

Sygn. akt I ACa 567/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 grudnia 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Janusz Leszek Dubij
Sędziowie	:	SA Małgorzata Dołęgowska SA Bogusław Dobrowolski (spr.)
Protokolant	:	Sylwia Radek - Łuksza

po rozpoznaniu w dniu 3 grudnia 2013 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa **S. B.**

przeciwko **Szpitalowi (...) w M. i (...) Przychodni (...) Spółce z o.o. w M.**

o zapłatę, rentę i ustalenie

na skutek apelacji obu stron

od wyroku Sądu Okręgowego w Olsztynie

z dnia 19 marca 2013 r. sygn. akt I C 668/10

- 1) **zmienia zaskarżony wyrok w pkt II o tyle, że wskazaną w nim rentę w kwocie po 250 zł miesięcznie obniża do kwoty po 100 (sto) zł miesięcznie;**
- 2) **oddala apelacje pozwanych w pozostałej części i apelację powoda w całości;**
- 3) **zasądza solidarnie od pozwanych na rzecz powoda kwotę 1.800 zł tytułem zwrotu kosztów procesu w instancji odwoławczej.**

UZASADNIENIE

Powód S. B. wniósł o zasądzenie solidarnie od pozwanych Szpitala (...) w M. i (...) Przychodni (...) Sp. z o.o. z siedzibą w M. kwoty 70.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 28 lutego 2009 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę; kwoty 500 zł tytułem renty, płatnej z góry do 10-ego każdego miesiąca, począwszy od grudnia 2010 r.; ustalenia odpowiedzialności pozwanych za skutki zakażenia powoda gronkowcem, mogące się ujawnić w przyszłości oraz o zasądzenie kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwu powód wyjaśnił, że uległ wypadkowi, w którym doznał wieloodłamowego złamania podudzia lewego. Po doznaniu urazu powód przebywał w pozwanym Szpitalu (...) w M., gdzie był leczony i rehabilitowany. Następnie był także leczony w pozwanym (...) Przychodni (...) Sp. z o.o. z siedzibą w M.. Podczas badania bakteriologicznego wykryto w ranie powoda bakterię gronkowca złocistego i wiąże on zakażenie gronkowcem z pobytem u obu pozwanych w wymienionym wyżej okresie. Wskutek zakażenia gronkowcem powód został rażąco ograniczony w niemalże wszystkich formach aktywności życiowej. Był wielokrotnie hospitalizowany i poddawany zabiegom medycznym, był zmuszony i jest dalej zmuszony korzystać z pomocy osób trzecich przy wykonywaniu wielu czynności dnia codziennego. Długotrwałe leczenie i niepewne rokowania co do przyszłości narażają go na ponoszenie coraz to wyższych kosztów związanych z leczeniem, w tym zakupem różnego rodzaju leków i dojazdem do placówek służby zdrowia. Za podstawę prawną roszczenia powód wskazał art. 19a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, alternatywnie powołał się na kontraktową odpowiedzialność w związku z zawarciem umowy o świadczenie usług medycznych.

Pozwany Szpital (...) w M. wniósł o oddalenie powództwa. Wskazał, że w trakcie pobytu w szpitalu nie stwierdzono wzrostu temperatury ciała ponad normę, cech stanu zapalnego czy zakażenia rany. Wobec powyższego nie zachodziły okoliczności uzasadniające pobranie posiewów z uszkodzonej kończyny. Ponadto pozwany wykonuje rutynowe badania czystościowe - kontrolę bakteriologiczną na poszczególnych oddziałach w różnych okresach. Takie badanie wykonano przed przyjęciem powoda na oddział, a wyniki tych badań wskazują, że nie stwierdzono obecności żadnych bakterii. Obecność gronkowca ujawnia się w okresie od 1 do 3 miesięcy od zakażenia, które przebiega objawowo. W czasie między pobytem w szpitalu, a wykryciem gronkowca powód przebywał co najmniej kilkakrotnie w innych placówkach zdrowia, w szczególności w (...) Sp. z o.o. w M., gdzie korzystał z poradni urazowo-ortopedycznej i dermatologicznej oraz w (...) (...), gdzie przeprowadzono leczenie stomatologiczne i usunięto ząb.

Pozwany (...) Przychodnia (...) Sp. z o.o. z siedzibą w M. także wniósł o oddalenie powództwa. Podał, że z analizy zapisów znajdujących się w dokumentacji medycznej wynika, iż od operacji do czasu ujawnienia się zakażenia minęło 16 miesięcy. Od czasu pierwszej wizyty powoda u pozwanego także minęło 16 miesięcy, a w trakcie leczenia powoda nie dokonywano żadnych zabiegów związanych z ingerencją chirurgiczną i naruszeniem ciągłości skóry i innych tkanek. Ujawnienie się zakażenia u powoda po tak długim, tj. wynoszącym 16 miesięcy od pierwszej wizyty w (...), jak również po 121 dniach między wizytą 15-tą a 16-tą wyklucza zakwalifikowanie tego zakażenia jako zakażenia egzogenego powstałego w (...). Gdyby bowiem zakażenie powstało w wyniku zaniedbań klinicznych, po kilkunastu godzinach powstałby u powoda wyraźny stan zapalny. Charakter krwiopochodnego zakażenia zaś potwierdziły kolejne pobyty powoda w innych placówkach służby zdrowia, kolejne złamania i stwierdzane w badaniach liczne kolonie (...).

Sąd Okręgowy w Olsztynie wyrokiem z dnia 19 marca 2013 r. zasądził od pozwanych solidarnie na rzecz powoda kwotę 60.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 12 stycznia 2011 r. do dnia zapłaty oraz rentę w kwocie 250 zł miesięcznie, płatną z góry do 10-ego każdego miesiąca, począwszy od grudnia 2010 r.; oddalił powództwo w pozostałym zakresie. Ponadto zasądził od pozwanych solidarnie na rzecz powoda kwotę 2.781,74 zł tytułem zwrotu kosztów procesu; nakazał ściągnąć od pozwanych solidarnie na rzecz Skarbu Państwa (Sądu Okręgowego w Olsztynie) kwotę 3.071 zł tytułem opłaty sądowej od pozwu, od której uiszczenia powód był zwolniony, oraz kwotę 1.171,62 zł tytułem nieuiszczonych w sprawie wydatków sądowych i nie obciążył powoda kosztami sądowymi w części, w jakiej oddalono powództwo.

Zgodnie z ustaleniami Sądu Okręgowego w następstwie wypadku komunikacyjnego z dnia 7 września 2005 r. powód doznał wieloodłamowego złamania nasady dalszej lewej kości piszczelowej i kości strzałkowej oraz otarć naskórki lewego podudzia i stłuczenia tkanek miękkich w okolicy złamań. Bezpośrednio po wypadku w okresie od 7 do 22 września 2005 r. powód przebywał w pozwanym Szpitalu (...) w M.. Jego leczeniem zajmował się zatrudniony na podstawie umowy o pracę na pół etatu lekarz T. D.. W początkowej fazie leczenia zastosowano 7 kg wyciąg mocowany do kości piętowej, jednocześnie leczono otarcia naskórki i stłuczenie tkanek miękkich. W dniu 19 września 2005 r. wykonano w znieczuleniu ogólnym repozycję odłamów kostnych, zespalając je drutem K., wprowadzonym przez skórę „na wylot”. Końce drutu wystawały z obu stron kończyny poza powierzchnię skóry. Na tak zespolone odłamy kostne

założono powodowi opatrunek gipsowy, sięgający od stopy do połowy uda. W dniu 20 września 2005 r. wycięto w gipsie okienko. Przed zabiegiem operacyjnym w dniu 14 września 2005 r. stwierdzono występowanie martwicy skóry. Mimo tego nie wykonano operacji wszczepienia drutu K. w osłonie antybiotykowej, aczkolwiek stosowanie ochrony antybiotykowej w takim przypadku jest zasadą.

Po leczeniu szpitalnym powód był leczony w pozwanym (...) Przychodni (...) Sp. z o.o. z siedzibą w M.. Opiekę nad nim sprawował lekarz T. D. wykonujący usługi medyczne na podstawie kontraktu. Pierwsza wizyta powoda w przychodni miała miejsce w dniu 27 bądź 29 września 2005 r., podczas której doktor T. D. stwierdził ognisko martwicy w okolicy stawu skokowego, czyli ognisko zapalne skóry występujące z ubytkiem tkanek. W dniu 4 października 2005 r. oczyszczono ranę z elementów martwicy i założono opatrunek. Na wizytach w dniach 11 i 25 października 2005 r. rana była czysta, a gojenie przebiegało w sposób prawidłowy. W dniach 4 i 23 listopada 2005 r. nie były zmieniane opatrunki ani opatrunek gipsowy. W dniu 8 grudnia 2005 r. po raz pierwszy zmieniono powodowi gips i wykonano kontrolne zdjęcie rtg, które wykazało prawidłowe ustawienie odłamów kostnych oraz zaznaczony zrost. Przez okres kolejnych trzech miesięcy powód nie uczęszczał do poradni chirurgii urazowo - ortopedycznej. W dniach 13 i 16 marca 2006 r., podczas drugiej zmiany opatrunku gipsowego, w zdjęciu rtg podudzia stwierdzono tendencję do stawu rzekomego i zrost klinicznie zaznaczony. Po stwierdzeniu słabego zrostu lekarz prowadzący leczenie powoda T. D. nie powziął podejrzenia zakażenia okolicy złamania kości i nie zastosował kuracji antybiotykowej. Słaby zrost i wytwarzanie się stawu rzekomego są objawami zakażenia i powinny skłonić lekarza T. D. do podawania powodowi jednocześnie dwóch antybiotyków drogą dożylną przez dłuższy kilkutygodniowy okres. W dniu 18 kwietnia 2006 r. skrócono gips do wysokości buta. W dniu 7 czerwca 2006 r. zdjęto powodowi gips i zauważono zmiany skórne. Badanie rtg wykazało słaby zrost kości, a lekarz T. D. zalecił powodowi moczenie.

Po ostatecznym zdjęciu gipsu w czerwcu 2006 r. powód rozpoczął rehabilitację w (...) pozwanego Szpitala (...) w M.. W dniu 7 czerwca 2006 r. lekarz K. O. zauważyła niezagojone ranki ponad obu kostkami i w okolicach ścięgna A., stwierdziła nadto obrzęk i śladowy ruch stawu skokowego. Podczas wizyty w dniu 10 lipca 2006 r. odnotowała ropienie z ran po drucie K. i w związku z tym skierowała powoda do ortopedy. Do obowiązków lekarza rehabilitanta nie należało wykonywanie badania bakteriologicznego wydzieliny z ran. Od 7 czerwca 2006 r. istniało co najmniej poważne podejrzenie zakażenia ran po drucie K..

Podczas wizyty w dniu 11 lipca 2006 r. w (...) Przychodni (...) Sp. z o.o. z siedzibą w M. doktor T. D. zmienił opatrunek i nie stwierdził ropienia z rany w miejscu po wprowadzeniu drutów K.. W dniu 25 października 2006 r. w trakcie wizyty u lekarza rehabilitanta K. O. były widoczne na 1/2 podudzia zmiany troficzne skóry z owrzodzeniem skóry o średnicy 3,5 cm oraz znaczny obrzęk podudzia. W okresie od 3 lipca do 13 grudnia 2006 r. powód trzykrotnie odwiedzał poradnię dermatologiczną (3 lipca, 15 listopada i 13 grudnia), ale zmiany skórne nie cofały się. Podczas wizyty w dniu 13 grudnia 2006 r. stwierdzono brak poprawy i skierowano powoda do poradni chirurgicznej. W dniu 4 stycznia 2007 r. lekarz T. D. stwierdził obecność wycieku ropnego w opilkach kostki bocznej. Tego dnia pobrano treść ropną z przetoki ropnej podudzia do badania bakteriologicznego. Badanie wykazało obecność gronkowca złocistego *S. aureus*, wrażliwego na następujące antybiotyki: amoxicylina + clavulan, ciprofloksacyna, clindamycyna, erytromycyna, gentamycyna, tetracyklina, trimetoprim/sulfa. Gronkowiec był oporny na ampicillinę. Do leczenia włączono antybiotyk ciprofloksacynę, na którą wyhodowany gronkowiec był wrażliwy. Po czterech dniach dołączono do leczenia gentamycynę podawaną domięśniowo. W dniu 29 stycznia 2007 r. stwierdzono wyraźną poprawę.

W okresie od 12 do 21 lutego 2007 r. powód przebywał w Szpitalu (...) w B. z rozpoznaniem stawu rzekomego zakażonego kości podudzia lewego z ubytkiem tkanek. Posiew z materiału pobranego z rany nie wykazał obecności drobnoustroju. W dniu 12 marca 2007 r., po wykonaniu posiewu i stwierdzeniu obecności gronkowca, lekarz T. D. zalecił stosowanie gentamycyny do opatrunków zewnętrznych oraz maść z gentamycyną na ropiejące zmiany. Stosowanie maści z gentamycyną do opatrunków zewnętrznych nie było działaniem racjonalnym. Głęboko leżące ogniska ropne nie były dostępne dla maści, a miejscowe stosowanie antybiotyków wiąże się z indukcją lekooporności gronkowca.

Od 6 do 14 sierpnia 2007 r. oraz od 11 do 15 lutego 2008 r. powód był ponownie hospitalizowany w Szpitalu (...) w B. z rozpoznaniem stawu rzekomego kości podudzia lewego oraz z powodu złamania przezkrętarzowego kości udowej lewej. Badanie bakteriologiczne wymazu z rany w sierpniu 2007 r. wykazało obecność gronkowca złocistego, a w lutym 2008 r. nie stwierdzono wzrostu drobnoustrojów. Posiewy z przetok ropnych podudzia wykonane w dniach 9 marca 2007 r. i 25 sierpnia 2008 r. wykazały obecność gronkowca złocistego o podobnej wrażliwości na antybiotyki, jaką stwierdzono podczas badania w dniu 4 stycznia 2007 r. W okresie od 11 do 14 czerwca 2007 r. powód przebywał w (...) Szpitalu (...) w O. celem wykonania badań angiograficznych kończyny dolnej lewej z rozpoznaniem stawu rzekomego zakażonego 1/3 dalszej podudzia lewego oraz niedokrwienia stopy lewej. Z pobranego materiału z rany wyhodowano gronkowca złocistego wrażliwego na metycilinę. W dniu 1 października 2009 r. pobrano kolejny materiał z przetoki ropnej podudzia lewego i stwierdzono występowanie gronkowca złocistego (...) opornego na wszystkie antybiotyki beta laktamowe. Prawdopodobnie nastąpiła wymiana drobnoustroju - patogenu w obrębie zmian patologicznych lewego podudzia. Po zdjęciu gipsu zalecono powodowi stosowanie zastrzyków przeciwzakrzepowych oraz maści do wykonywania opatrunków. Początkowo zastrzyki wykonywała pielęgniarka środowiskowa, a w późniejszym okresie żona powoda, której pielęgniarka wytłumaczyła i pokazała, jak należy je prawidłowo wykonywać. Zastrzyki były wykonywane przy pomocy strzykawek jednorazowych, a przed wykonaniem zastrzyku żona powoda myła ręce mydłem i zakładała jednorazowe rękawiczki zakupione w aptece, smarowała spiritusem miejsce wykonywania zastrzyku i wbijała go pod skórę.

Od dnia 29 kwietnia 2002 r. powód leczył się w poradni stomatologicznej (...) w M.. W 2002 r. cztery razy powód odwiedzał dentystę. W dniu 8 sierpnia 2006 r. dokonano przeglądu uzębienia i ekstrakcji zęba 1 na dole po lewej stronie, a w dniu 30 lipca 2007 r. wykonano ekstrakcję zęba 4 po lewej stronie.

Przed wypadkiem powód przebywał na rencie chorobowej w związku z problemami z kręgosłupem. Dorywczo pracował, zajmował się uprawą działki, którą wspólnie z żoną dzierżawi za blokiem. Chodził na grzyby, jeździł na motorze i rowerze, pomagał sąsiadom w pracach budowlanych, za co w podobny sposób mu się odwdzięczali. Przez okres trzech lat od daty zdarzenia powód chodził o dwóch kulach i poruszał się tylko po mieszkaniu. Aktualnie jest na emeryturze, której wysokość wynosi około 700 zł. Obecnie powód zmienia opatrunki w warunkach domowych, samodzielnie ćwiczy nogę, korzysta też z kąpieli w korze dębowej. Przyjmuje maści wydawane na receptę przez lekarza rodzinnego. Ostatnio na wizycie u lekarza specjalisty był w 2011 r. i latem 2012 r., a za jedną wizytę zapłacił 100 zł. Kąpiele w korze dębowej są sposobem znanym od bardzo dawna, mają działanie przeciwzapalne i osuszające. Jest to środek niekonwencjonalny, niestosowany w medycynie oficjalnej, jednak stosowanie tych kąpieli nie jest działaniem szkodliwym dla zdrowia. Powód ma problemy z chodzeniem, noga w stopie się nie zgina, porusza się przy pomocy jednej kuli łokciowej, w nocy odczuwa ból i swędzenie. Występują zaniki mięśniowe uda i podudzia lewego, stwierdza się rozległe, obejmujące całe podudzie od stawu skokowego do stawu kolanowego, zmiany troficzne skóry w 1/3 dalszej podudzia lewego i grzbietu stopy lewej, trzy ogniska z wydzielaniem treści surowiczno - ropnej na grzbiecie stopy lewej, po stronie bocznej i przyśrodkowej podudzia na wysokości powyżej kostek oraz brak tętna na stopie lewej. Rozległość zmian troficznych, niedokrwienie kończyny lewej i trwający stan zapalny nie rokuja pomyślnie na przyszłość.

Uszczerbek powstały na zdrowiu powoda wskutek przebytego złamania dalszej nasady kości piszczelowej powikłanego zakażeniem skóry troficznie zmienionej niedokrwieniem i długotrwałym unieruchomieniem w opatunku gipsowym wynosi 25%. Pismem z dnia 28 stycznia 2009 r., nadanym w dniu 30 stycznia 2009 r., powód zwrócił się do Szpitala (...) w M. o przyznanie kwoty 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę i kwoty 800 zł tytułem renty na zwiększone potrzeby, w terminie 30 dni.

Pismem z dnia 30 grudnia 2009 r. powód wystąpił do Sądu Rejonowego w Mrągowie przeciwko obu pozwanym z wnioskiem o zawezwanie do próby ugodowej o zapłatę kwoty 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 800 zł tytułem renty. Do zawarcia ugody jednak nie doszło.

Sąd Okręgowy stwierdził, że powód jest nosicielem gronkowca i do tej pory nie ma w pełni wyleczonej nogi, a zmiany skórne, będące następstwem zarażenia, są poważne i rozległe oraz obejmują całe podudzie od stawu skokowego aż do kolanowego. Istota sporu w niniejszej sprawie sprowadzała się do rozstrzygnięcia kwestii, czy

pozwany można zarzucić błąd w leczeniu powoda. Odpowiedzialność pozwanych placówek medycznych można rozpatrywać na gruncie art. 19a ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 415 kc, w zależności od tego, czy skutek nieprawidłowego leczenia i naruszenia prawa do otrzymania odpowiedniej jakości usługi medycznej doszło do powstania uszczerbku na zdrowiu czy też nie. Ochrona prawna na podstawie art. 19a ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej obejmuje, poza naruszeniem dóbr osobistych objętych powyższym wyliczeniem, także naruszenie prawa do właściwego standardu opieki medycznej mogące wywoływać u pacjenta ujemne doznania psychiczne, dyskomfort, utratę zaufania do leczących, nawet jeśli nie spowodowało szkód medycznych. 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. Jeżeli natomiast w następstwie naruszenia praw pacjenta (np. opóźnienia zabiegu lub badania diagnostycznego) dojdzie do uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia czy tylko pogorszenia stanu jego zdrowia może on wystąpić z roszczeniami o zadośćuczynienie - na podstawie art. 445 kc oraz o odszkodowanie wyrównujące szkodę poniesioną w związku z pokryciem kosztów leczenia oraz innych kosztów i wydatków. Art. 445 § 1 kc rekompensuje skutki uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, natomiast art. 19a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej chroni godność, prywatność i autonomię pacjenta, niezależnie od staranności i skuteczności zabiegu leczniczego. Artykuł 19a służy tylko osobie będącej pacjentem, ale zasięg jego oddziaływania wykracza poza sferę deliktową i mieści się również w sferze kontraktowej. Uznanie niezależności obu roszczeń, określających odpowiedzialność za oddzielne czyny bezprawne, wyklucza ponadto uznanie art. 19a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej za przepis szczególnie wobec regulacji kodeksowych. W przypadku spowodowania uszczerbku na zdrowiu w następstwie niezapewnienia pacjentowi świadczenia zdrowotnego odpowiadającego wymaganiom wiedzy medycznej zachodzi zbieg podstaw odpowiedzialności pozwanego zakładu opieki zdrowotnej wynikającej z art. 415 w zw. z art. 445 § 1 kc oraz art. 19a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w zw. z art. 448 kc i ochrona prawna powinna być udzielona kumulatywnie w oparciu o obie wskazane podstawy. Zarówno w przypadku odpowiedzialności na podstawie art. 19a ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, jak i w przypadku odpowiedzialności deliktowej przewidzianej w art. 415 kc, niezbędne jest wykazanie winy po stronie placówki medycznej - przy odpowiedzialności z art. 19a ust. 1 ustawy wymagane jest zawinione naruszenie praw pacjenta, a w przypadku art. 415 kc przesłanką odpowiedzialności jest wykazanie winy w działaniu bądź zaniechaniu zakładu. Obowiązkiem każdego zakładu opieki zdrowotnej jest zapewnienie odpowiedniego standardu świadczonych usług medycznych. Wina może polegać na zaniedbaniach w zakresie bezpieczeństwa pobytu, organizacji i higieny oraz sprawowania należytej opieki nad pacjentem. Taka wina musi być na zasadach ogólnych udowodniona przez powoda.

Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych H. K., który miał ocenić, jakiego rodzaju gronkowcem powód został zakażony, czy zakażenie stwierdzone w styczniu 2007 r. miało charakter wewnętrzny czy zewnętrzny, czy możliwe było zakażenie powoda w pozwanych placówkach medycznych, a jeżeli tak, to w której z pozwanych placówek zakażenie to mogło nastąpić z największym prawdopodobieństwem, czy też bardziej prawdopodobne jest inne źródło zakażenia, czy prawidłowe było postępowanie medyczne z punktu widzenia rozpoznanego ostatecznie zakażenia powoda gronkowcem w pozwanych placówkach medycznych, czy w chwili obecnej zakażenie już zostało wygojone, a jeżeli nie, to czym to jest spowodowane. Sąd podzielił stanowisko biegłego, że do zarażenia powoda gronkowcem złocistym doszło w trakcie leczenia w pozwanym Szpitalu (...) w M., bowiem z leczeniem w tej placówce związana była martwica skóry okolicy stawu skokowego stwierdzona w dniu 14 września 2005 r., a więc na pięć dni przed przeprowadzeniem zabiegu operacyjnego i wprowadzeniem do kości drutu K.. Obecność po 7 dniach od daty zabiegu operacyjnego zakażonych martwiczo zmian skórnych w okolicy miejsca operowanego było źródłem zakażenia kanału wytworzonego przez wprowadzony do kości piszczelowej drut K.. Data wykrycia gronkowca w badaniu bakteriologicznym z dnia 4 stycznia 2007 r. nie jest datą zakażenia. Także data stwierdzenia ropienia z ran po drutach przez lekarza rehabilitanta K. O. (10 lipca 2006 r.) nie jest datą zakażenia powoda gronkowcem. Ujawnienie się na zewnątrz procesów zapalno - ropnych toczących się w głębszych strukturach podudzia, w tym w kości, musiało być poprzedzone wcześniejszym zakażeniem miejsca operowanego, a skutek nigdy nie wyprzedza przyczyny. Już w dniu 7 czerwca 2006 r. doktor K. O. odnotowała w dokumentacji medycznej obecność niezagojonych ranek okolicy ponad obu kostkami i okolicy ścięgna A. oraz obrzęk i śladowy ruch stawu skokowego. W dniu 10 lipca 2006 r. stwierdziła ropienie z miejsc wprowadzenia drutu K.. A zatem pierwsze widoczne

objawy zakażenia rany wystąpiły właśnie w tym dniu i skutkowały skierowaniem powoda do ortopedy. Objawem zakażenia rany było wystąpienie jej ropienia. Ropienie rany może być wynikiem zakażenia różnymi bakteriami, nie tylko gronkowcem, może to być np. salmonella czy pałeczka ropy błękitnej. Zakażenia, które toczą się w głębi kości, mogą się nie ujawniać miesiącami. W ocenie biegłego, gronkowiec złocisty wrażliwy na metycilinę podtrzymywał procesy zapalne toczące się w okolicy operowanej, a otwarta przetoka lub przetoki były drogami zakażenia gronkowca złocistego opornego na metycilinę, czyli (...). Jest mało prawdopodobne, żeby gronkowiec (...) przebywał w kości, a ujawnił się dopiero po 2 czy 3 latach i dlatego biegły przyjął, że nastąpiła jego wymiana w okresie od 25 sierpnia 2008 r. a październikiem 2009 r. Jest mało prawdopodobne, aby gronkowiec nabył cechę oporności poprzez mutację lub przeniesienie materiału genetycznego z innych bakterii. Powód nie otrzymywał antybiotyków z grupy metyciliny i w związku z tym nie doszło do indukcji, tj. do wzbudzenia oporności tego gronkowca, który stale tam przebywał. Gronkowiec wtórnie zakaził wcześniej uszkodzoną skórę, a martwica mogła powstać wskutek urazu powstałego w wypadku komunikacyjnym. To, czy gronkowiec był w dacie wypadku, czy dostał się tam później, nie ma znaczenia dla sposobu zakażenia kości, bowiem gronkowiec został zawleczony do kości w momencie wprowadzenia do niej drutu K.. Drut K. przemieścił się do kości. Wzdłuż drutu tworzy się przestrzeń, po której gronkowce mogą swobodnie przenikać. Zakażenie gronkowcem toczyło się w tkankach kostnych od czasu operacji bądź od momentu wprowadzenia drutu, a ujawniło się w czerwcu bądź w dniu 10 lipca 2006 r. Zakażenie gronkowcem nastąpiło w pozwanym Szpitalu w M., a w pozwanym (...)lezione były już skutki tego zakażenia, które objawiły się na zewnątrz martwicą skóry i ropieniem ran. W październiku 2005 r. skóra została wyleczona, ale proces toczył się głęboko w skórze. Nawet, jeśli w (...)doszło do zakażenia, to tam wcześniej istniało już zakażenie. Biegły wykluczył endogenny charakter zakażenia, pochodzącego z tkanek okołozębnych. Nie wykluczył, że powód był zasiedlony gronkowcem i mógł to być gronkowiec własny powoda, ale bakteria została wprowadzona do kości przy manipulacji drutem K.. Gdyby tej manipulacji nie było, to do zakażenia kości nie doszłoby gronkowcem własnym powoda. Gronkowiec, nawet jeżeli znajdował się na spodniach powoda czy ubraniu pielęgniarki, został wprowadzony do kości przy pomocy drutu K.. Z tej przyczyny nie ma znaczenia, że dzień przed przyjęciem powoda do pozwanego Szpitala przeprowadzone badania nie wykazały obecności gronkowca na terenie placówki. Nie chodzi bowiem o źródło pochodzenia bakterii, ale o sposób i mechanizm jej przeniesienia, co w opinii biegłego, nastąpiło w momencie wprowadzenia drutu K. podczas zabiegu operacyjnego. Martwica rozpoznana i zdiagnozowana w dniu 14 września 2005 r., która nie została następnie opisana w dniu zabiegu, tj. w dniu 19 września 2005 r., pojawiła się ponownie pod koniec września 2005 r. Martwica to ubytek skóry, który oznacza zniszczenie naskórki skóry właściwej i tkanki podskórnej, może być on wynikiem braku ukrwienia wskutek ucisku, może być to też skutek działania czynników bakteryjnych. Martwica skóry wiąże się z odczynem zapalnym. Ten ubytek skóry zawsze jest zasilany przez bakterie, które powodują odczyn zapalny wskutek zakażenia. Każdy drobnoustrój może zakazić uszkodzoną skórę. Martwica występowała w miejscu operowanym, a zdaniem biegłego, nie mogło dojść do wygojenia martwicy przed datą wykonania zabiegu operacyjnego. W tej sytuacji, skoro występowała martwica, to w momencie wprowadzenia do skóry drutów K. należało wprowadzić osłonę antybiotykową. Operacji wszczepienia drutów K. nie wykonano w osłonie antybiotykowej, a w każdym bądź razie nie ma w dokumentacji takiego zapisu. Obecność zakażonych martwiczych tkanek w miejscu operowanym mogło być przyczyną zakażenia głębokich struktur kości. Biegły nie był w stanie stwierdzić, czy w chwili operacji martwica była zauważalna czy też nie, ale pomiędzy 14 a 25 września 2005 r. istniała ciągłość procesu chorobowego. Martwica nie może wystąpić bezobjawowo, bo jest to ubytek skóry. Podkreślił, że nie istnieje taka możliwość, aby ubytek skóry w przeciągu 5 dni wygoił się i nie było go widać. Przy zabiegu operacyjnym obejmującym wprowadzenie drutu K. niezbędne jest stosowanie osłony antybiotykowej, której cel sprowadza się do zapobieżenia zakażenia bakteriami głębszych struktur skóry i dostanie się ich do kości. Do podobnych konkluzji doszedł także biegły z zakresu ortopedii R. R. (1), który wskazał, że w swojej praktyce także stosował druty K., a zastosowanie ochrony antybiotykowej w takim przypadku jest regułą.

Zdaniem Sądu Okręgowego opinia biegłego H. K. jest spójna i rzeczowa, odpowiada na wszystkie postawione biegłemu pytania istotne z punktu widzenia rozstrzygnięcia sprawy oraz zawiera jasne i logiczne uzasadnienie końcowych wniosków, przez co jest merytorycznie zasadna. Wnioski biegłego H. K. korespondują z opinią biegłego z zakresu ortopedii R. R. (1).

W ocenie Sądu Okręgowego przeprowadzone dowody z opinii biegłych H. K. i R. R. (1) pozwalają uznać, że do zakażenia powoda gronkowcem doszło podczas pobytu w pozwanym Szpitalu (...) w M. w momencie wprowadzenia drutu K. do kości. Nie można przyjąć, aby w trakcie hospitalizacji powoda w okresie od 7 do 22 września 2005 r. zapewniono mu właściwe warunki leczenia. Pozwany Szpital nie zastosował bowiem podstawowej procedury obowiązującej przy wprowadzaniu do kości drutu K., do zachowania której wystarczyło jedynie wdrożenie ochrony antybiotykowej. Stosowanie antybiotyków w takim wypadku nie jest niczym nadzwyczajnym i niestandardowym, nie jest to też sporne czy kontrowersyjne działanie w medycynie. Jest to postępowanie powszechnie znane i stosowane, będące rutynową i nieskomplikowaną czynnością medyczną. Nie jest to jednocześnie nieprzewidziane i nagłe zdarzenie powstałe podczas zabiegu operacyjnego, mającego ze swej istoty dynamiczny charakter i wymagającego podjęcia w krótkim okresie czasu określonej decyzji medycznej, która może okazać się ryzykowna i nietrafna. Postępowanie pozwanego Szpitala nie było prawidłowe i odbyło się z naruszeniem zasad obowiązujących, które przy wprowadzaniu drutu K. wymagają jednoczesnego stosowania osłony antybiotykowej po to właśnie, aby zapobiec zakażeniu głębszych struktur skóry i kości przez zawleczoną drutem bakterię. O niewłaściwości leczenia i tym samym niezachowaniu należytej staranności dodatkowo świadczy fakt, że pięć dni przed operacją stwierdzono martwicę skóry, a w przypadku uszkodzonej skóry istnieje większe ryzyko zakażenia, zwłaszcza w sytuacji wprowadzenia drutu K., tj. przedmiotu będącego nośnikiem bakterii i umożliwiającą im przedostanie się aż do kości.

W tej sytuacji Sąd Okręgowy przyjął, że powód wykazał fakt zarażenia go gronkowcem w pozwanym Szpitalu (...) w M..

W odniesieniu do oceny poprawności leczenia powoda w pozwanym (...) Przychodni (...) Sp. z o.o. z siedzibą w M. biegły H. K. wskazał, że słaby zrost i wytwarzanie się stawu rzekomego powinny wywołać u prowadzącego leczenie powoda lekarza T. D. podejrzenie zakażenia okolicy złamania kości i skłonić go do podawania powodowi dwóch jednocześnie antybiotyków drogą dożylną przez dłuższy kilkutygodniowy okres. Stanowczo podkreślił, że słaby zrost kostny u osoby, u której parę dni po operacji wystąpiło ognisko zapalne w miejscu wprowadzenia drutu do kości, był wystarczającym argumentem, aby podejrzewać zakażenie kości i było wskazaniem do podawania antybiotyków drogą dożylną. Lekarz K. O. nie kierowałaby powoda do ortopedy, gdyby nie stwierdziła ropienia z ran w miejscach wprowadzenia drutu K. podczas wizyty w dniu 10 lipca 2006 r. Już w dniu 7 czerwca 2006 r. zauważyła obecność niezagojonych ranek okolicy ponad obu kostkami i okolicy ścięgna A. oraz obrzęk i śladowy ruch stawu skokowego. Tego samego dnia powodowi zdjęto gips i wykonano kontrolne zdjęcie rtg, z którego wynikało, że zrost kości jest słaby. Skoro niezagojone ranki zostały zauważone przez lekarza rehabilitanta, to musiały one być dostrzegalne także dla lekarza T. D., który zapisał w historii choroby fakt występowania jedynie zmian skórnych, przy czym dokładnie nie opisał, na czym zaobserwowane zmiany polegają. W dniu 11 lipca 2006 r. powód był ponownie konsultowany przez lekarza T. D., który dzień po wizycie u lekarza rehabilitanta nie dostrzegł już ropienia, co jest fizycznie niemożliwe z uwagi na upływ zbyt krótkiego okresu czasu i niepodjęcie w tym okresie żadnych działań medycznych, a jest pewne, że takiego faktu nie odnotował w historii choroby, co z kolei podważa rzetelność i kompletność prowadzonej przez niego dokumentacji medycznej i tym samym jego wiarygodność jako świadka. Biegły zauważył, że pierwsze objawy zakażenia gronkowcem były widoczne w dniu 10 lipca 2006 r., kiedy doszło do ropienia z ran, a jednym z objawów zakażenia jest właśnie ropienie. Z uwagi na fakt, że ropienie z rany może być skutkiem zakażenia różnymi bakteriami, powinno być ono bardzo dokładnie diagnozowane bakteriologicznie i natychmiast powinno być wdrożone leczenie antybiotykowe, ewentualnie chirurgiczne. Koniecznym elementem leczenia jest wykonanie wymazu i następnie posiewu. W dokumentacji medycznej nie ma żadnego dowodu wskazującego na to, że w sytuacji ropienia z ran w miejscach wprowadzenia drutu K. już w lipcu 2006 r. podjęto leczenie antybiotykowe. Informacje o leczeniu powoda pojawiają się dopiero 4 stycznia 2007 r., kiedy wykonano posiew i wyhodowano gronkowca złocistego. Data 4 stycznia 2007 r. nie jest datą zakażenia rany, ale datą stwierdzenia obecności gronkowca, który już od ponad pół roku istniał w ranie. W ocenie biegłego, zaistniały przesłanki, aby wcześniej zastosować wobec powoda intensywne leczenie antybiotykami, a leczenie w pozwanym zakładzie nie było prawidłowe. Z opinii biegłego wynika także, że jakkolwiek wykryty w styczniu 2007 r. gronkowiec był wrażliwy na ciprofloksacynę i jej użycie było zasadne, to jednak uzyskanie wystarczających stężeń w płynach ustrojowych i tkankach, szczególnie w tkance kostnej dotkniętej złamaniem i przerwaniem ukrwienia, jest trudne ze względu na konieczność użycia dużych dawek, które powodują liczne objawy niepożądane. Również szybko narastająca oporność gronkowców na ciprofloksacynę

ogranicza skuteczne jej stosowanie. Zastosowanie gentamycyny było prawidłowe, a z kolei zastosowanie maści z gentamycyną do opatrunków zewnętrznych było nieracjonalne. Głęboko leżące ogniska ropne nie mogły być dostępne dla antybiotyku, a miejscowe stosowanie antybiotyków wiąże się z indukcją lekooporności.

Z uwagi na powyższe Sąd Okręgowy uznał, że prowadzone w pozwanym (...) Przychodni (...) Sp. z o.o. z siedzibą w M. leczenie powoda, po zarażeniu go gronkowcem w szpitalu, nie było właściwe i nie pozostawało w zgodzie z zasadami wiedzy i sztuki lekarskiej. Już wykonane w dniu 13 marca 2006 r. zdjęcie rtg wykazywało tendencję do stawu rzekomego, a badanie rtg przeprowadzone w dniu 7 czerwca 2006 r. wskazywało na słaby zrost kości. W dniu 7 czerwca 2006 r. lekarz T. D. zauważył także zmiany skórne na nodze. Co więcej, w dniu 10 lipca 2006 r. zaobserwowano ropienie z ran i w związku z tym powód został skierowany do ortopedy, a mimo tych zewnętrznych objawów zakażenia, zwłaszcza ropienia, którego lekarz T. D. nie mógł nie zauważyć, nie przeprowadzono w pozwanym zakładzie pogłębionej diagnostyki obejmującej chociażby pobranie wymazu i posiewu, co pozwoliłoby wdrożyć stosunkowo szybko kurację antybiotykową. Podejrzenie zakażenia okolicy złamania kości powinny nasunąć lekarzowi dwie okoliczności: słaby zrost kości i tendencja do stawu rzekomego, co zostało stwierdzono już w marcu 2006 r. Pierwsze czynności zmierzające do leczenia gronkowca, który przebywał w ranie od co najmniej pół roku, a objawem przebywania którego było ropienie, zostały podjęte dopiero w styczniu 2007 r., tj. z kilkumiesięcznym opóźnieniem. Powód miał prawo oczekiwać świadczenia odpowiedniej jakości, odpowiadającego wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, a takiego świadczenia nie otrzymał. Drugorzędne znaczenie miał fakt, kiedy wyjęto drut K. (przy pierwszym zdjęciu gipsu w grudniu 2005 r., przy drugim w marcu 2006 r. czy w czerwcu 2006 r., kiedy ostatecznie zdjęto gips) i jakie były okoliczności jego wyciągnięcia, tj. przy wyciąganiu drutu występowało już ropienie z ran. Lekarz T. D. nie odnotował w dokumentacji medycznej tego faktu, co przemawia za wnioskiem, że dokumentacja medyczna nie była prowadzona właściwie i nie zawiera kompletnych informacji, a skutków zaniedbania w tym zakresie nie można przerzucać na powoda i twierdzić, że w tym zakresie podaje on nieprawdę. Brak takiego wpisu rzeczywiście może świadczyć o istnieniu niepokojącego stanu ropienia z ran, które zostało przez lekarza zbagatelizowane. Wprawdzie między zeznaniami powoda i jego żony M. B. zachodziła rozbieżność, kiedy dokładnie drut K. samoistnie wypadł, to w ocenie Sądu Okręgowego nie stanowiło to podstawy do dyskwalifikacji ich wypowiedzi jako nierzetelnych i nieobiektywnych. Leczenie powoda, po opuszczeniu szpitala we wrześniu 2005 r., miało miejsce na przełomie 2005 i 2006 r., a więc 6 - 7 lat temu i choćby z tego względu z uwagi znaczny upływ czasu mogą zacierać się w pamięci szczegóły dotyczące leczenia, zwłaszcza, że przebieg tego leczenia był dość intensywny i rozciągnięty w dłuższym okresie czasu.

W dalszej kolejności Sąd Okręgowy odniósł się do podstawy prawnej zasądzenia zadośćuczynienia, którym jest art. 19a ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Zdaniem tego Sądu zasadne było odwołanie się do kryteriów, w oparciu o które jest ono zasądzone na podstawie przepisów o czynach niedozwolonych. Zadośćuczynienie określane na podstawie art. 444 § 1 kc w zw. z art. 445 § 1 kc winno mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny. Jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać wartość ekonomicznie odczuwalną. Zadośćuczynienie powinno być środkiem pomocy dla poszkodowanego i pozostawać w odpowiednim stosunku do rozmiaru krzywdy i szkody niemajątkowej. Na krzywdę poszkodowanego składają się z kolei cierpienia fizyczne w postaci bólu i innych dolegliwości oraz cierpienia psychiczne polegające na ujemnych uczuciach przeżywanych bądź w związku z cierpieniami fizycznymi, bądź w związku z następstwami uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, zwłaszcza trwałymi i nieodwracalnymi. Kwota zadośćuczynienia nie może być jednak nadmierna, winna być należycie wyważona i utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa. Przy ustalaniu należnego powodowi zadośćuczynienia Sąd Okręgowy miał na uwadze przede wszystkim wiek powoda, nasilenie i czas trwania cierpienia związanego z nieuzasadnionym w świetle wskazań medycznych przedłużaniem się procesu leczenia, jak i skutki w zakresie ogólnej zdolności do życia. Oparł się w tym względzie na opinii biegłego z zakresu (...), której dał wiarę jako rzeczowej i spójnej. Biegły ten konsekwentnie podtrzymywał wniosek odnośnie wysokości uszczerbku na zdrowiu powoda, podkreślając, że z uwagi na charakter urazu, długotrwałość leczenia z zastosowaniem materiału zespalającego i licznych stosowanych przez wiele miesięcy opatrunków gipsowych wynosi on 25%. Powód ma ciężkie zmiany troficzne skóry z czynnymi przetokami wydzielającymi treść surowiczo - ropną, a takie zmiany mają cechy dużych zmian wtórnych. Zaobserwowane zmiany skórne są rozległe, obejmujące całe podudzie od stawu skokowego do kolanowego, w dalszej części podudzia

są widoczne przetoki wydzielające treść surowiczo - ropną i przy takim stanie podudzia trudno nie nazwać tych zmian jako rozległych czy dużych. Zmiany troficzne to przebarwienia skóry, zcieńczenie tej skóry, bardzo podatnej na urazy i infekcje. Same zmiany troficzne wystarczą, aby zakwalifikować je w granicach 15 - 20%. Właśnie zmiany troficzne połączone z przetokami wydzielającymi treść surowiczo-ropną uzasadniają przyjęcie górnej granicy uszczerbku na zdrowiu. Według biegłego kora dębowa jest środkiem łagodzącym i osuszającym stany zapalne. Kąpiele w niej są sposobem znanym od bardzo dawna, mającym działanie przeciwzapalne i osuszające. Jest to środek niekonwencjonalny, niestosowany w medycynie oficjalnej, ale nie ma powodu, aby mówić o szkodliwości takiego działania. Zdaniem tego biegłego niekontaktowanie się przez powoda z poradnią ortopedyczną miało wpływ na proces gojenia się zmian skórnych i mogło wydłużyć proces leczenia. Nie ma jednak gwarancji, że wykonywane profesjonalnie opatrunki mogłyby zmienić sytuację miejscową, na pewno nie wyeliminowałyby zmian troficznych, one już pozostaną. Wysokość uszczerbku na zdrowiu nie może być zmieniona z powodu zerwania kontaktu ze szpitalem czy poradnią. Opatrunki u powoda powinny być zmieniane codziennie, a takie opatrunki mogą być wykonywane w warunkach domowych, ale przy tak dużym zagrożeniu jak u powoda, powinny być wykonywane pod opieką lekarza. Po przeszkoleniu i zaopatrzeniu w jałowe materiały powód będzie mógł je wykonywać w domu.

Sąd Okręgowy oddalił wniosek pozwanego Szpitala o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego, który oceniłby ewentualne przyczynienie się powoda do rozmiarów powstałego uszczerbku na zdrowiu.

Na podstawie konkluzji wynikających z opinii biegłego R. R. (1) uznał, że uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi 25%, a powód, korzystając z kąpiele z kory dębowej, nie przyczynił się do zwiększenia rozmiaru szkody. Kwestię zaprzestania wizyt w poradni ortopedycznej, która to okoliczność nie miała wpływu na całość zmian pourazowych, ale mogła wpłynąć na wydłużenie procesu leczenia, Sąd Okręgowy wziął pod uwagę przy ustalaniu wysokości należnego powodowi zadośćuczynienia. Powód do tej pory zmagają się z negatywnymi konsekwencjami zakażenia gronkowcem i niewłaściwego leczenia, choć do zarażenia doszło podczas wprowadzenia drutu K. we wrześniu 2005 r., a więc przeszło 7 lat temu. W związku z zakażeniem gronkowcem zrost kości, której złamanie nastąpiło w wypadku komunikacyjnym z dnia 7 września 2005 r., był słaby, znacznie opóźniony i wymagał długotrwałego 9-miesięcznego unieruchomienia kończyny opatrunkiem gipsowym. Wskutek obecności w ranie gronkowca złocistego wrażliwego na metycilinę doszło do podtrzymania procesów zapalnych toczących się w okolicy operowanej, a otwarta przetoka była drogą zakażenia gronkowca złocistego opornego na metycilinę i wszystkie inne antybiotyki z grupy beta laktamów ((...)), a więc znacznie trudniejszego do wyleczenia, co z pewnością ma przełożenie na samopoczucie psychiczne powoda, wywołując lęk i niepewność co do pełnego wyzdrowienia i uzyskania sprawności. Po zdjęciu gipsu w czerwcu 2006 r. zalecono powodowi zastrzyki przeciwzatorowe oraz stosowanie maści do robienia zewnętrznych opatrunków. Z uwagi na obecność gronkowca powód był kilkakrotnie hospitalizowany. Przez okres trzech lat od daty wypadku powód chodził przy pomocy dwóch kul, poruszając się tylko po mieszkaniu. Powód ma ciężkie zmiany troficzne skóry z trzema czynnymi przetokami wydzielającymi treść surowiczo - ropną, a te zmiany mają cechy dużych zmian wtórnych. Zmiany skórne są rozległe, obejmują całe podudzie od stawu skokowego do kolanowego, zaś długotrwałość procesów zapalnych może wpływać na ogólny stan zdrowia powoda. Konieczne jest codzienne zmienianie opatrunków, zachowanie higieny, stosowanie maści i antybiotyków. Dodatkowo na stopie lewej stwierdza się brak tętna, a nadto występują zaniki mięśniowe uda i podudzia lewego. Cechy niedokrwienia kończyny dolnej mają znaczny wpływ na gojenie się zmian w obrębie podudzia lewego. Mimo stosowania opatrunków i maści do chwili obecnej noga się nie wygoiła, a co jakiś czas sączy się z niej ropa. Czasem rana się podsuszy i wygoi, ale potem pęka i dochodzi do wycieku. Noga w stopie się nie zgina, a powód porusza się w dalszym ciągu o jednej kuli. W sytuacji, gdy trochę więcej pochodzi, cała noga mu puchnie. Powód przeważnie w nocy odczuwa ból i swędzenie i w związku z tym ma problemy ze snem. Jego samopoczucie zależy od pogody, a objawy zakażenia nasilają się, gdy występuje zmiana pogody. Ze względu na kłopoty z poruszaniem się konieczne jest podwożenie go w różne miejsca. Przed wypadkiem - mimo swojego wieku - był osobą aktywną. Jeździł na motorze i rowerze, chodził na grzyby, uprawiał działkę za blokiem, w którym mieszka, czasem pomagał sąsiadom przy pracach budowlanych, za co podobnie mu się odwdzięczali. Obecnie powód jest nerwowy i bez przyczyny krzyczy, a jego aktywność życiowa została znacznie ograniczona. Powód nie może spędzać wolnego czasu według swoich upodobań - nie może jeździć motorem, bo nie jest w stanie włączyć lewą nogą

biegu, zaprzestał jazdy rowerem, zimą nie wychodzi na zewnątrz, na działce nie wykonuje żadnych prac, a do pomocy zmuszony jest wynajmować osoby.

W związku z powyższym Sąd Okręgowy uznał, że kwotą, która winna w pełni zaspokajać uzasadnione roszczenie powoda z tytułu należnego mu zadośćuczynienia, jest kwota 60.000 zł. Kwota ta będzie stanowiła dla niego realną pomoc, rekompensującą doznane krzywdy wywołane zarażeniem gronkowcem i niewłaściwym leczeniem skutków zakażenia. Dlatego Sąd Okręgowy zasądził od pozwanych na rzecz powoda na podstawie art. 19a ust. 1 w zw. z art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 441 § 1 kc, oddalając powództwo co do zadośćuczynienia w pozostałym zakresie jako bezzasadne.

W ocenie Sądu Okręgowego roszczenie o rentę z tytułu zwiększonych potrzeb zasługiwało na uwzględnienie, jednakże nie w takim rozmiarze, jak się tego domagał powód. Z opinii biegłego ortopedy-traumatologa R. R. (1) wynika, iż leczenie zakażenia gronkowcem wymaga codziennej zmiany opatrunków, stosowania maści i antybiotyków. Wprawdzie biegły podał, że żądana przez powoda kwota 500 zł jest kwotą możliwą do przyjęcia, jednak zdaniem tego Sądu nie można uznać, aby faktycznie wskazana kwota była niezbędna do pokrycia kosztów leczenia związanych z zarażeniem gronkowcem. Renta z tytułu zwiększonych potrzeb może być zasądzona także wtedy, gdy poszkodowany rzeczywiście tych potrzeb nie zaspokaja, ale nie oznacza to, że poszkodowany dochodzący renty z tego tytułu nie jest obowiązany udowodnić zakresu koniecznego leczenia i składających się na to wydatków. Dochodzona pozewem renta z tytułu zwiększonych potrzeb nie powinna cechować się dowolnością i ogólnością, ale powinna mieć oparcie w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym. Powód określił, iż domaga się zasądzenia renty w związku z koniecznością ponoszenia kosztów dojazdu do placówek służby zdrowia oraz zakupu medykamentów. Nie przedłożył rachunków dokumentujących wydatki na leki, które pozwoliłyby w przybliżeniu ustalić, na jakim poziomie miesięcznie kształtują się koszty leczenia, a w trakcie przesłuchania w charakterze strony nie był w stanie podać nazw maści, których używa do opatrunków rany, ani ceny ich zakupu. Stwierdził, że nie wie, jaka kwota jest wydatkowana na koszty leczenia, bowiem wykupem leków zajmuje się jego żona, a z kolei świadek M. B. nie podała, ile powód miesięcznie wydaje na zakup maści i bandaży niezbędnych do zmiany opatrunków. Sąd Okręgowy uwzględniając potrzebę zmiany opatrunków, stosowania do nich maści i bandaży oraz konieczność raz do roku wizyty u lekarza ortopedy, skorzystał z możliwości przewidzianej w art. 322 kpc i uznał, że kwota 250 zł będzie w pełni adekwatna i zaspokoi roszczenie powoda z tego tytułu, o czym orzekł na podstawie przywołanego przepisu oraz art. 444 § 2 kc w zw. z art. 415 kc oraz art. 441 § 1 kc. W pozostałej części roszczenie o rentę zostało oddalone.

W ocenie Sądu Okręgowego zachodziły przesłanki do przyjęcia solidarnej odpowiedzialności pozwanych, a podstawę solidarności stanowi przepis art. 441 § 1 kc. Art. 441 § 1 kc nie wymaga, aby szkoda powstała w wyniku jednego zdarzenia. Aktualny stan zdrowia powoda wynika z faktu zakażenia go gronkowcem w pozwanym Szpitalu i następczego niewłaściwego leczenia skutków zarażenia w pozwanym (...) Zawinione przez obu pozwanych działania stanowią przyczyny powstania szkody. Są one ściśle ze sobą powiązane i na siebie się nakładają, a mając na uwadze ostatecznie niewyleczoną i niezagojoną nogę, nie dają się od siebie rozdzielić. Nie jest możliwe przypisanie poszczególnym pozwanyom uszczerbku, który składa się na całość szkody doznanej przez powoda. Zgodnie z art. 441 § 2 kc nie jest przy tym istotny stopień, w jakim poszczególni pozwani przyczynili się do powstania uszczerbku na zdrowiu powoda, a kwestia ta nabierze znaczenia dopiero w kontekście rozliczeń regresowych.

Sąd Okręgowy stwierdził, iż obecnie trudno przewidzieć, jakie schorzenia wystąpią w przyszłości i czy będą one rezultatem wypadku komunikacyjnego z dnia 7 września 2005 r., złego leczenia powoda w pozwanych placówkach, czy też zaniedbania terapii w przyszłości. Wobec braku udowodnienia interesu prawnego, o którym mowa w art. 189 kpc, Sąd ten oddalił powództwo o ustalenie odpowiedzialności pozwanych za mogące pojawić się w przyszłości szkody, będące wynikiem zakażenia gronkowcem i nieprawidłowego leczenia skutków zarażenia.

O odsetkach orzekł zgodnie z art. 455 kc w zw. z art. 481 § 1 kc, nie znajdując podstaw do ich zasądzenia od dnia 28 lutego 2009 r., tak jak się tego domagał powód. Dopiero do pozwu zostały dołączone dokumenty, w oparciu o które pozwani mogli dokonać oceny zasadności zgłoszonych roszczeń i ustosunkować się do żądań powoda. W związku z

powyższym Sąd Okręgowy uznał, że pozwani mogli pozostawać w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia dopiero od daty doręczenia im odpisu pozwu, co w odniesieniu do obu pozwanych nastąpiło w dniu 12 stycznia 2011 r.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł zgodnie z art. 98 § 1 i 3 kpc w zw. z art. 99 i art. 105 § 2 kpc stosownie do wyniku sprawy, dokonując ich stosunkowego rozdzielenia.

Apelacje od wyroku Sądu Okręgowego wniosły wszystkie strony.

Powód zaskarżył ten wyrok w części dotyczącej odsetek za okres od dnia 1 stycznia 2010 r. do dnia 11 stycznia 2011 r. zarzucając Sądowi Okręgowemu naruszenia art. 481 § 1 kc. Na podstawie tego zarzutu wniósł o zasądzenie solidarnie od pozwanych na jego rzecz odsetek od zadośćuczynienia od dnia 1 stycznia 2010 r. do dnia zapłaty.

Z kolei pozwany Szpital (...) w M. zaskarżył wyrok Sądu Okręgowego w części uwzględniającej powództwo i zarzucił mu:

1/ naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 415 w zw. z art. 441 § 1 kc poprzez błędne przyjęcie, że jest odpowiedzialny za powstanie u powoda szkody;

2/ naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 362 kc poprzez jego niezastosowanie i błędne przyjęcie, że sposób zachowania się powoda po rzekomym zakażeniu gronkowcem złocistym nie miał wpływu na powstanie szkody i jej rozmiar;

3/ naruszenie przepisów prawa procesowego, tj. art. 322 w zw. z art. 232 kpc poprzez ich błędną interpretację i zastosowanie, wyrażające się przyjęciem, że udowodnienie przez powoda wysokości żądanej renty byłoby niemożliwe lub nader utrudnione, podczas gdy powód wykazał się w tym zakresie wyłączną całkowitą bezczynnością;

4/ naruszenie przepisów prawa procesowego, tj. art. 233 § 1 kpc poprzez brak rozważenia w sposób bezstronny i wszechstronny zebranego w sprawie materiału dowodowego oraz jego nieprawidłową ocenę, wyrażającą się błędnym przyjęciem, że do zakażenia powoda gronkowcem złocistym kategorięcznie i z całą pewnością doszło w Szpitalu (...) w M., podczas gdy biegły wskazał wyłącznie na bliżej nie określony stopień prawdopodobieństwa tego zakażenia podczas pobytu u Pozwanego ad. 1;

W oparciu te zarzuty pozwany ten domagał się:

I. a) zmianę zaskarżonego wyroku w pkt I i II poprzez oddalenie powództwa w całości oraz w pkt IV, V i VI poprzez zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego ad. 1 kosztów postępowania za I instancję w tym z kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz obciążenie powoda kosztami postępowania na rzecz Skarbu Państwa nie uiszczonymi przez pozwanego ad. 1 oraz nie poniesionymi dotychczas przez powoda; ewentualnie o:

b) uchylenie zaskarżonego wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd I instancji oraz pozostawienie temu Sądowi orzeczenia o kosztach instancji odwoławczej w tym o kosztach zastępstwa procesowego;

II. zwolnienie pozwanego ad. 1 z kosztów sądowych w całości;

III. zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego ad. 1 kosztów postępowania odwoławczego w tym z kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych w przypadku podjęcia rozstrzygnięcia jak w pkt. I a);

Także pozwany (...) Przychodnia (...) sp. z o.o. w M. zaskarżył wyroku w części uwzględniającej powództwo zarzucając Sądowi Okręgowemu:

1. naruszenie prawa materialnego:

- art. 415 kc w zw. z art. 441 §1 kc, poprzez błędne przyjęcie, iż ponosi odpowiedzialność za szkodę, w sytuacji gdy szkoda powstała w następstwie zakażenia powoda gronkowcem złośliwym, nie nastąpiła z winy pozwanego ad. 2

- art. 444 §2 kc przez uznanie, iż zwiększyły się potrzeby powoda, bez uwzględnienia opinii biegłego, że gdyby powód korzystał z koniecznego leczenia w Poradni, nie ponosiłby kosztów leczenia

- art. 362 kc poprzez jego nie zastosowanie gdy z materiału dowodowego wynika, iż powód swoim zachowaniem przyczynił się do zwiększenia rozmiarów szkody

2. naruszenie prawa procesowego, które miało istotny wpływ na treść zaskarżonego wyroku, art. 322 kpc poprzez niewłaściwe zastosowanie przy ocenie wysokości renty z tytułu zwiększonych potrzeb powoda oraz wysokości wydatków na leczenie powoda.

3. naruszenie prawa procesowego, które miało istotny wpływ na treść zaskarżonego wyroku, art. 233 §1 kpc, polegające na przekroczeniu granic swobodnej oceny dowodów,

a) przez pominięcie przy ocenie wysokości zadośćuczynienia, części opinii biegłego, w której wskazał, iż powód przyczynił się do zwiększenia rozmiarów szkody, dopuszczając się zaniedbania w zakresie wykonywanych opatrunków i nie uczęszczając do Poradni

b) poprzez błędną ocenę, iż (...) Sp. z o.o. ponosi odpowiedzialność za powstanie szkody oraz, że leczenie zakażenia było nieprawidłowe i spóźnione, podczas gdy do zakażenia gronkowcem doszło u pozwanego ad. 1 zaś w postępowaniu pozwanego ad. 2 przy leczeniu zakażenia nie można dopatrzeć się uchybień.

W oparciu o te zarzuty pozwany ten wniósł o :

1. o zmianę wyroku w pkt I i II przez oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego ad 2 kosztów procesu według norm przepisanych

2. o zmianę wyroku w pkt V poprzez obciążenie powoda kosztami sądowymi na rzecz Skarbu Państwa oraz wydatkami sądowymi

ewentualnie

3. o uchylenie wyroku Sądu Okręgowego i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania temu sądowi, przy uwzględnieniu kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych

Powód domagał się oddalenia apelacji obu pozwanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda jest nieuzasadniona, a jedynie częściowemu uwzględnieniu podlegały apelacje pozwanych.

Sąd Apelacyjny w pierwszej kolejności uznał za konieczne odniesienie się do apelacji obu pozwanych, ponieważ zarówno wskazane w nich zakresy zaskarżenia oraz wnioski są dalej idące niż w apelacji powoda.

Sąd Apelacyjny uznał za nieuzasadnione zarzuty pozwanych dotyczące naruszenia przez Sąd I instancji przepisów postępowania, a mianowicie art. 233 § 1 kpc poprzez brak wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału dowodowego i jego nieprawidłową ocenę wyrażającą się wadliwym przyjęciem, że do zakażenia powoda doszło w szpitalu pozwanego ad. 1, a następnie w placówce pozwanego ad. 2 leczenie było nieprawidłowe i spóźnione. W niniejszej sprawie Sąd Okręgowy uwzględniając stanowisko powoda dopuścił dowody z opinii biegłych z zakresu chorób zakaźnych oraz ortopedii na okoliczność przyczyn zakażenia powoda gronkowcem złocistym oraz wynikających stąd konsekwencji dla jego stanu zdrowia. Ze zrozumiałych względów przeprowadzenie tych dowodów miało

decydujące znaczenie ponieważ wyjaśnienie istotnych okoliczności dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy wymagało wiadomości specjalnych z w/w dziedzin medycyny (art. 278 kpc). Opinie złożyli biegli z zakresu chorób zakaźnych H. K. oraz z zakresu ortopedii R. R. (1). Były one sporządzone na piśmie, a ponadto biegli złożyli ustne wyjaśnienia do opinii na rozprawach, stosownie do art. 286 kpc. Wymowne jest, iż ostatecznie w odniesieniu do opinii biegłego R. R. (2) pozwani złożyli wniosek o powołanie innego biegłego na okoliczność przyczynienia się powoda do rozmiarów doznanego uszczerbku (k. 649). Wniosek ten wprawdzie oddalony przez Sąd I instancji, tym niemniej w apelacjach pozwani nie zarzucili temu Sądowi naruszenie art. 217 kpc (w brzmieniu obowiązującym do dnia 3 maja 2012 r.), nie domagali się też uzupełnienia materiału dowodowego w postępowaniu apelacyjnym. Nie zostały więc skutecznie zgłoszone przez pozwanych zarzuty naruszenia przepisów postępowania, które obligowałyby Sąd Apelacyjny do podjęcia na ich wniosek dodatkowych działań w tym względzie (uchwała Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07 - OSNC 2008/6/55 - dot. związania sądu II instancji zawartymi w apelacji zarzutami prawa procesowego). W tym stanie rzeczy zasadność roszczenia powoda podlegała ocenie w kontekście dowodów zgromadzonych w postępowaniu pierwszo-instancyjnym, tym bardziej iż z przyczyn niżej wskazanych brak było podstaw do dopuszczeniu jeszcze innych dowodów z urzędu na podstawie art. 232 zd. 2 kpc.

Sąd I instancji w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku bardzo szeroko omówił przeprowadzone dowody z opinii w/w biegłych. Nie ma więc potrzeby ponownego przedstawiania tych dowodów w całości. Na tym etapie wystarczy ograniczyć się do konkluzji wynikających z tych opinii. Według biegłego H. K. przy zabiegu operacyjnym wykonywanym w szpitalu pozwanego ad. 1 w dniu 19 września 2005 r. obejmującym wprowadzenie drutu K. niezbędne było zastosowanie osłony antybiotykowej, której cel sprowadza się do zapobieżenia zakażenia bakteriami głębszych struktur i dostanie się do kości. Pozwany ten nie zastosował się do tej procedury, która jest powszechnie znana i stosowana. Tym bardziej, iż pięć dni przed operacją stwierdzono martwicę skóry, która zwiększała ryzyko zakażenia. Na tej podstawie Sąd Okręgowy doszedł do wniosku, iż postępowanie personelu tego pozwanego nie było prawidłowe i odbyło się z naruszeniem obowiązujących zasad przy takim zabiegu. Gdy chodzi zaś o leczenie powoda w placówce pozwanego ad. 2 to słaby zrost i wytwarzanie się stawu rzekomego powinny wywołać już w marcu 2006 r. u prowadzącego leczenie lekarza podejrzenie zakażenia okolicy złamania kości i skłonić go do podawania powodowi dwóch jednocześnie antybiotyków drogą dożylną przez dłuższy, kilkutygodniowy okres. Już wykonane w dniu 13 marca 2006 r. zdjęcie rtg wykazywało tendencję do stawu rzekomego, a wykonane zdjęcie rtg w dniu 7 czerwca wskazywało na słaby zrost kości. Nadmienić należy, iż dokumentacja medyczna nie była prowadzona właściwie i nie zawiera kompletnych informacji co do daty i okoliczności wyciągnięcia drutu K.. W związku z tym Sąd Okręgowy uznał, iż powód miał prawo oczekiwać świadczenia zdrowotnego odpowiedniej jakości, odpowiadającego wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, a takiego nie otrzymał. Z kolei na podstawie opinii biegłego R. R. (2) Sąd I instancji ustalił zakres uszczerbku na zdrowiu powoda w następstwie stwierdzonych wyżej nieprawidłowości w jego leczeniu, uwzględnił opóźnienie spowodowanego słabszym zrostem kości, trudniejszy proces samego leczenia, konieczność dłuższego poruszania się przy pomocy dwóch kul, zmiany troficznymi skóry, nie do końca wygojenie się nogi, z której sączy się ropa oraz osłabienie aktywności życiowej.

Sąd Okręgowy dał wiarę obu biegłym i Sąd Apelacyjny podziela tę ocenę. W uzasadnieniu zaskarżonego wyroku zostały przedstawione przekonujące motywy, którymi kierowano się w tym względzie. Podkreślić dodatkowo należy, iż opinie obu biegłych są zgodne w istotnej w niniejszej sprawie kwestii konieczności przestrzegania ochrony antybiotykowej przy stosowaniu drutów K.. Ponadto obu biegłym nie sposób odmówić fachowości bezstronności. Opinie biegłych spełniają kryteria, o których mowa w orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98 (OSNC 2001/4/61), to jest z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu ich wiedzy, podstaw teoretycznych, sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków. Jak już o tym była wyżej mowa pozwani zgłosili wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego na okoliczność przyczynienia się powoda do powstałego uszczerbku. Wniosek ten został pominięty przez Sąd I instancji, co znajduje uzasadnienie w stanowisku, iż na gruncie art. 286 kpc sąd nie jest zobowiązany dopuścić dowód z kolejnych biegłych w każdym przypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystana dla strony, podobnie w przypadku samego niezadowolonej strony z dotychczas złożonej opinii (komentarz do kodeksu postępowania cywilnego, Wyd. LexisNexis, W-wa 2012, t. I, str.

1197). W toku dalszego postępowania pozwani przed Sądem Okręgowym pozwani nie składali wniosków dowodowych (k. 652) i nie zgłosili takiego żądania w apelacji.

Jak już o tym była wyżej mowa ustalenia faktyczne i wnioski tego Sądu o nieprawidłowościach w leczeniu powodu w pozwanych placówkach mają oparcie w opiniach w/w biegłych. Dlatego w ocenie Sądu Apelacyjnego zawarty w apelacjach pozwanych zarzut naruszenia przez Sąd Okręgowy art. 233 § 1 kpc nie mógł być uwzględniony.

Kolejne zarzuty skarżących odnoszą się do kwestii wadliwego uznania, iż ponoszą oni na podstawie art. 415 kc odpowiedzialność za powstanie szkody. W tym miejscu należy podkreślić, iż strona powodowa reprezentowana przez fachowego pełnomocnika, odpowiedzialności pozwanych w zakresie żądania zadośćuczynienia upatrywała w art. 19a ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r., nr 14, poz. 89 ze zm.), gdy chodzi zaś o żądanie renty nie wskazała konkretnej podstawy prawnej co uzasadnia wniosek, iż odpowiedzialność tą należy ocenić w kontekście art. 442 § 2 kc. Gdy chodzi o pierwszą podstawę to wskazanie to było wiążące dla Sądów rozstrzygających niniejszą sprawę (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 23 lutego 1999 r., I CKN 252/98 - OSNC 1999/9/152 i z dnia 22 września 2011 r., V CSK 401/10 - OSNC-ZD 2012/3/51). W orzecznictwie sądowym ugruntował się już pogląd, zgodnie z którym zadośćuczynienie pieniężne za naruszenie praw pacjenta na podstawie art. 19a ust. 1 ustawy o zoz może być przyznane za sam fakt ich naruszenia i nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia szkody na osobie. Przepis ten obejmuje, spoza naruszeniem dóbr osobistych objętych wyliczeniem w art. 18 ust. 2 i 3 oraz art. 19 ust. 1 pkt 1-4 i ust. 3, także naruszenie prawa do właściwego standardu opieki medycznej mogące wywołać u pacjenta ujemne doznania psychiczne, dyskomfort, utratę zaufania do leczących (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2012 r., V CSK 142/11 - OSP 2013/6/61). Wreszcie wskazuje się, że analizowane roszczenie o zadośćuczynienie jest następstwem naruszenia praw pacjenta, ma odrębny charakter od roszczenia wynikającego z art. 445 § 1 kc, w związku z tym przepis ten i art. 19a ust. 1 ustawy o zoz określają zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne, zaś przyznane zadośćuczynienie powinno pełnić funkcję dyscyplinująco- kompensacyjną (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 maja 2007 r., V CSK 76/07 - OSNC 2008/7-8/91). Skoro zawinione naruszenie praw pacjenta stanowi czyn bezprawny to należy stosować do zasad odpowiedzialności sprawców takich czynów takie same reguły jak przy czynach niedozwolonych. Wśród tych zasad istotny jest związek przyczynowy między zaniechaniem lekarza a szkodą w postaci pogorszenia stanu zdrowia pacjenta czy obniżenia rokowań na jego poprawę, który nie musi być ustalony w sposób pewny, wystarczy wysoki stopień prawdopodobieństwa istnienia takiego związku, a w przypadku wielości możliwych przyczyn przeważające prawdopodobieństwo związku przyczynowego szkody z jedną z tych przyczyn (uzasadnienie w/w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2012 r., V CSK 142/11). Odnosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy należy stwierdzić, iż treść opinii biegłego H. K. wskazuje, że w szpitalu pozwanego ad. 1 operacji wszczepienia drutów K. nie wykonano w osłonie antybiotykowej (k. 537 odw.), w związku z tym leczenie było stosowane niewłaściwie (k. 476 odw.) i wszystko wskazuje na to, że do zakażenia nastąpiło w tym szpitalu (k. 476); z kolei w placówce pozwanego ad. 2 ropienie powinny bardzo dokładnie diagnozowane i natychmiast wdrożone leczenie antybiotykowe, które podjęto dopiero po 4 stycznia 2007 r. (k. 475 odw.). W tym stanie rzeczy należy przyjąć, iż powyższy związek przyczynowy został wykazany.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego niezasadne są zarzuty apelacji pozwanych dotyczące naruszenia przez Sąd Okręgowy art. 441 § 1 kc, który przyjął ich solidarną odpowiedzialność wobec powoda. Szerszego omówienia wymaga ta odpowiedzialność w odniesieniu do wskazanej przez powoda podstawy z art. 19a ust. 1 ustawy o zoz. Na wstępie tego zagadnienia należy wskazać na pogląd, zgodnie z którym powszechnie przyjmuje się, że art. 441 kc znajduje zastosowanie we wszystkich przypadkach, w których kilka osób odpowiada za szkodę stanowiącą skutek czynu niedozwolonego, i to niezależnie od tego, czy podstawą tej odpowiedzialności są przepisy Tytułu VI Księgi III KC, czy też przepisy mieszczące się poza tym tytułem (System Prawa Prywatnego, T. 6, Prawo zobowiązań - część ogólna, Wyd. C.H. Beck, W-wa 2009, str. 646). Jak już wyżej o tym wskazano zarzucane pozwanym zachowania w świetle art. 19a ust. 1 ustawy o zoz stanowią czyny bezprawne i dlatego, zdaniem Sądu Apelacyjnego, powinny one podlegać takiej samej ocenie jak czyny niedozwolone. Za stanowiskiem takim przemawia brzmienie tego przepisu, w którym mowa o „zawinionym” naruszeniu praw pacjenta. Wprawdzie więc przewidziana w nim odpowiedzialność sprawców jest niezależna od wystąpienia szkody to jednak przewidziane w nim zadośćuczynienie z założenia jest świadczeniem

mającym na celu naprawienie szkody niemajątkowej (uszczerbku) związanego z naruszeniem praw pacjenta i powinno spełniać funkcję dyscyplinującą - kompensacyjną. Nadmienić należy, iż w opinii niektórych przedstawicieli literatury zadośćuczynienie to w istocie ograniczać się powinno do funkcji kompensacyjnej (M. Nesterowicz: Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2012 r., V CSK 142/11, OSP 2013/6/61).

Przy dopuszczalności zastosowania w niniejszej sprawie art. 441 § 1 kc należy mieć na uwadze także pogląd, zgodnie z którym z jedną szkodą w rozumieniu tego przepisu mamy do czynienia wówczas, gdy z natury swej jest ona niepodzielna, albo wówczas gdy udział sprawców w jednym delikcie przesądzi o niemożności podziału wywołanym nim skutków (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 listopada 2002 r., (...) 859/00 - zbiór Lex nr 78881). Wskazuje się także, iż konieczne jest łączne spełnienie dwóch warunków: w odniesieniu do każdej z osób współodpowiedzialnych muszą być spełnione wszystkie przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej za szkodę i każdej z nich może być przypisana odpowiedzialność za całą szkodę, która ma w tym sensie charakter niepodzielny, że nie istnieje możliwość wyodrębnienia uszczerbków i przypisania ich kauzalnie do działań przypisanych jednej z osób (J. J.: O specyfice odpowiedzialności odszkodowawczej, PiP (...), str. 50). Sąd Okręgowy trafnie w uzasadnieniu wyroku wskazał, że art. 441 § 1 kc nie wymaga by szkoda powstała w wyniku jednego zdarzenia (tak też A. Olejniczak: Komentarz do art. 441 kc, System Informacji Prawnej Lex 50/2013). Zdaniem Sądu Apelacyjnego przedstawione wyżej poglądy przemawiają za przyjęciem solidarnej odpowiedzialności pozwanych względem powoda nie tylko na podstawie art. 444 § 2 kc, ale także na podstawie art. 19a ust. 1 ustawy o zoz. Pierwsza kwestia nie budzi większych wątpliwości, w odniesieniu do drugiej pewne wątpliwości mogą wynikać z faktu, iż warunkiem jej przyjęcia nie jest konieczne wystąpienie szkody. Tym niemniej w przypadku powoda w związku z nieprawidłowym postępowaniem obu pozwanych wystąpił wyżej omówiony uszczerbek niematerialny, zaniechania obu zakładów opieki zdrowotnej spowodowały negatywne następstwa dla zdrowia powoda. Wprawdzie powód podjął leczenie w szpitalu pozwanego ad. 1 to bezpośrednio po tym kontynuował je w placówce pozwanego ad. 2 i tym samym działania pozwanych „zazębiały się”. Zaniechania w leczeniu powoda u obu pozwanych sprowadziły się w istocie do zaniechania stosowania osłony antybiotykowej. Zaniechanie to miało wprawdzie miejsce na różnych etapach leczenia powoda to jednak wywołały te same ujemne dla zdrowia konsekwencje. W związku z tym zgodzić się z Sądem I instancji, iż nie jest możliwe przypisanie poszczególnym pozwany uszczerbku, który składa się na całość szkody doznanej przez powoda. Wreszcie wskazać należy i na to, iż w obu pozwanych placówkach w spornym okresie leczeniem złamania nogi powoda zajmował się ten sam lekarz. Kończąc ten wątek dodać należy, że nawet w razie odmiennego stanowiska co do solidarnej odpowiedzialności pozwanych w niniejszej sprawie celowym byłoby zastosowanie art. 441 § 1 kc w drodze analogii.

Z podanych wyżej względów Sąd Apelacyjny uznał, iż zawarty w apelacjach pozwanych zarzuty naruszenia przez Sąd I instancji art. 441 § 1 kc był nieuzasadniony.

Gdy chodzi o kolejne zarzuty pozwanych dotyczące naruszenia przez ten Sąd art. 362 kc to zauważyć należy, iż w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku stwierdzono, że powód korzystając z kąpieli z kory dębowej nie przyczynił się do zwiększenia rozmiaru szkody, natomiast zaprzestanie wizyt w poradni ortopedycznej, które wprawdzie nie miało wpływu na całość zmian pourazowych ale mogło wpłynąć na wydłużenie procesu leczenia, zostało uwzględnione przy ustaleniu wysokości należnego powodowi zadośćuczynienia. Powyższe wnioski co do wpływu oddziaływania powoda na proces leczenia wynikają z opinii biegłego R. R. (2) (k. 648 odw.).

W związku z powyższym należy się odnieść do kwestii wysokości należnego powodowi zadośćuczynienia, które Sąd Okręgowy ustalił na kwotę 60.000 zł. Jak już o tym była mowa należne powodowi świadczenie przewidziane w art. 19a ust. 1 ustawy o zoz z jednej strony nie jest zależne od wystąpienia szkody na osobie, ale z drugiej powinno pełnić funkcję dyscyplinującą - kompensacyjną, bądź nawet tylko kompensacyjną. Sąd ten trafnie uznał, iż w trakcie leczenia powoda w placówkach obu pozwanych nie zastosowano ochrony antybiotykowej, która przy wykonanych zabiegach jest regułą. W związku z tym uznać należy, że w placówkach tych doszło do naruszenia prawa do właściwego standardu opieki medycznej, która wywołała u powoda ujemne doznania psychiczne, dyskomfort oraz utratę zaufania do leczących (k. 651 odw. - 652). Już z tylko z tego powodu poszkodowany może domagać się od pozwanych stosownego zadośćuczynienia za zaniechanie standardowej procedury leczniczej. Wprawdzie nie mają zasadniczego znaczenia ujemne konsekwencje zaniechań pozwanych dla zdrowia powoda, które Sąd Okręgowy wyeksponował w uzasadnieniu

wyroku, tym niemniej w okolicznościach niniejszej sprawy nie powinny one zupełnie ginąć z pola widzenia przy ferowaniu końcowego rozstrzygnięcia. Gdy dodatkowo weźmie się pod uwagę funkcję dyscyplinująco- kompensacyjną tego zadośćuczynienia, które powinno przeciwdziałać podobnym, jakże dokuczliwym dla pacjentów, przypadkom w placówkach pozwanych w przyszłości, i jednocześnie stanowić ekonomicznie odczuwalny ekwiwalent dla powoda, to przyznana przez Sąd I instancji kwota 60.000 zł nie może uznana za „nieodpowiednią”. Należy bowiem na uwadze, że korygowanie przez sąd II instancji zasądzonego zadośćuczynienia może być aktualne tylko wtedy, gdy przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy, mających wpływ na jego wysokość, jest ono niewspółmiernie nieodpowiednie, to jest albo rażąco niskie, albo rażąco wygórowane (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 listopada 2004 r., I CK 219/04, Lex nr 146356). Zdaniem Sądu Apelacyjnego okoliczności niniejszej sprawy przemawiają za wnioskiem, iż analizowane zadośćuczynienie w kwocie 60.000 zł, nawet przy uwzględnieniu przyczynienia się powoda polegające na czasowym zaniechaniu leczenia w poradni ortopedycznej (choć nie ma to decydującego znaczenia dla odpowiedzialności wynikającej z art. 19a ust. 1 ustawy o zoz), nie może być uznane za nadmiernie wygórowane. Dlatego zaskarżone rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego w tym zakresie nie powinno być zmieniane.

Odmienne natomiast Sąd Apelacyjny ocenił zasadność apelacji pozwanych odnośnie do rozstrzygnięcia o rencie na rzecz powoda. Na gruncie art. 444 § 2 kc przyjmuje się, iż dla przyznania renty dla poszkodowanego nie wystarczy sama utrata zdrowia spowodowana czynem niedozwolonym, ale konieczne jest wykazanie, że zwiększyły się jego potrzeby wywołane uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 czerwca 2013 r., I CSK 642/12 - Lex nr 1365593). W niniejszej sprawie Sąd Okręgowy kierując się art. 322 kpc uznał, że kwota 250 zł miesięcznie będzie adekwatna i zaspokoi roszczenie powoda w tym zakresie. Stanowisko to jest zbyt daleko idące. Powód, co trafnie zarzucono w apelacjach pozwanych, nie wykazał takiego zwiększenia swych potrzeb uzasadniających konieczność ponoszenia wydatków na kwotę 250 zł miesięcznie. Sąd I instancji w swych ustaleniach faktycznych wskazał, iż ponosił koszty wizyt u lekarzy w wysokości 100 zł w 2011 r. i w 2012 r. Ponadto przyjmuje on maści wypisane przez lekarza rodzinnego oraz stosuje kąpiele w korze dębowej, które nie są wykluczone w takich przypadkach (k. 649). Nie sposób też pominąć stanowiska biegłego R. R. (2), według którego kwota 500 zł miesięcznie będzie adekwatna do dalszego leczenia schorzenia powoda, choć nie zostało to bliżej umotywowane (k. 649).

W tym stanie rzeczy Sąd Apelacyjny uznał, iż dalsze leczenie powoda wiąże się ze zwiększeniem jego potrzeb materialnych. Dotyczy ono zakupu lekarstw oraz dojazdów do lekarza. W obecnych realiach funkcjonowania służby zdrowia implikuje to konieczność ponoszenia dodatkowych kosztów, które nie powinny jednak być większe niż 100 zł miesięcznie. Dlatego też tylko taka kwota na podstawie art. 444 § 2 kc powinna zostać w niniejszej sprawie uwzględniona.

Sąd Apelacyjny za niezasadną uznał apelację powoda dotyczącą naruszenia przez Sąd I instancji art. 481 § 1 kc poprzez oddalenie powództwa co do odsetek od przyznanego zadośćuczynienia za okres od dnia 1 stycznia 2010 r. do dnia zapłaty. W ostatnim okresie w praktyce sądowej przyjmuje się, że zadośćuczynienie, w rozmiarze w jakim należy się wierzycielowi w dniu, w którym dłużnik ma je zapłacić- art. 455 kc - powinno być oprocentowane z tytułu opóźnienia od tego dnia, a nie dopiero od daty zasądzenia odszkodowania (np. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03 - OSNC 2005/2/40 i z dnia 16 lipca 2004 r., I CK 83/04 - MP (...)). Jednak z akt niniejszej sprawy nie wynika kiedy dokładnie obaj pozwani, jako dłużnicy solidarni, otrzymali wezwanie powoda do zapłaty przedmiotowego zadośćuczynienia. Istotne jest to, iż we wskazanym przez Sąd I instancji wezwaniu skierowanym do pozwanego ad. 1 z dnia 28 stycznia 2009 r. jako podstawę przyznania tego świadczenia wskazano art. 445 § 1 kc (k. 32), a więc dotyczyło ono innego roszczenia niż dochodzone pozwem w procesie. Wreszcie w aktach sprawy brak jest dowodu na to kiedy pozwani otrzymali wezwanie do próby ugodowej skierowane do Sądu Rejonowego w Mrągowie (k. 37 - 39). Z tych też względów Sąd Apelacyjny zgodził się z Sądem Okręgowym, iż należne powodowi odsetki od zadośćuczynienia powinny być przyznane od daty doręczenia pozwanym odpisu pozwu, to jest od dnia 12 stycznia 2011 r.

Reasumując, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 kpc orzekł jak w pkt 1 sentencji, a na podstawie art. 385 kpc jak w pkt 2.

O kosztach procesu w instancji odwoławczej postanowiono zgodnie z art. 100 zd. 1 w zw. z art. 108 § 1 kpc.