

Sygn. akt I ACa 1138/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 lutego 2014r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Krystyna Golinowska (spr.)
Sędziowie:	SSA Anna Beniak SSO del. Barbara Krysztofiak
Protokolant:	st.sekr.sądowy Jacek Raciborski

po rozpoznaniu w dniu 5 lutego 2014r. w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa **J. F. (1)**

przeciwko **Wojewódzkiemu (...) w Ł.**

przy udziale interwenienta ubocznego po stronie pozwanej **(...) Spółki Akcyjnej w W.**

o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 14 czerwca 2013r. sygn. akt I C 845/08

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od Wojewódzkiego (...) w Ł. na rzecz J. F. (1) kwotę 2700 (dwa tysiące siedemset) zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.**

Sygn. akt I ACa 1138/13

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 14 czerwca 2013 r. Sąd Okręgowy w Łodzi:

1. zasądził od Wojewódzkiego (...) w Ł. na rzecz J. F. (1) kwotę 70000 zł z tytułu zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od 21 listopada 2008 r.;

2. zasądził od Wojewódzkiego (...) w Ł. na rzecz J. F. (1) kwotę 4560,30 zł z tytułu skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od 1 lutego 2008 r. do 31 sierpnia 2008 r. wraz z ustawowymi odsetkami od 21 listopada 2008 r.;

1. zasądził od Wojewódzkiego (...) w Ł. na rzecz

J. F. (1) rentę na zwiększone potrzeby w kwocie po:

- 200 zł miesięcznie za okres od 1 września 2008 r. do dnia 31 maja 2013 r.

- 300 zł miesięcznie za okres od 1 czerwca 2013 r. i na przyszłość,

płatną do dnia 10-go każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi w razie uchybienia terminu płatności którejkolwiek z rat poczynając od 21 listopada 2008 r.;

4. umorzył postępowanie co do kwoty 1.500 zł;

5. oddalił powództwo w pozostałym zakresie;

6. zasądził od Wojewódzkiego (...) w Ł. na rzecz J. F. (1) kwotę 3617 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;

7. nie obciążył Wojewódzkiego (...) w Ł. nieuiszczonymi kosztami sądowymi.

Wyrok ten zapadł na podstawie ustaleń faktycznych Sądu Okręgowego, których istotne elementy w zakresie objętym apelacją przedstawiają się następująco:

Powód od wielu lat leczy się z powodu miażdżycy tętnic kończyn dolnych oraz cukrzycy. W sierpniu 2007 r. powód doznał skaleczenia prawego palucha w ten sposób, że w podeszwę pantofla wbiła mu się pinezka i przez 2 dni kaleczyła go w palec. Powód początkowo nie czuł tego z uwagi na zaburzenia czucia. Dopiero, kiedy wystąpiła gorączka i ból palca zgłosił się do lekarza i został hospitalizowany w Oddziale (...) (...) pozwanego (...) (...). W pobranym z owrzodzenia wymazie zidentyfikowano

następujące bakterie: E. (...) E. (...) i K.. U powoda rozpoznano miażdżycę zarostową tętnic kończyn dolnych, zwężenie prawej tętnicy biodrowej, niedrożność lewej tętnicy udowej powierzchownej (blok udowy) i niedrożność tętnic prawej nogi oraz krytyczne niedokrwienie prawej kończyny dolnej IV stopnia z martwicą prawego palucha. Ze względu na brak możliwości leczenia odtwórczego zaszła konieczność wykonania amputacji prawego palucha. Rana wygoiła się przez ziarninowanie. W dniu 28 sierpnia 2007 r. powoda wypisano do domu w dobrym stanie ogólnym.

Po opuszczeniu szpitala u powoda nastąpiło wkrótce dalsze nasilenie niedokrwienia prawej kończyny dolnej z martwicą II palca prawej stopy, w związku z czym został ponownie hospitalizowany w pozwanym szpitalu. W dniu 28 września 2007 r. przeprowadzono u niego amputację II palca prawej stopy i częściowo usunięto II kość prawego śródstopia. Pomimo zastosowanego leczenia w przebiegu pooperacyjnym wystąpiło masywne ropienie prawej stopy oraz nasiliły się objawy niedokrwienia stopy pod postacią martwicy kolejnych palców prawej stopy, które po kolei amputowano. Uzyskano w ten sposób oczyszczenie tkanek martwiczych i częściowe wygojenie rany prawej stopy. Po amputacji II palca, pod datą 19 października 2007 r. w dokumentacji medycznej zapisano martwica palca III „bez odczynu zapalnego, na śródstopiu rana oczyszcza się, widoczne pole żywoczerwonej ziarniny”. W badaniach bakteriologicznych wykonanych w dniu 22 października 2007 r. uzyskano P.(...)a, E. (...) i E. (...). W dniu 25 października 2007 r. zapisano „chory zagorączkował do 38, 4 C, widoczny naciek zapalny w okolicy VI palca oraz na boczno - grzbietowej powierzchni stopy”. W dniu 5 listopada 2007 r. wyhodowano natomiast bakterie szczepu P. (...) oraz 2 bakterie określone jako pałeczki Gram ujemne i E. (...). W dniu 27 listopada 2007 r. w wymazie z rany wyhodowano E. (...) (...) (+), M. (...) P. (...) oraz E. (...).

Po wyjściu ze szpitala powód intensywnie leczył się ambulatoryjnie. W trakcie leczenia w Poradni Chirurgicznej pozwanego szpitala, w dniu 31 marca 2008 r. pobrano wymaz z rany, z którego wyhodowano gronkowca złocistego (...).

Na przełomie lipca i sierpnia 2008 r. stan powoda uległ gwałtownemu

pogorszeniu, wystąpiła ropowica prawej stopy oraz wstrząs septyczny. Powód został hospitalizowany w Oddziale (...) (...)SPZOZ w P. w dniach od 1 sierpnia do 8 września 2008 r. W dniu 3 sierpnia 2008 r. nacięto ropowicę.

Z materiału ropowicy wyhodowano dwie bakterie: (...) (...) (+) oraz gronkowiec złocisty (...). Wobec braku poprawy zaszła konieczność wysokiej amputacji prawej kończyny dolnej, w 1/3 uda.

Pierwsza bakteria została wyhodowana po raz pierwszy w wymazie z rany powoda w dniu 27 listopada 2007 r. podczas drugiej hospitalizacji powoda w pozwanym szpitalu, natomiast gronkowiec złocisty został po raz pierwszy wyhodowany w dniu 31 marca 2008 r. w wymazie z rany stopy w warunkach ambulatoryjnych. Nie ma dowodów na zakażenie powoda gronkowcem złocistym (...) w pozwanym szpitalu. Amputacje które były dokonywane u powoda pomiędzy sierpniem a końcem października 2007 r. nie miały związku z zakażeniem tymi bakteriami, które wyhodowano u niego w październiku 2007 r. Miały one związek z podstawową chorobą. W czasie pierwszej hospitalizacji oraz przy rozpoczęciu drugiej, we wrześniu 2007 r. choroba toczyła się bez zakażenia bakteryjnego. Do zakażenia doszło w czasie drugiej hospitalizacji, kiedy w dniach 22 – 25 października 2007 r. bakteriologicznie oraz klinicznie potwierdzone zostało zakażenie bakteriami.

Z punktu widzenia epidemiologicznego nie można stwierdzić, że powód został zakażony bakterią gronkowca złocistego w pozwanym szpitalu. Jednorazowe wyhodowanie gronkowca złocistego (...) w kwietniu 2008 r. nie stanowi dowodu na zakażenie powoda tą bakterią. Wynik taki świadczy o tym, że chorobowo zmienione tkanki łatwo ulegają kolonizacji przez drobnoustroje. W pozwanym szpitalu nie doszło do zaniedbań w prowadzonej antybiotykoterapii.

Na skutek zakażenia w pozwanym szpitalu bakteriami P. (...) i (...) (...) (+) powód poniósł uszczerbek na zdrowiu w wysokości 25%.

Załączona przez pozwanego szpitala dokumentacja związana z wypełnieniem zaleceń ustawy z 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach zawiera szereg braków. Oznacza to, że nie zastosowano w nim systemu zapobiegającego zakażeniom zgodnie z wymogami ustawy.

W związku z niepełnosprawnością narządu ruchu spowodowaną niedowładem

połowicznym lewostronnym, powód od 26 listopada 2004 r. do 1 sierpnia 2007 r. wymagał pomocy osób trzecich w wymiarze około 1 godz. dziennie. Po pierwszych amputacjach w obrębie stopy poruszał się o kulach z odciążaniem operowanej kończyny. Od opuszczenia szpitala w dniu 20 grudnia 2007 r. do sierpnia 2008 r. J. F. wymagał pomocy osób trzecich w wymiarze 1 godziny dziennie w czynnościach higienicznych, ubieraniu się, wykonywaniu opatrunków stopy oraz 3 godziny dziennie we wszystkich czynnościach codziennych w tym dowożeniu do placówek medycznych. Po amputacji kończyny prawej na poziomie uda w sierpniu 2008 r. powód został zaopatrzony w wózek inwalidzki. Mimo zaopatrzenia w protezę, od 2010 r. powód porusza się wyłącznie na wózku inwalidzkim z powodu znacznego osłabienia i chromania przestankowego kończyny dolnej lewej oraz szybkiego męczenia się w przebiegu współistniejących schorzeń somatycznych.

Porusza się sprawnie na wózku inwalidzkim, poza domem korzysta z samochodu oprzyrządowanego na kończyny górne, co powoduje, że zakres koniecznej pomocy utrzymuje się na poziomie 4 godzin dziennie. Wysokość stawki pełnej odpłatności jednej roboczogodziny opiekunki domowej wynosiła w okresie od maja 2007 r. do 31 marca 2008 r. 7, 11 zł za godzinę, w okresie od kwietnia 2008 r. do 31 grudnia 2008 r. 7, 29 zł za godzinę.

W okresie między amputacją w obrębie stopy a amputacją w obrębie uda pomoc była nieco większa niż obecnie, noga ropiała, wymagała częstej zmiany opatrunków, co pociągało za sobą większą ilość prań, prasowań. W tej chwili sprawa jest opanowana i takie czynności odpadają. Bez osoby trzeciej powód nie wydotanie się z 1 piętra na parter a nie ma windy. U powoda będą rozwijać się zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa. Możliwe jest zwolnienie postępu choroby zwyrodnieniowej, pod warunkiem regularnego, dwa razy w roku skierowania powoda na rehabilitację przeprowadzaną ambulatoryjnie, która jest w pełnym zakresie refundowana przez NFZ albo stacjonarnie w sanatoriach, która związana jest z częściową odpłatnością za koszty hotelowo-żywnieniowe. Masaże są wskazane dla powoda nie ze względów leczniczych, ale relaksacyjnych ze względu na siedzący tryb życia. Masaż może być stosowany 2 razy w tygodniu w sposób przewlekły. W takim wymiarze nie są one refundowane. Cena zabiegu masażu kręgosłupa wynosi około 50 zł.

Sąd pierwszej instancji ustalił również, że współistniejące u powoda choroby samoistne pod postacią miażdżycy naczyń i cukrzycy spowodowały, że jego druga lewa kończyna dolna jest również bardzo źle ukrwiona. Z tego względu przeprowadzono rekonstrukcyjny zabieg operacyjny, który przedłużył jej dostateczny stan do chwili obecnej. Dotychczasowa egzystencja powoda wynika z prawidłowego przebiegu, skuteczności zastosowanego leczenia oraz sumiennego przestrzegania przez powoda z najbliższym otoczeniem zaleceń lekarskich.

Poczyniwszy powyższe ustalenia faktyczne Sąd Okręgowy stwierdził, że odpowiedzialność pozwanego za szkodę wyrządzoną wskutek zakażenia powoda bakteriami w czasie hospitalizacji w 2007 r. wynika z treści przepisu art. 430 k.c.

Regulacja zawarta w powołanym przepisie opiera się na konstrukcji odpowiedzialności zwierzchnika za podwładnego, czyli za osobę, która przy wykonywaniu powierzonych

jej czynności podlega kierownictwu i ma obowiązek stosowania się do wskazówek i

wytucznych przełożonego. Lekarz zatrudniony w zakładzie leczniczym nie dokonuje czynności leczniczych we własnym interesie i na własny rachunek, lecz w interesie i na rachunek przełożonego (zakładu leczniczego), z tego też względu, zgodnie z utrwalonym poglądem judykatury i doktryny, mimo znacznej samodzielności i niezależności w dziedzinie diagnozy i terapii, pozostaje podwładnym zakładu leczniczego.

W pierwszej kolejności Sąd Okręgowy wskazał, że nie budzi wątpliwości fakt wyrządzenia powodowi szkody, co wynika ze stwierdzenia u niego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 25 %, wskutek zakażenia w pozwanym szpitalu bakteriami P. (...) i (...) (...) (+), co przyczyniło się także do amputacji przeprowadzonych u powoda po dniu 20 października 2007 r. Z poczynionych w sprawie ustaleń wynika, że do zakażenia powoda wspomnianymi bakteriami doszło podczas zabiegów medycznych wykonywanych w pozwanym szpitalu w 2007 r.

Zgodnie z opinią biegłej do spraw zakaźnych A. M. (1) skoro powód w chwili przyjęcia do szpitala nie miał objawów zakażenia, a po zabiegu w dniu 19 października 2007 r. pojawił się stan zapalny potwierdzony w dniu 22 października 2007 r. to z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością wywołały go dwie bakterie, do zakażenia którymi doszło w pozwanej jednostce - P. (...) (...) (...) (+). Do nadkażenia gronkowcem złocistym doszło w warunkach ambulatoryjnych poza oddziałem pozwanego szpitala między grudniem 2007 r. a lutym 2008 r. Nie można w sposób jednoznaczny wskazać czy do nadkażenia gronkowcem doszło w Poradni Chirurgicznej pozwanego szpitala, czy podczas zmieniania opatrunku w warunkach domowych, jednakże niewątpliwie utrudniło ono leczenie utrzymujących się zmian ropnych, bo doszła kolejna bakteria która wymagała innych antybiotyków niż powód dostawał do tej pory. Było to nadkażenie istniejącego i toczącego się stanu ropnego udowodnionego badaniem bakteriologicznym od 20 października 2007 r. Zakażenia bakteriami P. (...) (...) (...) (+) ma cechy zakażenia zakładowego czyli spełnia definicję zakażenia szpitalnego.

W tych warunkach Sąd pierwszej instancji stwierdził, że powód wykazał spełnienie wszystkich przesłanek niezbędnych do przyjęcia odpowiedzialności strony pozwanej, na podstawie art. 430 k.c.

Zgodnie z treścią art. 444 § 1 i 2 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju

zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty oraz uprawnienie do żądania renty, 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. Z kolei po myśli art. 445 § 1 k.c. w wypadkach przewidzianych w

artykule poprzedzającym sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Zadośćuczynienie stanowi pieniężną formę rekompensaty z tytułu szkody niemajątkowej i obejmuje swym zakresem wszelkie cierpienia fizyczne i psychiczne, jakie były udziałem poszkodowanego.

Określając wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia Sąd Okręgowy wziął pod uwagę, że zakażenie powoda bakteriami spowodowało u niego trwałe uszczerbek na zdrowiu w wysokości 25%. Został on poddany długotrwałemu i uciążliwemu leczeniu, które obejmowało również zabiegi operacyjne w ramach kilkakrotnej hospitalizacji. Zakres jego cierpień fizycznych i psychicznych był zatem znaczny. Powód wymaga też rehabilitacji. Sąd uwzględnił także, iż bezpośrednią przyczyną amputacji prawej kończyny dolnej u powoda była martwica niedokrwienna, powikłana ropowicą prawej stopy i wstrząsem septycznym oraz występującym u niego zespołem stopy cukrzycowej. Ostatecznie Sąd pierwszej instancji uznał, że do amputacji po 25 października 2007 r. przyczyniły się po 1/3 miażdżycza zarostowa z przewlekłym niedokrwieniem kończyny, cukrzyca oraz zakażenie bakteryjne.

Z tych wszystkich względów, Sąd uznał, że żądana przez powoda kwota 70000 zł jest adekwatna do rozmiaru doznanej przez niego krzywdy i uwzględnił powództwo w tym zakresie w całości. Od powyższej należności, na podstawie art. 481 § 1 k.c., zasądzeniu podlegały odsetki ustawowe od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanemu odpisu pozwu.

Odnosząc się do żądania zasądzenia renty z tytułu zwiększonych potrzeb, polegających na konieczności korzystania z opieki osoby trzeciej Sąd Okręgowy wskazał, że nie jest ono uzależnione od wykazania, iż poszkodowany efektywnie wydał odpowiednie koszty z tytułu opieki. Okoliczność, że opiekę tę sprawowali domownicy nie pozbawia poszkodowanego prawa do żądania stosownego odszkodowania za czas tej opieki lub renty uzupełniającej na podstawie art. 444 § 2 k.c. Biorąc pod uwagę ustalony zakres pomocy osób trzecich w wymiarze 3 godzin dziennie oraz wysokość stawki pełnej odpłatności jednej roboczogodziny opieki domowej.

W ocenie biegłego w dziedzinie rehabilitacji medycznej G. B. (1) powód od opuszczenia szpitala w dniu 20 grudnia 2007 roku do sierpnia 2008 roku wymagał pomocy w wymiarze 3 godzin dziennie w zakresie wszystkich czynności codziennych, w tym dowożenie do placówek medycznych Sąd

Okręgowy przyznał powodowi za okres od lutego do marca 2008 r. kwotę 1279,80 zł (3h x 7,11 x 60 dni), zaś za okres od kwietnia do sierpnia 2008 r. Sąd przyznał powodowi kwotę 3280,50 zł (3h x 7,29 x 150 dni). Wobec powyższego Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4560,30 zł tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od 1 lutego do 31 sierpnia 2008 r. Wobec ustalenia, że do amputacji przeprowadzonych przez powoda po 25 października 2007 r. przyczyniły się po 1/3 miażdżycza zarostowa z przewlekłym niedokrwieniem kończyny, cukrzyca oraz zakażenie bakteryjne, po tej dacie Sąd pierwszej instancji uwzględnił konieczność opieki osoby trzeciej w wymiarze 1 godziny dziennie, w związku z czym zasądził tytułem renty za okres od 1 września 2008 r. do 31 maja 2013 r., zgodnie z żądaniem, kwotę 200 zł miesięcznie (1h x 7,29 zł x 30 dni), natomiast za okres od 1 czerwca 2013 r. i na przyszłość kwotę 300 zł miesięcznie (1h x 9,50 zł x 30 dni), płatną z góry do dnia 10. każdego miesiąca, z ustawowymi odsetkami.

Sąd na podstawie art. 355 k.p.c. umorzył postępowanie w zakresie kwoty 1500 zł wobec cofnięcia powództwa w tej części, zaś w pozostałym zakresie powództwo z tytułu renty oraz odszkodowania oddalił jako nieudowodnione.

Apelację od powyższego wyroku wywiodła strona pozwana, wnosząc o jego zmianę i oddalenie powództwa w całości, ewentualnie o jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji oraz o zasądzenie na rzecz powoda kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Skarżący zarzucił zaskarżonemu wyrokowi:

1) naruszenie przepisów postępowania, tj. art. 233 § 1 k.p.c. i art. 328 § 2 k.p.c., które miało wpływ na treść orzeczenia, polegające na błędzie w ustaleniach faktycznych wskutek nierozważenia w sposób obiektywny i wszechstronny materiału dowodowego, a w szczególności opinii wszystkich biegłych, zwłaszcza biegłego z zakresu epidemiologii, z których nie można wyprowadzić wniosku, że do zakażenia u powoda bakteriami (...) (...) i (...) (...) (+) doszło w pozwanym szpitalu, oraz

2) naruszenie prawa materialnego tj. art. 430 k.c. poprzez przyjęcie winy pracowników pozwanego szpitala oraz domniemania istnienia normalnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem personelu a szkodą jaką poniósł powód, w sytuacji gdy pozwany ani jego pracownicy nie naruszyli obowiązku należytej staranności w leczeniu powoda, zaś doznane przez niego cierpienia fizyczne i psychiczne wynikały z przeprowadzonych u niego zabiegów medycznych związanych z samoistnymi ciężkimi chorobami pod postacią miażdżycy zarostowej tętnic kończyn dolnych połączonej z krytycznym niedokrwieniem prawej stopy i cukrzycą oraz ich trudnymi do przewidzenia powikłaniami.

Pozwany wniósł nadto o dopuszczenie dowodu z dokumentu w postaci wyciągu z podręcznika (...) pod red. prof. J. T. i prof. A. C., którego potrzeba powołania pojawiła się po zapoznaniu się z pisemnym uzasadnieniem wyroku Sądu pierwszej instancji, a mającego znaczenie dla właściwej oceny ustaleń i ocen dokonanych przez ten Sąd.

Skarżący podniósł, że Sąd meriti oparł swoje ustalenia i rozważania w głównej mierze na opinii jednego biegłego dr A. M., pominał natomiast opinię biegłego z zakresu epidemiologii dr M. K., której wnioski są krańcowo różne. Wskazują, że nie ma podstaw do stwierdzenia, iż u powoda doszło do zakażenia szpitalnego, ponieważ pałeczki Gram (-) były u niego stwierdzane już przed pierwszą hospitalizacją w pozwanym szpitalu, co oznacza, że proces chorobowy już trwał, a pacjent nie przyszedł bez infekcji. Są to przy tym bakterie, które bytują w każdym środowisku, także pozaszpitalnym. Ponadto biegły nie stwierdził zaniedbań w prowadzonej antybiotykoterapii. W tych warunkach domniemanie, że do zakażenia powoda doszło z winy szpitala było niedopuszczalne. Zarzucił, że biegła A. M. nie uzasadniła stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda określonego na 25 %. W odniesieniu do zasądzonej na rzecz powoda renty skarżący wskazał, że skoro Sąd pierwszej instancji przyjął, iż do amputacji kończyny przyczyniły się po 1/3 wszystkie schorzenia powoda, to niezrozumiałe jest ustalenie wysokości tego świadczenia przy uwzględnieniu rozmiaru pomocy na poziomie 3 godzin dziennie.

Sąd Apelacyjny w Łodzi zważył, co następuje:

Apelacja nie jest zasadna i podlega oddaleniu na mocy art. 385 k.p.c.

W pierwszej kolejności odnieść się należy do zarzutów naruszenia prawa procesowego. W sprawie niesporna pozostaje okoliczność, że powód choruje równolegle na kilka przewlekłych, postępujących i nieuleczalnych chorób samoistnych wywołujących zaburzenia naczyniowe i nerwowe, które z kolei powodują zagrożenie niedokrwieniem kończyn dolnych, z martwicą niedokrwinną włącznie. Nie budzi też wątpliwości okoliczność, że zdiagnozowany u powoda zespół stopy cukrzycowej usposabia do występowania miejscowych zakażeń w obrębie stopy. Wreszcie poza sporem pozostaje okoliczność, że rana stopy, z którą powód przyszedł po raz pierwszy do pozwanego szpitala nie była jałowa.

Wbrew zarzutom skarżącego prawidłowe jest również poczynione przez Sąd Okręgowy ustalenie, że do zakażenia powoda, które co najmniej przyspieszyło

amputację prawej nogi doszło w pozwanym szpitalu. Zasadnie przy tym Sąd pierwszej instancji oparł się w tym zakresie na treści opinii biegłej A. M. (1). We wskazanej opinii biegła przekonująco odniosła się do konieczności odróżnienia

stanu bytowania bakterii na skórze człowieka od stanu zakażenia. O ile bytowanie bakterii na skórze człowieka jest okolicznością powszechnie znaną, gdyż mamy z nimi styczność przez całe życie, o tyle brak jest podstaw do stwierdzenia, jak to uczynił w złożonej opinii biegły M. K., że każda bytująca na człowieku bakteria powoduje infekcję. Takiego wniosku biegły nawet nie próbował uzasadnić. Poprzestał jedynie na stwierdzeniu, że flora bakteryjna stwierdzona u powoda jest typowa dla zakażonych ran i tkanek martwiczych w przebiegu stwierdzonych u niego chorób (opinia pisemna k. 441, ustna k. 486). Twierdzenie to nie było kwestionowane przez biegłą A. M., której opinia stała się podstawą poczynionych przez Sąd Okręgowy ustaleń faktycznych. Biegły M. K. wskazał jednocześnie, że „pacjent nie przyszedł zdrowy do szpitala, ze zdrowymi kończynami, ze zdrową skórą i bez infekcji” oraz utożsamiał istnienie u powoda stanu zapalnego z wyhodowaniem u niego bakterii potwierdzonych wynikiem badania mikrobiologicznego z dnia 17 sierpnia 2007 r. (opinia ustna k. 486). Wynik wspomnianego badania potwierdza jedynie, że rana stopy nie była jałowa, co – jak przekonująco wyjaśniła opinia biegłej A. M. - nie jest tożsame ze stanem zapalnym (opinia ustna k. 529). Przede wszystkim podkreślić należy, że biegły M. K. stwierdzając, że u powoda występowało zakażenie już w chwili rozpoczęcia pierwszego pobytu w (...) (...) nie odniósł się w ogóle do zapisów w dokumentacji lekarskiej pozwanego. Treść powyższej dokumentacji, jak trafnie przyjął Sąd pierwszej instancji, nie daje zaś podstaw do przyjęcia, że flora bakteryjna kolonizująca w tym czasie zmienione chorobowo tkanki prawej stopy powodowała u powoda stan zakażenia. Odmienne stanowisko biegłego epidemiologa pomija całkowicie fakt nieodnotowania objawów klinicznych infekcji w dokumentacji medycznej dotyczącej pierwszego pobytu J. F. w pozwanym szpitalu.

Pierwsza hospitalizacja powoda zakończyła się w dniu 28 sierpnia 2007 r. W całym jej przebiegu lekarze nie odnotowali klinicznych objawów zakażenia. Po zabiegu amputacji prawego palucha wykonanego w dniu 21 sierpnia 2007 r. wyłącznie z powodu krytycznego niedokrwienia pod postacią martwicy palucha odnotowano, że rana goi się przez ziarninowanie, co poprzedzono zapisami „rana czysta” (dokumentacja medyczna k. 33 – 34, k. 256). Również w epikryzie wypisowej leczenia szpitalnego z dnia 28 sierpnia 2007 r. nie wspomniano o stanie zapalnym w przebiegu choroby (karta informacyjna k. 12). Na fakt gojenia się rany po amputacji palucha przez ziarninowanie zwrócił też uwagę biegły chirurg K. L. (opinia uzupełniająca k. 431). W dniu 21 września 2007 r. J. F. (1) po raz

kolejny został przyjęty do pozwanego szpitala z powodu krytycznego niedokrwienia II

palca prawej stopy. W trakcie drugiej hospitalizacji u powoda dokonano amputacji kolejnych palców prawej stopy oraz części kości śródstopia (karta informacyjna k. 13 – 14). Pierwszy zabieg wykonano w dniu 28 września 2007 r., a kolejny 19 października 2007 r. Aż do 25 października 2007 r. w dokumentacji lekarskiej odnotowywano, że rana jest czysta, z prawidłowo zachodzącym procesem ziarninowania. Dopiero w dniu 25 października 2007 r. powód zagorączkował i po raz pierwszy stwierdzono nacieki zapalne w obrębie rany (dokumentacja medyczna k. 257), następnie obserwowano masywne ropienie stopy. Skoro wcześniej, na przestrzeni dwóch miesięcy (21 sierpnia – 22 października) nie obserwowano klinicznych objawów procesu zapalnego za prawidłowy uznać należy zatem wniosek, wsparty konkluzją opinii biegłej A. M., że zakażenie było związane z pobytem w pozwanym szpitalu. Zakażenie znalazło potwierdzenie bakteriologiczne w wymazie pobranym z rany w dniu 22 października 2007 r., z którego wyhodowano między innymi wcześniej niewystępujące u powoda bakterie (...) (...) i (...) W kolejnych badaniach mikrobiologicznych z materiału z dnia 5 i 27 listopada 2007 r. wyhodowano dodatkowo niewystępującą w październiku bakterię (...) (...) (+) (opinia pisemna biegłego M. K. k. 439). Jak wynika z dokumentacji lekarskiej powoda od tej daty proces zapalny toczył się aż do sierpnia 2008 r., kiedy dokonano amputacji uda prawego. Podkreślenia też wymaga, że bakteria (...) (...) (+) występowała we wszystkich kolejnych badaniach mikrobiologicznych wykonywanych u powoda, w tym w materiale pobranym z ropowicy stopy (opinia ustna biegłej A. M. k. 554, dokumentacja lekarska ze szpitala w P. - koperta k. 539).

Z przywołanych względów trafny jest również wniosek Sądu pierwszej

instancji, że okoliczność zwiększonej podatności powoda na zakażenie będącej wynikiem zaburzeń krążenia krwi oraz neuropatią nie zwalnia skarżącego od odpowiedzialności za zakażenie w trakcie hospitalizacji. Sytuacja taka powinna uczulić personel medyczny oraz służby epidemiologiczne pozwanego szpitala. Szczególne obciążenie możliwością zakażenia występujące u powoda nie oznacza bowiem, że szpital zwolniony jest z przestrzegania wysokich standardów,

które powinny wykluczać zakażenie szpitalne u każdego pacjenta, także takiego, u którego występuje zwiększone ryzyko zakażenia.

Z tych wszystkich względów zarzut naruszenia prawa procesowego tj. art. 233 § 1 k.p.c. okazał się bezzasadny, co upoważnia sąd odwoławczy do przyjęcia ustaleń faktycznych dokonanych przez Sąd pierwszej instancji za własne. Podkreślić należy, że naruszenie zasad swobodnej oceny dowodów nie może polegać na przedstawieniu przez stronę alternatywnego stanu faktycznego, a tylko na podważeniu przesłanek tej oceny z

wykazaniem, że jest ona rażąco wadliwa lub oczywiście błędna i że zastosowane przez Sąd kryteria oceny wiarygodności były oczywiście błędne (por. wyrok SN z 12 kwietnia 2001 r., II CKN 588/99, wyrok SN z 16 kwietnia 2002 r., V CKN 1446/00). W ocenie Sądu II instancji nie doszło do uchybienia powyższemu przepisowi. Z przyczyn wyżej wskazanych należy podzielić ocenę Sądu Okręgowego, który dysponując dwiema opiniami biegłych z dziedziny chorób zakaźnych i epidemiologii, przyjął wnioski wypływające z opinii biegłej A. M.. Choć opinia biegłego podlega - jak inne dowody - ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., to szczególne dla tego dowodu kryteria oceny stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (wyrok SN z 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00). W efekcie specyfika oceny dowodu z opinii biegłego wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez Sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. Odwołanie się przez Sąd do tych kryteriów oceny stanowi więc wystarczające i należyte uzasadnienie przyczyn uznania opinii biegłego za przekonującą (por. wyrok SN z 7 kwietnia 2005 r., II CK 572/04).

Niezasadny okazał się zgłoszony przez skarżącego wniosek o przeprowadzenie dowodu z dokumentu w postaci wyciągu z podręcznika (...) pod red. prof. J. T. i prof. A. C.. Przede wszystkim stwierdzić należy, że nie zostały wykazane przesłanki jego zgłoszenia dopiero w postępowaniu apelacyjnym określone w art. 381 k.p.c. Po drugie podatność chorych na cukrzycę na zakażenia stanowi okoliczność ustaloną przez Sąd pierwszej instancji. Po trzecie wreszcie w załączonym do apelacji fragmencie podręcznika autorzy omawiają kwestie zmniejszonej odporności obserwowanej u nieodpowiednio leczonych chorych na cukrzycę. Strona pozwana nie podjęła zaś inicjatywy dowodowej w celu wykazania, że powód był nieodpowiednio leczony w związku z cukrzycą. Nie można zaś nie zauważyć, że w złożonej opinii biegły z dziedziny chirurgii K. L. wskazał, iż dotychczasowa egzystencja powoda wynika między innymi z sumiennego przestrzegania przez niego oraz najbliższe otoczenie zaleceń lekarskich (opinia k. 397).

Nie sposób również zgodzić się z zarzutem skarżącego, że Sąd Okręgowy zastosował domniemanie istnienia normalnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem personelu strony pozwanej a szkodą jaką poniósł powód, w sytuacji gdy pozwany ani jego pracownicy nie naruszyli obowiązku należytej staranności w jego leczeniu. Po pierwsze wskazać należy, że prawidłowo ustalona podstawa faktyczna zaskarżonego wyroku nie obejmuje ustalenia, iż powód był wadliwie leczony po stwierdzeniu infekcji w październiku 2007 r. Przeciwnie Sąd ustalił, że stosowano właściwą antybiotykoterapię, która jednak nie doprowadziła do zahamowania procesu zapalnego, na co mogły mieć wpływ współistniejące schorzenia powoda. Przeprowadzone dowody z opinii wszystkich biegłych potwierdzają, że każda z występujących u powoda chorób - cukrzyca i zarostowe zapalenie tętnic - może doprowadzić do tak daleko zaawansowanych zmian chorobowych, że efektem ich może być amputacja kończyny, także na poziomie uda, mimo braku zakażenia. Jednakże nie sposób nie dostrzec, że J. F. cierpi na zarostowe zapalenie tętnic obu kończyn dolnych. Wkrótce po amputacji prawej nogi u powoda wystąpiło istotne pogorszenie stopnia ukrwienia lewej nogi, w związku z czym w dniu 2 grudnia 2008 r. przeszedł operację rekonstrukcyjną w postaci wykonania pomostu żylnego udowo - udowego lewostronnego. Oznacza to, że mimo współistnienia wspomnianych schorzeń samoistnych także w obrębie lewej kończyny dolnej i mimo pogorszenia stanu jej ukrwienia do chwili obecnej nie doszło do jej amputacji, lecz

wystarczający do zahamowania postępu zmian zarostowych tętnic udowych okazał się operacyjny zabieg rekonstrukcyjny, który z oczywistych względów został wyeliminowany jako sposób leczenia w odniesieniu do prawej kończyny. Po wtóre w sprawie nie zostało podważone ustalenie, że pozwany szpital właściwie stosował procedury zapewniające ochronę przed zakażeniami zakładowymi zgodnie z obowiązującymi standardami w myśl ustawy z dnia

6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. Nr 126, poz. 1384) obowiązującej w dacie hospitalizacji powoda. W tych warunkach wnioski o istnieniu adekwatnego związku przyczynowego między postępowaniem pracowników pozwanego a szkodą powoda uznać należy za trafny. Należy w tym miejscu podnieść, że zgodnie z poglądem wyrażonym w orzecznictwie Sądu Najwyższego dla przyjęcia istnienia związku przyczynowego pomiędzy bezprawnym działaniem funkcjonariusza osoby prawnej a powstałą szkodą wystarcza, że jest on ustalony z "wysoką dozą prawdopodobieństwa". W przypadku szkód wyrządzonych podczas zabiegów lekarskich najczęściej niemożliwe jest bowiem ustalenie związku przyczynowego w sposób pewny, ponieważ w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy też wyłączności przyczyny. Taki wysoki stopień prawdopodobieństwa między działaniem personelu medycznego pozwanego a szkodą został wykazany.

W świetle uzupełniającej opinii biegłego lekarza z zakresu chirurgii naczyniowej M. G. bezpośrednią przyczyną amputacji prawej kończyny dolnej u powoda była martwica niedokrwienna, powikłana ropowicą prawej stopy i wstrząsem septycznym. Te ostatnie czynniki wywołało zakażenie bakteryjne, które wpłynęło istotnie negatywnie na stan jego zdrowia (opinia uzupełniająca k. 536). W tych warunkach należy podzielić poczynione na podstawie opinii biegłej A. M. ustalenie, że trwały uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi 25%. Wskazać należy, że wątpliwości co do podstawy tak określonego uszczerbku wynika jedynie z zapewne omyłkowego zapisu protokołu rozprawy z dnia 24 stycznia 2013 r. (k. 527). Zakres procentowy uszczerbku jest zgodny z treścią załącznika do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (tekst jedn. Dz.U. z 2013 r. poz. 954), w którym pod pozycją 199, nie zaś jak zapisano w protokole pod pozycją 99, wymienione zostały choroby zakaźne są od 0 do 100%. Biorąc pod uwagę współistniejące choroby powoda określenie wysokości uszczerbku na poziomie 25% uwzględnia szczególne okoliczności sprawy.

Mając powyższe na uwadze, w ocenie Sądu Apelacyjnego, nie doszło do naruszenia przepisów prawa materialnego statuującego odpowiedzialność odszkodowawczą pozwanego szpitala - wobec niewykazania przez powoda wszystkich przesłanek tej odpowiedzialności.

Odnosnie do wysokości zasądzonych świadczeń w postaci zadośćuczynienia, renty bieżącej i skapitalizowanej skarżący zakwestionował jedynie tę ostatnią należność ustaloną na kwotę 4560, 30 zł. Renta skapitalizowana obejmuje okres od 1 lutego do 31 sierpnia 2008 r., a więc do chwili tzw. „wysokiej” amputacji prawej nogi. Za ten okres Sąd pierwszej instancji uznał za zasadne przyznanie renty z tytułu zwiększonych potrzeb odpowiadającym kosztom opieki w wymiarze 3 godzin dziennie. Stanowisko takie znajduje wsparcie w niekwestionowanej opinii biegłej z zakresu rehabilitacji medycznej G. B., która wskazała, że w okresie między amputacją w obrębie stopy a amputacją w obrębie uda powód wymagał większej pomocy z uwagi na ropienie stopy (opinia uzupełniająca k. 609 -610).

Z przywołanych względów apelacja podlegała oddaleniu na mocy art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c. Wysokość wynagrodzenia pełnomocnika powoda, Sąd Apelacyjny określił na podstawie § 13 ust. 1 pkt 2 w zw. z § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (t.j. Dz.U. z 2013r., poz. 461).