

Sygn. akt I ACa 334/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 kwietnia 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Elżbieta Borowska (spr.)
Sędziowie	:	SA Krzysztof Chojnowski SA Grażyna Wołosowicz
Protokolant	:	Anna Bogusławska

po rozpoznaniu w dniu 19 kwietnia 2019 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa **J. C.**

przeciwko (...) **w B.**

o zadośćuczynienie i odszkodowanie

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Białymstoku

z dnia 20 marca 2018 r. sygn. akt I C 171/16

I. oddala apelację;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda 4.050 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym;

III. nakazuje ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Białymstoku 685,80 złotych tytułem brakujących wydatków.

(...)

UZASADNIENIE

Powód J. C., po ostatecznym sprecyzowaniu powództwa, wniósł o zasądzenie od pozwanego (...)w B. kwoty 258.500 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 20 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty, w tym: 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia, 45.550 zł tytułem kosztów zaopatrzenia w protezę kończyny dolnej, 9.000 zł tytułem poniesionych kosztów leczenia i 600 zł tytułem kosztów zakupu wózka inwalidzkiego. Wnosił również o ustalenie

odpowiedzialności pozwanego za skutki zdarzenia z dnia 28 września 2014 r. na przyszłość oraz o rozstrzygnięcie o kosztach postępowania według norm prawem przepisanych. Uzasadniając swoje stanowisko podnosił, że doszło do zaniechań diagnostycznych ze strony pozwanego w dniu przyjęcia powoda do placówki medycznej w kontekście objawów, jakie były możliwe do zaobserwowania oraz jakie zgłaszał sam zainteresowany. Brak wdrożenia właściwych działań medycznych, przeprowadzenia niezbędnych badań i odesłanie powoda z tętniakiem tętnicy podkolanowej lewej do domu skutkowało następczą amputacją tej kończyny. Błędna diagnostyka oraz nieprawidłowe leczenie bezsprzeczne świadczą o adekwatności związku przyczynowo – skutkowego ze szkodą na osobie pacjenta, powrót do jego sprawności jest niemożliwy, zaś skutki zdarzenia nieodwracalne. Jako podstawę prawną dochodzonego roszczenia wskazywał na art. 444 k.c. oraz art. 445 § 1 k.c.

Pozwany (...) w B. wnosił o oddalenie powództwa oraz zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego. Zakwestionował nie tylko stanowisko powoda w zakresie odpowiedzialności pozwanego z tytułu konieczności amputacji kończyny dolnej lewej z uwagi na nieprawidłowy sposób postępowania placówki medycznej, ale też istnienie związku przyczynowego pomiędzy amputacją a pobytem powoda na (...) i odmową leczenia szpitalnego.

Zawiadomiony o toczącym się procesie (...) S.A., obejmujący pozwanego ubezpieczeniem z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, nie przystąpił do postępowania w charakterze interwenienta.

Wyrokiem z dnia 20 marca 2018 r. Sąd Okręgowy w Białymstoku zasądził od pozwanego(...) w B. na rzecz powoda J. C. kwotę 130.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami jak za opóźnienie od dnia 20 marca 2018 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia (pkt I), zasądził od pozwanego(...) w B. na rzecz powoda J. C. kwotę 55.150 zł wraz z ustawowymi odsetkami jak za opóźnienie od dnia 20 marca 2018 r. do dnia zapłaty tytułem odszkodowania (pkt II), oddalił powództwo w pozostałym zakresie (pkt III), zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 5.766,80 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (pkt IV), nakazał pobrać od powoda, z zasądzonych roszczenia, na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Białymstoku kwotę 1.903,04 zł tytułem brakujących kosztów sądowych od oddalonej części powództwa (pkt V) i nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Białymstoku kwotę 9.440,43 zł tytułem brakujących kosztów sądowych od uwzględnionej części powództwa (pkt VI).

Z ustaleń Sądu Okręgowego wynikało, że w dniu 28 września 2014 r. (niedziela) powód J. C. zgłosił się na Izbę Przyjęć (...)w B. z dolegliwościami bólowymi w obrębie lewej nogi. Jakkolwiek, już na około dwa tygodnie przed wizytą odczuwał przejściowe bóle, skurcze mięśni w stopach i łydkach oraz klucie i mrowienie w stopie lewej, ostrzejsza ich forma wystąpiła dopiero w tej dacie.

Po dokonaniu wstępnej oceny, ograniczonej wyłącznie do zewnętrznych oględzin kończyny, lekarz przyjmujący zalecił powodowi dostępne bez recepty środki przeciwbólowe oraz kontrolę poradni rodzinnej; z wizyty nie sporządzono dokumentacji medycznej.

Dolegliwości utrzymywały się w dalszym ciągu, stopa stała się chłodna i delikatnie odbarwiona. W dniu 30 września 2014 r. powód udał się na wizytę do lekarza rodzinnego, w trakcie której rozpoznano u niego „podejrzanie miażdżycy zakrzepowo – zarostowej lewej kończyny dolnej”, następnie zaś – z adnotacją „pilne” – skierowano pacjenta na konsultację do poradni angiologicznej z terminem na dzień 10 października 2014 r.

W dniu 5 października 2014 r., z uwagi na narastający ból, powód wezwał pogotowie ratunkowe, które przetransportowało go do dyżurującego wówczas (...) w B., a następnie skierowano do(...) do dalszego leczenia. Przeprowadzone badanie AngioCT wykazało u powoda tętniaka (...) tętnicy podkolanowej z niedrożnością dystalnych odcinków tętnic piszczelowych. Wobec braku zamierzonego efektu podjętych czynności leczniczych (leczenie fibrynolityczne, A.), zmierzających do poprawy jego stanu zdrowia, ale też narastających objawów niedokrwienia, w dniu 16 października 2014 r. powoda przekazano do Oddziału (...) (...) (...) w B., gdzie rozpoznano: krytyczne niedokrwienie kończyny dolnej lewej, martwicę przodostopia i palców stopy lewej, tętniak t. podkolanowej lewej, stan po zawale m. sercowego (2012 r.), NT; następnie zakwalifikowano do zabiegu amputacji kończyny dolnej lewej, który miał miejsce w dniu kolejnym. W dniu 22 października 2014 r., w stanie ogólnym i miejscowym dobrym, wypisano

powoda z zaleceniami kontroli w Poradni Chirurgicznej i zdjęciem szwów oraz dalszym leczeniem w Poradni Chorób Naczyń.

Jak dalej ustalił Sąd Okręgowy, powód ma aktualnie 67 lat, jest wdowcem, wykształcenie wyższe, z zawodu inżynier budownictwa. W dacie przyjęcia do szpitala brakowało mu około 7 miesięcy do nabycia uprawnień emerytalnych; pracował wówczas w spółdzielni budowlano-mieszkaniowej w charakterze inspektora ds. sanitarnych, z wynagrodzeniem 3.200 zł. Bezpośrednio po zabiegu amputacji kończyny dolnej poruszał się przy użyciu kul łokciowych, następnie zaopatrzył się w protezę tymczasową za kwotę 2.184 zł, refundowaną przez NFZ do kwoty 1.140 zł, wymagał stałej opieki osób trzecich. Następnie, w maju 2016 r. zamówił protezę modułarną podudzia za kwotę 19.980 zł, refundowaną do kwoty 4.500 zł. W dniach 11 sierpnia 2015 r. – 2 września 2015 r. przebywał na Oddziale (...) (...) w B.. Doraźną pomoc świadczyli mu jego syn oraz bliźsi znajomi. W miejscu zamieszkania korzysta z wózka inwalidzkiego, przyjmuje lekarstwa na rozrzedzenie krwi, używa kremu nawilżającego w miejsce amputacji, albowiem zdarzają się sytuacje, gdy proteza obciera mu kończynę. Pozostaje pod opieką (...). Aktualnie utrzymuje się ze świadczenia emerytalnego wraz z dodatkiem pielęgnacyjnym w wysokości 3.600 zł. Mieszka w bloku na 3 piętrze, aczkolwiek mieszkańcy mają do dyspozycji windę.

W dniu 29 stycznia 2015 r. powód wystąpił z wnioskiem do Wojewódzkiej Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w B. o ustalenie, iż w toku udzielania mu świadczeń medycznych przez (...) w B. w dniu 28 września 2014 r. doszło do zdarzenia medycznego. Orzeczeniem z dnia 14 września 2015 r., sygn. (...), Komisja orzekła, iż doszło do zdarzenia medycznego w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012, poz. 159 z późn. zm.).

W sporządzonej w sprawie opinii biegły sądowy z zakresu chirurgii i chirurgii naczyniowej dr med. J. P. (1) ustalił 50% trwały uszczerbek na zdrowiu powoda w związku z koniecznością amputacji kończyny dolnej. Postępowanie (...) ocenił jako prawidłowe, aczkolwiek z powodu braku dokumentacji medycznej nie był w stanie dokonać analizy nieokreślonego postępowania personelu medycznego wobec powoda w dniu 28 września 2014 r. Zgłaszane dolegliwości podudzia i stopy mogły być wskazaniem do wykonania diagnostyki obrazowej unaczynienia podudzia i konsultacji chirurga naczyniowego. Obecnie powód uskarża się na lokomocję w założonej protezie lewego podudzia spowodowane bolesnym uciskiem kikuta. Zdaniem biegłego, powód nie miał i nie ma wystarczających wiadomości medycznych, które by pozwoliły mu na ocenę własnego stanu zdrowia i możliwości powikłań istniejącej choroby naczyniowej. Jednocześnie, późniejsze zgłoszenie się powoda, pomimo utrzymywania się dolegliwości bólowych przez okres około 2 tygodni, na pewno nie miały pozytywnego wpływu na ukrwienie kończyn dolnych i ostatecznie skutkowało nagłym niedokrwieniem – zwłoka pacjenta skutkowała opóźnieniem rozpoczęcia leczenia i diagnostyki, przy czym objawy choroby niedokrwiennej narastają w okresie wieloletnim. Powód nie zgłosił się do Poradni POZ w dniu 30 września 2014 r. z objawami nagłego niedokrwienia kończyny dolnej, lecz z kilkugodzinnym opóźnieniem w leczeniu zaawansowanych zmian niedokrwiennych.

Z kolei biegły z zakresu (...), aktualny stan zdrowia powoda, pod względem ortopedycznym, ocenił jako dość dobry i stabilny, z takimi rokowaniami na przyszłość. Wskazał, że powód aktualnie zgłasza przewlekłe, okresowe dolegliwości bólowe kikuta podudzia lewego i uczucie dyskomfortu, przy czym biegły nie był w stanie określić rozmiaru ani czasu doznanych cierpień wobec ich subiektywnego charakteru. Powód nie wymaga korzystania z łóżka rehabilitacyjnego, materaca p/odleży nowego; stosowanie wózka inwalidzkiego może być wymagane na czas ewentualnych dysfunkcji protezy lub jej niestosowania z innych przyczyn. Może wymagać okresowej rehabilitacji. W ocenie biegłego, nie jest konieczne udzielanie mu opieki przez osoby trzecie, nie istnieje potrzeba leczenia farmakologicznego. Tym niemniej, istniejące zmiany naczyniowe wymagają leczenia podstawowego schorzenia – uogólnionej miażdżycy, które to leczenie pozostaje w zakresie lekarza chorób wewnętrznych. Końcowo, biegły wskazał, że powód powinien zastosować protezę modułarną, składającą się z leja protezowego, stopy protezy, elementów łączących oraz pokrycia kosmetycznego, wskazanej dla osób po wykonanej amputacji porudziana wysokości od stawu skokowo – goleniowego do kolana.

Uzupełniając, w odpowiedzi na zastrzeżenia powoda, biegły z zakresu chirurgii i chirurgii naczyniowej podkreślił, że przeprowadzenie właściwej diagnostyki w zasadzie skutkuje podjęciem odpowiedniego postępowania medycznego, aczkolwiek nie jest gwarantem osiągnięcia sukcesu terapeutycznego lub nieokreślonych powikłań. Jako bezpośrednią przyczynę konieczności dokonania amputacji wskazał krytyczne niedokrwienie z martwicą przodostopia lewego. Pośrednią przyczyną zaś była zakrzepica tętniaka lewej tętnicy podkolanowej z najbardziej prawdopodobnym powikłaniem w postaci mikro i makrozatorów tętnic podudzia lewego. Biegły z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu wyjaśnił, że nadmierne obciążanie zdrowej kończyny dolnej powoda wpływa na jego aktualne i przyszłe funkcjonowanie, może powodować jej dysfunkcję – korzystanie z wózka inwalidzkiego bezsprzecznie odciąża zdrową kończynę. Amputacja nogi może powodować przyspieszenie zmian zwyrodnieniowych, np. stawów pozostałej kończyny oraz kręgosłupa.

Przesłuchiwany w formie telekonferencji biegły z zakresu chirurgii naczyniowej uzupełniając wyjaśnił, że jakkolwiek nie istnieje żadna dokumentacja szpitalna z dnia pierwszej wizyty powoda na (...)w B., pacjent musiał zgłosić się już z objawami tętniaka i niedokrwienia kończyny (jedno wiązało się z drugim). W takim przypadku, oprócz badania fizykalnego i wywiadu, powinno zostać wykonane przynajmniej badanie USG – podstawowe badanie, umożliwiające zorientowanie się, jaki jest stan ukrwienia kończyny i stan naczyń. W zależności od wyniku winny być podejmowane dalsze czynności. W jego ocenie, praktycznym byłoby hospitalizowanie powoda i zdiagnozowanie go ze względu na utrzymujący się ból. Podstawowym obowiązkiem lekarza jest zawarcie w dokumentacji (...) opisu zgłaszanych dolegliwości, co stwierdzono w badaniu fizykalnym, ewentualnie co stwierdzono badaniami obrazowymi. Odsyłając pacjenta z (...) należy wydać mu dokument, zaopatrzony informacją o przyczynach odesłania, wskazaniem dalszych zaleceń. Końcowo biegły podkreślił, że objawy, z którymi zgłosił się powód, determinowały po stronie szpitala obowiązek zdiagnozowania go. Tętniak był namacalny, diagnostyka nie powinna przysporzyć trudności. Zwykle badanie umożliwiłoby stwierdzenie, że są problemy z unaczynieniem.

Z opinii biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej P. M. wynikało natomiast, że w następstwie przebytego zachorowania doszło u powoda do krytycznego niedokrwienia kończyny dolnej lewej, spowodowanej tętniakiem tętnicy podkolanowej lewej, martwicy stopy lewej skutkującej amputacją kończyny dolnej lewej na wysokości 1/3 bliższej goleni; ponadto cierpi na nadciśnienie tętnicze, zaś w 2012 r. przeżył zawał mięśnia sercowego. W ocenie biegłego, powód doznał 55% trwałego uszczerbku na zdrowiu. Powód wymaga zaopatrzenia w protezę ostateczną, aczkolwiek zachodzi konieczność częstych wymian leja, protezy modularnej mocowanej pinem z lejem z wkładką silikonową i stopą z lekkich materiałów. Zakwestionował konieczność zaopatrzenia powoda w łóżko rehabilitacyjne i materac przeciwoleżynowy, przy czym musi on być aktywny społecznie i zawodowo, gdyż zaopatrywany jest w protezę do tych aktywności przeznaczoną. Biegły wskazał na bezwzględną konieczność posiadania kul łokciowych oraz wózka inwalidzkiego standardowego. Końcowo podkreślił, że refundowane świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej kontraktowane przez NFZ są wystarczające w chwili obecnej, nie potrzebuje on opieki osób trzecich.

Uzupełniając, w odpowiedzi na zastrzeżenia strony powodowej, biegły ten podniósł, że lej i wkładka silikonowa protezy w początkowym okresie należy wymieniać 2-3 razy w roku, w następnych latach 1-2 razy; zależne jest to od zmian kształtu kikuta i zużywania się tych elementów wraz z aktywnością powoda.

W ślad za tak poczynionymi ustaleniami, Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii biegłego z zakresu protetyki kończyn dolnych A. P., który przygotował ofertę cenową na wykonanie protezy modularnej podudzia dla powoda, dostosowaną do jego potrzeb, z uwzględnieniem aktywności fizycznej, środowiska życia, oczekiwań co do protezy, stanu kikuta oraz parametrów fizycznych – kwota brutto 32.550 zł.

Uzupełniając, biegły wykluczył możliwość precyzyjnego określenia łącznego kosztu użytkowania i utrzymania zaopatrzenia protezy. Podkreślił przy tym, że zaproponowane elementy mają zapewnić wyższy komfort użytkowania oraz spełniać wymagania pacjenta.

Sąd Okręgowy, sporządzone w sprawie opinii uznał za rzetelne, w pełni zasługujące na obdarzenie ich walorem wiarygodności, a przy tym poddające się pozytywnej weryfikacji w oparciu o kryteria takie jak: zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziom wiedzy sporządzającej, podstawy teoretyczne opinii, a także sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w opinii wniosków.

Sąd podzielił również zeznania powoda w zakresie jego pierwszej wizyty na (...) w dniu 28 września 2014 r., pobieżnej oceny stanu zdrowia i odesłania do domu z zaleceniami przyjmowania leków przeciwbólowych. W tym kontekście uwzględnił brak stosownej dokumentacji oraz brak dowodów przeciwnych ze strony pozwanego. Sąd Okręgowy nie uwzględnił natomiast twierdzeń powoda co do konieczności sprawowania nad nim opieki przez osoby trzecie, wskazując, iż powód był badany przez szereg lekarzy/biegłych specjalistów, którzy wskazywali na jego całkowitą samodzielność.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy uznał roszczenie powoda za częściowo zasadne. Odpowiedzialność strony pozwanej Sąd analizował w kontekście zasady winy (art. 415 k.c. i art. 445 k.c. oraz art. 444 k.c.) oraz naruszenia przez pozwanego praw pacjenta (ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Uznał, że w sprawie spełnione zostały przesłanki odpowiedzialności pozwanego w postaci: wystąpienia szkody, zawnionego działania lub zaniechania pozwanego oraz związku przyczynowego między takim działaniem lub zaniechaniem a szkodą.

W ocenie Sądu Okręgowego, szkodą powoda była nieprawidłowo postawiona diagnoza (a w zasadzie jej brak), co potwierdziły wnioski sporządzonych w sprawie opinii biegłych sądowych, zwłaszcza uzupełniającej opinii ustnej biegłego z zakresu chirurgii i chirurgii naczyń J. P. (1). Z opinii tej wynikało bowiem, że w świetle obecnej wiedzy medycznej, czynności podjęte przez lekarza na (...) pozwanego w dniu 28 września 2014 r. w stosunku do powoda, polegające wyłącznie na pobieżnym dokonaniu oględzin zewnętrznych kończyny dolnej i krótkiej rozmowie, przeprowadzone zostały w sposób nieprawidłowy. Nadto, zdaniem Sądu Okręgowego, jednoznaczne i stanowcze wnioski z opinii wskazywały na zaistnienie przesłanki związku przyczynowego między nieprawidłowym działaniem pozwanego szpitala i skutkiem, jakim jest uszczerbek na zdrowiu poszkodowanego. Wskazał, że badanie przeprowadzone zostało nieprawidłowo, niezgodnie ze standardami i zasadami sztuki lekarskiej, nie zlecono podstawowych badań bagatelizując wręcz charakter i rodzaj schorzenia, z którym powód zgłosił się na Szpitalny Oddział Ratunkowy. Uznając zatem, że pozwany nie dołożył należytej staranności i ponosi odpowiedzialność za błąd w sztuce medycznej, za zasadne Sąd Okręgowy uznał roszczenie powoda oparte na podstawie art. 445 § 1 k.c., jednakże w kwocie niższej od żądanej.

Określając odpowiednią kwotę zadośćuczynienia Sąd Okręgowy wziął pod uwagę: rozmiar krzywdy powoda, charakter dolegliwości, trwałość następstw, rokowania na przyszłość, wiek powoda oraz funkcję kompensacyjną zadośćuczynienia. Dokonując oceny krzywdy powoda miał zaś na uwadze, iż samo schorzenie nie było wynikiem działań pozwanego. Kierując się jednak wiedzą powszechnie dostępną oraz doświadczeniem życiowym, wskazał, że wczesne rozpoznanie choroby zazwyczaj zwiększa szanse na wyleczenie. Posiłkując się dodatkowo wnioskami wynikającymi ze sporządzonych w sprawie opinii, za niezasadną Sąd Okręgowy uznał zatem argumentację pozwanego co do niewykazania przez konsultację medyczną konieczności natychmiastowego leczenia powoda. Przyjmując jednak, że pozwany nie odpowiadał za powstanie dolegliwości, jego odpowiedzialność Sąd Okręgowy ograniczył wyłącznie do skutków związanych z brakiem prawidłowego rozpoznania schorzenia już w dniu 28 września 2014 r. Opieszałość w tym zakresie Sąd Okręgowy uznał bowiem za błąd w sztuce lekarskiej. Wskazał jednocześnie, że do zaniedbania doszło jedynie podczas pierwszej wizyty powoda na (...). Kolejne podejmowane czynności były prawidłowe.

Ostatecznie, Sąd Okręgowy ocenił doznaną przez powoda krzywdę jako szczególnie znaczną (powodowi amputowano bowiem kończynę lewą dolną na wysokości 1/3). W tym kontekście miał na względzie, że powód do końca życia będzie poruszał się wyłącznie o kulach bądź na wózku inwalidzkim. Uwzględniając zatem cierpienia fizyczne i psychiczne powoda, związane z doznanymi obrażeniami ciała oraz wynikającymi z nich ograniczeniami ruchowymi (potwierdzonymi opiniami biegłych lekarzy), które wywarły bezpośredni, negatywny wpływ na życie powoda poprzez

wywołanie szeregu przeszkód w normalnym funkcjonowaniu, za zasadne Sąd Okręgowy uznał przyznanie na jego rzecz zadośćuczynienia w wysokości 100.000 zł.

Jako uzasadnione Sąd Okręgowy ocenił również roszczenie powoda o zasądzenie na jego rzecz odszkodowania (art. 444 § 1 k.c.). Sąd uznał w całości poniesione przez powoda wydatki w kwocie 9.000 zł (bądź takie, które powód poniesie w związku z koniecznością zaopatrzenia się w protezę kończyny dolnej), wskazując, iż pozostają one w związku z nieprawidłową diagnozą, a przy tym wynikają bezpośrednio z przedłożonych w sprawie dokumentów w postaci faktur oraz sporządzonych opinii biegłych. Wskazał, że powód wymaga zakupu kul łokciowych (cena około 100 zł) oraz wózka inwalidzkiego (500 zł). W przeszłości poniósł także koszty związane z zakupem protezy tymczasowej, wpłacił zadek na protezę modułarną podudzia, następnie dopłacił brakującą kwotę, nie uwzględniając kwoty refundacji przez NFZ.

Za zasadną w całości Sąd Okręgowy uznał także dochodzoną kwotę 45.550 zł, odpowiadającą kosztowi protezowania powoda w jednym, 3-letnim cyklu (koszt protezy, ustalony przez biegłego, a dostosowany do potrzeb pacjenta to kwota 32.550 zł + serwis w ciągu 3 lat 13.000 zł).

W dalszej kolejności Sąd Okręgowy ocenił przysługiwanie powodowi roszczenia o zadośćuczynienie za naruszenie jego praw jako pacjenta w oparciu o przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zaznaczył, że Sąd nie jest związany wskazywaną przez stronę podstawą prawną roszczenia, lecz przytoczonymi okolicznościami faktycznymi. W ocenie Sądu Okręgowego, w podstawie faktycznej przytoczonej przez powoda mieściło się natomiast niewłaściwe, jego zdaniem, udzielanie świadczeń zdrowotnych, bez należytej staranności. Oceniając zgromadzony w sprawie materiał procesowy Sąd Okręgowy uznał, że w działaniach personelu medycznego szpitala (...) w B. można było dopatrzeć się naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych, udzielanych z należyłą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8 ustawy). Stwierdził, że nieprawidłowości po stronie pozwanego szpitala polegały na zbagatelizowaniu zgłaszanych przez powoda dolegliwości w trakcie wizyty na (...) oraz braku jakiegokolwiek dokumentacji sporządzonej przez lekarza w trakcie bądź bezpośrednio po rozmowie z pacjentem (okoliczność, że powód zjawił się w dniu 28 września 2014 r. nie była bowiem na etapie postępowania kwestionowana). W ocenie Sądu Okręgowego, takie działania pozwanego wywołały u powoda dyskomfort, poczucie niewielkiego zainteresowania lekarzy jego problemem i utratę do nich zaufania. Uznając zatem, że w sprawie doszło również do naruszeń prawa powoda do właściwego standardu opieki medycznej, Sąd przyznał na jego rzecz, na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, zadośćuczynienie w wysokości 30.000 zł. W konsekwencji, o taką też kwotę podwyższył zadośćuczynienie przyznane powodowi w oparciu o art. 445 § 1 k.c. do łącznej wysokości 130.000 zł.

Za niezasadne Sąd Okręgowy uznał natomiast żądanie powoda w zakresie ustalenia odpowiedzialności pozwanego za skutki zdarzenia z dnia 28 września 2014 r. na przyszłość, wskazując, że powód aktualnie nie wykazał istnienia interesu prawnego w żądaniu takiego ustalenia (art. 189 k.p.c.).

O odsetkach Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c.

O kosztach procesu rozstrzygnął zaś na zasadzie art. 100 k.p.c., przyjmując, że powód wygrał proces w 70%, a pozwany w 30%.

Apelację od powyższego wyroku złożył pozwany, który zaskarżył go w części uwzględniającej powództwo oraz orzekającej o kosztach procesu, tj. w punkcie I, II i w części w punkcie IV i VI, zasądzającej od pozwanego zwrot kosztów postępowania oraz zwrot kosztów zastępstwa procesowego. Skarżonemu orzeczeniu pozwany zarzucił:

1. sprzeczność istotnych ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, w tym ustalenie, że:

1) w pozwanym szpitalu doszło do błędu medycznego w postaci błędu diagnostycznego, polegającego na nieprzeprowadzeniu koniecznych badań w dniu 28 września 2014 r., co spowodowało amputację 1/3 kończyny J. C. w sytuacji, gdy:

a) w żadnym miejscu opinii którejkolwiek z opinii jest wskazane, że to działanie pozwanego doprowadziło do amputacji w wysokości 1/3;

b) zgodnie z opinią biegłego J. P. z zakresu chirurgii i chirurgii naczyniowej postępowanie pozwanego było prawidłowe, późniejsze zgłoszenie się powoda pomimo utrzymywania się dolegliwości bólowych przez okres ok. 2 tygodni na pewno nie miały pozytywnego wpływu na ukrwienie kończyn dolnych co ostatecznie skutkowało nagłym niedokrwieniem, a tym samym zwłoka pacjenta skutkowałą opóźnieniem rozpoczęcia leczenia i diagnostyki, które miały rzeczywisty wpływ na jego stan zdrowia, gdyż objawy choroby niedokrwiennej narastają w okresie wieloletnim, natomiast ostre objawy niedokrwienne występują nagle lub po krótkim godzinowo okresie, co prowadzi do wniosku, iż w zakresie konieczności amputacji nie ma bezpośredniego związku przyczynowo - skutkowego z zachowaniem personelu medycznego pozwanego, a przyczyną dalszego postępowania było przyczynienie się powoda;

c) powód nie zgłosił się do POZ niezwłocznie, ani dnia następnego, a w dniu 30 września 2014 r. zgłosił się nie z objawami nagłego niedokrwienia kończyny dolnej, lecz już z poważnym opóźnieniem w leczeniu zaawansowanych zmian niedokrwienych; również lekarz rodzinny oceniając stan zdrowia J. C. w dniu 30 września 2014 r., nie wezwał pogotowia ratunkowego, nie kwalifikując pacjenta do leczenia w ramach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego;

d) przeprowadzenie diagnostyki nie było w tym wypadku gwarantem osiągnięcia sukcesu terapeutycznego lub uniknięcia określonych powikłań. Biegły podkreślił, że bezpośrednią przyczyną konieczności amputacji było krytyczne niedokrwienie z martwicą przedstopia lewego, którego przyczyną była choroba powoda, co potwierdzała załączona do pozwu opinia przeprowadzona przed Wojewódzką Komisją do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, że „nieodwracalne zmiany niedokrwienne, uniemożliwiające uratowanie kończyny były obecne już w dniu zgłoszenia się powoda do Izby Przyjęć tj. 28 września 2014 r.”

- z uwagi na powyższe opinie biegłych wskazują, że błędne jest ustalenie polegające na przypisaniu wyłącznej winy na skutek wadliwego procesu leczenia, skoro biegli wyraźnie wskazywali na opóźnienie leżące po stronie powoda, a ponadto podkreślali, że pewne nieodwracalne zmiany już nastąpiły zanim zgłosił się na (...), co potwierdzała załączona do pozwu opinia przeprowadzona przed Wojewódzką Komisją do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych;

2) powód udowodnił zarówno szkodę, jej wysokość, jak również związek przyczynowy pomiędzy szkodą a zachowaniem personelu medycznego;

2. naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na treść rozstrzygnięcia, a mianowicie:

1) art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 k.p.c. poprzez przekroczenie zasady swobodnej oceny dowodów i sformułowanie na podstawie opinii biegłych wniosków z nich niewynikających, w tym w szczególności co do przyczyn amputacji 1/3 kończyny, tj. że powyższe wynikało z zachowania pozwanego, w sytuacji gdy bezpośrednią przyczyną konieczności amputacji było krytyczne niedokrwienie z martwicą przedstopia lewego, którego przyczyną była choroba powoda, a przeprowadzenie diagnostyki nie było w tym wypadku gwarantem osiągnięcia sukcesu terapeutycznego lub uniknięcia określonych powikłań;

2) art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 k.p.c. poprzez przekroczenie zasady swobodnej oceny dowodów i pominięcie wniosków z opinii biegłych, w tym co do przyczynienia się powoda do rozmiaru krzywdy i szkody, w szczególności poprzez opóźnienie w zgłoszeniu się do POZ, długoletniemu nieleczeniu choroby;

3) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną a nie swobodną ocenę opinii biegłych, w szczególności biegłego z zakresu chirurgii i chirurgii naczyniowej i ocenę powyższych jako miarodajnych do czynienia ustaleń w sprawie, co uchybiało zasadzie oceny dowodów w kontekście całego materiału, w sytuacji gdy wnioski opinii były częściowo odmienne od wniosków wynikających załączonej do pozwu opinii biegłej przeprowadzonej przed Wojewódzką Komisją do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, co w konsekwencji doprowadziło do naruszenia przez Sąd I instancji art. 232 k.p.c. w zw. z art. 278 k.p.c. w zw. z art. 286 k.p.c. i niedopuszczeniu z urzędu dodatkowej opinii;

4) art. 102 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie, co miało istotny wpływ na treść orzeczenia i skutkowało obciążeniem pozwanego kosztami procesu w pełnej wysokości, w sytuacji gdy zgromadzony w sprawie materiał dowodowy daje podstawy do przyjęcia, że po stronie pozwanego występuje szczególnie uzasadniony przypadek uzasadniający takie rozstrzygnięcie;

5) art. 233 § 1 w zw. z art. 328 § 2 k.p.c. w ten sposób, że uzasadnienie zaskarżonego orzeczenia nie zawiera danych pozwalających na jego kontrolę czy prawo materialne procesowe zostało należycie zastosowane, gdyż uniemożliwia odtworzenie toku myślowego Sądu oceniającego materiał dowodowy w zakresie opinii biegłych i konstruowanie na ich podstawie stanu faktycznego sprawy co do odpowiedzialności Szpitala za krzywdę w związku z amputacją 1/3 kończyny, a następnie zastosowanie adekwatnej do niego normy prawa cywilnego i w konsekwencji uchylać poddanie się tego wyroku kontroli instancyjnej;

3. naruszenie przepisów prawa materialnego:

1) art. 6 k.c. poprzez jego niezastosowanie i uwzględnieniem powództwa w sytuacji, gdy powód nie udowodnił okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy w tym rozmiaru i wysokości szkody, jak też związku przyczynowego między zdarzeniem a szkodą, z którym prawo łączy obowiązek naprawienia szkody;

2) art. 361 k.c. w zw. z art. 415 k.c. poprzez przyjęcie, że w niniejszej sprawie zostały spełnione przesłanki ogólne odpowiedzialności deliktowej pozwanego w postaci zawinonego przez pozwanego działania lub zaniechania powodującego szkodę i adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy tym działaniem a szkodą, w sytuacji, gdy nie można wskazać bezpośredniego związku przyczynowo- skutkowego pomiędzy rachowaniem personelu pozwanego, a amputacją 1/3 kończyny, gdyż biegły za zakresu chirurgii i chirurgii naczyniowej ocenił, że postępowanie pozwanego było prawidłowe, a to zwłoka pacjenta skutkowało opóźnieniem rozpoczęcia leczenia i diagnostyki, gdyż późniejsze zgłoszenie się powoda pomimo utrzymywania się dolegliwości bólowych przez okres ok. 2 tygodni na pewno nie miały pozytywnego wpływu na ukrwienie kończyn dolnych, co ostatecznie skutkowało nagłym niedokrwieniem - na które nie miał wpływu pozwany - stan zdrowia powoda kiedy zjawił się na (...) był w większej mierze – nieodwracalny już wtedy w skutkach, a powód pomimo cierpienia na chorobę długotrwałą zwlekał z leczeniem i nawet po wizycie na (...) nie stawiał się niezwłocznie do Poradni ani do lekarza rodzinnego, a lekarz rodzinny oceniając stan pacjenta 2 dni różniej również nie widział bezwzględnych wskazań do hospitalizacji;

3) art. 445 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. oraz art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, polegające na zasądzeniu na rzecz powoda zadośćuczynienia, które jest rażąco wygórowane, gdy uwzględnia:

a) stopnia zawinienia personelu medycznego w tym fakt, że dwa dni później lekarz rodzinny również nie widział wskazań do hospitalizacji,

b) niemożność odróżnienia cierpienia powoda jakiego doznałby, gdyby szybciej podjęto diagnostykę, a powyższego nie udowodnił powód,

c) że powód jako krzywdę podaje niezawinione przez pozwanego krzywdy - odczucia bólowe związane są z przebiegiem jego choroby, której leczenia J. C. zaniedbał przez wiele lat,

d) wpływ czasu jaki nastąpił od zdarzenia,

e) wysokość zadośćuczynienia zasądzanego w podobnych przypadkach naruszenia dóbr osobistych;

- a ponadto w sytuacji gdy nie zostały spełnione wszystkie przesłanki do uwzględnienia obu sposobów naprawienia szkody;

4) z ostrożności procesowej, pozwany zarzucił również naruszenie art. 362 k.c. poprzez jego niezastosowanie i nieoddalenie powództwa pomimo, że powód przyczynił się do powstania szkody w przeważającej mierze, podczas gdy całość okoliczności sprawy, a zwłaszcza opinie biegłych wskazywały na obiektywnie niewłaściwe zachowanie powoda,

które zdaniem pozwanego stanowi wyłączną i bezpośrednią przyczynę amputacji, przesadzającą o jego wyłącznej winie był fakt z opóźnienia w zgłoszeniu się do lekarza tj., po czasie kiedy nastąpiły nieodwracalne zmiany, a tym samym obowiązek jej naprawienia szkody powinien ulec odpowiedniemu zmniejszeniu stosownie do okoliczności, a zwłaszcza do stopnia winy obu stron.

Wskazując na tak sformułowane zarzuty pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm prawem przepisanych za I oraz II instancję. Pozwany domagał się ponadto zmiany postanowienia Sądu, poprzez dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z nowej opinii biegłego z zakresu chirurgii i chirurgii naczyń, celem wyjaśnienia w jakim stopniu długotrwałe opóźnienie w leczeniu choroby zawinione przez powoda miało wpływ na amputację kończyny.

W odpowiedzi, powód wnosił o oddalenie apelacji pozwanego i zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz kosztów zastępstwa procesowego za II instancję według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja jest bezzasadna.

Sąd I instancji przeprowadził postępowanie dowodowe w zakresie wnioskowanym przez strony, zaś zebrane dowody poddał wszechstronnej analizie. Ustalając stan faktyczny sprawy stanowiący następnie podstawę do dalszych rozważań w kwestii zastosowania w sprawie przepisów prawa materialnego wskazać należy na to, iż poczynione przez ten sąd ustalenia znajdują odzwierciedlenie w dowodach zebranych w sprawie. Dokonana przez Sąd Okręgowy analiza prawna okoliczności faktycznych sprawy nie budzi również uzasadnionych wątpliwości. W związku z tym Sąd Apelacyjny przyjmuje poczynione przez sąd I instancji ustalenia faktyczne oraz rozważania prawne - jako własne bez potrzeby ich ponownego przytaczania.

Za nietrafny uznać należy zarzut naruszenia prawa procesowego, dotyczący naruszenia przepisu art. 328 § 2 k.p.c. przez nie zawarcie w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia danych pozwalających na jego kontrolę, czy prawo materialne procesowe zostało należycie zastosowane, co uniemożliwia odtworzenie toku myślowego Sądu oceniającego materiał dowodowy w zakresie opinii biegłych i konstruowanie na ich podstawie stanu faktycznego sprawy co do odpowiedzialności Szpitala za krzywdę w związku z amputacją 1/3 kończyny. Zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. może znaleźć uzasadnienie w tych wyjątkowych sytuacjach, w których treść uzasadnienia uniemożliwia całkowicie dokonanie oceny, zrozumienia toku rozumowania sądu, który doprowadził do wydania orzeczenia, gdy sfera motywacyjna pozostaje nieujawniona bądź niezrozumiała lub gdy zawarte w nim rozważania pozostają całkowicie bez związku z rozpoznawaną sprawą. Tylko bowiem w takim przypadku uchybienie art. 328 § 2 k.p.c. może być uznane za mogące mieć wpływ na wynik sprawy. Taka sytuacja w sprawie nie miała miejsca. Sąd Okręgowy omówił całość materiału dowodowego i dokonał jego oceny prawnej.

Sąd Apelacyjny nie podziela zarzutu sprzeczności ustaleń Sądu I instancji z zebrany w sprawie materiałem dowodowym, jak też powiązany z tym zarzutem naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Po pierwsze nie jest prawdziwe twierdzenie, iż działanie pozwanego Szpitala zarzucane w pozwie jako przyczyna szkody (wizyta powoda na (...) w dniu 28 września 2014 r.), której doznał powód, było prawidłowe. To stwierdzenie odniósł biegły do procesu leczenia powoda od 5 października 2014 r. (opinia k.191-198). Biegły wskazał w opinii, iż wobec braku dokumentacji medycznej trudno ustalić precyzyjnie kwestie związane z istnieniem związku przyczynowego pomiędzy „nieokreślonym” postępowaniem personelu medycznego pozwanego Szpitala w dniu 28 września 2014 r., a koniecznością dokonania amputacji kończyny dolnej w dniu 17 października 2014 r.” Jednocześnie stwierdził, iż przyjmując, iż powód zgłosił się z nieokreślonymi bólami kończyny dolnej, zdiagnozowanie tętnika oraz krytycznego niedokrwienia kończyny dolnej, nie powinno stanowić problemu dla lekarza. Wystarczyło nawet zwykle badanie fizykalne, choć właściwsze byłoby wykonanie (...). Niewątpliwie pozwany Szpital tej diagnostyki zaniechał. Nawet przyjmując, iż stan zdrowia powoda w dacie zgłoszenia się na (...) odpowiadał opisowi przedstawionemu przez lekarza rodzinnego, do którego zgłosił się

powód w dniu 30 września 2014 r. – silny ból lewej stopy i podudzia, stopa zasiniona o zmniejszonym ociepleniu (k.448 - 449), to wedle opinii biegłego, taki stan wymagał również pilnej diagnostyki i hospitalizacji.

Należy jednak podkreślić, iż pozwany nie kwestionował ustaleń faktycznych Sądu Okręgowego dotyczących objawów jakie wystąpiły u powoda w dacie zgłoszenia się na (...). Powód około dwa tygodnie przed wizytą odczuwał przejściowe bóle, skurcze mięśni w stopach i łydkach oraz klucie i mrowienie w stopie lewej, ostrzejsza ich forma wystąpiła dopiero po nocy poprzedzającej zgłoszenie się na (...). Stopa była chłodna, delikatnie odbarwiona i była widoczna linia demarkacyjna na grzbiecie stopy. Biegły w opinii głównej i uzupełniających podał, iż taki opis odpowiada ostrym zmianom niedokrwiennym, które wymagały badań obrazowych (USG). Wskazał też, że zmiany te najprawdopodobniej były częściowo nieodwracalne, ale nie można ustalić w jakim zakresie, gdyż nie przeprowadzono żadnych badań. Jednocześnie podał, iż taki stan nie był równoznaczny z koniecznością amputacji kończyny dolnej na wysokości 1/3 podudzia lewego (opinia uzupełniająca k.463 - 466). Należy też dodać, co wynika z kolei z opinii biegłej A. M., opiniującej na potrzeby (...)w B., iż dopiero zamknięcie trzeciej tętnicy, było prawdopodobną przyczyną niedokrwienia stopy, odczuwanej jako narastający ból u pacjenta, co spowodowało wezwanie pogotowia przez powoda w dniu 5 października 2014 r. (k.46-51 akt). U powoda stwierdzono tętniaka tętnicy podkolanowej, rozlane tętno w lewym dole podkolanowym i jego brak w tętnicach poniżej, niedrożność dystalnych odcinków tętnic piszczelowych. Wówczas stan powoda oceniono jako krytyczny i nie dający szans na uratowanie kończyny, mimo wdrożenia prawidłowego leczenia fibrynolitycznego. Brak efektów tego leczenia skutkowało koniecznością amputacji kończyny.

Nie jest też słuszny zarzut apelacji, iż wbrew stanowisku Sądu Okręgowego, przeprowadzenie diagnostyki nie było w tym wypadku gwarantem osiągnięcia sukcesu terapeutycznego lub uniknięcia określonych powikłań, co potwierdziła załączona do pozwu opinia przeprowadzona przed Wojewódzką Komisją do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, z której wynika, że „nieodwracalne zmiany niedokrwienne, uniemożliwiające uratowanie kończyny były obecne już w dniu zgłoszenia się powoda do Izby Przyjąć tj. 28 września 2014 r.” Należy zauważyć, iż Komisja ostatecznie orzekła, iż doszło do zdarzenia medycznego w rozumieniu art. 67a pkt 1 ppkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017, poz. 1318z późn. zm.), co oznacza, że stwierdzono zarówno zawinione działanie pozwanego jak i związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem, a pogorszeniem stanu zdrowia powoda. Z kolei, biegły sądowy stwierdził, że wobec braku dokumentacji medycznej i badań, nie można ustalić zakresu częściowo nieodwracalnych zmian niedokrwienych u powoda (opinia uzupełniająca z dnia 9.10.2018 r.).

Nie jest też trafny zarzut błędnego jakoby ustalenia, iż w pozwanym szpitalu doszło do błędu medycznego w postaci błędu diagnostycznego, polegającego na nieprzeprowadzeniu koniecznych badań w dniu 28 września 2014 r., co spowodowało amputację 1/3 kończyny J. C..

Biegły J. P. podkreślił, że bezpośrednią przyczyną konieczności amputacji było krytyczne niedokrwienie z martwicą przedstopia lewego, którego przyczyną była choroba powoda, lecz pośrednią przyczyną była zakrzepica tętniaka lewej tętnicy podkolanowej z najbardziej prawdopodobnym powikłaniem w postaci mikro i makrozatorów tętnic podudzia lewego. Biegły wyjaśnił, że jakkolwiek nie istnieje żadna dokumentacja szpitalna z dnia pierwszej wizyty powoda na (...) w B., pacjent musiał zgłosić się już z objawami tętniaka i niedokrwienia. W takim przypadku, oprócz badania fizykalnego i wywiadu, powinno zostać wykonane przynajmniej badanie USG – podstawowe badanie, umożliwiające zorientowanie się, jaki jest stan ukrwienia kończyny i stan naczyń. W zależności od wyniku winny być podejmowane dalsze czynności. Zatem zarzut obrazu art. 415 k.c., nie był zasadny. Dla porządku dodać należy, iż skoro pozwanym jest szpital, właściwą podstawą prawną winien być art. 430 k.c.

Odnosząc się do zarzutu obrazu art. 6 k.c. i art. 361 k.c. przypomnieć należy, iż zgodnie ze stanowiskiem judykatury w tzw. sprawach medycznych, na stronie powodowej ciąży obowiązek wykazania wszystkich przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego, w tym związku przyczynowego. Biorąc jednak pod uwagę, że w tego rodzaju procesach wykazywanie przez powoda wszystkich etapów związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem wskazywanym jako sprawcze a szkodą może być nader utrudnione, a nawet niemożliwe, orzecznictwo dopuściło tzw. dowód prima facie oparty na konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.), co wymaga wykazania

wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je jako oczywiste. Związek przyczynowy między zachowaniem pozwanego a szkodą, w postaci pogorszenia stanu zdrowia pacjenta nie musi być zatem 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. Na podstawie domniemania faktycznego może być ustalona zarówno wina lekarza, o ile brak jest dowodu przeciwnego, jak i istnienie związku przyczynowego między zaniedbaniami funkcjonariuszy zakładu służby zdrowia a pogorszeniem stanu zdrowia lub śmiercią pacjenta, chyba że istnieją podstawy do wniosku, iż zasady medycyny związek ten wyłączają. Domniemanie faktyczne może być podstawą ustaleń o tyle tylko, o ile stanowi wniosek logiczny z prawidłowo ustalonych faktów stanowiących jego przesłankę i wchodzi w rachubę tylko w braku bezpośrednich środków dowodowych (wyrok SN z dnia 5.02.2014 r., V CSK 140/13).

Zgodnie z art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność wyłącznie za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. W tym znaczeniu adekwatny związek przyczynowy zachodzi tylko wtedy, gdy w zestawie wszystkich przyczyn i skutków mamy do czynienia jedynie z takimi przyczynami, które normalnie powodują określone skutki. Dla stwierdzenia istnienia adekwatnego związku przyczynowego niezbędne jest zatem zbadanie, czy pomiędzy kolejnymi faktami istnieją obiektywne powiązania tj. wyjaśnienie, czy dany fakt (przyczyna) był koniecznym warunkiem wystąpienia drugiego z nich (skutku), czyli czy bez niego skutek nastąpiłby. W doktrynie znajduje aprobatę stanowisko, że dla stwierdzenia w określonym stanie faktycznym adekwatnego związku przyczynowego (art. 361 § 1 k.c.) należy: ustalić, czy zdarzenie stanowi warunek konieczny wystąpienia szkody (test *conditio sine qua non*), oraz ustalić, czy szkoda jest normalnym następstwem tego zdarzenia (selekcja następstw). Test warunku koniecznego, zakładający wartościowanie związku przyczynowego, pozwala stwierdzić, czy między zdarzeniem a szkodą zachodzi obiektywna zależność. W tym celu należy zbadać, czy niewystąpienie zdarzenia powodowałoby, że szkoda także nie wystąpiłaby.

W piśmiennictwie dominuje pogląd, że dla określenia normalnych następstw działania lub zaniechania podmiotu nie należy odwoływać się do przewidywalności (kryterium podmiotowego, właściwego dla ustalania winy), lecz w sposób obiektywny ustalić, czy prawdopodobieństwo skutku zwiększa się każdorazowo wraz z wystąpieniem przyczyny danego rodzaju (por. Prawo zobowiązań - część ogólna system Prawa Prywatnego, tom 6, pod red. A. Olejniczaka, M. Kaliński, Szkoda na mieniu..., wyrok SN z dnia 12 lutego 2000 r., I CKU 111/97, z dnia 18 maja 2000 r., III CKN 810/98, z dnia 14 marca 2002 r., IV CKN 826/00, czy z dnia 10 kwietnia 2000 r., V CKN 28/00 - nie publ). Za normalne mogą być uznane tylko takie następstwa, których prawdopodobieństwo wystąpienia zawsze wzrasta, ilekroć pojawi się przyczyna danego rodzaju. Ustalanie związku przyczynowego ogranicza się do kryteriów zobiektywizowanych, wynikających z zasad doświadczenia społecznego, wspartego wiedzą naukową, które pozwalają przyjąć, że zwykle, najczęściej, określone zdarzenie późniejsze (skutek) jest następstwem zdarzenia wcześniejszego (przyczyny). Szkoda poniesiona przez poszkodowanego nie musi też być bezpośrednią konsekwencją zdarzenia sprawczego. Zatem normalny związek przyczynowy - w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. - między określonym zdarzeniem a szkodą zachodzi wówczas, gdy w danym układzie stosunków i warunków oraz w zwyczajnym biegu rzeczy, bez zaistnienia szczególnych okoliczności, szkoda jest normalnym następstwem tego rodzaju zdarzeń.

Mając to na względzie nie sposób uznać za trafny zarzutu apelacji, iż przyczyną amputacji kończyny powoda, nie było zawinione działanie pozwanego, a w zasadzie zaniechanie, w sytuacji, gdy według biegłego, pacjent musiał zgłosić się już z objawami tętniaka i niedokrwienia na (...) pozwanego Szpitala, w którym nie przeprowadzono żadnej diagnostyki, mimo istnienia takiej konieczności. Normalnym następstwem tego zaniechania było pogorszenie stanu zdrowia powoda, prowadzące ostatecznie do krytycznego niedokrwienia kończyny dolnej lewej, martwicy przodostopia i palców stopy lewej i amputacji kończyny dolnej lewej.

Sąd Apelacyjny nie podziela też zarzutów koncentrujących się wokół tezy, iż powód przyczynił się do szkody. Analiza tego zarzutu prowadzi do wniosku, iż pozwany winy powoda upatruje w tym, że był od wielu lat chory, a nadto, iż zbyt późno podjął leczenie. Zarzut pierwszy jest oczywiście bezzasadny, gdyż istnienie choroby u pacjenta w żaden sposób nie wpływa na przyczynienie się do szkody, w sytuacji gdy pacjent zgłasza się z objawami choroby, a zakład opieki zdrowotnej niewłaściwie tę chorobę leczy lub diagnozuje. Okoliczność, iż objawy choroby niedokrwiennej

narastają w okresie wieloletnim, nie oznacza, że powód przez wiele lat zaniechał jej leczenia, gdyż takich dowodów nie przeprowadzono. Również zgłoszenie się przez powoda na (...) po okresie utrzymywania się dolegliwości bólowych przez okres około 2 tygodni, choć nie miało pozytywnego wpływu na ukrwienie kończyn dolnych, to wobec braku dokumentacji z tej wizyty, nie pozwala na ustalenie, jaki to miało ostatecznie wpływ na jego stan zdrowia. Zauważyć należy, iż nawet podmioty udzielające świadczeń medycznych – pozwany Szpital i lekarz rodzinny, nie dostrzegły potrzeby hospitalizacji powoda, bądź pilnej diagnostyki, a powód miałby posiadać większą wiedzę w tym zakresie. Również nie sposób postawić zarzutu powodowi, iż zbyt późno zgłosił się do lekarza rodzinnego (po dwóch dniach), skoro zapisał się na najbliższy możliwy termin, a w czasie wizyty na (...) w pozwanym Szpitalu lekarz nie dostrzegł potrzeby podjęcia leczenia. Tym samym zarzuty obrazy art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 k.p.c. poprzez przekroczenie zasady swobodnej oceny dowodów i pominięcie wniosków z opinii biegłych, należało uznać za bezzasadne. Również powiązany z tym zarzut naruszenia prawa materialnego – art. 6 k.c. był chybiony.

Sąd Apelacyjny nie dostrzegł też konieczności przeprowadzenia dowodu z opinii innego biegłego z zakresu chirurgii naczyniowej z urzędu. Wbrew twierdzeniom skarżącego wnioski opinii biegłego sądowego i biegłej opiniującej przed Wojewódzką Komisją do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, były zbieżne, co do winy pozwanego i związku przyczynowego. Zatem nie doszło do naruszenia przez Sąd I instancji art. 232 k.p.c. w zw. z art. 278 k.p.c. w zw. z art. 286 k.p.c. Sąd Apelacyjny uzupełnił jedynie postępowanie dowodowe, w zakresie dotyczącym leczenia powoda przez lekarza rodzinnego, aby wyjaśnić wszystkie istotne okoliczności sprawy, w szczególności dotyczące stanu zdrowia powoda w dacie udzielania mu świadczeń medycznych.

Sąd Apelacyjny nie podziela też zarzutu obrazy art. 445 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. oraz art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, polegające na zasądzeniu na rzecz powoda zadośćuczynienia, które jest rażąco wygórowane. Zasądzona kwota 130.000 zł, mając na względzie krzywdę jakiej doznał powód i stopień winy pozwanego, nie jest wygórowana, tym bardziej rażąco wygórowana. Argumenty wskazywane przez pozwanego w apelacji są bez znaczenia dla określania wysokości zadośćuczynienia. Sąd Okręgowy prawidłowo wskazał przesłanki jakie wziął pod uwagę zasądzając kwotę zadośćuczynienia - z obu wskazanych podstaw, zaś Sąd Apelacyjny to stanowisko podziela.

Sąd Apelacyjny nie dopatrywał się też podstaw do zastosowania art. 102 k.p.c., mając na względzie zarówno charakter sprawy, jak i okoliczność, iż powodem jest poszkodowany pacjent, zaś pozwanym Szpital.

Z tych przyczyn apelacja jako bezzasadna podlegała oddaleniu na mocy art. 385 k.p.c. O kosztach postępowania odwoławczego postanowiono w oparciu o art. 98 §1 k.p.c. obciążając nimi pozwanego jako przegrywającego spór w całości.

(...)