytułu. Wprawdzie powódka nie złożyła w tym zakresie stosownego zaświadczenia z (...) Komitetu Pomocy (...), to zarówno sądowi, jak i zapewne pozwanemu jako ubezpieczycielowi, który uczestniczy w podobnych procesach sądowych, z urzędu jest wiadomym, że stawka 9,50zł/h obowiązywała w roku 2009. Przyjęcie więc jej za okres od 2011 roku do chwili obecnej, a więc na stałym poziomie (korzystnym dla pozwanego z uwagi na jej zwyczaj w kolejnych latach) ze wszech miar jest uzasadnione.

Reasumując, na podstawie art. 444 § 2 k.c. w zw. z art. 447 k.c. Sąd Apelacyjny zasądził na rzecz powódki kwotę 28.215 złotych tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia 1 stycznia 2011 roku do dnia 30 września 2013 roku (33 miesiące x 30 dni = 990 dni x 3 godz. dziennie = 2.970 godzin x 9,50zł/h = 28.215 zł). O odsetkach od powyższej kwoty orzekł w myśl art. 481 § 1 k.c. w związku z art. 445 § 1 k.c., począwszy do dnia 12 września 2013 roku, tj. daty doręczenia pozwanemu odpisu pisma zgłaszającego powyższe roszczenie.

Zasądził również na rzecz powódki, na podstawie art. 444 § 2 k.c., comiesięczną rentę z tytułu zwiększonych potrzeb, uwzględniającą pomoc osób trzecich w rozmiarze 3 godziny dziennie, począwszy od dnia 1 października 2013 roku i na przyszłość, płatną do dnia 10-go każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia płatności którejkolwiek z rat - wysokości po 855 złotych miesięcznie (30 dni x 3 godziny dziennie = 90 godzin x 9,5zł/h = 855zł).

Natomiast częściowemu uwzględnieniu podlegało roszczenie powódki o odszkodowanie. Z tego tytułu powódka E. F. dochodziła i nadal dochodzi zapłaty kwoty 60.000zł. Podkreślenia w tym miejscu wymaga, iż odszkodowanie powyższe powódka ściśle wiąże z jedną pozycją, a mianowicie kosztami zakupu protezy. Tak też sprecyzowała swoje żądanie we wspomnianym powyżej wezwaniu Wojewódzkiego (...) w Ł. do zapłaty kwoty 60.000 zł (k. 16), w pozwie, jak i obecnie w swej apelacji. Choć w toku procesu E. F. w piśmie procesowym z dnia 19 września 2013 roku wskazała, jakie poniosła konkretne koszty leczenia z tytułu zakupu leków, opatrunków, kompresów za lata 2009-2011, załączając na tę okoliczność stosowne faktury, to jednak nigdy nie dokonała modyfikacji roszczenia odszkodowawczego i nie uwzględniła w jego ramach powyższych kosztów. Zważywszy na to, że powódka przez cały czas jest reprezentowana przez fachowego pełnomocnika i również w swej apelacji domaga się zasądzenia na swoją rzecz kwoty 60.000zł tytułem odszkodowania obejmującego koszt zakupu protezy, jedynie w tym aspekcie jej żądanie podlegało ocenie przez Sąd Apelacyjny.

Odszkodowanie przewidziane w art. 444 § 1 k.c. obejmuje wszelkie wydatki (koszty) pozostające w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, jeżeli są konieczne (niezbędne) i celowe. I w tym właśnie zakresie powódka wykazała, iż poniosła i będzie musiała ponieść koszty w łącznej wysokości 13.570 złotych. Na kwotę powyższą składa się koszt zakupionej protezy tymczasowej podudzia - 4.805 zł (faktury k. 290-291, k.292-293, k.294); koszt zakupionej protezy modularnej - 6.965 zł (faktury k. 286, k. 295-296) oraz koszt zakupu leja do protezy modularnej – 1.800zł. Jak wynika z opinii biegłego rehabilitanta zakupiona przez powódkę proteza modularna z powodu kolbowatego kikuta bardzo szybko utraciła walor sztucznej nogi. Aby była w pełni wydolna należałoby zakupić do niej nowy lej. Tylko lej jest elementem, który zużywa się co jakiś czas i jako zaliczany do napraw protezowych podlega wymianie. Koszt zakupu takiego leja to kwota około 3.000zł, przy czym NFZ refunduje w drugim i trzecim roku od zakupu protezy jego wymianę do wysokości 1/3 kosztów, tj. do kwoty 1.200zł, co oznacza, że skoro powódka zakupiła protezę modularną w styczniu 2013 roku, ma prawo do refundacji kosztów zakupu leja, zaś we własnym zakresie musi ponieść koszt z tym związany w wysokości 1.800zł.

Mając na uwadze powyższe, na podstawie art. 444 § 1 k.c. należało zasądzić od pozwanego na rzecz powódki kwotę 13.570 złotych tytułem odszkodowania obejmującego koszt zakupu protezy, oddalając powództwo w pozostałej części jako nieudowodnione. O odsetkach od zasądzonej w/w kwoty orzeczono w myśl art. 481 § 1 k.c. w związku z art. 445

§ 1 k.c. w zw. z art. 817 § 1 k.c., mając na uwadze tę samą argumentację, co przyjęta w przypadku zadośćuczynienia, oddalając powództwo o odsetki za okres poprzedzający datę 15 sierpnia 2011 roku.

Uwzględniając wnioski biegłego ortopedy, w świetle których prognozy na przyszłość zależne są od zaprotezowania i stopnia adaptacji powódki do protezy, jak i występujące w tym zakresie problemy, opisane przez samą powódkę i biegłego rehabilitanta, obiektywną niemożność korzystania z protezy modularnej, potrzebę systematycznego formowania i hartowania kikuta poprzez bandażowanie, opukiwanie, uciskanie, potrzebę sukcesywnych wymian w przyszłości leja, a nawet i zakupu nietypowej protezy, Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 189 k.p.c. ustalił odpowiedzialność pozwanego za dalsze, mogące wystąpić w przyszłości skutki zakażenia powódki gronkowcem, których na dzień wyrokowania nie da się przewidzieć.

O kosztach za postępowanie przed Sądem I instancji orzeczono na mocy art. 100 k.p.c. Powódka wygrała proces w 85 %. Poniosła jedynie koszty zastępstwa procesowego w wysokości 7.217zł, a zatem należy się jej od pozwanego zwrot kwoty 6.134,45zł. Pozwany natomiast wygrał proces w 15 %, również poniósł tylko koszty zastępstwa procesowego w wysokości 7.217zł, a zatem należy się mu od powódki zwrot kosztów procesu w wysokości 1.082,55zł. W wyniku dokonania kompensacji powyższych kosztów, należało zasądzić na rzecz powódki od pozwanego kwotę 5.051,90zł.

Na podstawie art. 113 ust.1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (j.t.Dz.U.2014,poz.1025) należało obciążyć pozwanego nieuiszczoną przez powódkę opłatą od uwzględnionej części powództwa, tj. kwotą 12.603 zł (252.045 zł x 5%) oraz nieuiszczonymi wydatkami związanymi z czynnościami biegłych sądowych, pokrytych tymczasowo z funduszu Skarbu Państwa, również w odniesieniu do uwzględnionej części powództwa, tj. kwotą 1950,35zł (2.294,53zł x 85%), nie obciążając powódki nieuiszczonymi kosztami sądowymi od oddalonej części powództwa, na mocy art. 113 ust. 4 w/w ustawy. W ocenie sądu odwoławczego za takim rozstrzygnięciem przemawia charakter sprawy, jak i trudna sytuacja materialna powódki.

Z tych samych względów, z powodu których oddalono powództwo E. F. w pozostałej części, jej apelacja w tym samym zakresie jako bezzasadna podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach za postępowanie odwoławcze orzeczono w myśl art. 100 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. Każda ze stron poniosła jedynie koszty zastępstwa procesowego w wysokości 5.400 zł, powódka wygrała postępowanie apelacyjne w 85%, a pozwany w 15%. W wyniku wzajemnej kompensacji należnych każdej ze stron kosztów, dla powódki należało zasądzić od pozwanego kwotę 3.780zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Podobnie jak w przypadku rozstrzygnięcia o kosztach sądowych za postępowanie przed Sądem I instancji, także o nieuiszczonej opłacie od apelacji, od której pozwana była w całości zwolniona, Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 113 ust.1 i 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (j.t.Dz.U.2014,poz.1025), obciążając pozwanego z tego tytułu (w zakresie uwzględnionej części apelacji) kwotą 12.603 zł i nie obciążając powódki nieuiszczoną opłatą od oddalonej części jej apelacji.