

Sygn. akt I ACa 1134/21

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 kwietnia 2023 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie, I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSA Anna Kowacz-Braun

Protokolant: Jakub Zieliński

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 12 kwietnia 2023 r. w Krakowie

sprawy z powództwa R. K.

przeciwko (...) Szpitalowi (...)w M., (...) S.A. w W.

o zapłatę, rentę i ustalenie

na skutek apelacji powoda i strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 23 czerwca 2021 r., sygn. akt I C 281/15

**1. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że:**

**- punktowi III nadaje treść: „zasądza na rzecz powoda R. K. (K.) od pozwanych (...) Szpitala (...)w M. i pozwanego (...) S.A. w W. in solidum kwotę 19 577 zł (dziewiętnaście tysięcy pięćset siedemdziesiąt siedem złotych) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 lipca 2015 r. do dnia zapłaty tytułem skapitalizowanej renty i oddala powództwo co do kwoty 4 893,53 zł;”**

**- punktowi VII nadaje treść: „nie obciąża powoda R. K. kosztami procesu, a pozwanych (...) Szpital (...)w M. i (...) S.A. w W. obciąża kosztami procesu w całości pozostawiających ich wyliczenie referendarzowi sądowemu po uprawomocnieniu się orzeczenia (art. 108 par. 1 kpc);”**

**2. oddala apelację powoda i pozwanego (...) S.A w W. w pozostałej części, a apelację pozwanego SPZOZ Szpital(...) w M. w całości;**

**3. zasądza od pozwanego (...) Szpital (...) w M. na rzecz powoda R. K. kwotę 3 375 zł ( trzy tysiące trzysta siedemdziesiąt pięć złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego;**

**4. zasądza od pozwanego (...) S.A w W. na rzecz powoda R. K. kwotę 2 025 zł (dwa tysiące dwadzieścia pięć złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego;**

**5. nie obciąża powoda pozostałymi kosztami postępowania apelacyjnego.**

Sygn. akt I ACa 1134/21

## UZASADNIENIE

wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 12 kwietnia 2023 r.

Powód R. K. wniósł o:

I. zasądzenie od strony pozwanej (...) Szpitala(...)w M. oraz (...) S.A. na zasadzie solidarności niewłaściwej ( in solidum) tj. z zastrzeżeniem, że spełnienie zasądzonych w wyroku świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z obowiązku opłaty zasądzonych kwot na rzecz powoda:

1. kwoty 150.000,00 zł z odsetkami ustawowymi liczonymi w następujący sposób: w stosunku do pozwanego ad. 1 – od kwoty 100.000,00 zł od dnia 22 kwietnia 2013 r. do dnia zapłaty i od kwoty 50.000,00 zł od dnia następnego po doręczeniu odpisu pozwu oraz w stosunku do pozwanego ad 2 – od kwoty 150.000,00 zł od dnia następnego po doręczeniu odpisu pozwu, tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę;

2. kwoty 24.470,53 zł z odsetkami ustawowymi od dnia następnego po doręczeniu odpisu pozwu tytułem skapitalizowanej renty za okres od lipca 2012 r. do stycznia 2015 r.;

3. kwoty 1.352,53 zł tytułem renty miesięcznej, płatnej do 10. Dnia każdego miesiąca począwszy od lutego 2015 r. włącznie z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminom płatności poszczególnych rat.

II. ustalenie odpowiedzialności pozwanych na przyszłość za dalsze szkody i krzywdy powoda, będące następstwem leczenia, jakie mogą ujawnić się w przyszłości. Oraz o zasądzenie od pozwanych(...) Szpitala (...) w M. oraz (...) S.A. solidarnie na rzecz powoda, R. K. kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwani wnieśli o oddalenie powództwa i zasądzenie na ich rzecz od powoda kosztów procesu.

Powód R. K. w piśmie z 18 lutego 2021 r. zmodyfikował żądanie pozwu w ten sposób, że:

1. w miejsce żądania zasądzenia od strony pozwanej na zasadzie solidarności niewłaściwej (in solidum) kwoty 150.000,00 zł z odsetkami ustawowymi liczonymi: w stosunku do pozwanego ad 1 – od kwoty 100.000,00 zł od dnia 22 kwietnia 2013 r. do dnia zapłaty i od kwoty 50.000,00 zł od dnia następnego po doręczeniu odpisu pozwu oraz w stosunku do pozwanego ad 2 – od kwoty 150.000,00 zł od dnia następnego po doręczeniu odpisu pozwu – wniósł o zasądzenie na rzecz powoda od pozwanych in solidum kwoty 140.000,00 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi w następujący sposób: w stosunku do pozwanego ad 1 – od kwoty 100.000,00 zł od dnia 22 kwietnia 2013 r. do dnia zapłaty i od kwoty 40.000,00 zł do dnia następnego po doręczeniu odpisu oraz w stosunku do pozwanego ad 2 – od kwoty 140.000,00 zł od dnia następnego po doręczeniu odpisu pozwu do dnia zapłaty – tytułem zadośćuczynienia;

2. w miejsce zasądzenia od pozwanych in solidum kwoty 24.470,53 zł z odsetkami ustawowymi od dnia następnego po doręczeniu odpisu pozwu tytułem skapitalizowanej renty za okres od lipca 2012 r. do stycznia 2015 r. – wniósł o zasądzenie na rzecz powoda kwoty 20.170,34 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia następnego po doręczeniu odpisu pozwu do dnia zapłaty tytułem skapitalizowanej renty za utratę zdolności do pracy oraz zwiększone potrzeby;

3. cofnął żądanie zasądzenia kwoty 1.352,53 zł tytułem renty miesięcznej, płatnej do 10. dnia każdego miesiąca począwszy od lutego 2015 r. włącznie z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminom płatności poszczególnych rat.

W związku z powyższym powód cofnął pozew w części tj. co do żądania zapłaty kwoty 30.530,55 zł wraz z zrzeczeniem się roszczenia, podtrzymując żądania pozwu.

Nie dokonując modyfikacji podstawy faktycznej pozwu, powód wskazał, że potwierdzone opinią biegłych sądowych nieprawidłowości w działalności pozwanego szpitala takie jak: niezapewnienie powodowi właściwej profilaktyki okołoperacyjnej oraz doprowadzenie do powikłania jatrogennego, tj. powikłania wynikającego z działań medycznych polegającego na złamaniu kości piszczelowej podczas próby zespalania złamania gwoździem śródszpikowym, poza tym, iż uzasadniają żądanie zadośćuczynienia za skutki naruszenia przez pozwany szpital obowiązku realizacji świadczeń z należytą starannością, to jednocześnie stanowią naruszenie praw powoda jako pacjenta pozwanego szpitala wskazanych w art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, co uzasadnia żądanie zasądzenia zadośćuczynienia także w oparciu o art. 4 ust. 1 ww. ustawy.

Powód wskazał, że według opinii biegłych zakażenie jakie się u niego rozwinęło jest zakażeniem miejsca operowanego (będącego formą zakażenia szpitalnego) i w świetle ustaleń biegłych należy go uznać za ściśle związane z przeprowadzoną w dniu 22 lutego 2012 r. operacją, wobec czego niewątpliwie doszło do niedochowania ze strony pracowników placówki aktów należytej staranności.

Sąd Okręgowy w Krakowie I Wydział Cywilny wyrokiem z dnia 23 czerwca 2021 r.:

I. umorzył postępowanie w zakresie żądania zapłaty kwoty 30 530,55 zł;

II. zasądził na rzecz powoda R. K. (K.) od pozwanych (...) Szpitala (...) w M. i (...) S.A. w W. in solidum kwotę 95 000 zł wraz z odsetkami ustawowymi, za opóźnienie liczonymi od kwot:

- 80 000 zł od dnia 22 kwietnia 2013 r. do dnia zapłaty, od strony pozwanej (...) Szpitala (...) w M.

- 15 000 zł od dnia 1 lipca 2015 r. do dnia zapłaty, od strony pozwanej (...) Szpitala (...) w M.

- 95 000 zł od dnia 1 lipca 2015 r. do dnia zapłaty, od strony pozwanej (...) S.A. w W. tytułem zadość uczynienia

III. zasądził na rzecz powoda R. K. (K.) od pozwanych (...) Szpitala (...).

A. w M. i pozwanego (...) S.A. w W. in

solidum kwotę 24 470,53 wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 lipca 2015

r. do dnia zapłaty tytułem skapitalizowanej renty;

IV. ustalił odpowiedzialność pozwanych na przyszłość za dalsze szkody i krzywdy powoda

będące następstwem leczenia jakie mogą pojawić się w przyszłości;

V. oddalił powództwo w pozostałym zakresie;

VI. zastrzegł stronie pozwanej (...) S.A. w W. prawo powoływania się w toku egzekucji na ograniczenie odpowiedzialności do wysokości sumy ubezpieczenia na jedno zdarzenie to jest kwoty 46 500 euro, do wyczerpania kwoty gwarancyjnej w kwocie 275 000 euro;

VII. na zasadzie art. 100 k.p.c. zd. 1 k.p.c. rozdzielił koszty procesu proporcjonalnie do wyniku postępowania przy przyjęciu, iż powód R. K. ponosi 40% kosztów, a pozwani (...) Szpitala (...) w M. i (...) S.A. w W. ponoszą 60% kosztów, na zasadzie art. 108 k.p.c. pozostawiając szczegółowe wyliczenie referendarzowi sądowemu po uprawomocnieniu się orzeczenia.

Sąd Okręgowy wskazał, że bezspornym było, że:

Pozwany (...) Szpital (...) w M. w okresie od dnia 1 listopada 2011 r. do dnia 31 października 2011 r. miał zawartą z (...) Spółka Akcyjna w W. Oddział (...) w K. umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakładu

opieki zdrowotnej, którego suma ubezpieczenia wynosiła 46.500 euro na jedno zdarzenie (po przeliczeniu 184.242,30 zł) oraz 275.000 euro na wszystkie zdarzenia do wyczerpania sumy gwarancyjnej.

Dalej Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

W nocy z dnia 18 na 19 lutego 2012 r. pomiędzy godz. 2:00 a 3:00 nad ranem powód R. K. wskutek poślizgnięcia się na oblodzonych schodach doznał urazu prawej nogi. Przed zdarzeniem spożywał alkohol. Korzystając z pomocy przypadkowej osoby powód został podwieziony do domu, po czym położył się spać. Kilka godzin później w wyniku nasilającego się bólu kończyny i opuchlizny, podjął decyzję by wezwać pogotowie.

W dniu 19 lutego 2012 r. powód R. K. został przyjęty na Oddział(...)- (...)(...) Szpitala (...) w M. z wieloodłamowym zamkniętym złamaniem podudzia prawego i następnie został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego, który odbył się w dniu 22 lutego 2012 r. W trakcie operacji podjęto próbę zespolenia kości gwoździem śródszpikowym, która jednak nie powiodła się (doszło do wyłamania fragmentu kości piszczelowej w okolicy miejsca wprowadzenia gwoźdźcia) i ostatecznie odłamy kości zespolono metodą Zespol nadskórnie, a kończynę unieruchomiono w szynie udowej. W dniu 6 marca 2012 r. brzegi rany pooperacyjnej rozeszły się, z której to rany w międzyczasie zdjęto szwy. W dniu 16 marca 2012 r. powód został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym, z niezagojoną raną pooperacyjną, której brzegi rozeszły się, a rana goiła się przez ziarninowanie i naskórkowanie od brzegów. Przy wypisie powód otrzymał skierowanie do przyszpitalnej Poradni (...)celem kontynuowania leczenia.

W okresie od dnia 20 marca 2012 r. do dnia 6 lipca 2012 r. powód kontynuował leczenie w poradni (...) w pozwanym szpitalu, jednak nie uzyskał w tym okresie poprawy stanu miejscowego czyli wygojenia rany pooperacyjnej. W dniu 16 kwietnia 2012 r. pobrano wymaz rany i materiał z wymazu przekazano do laboratorium celem wykonania posiewu. W dniu 18 kwietnia 2012 r. uzyskano dodatni wynik posiewu – stwierdzono w nim obecność bakterii gronkowca złocistego.

W okresie leczenia w poradni przyszpitalnej, pomimo poddawania się przez powoda zabiegom oczyszczającym ranę oraz terapii antybiotykowej, nie doszło do poprawy stanu miejscowego skóry, ani do zrośnięcia kostnego odłamów kości piszczelowej. Terapia obejmowała miejscowe podawanie antybiotyków oraz usuwanie nadmiaru ziarniny. W dniu 6 lipca 2012 r. powód otrzymał skierowanie na Oddział (...)Szpitala(...) w K..

W uzgodnionym terminie tj. w dniu 9 lipca 2012 r. powód został w trybie pilnym przyjęty na wskazany Oddział Szpitala (...) w K. z powodu rozległej infekcji kości piszczelowej i podudzia prawego z dwoma drenującymi przetokami na podudziu (rozpoznanie: przewlekłe zapalenie kości piszczelowej). W dniu przyjęcia pobrano z rany materiał celem wykonania posiewu. Po upływie 48 godzin inkubacji w warunkach tlenowych uzyskano wynik dodatni posiewu – w ranie obecne były bakterie gronkowca złocistego.

U powoda rozpoczęto antybiotykoterapię łączoną oraz miejscową ozonoterapię – płukanie przetok płynem ozonowanym. Po uzyskaniu poprawy stanu miejscowego, powód został operowany w dniu 19 lipca 2012 r. Podczas zabiegu operacyjnego usunięto martwe, pojedyncze odłamy kostne oraz w całości martwiaka o wielkości około 3 cm x 4 cm, oczyszczono jamę szpikową, jak również założono aparat I. stabilizujący podudzie. Założono opatrunek podciśnieniowy (...). W trakcie zabiegu pobrano bezpośrednio z jamy szpikowej materiał na posiew. Wynik posiewu również był dodatni – kość zainfekowana była bakterią gronkowca złocistego.

W dniu 24 lipca 2012 r. powód został poddany kolejnemu zabiegowi operacyjnemu, podczas którego usunięto opatrunek (...) oraz dokonano resekcji fragmentu kości piszczelowej na przestrzeni 5,5 cm. Usunięto również martwiaka, a powstały w wyniku resekcji defekt kostny wypełniono kulkami antybiotykowymi. W dniu 27 lipca 2012 r. powód został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym.

Kolejne hospitalizacje powoda w Szpitalu w K. będące kontynuacją leczenia zapalenia kości piszczelowej wskutek zainfekowania bakterią gronkowca złocistego miały miejsce w okresach: 24 października 2012 r. - 26 października 2012 r., 9 stycznia 2013 r. - 20 stycznia 2013 r., 20 lutego 2013 r. - 21 lutego 2013 r., 22 maja 2013 r. - 27 maja 2013

r., 11 lipca 2013 r. – 17 lipca 2013 r., 26 sierpnia 2013 r. – 28 sierpnia 2013 r., 30 marca 2014 r. – 1 kwietnia 2014 r., 19 sierpnia 2014 r. – 25 sierpnia 2014 r..

W lipcu oraz w sierpniu 2013 r. powód został poddany zabiegom operacyjnym mającym na celu rekonstrukcję poinfekcyjną ubytku kości piszczelowej metodą M., polegającą na uzupełnieniu ubytku kostnego materiałem kośćcozastępczym. W roku 2014 przeszedł kolejne zabiegi operacyjne – „naprawcze” w dniu 31 marca 2014 r. i 20 sierpnia 2014 r. Przeprowadzono wówczas uzupełnienie ubytku kości piszczelowej przeszczepem autogennym z talerza kości biodrowej powoda oraz stabilizację gwoździem śródszpikowym.

Po pobraniu wymazu powodowi nie wydano wyniku posiewu. Nie został on również poinformowany przez lekarza prowadzącego, że rana jest zainfekowana gronkowcem złocistym. Powód nie miał wiedzy z jakiego powodu prowadzona jest antybiotykoterapia oraz jakie mogą być skutki zakażenia tą bakterią.

Podczas leczenia powodowi towarzyszył ból kończyny, który uśmierzał środkami przeciwbólowymi. Przez brak postępów w gojeniu się rany i zrastaniu kości powód był bardzo ograniczony w swojej sprawności i samodzielności. Poruszał się o kulach, nie mógł obciążać kończyny. Przy wykonywaniu czynności życia codziennego wymagał pomocy osób trzecich. Głównie matka oraz rodzeństwo zapewnili mu wyżywienie, leki, opatrunki, transport do placówek służby zdrowia czy też pomoc w załatwianiu urzędowych spraw.

Wskutek braku widocznych postępów leczenia, stan psychiczny powoda uległ pogorszeniu. Ujawniła się u niego depresja, z powodu której od 20 kwietnia 2012 r. leczył się w (...) w M.. Powód zamknął się w sobie, przestał udzielać się towarzysko.

Ponieważ stan powoda nie pozwalał mu na samodzielną podróż, 1 – 2 razy w tygodniu na wizyty w szpitala w K. zawoził go znajomy A. B. albo brat A. K. (1). Powód wymagał pomocy osób trzecich przy czynnościach życia codziennego, takich jak przygotowywanie posiłków, sprzątanie, zmiana opatrunków. Przed wypadkiem prowadził działalność gospodarczą z samochodu gastronomicznego. Wcześniej pracował dorywczo u brata T. K. (1) w charakterze pomocy na budowie. Ponieważ działalność nie przynosiła mu dużych dochodów, finansowo pomagała mu matka. Był zdrowy, aktywny fizycznie. Zarówno przed, jak i po wypadku palił papierosy w liczbie około 10 – 20 sztuk dziennie. Okazjonalnie pił alkohol w weekendy.

Powód miał świadomość, że została mu wycięta duża część kości. Przez długi okres czasu miał obawy, że jego noga zostanie amputowana. Wskutek złamania i przebytego zakażenia powód nie powrócił do pełnej sprawności. Nie może uprawiać takich aktywności jak bieganie, pływanie, nie może również wystawiać na słońce pokrytej bliznami nogi. Jego noga jest krótsza wskutek czego kuleje. Powód odczuwał stałe dolegliwości bólowe. Konieczność wielokrotnych pobyków w szpitalu oraz długotrwałe leczenie wywarło negatywne skutki na psychikę powoda, wobec czego korzystał z pomocy psychiatry. Z powodu nie gojącej się rany, z której sączyła się ropna wydzielina odczuwał duży dyskomfort będąc w towarzystwie innych osób, co potęgowało u niego poczucie smutku i przygnębienia.

Konieczność poddania się przez powoda długotrwałemu leczeniu spowodowały, iż powód nie był w stanie kontynuować pracy zarobkowej. Z uwagi na konieczność skomplikowanego leczenia zakażenia kości, powód zmuszony został w dniu 2 października 2013 r. zlikwidować działalności gospodarczej.

Orzeczeniem (...)Zespołu (...)z dnia 31 sierpnia 2012 r. powód został uznany za osobę niepełnosprawną w znacznym stopniu, a w konsekwencji za niezdolną do pracy od dnia 22 sierpnia 2012 r. do dnia 31 sierpnia 2013 r. W kolejnych orzeczeniach utrzymywano powyższe rozstrzygnięcie uznając go za niezdolnego do pracy do dnia 30 września 2014 r. oraz do dnia 30 września 2016 r.

W okresie od 1 stycznia 2012 r. do 1 maja 2012 r. zostało przeprowadzonych sześć kontroli przez (...) Państwowego Inspektora Sanitarnego, dotyczących przestrzegania procedur antyzakaźniowych, działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń szpitalnych, które nie wykazały istotnych naruszeń w kontrolowanym zakresie. W czasie pobytu powoda w Oddziale nie stwierdzono zakażenia gronkowcem złocistym.

Aby przeciwdziałać zakażeniom, strona pozwana stosuje określone procedury, które ulegają zmianie, wobec czego kilka razy w roku personel przechodzi obowiązkowe szkolenia. Procedury te podlegają również udostępnieniu do wglądu dla pracowników szpitala. Odpowiednie kontrole w tym zakresie przeprowadza m.in. pielęgniarka epidemiologiczna, natomiast kontrole zewnętrzne są przeprowadzane przez sanepid. W 2011 i 2012 r. procedury istotnie nie uległy zmianie w porównaniu do obecnych. Przed planowanym zabiegiem operacyjnym jest stosowana procedura tzw. czystościowa, która określa jak powinno się przygotowywać salę do zabiegu. Po każdym zabiegu dokonywana jest dezynfekcja pomieszczenia.

Przy opiece nad pacjentami w pozwanym szpitalu stosowane są środki ochrony, takie jak sprzęt wielorazowy i jednorazowy: rękawiczki jednorazowe, maski, okulary. Sprzęt do robienia opatrunków znajduje się w wydzielonej sali opatrunkowej. Celem zabezpieczenia przed zakażeniami w dniu zabiegu operacyjnego pacjent otrzymuje dożylnie antybiotyk, który jest podawany przez 5 dni. Antybiotyk celowany został miejscowo podany powodowi czyli na ranę.

Pacjenta przed zabiegiem należy poddać kąpielii całego ciała. Pacjent zawsze jest uprzedzany o planowanej kąpielii. Mycie pacjenta zależy od jego sprawności. Jeżeli stan zdrowia pacjenta pozwala na samodzielne umycie się, to wówczas pacjent dostaje od personelu szpitala miskę do mycia, środek myjący i dezynfekujący oraz myjkę. Natomiast jeśli stan zdrowia pacjenta na to nie pozwala – mycia dokonuje personel szpitala. Z reguły taką czynność wykonują dwie pielęgniarki. Czynność mycia trwa około 15, 20 min. Kąpiel całego ciała w przypadku pacjenta unieruchomionego dokonywana jest w łóżku. Podkłada się kompresy, i myje się pacjenta jednorazowymi myjkami nasączonymi środkiem myjącym, pacjent jest wycierany i osuszany. W przypadku kiedy pacjent śpi bądź jest pod wpływem leków kąpiel również zostaje wykonana. Istnieje możliwość, że pacjent może nie kojarzyć, że taka czynność została wykonana. Po samodzielnym umyciu się, pacjent zostaje skontrolowany czy wykonał to dokładnie. Po wykonanej kąpielii wymienia się pościel na nową, a łóżko zostaje zdezynfekowane.

Pacjent przywożony jest do śluzy, która jest podzielona na część czystą i brudną. Pacjent jest przekładany na wózek bloku operacyjnego i przewożony do danej sali operacyjnej. Następnie jest przekładany na stół operacyjny. Pacjent przyjeżdża w koszuli operacyjnej i zespół operacyjny układa pacjenta w zależności od typu zabiegu. Bezpośrednio przed zabiegiem członek personelu ponownie bada czy pacjent jest czysty i ogolony, jak również sprawdza czy odpowiedni wpis o dokonanej czynności mycia znajduje się w karcie pacjenta. W przeciwnym wypadku pacjent jest odsyłany celem ponownego wykonania czynności umycia – co zdarza się sporadycznie. Następnie po ułożeniu pacjenta operator myje pole operacyjne i dopiero po jego umyciu pole operacyjne jest obkładane serwetami operacyjnymi i po zabezpieczeniu pola operacyjnego zespół przystępuje do operacji. Nie ma możliwości zastosowania narzędzia, które utraciło sterylność. Narzędzia dostarczane są windą czystą z Centralnej Sterylizacji.

Zarówno przed jak i po zabiegu operacyjnym zmieniona zostaje pościel i dokonana dezynfekcja łóżka, co zostaje odnotowywane w karcie jako przygotowanie pacjenta do zabiegu. Pościel pacjenta zmieniana jest wieczorem i przy kąpielii rano. Powrót pacjenta z Sali zabiegowej następuje zawsze do czystej pościeli. Zmianę pościeli odnotowuje się w karcie. Zmianę opatrunków pacjenta wykonuje lekarz, przy asyście pielęgniarki.

W 2012 roku sprzęt używany do zabiegów nie był jednorazowy, przed zabiegiem zostawał poddawany sterylizacji i zabezpieczany w tzw. pakiet. Członek personelu przed rozpakowaniem pakietu poddawał kontroli jego opakowanie. W przypadku stwierdzenia jego prawidłowości, odpowiedni tzw. test był wklejany do karty sterylizacji, gdzie umieszczano datę, nazwisko pacjenta oraz podpis. Karta została umieszczana w karcie historii choroby pacjenta. Na każdym sprzęcie używanym w pozwanym szpitalu jest oznaczona data sterylizacji i data ważności. Sprawdzenie testów, pakietów następuje na sali operacyjnej. Nadto data ważności narzędzi sprawdzana jest dwa razy w tygodniu. Na dowód sterylizacji dokonuje się wklejenia metki, ponadto osoba, która dokonuje sprawdzenia testu opisuje go „prawidłowy”. Dla każdego pacjenta prowadzona jest karta indywidualnej pielęgnacji. Zabiegi pielęgnacyjne potwierdzane są w karcie przygotowania do zabiegu, karta wykonywania opatrunków, karta indywidualnej pielęgnacji. Odpowiedniego wpisu w karcie dokonuje wyłącznie pielęgniarka, która wykonywała dany zabieg przy pacjencie.

Planowany u powoda zabieg miał zostać wykonany tzw. metodą zespolenia gwoździem śródszpikowym. W momencie wprowadzenia nastąpiło wyłamanie fragmentu, co uniemożliwiło wprowadzenie gwoźdźcia planowaną metodą. W związku z tym podjęto decyzję aby zespolenie odbyło się metodą zespołu (...). Zmiana metody mogła wpłynąć na późniejszy sposób gojenia. Zarówno w przypadku przeprowadzenia zabiegu zespolenia śródszpikowego, jak i metodą Zespol zabezpieczenie pacjenta przed zakażeniem odbywało by się tak samo. Każde złamanie, które wymaga otwarcia jest zabezpieczane podaniem antybiotyku. U powoda poza podaniem antybiotyku procedury stosowane były środki przeciwwzakrzepowe. Styl życia powoda tj. palenie tytoniu, spożywanie alkoholu mógł mieć wpływ na przebieg gojenia rany.

W roku 2012 funkcjonowały procedury względem przyjęcia i wydania narzędzi, które podlegały procesowi sterylizacji w Centralnej Sterylizatorni znajdującej się przy Szpitalu(...) w M.. Stosowana metoda sterylizacji to metoda parowa. Przyjęcie narzędzi z bloku operacyjnego do Centralnej Sterylizatorni następuje na podstawie formularza „zapotrzebowanie na usługi sterylizacyjne”, w którym dany oddział szpitala wpisuje stan narzędzi oraz zapotrzebowanie. Sterylizatornia obejmowała strefy: w strefie tzw. brudnej narzędzia są segregowane oraz dezynfekowane. W strefie czystej spisywany jest ten sam stan narzędzi, który przechodzi przez strefę brudną. Nie ma możliwości aby wydać narzędzie, które nie przeszło procesu sterylizacji. Narzędzia po procesie dezynfekcji rozkłada się, następnie sprawdza ilościowo i jakościowo, po czym pakuje w specjalne rękawy papierowo-foliowe. Następnie narzędzia są zgrzewane z dwóch stron. Możliwość stwierdzenia czy jakiś pakiet nie został przerwany można stwierdzić wizualnie – oglądając pakiet. Każdy proces sterylizacji jest kontrolowany tzw. kontrolą wsadu. Po procesie sterylizacji sprawdza się czy nastąpiło odbarwienie wskaźnika. Nadto narzędzia oznakowane są metkami, które wskazują, że dane narzędzie zostało poddane sterylizacji. Istnieje możliwość sprawdzenia procesu sterylizacji każdego konkretnego narzędzia z nazwy. Centralna Sterylizatornia prowadzi dokumentację, która jest przechowywana przez rok. Po upływie roku akta zostają przesłane do archiwum. W przypadku, gdy upłynie data ważności sterylizacji, narzędzia są zwracane do Centralnej Sterylizatorni celem poddania ponownej sterylizacji.

Przeprowadzone w pozwanym szpitalu w latach 2011-2012 r. kontrole stanu sanitarnohigienicznego oraz kontrole oceny szpitala w zakresie systemu kontroli zakażeń szpitalnych wykazały nieprawidłowości.

Do powstania obrzęku i krwiaka u powoda przyczyniło się opóźnienie w zgłoszeniu do Szpitala (złamanie nastąpiło w godzinach nocnych, prawdopodobnie w stanie nietrzeźwości, brak wczesnego uruchomienia i elewacji kończyny, zgłoszenie do szpitala dopiero po kilku godzinach). To spowodowało konieczność odczekania z leczeniem operacyjnym. Zakażenie, które wystąpiło u powoda ma charakter zakażenia miejsca operowanego, spełnia kryteria definicji przypadku obowiązującej w dacie zdarzenia. Brak jest jednoznacznych podstaw do przyjęcia, że powód został zakażony tym drobnoustrojem w szpitalu. Można natomiast z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że powód był nosicielem gronkowca złocistego i zakażenie, do którego doszło miało charakter endogeny (czyli wywołane własną florą pacjenta). Czynnikiem istotnie zwiększającym ryzyko zakażenia u powoda było: ze strony powoda: zwłoka w zastosowaniu uruchomienia i elewacji bezpośrednio po złamaniu (do złamania doszło w godzinach nocnych natomiast powód zgłosił to w godzinach rannych następnego dnia). Natomiast ze strony pozwanego szpitala: niezastosowanie właściwej okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej. W przypadku powoda w okołoperacyjnej profilaktyce antybiotykowej powinny być zastosowane dodatkowo: cefalosporyny I lub II generacji; zmiana metody operacji z gwoźdźcia śródszpikowego, w której dokonuje się nacięcia nieuszkodzonej skóry poza strefą złamania, na metodę nadskórną ZESPOL, w której z kolei płytka stabilizująca zlokalizowana jest nad skórą, a przez skórę w miejscu złamania wprowadza się do kości wkrety. W dokumentacji opisywano pęcherze na skórze, stąd prawidłowym był pierwotny wybór metody – stabilizacja gwoździem śródszpikowym. Niepowodzenie tej metody wymusiło ostatecznie zastosowanie metody nadskórnej ZESPOL. Wybór metody zespolenia w tej wymuszonej sytuacji był również właściwy. Metoda ZESPOL jest obarczona nieco wyższym ryzykiem wystąpienia zakażenia niż zespolenie śródszpikowe z zamkniętą repozycją odłamów. Ponadto zmiana rodzaju zespolenia wydłużyła czas trwania operacji, co jest dodatkowym czynnikiem ryzyka a także skutkowało koniecznością dodatkowych manipulacji w obrębie uszkodzonej skóry wymuszonych potrzebą korekcyjną ustawienia odłamów.

W przypadku pacjentów z założonym wyciągiem nie ma możliwości fizycznej kąpieli całego ciała. Niewykąpanie powoda przed zabiegiem z dnia 22 lipca 2012 r. nie było błędem. Postępowanie pozwanego szpitala mogło przyczynić się w sposób istotny do wystąpienia u powoda przewlekłego ropnego zapalenia kości piszczelowej prawej spowodowanego bakterią gronkowca złocistego. Aktualny trwały uszczerbek na zdrowiu z tytułu przebytego wieloodłamowego złamania kości podudzia prawego powikłanego przewlekłym ropnym zapaleniem kości piszczelowej prawej spowodowanym bakterią gronkowca złocistego wynosi 25%. Dodatkowo u powoda z powodu wystąpienia złamania, a przede wszystkim powikłań w jego leczeniu doszło do ujawnienia się zaburzenia adaptacyjnego, które utrzymywało się do końca roku 2013. Nasilenie tego zaburzenia w tym czasie skutkowało długotrwałym uszczerbkiem na zdrowiu w wysokości 5%.

Aktualnie powód z uwagi na swój stan zdrowia jest niezdolny do wykonywania ciężkiej pracy fizycznej, wymagającej długotrwałego chodzenia lub stania. Przeciwwskazane jest w jego przypadku uprawianie sportów związanych ze znacznymi obciążeniami kończyn dolnych (bieganie, skakanie, jazda na nartach itd.). Od czasu zakończenia procesu leczenia i rekonwalescencji jest zdolny do wykonywania prac zarobkowych oraz drobnych prac domowych. Wystąpienie powikłania w postaci przewlekłego ropnego zapalenia kości piszczelowej prawej o etiologii gronkowcowej skutkowało wydłużeniem leczenia do 2,5 roku, koniecznością dodatkowych operacji i stosowania leków: antybiotyków, leków przeciwbólowych, przeciwzapalnych i przeciwzakrzepowych w tym czasie.

Powód przyczynił się co najwyżej w 1/3 do powstania powikłania w postaci zakażenia.

Złamanie kości szpiczowej do którego doszło w trakcie próby zespolenia gwoździem śródszpikowym było powikłaniem jatrogennym, czyli wynikającym z działań medycznych. Prawidłowo przeprowadzone czynności w takim przypadku jak u powoda nie powinny prowadzić do złamania kości, zatem nie jest to błąd wpisany w metodę leczenia. Stąd przyjęto, że za jego powstanie odpowiedzialny jest pozwany szpital.

W dniu 22 marca 2013 r. powód wystosował wezwania do Szpitala (...) w M. z żądaniem zapłaty kwoty 100.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. W odpowiedzi na powyższe wezwanie pozwany szpital poinformował o wszczęciu postępowania likwidacyjnego w (...) S.A. z polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC jakie pozwany szpital posiadał we wskazanym towarzystwie. (...) S.A. stwierdził brak odpowiedzialności ubezpieczonego Szpitala(...) w M..

W roku 2012 powód pobierał zasiłek stały z zakresu pomocy społecznej dla osoby samotnie gospodarującej w kwocie 260,82 zł netto (za wrzesień) i 325,82 zł netto (od października do grudnia 2012 r.) oraz zasiłek pielęgnacyjny w wysokości 153 zł netto miesięcznie w okresie od sierpnia do grudnia 2012 r. W 2012 r. (od sierpnia do grudnia) powód osiągnął dochód w wysokości 2003,28 zł. W okresie od stycznia 2013 r. do 31 sierpnia 2013 r. powód pobierał zasiłek stały w wysokości 325,38 zł netto miesięcznie, a od 1 września 2013 r. do grudnia 2013 r. – w wysokości 389 zł netto miesięcznie oraz zasiłek pielęgnacyjny w wysokości 153 zł netto w okresie od stycznia do grudnia 2013 r. W okresie od stycznia do grudnia 2014 r. powód pobierał zasiłek stały w wysokości 389 zł netto miesięcznie oraz zasiłek pielęgnacyjny w wysokości 153 zł netto miesięcznie. W roku 2014 powód osiągnął dochód w wysokości 6.504 zł.

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o przedłożone przez strony dokumenty, częściowo w oparciu o zeznania świadków W. Z., W. W., A. A. (2), Z. P., A. K. (2) E. B., B. B., K. W., A. J., T. K. (2), T. S., A. C., M. K., E. M., A. N., D. M., M. G., W. W., A. K. (3), A. B., A. K. (1), W. K., zeznania powoda R. K.. Sąd nie czynił ustaleń w oparciu o zeznania świadków, w zakresie w jakim opierali się na dokumentacji medycznej powoda.

Sąd Okręgowy dał wiarę zeznaniom świadków W. Z., W. W., A. A. (2), Z. P., A. K. (2) E. B., B. B., K. W., A. J., T. K. (2), T. S., A. C., M. K., E. M., A. N., D. M., M. G., W. W., A. K. (3), którzy są pracownikami pozwanego szpitala. Powyżsi świadkowie w sposób wyczerpujący opisali stosowane w szpitalu procedury przeciwdziałające zakażeniom. Świadczy również szczegółowo opisali stosowane środki ochrony podczas kontaktu z pacjentem, sposób przygotowania pacjenta do planowanego zabiegu operacyjnego. Nadto wskazali na obowiązek szczegółowego dokumentowania każdej czynności dokonanej nad pacjentem.



Sąd Okręgowy dał wiarę zeznaniom świadków A. B., A. K. (1), W. K., powoda R. K., w zakresie w jakim świadkowie wskazali na długotrwałość leczenia powoda, rozmiar krzywdy doznanej przez powoda, odczuwania utrzymującego się bólu operowanej kończyny, konieczności opieki nad powodem.

Podstawę ustaleń faktycznych stanowiła pisemna opinia zespołu biegłych (...) w O. wraz z opiniami uzupełniającymi. W ocenie Sądu opinia ta jest jasna, pełna i rzetelna. Powód nie kwestionował opinii, zaś zarzuty podnoszone przez stronę pozwaną nie podważyły sporządzonej opinii. Biegli szczegółowo odnieśli się do podniesionych zarzutów i wyjaśnili kryteria jakimi się posługiwali przy opiniowaniu.

W oparciu o poczynione ustalenia Sąd Okręgowy uznał, że powództwo zasługiwało na uwzględnienie w znacznej części.

Jako na podstawę odpowiedzialności strony pozwanej Sąd Okręgowy wskazał na art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c., do treści których się odwołał i podał, że stwierdzenie błędu w sztuce medycznej, w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miał miejsce zabieg, jest niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Istotne jest bowiem to, iż czynność tę wykonał pracownik zakładu w ramach jego działalności.

W pierwszej kolejności ustaleniu podlegała kwestia popełnienia błędu w sztuce medycznej. W doktrynie i orzecznictwie przyjmuje się, że błędem lekarskim jest postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej. W myśl art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i dentysty (t.j. - Dz. U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857), lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Dla rozstrzygnięcia zasadności roszczeń powoda konieczne jest dokonanie oceny, czy postępowanie personelu pozwanego szpitala wobec powoda pozostawało w zgodzie z zasadami sztuki medycznej, a lekarze opiekujący się powodem dochowali należytej staranności, a w konsekwencji czy doszło do popełnienia błędu w sztuce medycznej. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 1 kwietnia 1955 r., sygn. IV CR 39/54, OSN 1957/I poz. 7: Błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Zaniechania lekarza w zakresie obowiązków otoczenia chorego opieką oraz w zakresie organizacji bezpieczeństwa higieny i opieki nad chorym nie są błędem w sztuce lekarskiej. Na gruncie przedmiotowej sprawy, nie budzi wątpliwości, iż zaistniał błąd w terapii – nie zastosowano właściwej profilaktyki antybiotykowej w trakcie zabiegu w dniu 22 lutego 2012 r. w konsekwencji czego powód został zarażony gronkowcem złocistym.

Jak wynika z opinii biegłych czynnikami istotnie zwiększającymi ryzyko zakażenia u powoda było ze strony powoda: zwłoka w zastosowaniu uruchomienia i elewacji bezpośrednio po złamaniu (do złamania doszło w godzinach nocnych natomiast powód zgłosił to w godzinach rannych następnego dnia). Natomiast ze strony pozwanego szpitala – niezastosowanie właściwej okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej. Jak zostało wykazane, sama zmiana metody zastosowanej u powoda w trakcie zabiegu w dniu 22 lutego 2012 r. była prawidłowa. Jednakże metoda Zespol jest obciążona wyższym ryzykiem wystąpienia zakażenia niż zespolenie gwoździem śródszpikowym. Ponadto zmiana rodzaju zespolenia wydłużyła czas trwania operacji, co stanowiło dodatkowy czynnik ryzyka a także skutkowało koniecznością dodatkowych manipulacji w obrębie uszkodzonej skóry wymuszonych potrzebą korekcji ustawienia odłamów.

W kwestii związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem strony pozwanej a powstałą szkodą powoda Sąd Okręgowy wskazał, że ustawodawca, wprowadzając w art. 361 § 1 k.c. ograniczenie odpowiedzialności zobowiązanego do naprawienia szkody tylko do normalnych (typowych, występujących zazwyczaj) następstw działań lub zaniechań, z których szkoda wynikała, nie zdefiniował pojęcia związku przyczynowego w rozumieniu prawnym. Przyjmuje się, że określone następstwo ma charakter normalny wtedy, gdy w danym układzie stosunków, w zwyczajnym biegu spraw, konkretny skutek można uznać za zwykle następstwo danego zdarzenia; typowym jest skutek występujący w zwykłym porządku rzeczy, taki, który na podstawie zasad doświadczenia życiowego można uznać za charakterystyczny dla danej

przyczyny, jako jej normalny rezultat (zob. m.in. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 18 maja 2000 r., III CKN 810/98, niepubl. i z dnia 19 marca 2008 r., V CSK 491/07, niepubl.). W tzw. procesach lekarskich ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego między postępowaniem personelu medycznego a powstałą szkodą jest często niemożliwe, w związku z czym z konieczności należy opierać się jedynie na wysokim prawdopodobieństwie istnienia takiego związku. W przedmiotowej sprawie biegli jednoznacznie stwierdzili, iż przebieg zakażenia wskazuje na zakażenie bakterią w trakcie operacji. W ocenie Sądu Okręgowego wysoce prawdopodobne jest, iż niezastosowanie właściwej profilaktyki antybiotykowej było przyczyną zakażenia powoda gronkowcem złocistym. Istnieje zatem obiektywny związek przyczynowy. Normalnym następstwem zakażenia jest zaś rozwój infekcji.

Samo zachowanie powoda – jak wynika z przeprowadzonej opinii – miało wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa zakażeniem powoda gronkowcem złocistym. Do powstania obrzęku i krwiaka u powoda przyczyniło się opóźnienie w zgłoszeniu do Szpitala. W ocenie biegłych powód przyczynił się co najwyżej w 1/3 do powstania powikłania w postaci zakażenia.

Przez krzywdę należy rozumieć cierpienia fizyczne w postaci bólu i innych dolegliwości oraz cierpienia psychiczne polegające na ujemnych doznaniach przeżywanych w związku z cierpieniami fizycznymi i następstwami, zwłaszcza trwałymi lub nieodwracalnymi, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Przy czym w pojęciu krzywdy mieszczą się nie tylko cierpienia fizyczne i psychiczne już doznane, ale również te, które mogą powstać w przyszłości. W orzecznictwie powszechnie przyjmuje się, że ocena rozmiarów krzywdy wymaga uwzględnienia nasilenia cierpienia, długotrwałości choroby, rozmiaru kalectwa, trwałości następstw zdarzenia oraz konsekwencji uszczerbku na zdrowiu w dziedzinie życia osobistego i społecznego (patrz, np. wyrok SN z dnia 10 czerwca 1999 r., II UKN 681/98, opubl. OSNAP 16/00, poz. 626). Zadośćuczynienie ma przede wszystkim charakter kompensacyjny wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty sumy symbolicznej, lecz musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość.

Proces leczenia zakażenia gronkowcem był długotrwały, wiązał się z trzema zabiegami operacyjnymi, częstymi wizytami lekarskimi, wielomiesięcznym przyjmowaniem antybiotyków i środków przeciwbólowych. Powód miał ograniczoną możliwość poruszania się, przy codziennych czynnościach musiał korzystać z pomocy osób trzecich. R. K. przez bardzo długi okres odczuwał silne dolegliwości bólowe, nie mógł spać. W chwili zdarzenia był osobą stosunkowo młodą – 37 lat. W skutek zakażenia musiał zrezygnować z prowadzenia działalności gospodarczej, dorywczej pracy, uprawiania sportów i podejmowania innych aktywności. Zakażenie miało wpływ nie tylko na zdrowie fizyczne powoda, ale powodowało również ogromne cierpienia psychiczne. W świetle powyższego nie ulega wątpliwości, że krzywda powoda jest znaczna i trwała. W konsekwencji, Sąd Okręgowy uznał, iż kwota 95.000 zł (przy uwzględnieniu przyczynienia się poszkodowanego do szkody w 20%) jest adekwatna do krzywdy jakiej doznał.

Odnosząc się do naruszenia praw pacjenta opartego na art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2020.849 t.j. z dnia 2020.05.13) w zw. z art. 448 k.c. to roszczenie zasługiwało na uwzględnienie. Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2017.1318 t.j. z dnia 2017.07.04) w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c.. Przepis ten przewiduje autonomiczne roszczenie o zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta polegające m.in. na prawie do informacji o proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 9 cyt ustawy). Zgodnie z prezentowanym stanowiskiem doktryny celem regulacji art. 4 ust. 1 u.p.p. nie jest osłabienie ochrony pacjenta poprzez wskazanie tych naruszeń dóbr, w przypadku których uzasadnione jest roszczenie o zadośćuczynienie. Z tego względu należy opowiedzieć się za istnieniem zbiegu roszczeń z art. 448 k.c. i art. 4 ust. 1 u.p.p. Znaczenie art. 4 ust. 1 u.p.p. polega na tym, że wskazuje on *expressis verbis* te naruszenia praw pacjenta, które przesądzają o naruszeniu dobra osobistego. W związku z tym pokrzywdzony nie musi udowadniać, że doszło do naruszenia prawnie chronionego dobra osobistego – wystarczy wskazać konkretne naruszenie praw pacjenta. Do przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta nie jest konieczne spełnienie przesłanki szkody na osobie, może być ono przyznane za sam fakt naruszenia i nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia takiej szkody (tak w wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 15 kwietnia 2015 r., I ACa 816/14). Strona pozwana

świadcząc usługi medyczne na rzecz powoda nie zapewniła świadczeń, które odpowiadają wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Jak wynika z opinii biegłych, prawidłowo przeprowadzone czynności polegające na zespoleniu złamania przy pomocy gwoźdźcia śródszpikowego w takim przypadku jak u powoda nie powinny prowadzić do złamania gwoźdźcia skutkującego wyłamaniem kości piszczelowej. Zakażenie jakie rozwinęło się u powoda jest zakażeniem miejsca operowanego (będącego formą zakażenia szpitalnego) i w świetle ustaleń biegłych należy uznać je za ściśle związane z przeprowadzoną w dniu 22 lutego 2012 r. operacją. Stwierdzone nieprawidłowości stanowiły bowiem czynniki ryzyka, które istotnie przyczyniły się do rozwoju u powoda zakażenia bakteryjnego, co wskazuje zatem na niedochowanie przez personel szpitala aktów należytej staranności skutkujące naruszeniem praw pacjenta.

O odsetkach od zasądzonego zadośćuczynienia sąd orzekł na podstawie art. 455 k.c. i art. 481 §1 i 2 k.c. Powód w piśmie z dnia 22 marca 2013 r. wystosował wezwania do Szpitala (...) w M. z żądaniem zapłaty kwoty 100.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Spełnienie świadczenia winno mieć miejsce w przeciągu 30 dni od daty otrzymania wezwania tj. do dnia 21 kwietnia 2013 r. – co uzasadnia żądanie odsetek od dnia następnego tj. 22 kwietnia 2013 r. Natomiast w przypadku żądania skierowanego do strony pozwanej (...) S.A. – ponieważ powód przed doręczeniem pozwu nie wzywał do zapłaty, przyjęć należy iż świadczenie winno być spełnione w przeciągu 30 dni od dnia doręczenia odpisu pozwu – co uzasadnia żądanie odsetek ustawowych od dnia 1 lipca 2015 r.

Wobec cofnięcia powództwa przez powoda w części, Sąd Okręgowy umorzył postępowanie w zakresie żądania zapłaty kwoty 30.530,55 zł.

Żądanie powoda dotyczące skapitalizowanej renty za okres od lipca 2012 r. do stycznia 2015 r. z tytułu utraconych dochodów i zwiększonych potrzeb, Sąd Okręgowy uznał za usprawiedliwione. Na kwotę żadaną złożyła się kwota 3.649,94 zł obejmująca koszt dojazdów do Szpitala (...) w K. w okresie od lipca 2012 r. do listopada 2014 r. oraz kwota 20.820,59 zł tytułem utraconego zarobku za okres od sierpnia 2012 r. do stycznia 2015 r.

Sąd Okręgowy ustalił, że pozwani będą odpowiadać za szkody jakie mogą powstać u powoda w przyszłości na skutek zakażenia go gronkowcem złocistym. W przeszłości roszczenie o ustalenie odpowiedzialności za szkody mogące powstać w przyszłości uzasadniane było w orzecznictwie i doktrynie koniecznością zabezpieczenia interesu prawnego poszkodowanego, opierającego się na obowiązujących pierwotnie niekorzystnych regulacjach dotyczących biegu przedawnienia roszczenia odszkodowawczego zawartych w ówczesnym art. 442 k.c. oraz na złagodzeniu trudności dowodowych powodowanych upływem czasu pomiędzy wystąpieniem zdarzenia wywołującego szkodę, a dochodzeniem jej naprawienia (uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 1970 r., sygn. akt III CZP 34/69, OSNC 1970/12/217). Wprowadzenie art. 442<sup>1</sup> k.c. co prawda wyeliminowało wspomniane wyżej niebezpieczeństwo upływu terminu przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody na osobie wcześniej niż szkoda ta się ujawniła, gdyż § 3 tego przepisu przewiduje obecnie, iż w razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem trzech lat od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie obowiązanej do jej naprawienia, to jednak drugi ze wspomnianych wyżej argumentów pozostaje wciąż aktualny, a nawet można stwierdzić, że uległ on wzmocnieniu. Jak bowiem podkreślono, wprowadzenie art. 442<sup>1</sup> k.c. oznacza, że nie został w żaden sposób ograniczony czas, w jakim może ujawnić się szkoda na osobie, prowadząc do powstania odpowiedzialności pozwanego za skutki danego zdarzenia. W rezultacie, drugi lub kolejny proces odszkodowawczy może toczyć się nawet po dziesiątkach lat od wystąpienia zdarzenia wyrządzającego szkodę z czym nadal wiążą się trudności dowodowe, które z biegiem czasu nawet narastają. Z tych powodów przesądzenie w sentencji wyroku zasądzającego świadczenie odszkodowawcze o odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości zwalnia poszkodowanego z obowiązku udowodnienia istnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności podmiotu, na którym taka odpowiedzialność już ciąży (uchwała Sądu Najwyższego z dnia 24 lutego 2009 r., sygn. akt III CZP 2/09, OSNC 2009/12/168; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 2010 r., sygn. akt IV CSK 410/09, LEX nr 678021). Należy ponadto mieć na uwadze, że ocena interesu prawnego strony musi być zawsze dokonywana na tle skonkretyzowanych okoliczności, które pozwalają ocenić rzeczywistą potrzebę ochrony jej sfery prawnej (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 lutego 1999 r., sygn. akt II CKN 182/98, niepublikowany). Wobec tego Sąd Okręgowy uznał za zasadne roszczenie powoda o ustalenie na przyszłość odpowiedzialności pozwanych za szkody mogące powstać u

niego wskutek zakażenia gronkowcem złocistym, co zostało wskazane w opinii biegłych. Istotna w tym przypadku jest specyfika zakażenia, którego negatywne skutki mogą w przyszłości wystąpić ponownie. Uzasadnia to ustalenie odpowiedzialności pozwanych na przyszłość.

Sąd Okręgowy ograniczył odpowiedzialność strony pozwanej (...) S.A. w W. do wysokości sumy za jedno zdarzenie tj. 46.500 euro, do wyczerpania sumy gwarancyjnej w kwocie 275.000 euro.

O kosztach procesu orzeczono na zasadzie art. 100 k.p.c. i art. 108 k.p.c.

Apelacje od tego wyroku wniosły wszystkie strony zaskarżając go w różnych częściach.

Strona pozwana Szpital (...) w M. zaskarżyła wyrok w zakresie punktów II, III, IV, VII i zarzuciła:

1. naruszenie art. 430 k.c., art. 415 k.c., art. 445 § 1 k.c. przez ich nieprawidłową wykładnię polegającą na przyjęciu, że zachodzi odpowiedzialność pozwanego Szpitala w zakresie objętym żądaniem pozwu, a w szczególności poprzez przyjęcie, iż istnieje przesłanka do powstania odpowiedzialności wynikającej z przywołanych przepisów w postaci adekwatnego związku przyczynowo skutkowego pomiędzy aktualnym stanem zdrowia powoda a przebiegiem udzielania świadczeń zdrowotnych przez pozwany Szpital (...) w M.;

2. obrazę art. 445 § 1 k.c. poprzez jego błędna wykładnię i przyznanie powodowi rażąco wygórowanego zadośćuczynienia;

3. naruszenie art. 430 k.c., art. 415 k.c., art. 441 § 1 i 2 k.c. poprzez błędna wykładnię, skutkującą przyjęciem, że zachodzą ustawowo określone przesłanki do przyznania powodowi zadośćuczynienia i ustalenia, że pozwany ponosi odpowiedzialność na przyszłość za dalsze szkody i krzywdy powoda będące następstwem leczenia, jakie mogą pojawić się w przyszłości;

4. naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. które miało istotny wpływ na wynik sprawy, poprzez dowolną i wybiórczą analizę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego poprzez:

- pominięcie, że samo leczenie w szpitalu nie było konsekwencją kwalifikacji i przygotowania do planowego zabiegu na niezmienionych tkankach lecz koniecznością podjęcia pilnego choć opóźnionego z winy pacjenta leczenia po urazie z wielomiejscowym złamaniem, obrzękiem i stłuczeniem tkanek;

- błędne przyjęcie, że w trakcie leczenia powoda doszło do nieprawidłowości w terapii antybiotykowej powoda;

- błędne i sprzeczne z zebrany materiał dowodowy przyjęcie, że stan zdrowia powoda, w tym w szczególności zakażenie nie jest skutkiem samych okoliczności w jakich doszło do urazu, a także zwłoki powoda w leczeniu;

5. naruszenie art. 361 § 1 k.c. poprzez błędną wykładnię, że istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, pomiędzy aktualnym zdrowiem powoda a udzielonymi mu świadczeniami zdrowotnymi z pominięciem, że czynnikiem istotnie zwiększającym ryzyko zakażenia była ze strony powoda zwłoka w zastosowaniu uruchomienia i elewacji bezpośrednio po złamaniu.

Wskazując na powyższe zarzuty apelujący wniósł o zmianę wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów postępowania za obie instancje; ewentualnie o jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji.

Strona pozwana (...) S.A. w W. zaskarżyła wyrok w części to jest: w punkcie II co do łącznej kwoty 28 333,33 zł (w tym 13 333,33 tytułem zadośćuczynienia z art. 445 k.c. oraz 15 000 zł tytułem zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta) wraz z odsetkami w wysokości ustawowej za opóźnienie liczonymi od dnia 1 lipca 2015 r. do dnia zapłaty); w zakresie punktu III co do kwoty 11 023,64 zł wraz z odsetkami w wysokości ustawowej za opóźnienie liczonymi od dnia 1 lipca 2015 r. do dnia zapłaty tytułem skapitalizowanej renty; w zakresie rozstrzygnięcia o kosztach procesu.

Strona pozwana zarzuciła:

1. naruszenie prawa procesowego, które miało wpływ na wynik postępowania, a to:

a) art. 233 § 1 k.p.c. w związku z art. 278 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny dowodu z opinii uzupełniających sędowo – lekarskich z dnia 28 sierpnia 2019 r. oraz 13 marca 2020 r.;

b) art. 321 k.p.c. poprzez wyrokowanie co do przedmiotu nieobjętego żądaniem pozwu i zasądzenie ponad żądanie, przejawiające się w zasądzeniu na rzecz powoda kwoty 24 470,53 zł wraz z odsetkami tytułem skapitalizowanej renty, podczas gdy powód pismem z dnia 18 lutego 2021 r. ograniczył powództwo m.in. w tym zakresie do kwoty 20 170,34 zł wraz z odsetkami w wysokości ustawowej za opóźnienie liczonymi od dnia doręczenia odpisu pozwu do dnia zapłaty;

c) art. 327<sup>1</sup> § 1 k.p.c. poprzez nieprawidłowe sporządzenie uzasadnienia wyroku;

2. naruszenie prawa materialnego a to:

a) art. 362 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i zasądzenie na rzecz powoda kwoty 80 000 zł wraz z odsetkami w wysokości ustawowej za opóźnienie, podczas gdy Sąd I instancji ustalił, że powód przyczynił się „co najmniej” w 1/3 do szkody;

b) art. 442<sup>1</sup> §1 k.c. w związku z art. 117 § 2 k.c. poprzez ich niezastosowanie i zasądzenie na rzecz powoda 15 000 zł tytułem zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta podczas gdy pozew złożony 19 lutego 2015 r. nie obejmował w.w. roszczenia, a leczenie powoda zostało zakończone w 2012 r., zatem nie ulega wątpliwości, że w chwili składania pisma z dnia 18 lutego 2021 r. roszczenie o zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta było przedawnione;

Wskazując na powyższe zarzuty strona pozwana wniosła o zmianę wyroku poprzez oddalenie powództwa w zaskarżonej części i zasądzenie od powoda na jej rzecz kosztów procesu za obie instancje; ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji.

Powód R. K. zaskarżył wyrok w części to jest w zakresie ujętym w punkcie V co do kwoty 5 000 zł tytułem zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 lipca 2015 r. do dnia zapłaty oraz w zakresie ujętym w punkcie VII.

Apelujący zarzucił:

1. naruszenie przepisów prawa materialnego, a to art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z art. 448 k.c. przez ich niewłaściwe zastosowanie polegające na zasądzeniu zadośćuczynienia bez uwzględnienia prawa powoda jako pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia co skutkowało błędnym przyjęciem, że zasądzona na rzecz powoda tytułem zadośćuczynienia kwota 15 000 zł jest odpowiednia do stwierdzonych naruszeń;

2. naruszenie przepisów postępowania , a to:

- art. 100 k.p.c. przez jego niewłaściwe zastosowanie;

- art. 113 ust. 4 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych poprzez jego niezastosowanie.

Wskazując na powyższe zarzuty powód wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie dodatkowo kwoty 5 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 lipca 2015 r. oraz w punkcie VII poprzez orzeczenie o nałożeniu na pozwanych obowiązku zwrotu wszystkich kosztów procesu oraz orzeczenie o odstąpieniu od obciążenia powoda należnymi Skarbowi Państwa kosztami sądowymi. Powód wniósł także o zasądzenie na jego rzecz od pozwanych kosztów postępowania apelacyjnego.

Strony wniosły wzajemnie o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Tylko apelacja strony pozwanej (...) S.A. zasługiwała na częściowe uwzględnienie choć nie wszystkie podniesione w niej zarzuty okazały się uzasadnione. Natomiast apelacje powoda R. K. (poza zarzutem odnoszącym się do orzeczenia o kosztach postępowania) i strony pozwanej (...) Szpitala (...) w M. nie zasługiwały na uwzględnienie.

Z uwagi na charakter zarzutów podniesionych w apelacjach, jak również potrzebę wskazania podstawy rozstrzygnięcia (art. 382 k.p.c.), stwierdzić należy, że ustalony przez Sąd Okręgowy stan faktyczny Sąd Apelacyjny przyjął za własny bowiem wyprowadzony on został z dowodów, których ocena odpowiada wszelkim wskazaniom z art. 233 § 1 k.p.c.

Dodać też należy, że zgodnie z art. 387 § 2<sup>1</sup> pkt 1 k.p.c. wskazanie podstawy rozstrzygnięcia może ograniczyć się do stwierdzenia, że sąd drugiej instancji przyjął za własne ustalenia sądu pierwszej instancji.

Ponieważ w apelacjach pozwanych podniesiono zarzuty dotyczące naruszenia prawa procesowego jak i prawa materialnego w pierwszej kolejności odnieść się należy do tych pierwszych bowiem tylko prawidłowo ustalony stan faktyczny daje możliwość oceny poprawności zastosowania prawa materialnego.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 233 k.p.c. wyraźnie podkreślić należy, że ocena wiarygodności mocy dowodów przeprowadzonych w danej sprawie wyraża istotę sądenia w części obejmującej ustalenie faktów, ponieważ obejmuje rozstrzygnięcie o przeciwstawnych twierdzeniach stron na podstawie własnego przekonania sędziego powziętego w wyniku bezpośredniego zetknięcia się ze świadkami, dokumentami i innymi środkami dowodowymi. Powinna odpowiadać regułom logicznego rozumowania wyrażającym formalne schematy powiązań pomiędzy podstawami wnioskowania i wnioskami oraz uwzględniać zasady doświadczenia życiowego wyznaczające granice dopuszczalnych wniosków i stopień prawdopodobieństwa ich występowania w danej sytuacji. Jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo – skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (por. np. orzeczenia Sądu Najwyższego: z dnia 5 sierpnia 1999 r., II UKN 76/99, publ. OSNAPiUS 2000, Nr 19, poz. 732; z dnia 10 kwietnia 2000 r., V CKN 17/2000, publ. OSNC 2000, Nr 10, poz. 189; z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 572/99, publ. Lex nr 53136; z dnia 27 września 2002 r., II CKN 817/00, Lex nr 56906; z dnia 6 lipca 2005 r., III CK 3/05, Lex nr 180925).

Natomiast zgodnie z orzeczeniem Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r. I CKN 1170/98 (OSNC 2001, nr 4, poz. 64) opinia biegłego podlega ocenie – zgodnie z art. 233 § 1 k.p.c. – na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków.

Kierując się tymi poglądami orzecznictwa stwierdzić należy, że zarzuty pozwanych podniesione w apelacji dotyczące naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. są nieskuteczne.

Strona pozwana (...) S.A w W. zarzucając naruszenie tego przepisu wskazała na fragment opinii z dnia 28 lutego 2019 r., iż „szacunkowo powód przyczynił się co najmniej w 1/3 do powstania powikłania w postaci zakażenia”, zapominając o tym, że Sąd Okręgowy w całości przyjął za podstawę dla poczynienia ustaleń faktycznych dowód z opinii głównej i uzupełniających, przeprowadzone w sprawie. Podnosząc zarzut naruszenia prawa procesowego – art. 233 § 1 k.p.c. pozwany ten w zasadzie zakwestionował przyjęty przez Sąd Okręgowy procentowy udział powoda jako przyczynienie się do powstania szkody. Tak więc zarzut ten sprowadza się do zakwestionowania poprawności zastosowania prawa materialnego to jest art. 362 k.c.. Takie uzasadnienie zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. bez wskazania konkretnych uchybień Sądu I instancji przy ocenie wskazanego dowodu, jak już powiedziano prowadzi do nieskuteczności tego zarzutu.

Jeśli chodzi o zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. podniesiony przez stronę pozwaną (...) Szpital(...) w M. to sprowadza się on do zakwestionowania ustaleń wynikających z opinii przeprowadzonych w sprawie, bez wykazania przekroczenia granic swobodnej oceny dowodów.

Za Sądem Okręgowym, przyjęć należy, że opinia główna i uzupełniająca zespołu biegłych (...) w O. z uwagi na poziom wiedzy jej autorów, doświadczenie zawodowe, stanowczość wniosków oraz ich umotywowanie zasługuje na pozytywne uznanie wartości rozumowania zawartego w opiniach. Dlatego też poglądy zaprezentowane w opiniach i wnioski trafiają także do przekonania Sadu Apelacyjnego.

Prowadzi to do wniosku, że ocena przedmiotowych opinii dokonana przez Sąd Okręgowy mieści się w granicach swobodnej oceny dowodów z art. 233 § 1 k.p.c.

Prawidłowo ustalony stan faktyczny daje podstawę do stwierdzenia, że w sprawie nie doszło do naruszenia prawa materialnego a to art. 430 k.c., art. 415 k.c., art. 441 § 1 i 2 k.c.

Nie budzi wątpliwości w judykaturze i doktrynie, że na podmiocie leczniczym, w szczególności szpitalu, spoczywa obowiązek zapewnienia pacjentowi bezpiecznych warunków przebywania w szpitalu i opieki, zaś zaniechania w tym zakresie należy ocenić jako niedopełnienie przez osoby zarządzające szpitalem i jego personel obowiązków zachowania należytej staranności przy wykonywaniu swoich funkcji, które to zaniechania uzasadniają z jednej strony odpowiedzialność szpitala na podstawie art. 416 k.c., a ze względu na relację zwierzchnictwa i podporządkowania – na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. W celu ustalenia, czy w konkretnym przypadku doszło do takiego zaniechania, które może być uznane za niedopełnienie obowiązku zachowania należytej staranności, należy określić, przyjęcie jakiego obiektywnego wzorca takiego postępowania byłoby uzasadnione w tym konkretnym przypadku i na czym miałyby polegać odstępstwa od niego w postępowaniu lekarzy i pielęgniarek opiekujących się pacjentami. Przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na podstawie art. 430 k.c. wymaga wykazania, że jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415), przy czym winę powód powinien udowodnić na zasadach ogólnych; wystarczające jest jednak wykazanie najmniejszego stopnia winy (culpa levissima). Nie jest niezbędne także przypisanie winy poszczególnym członkom personelu podmiotu leczniczego (wina anonimowa). Wystarczy wykazanie, choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że podmiot leczniczy ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta (zob. M. Nesterowicz, Prawo medyczne. Komentarz i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014, s. 83; wyrok Sądu Najwyższego z 9 października 2009 r., IV CSK 205/09, LEX nr 852577; uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10, OSNC 2011/10, poz. 116; wyrok Sądu Najwyższego z 30 czerwca 2021 r., II CSKP 95/21, LEX nr 3226422. Nie budzi także wątpliwości, że ustalenie i ocena ewentualnych zaniechań personelu medycznego, winy i związku przyczynowego wymaga z reguły wiadomości specjalnych (wyrok Sądu Najwyższego z 9 października 2009 r., IV CSK 205/09, LEX nr 852577).

W judykaturze za utrwalony należy także uznać pogląd, że w tzw. procesach odszkodowawczych lekarskich nie jest konieczne wykazywanie istnienia związku przyczynowego między działaniem (zaniechaniem) personelu służby zdrowia a szkodą pacjenta w stopniu pewnym i stanowczym. Wystarczy istnienie związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa (zob. wyroki Sądu Najwyższego z: 8 maja 2014 r., V CSK 353/13, LEX nr 1466586; z 26 marca 2015 r., V CSK 357/14, LEX nr 1682219; z 4 listopada 2016 r., I CSK 739/15, OSNC 2018/2, poz. 29). Temu służy konstrukcja dowodu prima facie, czyli sposobu dowodzenia opartego na domniemaniach faktycznych (art. 231 k.p.c.), którego wynikiem jest ustalenie wysokiego prawdopodobieństwa wystąpienia szkody w następstwie określonego zdarzenia sprawczego. Dla zastosowania wnioskowania prima facie konieczne jest wykazanie faktów stanowiących podstawę domniemania faktycznego, które pozwalają na wnioskowanie o prawdopodobieństwie zawinonego działania personelu medycznego szpitala i jego związku przyczynowym ze szkodą i krzywdą po stronie powoda (zob. wyroki Sądu Najwyższego: z 13 czerwca 2000 r., V CKN 34/00, LEX nr 52689; z 23 marca 2007 r., V

CSK 477/06, LEX nr 470003; uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z 17 listopada 2010 r., I CSK 67/10, LEX nr 688666; wyrok Sądu Najwyższego z 30 kwietnia 2021 r., V CSKP 44/21, LEX nr 3220059).

Powyższe poglądy w stanie faktycznym ustalonym w niniejszej sprawie dają podstawę do stwierdzenia, że nie doszło do naruszenia prawa materialnego zarzucanego przez stronę pozwaną (...) Szpital (...) w M. bowiem pozwany ten nie zdołał skutecznie podważyć wniosków płynących z opinii zespołu biegłych (...) w O..

Przystępując do oceny zarzutu naruszenia art. 445 § 1 k.c., należy przypomnieć, że w myśl tego przepisu w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Ustawodawca wskazał, że suma pieniężna przyznana tytułem zadośćuczynienia ma być odpowiednia, nie sprecyzował jednak zasad ustalania jej wysokości. Nie ulega wątpliwości, że o rozmiarze należnego zadośćuczynienia decyduje rozmiar doznanej krzywdy, zadośćuczynienie ma bowiem na celu naprawienie szkody niemajątkowej, wyrażającej się doznaną krzywdą w postaci cierpień fizycznych i psychicznych. Niedający się ściśle wymierzyć charakter krzywdy sprawia, że ustalenie jej rozmiaru, a tym samym i wysokości zadośćuczynienia, zależy od oceny sądu, która powinna uwzględniać całokształt okoliczności sprawy, nie wyłączając takich czynników, jak np. wiek poszkodowanego oraz postawa sprawcy. Przy ustalaniu rozmiaru cierpień powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny, odniesione jednak do indywidualnych okoliczności danego wypadku. Oceniając rozmiar doznanej krzywdy trzeba zatem wziąć pod rozwagę całokształt okoliczności, w tym rozmiar cierpień fizycznych i psychicznych, ich nasilenie i czas trwania, nieodwracalność następstw wypadku (kalectwo, oszpeccenie), rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiową oraz inne czynniki podobnej natury (zob. uchwała pełnego składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973 r., III CZP 37/73, OSNC 1974, nr 9, poz. 145 oraz orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 1965 r., II PR 280/65, OSNCP 1966, nr 10, poz. 168, z dnia 4 czerwca 1968 r., I PR 175/68, OSNCP 1969, nr 2, poz. 37, z dnia 10 października 1967 r., I CR 224/67, OSNCP 1968, nr 6, poz. 107, z dnia 19 sierpnia 1980 r., IV CR 283/80, OSNCP 1981, nr 5, poz. 81, z dnia 10 grudnia 1997 r., III CKN 219/97, niepubl., z dnia 20 marca 1998 r., II CKN 650/97, niepubl., z dnia 11 lipca 2000 r., II CKN 1119/98, niepubl., z dnia 12 października 2000 r., IV CKN 128/00, niepubl., z dnia 12 września 2002 r., IV CKN 1266/00, niepubl., z dnia 29 września 2004 r., II CK 531/03, niepubl., z dnia 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03, OSNC 2005, nr 2, poz. 40 oraz z dnia 28 czerwca 2005 r., I CK 7/05, niepubl., z dnia 9 listopada 2007 r., V CSK 245/07, OSNC-ZD 2008, nr D, poz. 95, z dnia 14 lutego 2008 r., II CSK 536/07, OSP 2010, nr 5, poz. 47, z dnia 26 listopada 2009 r., III CSK 62/09, OSNC-ZD 2010, nr C, poz. 80 i z dnia 28 stycznia 2010 r., I CSK 244/09, niepubl.).

Zarówno w orzecznictwie, jak i w nauce prawa przyjmuje się, że zadośćuczynienie pełni funkcję kompensacyjną, przyznana bowiem suma pieniężna ma stanowić przybliżony ekwiwalent poniesionej szkody niemajątkowej. Powinna ona wynagrodzić doznane cierpienia fizyczne i psychiczne, aby w ten sposób przynajmniej częściowo została przywrócona równowaga zachwiana na skutek popełnienia czynu niedozwolonego. Funkcja kompensacyjna powinna mieć istotne znaczenie dla ustalenia wysokości zadośćuczynienia, jednak w latach 60. ubiegłego stulecia w orzecznictwie ukształtował się pogląd, że wysokość zadośćuczynienia powinna być utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (zob. orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 24 czerwca 1965 r., I PR 203/65, OSPiKA 1966, nr 4, poz. 92). Jego konsekwencją – na co wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03 (OSNC 2005, nr 2, poz. 40) – była utrzymująca się tendencja do zasądzania skromnych sum tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Sąd Najwyższy, w dążeniu do przełamania tej tendencji, wielokrotnie podkreślał, że ze względu na kompensacyjny charakter zadośćuczynienia jego wysokość musi przedstawiać odczuwalną wartość ekonomiczną, adekwatną do warunków gospodarki rynkowej. Zwracał uwagę, że nie można akceptować stosowania taryfikatora i ustalania wysokości zadośćuczynienia według procentów trwałego uszczerbku na zdrowiu, że zdrowie ludzkie jest dobrem o szczególnie wysokiej wartości, w związku z czym zadośćuczynienie z tytułu uszczerbku na zdrowiu powinno być odpowiednio duże, oraz że nietrafne jest posługiwanie się przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia jedynie określonymi jednostkami przeliczeniowymi w postaci najniższego lub średniego wynagrodzenia pracowniczego.



Nie można całkowicie abstrahować od tendencji występujących w orzecznictwie w porównywalnych przypadkach, gdyż konfrontacja analizowanego przypadku z innymi pozwala uniknąć rażącej dysproporcji kwot zasądzanych z tytułu zadośćuczynienia, które mogłyby godzić w poczucie sprawiedliwości. Porównanie takie jednak może stanowić tylko orientacyjną wskazówkę, nie może bowiem naruszać zasady indywidualizacji okoliczności wyznaczających rozmiar krzywdy doznanej przez konkretnego poszkodowanego (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03, z dnia 26 listopada 2009 r., III CSK 62/09 i z dnia 28 stycznia 2010 r., I CSK 244/09).

Ocenny charakter kryteriów wyznaczających wysokość odpowiedniej sumy, o której mowa w art. 445 § 1 k.c., sprawia, że podniesiony zarzut naruszenia tego przepisu przez zawyżenie lub zaniżenie wysokości przyznanego zadośćuczynienia może być skuteczny tylko w razie oczywistego naruszenia tych kryteriów przez sąd drugiej instancji (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 15 września 1999 r., III CKN 339/98, OSNC 2000, nr 3, poz. 58, z dnia 29 października 1999 r., I CKN 173/98, niepubl., z dnia 12 października 2000 r., IV CKN 128/00, niepubl., z dnia 4 lipca 2002 r., I CKN 837/00, niepubl. i z dnia 27 lutego 2004 r., V CK 282/03, niepubl. i z dnia 15 lutego 2006 r., IV CK 384/05, niepubl.).

W orzecznictwie oraz w nauce prawa zgodnie przyjmuje się, że suma pieniężna przyznana tytułem zadośćuczynienia ma stanowić przybliżony ekwiwalent poniesionej szkody niemajątkowej, powinna zatem wynagrodzić poszkodowanemu doznane przez niego cierpienia fizyczne i psychiczne i ułatwić przezwyciężanie ujemnych przeżyć. Nie oznacza to jednak, że formą złagodzenia doznanej krzywdy musi być nabywanie dóbr konsumpcyjnych o wartości odpowiadającej poziomowi życia poszkodowanego. Trzeba zauważyć, że takie pojmowanie funkcji kompensacyjnej prowadziłoby do różnicowania krzywdy, a tym samym wysokości zadośćuczynienia zależnie od stopy życiowej poszkodowanego. Godziłoby to w zagwarantowaną w art. 32 Konstytucji zasadę równości wobec prawa, a także w powszechne poczucie sprawiedliwości. Poziom życia poszkodowanego nie może być zatem zaliczany do czynników, które wyznaczają rozmiar doznanej krzywdy i wpływają na wysokość zadośćuczynienia.

Kierując się tymi wskazaniem za odpowiednią uznać należy kwotę 100 000 zł (następnie pomniejszoną o przyczynienie powoda), w rozumieniu art. 445 § 1 k.c. Zadośćuczynienie w takiej wysokości uwzględnia cierpienia doznane przez powoda, długotrwałe ich odczuwanie, wielokrotne hospitalizacje, przedłużający się czas leczenia, konieczność korzystania z pomocy osób bliskich przy wykonywaniu zwykłych czynności życia codziennego oraz skutki doznanego uszkodzenia i stopień uszczerbku na zdrowiu. Biorąc to pod uwagę nie ma podstaw do przyjęcia by zasądzone zadośćuczynienie było zawyżone.

Przy wysokości zasądzanego zadośćuczynienia, Sąd Apelacyjny podzielił także pogląd i uzasadnienie Sądu Okręgowego co do celowości ustalenia odpowiedzialności pozwanych na przyszłość za dalsze szkody i krzywdy powoda będące następstwem leczenia jakie mogą pojawić się w przyszłości. Tu podkreślić należy, że pozwani nie podnieśli w swych apelacjach zarzutu naruszenia art. 189 k.p.c.

Pozostając przy zadośćuczynieniu wskazać należy, że Sąd Apelacyjny nie dopatrywał się naruszenia art. 442<sup>1</sup> § 1 k.c. w związku z art. 117 § 2 k.c. oraz art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z art. 448 k.c..

Żądania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta, wbrew temu co zarzuca strona pozwana (...) S.A. w W., nie uległo przedawnieniu.

Powód w piśmie z dnia 18 lutego 2021 r. (k. 1712 i nast.) ograniczył żądanie pozwu i zmodyfikował zgłoszone w pozwie żądanie zadośćuczynienia w ten sposób, że 100 000 zł dochodził na podstawie art. 445 § 1 k.c. a 40 000 zł na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. (tekst jedn. Dz.U. 2012 r., poz. 159 ze zm.) o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z art. 448 k.c. Taka modyfikacja była dopuszczalna bowiem zgodnie z art. 187 § 1 k.p.c. strona wnosząca pozew nie ma obowiązku podania podstawy prawnej dochodzonego roszczenia a jedynie m.in. wskazanie faktów na których opiera swoje żądanie. Modyfikując żądanie powód oparł się na tej samej podstawie faktycznej co

podana w pozwie co uznać należy za zabieg dopuszczalny nie związany ze zgłoszeniem nowego żądania, a zatem nie może być mowy o przedawnieniu roszczenia.

Także wysokość zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta została w sposób prawidłowy określona przez Sąd Okręgowy bowiem w swych ustaleniach faktycznych podał, że powód nie został należycie powiadomiony o stanie zdrowia (wyniki posiewu), a zatem, zasądzone zadośćuczynienie na tej podstawie obejmuje wszystkie naruszenia praw pacjenta.

Podniesiony przez stronę pozwaną (...) S.A. zarzut naruszenia art. 362 k.c. w kształcie przedstawionym w apelacji nie jest zasadny jednak doprowadził on do częściowej zmiany zaskarżonego wyroku.

Nie ma powodu by omawiać poszczególne koncepcje przyczynienia się poszkodowanego choć w ocenie Sądu Apelacyjnego właściwą jest kausalna koncepcja przyczynienia.

Integralnym elementem tej konstrukcji jest zarówno to, że ustalenie przyczynienia jest warunkiem wstępnym, od którego w ogóle zależy możliwość rozważenia zmniejszenia odszkodowania, jak i to, iż jest to warunek konieczny, lecz niewystarczający, gdyż samo przyczynienie nie przesądza zmniejszenia obowiązku naprawienia szkody, oraz to, że stopień przyczynienia nie jest bezpośrednim wyznacznikiem zakresu tego zmniejszenia. Tak więc wszystkie inne czynniki poza samym normalnym związkiem przyczynowym pomiędzy zachowaniem poszkodowanego, a szkodą mają znaczenie nie na etapie stwierdzenia przyczynienia, ale na etapie oceny pod kątem zbadania potrzeby i skali obniżenia odszkodowania. Na tym etapie dokonywana będzie także ocena, jakie znaczenie należy przypisać podstawie odpowiedzialności sprawcy, a więc czy, odpowiada na zasadzie ryzyka czy winy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 października 2008 r., IV CSK 228/08, Biul. SN 2009, nr 1, s. 12, M. Praw. 2009, nr 19, s. 1060).

Co więcej istnieje różnorodność poglądów co do tego, czy samo ustalenie przyczynienia się poszkodowanego do powstania szkody prowadzi automatycznie do obowiązkowego zmniejszenia odszkodowania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 sierpnia 1998 r., II UKN 174/98, OSNP 1999, nr 16, poz. 524). Innymi słowy, czy ustalenie przyczynienia się poszkodowanego zobowiązuje sąd do stosownego obniżenia odszkodowania, czy też czyni tę operację jedynie możliwą. W tym przedmiocie słuszny jest pogląd, że rozważenie wszystkich okoliczności sprawy jest powinnością sądu, a decyzja o obniżeniu odszkodowania jest jego uprawnieniem.

W sytuacji zaistnienia przyczynienia się poszkodowanego może więc dojść do obniżenia odszkodowania jak i zadośćuczynienia.

Sąd Okręgowy korzystając ze swego uprawnienia w sposób prawidłowy ustalił przyczynienie się powoda do zaistnienia szkody na poziomie 20 %. Taki stopień przyczynienia jest ustalony poprawnie i uwzględnia wszystkie okoliczności sprawy także i to, że na stronie pozwanej (...) Szpitala (...) w M. ciąży szczególny obowiązek zachowania staranności przy wykonywaniu zabiegów medycznych i poprzedzających je procedur natomiast po stronie powoda trudno dopatrywać się pełnej świadomości co do ewentualnego wpływu na proces leczenia opóźnienie się z podjęciem działań by uzyskać pomoc medyczną w związku ze złamaniem nogi. Do tego podkreślić należy, że opinia zespołu biegłych jedynie przesądziła o możliwości przypisania powodowi przyczynienia się do powstania szkody a nie o stopniu tego przyczynienia bo jak wynika z wcześniej powołanych poglądów ustalenie tego stopnia należy do Sądu, który winien uwzględnić okoliczności konkretnej sprawy.

Niemniej jednak przyjęty 20 % stopień przyczynienia powinien być konsekwentnie zastosowany także w odniesieniu do zasądzonej skapitalizowanej renty. Nie było natomiast podstaw do obniżenia zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta bowiem do zaniedbań (...) Szpitala (...) w M. stanowiących podstawę tego żądania powód bez wątplenia się nie przyczynił.

Zasądzoną w punkcie III zaskarżonego wyroku kwotę stanowiącą skapitalizowaną rentę dodatkowo należało pomniejszyć do kwoty wynikającej z ograniczenia żądania pozwu w tym zakresie czego jednak omyłkowo nie uczyniono i pomniejszenie o stopień przyczynienia obliczone zostało od zasądzonej kwoty w zaskarżonym wyroku.

Za częściowo uzasadniony uznać należy zarzut powoda dotyczący naruszenia 100 k.p.c.

Zgodnie z art. 98 § 1 i 3 k.p.c. strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony, w tym koszty zastępstwa procesowego. Odstępstwem od wskazanej zasady jest art. 102 k.p.c., stanowiący, że w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami.

Hipoteza przepisu art. 102 k.p.c., odwołująca się do występowania "wypadków szczególnie uzasadnionych", pozostawia sądowi orzekającemu swobodę oceny, czy fakty związane z przebiegiem procesu, jak i dotyczące sytuacji majątkowej strony, stanowią podstawę do nieobciążania jej kosztami procesu (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 roku, sygn. akt: I CZ 110/07, niepubl.). Do kręgu "wypadków szczególnie uzasadnionych" należą zarówno okoliczności związane z samym przebiegiem procesu, jak i leżące na zewnątrz. Do pierwszych zaliczane są sytuacje wynikające z charakteru żądania poddanego rozstrzygnięciu, jego znaczenia dla strony, subiektywne przekonanie strony o zasadności roszczeń, przedawnienie, prekluzja. Drugie natomiast wyznacza sytuacja majątkowa strony, z tym zastrzeżeniem, że niewystarczające jest powoływanie się jedynie na trudną sytuację majątkową, nawet jeśli była podstawą zwolnienia od kosztów sądowych i ustanowienia pełnomocnika z urzędu. Całokształt okoliczności, które mogłyby uzasadniać zastosowanie tego wyjątku, powinien być oceniony z uwzględnieniem zasad współzycia społecznego (por. postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 1 grudnia 2011 r., I CZ 26/11, niepubl. oraz z dnia 25 sierpnia 2011 r., II CZ 51/11, niepubl.).

Kierując się tymi poglądami za zasadne Sąd Apelacyjny uznał by zmienić orzeczenie o kosztach zawarte w zaskarżonym wyroku tak by nie obciążać nimi powoda, który co istotne wygrał co do zasady, a jego subiektywne przekonanie o zasadności żadanego zadośćuczynienia podlegało weryfikacji Sądu.

Mając powyższe na uwadze orzeczono na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. i art. 385 k.p.c. zaś o kosztach postępowania apelacyjnego w oparciu o art. 102 k.p.c. w związku z art. 108 § 2 k.p.c. kierując się wcześniejszymi wskazaniem. Zasądzone na rzecz powoda kwoty tytułem kosztów postępowania apelacyjnego zostały pomniejszone o koszty należne pozwanym w związku z oddaleniem apelacji powoda (koszty zastępstwa procesowego).