

Sygn. akt I ACa 489/19

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 listopada 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: Sędzia SA Michał Kłós

Sędziowie: SA Wiesława Kuberska (spr.)

SA Alicja Myszkowska

Protokolant: sekr. sąd. Iga Kowalska

po rozpoznaniu w dniu 22 listopada 2019 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa E. P. (1)

przeciwko (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Z.

o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku wstępnego Sądu Okręgowego w Sieradzu

z dnia 16 listopada 2017 r. sygn. akt I C 23/16

- 1. zmienia zaskarżony wyrok wstępny w ten sposób, że powództwo oddala;**
- 2. przyznaje biegłej sądowej M. Ź. (1) wynagrodzenie za wydanie opinii uzupełniającej w postępowaniu apelacyjnym w kwocie 647,80 (sześćset czterdzieści siedem i 80/100) zł i nakazuje kwotę tę wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Sieradzu;**
- 3. nie obciąża powoda kosztami procesu za obie instancje i postępowanie zażaleniowe przed Sądem Najwyższym;**
- 4. przyznaje i nakazuje wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Sieradzu z tytułu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu:**
 - w kwocie 8.856 (osiem tysięcy osiemset pięćdziesiąt sześć) zł brutto w postępowaniu przed Sądem I instancji;**
 - w kwocie 6.642 (sześć tysięcy sześćset czterdzieści dwa) zł brutto w postępowaniu przed Sądem II instancji,**
 - w kwocie 6.642 (sześć tysięcy sześćset czterdzieści dwa) zł brutto w postępowaniu zażaleniowym przed Sądem Najwyższym.**

Sygn. akt I ACa 489/19

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem wstępnym z 16 listopada 2017 r. Sąd Okręgowy w S., w sprawie z powództwa E. P. (1) przeciwko (...) spółce z o.o. w Z. o odszkodowanie, uznał roszczenie powoda za usprawiedliwione co do zasady.

(wyrok wstępny – k. 427)

Powyższe rozstrzygnięcie zostało wydane na podstawie ustaleń, z których wynikało, że powód od wielu lat choruje na cukrzycę. W sobotę 11 lutego 2012 r. powód wraz z żoną byli na działce. Powód miał na sobie zimowe ubranie i zimowe buty. Na działce zalegał śnieg. Powód nastąpił nogą w bucie na metalowy przedmiot – oznaczenie samochodu marki P.. To oznaczenie miało dwie metalowe śruby, z których jedna, przebijając podeszwę buta, wbiła się powodowi w podeszwę lewej stopy, powodując widoczne na śniegu krwawienie. Powód po tym zdarzeniu pojechał do domu, gdzie żona obmyła mu stopę i połała ją R.. W niedzielę powód odczuwał ból stopy, ale nie pojechał do szpitala. Powód zgłosił się do strony pozwanej w poniedziałek 13 lutego 2012 r. W poradni chirurgicznej szpitala w gabinecie zabiegowym dokonano toalety rany, a lekarz przepisał stosowne leki.

Po tej wizycie powód pojechał w dniu 16 lutego 2012 r. do przychodni diabetologicznej w Ł., gdzie zmieniono mu opatrunek i udzielono skierowania do szpitala z uwagi na stan stopy. W tym samym dniu powód zgłosił się do pozwanego szpitala na oddział chirurgiczny, w którym przebywał do 22 lutego 2012 r. Przy wypisaniu ze szpitala powodowi zalecono wizyty w poradni chirurgicznej w celu zmiany opatrunków na zranionej stopie. Następnego dnia po wypisaniu z pozwanego szpitala powód udał się na zmianę opatrunku do przychodni diabetologicznej w Ł., gdyż do niej miał większe zaufanie niż

do poradni chirurgicznej pozwanego szpitala. W poradni w Ł. pielęgniarka w trakcie zmiany opatrunku zdjęła powodowi strup, jaki miał w miejscu zranienia na stopie. Po wykonaniu tej czynności zobaczyła, że rana ma zanieczyszczenia w postaci gumy i części skarpety. W takich okolicznościach zrobiła zdjęcie rany powoda i jego stopy oraz wezwała lekarza. W tej przychodni powodowi wykonano zdjęcie RTG, które wykazało fragment ciała obcego. Powodowi oczyszczono ranę, wyjmując z niej kawałek plastiku i zalecono kolejne wizyty.

Rana na stopie powoda dalej się nie goiła. W (...) poradni skierowano powoda ponownie do szpitala. Tym razem powód udał się do szpitala

w P., gdzie pracował lekarz, który opatrywał mu stopę w przychodni w Ł.. Tam powodowi amputowano trzeci palec stopy wraz raną. Mimo tego zabiegu stan zdrowia powoda nie uległ poprawie. We wrześniu 2012 r. w poradni w Ł. stwierdzono zakażenie rany na stopie powoda i zalecono amputację kończyny dolnej lewej. Z uwagi na zagrożenie życia wywołane zakażeniem powód wyraził zgodę na amputację, która miała miejsce w szpitalu w Ł..

Po amputacji powód wystąpił w grudniu 2012 r. do Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Ł. o ustalenie, że jego leczenie w pozwanym szpitalu było zdarzeniem medycznym w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komisja przyjęła wniosek do rozpoznania. Rozpoznając wniosek Komisja dwa razy wydała orzeczenia uznające leczenie powoda w pozwanym szpitalu za zdarzenie medyczne. Przy trzecim rozpoznaniu sprawy Komisja nie uznała sposobu leczenia powoda w pozwanym szpitalu za zdarzenie medyczne.

W świetle poczynionych ustaleń faktycznych Sąd Okręgowy uznał odpowiedzialność publicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na podstawie art. 430 k.c. Odnośnie deliktowej odpowiedzialności lekarza i miary należytej staranności, jaka na nim spoczywa, Sąd Okręgowy przywołał wyrok Sądu Najwyższego z 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09, w którym stwierdzono, że w takich przypadkach chodzi o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania, które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Stwierdzenie błędu w sztuce medycznej w kontekście odpowiedzialności

zakładu opieki zdrowotnej, w którym miał miejsce zabieg, jest całkowicie niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Istotne jest bowiem to, że czynność tę wykonał pracownik zakładu w ramach jego działalności. Dopiero po ustaleniu, że pozwana jednostka odpowiada za powstałe u chorego szkody na podstawie art. 430 k.c. należy rozważyć zaistnienie przesłanek dodatkowej ochrony udzielanej przez prawo pokrzywdzonemu, którymi obok odszkodowania są zadośćuczynienie i renta, opisane w treści art. 444 i 445 k.c.

W ocenie Sądu a quo biorąc pod uwagę opinię biegłych, uzasadnione było twierdzenie strony powodowej, że personel medyczny pozwanego szpitala nie wykonał z należytą starannością wszystkich swoich obowiązków. Biegła diabetolog stwierdziła, że w pozwanym szpitalu nie dochowano należytej staranności w postępowaniu z powodem jako pacjentem chorym na cukrzycę. Biegły chirurg wskazał na brak wykonania zdjęcia RTG stopy powoda, zbyt szybkie wypisanie go z pozwanego szpitala i co najważniejsze niestaranną rewizję rany, czego skutkiem było pozostawienie w stopie powoda kawałka plastiku utrudniające proces gojenia rany. Choć biegły chirurg stwierdził, że późniejsza amputacja stopy powoda była w głównej mierze następstwem rozwiniętej cukrzycy i braku higieny powoda w zakresie pielęgnacji stopy cukrzycowej, wskazał jednocześnie, że w pozwanym szpitalu nie zachowano wobec powoda należytej staranności w leczeniu ogólnym

i miejscowym. Za wysoce naganne uznał przedwczesne wypisanie powoda z ropiejącą stopą bez dokładnego zbadania jej stanu i pozostawienie ciała obcego w stopie powoda, które przyspieszyło jej degenerację i poskutkowało jej amputacją. Intensywna choroba stopy zaistniała w wyniku urazu i chorej rany, nieogojącej się wskutek pozostawienia w niej w pozwanym szpitalu ciała obcego przez okres 12 dni. W ocenie Sądu Okręgowego popełniony błąd w pozwanym szpitalu nie mógł zostać potraktowany za przesądający wyłącznie o związku przyczynowo - skutkowym z amputacją jego stopy, której główną przyczyną była cukrzyca, ale opisane powyżej działania w pozwanym niewątpliwie stanowiły błąd medyczny ze strony prowadzącego czynności personelu medycznego, które pozwoliły uznać roszczenia powoda z art. 430 k.c. za usprawiedliwione co do zasady.

W konsekwencji powyższego Sąd pierwszej instancji doszedł do przekonania, że zaszły podstawy do postawienia pracownikom pozwanego szpitala zarzutu bezprawnego zachowania i zaniechania.

Odnosząc się do kolejnej przesłanki wymaganej przy odpowiedzialności odszkodowawczej, którą jest istnienie związku przyczynowego pomiędzy bezprawnym działaniem personelu medycznego a powstałą szkodą u pacjenta, Sąd Okręgowy zaznaczył, że w przypadku szkód związanych z leczeniem, poszkodowany z reguły nie jest w stanie w sposób ścisły udowodnić oddziaływania czynnika szkodzącego, wobec czego, w celu ułatwienia poszkodowanym dochodzenia odszkodowania, przyjęto w orzecznictwie konstrukcję tzw. dowodu prima facie, który polega na wykazaniu prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego.

W realiach niniejszej sprawy Sąd Okręgowy za współprzyczynę szkody poniesionej przez powoda uznał oprócz zaawansowanej cukrzycy również działanie personelu medycznego pozwanego szpitala, którzy nie dochowali należytej staranności, pozostawili ciało obce w stopie powoda oraz przedwześnie wypisali go ze szpitala. Tym samym strona powodowa wykazała, że istnieje adekwatny związek przyczynowy pomiędzy skutkiem w postaci amputacji kończyny a zachowaniem personelu medycznego pozwanego szpitala. Postawa powoda i brak prawidłowego leczenia zaawansowanej cukrzycy mogły natomiast podlegać ocenie w kategoriach ewentualnego przyczynienia się do powstania szkody (art. 362 k.c.).

(uzasadnienie wyroku wstępnego – k. 428 – 432 verte)

Pozwany zaskarżył opisany wyrok wstępny apelacją opartą na następujących zarzutach:

1. obraży przepisów prawa procesowego, tj.:

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez brak dokonania właściwej, pełnej

i wszechstronnej oceny materiału dowodowego sprawy, co przejawiało się w:

a) dokonaniu błędnego opisu stanu faktycznego, to jest wskazaniu, że do zdarzenia doszło 11 lutego 2012 r., gdy w rzeczywistości do zdarzenia doszło

9 lutego 2012 r.,

b) dopuszczeniu się błędnej oceny stanu faktycznego i pomimo wskazania, że 13 lutego 2012 r. w poradni chirurgicznej szpitala doszło do dokonania toalety rany i przepisaniu stosownych leków, Sąd uznał, że nie wykonano starannej rewizji rany,

c) dopuszczeniu się błędnej oceny stanu faktycznego i wskazania, że „pielęgniarka w trakcie zmiany opatrunku zdjęła powodowi strup (...) rana na stopie dalej się nie leczyła” w sytuacji, gdy świadek Z. G. oświadczył na rozprawie w dniu 12 września 2016 r., że: „gdy to strup, to rana się leczyła

a organizm się obronił, bo to ciało obce otoczył strupem i wydalil go z tym strupem z siebie”, zatem logiczny i właściwy winien być wniosek, że powstały strup stanowił oznakę leczącej się rany,

d) braku wzięcia przez Sąd pod uwagę okoliczności, że do zakażenia rany na stopie powoda doszło we wrześniu 2012 r., zatem siedem miesięcy po pobycie w (...) sp. z o.o. oraz kilka miesięcy po operacji amputacji trzeciego palca w innej placówce,

e) pominięciu przy ustalaniu stanu faktycznego sprawy treści orzeczenia Wojewódzkiej Komisji Do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych (...)(...),

f) przyjęciu, że roszczenie jest uzasadnione co do zasady w sytuacji,

gdy zdaniem biegłej z zakresu diabetologii następcza amputacja nogi stanowi normalną konsekwencję ogólnego stanu zdrowia powoda i nie miał na nią wpływu przebieg leczenia w pozwanym szpitalu,

g) uznaniu, że stan zapalny u powoda zaistniał na skutek nie usunięcia ciała obcego w sytuacji, gdy stan zapalny zaistniał w skutek przewlekłej choroby – cukrzyca,

h) ustaleniu, że działania pozwanego doprowadziły w ostateczności do amputacji jego kończyny dolnej w sytuacji, gdy do amputacji kończyny dolnej doprowadziła przewlekła choroba powoda – cukrzyca,

i) przyjęciu, że ciało obce u powoda gołym okiem zauważyła pielęgniarka

w gabinecie zabiegowym w Ł. w sytuacji, gdy pielęgniarka zobaczyła ciało obce dopiero po odkryciu strupa, zatem nie było one widoczne „gołym okiem”,

- art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. z uwagi na dokonanie dowolnej oceny materiału dowodowego sprawy, co przejawiało się w:

a) ustaleniu, że pozostawienie ciała obcego w stopie powoda bez wątplenia przyspieszyło degenerację tej stopy i w konsekwencji jej amputację w sytuacji, gdy wniosek ten nie został wyprowadzony z żadnego złożonego do sprawy dowodu,

b) ustaleniu, że intensywne choroby stopy zaistniała w wyniku urazu

i chorej rany, nieleczącej się w skutek pozostawienia w niej w pozwanym szpitalu ciała obcego przez okres 12 dni w sytuacji, gdy wniosek ten nie został wyprowadzony z żadnego złożonego do sprawy dowodu, a okoliczności sprawy oraz dowody świadczą o tym, że intensywne choroby stopy spowodowana była długotrwałą chorobą – cukrzyca,

c) przyjęciu, że zabrakło o powoda dokonania zdjęcia RTG w sytuacji, gdy nie wynika ze złożonych w sprawie dowodów, żeby dokonanie takiego zdjęcia było konieczne,

2. obrazy przepisów prawa materialnego, tj.:

- art. 355 § 1 i 2 k.c. poprzez jego błędną wykładnię i przyjęcie, że wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej

(art. 355 § 2 k.c.) gwarantować powinien, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywany efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia w sytuacji, gdy z zebranego w sprawie materiału dowodowego sprawy wynika jednoznacznie, że działania pozwanego nie polegały na pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta (opinie biegłych, treści orzeczenia Wojewódzkiej Komisji Do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych (...)(...)),

- art. 361 § 1 k.c. poprzez jego niezastosowanie i brak przyjęcia, że odpowiedzialność podmiotu obejmuje jedynie zwykle (regularne) następstwa działania lub zaniechania, z którego wyniknęła szkoda, gdy szkoda powoda w postaci amputacji kończyny nie jest normalnym następstwem działań pozwanego, a trwającej 10 lat choroby, którą powód lekceważył.

W konkluzji skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i zwrot kosztów postępowania.

(apelacja – k. 443 – 448 verte)

Strona powodowa wniosła o oddalenie apelacji i przyznanie kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.

(protokół rozprawy apelacyjnej z 15 maja 2018 r. – k. 474)

Sąd Apelacyjny w Łodzi wyrokiem z 24 maja 2018 r., sygn. akt I ACa 13/18, uchylił zaskarżony wyrok wstępny i przekazał sprawę Sądowi Okręgowemu w Sieradzu do ponownego rozpoznania. W uzasadnieniu tego rozstrzygnięcia stwierdził, że materiał dowodowy, którym dysponował Sąd

I instancji nie pozwalał na wyrażenie oceny, jak w wyroku wstępnym. Przede wszystkim podniesiono, że Sąd pierwszej instancji naruszył art. 233 § 1 k.p.c., bowiem dokonał dowolnej oceny materiału dowodowego, w szczególności dowodu z opinii biegłych, sformułował wnioski niezajdujące jednoznacznego potwierdzenia w tych opiniach, nie rozważając możliwości wpływu na stan finalny (amputację kończyny) przewlekłej choroby, na którą cierpi powód. Wskazał na potrzebę uzyskania opinii biegłych diabetologa i chirurga, co do konieczności zastosowania wobec powoda przez lekarzy pozwanego szpitala w leczeniu rany ewentualnych wymaganych szczególnych procedur leczenia warunkowanych faktem, że powód choruje na cukrzycę i uzyskanie opinii, co do tego, czy amputacja w jakimkolwiek zakresie była wynikiem wskazanych przez biegłych uchybień w procesie leczenia rany powoda w pozwanym szpitalu. Poleciał również rozważenie zaistnienia związku przyczynowego pomiędzy szkodą powoda a deliktem pozwanego.

(pierwszy wyrok SA z uzasadnieniem – k. 481 – 491 verte)

Powód w zażaleniu złożonym w trybie art. 394¹ § 1¹ k.p.c. na opisany wyrok Sądu Apelacyjnego zakwestionował jego prawidłowość oraz wniósł o jego uchylenie i przekazanie sprawy temu Sądowi do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania zażaleniowego, w tym przyznanie pełnomocnikowi powoda z urzędu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej w postępowaniu zażaleniowym przed Sądem Najwyższym.

(zażalenie do Sądu Najwyższego – k. 502 – 504)

W odpowiedzi na zażalenie strona pozwana wniosła o jego oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania zażaleniowego.

(odpowiedź na zażalenie do Sądu Najwyższego – k. 516 – 517)

Sąd Najwyższy postanowieniem z 21 marca 2019 r., sygn. akt II CZ 95/18, uchylił wyrok Sądu Apelacyjnego, pozostawiając rozstrzygnięcie o kosztach postępowania zażaleniowego w orzeczeniu kończącym postępowanie w sprawie.

(postanowienie SN – k. 519)

W uzasadnieniu Sąd Najwyższy wyjaśnił, że w celu przeciwdziałania bezzasadnemu uchylaniu przez sądy odwoławcze zaskarżonych apelacją wyroków i przekazywaniu spraw do ponownego rozpoznania sądom pierwszej instancji, mimo braku przewidzianych w art. 386 § 2 i 4 k.p.c. przesłanek, ustawodawca dopuścił zażalenie do Sądu Najwyższego na kasatoryjne orzeczenia sądu drugiej instancji. Zażalenie to służy kontroli prawidłowości sposobu rozstrzygnięcia przez wybór orzeczenia kasatoryjnego, które może zostać wydane wyłącznie w razie wystąpienia przesłanek wskazanych w powołanych przepisach. Zgodnie z ich treścią, orzeczenie kasatoryjne może zostać wydane tylko w razie nieważności postępowania (art. 386 § 2 k.p.c.)

oraz w razie nierozpoznania przez sąd pierwszej instancji istoty sprawy lub konieczności przeprowadzenia w sprawie postępowania dowodowego w całości (art. 386 § 4 k.p.c.).

Jak wskazano, Sąd Apelacyjny uchylił wyrok Sądu Okręgowego, ponieważ przy ocenie dowodu z opinii biegłych dostrzegł naruszenie art. 233 k.p.c.

oraz uznał za potrzebne uzyskanie dalszych wypowiedzi biegłych z tych samych dziedzin. Przytoczone przez Sąd Apelacyjny uwarunkowania nie usprawiedliwiały jednak wydania orzeczenia kasatoryjnego.

(uzasadnienie postanowienia SN – k. 519 verte – 521)

Przy ponownym badaniu sprawy przez Sąd Apelacyjny w Łodzi strony podtrzymały swoje dotychczasowe stanowiska.

Sąd Apelacyjny ustalił następujący stan faktyczny.

E. P. (1) choruje na cukrzycę typu 2 od 2000 r. Początkowo powód był leczony doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi, choć w praktyce nie był leczony przez specjalistę diabetologa, ani hospitalizowany z tego powodu. Pacjent posiadał niski stopień wiedzy na temat choroby, jej leczenia i powikłań.

W październiku 2009 r. rozpoznano po raz pierwszy u powoda powikłania cukrzycy – owrzodzenie stopy prawej na stronie podeszwy (tzw. stopa cukrzycowa). U powoda wystąpiły nawracające zakażenia owrzodzenia wymagające interwencji chirurgicznej i terapii antybiotykowej. Powód miał niedostatecznie wyrównaną cukrzycę i rozwinęło się u niego przewlekłe powikłanie pod postacią zespołu stopy cukrzycowej. Od 2009 r. rozpoczęto u powoda terapię insulinową metodą wielokrotnych wstrzyknięć.

W lutym 2011 r. powód był zbadany przez biegłego sądowego D. L. dla potrzeb postępowania prowadzonego przed Sądem Okręgowym w Sieradzu o sygn. akt IV Uo 13/10. Biegły stwierdził, że powód ma osłabione czucie dotyku i wibracji na kończynach dolnych poniżej stawów kolanowych, osłabienie czucia głębokiego na stopie prawej i na opuszcze palucha prawego ranę 1,5 x 0,5 cm, a także czyste małe owrzodzenie pokryte strupem na szczycie palca III stopy lewej. Biegły zdiagnozował u powoda cukrzycę typu 2 źle wyrównaną, makroangiopatię cukrzycową, stopę cukrzycową neuropatyczną, owrzodzenie u podstaw palucha lewego, neuropatię cukrzycową czuciową obwodową symetryczną, nadciśnienie tętnicze zredukowane farmakologicznie, zespół zależności alkoholowej w wywiadzie i otyłość.

W dniu 4 maja 2011 r. u powoda dokonano amputacji palucha stopy prawej. Amputacja była wynikiem powikłań cukrzycy źle wyrównanej, a nie zaniedbań służby zdrowia. W sierpniu i wrześniu 2011 r. u powoda występował obrzęk i ból kolana lewego, miał robioną punkcję stawu lewego kolanowego.

W listopadzie 2011 r. rozpoznano u E. P. kolejne powikłanie przewlekłej cukrzycy w postaci choroby wieńcowej niestabilnej trójnaczyniowej.

W dniu 3 lutego 2012 r. powód stawił się w Poradni Chirurgicznej Szpitala w Z. z powodu oparzenia II st. przedramienia i ręki lewej. Uzyskał stosowną pomoc medyczną od chirurga D. Z. (1).

(dowód – dokumentacja lekarska – k. 148 – 168 i k. 171 – 174, pierwsza opinia pisemna biegłej sądowej diabetolog M. Ż. (1) – k. 293 – 306; pierwsza pisemna uzupełniająca opinia biegłej sądowej diabetolog M. Ż. (1) – k. 335 – k. 338; druga pisemna uzupełniająca opinia biegłej sądowej diabetolog M. Ż. (1) k. 537 – 541).

W sobotę 11 lutego 2012 r. powód wraz z żoną był na działce. Powód miał na sobie zimowe ubranie i zimowe buty. Na działce zalegał śnieg. Powód nastąpił nogą w bucie na metalowy przedmiot – oznaczenie samochodu marki P.. To oznaczenie miało dwie metalowe śruby, z których jedna, przebijając podeszwę buta, wbiła się powodowi w podeszwę lewej stopy, powodując widoczne na śniegu krwawienie. Powód po tym zdarzeniu E. P. wraz z żoną pojechali do domu, gdzie żona obmyła powodowi stopę i połała ją R.. W niedzielę powód odczuwał ból stopy, ale nie pojechał do szpitala. Żona powoda nie zdejmowała opatrunku, a jedynie polewała stopę R.. Powód nie nosił skarpet (dowód – zeznanie świadka H. P. – k. 1090.).

Powód zgłosił się do strony pozwanej w poniedziałek 13 lutego 2012 r. (okoliczność bezsporna). W poradni chirurgicznej szpitala w gabinecie zabiegowym dokonano toalety rany, a chirurg D. Z. (1) rozpoznał ranę kłutą stopy lewej, przepisał D. 1.0, M., R. (dowód – dokumentacja lekarska – k. 148 – 168 i k. 171 – 174, pierwsza opinia pisemna biegłej sądowej diabetolog M. Ż. (1) – k. 293 – 306). Lekarz obejrzał ranę i nie znalazł w niej ciał obcych. Postępowanie chirurgiczne wobec osób chorych na cukrzycę i innych jest takie samo (zeznania świadka D. Z. – k.109).

W dniu 16 lutego 2012 r. powód został skierowany z Poradni (...) Stopy Cukrzycowej w Ł. na Oddział Chirurgiczny Szpitala w Z. z uwagi na stan stopy. Noga była obejrzana przez pielęgniarkę (okoliczność niesporna). Powód przebywał w pozwanej placówce do 22 lutego 2012 r. (okoliczność bezsporna). U powoda rozpoznano stopę cukrzycową lewą, owrzodzenie stopy lewej – okolica podeszwowa. Powodem zajmowali się lekarze D. Z. (3) i R. S.. W trakcie pobytu powoda w pozwanym szpitalu codziennie były zakładane nowe opatrunki. Wobec powoda jako cukrzyka postępowano zgodnie ze starą procedurą, która nie obejmowała założenia osobnej karty cukrzycowej i monitorowania poziomu cukru oraz dawki podawanych leków na cukrzycę. Przy wypisie zalecono dalszą kontrolę w POZ i w poradni chirurgicznej (dowód – dokumentacja lekarska – k. 174 o., zeznania świadka D. Z. (3) – k. 109 i świadka R. S. – k. 2720., oraz pierwsza opinia pisemna biegłej sądowej diabetolog M. Ż. (1) – k. 293 – 306).

Po pobycie w pozwanym szpitalu, powód ponownie pojechał do Ł., gdzie został przyjęty przez lekarza Z. G.. U powoda stwierdzono strup na ranie, a po jego usunięciu w ranie znaleziono kawałek tworzywa sztucznego. Lekarz nie ustalił źródła tego ciała obcego. Powód bywał w Poradni Chirurgii Stopy Cukrzycowej w Ł. wielokrotnie, także na zmianie opatrunków. Lekarz zwracał mu uwagę na to, że źle chodzi lub ma źle założony opatrunek, gdyż zdarzało się, że opatrunek się zsuwał a rana bezpośrednio dotykała do buta lub nawet podłoża, po którym powód chodził. Ponadto powód miał ślady brudu na stopie, znał zasady pielęgnacji stopy cukrzycowej, ale się do nich nie stosował (dowód – zeznania świadka Z. G. – k. 273).

27 lutego 2012 r. powodowi wykonano w Szpitalu im. (...) w Ł. rtg stopy lewej, który nie wykazał uchwytnych zmian (dowód – dokumentacja lekarska – k. 175).

W dniach 1 marca, 12 marca i 5 kwietnia 2012 r. powód zgłaszał się do poradni chirurgicznej pozwanego szpitala (dowód – dokumentacja lekarska – k. 176). W dniu 13 kwietnia 2012 r. E. P. przeżył amputację palca III i części bliższej kości śródstopia lewego, a w dniu 24 sierpnia 2012 r. amputację IV palca stopy prawej (dowód – dokumentacja lekarska – k. 134 – 136 i 176 – 185 i k. 190 – 208 oraz k. 233 – 256 i k. 258 – 260; pierwsza opinia pisemna biegłej sądowej diabetolog M. Ż. (1) – k. 293 – 306; pierwsza pisemna opinia uzupełniająca biegłej sądowej diabetolog M. Ż. (1) – k. 335 – k. 338; druga pisemna uzupełniająca opinia biegłej sądowej diabetolog M. Ż. (1) k. 537 – 541).

W dniu 26 września 2012 r. z powodu braku zgody pacjenta na amputację wykonano nacięcie i drenaż ropowicy oraz wycięcie tkanek miękkich, a po uzyskaniu zgody – w dniu 27 września 2012 r. wykonano amputację lewej kończyny dolnej na wysokości 1/2 uda. Przed zabiegiem rozpoznano również ropowicę goleni lewej. Te ingerencje chirurgiczne u powoda są następstwem długotrwałej hiperglikemii i rozwiniętych powikłań cukrzycowych, nie są następstwem zaniedbań w procesie leczenia powoda u strony pozwanej. Powód źle kontrolował glikemię, nie leczył się specjalistycznie i niedostatecznie dbał o swoją chorobę.

W czasie pobytu w lutym 2012 r. w pozwanym szpitalu wskazany był większy nadzór lekarski i pielęgniarstwa nad prowadzeniem dobowego profilu cukru i kontrolą podawanych dawek insuliny przez powoda, ale te uchybienia nie były przyczyną amputacji kończyny dolnej lewej powoda (dowód – dokumentacja lekarska – k. 128 – 133 i k. 209 – 232 i opinia uzupełniająca biegłej sądowej diabetolog M. Ż. (1) – k. 537 – 541).

Postępowanie chirurgiczne wobec powoda w pozwanym szpitalu nie miało znaczenia dla dalszego rozwoju choroby i w efekcie amputacji nogi lewej powoda, było wynikiem rozwijającego się zespołu stopy cukrzycowej (dowód – pierwsza opinia pisemna biegłego sądowego chirurga J. P. – k. 363 – 364, pierwsza opinia pisemna uzupełniająca biegłego – k.386 i druga opinia pisemna uzupełniająca – k. 412).

W październiku 2014 r. powód przebywał w szpitalu w Ł., gdzie stwierdzono chorobę trójnaczyńniową, otyłość, nadciśnienie tętnicze, stopę cukrzycową prawą (dowód – dokumentacja lekarska – k. 137 – 140).

W czerwcu 2015 r. na skutek postępującej ropowicy w zakresie palca II stopy prawej doszło u powoda do amputacji tego palca wraz z głową II kości śródstopia (dowód – dokumentacja lekarska – k. 123 – 127).

W lutym 2016 r. powód przeżył zawał serca (dowód – dokumentacja lekarska – k. 141 – 144).

W związku z leczeniem powoda w pozwanym szpitalu toczyły się postępowania przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Ł.. Ostatecznie w orzeczeniu z dnia 3 grudnia 2013 r. w sprawie (...), kończącym całe postępowanie, stwierdzono, że podjęte wobec E. P. leczenie było wystarczające i adekwatne do zaistniałej sytuacji oraz zgodne z aktualną wiedzą medyczną i nie jest zdarzeniem medycznym w rozumieniu art. 67 a ust. 1 pkt. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dowód – k.3 – 19 i k. 54 – 63; okoliczność przyznana przez stronę powodową).

Ustalając powyższy stan faktyczny Sąd ad quem uwzględnił cały materiał dowodowy zebrany w sprawie, za wyjątkiem części zeznań świadka H. P. i zeznań córki powoda – M. W., gdyż odnoszą się one do aktualnego stanu zdrowia powoda, który jest na pewno ciężki, ale jest kwestią wtórną wobec konieczności udowodnienia w pierwszym rzędzie odpowiedzialności strony pozwanej. Sąd drugiej instancji ocenił, że cały pozostały materiał ma moc dowodową i jest wiarygodny, a ponadto wzajemnie się uzupełnia i tworzy spójną, logiczną całość. Tym samym Sąd Apelacyjny w pełni podzielił ocenę tego materiału dokonaną przez Sąd a quo, a w szczególności stwierdzenia, że dokumenty lub ich kopie znajdujące się w aktach są wiarygodne, nie były kwestionowane przez żadną ze stron, a Sąd nie znalazł żadnych podstaw, by czynić to z urzędu. Wobec tego Sąd odwoławczy także uznał, że dokumenty urzędowe stanowią, w myśl art. 244 § 1 k.p.c., dowód tego, co zostało w nich w sposób urzędowy stwierdzone, a dokumenty prywatne, zgodnie z art. 245 k.p.c. stanowią dowód tego, że osoby, które je podpisały złożyły oświadczenia w nich zawarte.

Sąd ad quem także uznał za wiarygodne zeznania świadków słuchanych w sprawie, bowiem treść tych zeznań dopełniła obraz zdarzenia

oraz późniejszego leczenia powoda. Sąd drugiej instancji w całości przyjął w poczet materiału dowodowego opinie biegłych powołanych w niniejszej sprawie z uwagi na to, że zostały sporządzone zgodnie z regułami sztuki, były spójne i logiczne, zawierały wyczerpujące odpowiedzi na zadane pytania, a żadna ze stron nie zakwestionowała ich treści. Sąd nie dostrzegł żadnych czynników osłabiających zaufanie do wiedzy biegłych i ich bezstronności, ani żadnych ważnych powodów, które zmuszałyby do dopuszczenia na obecnym etapie postępowania dowodu z opinii innych specjalistów.

Jednakże, mimo takiej zgodności w ocenie materiału dowodowego zebranego w sprawie, Sąd Apelacyjny nie mógł podzielić ustaleń faktycznych Sąd a quo i zdecydował się na dokonanie własnych ustaleń faktycznych, gdyż Sąd pierwszej instancji z naruszeniem zasady z art. 233 § 1 k.p.c. poczynił ustalenia niekompletne, wybiórcze i całkowicie dowolne, nieodnoszące się do okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia w sprawie. W tym zakresie trzeba jednoznacznie powiedzieć, że trafne są wszystkie zarzuty apelacji odnoszące się do naruszenia przywołanej normy, za wyjątkiem zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. poprzez brak dokonania właściwej, pełnej i wszechstronnej oceny materiału dowodowego sprawy, co przejawiało się w dokonaniu błędnego opisu stanu faktycznego, to jest wskazaniu, że do zdarzenia doszło 11 lutego 2012 r., gdy w rzeczywistości do zdarzenia doszło 9 lutego 2012 r., co zresztą nie miało żadnego znaczenia dla rozstrzygnięcia w sprawie.

Ponadto, co jest również naruszeniem przepisów procesowych, w tym art. 278 § 1 k.p.c. Sąd Okręgowy nie czyniąc zbyt obszernych ustaleń faktycznych, część faktów przeniósł do swoich rozważań i bardzo dowolnie je wykorzystał, odwołując się do okoliczności (przyjmując je za ustalone), niemających żadnego oparcia w materiale dowodowym. Fakty zastąpił ocenami, a także wyprowadził wnioski jurydyczne niemające żadnego oparcia w materiale procesowym. Dotyczy to w szczególności dowodów z opinii biegłych sądowych.

I tak, z jednej strony Sąd pierwszej instancji wskazuje, że biegły sądowy chirurg w treści swojej opinii wskazał, że postępowanie z powodem w poradni chirurgicznej pozwanego szpitala było prawidłowe i zdaniem biegłego sposób leczenia powoda w pozwanym szpitalu nie miał decydującego znaczenia dla dalszego rozwoju choroby, ale jednocześnie Sąd Okręgowy przyjmuje za udowodnioną zasadę odpowiedzialności strony pozwanej. Dalej, posługując się opinią biegłej sądowej diabetolog Sąd a quo jednocześnie przyjmuje, że zdaniem biegłej następcza amputacja nogi stanowi normalną konsekwencję ogólnego stanu zdrowia powoda i nie miał na nią wpływu przebieg leczenia w pozwanym szpitalu, ale odwołując się do tej opinii uwzględnia powództwo co do zasady. W tej sytuacji stwierdzenie Sądu pierwszej instancji, że „Intensywna choroba stopy zaistniała w wyniku urazu i chorej rany, niegójącej się wskutek pozostawienia w niej w pozwanym szpitalu ciała obcego przez okres 12 dni”, jest całkowicie dowolne.

Mając na uwadze powyższą ocenę materiału dowodowego, a w szczególności jego kompletność Sąd drugiej instancji wprawdzie uzupełnił w części materiał dowodowy poprzez zlecenie biegłej sądowej diabetolog wydanie kolejnej uzupełniającej opinii i próbę uzupełnienia opinii przez biegłego sądowego chirurga, to jednak wobec kategoryczności stanowiska zajętego przez biegłą M. Ż. i poparcie stanowiska już wcześniej zajętego, Sąd uznał za zbędne dalsze procedowanie. Oddalono wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego sądowego chirurga, gdyż ostatecznie opinia biegłego chirurga J. P., dwukrotnie uzupełniana, okazał się wewnętrznym spójnym, logicznym i w pełni korespondującym z innym materiałem dowodowym zebrany w sprawie.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

Apelacja jest trafna i podlega uwzględnieniu na podstawie art. 386 § 1 k.p.c.

Nie może budzić wątpliwości, że ewentualną podstawą prawną roszczenia powoda z tytułu tzw. błędu w sztuce lekarskiej byłby art. 430 k.c., zgodnie z którym kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonych jej czynności. Przepis ten statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy, przez co przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, że pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.). Personel medyczny, w tym także lekarz, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek np. w zakresie grafików operacji, dyżurów.

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga spełnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego. Ściśle biorąc, błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność lekarza w zakresie diagnozy i terapii niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo.

Strona powodowa, już po ustanowieniu dla powoda pełnomocnika z urzędu, wskazała, jako podstawę faktyczną swojego roszczenia następujące zdarzenia: nie prowadzenie codziennej dokumentacji medycznej powoda w czasie pobytu w szpitalu w dniach 16 – 22 lutego 2012 r., brak monitorowania poziomu glukozy i dostosowywania przez personel medyczny dawek insuliny do tegoż poziomu, oraz brak starannego oczyszczenia stopy powoda zarówno w przychodni przyszpitalnej w dniu 13 lutego 2012 r., jak w czasie pobytu w szpitalu w dniach 16 – 22 lutego 2012 r. Przeprowadzone postępowanie dowodowe wykazało, że rzeczywiście nie prowadzono dla powoda oddzielnej dokumentacji cukrzycowej i zaniedbano monitorowanie poziomu glukozy i nie dostosowywano przez personel medyczny dawek insuliny do tegoż poziomu, co może stanowić naruszenie obowiązków medycznych. Natomiast w ocenie Sądu Apelacyjnego zasadnicze wątpliwości budzi wykazanie braku starannego oczyszczenia stopy powoda w przychodni przyszpitalnej w dniu 13 lutego 2012 r., oraz w szpitalu w dniach 16 – 22 lutego 2012 r.

Po pierwsze, nie zostało udowodnione, że w dniu 13 lutego 2012 r. rana powoda nie została obeerzana przez lekarza i osobę pracującą w gabinecie zabiegowym i nie została należycie zaopatrzona. Wydaje się być to wbrew zasadom doświadczenia życiowego, a ponadto powód skarżył się jedynie na to, że przebił nogę znacznikiem samochodowym (co wydaje się zresztą dość trudne, gdy noga jest obuta obuwiem stosownym do pogody panującej najczęściej w Polsce w lutym), a zatem nie było mowy o żadnym tworzywie sztucznym. Po drugie, po wizycie 13 lutego 2012 r. powód poruszał się w obuwiu przez 3 dni, m.in. był w Ł., a materiał dowodowy, w tym zeznania żony powoda, wskazuje, że nie używał skarpet, nie kontrolował stanu opatrunku, nie dbał o czystość stopy, a zatem do zanieczyszczenia rany mogło dojść po wizycie w przychodni. Po trzecie, jak podaje sam powód, stopę w dniu 16 lutego 2012 r. obeerzała również pielęgniarka w Poradni Chirurgii Stopy Cukrzycowej w Ł.. Nie stwierdziła wtedy żadnego zanieczyszczenia rany.

Natomiast jeśli chodzi o pobyt powoda w szpitalu w dniach 16 – 22 lutego 2012 r., to wątpliwie jest, aby codzienna zmiana opatrunków powoda – dokonywana przez 6 dni – nie doprowadziła do znalezienia zanieczyszczenia rany. Powód widział dokonywane zmiany opatrunków i pole stopy, a mimo to nie sygnalizował sam żadnego ciała obcego. Wątpliwie jest zresztą to, aby było to zanieczyszczenie ze zdarzenia ze znacznikiem samochodowym, biorąc pod uwagę jego charakter, wydaje się, że tworzywo dostało się do rany już po wyjściu powoda z pozwanego szpitala.

Ale nawet przyjęcie odmiennej oceny kwestii udowodnienia tej okoliczności faktycznej, to nie może ona decydować o zasadzie odpowiedzialności strony pozwanej za fakt wykonania 27 września 2012 r. amputacji lewej kończyny dolnej powoda na wysokości 1/2 uda, gdyż nie udowodniono adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy tą szkodą a zawinionym zaniechaniem personelu medycznego strony pozwanej.

Istnienie normalnego związku przyczynowego między naruszeniem przez dłużnika więzi zobowiązaniowej a szkodą wierzyciela definiuje art. 361 § 1 k.c. stanowiąc, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Zobowiązany do odszkodowania ponosi zatem 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 (wyrok SA w Krakowie z dnia 15.01.2018 r., I ACa 1057/16, LEX nr 2486506). 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. Chodzi o ustalenie, że dane zdarzenie należy do okoliczności ogólnie sprzyjających powstaniu badanego skutku. W tym celu dokonuje się najpierw pewnego uogólnienia przyczyny (zabieg generalizacji), aby określić następnie dla danej sytuacji zakres następstw, które zachodzą w zwyczajnym biegu rzeczy (wyrok SA w Warszawie z dnia 4.01.2018 r., VII AGa 54/18, LEX nr 2478475).

W ocenie Sądu ad quem in casu amputacja nogi E. P. (1) nie pozostawała w normalnym związku przyczynowym z opisywanymi zdarzeniami. Wynika to jednoznacznie z opinii obojga biegłych sądowych, oraz z niepodważalnych okoliczności faktycznych.

Przede wszystkim trzeba podnieść, że już w lutym 2011 r. powód miał osłabione czucie dotyku i wibracji na kończynach dolnych poniżej stawów kolanowych, osłabienie czucia głębokiego na stopie prawej i na opuszcze palucha prawego ranę 1,5 x 0,5 cm, a także czyste małe owrzodzenie pokryte strupem na szczycie palca III stopy lewej. Tak więc stan obu stóp powoda już na rok przed przedmiotowymi zdarzeniami wskazywał na bardzo poważny stan chorobowy, zdiagnozowany jako stopa cukrzycowa. Dalej, choroba rozwijała się bardzo intensywnie, gdyż w dniu 4 maja 2011 r. u powoda dokonano pierwszej amputacji, co prawda palucha stopy prawej, ale stan stopy lewej też był niedobry. Amputacja była wynikiem powikłań cukrzycy źle wyrównanej, a nie jakichkolwiek zaniedbań służby zdrowia. Odwołując się do zasad doświadczenia życiowego i urzędowego Sądu ad quem, nie sposób przyjąć, aby wygląd lewej stopy powoda widoczny na zdjęciach z kart 65 i 66 akt, mógł być wynikiem świeżego zakażenia powstałego na skutek nie oczyszczenia stopy, rozwijającego się przez kilka dni. W szczególności zwraca uwagę nie tylko stan podeszwy stopy, ale wygląd palców stopy, z których po upływie 1,5 miesiąca, tj. 13 kwietnia 2012 r. dokonano amputacji palca III i części bliższej kości śródstopia lewego. Ponadto zdjęcia nie pokazują stanu stopy prawej, już pozbawionej palucha, a następnie w dniu 24 sierpnia 2012 r. pozbawionej IV palca.

I na koniec trzeba podnieść, że strona powodowa zupełnie pominęła fakt, iż amputacja nogi lewej do 1/2 uda we wrześniu 2012 r. nie była ostatnią amputacją przeprowadzoną u powoda, gdyż w czerwcu 2015 r. na skutek postępującej ropowicy w zakresie palca II stopy prawej doszło u powoda do amputacji tego palca wraz z głową II kości śródstopia.

Reasumując, opisana amputacja, co wynika wprost z wiedzy specjalnej biegłych sądowych lekarzy, była spowodowana tylko i wyłącznie nieleczoną cukrzycą typu 2 i była jedną z kilku kolejnych amputacji, mających miejsce zarówno przed przedmiotowymi zdarzeniami, jak i po nich, w obrębie innych narządów powoda.

Tym samym trafnie podniesiono również zarzut naruszenia art. 355 § 1 i 2 k.c. poprzez jego błędną wykładnię i przyjęcie, że wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) gwarantować powinien, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywany efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia w sytuacji, gdy z zebranego w sprawie materiału dowodowego sprawy wynika jednoznacznie, że działania pozwanego nie polegały na pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta. Świadczą o tym opinie biegłych sądowych oraz treść ostatecznego orzeczenia Wojewódzkiej Komisji Do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych (...)/(...)

Z tych wszystkich przyczyn należało zmienić zaskarżony wyrok i oddalić powództwo.

O kosztach całego postępowania (za obie instancje i postępowanie zażaleniowe przed Sądem Najwyższym) orzeczono przy zastosowaniu art. 102 k.p.c., biorąc pod uwagę charakter sprawy, wiek i stan zdrowia powoda, jego sytuację materialną, oraz okoliczności uznane za udowodnione, mogące wywołać subiektywne przekonanie o doznaniu krzywdy i szkody.

O nieuiszczonych kosztach sądowych w postaci wynagrodzenia biegłej sądowej orzeczono na zasadzie art. 113 ust. 4 w zw. z art. 102 k.p.c., a samo wynagrodzenie przyznano na podstawie art. 89 i 93 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych. Biegłemu powołanemu przez sąd przysługuje wynagrodzenie za wykonaną pracę oraz zwrot poniesionych przez niego wydatków niezbędnych dla wydania opinii. Wysokość wynagrodzenia biegłego za wykonaną

pracę ustala się, uwzględniając wymagane kwalifikacje, potrzebny do wydania opinii czas i nakład pracy, a wysokość wydatków, o których mowa w ust. 1 – na podstawie złożonego rachunku.

W zakresie zwrotu kosztów zastępstwa procesowego powoda z urzędu w obu instancjach i w postępowaniu zażaleniowym przed Sądem Najwyższym, realizowanego przez radcę prawnego D. D., prowadzącego Kancelarię Radcy Prawnego w Ł., orzeczono na podstawie § 4 i § 16 ust. 1 pkt 2) w zw. z § 8 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 roku w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu (Dz. U. z 2016 r., poz. 1715).