

Sygn. akt I C 1136/10

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 czerwca 2014r

Sąd Okręgowy w Siedlcach I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

**Przewodniczący SSO Andrzej Kirsch**

Protokolant st. sek. sąd. Joanna Makać

po rozpoznaniu w dniu 19 maja 2014r w Siedlcach

na rozprawie

sprawy z powództwa W. J.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej przy ulicy ks. B. 5 w S.

o zadośćuczynienie, rentę i ustalenie

I. Zasądza od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej przy ulicy ks. B. 5 w S. na rzecz powoda W. J. kwotę **190.000** (sto dziewięćdziesiąt tysięcy) złotych tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami od dnia 2 października 2012r do dnia 2 czerwca 2014r w wysokości 13% w stosunku rocznym i od dnia 3 czerwca 2014r do dnia zapłaty z ustawowymi odsetkami,

II. zasądza od pozwanego (...) przy ulicy ks. B. 5 w S. na rzecz powoda W. J. kwotę **14.380,82** zł (czternaście tysięcy trzysta osiemdziesiąt złotych i osiemdziesiąt dwa grosze) tytułem skapitalizowanej renty za okres od dnia 27 lipca 2008r do dnia 15 listopada 2010r wraz z odsetkami od dnia 2 października 2012r do dnia 2 czerwca 2014r w wysokości 13% w stosunku rocznym i od dnia 3 czerwca 2014r do dnia zapłaty z ustawowymi odsetkami,

III. zasądza od pozwanego (...) przy ulicy ks. B. 5 w S. na rzecz powoda W. J. kwotę **25.276,66** (dwadzieścia pięć tysięcy dwieście siedemdziesiąt sześć złotych i sześćdziesiąt sześć groszy) tytułem skapitalizowanej renty za okres od dnia 16 listopada 2010r do dnia 31 maja 2014r wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 3 czerwca 2014r do dnia zapłaty,

IV. zasądza od pozwanego (...) przy ulicy ks. B. 5 w S. na rzecz powoda W. J. kwotę **576,62** (pięćset siedemdziesiąt sześć złotych i sześćdziesiąt dwa grosze) miesięcznie tytułem renty na zwiększone potrzeby, płatnej do dnia 10-go każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat,

V. postępowanie w części dotyczącej renty miesięcznej w kwocie 740 (siedemset czterdzieści) złotych za okres od dnia 20 września 2010r do dnia zapłaty oraz w części dotyczącej kwoty 4.802 (cztery tysiące osiemset dwa) złote, w związku z cofnięciem pozwu umarza,

VI. w pozostałej części powództwo oddala,

VII. odstępuje od obciążania powoda W. J. kosztami procesu w części od oddalonego powództwa,

VIII. zasądza od pozwanego (...) przy ulicy ks. B. 5 w S. na rzecz powoda W. J. kwotę 4.419,80 (cztery tysiące czterysta dziewięćdziesiąt złotych i osiemdziesiąt groszy) tytułem częściowego zwrotu kosztów procesu,

IX. nakazuje pobrać od pozwanego (...) przy ulicy ks. B. 5 w S. na rzecz Skarbu Państwa – kasa Sądu Okręgowego w Siedlcach kwotę 2.423,13 (dwa tysiące czterysta dwadzieścia trzy złote i trzysta groszy) tytułem części wynagrodzeń biegłych za sporządzenie opinii pokrytych tymczasowo z sum Skarbu Państwa oraz kwotę 11.761,75 (jedenaście tysięcy siedemset sześćdziesiąt jeden złotych i siedemdziesiąt pięć groszy) tytułem części opłaty od pozwu, od uiszczenia której powód był zwolniony.

**Sygn. akt I C 1136/10**

## UZASADNIENIE

W dniu 27 października 2010 roku do Sądu Okręgowego w Siedlcach wpłynął pozew W. J. przeciwko(...) w (...), w którym powód domagał się zasądzenia od pozwanego na swoją rzecz:

- kwoty **300.000 zł** tytułem zadośćuczynienia z odsetkami ustawowymi od dnia 14 sierpnia 2010 roku do dnia zapłaty, za krzywdę i ból doznane w wyniku niewłaściwego tj. niezgodnego z zasadami sztuki lekarskiej zaopatrzenia powoda w gips marszowy skutkujące przewlekłym owrzodzeniem kości piętowej prawej (na zasadzie art. 445 w zw. z art. 444 kodeksu cywilnego) i w konsekwencji amputację podudzia nogi prawej,

- comiesięcznej renty w kwocie **1.918 zł** począwszy od dnia 20 września 2010 roku z tytułu zwiększenia się potrzeb powoda, tj. konieczności stałej opieki osoby trzeciej, płatnej z góry do 10-go każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi w przypadku uchybienia terminowi zapłaty, liczonymi od dnia następnego, po upływie terminu płatności do dnia zapłaty,

- skapitalizowanej zaległej renty w kwocie **38.360** złotych za okres 20 miesięcy tj. od dnia 19 sierpnia 2008 roku do dnia 18 września 2010 roku w miesięcznej wysokości 1.918 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 14 sierpnia 2010 roku do dnia zapłaty,

- ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość wobec skutków mogących wyniknąć w przyszłości.

Powód domagał się ponadto zasądzenia od pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa prawnego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazywała, że w dniu 15 maja 2008 roku, podczas zmiany koła samochodowego, w wyniku upadku koła na stopę, powód doznał złamania trzeciej kości śródstopia prawego, złamania kości klinowatej prawej oraz złamania kości strzałkowej prawej. Uraz ten został stwierdzony po udaniu się przez powoda do Szpitala (...) w S.. Złamanie unieruchomiono gipsowo i zalecono kontrolę za 7-10 dni.

W dniu 27 maja 2008 roku, podczas wizyty kontrolnej, powodowi założono tzw. gips marszowy na okres do 6 tygodni. Według twierdzeń żony powoda, gips założony został nie przez lekarza, lecz przez pielęgniarkę L. O. (1). Przy zdjęciu gipsu okazało się, iż nastąpiło owrzodzenie kości piętowej prawej. Powód wielokrotnie przebywał w szpitalu celem usunięcia martwych tkanek i złagodzenia ciągłego zapalenia kości piętowej. Żonie powoda odmówiono wydania karty leczenia z Przychodni (...) pozwanego, która rzekomo zaginęła, zaś powód twierdzi, iż usunięcia gipsu dokonywał lekarz (...). Zdaniem powoda, wykluczone jest miażdżycowe tło owrzodzenia pięty. Owrzodzenie ma charakter odleżynowy, które powstało na skutek ucisku gipsu na piętę. Ponadto, zdaniem powoda, nie rozpoznano u niego złamania kości piszczelowej, a tylko strzałkowej, co spowodowałoby jego zdaniem potrzebę leczenia szpitalnego zaraz po wypadku. W czasie pobytu powoda w szpitalu w dniach od 20 września do 17 października 2008 roku nie zrobiono także zdjęcia RTG, gdyż mogło się okazać, czy kość się psuje i biegli winni ustalić, kiedy po raz pierwszy wykonano zdjęcie RTG.

Orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS z dnia 6 lipca 2009 roku powód został uznany za niezdolnego do pracy oraz samodzielnej egzystencji w okresie od 7 kwietnia 2009 roku do 31 sierpnia 2012 roku.

Zdaniem powoda, winę za naruszenie sprawności organizmu skutkujące powstaniem niezdolności do pracy oraz do samodzielnej egzystencji, ponosi pozwany, gdyż wyłączną przyczyną niezdolności jest niezgodne z zasadami sztuki lekarskiej zaopatrzenie powoda w gips marszowy, skutkujące przewlekłym owrzodzeniem kości piętowej dokonane w dniu 27 maja 2008 roku. Powód wskazywał, iż w dniu 13 stycznia 2009 roku poddał się badaniu w Poradni (...)w W. przy ul. (...), w którym stwierdzono prawidłowość ukrwienia kończyn dolnych, co wyklucza ewentualny zarzut ze strony pozwanego o nieprawidłowości krążenia w kończynach dolnych.

Zdaniem powoda, nie ulega wątpliwości, że doznał on w wyniku niewłaściwego zaopatrzenia w gips ciężkiego uszkodzenia ciała, gdyż w przeciwnym przypadku nie zostałby uznany przez lekarza orzecznika ZUS za niezdolnego do samodzielnej egzystencji. Obecnie powód jest po amputacji podudzia nogi prawej i nie może korzystać z oczekiwanych wrażeń z życia emeryta, gdyż stał się w wyniku zaniechań pozwanego do końca życia inwalidą. Powód wskutek przyjmowania od ponad dwóch lat antybiotyków ogłuchł, nie może siedzieć i wskutek niemożliwości normalnego ruchu obecnie jest chory na dyskopatię, gdyż odruchowo chcąc utrzymać równowagę ustawia kręgosłup w nienaturalnej pozycji i przez to jest pewne, iż będzie miał dysfunkcję lewego biodra. Powołując się na poglądy judykatury powód wskazał, że wobec skutków zdrowotnych u niego zaistniałych, zadośćuczynienie musi mieć charakter odczuwalny, zaś jego zdaniem, żądana kwota 300.000 zł tytułem jest w tej sytuacji adekwatną.

Uzasadniając roszczenie rentowe powód wskazywał, że jego stan zdrowia wymaga także opieki osoby trzeciej w wymiarze minimum 5 godzin dziennie, co uzasadnia w szczególności fakt uznania powoda za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji. Wskazywał przy tym, że jedna godzina opieki osoby trzeciej w jego okolicy stanowi koszt około 14 zł, co daje miesięczny koszt w wysokości 1.918 zł, po odjęciu zasiłku pielęgnacyjnego. Dla przyznania nie jest przy tym istotne, czy opiekę sprawowały osoby dla powoda bliskie, czy też osoby zupełnie obce.

Powód podnosił, iż wymaga opieki osoby trzeciej od dnia 19 sierpnia 2008 roku, tj. od opuszczenia szpitala po pierwszej jego hospitalizacji, co daje na chwilę wniesienia pozwu okres 2 lat i 1 miesiąca. W tym okresie powód przebywał w placówkach medycznych przez okres 144 dni tj. ok. 5 miesięcy, w czasie których opieka osób trzecich nie była mu świadczona. Po odjęciu tego okresu należy przyjąć, iż opieki osoby trzeciej potrzebował w czasie 20 miesięcy przed wniesieniem pozwu, oraz iż potrzebuje jej nadal. Okoliczności powyższe świadczą o zwiększeniu się potrzeb powoda, co uzasadnia jego zdaniem przyznanie renty we wskazanej wysokości. Tak na przyszłość, jak i skapitalizowanej za okres przed wniesieniem powództwa.

W opinii powoda jego stan może pogorszyć się w przyszłości, co wynika także z zakresu obecnych, powstałych w związku ze zdarzeniem dysfunkcji. W związku z powyższym powód domagał się ustalenia odpowiedzialności pozwanego za skutki zdarzenia mogące powstać w przyszłości.

W odpowiedzi na pozew pozwany domagał się oddalenia powództwa w całości i zasądzenia na jego rzecz od powoda kosztów procesu. Pozwany nie kwestionował faktu udzielenia świadczeń medycznych, a jedynie związek przyczynowy pomiędzy zaistniałym zdarzeniem, tj. powstałym owrzodzeniem odleżynowym, jako skutku ucisku gipsu na piętę, a czynnościami podejmowanymi w czasie pobytu powoda w SP ZOZ w S.. Kwestionował argumentację powoda dotyczącą także przyczyn urazu, wskazując, że nie jest wykluczonym ich miażdżycowe pochodzenie. Tym samym odpowiedzialność pozwanego za przyczyny „wewnętrzne” leżące po stronie powoda nie powinna obarczać pozwanego. Amputacja nie jest wynikiem wyłącznej winy pozwanego (k. 48-49).

W pismach procesowych datowanych na 29 maja 2012 roku oraz 9 listopada 2012 roku powód zmodyfikował powództwo wnosząc o zasądzenie na jego rzecz:

- kwoty **380.000** zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami od kwoty 300.000 zł liczonymi od dnia 5 września 2010 roku (30 dni od daty wezwania do zapłaty z dnia 30 lipca 2010 roku plus 4 dni na odbiór wezwania) oraz od kwoty 80.000 zł od dnia 3 lipca 2012 roku do dnia zapłaty (tj. po upływie 30 dni na likwidację szkody według pisma powoda z dnia 29 maja 2012 roku plus 4 dni na odbiór pisma).

- comiesięcznej renty w kwocie **1.178** zł począwszy od dnia 5 października 2010 roku z tytułu tj. konieczności stałej opieki osoby trzeciej oraz kosztów leczenia, płatnej z góry do 10-go każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi w przypadku uchybienia terminowi zapłaty, liczonymi od dnia następnego po upływie terminu płatności do dnia zapłaty,

- skapitalizowanej renty w kwocie **33.558** złotych za okres od dnia 27 lipca 2008 roku do dnia 5 października 2010 roku w miesięcznej wysokości 1.328 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 5 września 2010 roku do dnia zapłaty.

Powód podtrzymał żądanie w zakresie ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość (k. 316-316v, 360-362).

Stanowisko pozwanego nie ulegało w toku postępowania modyfikacjom. W ciągu całego procesu pozwany nie uznawał powództwa i wnosił o jego oddalenie w całości.

### **Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:**

W dniu 15 maja 2008 roku powód W. J., w wyniku upadku na stopę koła zapasowego, doznał urazu stopy. Celem dokonania diagnozy urazu udał się niezwłocznie do Szpitala (...) w S., gdzie po dokonaniu badania i zdjęcia RTG stwierdzono u powoda złamanie trzeciej kości śródstopia prawego, złamania kości klinowatej prawej, złamania kości strzałkowej prawej. Najprawdopodobniej zastosowano u powoda unieruchomienie tzw. longetą i zalecono kontrolę za 7-10 dni (k. 9-10 - karty: wypisowa i informacyjna z Izby Przyjęć, k. 167v-168v - zeznania świadka J. S.).

Powód na kontrolę urazu udał się w dniu 27 maja 2008 roku. Rozpoznanie kontrolne wskazało na złamanie III i IV kości śródstopia prawego oraz złamanie strzałki. Powodowi założono gips marszowy ze wskazaniem stosowania przez okres 6 tygodni. Zalecono także dalsze leczenie w poradni chirurgicznej (k. 11 - karta wypisowa z Izby Przyjęć).

W następnych dniach po założeniu gipsu marszowego u powoda wystąpił silny ból pięty i podudzia nogi, który spowodował konieczność wezwania pogotowia (2 czerwca 2008 roku). Powodowi podano wówczas zastrzyk przeciwbólowy. Powód w dalszym ciągu przez okres unieruchomienia kończyny gipsem marszowym odczuwał bóle pięty i podudzia. Ból łagodziły przyjmowane środki przeciwbólowe (k. 58v - zeznania świadka E. J., k. 120 - karta zlecenia wyjazdu pogotowia ratunkowego).

W dniu 25 czerwca 2008 roku po zdjęciu opatrunku gipsowego stwierdzono u powoda owrzodzenie okolicy piętowej prawej (zeznania świadków: k. 58v-59v - E. J., k. 167v-168v - zeznania świadka J. S.).

W związku z leczeniem owrzodzenia okolicy piętowej prawej powód był wielokrotnie hospitalizowany w SP ZOZ w S., w tym wielokrotnie z objawami zakażenia pięty i stanem septycznym (gorączkowym) w okresach od 3 sierpnia 2008 roku do 18 sierpnia 2008 roku - z rozpoznaniem miażdżycy naczyń tętniczych kończyny dolnej prawej, owrzodzenia okolicy piętowej prawej, stanu po złamaniu III i IV kości śródstopia i kości strzałkowej prawej; od 20 września 2008 roku do 17 października 2008 roku z rozpoznaniem odleżyny okolicy piętowej prawej; od dnia 21 października 2008 roku do 11 grudnia 2008 roku z rozpoznaniem owrzodzenia odleżynowego; od dnia 17 lutego 2009 roku do dnia 4 marca 2009 roku z rozpoznaniem owrzodzenia odleżynowego stopy prawej; od dnia 13 marca 2009 roku do 24 marca 2009 roku - miażdżycy naczyń tętniczych kończyn dolnych, przewlekłe owrzodzenie prawej pięty, niedokrwienie przewlekłe stopy prawej; od dnia 7 kwietnia 2009 roku do dnia 16 kwietnia 2009 roku z rozpoznaniem owrzodzenia pięty prawej i podejrzeniem martwicy kości piętowej prawej; od dnia 3 maja 2009 roku do dnia 11 maja 2009 roku z rozpoznaniem zmian martwiczych guza piętowego i części środkowej kości piętowej prawej z wydzieleniem martwiaków, zapaleniem kości piętowej prawej, stanem po złamaniu odcinka dalszego trzonu i nasady dalszej kości piszczelowej kończyny dolnej prawej. Stosowano wówczas głównie leczenie zachowawcze opatrunkami, antybiotykoterapię oraz zabiegi wycięcia martwiczych tkanek, w wyniku których uzyskiwano jedynie krótkotrwałą poprawę. Następnie powód kontynuował leczenie w (...) im. prof. A. G. (...) W. Klinice (...) w okresie od 18 maja 2009 roku do 3 czerwca 2009 roku z rozpoznaniem zapalenia kości piętowej prawej. Zastosowano u powoda leczenie operacyjne resekcji tkanek zapalnych z pięty prawej, leczenie przeciwwzakrzepowe i antybiotykoterapię. Po raz kolejny hospitalizowany w SP ZOZ w S. w okresie od 19 kwietnia do 7 maja 2010 roku z rozpoznaniem przewlekłego zapalenia kości piętowej prawej i owrzodzenia tkanek miękkich okolicy kości piętowej prawej oraz discopatii L-S z zespołem

bólowym korzeniowym- leczenie zachowawcze, a następnie od 14 maja 2010 roku do 16 maja 2010 roku z zapaleniem kości piętowej prawej. Ponowna hospitalizacja w Klinice w O. w okresie od dnia 17 maja 2010 roku do dnia 27 maja 2010 roku z rozpoznaniem przewlekłego zapalenia kości piętowej prawej. Przeprowadzono zabieg operacyjny oczyszczenia ogniska zapalnego kości piętowej. Kolejne hospitalizacje w SP ZOZ w S. w dniach 25 lipca 2010 do 30 lipca 2010 roku - leczenie zachowawcze oraz od 4 października 2010 roku do 15 listopada 2010 roku - amputacja kończyny dolnej na wysokości podudzia (5 października 2010 roku) i reamputacja kończyny na wysokości uda (25 października 2010 roku).

Wykonywane u powoda w okresach hospitalizacji w SP ZOZ w S., w tym w szczególności w pierwszym okresie po zdjęciu opatrunku gipsowego szczegółowe badania kończyny dolnej prawej, wykazywały drożność tętnic tej kończyny, pomimo początkowych w tym zakresie wątpliwości po badaniu USG (k. 13-21v - dokumentacja leczenia szpitalnego, k. 37 - informacja).

Orzeczeniami Lekarza Orzecznika ZUS z dni 6 lipca 2009 roku oraz 18 sierpnia 2010 roku powoda uznano za niezdolnego do pracy i niezdolnego do samodzielnej egzystencji do dnia 31 sierpnia 2012 roku (k. 9-34, 55 - dokumentacja leczenia szpitalnego powoda).

Powód przed wypadkiem przebywał na emeryturze. Prowadził dość aktywny tryb życia - spacerował po lesie, spędzał czas z wnukami, grał z nimi w piłkę. Wykonywał domowe prace, jeździł samochodem (k. 58v - zeznania świadka E. J.).

W roku 2002 powód doznał powikłanego złamania kości podudzia prawego. Leczenie odbywało się w (...)w S.. Polegało na zespoleniu złamania metalowymi wkretami. W ostatecznym rozpoznaniu wskazano na złamanie podudzia prawego i tylnej krawędzi piszczeli z rozejściem wielozrostu strzałkowo-piszczelowego leczone aparatem ZESPOL (k. 99 - dokumentacja leczenia szpitalnego). U powoda wystąpiło ropienie przy wkretach aparatu. W styczniu 2006 roku powód był hospitalizowany na (...) w S. z powodu dyskopatii lędźwiowej z zespołem korzeniowym kończyn dolnych, głównie kończyny dolnej prawej. Po zdiagnozowaniu powód został skierowany do konsultacji i leczenia neurochirurgicznego. Leczenie odbywało się w (...)w W.. Zdiagnozowano wielopoziomą dyskopatię odcinka L-S kręgosłupa, przepuklinę j. miażdżystego krążka międzykręgowego L4- L5, stenozę kanału kręgowego na poziomie L4-L5. Wskazano na występowanie u powoda zespołu korzeniowego prawostronnego z ubytkami neurologicznymi (opadnięciem prawej stopy, zaburzenia oddawania moczu). Rozpoznano również zatorowość żylną kończyn dolnych. Zastosowano leczenie operacyjne. W okresie od 10 kwietnia 2008 roku do 30 kwietnia 2008 roku powód był hospitalizowany na (...)w S. z niedowładem stopy prawej i zaburzeniami czynności zwieraczy pęcherza moczowego (k. 64, 106 - dokumentacja leczenia szpitalnego).

Po amputacji powodowi kończyny dolnej prawej powód ma istotne problemy z poruszaniem. Nie był w stanie poruszać się o kulach z powodu problemów z równowagą. Zaprzestał zajmowania się obowiązkami domowymi, w których musiała zastępować go żona. Odczuwał silne bóle fantomowe, miał okresy depresyjne. Poruszał się na wózku. W związku z wysokim odjęciem prawej kończyny dolnej u powoda wystąpiła nierównowaga obciążeń mięśni kręgosłupa i niekorzystne zmiany w zmiany przeciążeniowe w kręgosłupie lędźwiowym, prowadzące do skrzywienia bocznego i nasilenia zmian zwyrodnieniowych i dyskopatycznych. Przeciążone są stawy lewej kończyny dolnej.

Przed amputacją stan powoda nie był zadowalający. Rana na pięcie wydzielala krew i ropę. Rana wymagała stałej pielęgnacji i wymiany opatrunków. Przy myciu bądź załatwianiu potrzeb fizjologicznych musiała mu pomagać żona. Każdorazowa kąpiel wymagała założenia foliowej torby na kończynę. Powód przyjmował systematycznie środki przeciwbólowe. Powód wymagał przed amputacją pomocy osoby trzeciej w wymiarze około 3 godzin dziennie, zaś wymiar tej pomocy po amputacji jest zbliżony, choć zależy również od stopnia usprawnienia powoda. Powód odczuwał cierpienia fizyczne o znacznym nasileniu w okresie pierwszych 6 tygodni od wypadku. W okresie leczenia odleżyny i zapalenia kości piętowej dolegliwości bólowe miały średnie nasilenie i trwały przez okres około 2 lat. W okresie 3 miesięcy po amputacji i reamputacji dolegliwości ponownie osiągnęły nasilenie bardzo znaczne. Po tym okresie dolegliwości były średnio nasilone i miały tendencję słabnącą. Na poziomie niskim dolegliwości trwają do chwili obecnej i prawdopodobnie będą trwały nadal.

U powoda ujawniły się w związku z amputacją kończyny także symptomy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Ujawnia on chwiejność afektywną, płacliwość, wzmożoną pobudliwość psychiczną i silne poczucie krzywdy. Występowały u niego okresy obniżonego nastroju oraz wycofania się z kontaktów z otoczeniem, osłabiona aktywność, które świadczą o zaburzeniach depresyjnych adaptacyjnych oraz organicznych zaburzeniach osobowości i zachowania. Cierpienia psychiczne nasiliły się znacząco w okresie po utracie kończyny. Jego stan w dalszym ciągu wymaga leczenia psychiatrycznego i wsparcia psychologicznego.

Powyższy stan był wynikiem między innymi nieprawidłowych działań diagnostyczno-leczniczych pracowników SP ZOZ w S.. Personel medyczny nie uwzględnił zwiększonego ryzyka powikłań w stopie prawej spowodowanych wcześniejszym defektem neurologicznym (niedowład, zaburzenia czucia powierzchownego, zaburzenia odczuwania bólu i brak neutrofiki odpowiedzialny za nieogojące się owrzodzenia). Doprowadziło to do powstania odleżyny pięty, której przyczyną był ucisk opatrunku gipsowego, co w dalszej konsekwencji spowodowało dalsze powikłania zagrażające całej kończynie dolnej.

Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda wynosi od 50-70 % i jego wysokość w tym przedziale jest uzależniona od przydatności kikutu do protezowania (k. 215-224 - opinia i sprawozdanie Zakładu Medycyny Sądowej UM w B., k. 167v-168v - zeznania świadka J. S., k. 58v - zeznania świadka E. J., k. 297-301 - opinia biegłych z zakresu psychiatrii i psychologii, opinia biegłego z zakresu chirurgii naczyniowej).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dowodów: dokumentacji medycznej (k. 9-34, 37, 38, 54, 64, 74, 82, 99, 119-120v), orzeczeń lekarza orzecznika ZUS (k. 35-36), informacji (...)w Ł. z dnia 6 października 2009r (k. 39), częściowych zeznań świadków – M. J. (k. 57v-58v), E. J. (k. 58v-59v), L. D. (k. 83v-86v), L. O. (2) (k. 86v-87), J. K. (k. 145v-147), A. M. (k. 147-148, 559v), H. K. (k. 166v-167v), J. S. (k. 167v-168v), opinii sądowno-lekarskiej UM w B. z dnia 17 października 2011r (k. 215-224), uzupełniającej opinii UM w B. z dnia 17 stycznia 2012r (k. 264-267), opinii sądowno-psychiatrycznej i psychologicznej z dnia 17 kwietnia 2012r (k. 297-301) i uzupełniającej opinii z dnia 3 września 2012r (k. 335), ustnej opinii biegłych M. A. i G. S. złożonej na rozprawie w dniu 12 lutego 2013r, opinii chirurga naczyniowego M. C. (1) z dnia 5 maja 2013r (k. 419-425), uzupełniającej opinii biegłego M. C. (1) z dnia 3 sierpnia 2013r (k. 459-465), ustnej opinii biegłego M. C. (1) złożonej na rozprawie w dniu 29 listopada 2013r (k. 507v-509), częściowych zeznań powoda W. Z. na rozprawie w dniu 4 kwietnia 2014r, informacji ZUS z dnia 30 kwietnia 2014r (k. 573).

### ***Sąd Okręgowy zważył, co następuje:***

Zgodnie z art. 415 kc – „kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia”. Powyższy przepis normuje podstawową zasadę odpowiedzialności opartej na winie sprawcy szkody. Za szkodę odpowiada zatem osoba, której zawinione zachowanie jest źródłem powstania tej szkody.

W niniejszym procesie powód stał na stanowisku, że w wyniku niezgodnego z zasadami sztuki lekarskiej zaopatrzenia w gips marszowy, doznał przewlekłego owrzodzenia kości piętowej prawej, przewlekłego niedokrwienia stopy prawej, zapalenia i martwicy kości piętowej prawej, które skutkowały długotrwałym i bolesnym leczeniem, a w konsekwencji amputacją podudzia nogi prawej. Odpowiedzialnością za to powód obciążył personel medyczny pozwanego SP ZOZ w S..

Odpowiedzialność lekarza (personelu medycznego) jest odpowiedzialnością na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny dotyczy naruszenia zasad wynikających z wiedzy medycznej i doświadczenia (błąd lekarski), natomiast element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności. Odpowiedzialność lekarza powstanie w wypadku „błędu w sztuce”, czyli przeprowadzenia zabiegu (leczenia) niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, tj. polegający na zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca. Przy ocenie postępowania lekarza należy mieć na uwadze uzasadnione oczekiwanie nienarażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia, jak również ustalenie, czy niekorzystnego skutku można było uniknąć. Nadto, w nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje ryzyko medyczne. Nawet bowiem przy postępowaniu

zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności, nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Należy stwierdzić, że lekarz nie poniesienie odpowiedzialności za wynik operacji (zabiegu, procesu leczenia), przy której doszło do powikłań spowodowanych szczególnymi okolicznościami, niezależnymi od jego zachowania.

Pomiędzy stronami sporna pozostawała okoliczność, jakiego rodzaju unieruchomienie (zaopatrzenie) kończyny zastosowano u powoda w dniu wypadku, tj. 15 maja 2008r. Powód oraz jego żona E. J. i córka J. S. twierdzili, że początkowo założono powodowi tzw. longetę (półgips) – unieruchomienie w postaci „rynny” gipsowej (od tyłu nogi) owiniętej bandażem. Zdecydowanie zaprzeczyli temu lekarz przyjmujący powoda w dniu 15 maja 2008r – J. K. oraz pielęgniarka A. M.. Zeznali oni, że w dniu urazu, po stwierdzeniu złamań, powodowi założony został tzw. gips marszowy (do wysokości kolana) na okres 7-10 dni. Potwierdzili to również lekarz L. D. i pielęgniarka L. O. (2), którzy zajmowali się powodem w dniu 27 maja 2008r, kiedy to zastosowano unieruchomienie kończyny powoda gipsem na okres do 6 tygodni. Również w karcie wypisowej z izby przyjęć z dnia 15 maja 2008r istnieje zapis, że unieruchomiono prawą kończynę powoda W. J. – „unieruchomieniem gipsowym” (k. 9). Zalecono powodowi zgłoszenie się na kontrolę za 7-10 dni. Okoliczności tej nie potrafili jednoznacznie ustalić opiniujący w sprawie biegli.

Mimo istniejącej wątpliwości co do tego, jakiego rodzaju zaopatrzenie kończyny zastosowano u powoda w dniu 15 maja 2008r, nie była to jednak, w ocenie Sądu, decydująca okoliczność dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy. Z wyjaśnień informacyjnych powoda, które następnie zostały przez niego potwierdzone podczas składania zeznań, wynika, że – „nic się nie działo, kiedy miałem założoną longetę, dopiero po założeniu gipsu zaczęło się dziać” (k. 55v). W karcie wypisowej z izby przyjęć z dnia 27 maja 2008r nie stwierdzono nieprawidłowości, powikłań, odleżyn w obrębie pięty, czy śródstopia W. J.. Jako rozpoznanie wpisano w karcie – złamanie III i IV kości śródstopia prawego i złamanie strzałki (k. 11). Nie ulegało również wątpliwości, że tego dnia założono powodowi gips marszowy z zaleceniem utrzymywania go do 6 tygodni od urazu. Również z uzupełniającej opinii biegłego chirurga naczyniowego M. C. (1) wynikało, że do powstania odleżyn (owrzodzeń) pięty prawej doszło pod opatrunkiem gipsowym założonym w dniu 27 maja 2008r na okres 6 tygodni (a nie tym założonym w dniu 15 maja 2008r) – k. 465.

Z dokumentacji medycznej zgromadzonej w sprawie wynikało, że w czerwcu 2002r powód doznał złamania prawej nogi i dwukrotnie był leczony operacyjnie. Złamanie to było powikłane procesem zapalnym (infekcyjnym). W styczniu 2006r powód był hospitalizowany w szpitalu w S. z powodu dyskopatii lędźwiowej z zespołem korzeniowym kończyn dolnych. Powód został skierowany do konsultacji i leczenia neurochirurgicznego. Ponadto, w styczniu i lutym 2006r w klinice w W. powód był trzykrotnie operowany z powodu wielopoziomowej, zaawansowanej dyskopatii lędźwiowej z zespołem korzeniowym prawostronnym, ubytkami neurologicznymi i niedowładem (opadaniem) prawej stopy. W okresie od lutego do grudnia 2006r powód był hospitalizowany w S. z powodu dolegliwości kręgosłupa, prawej kończyny dolnej i zaburzeniami funkcji pęcherza moczowego. Rozpoznano wówczas u powoda zatorowość żylną kończyn dolnych. Z kolei w okresie od 10 do 30 kwietnia 2008r (dwa tygodnie przed urazem) powód ponownie był hospitalizowany w (...)w S. z niedowładem stopy prawej.

W oparciu o zgromadzoną w sprawie dokumentację medyczną, choć niepełną, ponieważ pozwany nie był w stanie udostępnić Sądowi zdjęć rentgenowskich prawej kończyny powoda, Sąd dopuścił w sprawie dowód z opinii (...)w B. (...)celem ustalenia, czy doszło do jakichkolwiek zaniedbań w procesie leczenia powoda po stronie personelu medycznego pozwanego szpitala, czy mamy do czynienia w sprawie z tzw. błędem w sztuce medycznej, jeżeli tak, to ewentualnie jakim, i czy amputacja kończyny powoda pozostaje w związku przyczynowym z zawinionym działaniem (zaniechaniem) pozwanego.

W opinii z dnia 17 października 2011r lekarze (...) w B. stwierdzili, że: „1) ambulatoryjny tryb zaopatrzenia uszkodzenia prawej stopy powoda z natychmiastowym zwolnieniem go do domu był niewłaściwy. Uraz, którego doznał powód był w istocie cięższy, niż to ocenił zaopatrujący lekarz. Stopa po takim urazie winna być obserwowana w warunkach szpitalnych przez co najmniej 2-3 doby, 2) nie „wykryto”, nie odnotowano w dokumentacji i nie uwzględniono w ocenie lekarskiej zaburzeń neurologicznych i opadania prawej stopy powoda, istniejących przed wypadkiem i w dacie wypadku. Można było je wykryć w badaniu przedmiotowym i podmiotowym i uwzględnić w postępowaniu leczniczym. Okoliczność ta była bardzo istotna, ponieważ pogarszała sytuację kliniczną i zwiększała

trudności lecznicze. Można stwierdzić, że działanie diagnostyczno-lecznicze personelu medycznego pozwanego nie było prawidłowe, bo doprowadziło do powstania odleżyny pięty, której przyczyną był ucisk opatrunku gipsowego. Stała się zaczątkiem łańcucha dalszych powikłań zagrażających całej kończynie dolnej. Nie wykryto zagrożenia, które nakazywałoby wcześniej niż rutynowo skontrolować i ocenić stan złamanej kończyny pod opatrunkiem gipsowym, 3) w okresie od 3 sierpnia do 31 grudnia 2008r powód był właściwie zdiagnozowany i leczony”. Zdaniem opiniujących – przyczynami powstania owrzodzenia odleży nowego pięty powoda były: 1) ciężki zgnieceniowy uraz stopy z miejscowymi zaburzeniami krążenia tętniczego i żylnego, 2) miażdżycza tętnic kończyny dolnej istniejąca już przed wypadkiem, ale bezobjawowa (utajona), 3) dyskopatyczny niedowład kończyny dolnej istniejący już przed wypadkiem, ale nie wykryty i nie uwzględniony w diagnozie i leczeniu, 4) przebyte złamanie goleni w obrębie tej samej kończyny nie uwzględnione w diagnozie i leczeniu, 5) długotrwały ucisk opatrunku gipsowego, zbyt długo utrzymywanego na kończynie bez bezpośredniej, naocznej kontroli jej stanu. Reasumując stwierdzono, że między powstaniem owrzodzenia a błędnymi działaniami leczniczymi pozwanego istnieje związek przyczynowy w zakresie czynników z punktów 3, 4 i 5. Czynniki z punktów 1 i 2 nie obciążają leczących. Zdaniem biegłych – udział czynnika leczniczego i niezależnego od leczących w doprowadzeniu do amputacji kończyny, można orientacyjnie określić **50 i 50%** (k. 222). Wnioski zawarte w opinii podstawowej zostały przez opiniujący zespół podtrzymane w opinii uzupełniającej z dnia 17 stycznia 2012r. Podniesiono w niej, że uzyskanie dokumentacji w postaci wcześniejszych historii choroby pacjenta, w warunkach ostrego dyżuru urazowego nie było ani możliwe, ani konieczne. Wystarczyło wnikliwe badanie przedmiotowe i wywiad lekarski, której to wnikliwości w tym przypadku zabrakło. Fakt braku udziału lekarza ortopedy w zaopatrzeniu pierwotnym i leczeniu powoda w ciągu pierwszych tygodni po urazie, miał niekorzystne znaczenie zarówno dla badania powoda, postawienia właściwej diagnozy, jak i leczenia. Tym samym, **dokonana amputacja kończyny dolnej prawej u powoda pozostaje w związku przyczynowym z działaniami i zaniechaniami personelu szpitala** (k. 266).

Z uwagi na pojawiające się wątpliwości i zarzuty strony pozwanej, że jedną z przyczyn (niezawinioną) przez pozwanego, która doprowadziła do amputacji kończyny, było istnienie u powoda zmian miażdżycowych prawej kończyny dolnej, Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego chirurga naczyniowego – dr n. med. M. C. (1). W opinii z dnia 5 maja 2013r biegły stwierdził, iż przyczyną wyjściową i podstawową amputacji kończyny dolnej prawej było zapalenie kości piętowej prawej i owrzodzenie z infekcją tkanek miękkich goleni prawej. Biegły sceptycznie odniósł się do zapisów znajdujących się w dokumentacji medycznej pozwanego, że u powoda rozpoznano miażdżycę tętnic kończyny dolnej prawej. Podstawą tego rozpoznania było wykonane w dniu 4 sierpnia 2008r USG tętnic kończyn dolnych. Na tego rodzaju okoliczność powoływał się w sprawie pozwany. Zdaniem biegłego, badanie to nie jest w pełni wiarygodne i istniało wiele przesłanek aby je podważyć. Po pierwsze – badanie zostało wykonane przez specjalistę anestezjologa, podczas kiedy uprawnienie do wykonania tego typu badań mają specjaliści radiologii, chirurgii naczyniowej lub angiologii. Z kolei, zdaniem biegłego, prawidłowość tego rozpoznania wykluczało badanie angio-TK z dnia 9 sierpnia 2008r, w którym stwierdzono drożność wszystkich tętnic kończyn dolnych, łącznie z tętnicami stóp. Również w badaniu z dnia 13 stycznia 2009r chirurg naczyniowy nie stwierdził zaburzeń ukrwienia kończyn. Podobnie w badaniu z dnia 16 kwietnia 2009r stwierdzono wzmoczony przepływ naczyniowy i tkankowy, co bardziej świadczy o dużym nasileniu zmian zapalnych, a nie niedokrwiennych. W ocenie Sądu, opinia biegłego chirurga naczyniowego M. C. (1) pozwala ponad wszelką wątpliwość wykluczyć, aby jedną z przyczyn powstania owrzodzenia pięty powoda były zmiany miażdżycowe w jej obrębie. Z kolei w opinii uzupełniającej z dnia 3 sierpnia 2013r biegły z dużym prawdopodobieństwem wykluczył, aby przyczyną powstania owrzodzenia pięty było niedokrwienie spowodowane miażdżycą (k. 459). Biegły nie był w stanie jednoznacznie stwierdzić, co było bezpośrednią przyczyną amputacji kończyny powoda, ale jako przyczynę wyjściową wskazał – powstanie owrzodzenia pięty **pod opatrunkiem gipsowym założonym po urazie z dnia 15 maja 2008r** (k. 423). Co istotne, biegły stwierdził, że – **błędem postępowania w pierwszym etapie leczenia było rutynowe zaopatrzenie powoda w tego typu urazach; dokładne zebranie wywiadu chorobowego i ustalenie wcześniejszych urazów kończyny oraz dużych zmian neurologicznych dotyczących prawej kończyny dolnej, mogło spowodować ewentualną hospitalizację powoda lub częstszą kontrolę procesu leczenia; w kolejnych etapach leczenia postępowanie medyczne było prawidłowe** (k. 423-424).



Biegły M. C. (2) w zasadzie wykluczył istnienie przed zdarzeniem z dnia 15 maja 2008r zmian miażdżycowych tętnic kończyny dolnej powoda. Potwierdzili jej istnienie w punkcie 4 podpunkcie 2 opinii lekarze (...) w B. (k. 221). Stwierdzili, że była to miażdżycza bezobjawowa (utajona). Należy zatem stwierdzić, że okoliczność ta pozostaje w sprawie wątpliwa, choć zdaniem Sądu, większą wartość w tym zakresie ma opinia specjalisty chirurga naczyniowego M. C. (1). W opiniującym zespole (...) w B. nie było lekarza tej specjalności.

W ocenie Sądu, okoliczność ta nie była jednak decydująca dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy. Nawet jeżeli w tym zakresie dać wiarę opinii UM w B., to ta okoliczność – „**nie obciążała leczących**” (k. 222).

W zakresie stwierdzonych błędów (zaniechań) diagnostycznych, zbyt długiego utrzymywania opatrunku gipsowego, braku hospitalizacji powoda tuż po urazie, braku właściwej kontroli stanu nogi w czasie utrzymywania opatrunku gipsowego – opinie UM w B. oraz biegłego chirurga naczyniowego M. C. (1) pozostają zbieżne. W zasadniczej części Sąd dał wiarę sporządzonym opiniom, uznając, że zostały one sporządzone fachowo, rzetelnie, przez osoby dysponujące odpowiednimi kwalifikacjami i doświadczeniem zawodowym, a ponadto zostały obszernie i przekonująco uzasadnione. Z opinii UM w B. wynika ponadto, że w okresie 6 tygodni po urazie powód odczuwał cierpienie fizyczne o znacznym nasileniu, przez okres następnych 2 lat były one średnio nasilone, ale w okresie 3 miesięcy po amputacji do czasu wygojenia kikuta ponownie osiągnęły one nasilenie bardzo znaczne. W późniejszym okresie były one średnio nasilone z tendencją do słabnięcia. Na poziomie niskim trwają one do chwili obecnej i będą trwały nadal (k. 223). Biegli ocenili trwałe uszczerbek na zdrowiu powoda, w związku z amputacją kończyny, na poziomie co najmniej 50%. Nie wykluczyli jednak, że jest on większy (do 70%) i uzależnili to od długości kikuta i jego przydatności do protezowania (k. 224).

Wadliwy proces diagnostyczny i proces leczenia w pierwszym okresie leczenia, który pozostaje w adekwatnym związku z późniejszą amputacją kończyny, nie pozostał również bez wpływu na stan psychiczny powoda W. J.. Ponad wszelką wątpliwość wynika to z opinii sądowo-psychiatrycznej i psychologicznej sporządzonej przez biegłego psychiatrę M. A. i biegłą psycholog G. S.. W opinii z dnia 17 kwietnia 2012r rozpoznali oni u powoda zaburzenia depresyjne i adaptacyjne oraz organiczne zaburzenia osobowości i zachowania. Zdaniem biegłych, mają one związek z przebyłą chorobą kończyny, a w konsekwencji z jej amputacją. Cierpienia psychiczne powoda zdecydowanie nasiliły się po amputacji kończyny, powód wymagał leczenia psychiatrycznego lub wsparcia psychologicznego. Ze względu na aktualny stan psychiczny nadal wymaga on takiego leczenia. Potwierdziło się również występowanie u powoda bólów fantomowych, tj. zaburzeń charakterystycznych dla stanów poamputacyjnych. Wywołane są one dysfunkcjami zlokalizowanymi w ośrodkowym układzie nerwowym, gdzie zachowany jest schemat pamięciowy całej kończyny. W opinii uzupełniającej z dnia 3 września 2012r biegli potwierdzili związek cierpień psychicznych powoda z urazem kończyny z dnia 15 maja 2008r (k. 335). Opinie biegłych psychiatry i psychologa Sąd podzielił w całości. Zostały one sporządzone fachowo, rzetelnie, w odwołaniu do zgromadzonej dokumentacji oraz przeprowadzonego badania powoda, zostały też przekonująco uzasadnione.

Zadośćuczynienie stanowi instytucję mającą na celu zrekompensowanie poniesionej niemajątkowej szkody na osobie, tzw. krzywdy. Krzywdę stanowią z kolei wszelkie cierpienie psychiczne i fizyczne poszkodowanego. Zadośćuczynienie pieniężne służy zatem złagodzeniu cierpień fizycznych i psychicznych poszkodowanego będących wynikiem uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Ma ono charakter całościowy i powinno stanowić rekompensatę pieniężną za całą krzywdę doznaną przez poszkodowanego. Przepisy nie zawierają co prawda kryteriów, jakie należy uwzględnić przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia pieniężnego, jednak w istotnej mierze kryteria te zostały wypracowane przez judykaturę. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 26 lutego 1962 w sprawie IV CR 902/61, (OSNCP 1963 nr 5, poz.107), zadośćuczynienie z art. 445 k.c. ma przede wszystkim charakter kompensacyjny i tym samym jego wysokość musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość. Zgodnie zaś z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 1998 roku w sprawie II CKN 756/97 (nie publ.) treść art. 445 pozostawia – z woli ustawodawcy - swobodę sądowi orzekającemu w ustalaniu wysokości zadośćuczynienia i pozwala – w okolicznościach rozpoznawanej sprawy – uwzględnić indywidualne właściwości i subiektywne odczucia osoby pokrzywdzonej. Przy ocenie wysokości zadośćuczynienia za krzywdę (art. 445 § 1 KC) należy uwzględnić przede wszystkim nasilenie

cierpień, długotrwałość choroby, rozmiar kalectwa, trwałość następstw zdarzenia oraz konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w życiu osobistym i społecznym (por. wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 1999 roku w sprawie II UKN 681/98, OSNP 2000/16/626).

Zdaniem Sądu, na rozmiar krzywdy powoda wskazuje przede wszystkim zakres doznanych przez niego skutków, które po części są wynikiem zaniedbań personelu medycznego pozwanego szpitala. Uraz kończyny spowodował u powoda silne dolegliwości bólowe, które utrzymywały się przez kilka miesięcy. Skutkiem zaniedbań pozwanego w pierwszym okresie diagnostyki i leczenia powoda, była wielokrotna hospitalizacja, a w konsekwencji amputacja i reamputacja prawej kończyny. Rozmiar kalectwa powoda jest znaczny, a trwałość następstw nieodwracalna. Trwały uszczerbek dla zdrowia powoda wynosi co najmniej 50%, o ile nie większy, na co zwrócili uwagę opiniujący lekarze UM w B.. Wielokrotne hospitalizacje niewątpliwie wiązały się z istotnymi niedogodnościami. Obecne funkcjonowanie powoda jest w znacznym zakresie upośledzone. Jest on zmuszony korzystać na co dzień z pomocy osób drugich. Znacznie nasilone są cierpienia psychiczne powoda, które mają bezpośredni związek z amputacją kończyny dolnej. Powód w bardzo ograniczonym zakresie może korzystać z uroków życia codziennego.

Powyższe okoliczności, zdaniem Sądu, prowadzą do wniosku, że zadośćuczynienie powinno mieć odczuwalny ekonomiczny charakter.

W praktyce spowodowanie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia jest najczęstszą podstawą żądania zadośćuczynienia za krzywdę. Chodzi tu o krzywdę ujmowaną jako cierpienie fizyczne (ból i inne dolegliwości) i cierpienie psychiczne tj. ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała albo rozstroju zdrowia. W niniejszej sprawie niebagatelny wpływ na ustalenie ostatecznej wysokości zadośćuczynienia miały również następstwa uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia dla dalszego życia W. J..

Powyższe okoliczności pozwalają stwierdzić, iż doznana przez powoda krzywda jest duża, a występujące do dziś następstwa, zwłaszcza natury fizycznej, niewątpliwie są skutkiem zaniedbań (błędów) personelu medycznego pozwanego, pozostając z nimi w związku przyczynowym. W ocenie Sądu, kwotą zadośćuczynienia uwzględniającą zarówno okres cierpienia powoda, ich nasilenie, jak też w szczególności skutki i następstwa działań pozwanego, jest łączna kwota 380.000 zł. Uwzględniając jednak wnioski zawarte w opinii UM w B., że za skutki dla zdrowia powoda i wyrządzoną szkodę należy pozwanego obciążyć w 50%, Sąd zasądził na rzecz W. J. tytułem zadośćuczynienia kwotę **190.000 zł**. W pozostałym zakresie roszczenie o zasądzenie zadośćuczynienia jako wygórowane podlegało oddaleniu.

Odsetki od powyższej kwoty Sąd zasądził od daty 2 października 2012 roku, tj. po upływie 7 dni od daty doręczenia pełnomocnikowi pozwanego uzupełniającej opinii biegłych – lekarza psychiatry i psychologa, co nastąpiło w dniu 24 września 2012r (k. 349 – potwierdzenie odbioru). Od tamtej chwili, zdaniem Sądu, wszelkie okoliczności dotyczące stanu zdrowia powoda zarówno fizycznego, jak i psychicznego oraz skutki będące wynikiem zaniedbań pozwanego, były znane i jasne. Stąd też należy uznać, że pozwany w okresie 7 dni mógł spełnić żądanie powoda w zakresie dochodzonego zadośćuczynienia.

Zgodnie z art. 444 par. 2 kc „jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty”. Warunkiem powstania prawa do renty jest trwały charakter uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a każda z okoliczności wymienionych w powyższym przepisie może stanowić samodzielną podstawę zasądzenia renty.

W świetle materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie nie ulega wątpliwości, że zwiększyły się potrzeby powoda na przyszłość. Z uzupełniającej opinii UM w B. wynika, że przez cały okres choroby do czasu amputacji, powód wymagał pomocy i opieki drugiej osoby w wymiarze około 3 godzin dziennie. Zdaniem biegłych, zakres i wymiar tej opieki po amputacji oraz w przyszłości, może być podobny. Nie dotyczy to oczywiście okresów pobytu powoda w szpitalach, kiedy potrzeby te były zaspokajane przez personel placówek medycznych. Ponadto, jak stwierdzono w opinii, w okresie leczenia odłężyny pięty i zakażenia kości piętowej, powód na leki, antybiotyki, środki odkażające i materiały opatrunkowe winien wydawać około 150 zł w skali miesiąca. Z okresu od daty wypadku do dnia amputacji

kończyny również należy wykluczyć długie okresy hospitalizacji (k. 267). Z kolei, w ocenie biegłych psychiatry i psychologa – od chwili wystąpienia dolegliwości związanych z urazem kończyny oraz późniejszymi powikłaniami, istniały względne wskazania do przyjmowania leków uspokajających, bądź nasennych, natomiast po amputacji kończyny istniały wskazania bezwzględne do przyjmowania takich leków. Zdaniem Sądu, z tych okresów należy również wykluczyć okresy hospitalizacji, kiedy to tego rodzaju medykamenty zaspokajały placówki medyczne. Koszt farmakoterapii w tym okresie nie powinien przekraczać 100 zł miesięcznie (k. 301). Z załączonej przez pełnomocnika powoda informacji (...) w Ł. z dnia 6 października 2009r wynika, że uchwałą z dnia 31 marca 2005r koszt jednej godziny usługi opiekuńczej ustalony został na 14 zł (k. 39).

Pełnomocnik powoda w piśmie z dnia 9 listopada 2012r (k. 360-362) ostatecznie sprecyzował powództwo w zakresie skapitalizowanej renty i wniósł o zasądzenie jej w kwocie 33.558 zł z odsetkami od dnia 5 września 2010r – za okres od 27 lipca 2008r (zdjęcie gipsu) do dnia 5 października 2010r (amputacja nogi). Sąd uwzględnił termin początkowy żądania, uznając, że z dniem 27 lipca 2008r (zdjęcie gipsu i ujawnienie odleżyny) zaistniały po stronie powoda zwiększone potrzeby. Co do zasady Sąd uwzględnił żądanie do dnia 15 listopada 2010r, bo co prawda amputacja nogi miała miejsce w dniu 5 października 2010r, to jednak w dniu 25 października 2010r odbyła się reamputacja kończyny, a dopiero w dniu 15 listopada 2010r powód został wypisany ze szpitala.

Okres od 27 lipca 2008r do 15 listopada 2010r obejmuje 842 dni. W ciągu jednego dnia powód potrzebował pomocy przez 3 godziny, co pomnożone przez 14 złotych za godzinę, daje kwotę 42 zł. Mnożąc kwotę 42 zł przez 842 dni – otrzymujemy **35.364** zł. Miesięczny koszt lekarstw nasennych bądź uspokajających to kwota 100 zł, podzielona przez 30 – daje 3,33 zł dziennie. Mnożąc tą kwotę przez 854 dni – otrzymujemy kwotę **2.803,86** zł. Z kolei koszt opatrunków, antybiotyków i innych lekarstw, to kwota 150 zł miesięcznie, a więc wydatek kwoty 5 zł dziennie. Mnożąc tą kwotę przez 842 zł – otrzymujemy kwotę **4.210** zł. Suma tych kwot to 42.377,86 zł, która stanowi całkowity koszt zwiększonych potrzeb powoda w okresie od 27 lipca 2008r do dnia 15 listopada 2010r. Należy jednak tę kwotę pomniejszyć o okresy pobytu powoda w szpitalach, które zabezpieczały powodowi te potrzeby. W powyższym okresie powód przebywał przez 209 dni w szpitalach ( $42\text{ zł} \times 209 = 8.778\text{ zł}$ ,  $3,33\text{ zł} \times 209 = 695,97\text{ zł}$  i  $5\text{ zł} \times 209 = 1.045\text{ zł}$ ), co daje razem 10.518,97 zł. Należy również uwzględnić fakt, że w okresie od 1 czerwca 2009r do 15 listopada 2010r powód pobrał z (...) Oddział w S. dodatek pielęgnacyjny w łącznej kwocie 3.097,25 zł (k. 573 – informacja ZUS z dnia 30 kwietnia 2014r). Odejmując od pełnej kwoty renty 42.377,86 zł równowartość renty za okresy pobytu w szpitalach (10.518,97 zł) oraz pobrany dodatek (3.097,25 zł), otrzymujemy kwotę 28.761,64 zł. W ocenie Sądu, należy jednak tę kwotę pomniejszyć o 50%, bo jak zostało powyżej ustalone, Sąd przypisał zawinienie pozwanego za powstałą szkodę na 50%. Po dokonaniu tego rachunku otrzymujemy ostatecznie kwotę **14.380,82** zł, którą Sąd zasądził na rzecz powoda tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby, za okres od 27 lipca 2008r do 15 listopada 2010r. Z uwagi na fakt, że wysokość wydatków, które powód był zobowiązany ponosić z tytułu zwiększonych potrzeb, została ponad wszelką wątpliwość ustalona po sporządzeniu opinii przez UM w B. oraz biegłych psychiatrę i psychologa, Sąd, tak jak w przypadku zadośćuczynienia, zasądził od kwoty skapitalizowanej renty odsetki po upływie 7 dni od daty doręczenia pełnomocnikowi pozwanego uzupełniającej opinii biegłych psychiatry i psychologa.

Za okres poczynając od dnia 5 października 2010r na przyszłość, pełnomocnik powoda wniósł o zasądzenie na rzecz powoda renty z tytułu zwiększonych potrzeb w kwocie 1.178 zł miesięcznie. Sąd uznał, że skoro renta jest należna i zasądzana za okres poprzedzający wydanie wyroku, to również są podstawy do jej skapitalizowania. Ponieważ kwota 14.380,82 zł została zasądzona za okres do 15 listopada 2010r, to jako kolejny okres Sąd przyjął okres od 16 listopada 2010r do 31 maja 2014r. W tym okresie powód wymagał pomocy przez 3 godziny dziennie i leków nasennych bądź uspokajających. Po amputacji kończyny i opuszczeniu szpitala w dniu 15 listopada 2010r, powód nie wymagał już antybiotyków, leków przeciwbólowych i materiałów opatrunkowych. Okres od 16 listopada 2010r do 31 maja 2014r to 1.292 dni. Mnożąc to przez 42 zł (dzienny koszt opieki) otrzymujemy 54.264 zł, zaś mnożąc to przez 3,33 zł (dzienny koszt leków nasennych bądź uspokajających) otrzymujemy 4.302,36 zł. Łącznie jest to kwota 58.566,36 zł. W okresie od 16 listopada 2010r do 31 maja 2014r powód otrzymał dodatek pielęgnacyjny w łącznej kwocie 8.013,04 zł, co po odjęciu od powyżej ustalonej pełnej skapitalizowanej renty (58.566,36 zł) daje kwotę 50.553,32 zł. Podobnie, Sąd pomniejszył tę kwotę o 50% i zasądził na rzecz powoda tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za

okres od 16 listopada 2010r do 31 maja 2014r – kwotę **25.276,66 zł**. Od powyższej kwoty Sąd zasądził odsetki od daty wyroku do dnia zapłaty.

Należna również była na rzecz powoda renta z tytułu zwiększonych potrzeb na przyszłość, ale nie w żądanej przez powoda kwocie 1.178 zł miesięcznie. Aktualny koszt miesięcznej opieki powoda to 1.260 zł (42 zł x 30 dni) i 100 zł miesięcznie z tytułu leków nasennych lub uspokajających. Daje to łącznie kwotę 1.360 zł miesięcznie. Należy ją pomniejszyć o aktualnie pobierany dodatek (206,76 zł miesięcznie), co daje kwotę 1.153,24 zł, a następnie pomniejszyć o 50%. Ostatecznie otrzymujemy kwotę **576,62 zł** tytułem miesięcznej renty na zwiększone potrzeby. Sąd zasądził tę kwotę poczynając od daty wyroku na przyszłość, płatną do dnia 10-go każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat.

Ponad kwoty zasądzone w punktach II, III i IV wyroku, powództwo jako niezasadne zostało oddalone.

Z uwagi na cofnięcie pozwu w kwocie 740 zł tytułem renty miesięcznej za okres od 20 września 2010r do dnia zapłaty oraz kwoty 4.802 zł oraz zrzeczenie się roszczenia, w tej części Sąd postępowanie w sprawie umorzył (punkt V wyroku).

W ocenie Sądu, bezzasadne było roszczenie powoda w tej części, w której domagał się ustalenia odpowiedzialności pozwanego za skutki zdarzenia mogące powstać w przyszłości. Utrwalony jest w orzecznictwie pogląd, że w sprawach o naprawienie szkody wynikłej z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, dopuszczalne jest obok zasądzenia z tego tytułu określonego świadczenia również ustalenie odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości w związku z tym samym zdarzeniem. Takie rozwiązanie uznaje się za dopuszczalne tym bardziej, jeśli z opinii biegłych z zakresu medycyny wynika, że skutki wypadku nie muszą ograniczać się jedynie do wcześniej w sprawie stwierdzonych, ale w przyszłości mogą się również pojawić inne wcześniej nie występujące skutki. Niewątpliwym jest, że skutki zdarzenia nie zawsze ograniczają się do skutków wypadku i ich zakresu powstałych bezpośrednio po zdarzeniu, ale mogą narastać, bądź pojawiać się w przeciągu miesięcy, lat, a nawet dziesięcioleci. W związku z powyższym, w razie upływu znacznego okresu czasu mogłyby pojawić się problemy natury dowodowej, jeśli chodzi o wykazanie związku skutku bezpośrednio z wypadkiem. Przesądzenie zaś o takiej odpowiedzialności obok zasądzenia konkretnych świadczeń zwalnia poszkodowanego z obowiązku udowodnienia istnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności podmiotu, na którym taka odpowiedzialność już ciąży (uchwała SN z dnia 24 lutego 2009 roku w sprawie III CZP 2/09, OSNC 2009/12/168). Ustalenie takiej odpowiedzialności na podstawie art. 189 kpc nie doznaje w tym zakresie ograniczeń nawet pomimo obowiązywania przepisu art. 442<sup>1</sup> § 3 kc, ograniczającego skutki przedawnienia, jeśli chodzi o roszczenia z tytułu szkód na osobie.

Ze sporządzonych w sprawie opinii: biegłego chirurga naczyniowego M. C. (1) oraz (...) w B. wynika, że leczenie powoda W. J. zostało zakończone. W październiku 2010r amputowano powodowi prawą kończynę dolną i w listopadzie 2010r w związku z zakończeniem leczenia został on wypisany ze szpitala. Z opinii UM w B. z dnia 17 października 2011r wynika, że w związku z wysokim odjęciem prawej kończyny dolnej u powoda wystąpiła nierównowaga (asymetria) obciążeń mięśni kręgosłupa i niekorzystne zmiany przeciążeniowe w samym kręgosłupie lędźwiowym, prowadzące do skrzywienia bocznego i nasilenia zmian zwyrodnieniowych i dyskopatycznych (k. 223). Sąd wziął jednak pod uwagę opisane powyżej niekorzystne następstwa dla zdrowia powoda, które są wynikiem amputacji kończyny, przy ustalaniu należnego powodowi zadośćuczynienia. Jak wynika z treści opinii – w związku z długotrwałą pozycją siedzącą powód jest narażony na zmiany o typie odleżyn nad guzami kulszowymi tzw. „odsiedziny” (k. 223). Należy jednak wziąć pod uwagę, że opinia została sporządzona w październiku 2011r, a więc po upływie około roku po amputacji kończyny. Na rozprawie w dniu 4 kwietnia 2014r, podczas której powód przesłuchany został w charakterze strony, okazało się, że prawa kończyna powoda W. J. została zaopatrzona w protezę. W zdecydowanym stopniu proteza ułatwiała powodowi poruszanie się. Należy zatem przepuszczać, że zaopatrzenie kikuta prawej kończyny dolnej powoda w protezę, polepszyło funkcjonowanie powoda i zmniejszyło przeciążanie stawów lewej kończyny dolnej. Najprawdopodobniej powód nie jest już narażony na długotrwałe przebywanie w pozycji siedzącej, a przynajmniej nie w takim stopniu, jak przed zaopatrzeniem kończyny w protezę. Oczywiście obowiązkiem powoda, który reprezentowany był w sprawie przez profesjonalnego pełnomocnika, było wykazanie, że mimo protezowania kończyny, powód w dalszym ciągu narażony jest na negatywne następstwa dla zdrowia, które

byłyby wynikiem amputacji kończyny. Jednak w tym zakresie strona powodowa nie wykazała inicjatywy dowodowej. Dlatego też w tej części powództwo zostało oddalone.

Powód W. J. dochodził w niniejszej sprawie łącznej kwoty 427.694 zł, a zasądzona została na jego rzecz kwota 236.576,92 zł. Oznacza to, że powód wygrał sprawę w 55%, a w 45% przegrał ją. Powód został w sprawie zwolniony z kosztów sądowych w całości. Łączny koszt opinii biegłych w sprawie wyniósł 8.305,34 zł, z czego pozwany pokrył te koszty zaliczkowo do kwoty 2.144,80 zł. Biorąc pod uwagę, że pozwany przegrał sprawę w 55%, winien z tytułu kosztów opinii biegłych ponieść kwotę 4.567,93 zł, dlatego też Sąd nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa dodatkowo kwotę 2.423,13 zł tytułem jego udziału w kosztach opinii biegłych. Pełna opłata od pozwu wynosiła w sprawie 21.385 zł i Sąd nakazał również pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa kwotę 11.761,75 zł – tj. 55% pełnej opłaty. Na koszty zastępstwa procesowego poniesione przez powoda składała się kwota 7.200 zł (minimalne wynagrodzenie pełnomocnika procesowego), 17 zł (opłata skarbową od pełnomocnictwa) oraz 819 zł (koszty dojazdu pełnomocnika na rozprawę). Sąd zasądził na rzecz powoda od pozwanego kwotę 4.419,80 zł (55% pełnych kosztów) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego. Z uwagi na sytuację osobistą, zdrowotną i majątkową powoda – Sąd na podstawie art. 102 kpc odstąpił od obciążania go obowiązkiem zwrotu części kosztów zastępstwa procesowego na rzecz pozwanego.

Mając na uwadze powyższą argumentację, Sąd na podstawie art. 415 kc, art. 444 par. 2 kc, art. 445 par. 1 kc i 189 kpc orzekł jak w wyroku.