

*Sygn. akt I ACa 620/11*

## WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Dnia 30 grudnia 2013 r.**

**Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie:**

**Przewodniczący – sędzia SA Barbara Trębska**

**Sędzia SA Jacek Sadowski**

**Sędzia SA Marzanna Góral**

Protokolant – st. sekr. sąd. Ewelina Borowska

po rozpoznaniu w dniu 19 grudnia 2013 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa Z. K.

przeciwko Województwu (...) (następcy prawnemu Wojewódzkiego Szpitala (...) Zakładu Opieki Zdrowotnej w W.)

i (...) S.A. w W.

o odszkodowanie, zadośćuczynienie i rentę

na skutek apelacji pozwanych

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 11 lutego 2011 r., sygn. akt XXIV C 356/05

**1. oddala apelacje,**

**2. zasądza od pozwanych na rzecz Skarbu Państwa (Sądu Apelacyjnego w Warszawie ) kwotę 9.366,11 zł (dziewięć tysięcy trzysta sześćdziesiąt sześć 11/100) tytułem kosztów postępowania dowodowego:**

**3. zasądza od pozwanych na rzecz powoda kwotę 5.400 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.**

Sygn. akt I ACa 620/11

## UZASADNIENIE

Po ostatecznym sprecyzowaniu powództwa Z. K. wniósł o zasądzenie in solidum od pozwanych: Wojewódzkiego Szpitala (...) - Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w W. i (...) S.A. z siedzibą w W.:

- kwoty 34.000 zł. tytułem skapitalizowanej renty (odszkodowania) za okres od 20 czerwca 2001 r. do 31 sierpnia 2002 r. z odsetkami ustawowymi od daty doręczenia pozwanemu odpisu pozwu,

- kwoty 216.000 zł tytułem zadośćuczynienia z odsetkami ustawowymi od dnia doręczenia pozwanym odpisu pisma z dnia 23 grudnia 2002 r.,

- renty w wysokości 3.000 zł miesięcznie płatnej do 10 dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminu płatności którejkolwiek z rat począwszy od września 2002 r.

Nadto wniósł powód o ustalenie, że pozwani będą odpowiedzialni w przyszłości za dalsze szkody, które mogą wyniknąć u powoda w związku z przeprowadzonym wadliwym leczeniem oraz zrażeniem go żółtaczką oraz o zasądzenie od pozwanych na rzecz powoda kosztów postępowania.

Jako podstawę swoich roszczeń powód wskazywał zaniedbania, jakich dopuścił się personel medyczny w trakcie leczenia w pozwanym szpitalu w okresie od 20 czerwca 2001 r. do sierpnia 2002 r., które skutkowały zakażeniem go licznymi bakteriami, co przyczyniło się do powstania komplikacji narażających powoda na utratę życia, a ostatecznie doprowadziło do trwałego rozstroju zdrowia. Powód wskazywał też, że na skutek tych zaniedbań doszło do zakażenia go wirusowym zapaleniem wątroby typu C.

Pozwani: Wojewódzki Szpital (...) w W. i (...) S.A. z siedzibą w W. wnieśli o oddalenie powództwa i zasądzenie na ich rzecz kosztów postępowania.

**Wyrokiem z dnia 11 lutego 2011 r. Sąd Okręgowy w Warszawie** zasądził od pozwanych in solidum na rzecz powoda:

1/ kwotę 33.983,16 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 7 stycznia 2003 r. do dnia zapłaty tytułem odszkodowania jednorazowego jako skapitalizowanej renty za okres od 20 czerwca 2001 r. do 31 sierpnia 2002 r.,

2/ kwotę 180.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 7 stycznia 2003 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia,

3/ rentę w kwocie po 2.910 zł miesięcznie płatną do 10-go dnia każdego miesiąca z góry począwszy od września 2002 r. z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat.

Nadto Sąd ustalił, że pozwani in solidum będą odpowiedzialni w przyszłości za dalsze szkody, które mogą wyniknąć u powoda w związku z przeprowadzonym wadliwym leczeniem, przebytymi zakażeniami bakteryjnymi oraz zakażeniem powoda wirusem wirusowego zapalenia wątroby typu C i ustalił, że odpowiedzialność pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. z tytułu skapitalizowanej renty, zadośćuczynienia, renty i odpowiedzialności na przyszłość jest ograniczona do kwoty równoważności w złotych polskich kwoty 75.000 USD przeliczonych według kursu 4,20 zł. W pozostałej części Sąd oddalił powództwo i rozstrzygnął, że pozwani in solidum ponoszą koszty procesu w całości, przy czym ich szczegółowe wyliczenie Sąd pozostawił referendarzowi sądowemu.

Orzeczenie to oparł Sąd o następujące ustalenia faktyczne i ocenę prawną.

W dniu 20 czerwca 2001 r. Z. K. z powodu odczuwanych bólów brzucha i wymiotów zgłosił się do Wojewódzkiego Szpitala (...) w W., gdzie rozpoznano u niego niedrożność mechaniczną przewodu pokarmowego. Powód został w trybie pilnym poddany zabiegowi laparotomii, w trakcie którego stwierdzono u niego rozdęte pętle jelita cienkiego wywołane licznymi zrostami. Wykonano uwolnienie jelita cienkiego ze zrostów poza dwoma pętlami jelita cienkiego. Około półtora tygodnia później u powoda ponownie wystąpiły silne bóle brzucha. Od czasu pierwszej operacji nie wypróżniał się. W dniu 2 lipca 2001 r. przeprowadzono w związku z tym badanie RTG, w trakcie którego stwierdzono zator i powiększenie jelit. U powoda stosowano w tym czasie normalną dietę. Zalecono także wykonywanie lewatywy dwa razy dziennie. W dniu 12 lipca 2001 r. przeprowadzono drugą operację, podczas której stwierdzono masywne zrosty jelit, których nie udało się uwolnić, w związku z czym usunięto powodowi prawie całe jelito cienkie, pozostawiając około 75 cm jego części bliższej, oraz wykonano hemikolektomię prawostronną z zespoleniem pozostawionego fragmentu jelita cienkiego z poprzecznicą. Pomimo zastosowanego leczenia u powoda wystąpiły objawy przetoki jelitowej, a uszkodzeniu uległy szwy pooperacyjne. W dniu 22 lipca 2001 r. otwarto ranę pooperacyjną i stwierdzono ropień

w górnym biegunie oraz przetokę jelitową w dolnym. Kolejny zabieg przeprowadzono 3 sierpnia 2001 r., podczas którego założono powodowi dren do jelita przez przetokę. Stan jego zdrowia po tym zabiegu znacznie się pogorszył. Z uwagi na uporczywe krwawienie rany dokonano kolejnego zabiegu, w trakcie którego stwierdzono sączenie się krwi z całej powierzchni rany, szczególnie uporczywe w jej górnym i dolnym biegunie. Podkluto i podwiązano najbardziej krwawiące naczynia, resztę zaś skoagulowano. Po tej operacji powód pozostawał w stanie ogólnym ciężkim z wysoką gorączką. Był w tym czasie niewydolny oddechowo z wydolnością krążeniową na granicy wydolności. W dniu 11 września 2001 r. wykonano powodowi tracheotomię. Zastosowano także odżywianie pozajelitowe. W tym czasie wykonano także kilka zabiegów opróżniania zbiorników treści jelitowych w zakresie powłok brzusznych, wymiany cewników drenujących przetokę. Stosowano antybiotykoterapię. W trakcie pobytu w szpitalu powodowi oraz jego żonie często odmawiano udzielenia informacji na temat jego stanu zdrowia. Żona powoda prosiła lekarzy prowadzących leczenie o przeprowadzenie konsultacji z dr n. med. M. P. (1) z Kliniki (...) i Ż. przy ul. (...) w W.. Do konsultacji doszło dwukrotnie w dniach 22 i 28 września 2001 r. Dr M. P. (1) zalecił częściowe zmiany w prowadzonym leczeniu, w szczególności w zakresie stosowanego odżywiania pozajelitowego. Powód i jego żona zgłaszali do personelu medycznego zastrzeżenia, co do zbyt rzadkich zmian opatrunków rany pooperacyjnej. Zmiany tych opatrunków dokonywać mogli tylko lekarze chirurdzy, jednakże kilkakrotnie były one zmieniane przez pielęgniarki.

Wykonywano powodowi także badania laboratoryjne enzymów wątrobowych oraz na obecność bakterii. Z przeprowadzonych badań mikrobiologicznych wyhodowano mnogie szczepy bakterii. Przyczyną występowania bakterii były liczne dreny wprowadzone do organizmu powoda, rodzaj przeprowadzanych zabiegów oraz stosowane u powoda odżywianie pozajelitowe. W trakcie leczenia dochodziło do sytuacji, w których występowały niedrożności zastosowanych drenów. Były one wówczas wymieniane, jednakże kilkakrotnie zamiast wymiany jedynie przepłukano je. Wykryte u powoda szczepy bakterii miały znaczący wpływ na jego stan zdrowia i procesy gojenia się ran pooperacyjnych. Były one przyczyną wstrząsu septycznego i mogły stanowić także zagrożenie życia.

Po uzyskaniu poprawy stanu zdrowia powoda przeniesiono go do Kliniki (...) i Ż. (...) Szpitala (...) w W. przy ul. (...). W wyniku badań przeprowadzonych przy przyjęciu, stwierdzono u niego zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu C (WZW C). Okres rozwoju wirusa zapalenia wątroby typu C wynosi około 150 - 180 dni i odpowiada okresowi pobytu powoda w Wojewódzkim Szpitalu (...). Do zakażenia powoda WZW C doszło w tej jednostce medycznej na skutek stosowanych u niego zabiegów medycznych oraz transfuzji krwi.

Obecnie u powoda występują przeciwciała anti-HCV świadczące o trwającej przewlekłej żółtacze typu C. Obecność tego wirusa została także potwierdzona badaniem RNA HCV. Z uwagi na stan zdrowia powoda po zabiegach operacyjnych nie jest obecnie możliwe wdrożenie leczenia WZW C interferonem i rybawiryną. Metody te w obecnym stanie mogłyby stanowić zagrożenie dla życia powoda.

Z uwagi na obecny stan zdrowia i pozostawioną powodowi jedynie część jelita cienkiego, w dalszym ciągu wymaga on odżywiania pozajelitowego. Rana pooperacyjna nie uległa całkowitemu zagojeniu. Powód musi stale korzystać z worków stomijnych. W związku z jego odżywianiem pozajelitowym konieczne jest stosowanie szczególnych warunków higieny przy sporządzaniu przyjmowanych mieszanek. Powód ze względu na swój stan zdrowia nie może przygotowywać przyjmowanych substancji samodzielnie, a także nie może sam podłączać przyrządu do podawania tych mieszanek do cewnika wprowadzającego mieszanekę do krwioobiegu. Stosowanie odżywiania pozajelitowego w długim okresie skutkować może uszkodzeniem wątroby.

W związku z przebytych leczeniem w okresie od dnia 20 czerwca 2001 r. do 31 sierpnia 2002 r. powód poniósł liczne wydatki związane z zakupem specjalistycznych środków odżywczych, leków i środków opatrunkowych. Musiał kupić zamrażarkę do przechowywania substancji używanych do odżywiania pozajelitowego oraz zmodernizować kuchnię w związku z koniecznością zapewnienia sterylnych warunków przyrządzania mieszanki do odżywiania pozajelitowego. W okresie tym, w związku z przebywaniem na długotrwałym zwolnieniu utracił zarobki w łącznej wysokości 8.726,24 zł. W sumie poniósł wydatki oraz utracił dochody w łącznej wysokości 33.983,16 zł.

Przed pobytem w pozwanym szpitalu powód był zatrudniony w spółce Poczta Polska S.A. jako listonosz. Otrzymywał wynagrodzenie w wysokości około 2.100 zł miesięcznie. Obecnie jest całkowicie niezdolny do pracy. Pobiera rentę z ZUS w wysokości 950 zł. Nadal ponosi wydatki na zakup niezbędnych leków, substancji do odżywiania pozajelitowego, środków opatrunkowych do opatrywania pozostałej po operacji przetoki oraz na zakup worków stomijnych. Miesięczne koszty z tym związane wynoszą około 860 zł. Opiekę nad powodem sprawuje jego żona A. K., która przygotowuje żywienie pozajelitowe, podłącza je i odłącza, zmienia opatrunek. Pracuje ona jako asystentka na poczcie i podczas przerwy w pracy przychodzi do domu podłączyć-odłączyć worek z mieszanką żywienia pozajelitowego. Wizyta domowej dyplomowanej pielęgniarki, która przeprowadza w domu proste zabiegi, np. zmienia kroplówkę, robi zastrzyk kosztuje 50 zł.

Pozwany (...) S.A. w W. miał zawartą z pozwanym szpitalem, w okresie pobytu powoda w tej placówce, umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone z prowadzoną działalnością zawodową o charakterze medycznym z rozszerzeniem o szkody wyrządzone poprzez przeniesienie choroby zakaźnej.

W ocenie Sądu Okręgowego powództwo w znacznej części okazało się zasadne, a podstawę odpowiedzialności pozwanego szpitala stanowi art. 415 k.c. Wskazał, że obowiązkiem zakładu leczniczego jest nie tylko świadczenie usług medycznych (dokonywanie badań diagnostycznych, leczenie, rehabilitacja itp.), lecz także zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa podczas hospitalizacji. Naruszeniem takiego obowiązku są zwykle zaniedbania w zakresie bezpieczeństwa pomieszczeń i urządzeń szpitalnych, sprzętu medycznego, stanu sanitarnego, higieny i opieki nad chorym, co powoduje wyrządzenie mu szkody, niezależnej od leczenia, nieobjętej przez niego ryzykiem zabiegów i nieprzewidywalnej. Zakład leczniczy jest zobowiązany do dołożenia należytej staranności w celu ochrony pacjentów przed niebezpieczeństwem zakażenia chorobą zakaźną. Jeżeli naruszenie tego obowiązku powoduje zwiększenie ryzyka infekcji i z tym właśnie ryzykiem łączy się choroba zakaźna pacjenta, zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za doznaną przez pacjenta szkodę, chyba że przeprowadzi dowód, iż szkoda ta jest następstwem innych okoliczności. W sprawach dotyczących zakażeń szpitalnych orzecznictwo i doktryna dopuszczają przyjęcie niedbalstwa szpitala w drodze domniemania faktycznego (art. 231 k.p.c.), które strona pozwana może obalić przeciwdowodem. W sprawie niniejszej biegły A. D. (1) stwierdził, że prawdopodobieństwo zakażenia powoda w pozwanym szpitalu wynosi 90% i graniczy z pewnością. Pozwany Szpital nie przedstawił przeciwdowodu, iż do zakażenia powoda WZW typu C doszło gdzie indziej i tym samym nie obalił domniemania faktycznego. Zdaniem Sądu, w toku zastosowanego u powoda leczenia doszło do zaniedbań, skutkujących narażeniem powoda na utratę życia i trwałym rozstrojem zdrowia. Jakkolwiek ze sporządzonych w sprawie opinii biegłych wynika, że zastosowane u niego metody leczenia były prawidłowe, to jednak zastrzeżenia Sądzi budzi opieszałość personelu pozwanego szpitala, jakiej dopuścił się on po przeprowadzeniu u powoda pierwszego zabiegu operacyjnego. Personel szpitala nie zareagował prawidłowo, pomimo wyraźnego sygnalizowania przez powoda i jego małżonkę braku poprawy stanu zdrowia po tym zabiegu, w tym występowania silnych bólów brzucha i braku wypróżniania się. Już w dniu 2 lipca 2001 r. w przeprowadzonym u powoda badaniu RTG stwierdzono zator i powiększenie jelit, jednakże zastosowano jedynie doraźne środki w postaci zalecenia lewatywy. Nie zmieniono także sposobu odżywiania powoda pozostając przy normalnej diecie. Operację mającą na celu usunięcie stwierdzonych zatorów przeprowadzono dopiero po dziesięciu dniach. Pozostawienie pacjenta bez odpowiedniej interwencji przez tak długi czas, przy jednoczesnym posiadaniu wiedzy o zaistniałym problemie skutkowało, zdaniem Sądu, powstaniem dalszych komplikacji utrudniających powrót powoda do zdrowia, w tym także rozwojem licznych zakażeń bakteryjnych. Wprawdzie z opinii biegłego P. H. (1) wynika, iż część wykrytych u powoda szczepów bakterii jest typowa dla tego rodzaju zabiegów inwazyjnych i nie jest możliwe do ustalenia czy zakażenia te pochodziły od samego pacjenta, czy też były pochodzenia szpitalnego, jednak, w ocenie Sądu, odpowiednio wczesna próba usunięcia zdiagnozowanego zatoru mogłaby wyeliminować lub w znacznym stopniu ograniczyć ryzyko powstania zakażeń. Po przeprowadzeniu badania RTG w dniu 2 lipca 2001 r. zalecono wykonywanie powodowi lewatywy dwa razy dziennie w celu usunięcia zatoru, co było niewystarczające, bowiem pozwany miał wiedzę o pozostawieniu przy poprzedniej operacji 10% zdiagnozowanych zrostów jelita cienkiego, będących przyczyną dolegliwości powoda. Okoliczność ta zapoczątkowała, zdaniem Sądu, trudne do opanowania komplikacje w procesie leczenia powoda i stanowi o winie pozwanego szpitala w ich powstaniu, a stosowanie w późniejszym czasie prawidłowych metod leczenia nie zmienia tej oceny. Pozwany nie przedstawił dowodów, że w

okresie pomiędzy przeprowadzonym w dniu 2 lipca 2001 r. badaniem, a drugą operacją zastosował jakiegokolwiek inne środki zaradcze, które skutecznie zapobiegłyby niekorzystnemu rozwojowi sytuacji. Sąd wziął pod uwagę podnoszony przez wszystkich biegłych brak dokumentacji medycznej z tego okresu. Sąd ustalił, że powód na skutek doznanego rozstroju zdrowia poniósł szereg wydatków związanych z przebiegiem leczenia, takich jak konieczność zakupu odpowiednich środków opatrunkowych, maści i lekarstw. Musiał też kupować potrzebne do żywienia pozajelitowego substancje oraz zamrażarkę do przechowywania składników. Tak szczególnie sposób odżywiania powoda wymagał także dostosowania kuchni w sposób zapewniający sterylne warunki konieczne do przygotowywania podawanych powodowi mieszanek. Poniósł także szkodę w postaci utraty części dochodów. W sumie, w związku z przebyłym leczeniem do chwili wniesienia pozwu wydatkował oraz utracił częściowy dochód na łączną kwotę 33.983,16 zł i taką też kwotę ( w zaokrągleniu 34.000 zł) Sąd zasądził na jego rzecz na podstawie art. 441 § 1 k.c.

Przebyty przez powoda bolesny i długotrwały proces leczenia (blisko pół roku), w trakcie którego był on narażony na utratę życia, uzasadnia w ocenie Sądu, zasądzenie przewidzianego w myśl art. 445 § 1 k.c. zadośćuczynienia. Wskazał, że proces leczenia powoda właściwie nie został zakończony. W dalszym ciągu ma on niezagojoną przetokę. Ponadto w wyniku usunięcia prawie całego jelita cienkiego musi stosować odżywianie pozajelitowe, które wiąże się z kilkunastogodzinnym podawaniem w ciągu doby substancji odżywczych. Musi też stosować worki stomijne umożliwiające mu prawidłowe wydalanie. Okoliczności te praktycznie całkowicie wyłączyły go z normalnego życia. Ma jedynie kilka godzin dziennie na w miarę swobodne funkcjonowanie. Konieczność stosowania odżywiania pozajelitowego jest także dodatkowo uciążliwa z uwagi na brak możliwości samodzielnego wykonywania przez powoda odpowiednich mieszanek i podłączania się do przyrządów służących do odżywiania. W tej sytuacji powód jest całkowicie uzależniony od osób trzecich. Jego żona wykonuje opiekę nad nim, również specjalistyczną pielęgniarstwą. Nie bez znaczenia na odczuwanie tych dolegliwości pozostaje stosunkowo młody wiek powoda i brak pozytywnych rokowań na przyszłość. W tej sytuacji Sąd stwierdził, że istnieją przesłanki do zasądzenia na rzecz powoda zadośćuczynienia za doznane krzywdy. Biorąc pod uwagę rozmiar doznanych dotychczas przez powoda krzywd i ich trwałość, uznał, że odpowiednią w rozumieniu art. 445 § 1 k.c. jest kwota 180.000 zł. W pozostałym zakresie Sąd oddalił żądanie powoda o zasądzenie zadośćuczynienia.

O odsetkach od zasądzonych kwot Sąd orzekł na podstawie art. 481 k.c. przyjmując za datę początkową ich naliczania dzień 7 stycznia 2003 r., tj. dzień, w którym pełnomocnicy pozwanych potwierdzili na rozprawie w tym dniu okoliczność otrzymania pisma powoda z dnia 23 grudnia 2002 r., w którym zgłosił on żądanie zasądzenia na jego rzecz kwot w wysokości podtrzymanej następnie do końca postępowania.

Roszczenie o zasądzenie na podstawie art. 444 § 2 k.c. renty Sąd uznał za częściowo zasadne. Wskazał, że konieczną przesłanką uwzględnienia roszczenia o zasądzenie renty z tytułu utraconych zarobków jest powstanie szkody w postaci utraty lub zmniejszenia dochodów. Dla uwzględnienia zaś roszczenia o rentę z tytułu zwiększonych potrzeb niezbędnym jest, aby pomiędzy koniecznością ich ponoszenia, a stanem zdrowia osoby poszkodowanej istniał związek przyczynowy. Nie ulega wątpliwości, że stan zdrowia powoda skutkuje koniecznością ponoszenia dodatkowych kosztów, które nie powstałyby gdyby nie doszło do rozstroju jego stanu zdrowia. Musi on korzystać z odżywiania pozajelitowego, co wiąże się z koniecznością kupowania odpowiednich do tego składników, a dodatkowo z uwagi na konieczność przyrządzania mieszanek od odżywiania w sterylnych warunkach, wiąże się z koniecznością kupowania jałowych gazików, ręczników papierowych, rękawiczek jednorazowych, czy też masek chirurgicznych. Powód ponosi także wydatki związane z koniecznością zakupu środków opatrunkowych do opatrywania miejsca wszczepienia cewnika do odżywiania pozajelitowego oraz opatrywania pozostałej po operacji przetoki. Łącznie koszty ponoszone dodatkowo w związku z obecnym stanem zdrowia powoda kształtują się na poziomie około 860 zł miesięcznie. Powód nie ponosi kosztów opieki pielęgniarstwej, ponieważ go na to nie stać, opiekę tą wykonuje jego żona. Koszt tej opieki Sąd przyjął w wysokości 900 zł miesięcznie.

Odnosnie do renty za utracone dochody Sąd wskazał, że przed podjętym leczeniem w pozwanym szpitalu powód był zdrowym człowiekiem i pracował jako listonosz, uzyskując z tego tytułu dochody w średniej wysokości około 2.100 zł. Obecnie stan zdrowia uniemożliwia mu podjęcie jakiegokolwiek pracy, zaś jedynym źródłem jego dochodu jest renta otrzymywana z ZUS w wysokości około 950 zł miesięcznie. Na zasądzoną kwotę 2.910 zł. tytułem renty

składają się kwoty: 1.150 zł utraconych dochodów, 860 zł - leki, materiały opatrunkowe, mieszanki, oraz 900 zł - opieka pielęgniarska, przyjmując średnio 18 wizyt w miesiącu po 50 zł. Przy ustalaniu wysokości renty Sąd brał pod uwagę przedstawione rachunki oraz treść art.322 k.p.c. Za uzasadnione Sąd uznał także żądanie powoda ustalenia odpowiedzialności pozwanych za skutki wadliwego leczenia i zakażenia powoda wirusem zapalenia wątroby typu C, mogące ujawnić się w przyszłości.

### **Apelacje od powyższego wyroku złożyli obaj pozwani.**

Pozwany szpital zaskarżył wyrok w części uwzględniającej powództwo i rozstrzygającej o kosztach postępowania, zarzucając:

1. naruszenie prawa materialnego przez błędną wykładnię i w konsekwencji niewłaściwe zastosowanie:

- art. 415 k.c. przez przyjęcie, że pozwany szpital ponosi odpowiedzialność cywilną na zasadzie winy z tytułu zakażenia powoda i niewłaściwego leczenia;

- art. 361 § 1 k. c. polegające na przyjęciu istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zakażeniem powoda a hospitalizacją w pozwanym szpitalu, a także przez przyjęcie, że istnieje adekwatny związek przyczynowy pomiędzy rozmiarem szkody a zakażeniem powoda, jak również przez przyjęcie nieistnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy stanem zdrowia powoda a jego samoistnymi schorzeniami przewodu pokarmowego niezależnymi od hospitalizacji u pozwanego, oraz przyjęciu istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy rozmiarem szkody a leczeniem powoda w pozwanym Szpitalu w zakresie schorzeń przewodu pokarmowego, jak również nie ustalenie przez Sąd, w jakim zakresie szkoda pozostaje w związku z zakażeniem, a w jakim zakresie w związku z - przyjętym przez Sąd - niewłaściwym leczeniem powoda,

- art. 362 k. c. przez jego niezastosowanie i nieuwzględnienie przyczynienia się powoda do powiększenia rozmiaru szkody przez niepodjęcie leczenia, w tym terapii interferonem,

- art. 444 § 2 k.c. w zw. z art. 6 k. c. przez zasądzenie skapitalizowanej i comiesięcznej renty w kwotach nieudowodnionych przez powoda;

- art. 445 k.c. przez zasądzenie nadmiernie wygórowanego zadośćuczynienia w stosunku do stopy życiowej społeczeństwa i jego warunków bytowych a także nieustalonego rozmiaru krzywdy powoda,

2. naruszenie prawa procesowego mające istotny wpływ na rozstrzygnięcie sprawy:

- art. 233 k.p.c., polegające na przekroczeniu zasady swobodnej oceny dowodów, oraz braku wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego w tym opinii biegłych, co w konsekwencji doprowadziło do przyjęcia, że rozstrój zdrowia powoda jest konsekwencją procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Szpitalu (...), a nie schorzenia zasadniczego oraz z nim związanych powikłań, a także przyjęciu, że zakażenie powoda wirusem HCV nastąpiło w pozwanym zakładzie;

- art. 278 § 1 k. p. c. przez oparcie wyrokowania bez uwzględnienia opinii biegłych dr M. P., dr F. W., z których wynikało, że proces leczniczy w pozwanym szpitalu prowadzony był prawidłowo, nie doszło do zaniedbań w leczeniu powoda i nie doszło do błędu lekarskiego,

- art. 328 § 2 k. p. c. przez błędne uzasadnienie zaskarżonego wyroku w zakresie ustaleń i ocen, a także nie odniesienie się do wszystkich dowodów, niewyjaśnienie, jakim dowodom Sąd nie dal wiary oraz dlaczego nie uwzględnił opinii biegłych.

W konkluzji skarżący wniósł o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania oraz zasądzenie kosztów postępowania za pierwszą i drugą instancję, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, ewentualnie o zmianę zaskarżonego wyroku w części I, II, III, IV poprzez oddalenie powództwa

oraz zmianę w części VII poprzez zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych na rzecz pozwanego Szpitala, a ponadto o zasądzenie kosztów postępowania za drugą instancję.

W podobnym zakresie wyrok zaskarżył pozwany (...) S.A., zarzucając naruszenie:

1. art. 361 § 1 k.c. w zw. art. 415 k.c. i 6 k.c. przez przyjęcie, że na skutek opieszałości personelu pozwanego Szpitala doszło do komplikacji utrudniających powrót powoda do zdrowia, w tym do rozwoju licznych zakażeń bakteryjnych skutkujących zaistnieniem zespołu jelita krótkiego oraz koniecznością stosowania żywienia pozajelitowego;
2. art. 361 § 1 k.c. w zw. z art. 415 k.c. oraz 233 k.p.c. polegające na przypisaniu pozwanemu Szpitalowi odpowiedzialności za czyn niedozwolony skoro z opinii biegłych wynika, iż zastosowane u powoda metody leczenia były prawidłowe;
3. art. 445 § 1 k.c. przez zasądzenie zadośćuczynienia przy wadliwie ustalonej odpowiedzialności pozwanego Szpitala za skutki aktualnie istniejącego stanu zdrowia powoda;
4. art. 444 § 1 i 2 k.c., polegające na obciążeniu pozwanego odszkodowaniem z tytułu poniesionych kosztów leczenia oraz rentą z tytułu utraconych dochodów i zwiększonych potrzeb przy wadliwie ustalonej odpowiedzialności pozwanego Szpitala za skutki aktualnie istniejącego stanu zdrowia powoda;
5. art. 824 § 1 k.c., polegające na pominięciu przy uwzględnieniu granicy odpowiedzialności (...) S.A. udziału własnego pozwanego Szpitala w wysokości 10%;
6. art. 363 § 2 k.c., polegające na przyjęciu przy uwzględnieniu granicy odpowiedzialności (...) S.A. kursu USD z daty innej aniżeli data wyrokowania;
7. art. 328 § 2 k.p.c. przez zaniechanie dokonania oceny dowodów oraz wskazania, na których dowodach oparto rozstrzygnięcie i przyczyn, dla których innym dowodom odmówiono wiarygodności i mocy dowodowej.

W konkluzji skarżący wniósł o zmianę wyroku w zaskarżonym zakresie i oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa prawnego według norm przepisanych za obie instancje, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przy uwzględnieniu kosztów postępowania odwoławczego, w tym kosztów zastępstwa prawnego według norm przepisanych.

W odpowiedziach na apelacje pozwanych powód wniósł o oddalenie apelacji oraz o zasądzenie od pozwanych na rzecz powoda kosztów postępowania apelacyjnego.

W postępowaniu apelacyjnym pozwany Wojewódzki Szpital (...) – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w W. został zlikwidowany, a jego następcą prawnym jest Województwo (...) (k. 1706-1709).

### **Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje.**

1. Obie apelacje okazały się niezasadne, choć z uwagi na podniesione w nich zarzuty dotyczące błędnego ustalenia przez Sąd pierwszej instancji istnienia związku przyczynowego między pobytem powoda w pozwanym szpitalu i zastosowanych w stosunku do niego procedur medycznych, a jego stanem zdrowia po opuszczeniu szpitala, Sąd Apelacyjny uznał za niezbędne uzupełnienie postępowania dowodowego. Jego wyniki nie wpłynęły jednak na treść zaskarżonego rozstrzygnięcia, a wręcz przeciwnie potwierdziły jego trafność, o czym mowa niżej.
2. W pierwszej kolejności odnieść się należało do zarzucanych w apelacjach uchybień procesowych, jakie zdaniem skarżących miały wpływ na wynik sprawy. Apelacja pozwanego szpitala zakwestionowała przede wszystkim ocenę dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.), twierząc, że przekroczyła ona zasady swobodnej oceny i pominęła wszechstronne rozważenie materiału dowodowego, co doprowadziło Sąd do błędnych wniosków w zakresie związku obecnego stanu zdrowia powoda z procesem diagnostycznym i terapeutycznym przeprowadzonym w szpitalu. Zarzut tak sprecyzowany, nie poparty żadną argumentacją w uzasadnieniu apelacji, jest oczywiście chybiony. Przypomnieć

trzeba, że art. 233 § 1 k.p.c. dotyczy tylko oceny mocy i wiarygodności dowodów. Jego naruszenie może polegać na dokonaniu przez sąd oceny dowodów z uchybieniem zasad w nim określonych, tj. regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów. Prawidłowe postawienie takiego zarzutu wymaga zatem wskazania konkretnego dowodu przeprowadzonego w sprawie, którego zarzut ten dotyczy i podania, w czym skarżący upatruje wadliwą jego ocenę. Przepis ten nie dotyczy natomiast poczynionych ustaleń faktycznych czy wyprowadzonych z materiału dowodowego wniosków. Także zaniechanie wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału czy też pominięcie przez sąd przy wyrokowaniu określonej okoliczności faktycznej, nawet jeżeli strona uważa ją za istotną dla rozstrzygnięcia sprawy nie stanowi o naruszeniu powyższego przepisu (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 25 listopada 2003 r., II CK 293/02, Lex nr 151622, z dnia 16 grudnia 2005 r., III CK 314/05, lex nr 172176, z dnia 13 października 2004 r., III CK 245/04, lex nr 174185). Apelacja pozwanego szpitala nie dostrzega takiego znaczenia i zastosowania art. 233 § 1 k.p.c. Nie wskazuje ona nawet, jakiego dowodu zarzut naruszenia tego przepisu dotyczy, czyli jaki dowód został jej zdaniem przez Sąd pierwszej instancji oceniony sprzecznie z wymogami omawianego przepisu i dlaczego. Pomija także, że Sąd Okręgowy dał wiarę wszystkim przeprowadzonym w sprawie dowodom zarówno z dokumentów, jak i zeznań świadków i powoda, a także opinii biegłych ( strona 9 uzasadnienia).

Niezasadny jest także zarzut skarżącego szpitala dotyczący naruszenia art. 278 § 1 k.p.c., którego upatrywał w pominięciu opinii dra M. P. i dra F. W., którzy zdaniem apelacji, ocenili jako prawidłowe zastosowane wobec powoda leczenie., jakiemu został poddany w pozwanym szpitalu. Skarżący zarzucił, że Sąd pierwszej instancji nie posiadając wiedzy specjalnej, orzekł o procesie leczniczym powoda wbrew wnioskowi wynikającemu z powyższych opinii. Jest to zarzut chybiony. Po pierwsze wskazać trzeba, że dr M. P., konsultujący leczenie powoda w pozwanym szpitalu, a następnie leczący go Samodzielnym Publicznym (...) Szpitalu Medycznym przy ul. (...) w W., w którym pracował, nie wydawał w sprawie niniejszej opinii jako biegły, a jedynie w dniu 5 czerwca 2003 r. składał zeznania w charakterze świadka (k.353), a nadto wypowiadał się tylko o niektórych aspektach leczenia powoda. Po drugie zaś, wbrew zarzutowi skarżącego, Sąd pierwszej instancji uwzględnił w swych ustaleniach faktycznych opinię biegłego dra F. W., powołując się na nią jako źródło tych ustaleń (strony 6,7 uzasadnienia). Biegły ten został powołany na okoliczność ustalenia, w jakim zakresie wytworzenie się podczas leczenia powoda w pozwanym szpitalu przetok jelitowych, i w konsekwencji jego obecny stan zdrowia oraz konieczność żywienia pozajelitowego, spowodowany jest niedrożnością mechaniczną przewodu pokarmowego, z którą trafił do szpitala, a w jakim zakresie wynika z powikłań związanych z zakażeniami bakteryjnymi, które stwierdzono podczas procesu leczenia. Rzeczą biegłego nie była zatem ocena prawidłowości leczenia powoda i swej opinii pisemnej (k.1114-1116) ani ustnej (k.1187-1190), zagadnieniem tym się nie zajmował. Stwierdził jedynie, że w aktach sprawy znajdują się opinie biegłych, z których wynika, że leczenie powoda, leczenie zakażenia i leczenie chirurgiczne było prawidłowe (k.1188). Powoływał się zatem na stanowisko innych biegłych, a nie własne oceny, których w tym zakresie nie podejmował. Co znamienne, skarżący w motywach apelacji nie przywołuje żadnych fragmentów opinii biegłego F. W. na poparcie swej tezy sformułowanej w zarzucie naruszenia art. 278 § 1 k.p.c.

Nie jest także trafny zarzut apelacji pozwanego szpitala (postawiony w ramach zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c.) dotyczący błędu w ustaleniach faktycznych, który miałby polegać na wadliwym ustaleniu, że powód przed hospitalizacją był zdrowy, podczas gdy został przyjęty w bezpośrednim zagrożeniu życia i zdrowia. Wbrew temu zarzutowi Sąd pierwszej instancji nie ustalił, że powód przed przyjęciem do szpitala był zdrowy. Wszak bezsporne było i tak też ustalił Sąd, że powód został przyjęty do szpitala i poddany leczeniu z uwagi na rozpoznaną u niego niedrożność mechaniczną przewodu pokarmowego. Istotnie, Sąd w motywach orzeczenia użył sformułowania, że „przed podjętym leczeniem w pozwanym szpitalu powód był zdrowym człowiekiem” (strona 16 uzasadnienia), jednak uczynił to w celu zaznaczenia, dla potrzeb uzasadnienia zasądzonej renty z tytułu utraconych dochodów, że przed zachorowaniem powód pracował zawodowo. Jego choroba uzewnętrzniła się nagle (choć proces zrastania jelit trwał kilkadziesiąt lat) i do tego czasu powód był aktywnym człowiekiem. Ustalenie to nie jest sprzeczne z materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie. Pozwany szpital nie został w niniejszej sprawie obciążony odpowiedzialnością za zachorowanie powoda na niedrożność mechaniczną przewodu pokarmowego, a za skutki podjętego procesu leczniczego (o czym mowa niżej).



Ostatni zarzut procesowy (podniesiony także przez pozwany (...) S.A.) dotyczy naruszenia art. 328 § 2 k.p.c., którego skarżący upatrują w zaniechaniu dokonania oceny dowodów, nie odniesienie się do wszystkich dowodów, nie wyjaśnienie jakim dowodom Sąd nie dał wiary oraz dlaczego nie uwzględnił opinii biegłych. I ten zarzut jest bezpodstawny. Obraza art. 328 § 2 k.p.c. może być podniesiona skutecznie tylko wtedy, gdy uzasadnienie zaskarżonego wyroku nie posiada wszystkich koniecznych elementów, bądź zawiera braki w zakresie poczynionych ustaleń faktycznych i oceny prawnej tak znaczne, że sfera motywacyjna orzeczenia pozostaje nieujawniona bądź ujawniona w sposób uniemożliwiający poddanie jej ocenie instancyjnej (por. Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 20 listopada 2012 r., I ACa 599/12, lex nr 1238241). Uzasadnienie zaskarżonego wyroku braków takich nie posiada. Sąd pierwszej instancji wskazał, na jakich dowodach ustalił podstawę faktyczną rozstrzygnięcia, przywołując poszczególne dowody (dokumenty, opinie biegłych, zeznania świadków i powoda) pod opisanymi faktami, a dokonując oceny materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie stwierdził, że żadnego z dowodów strony nie kwestionowały i nie wzbudzały one także wątpliwości Sądu. Nie było zatem potrzeby wyjaśniania w uzasadnieniu wyroku, dlaczego jakimś dowodom nie dał wiary. Jak już podniesiono, Sąd pierwszej instancji pozytywnie odniósł się także do opinii biegłych nie kwestionując ich wiarygodności. Opinie te (dra F. W., prof. dr hab. med. P. H., dra A. D., który kontynuował opiniowanie kwestii zakażeń po prof. P. H., Zakładu Medycyny Sądowej (...) w Ł.) nie były ze sobą sprzeczne. Odnosiły się one w zasadzie do różnych zagadnień dotyczących procedur medycznych zastosowanych w pozwanym szpitalu podczas leczenia powoda, a istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. Były zatem dopuszczone dla wyjaśnienia różnych okoliczności wymagających wiadomości specjalnych.

Uzasadnienie zaskarżonego wyroku zawiera także wyjaśnienie jego podstawy prawnej z przytoczeniem przepisów prawa, a zatem spełnia wszystkie wymagania uzasadnienia określone w art. 328 § 2 k.p.c. Wskazać trzeba, że oparcie oceny prawnej na stanie faktycznym niedostatecznie ustalonym dla przypisania go określonej normie prawnej jest błędem w zakresie subsumcji prawa. Na tej podstawie nie można formułować zarzutu naruszenia art. 382 k.p.c. czy też art. 233 § 1 k.p.c., którego materia dotyczy wnioskowania z dowodów o faktach, odmiennie niż przy stosowaniu prawa polegającego na wnioskowaniu z faktów o prawie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 listopada 2005 r., IV CK 241/05, Lex nr 604056).

3. Największą trudnością w rozpoznawanej sprawie było ustalenie adekwatnego związku przyczynowego, o jakim stanowi art. 361 § 1 k.c., między leczeniem powoda w pozwanym szpitalu a jego obecnym stanem zdrowia. Powód upatrywał tego związku w licznych zaniedbaniach personelu szpitala, w wyniku których doszło u niego do powstania zespołu jelita krótkiego i zakażenia wirusem HCV. Choć kwestię adekwatnego związku przyczynowego reguluje przepis prawa materialnego - art. 361 § 1 k.c. – to stwierdzenie istnienia związku przyczynowego w przepisie tym uregulowanym, jest ustaleniem faktycznym. Sąd rozpoznający sprawę musi dokonać oceny stanu faktycznego i na tej podstawie ustalić, czy pomiędzy określonymi zdarzeniami faktycznymi a szkodą można stwierdzić istnienie adekwatnego związku przyczynowego. Realizacja bowiem celu normatywnego związku przyczynowego, jakim jest wyznaczenie odpowiadającej słuszności granicy pomiędzy tymi skutkami, które można przypisać pozwanemu o naprawienie szkody, a tymi których przypisać mu nie można, możliwa tylko w konkretnych okolicznościach (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2010 r., III CZP 129/09, Lex nr 583849). Istota regulacji art. 361 § 1 k.c. pozwala na przyjęcie odpowiedzialności sprawcy szkody na podstawie art. 415 k.c. tylko za typowe, a więc normalne skutki jego zawinionych zachowań, a nie za wszelkie możliwe ich następstwa, które w ciągu zdarzeń dają się nawet połączyć w jeden łańcuch przyczynowo-skutkowy. Za adekwatne, typowe następstwo określonego zachowania można więc uznać występowanie tylko takiego skutku, który daje się przewidzieć w zwykłym porządku rzeczy, a więc takiego, który - przy uwzględnieniu zasad doświadczenia życiowego - jest charakterystyczny dla danej przyczyny, jako normalny rezultat określonego zachowania, w tym także zawinionego deliktu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2004 r. IV CK 395/03 Lex nr 182102). Związek przyczynowy może występować jako normalny również w sytuacji, gdy pewne zdarzenie stworzyło warunki powstania innych zdarzeń, z których dopiero ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody. Czy następstwo jest normalne lub anormalne, decyduje ocena oparta na okolicznościach obiektywnych przy pomocy zasad doświadczenia życiowego i w razie potrzeby wiadomości specjalistycznych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2003 r. V CKN 1640/00, Lex nr 583916).

4. Sąd Okręgowy niewątpliwie dopatrywał się adekwatnego związku przyczynowego w rozumieniu wyżej przedstawionym, między pobytem powoda w pozwanym szpitalu, wysoce inwazyjnymi procedurami medycznymi, jakim był tam poddawany przez szereg miesięcy, a zakażeniem powoda wirusem żółtaczkowym HCV. Ocenę tę zaskarżył w swej apelacji pozwany szpital, zarzucając w tym zakresie naruszenie art. 361 § 1 k.c. Zdaniem skarżącego, dowody pominięte przez Sąd Okręgowy w postaci dokumentacji szpitala, zeznań W. Ż. – epidemiologa szpitalnego, wskazują, że w szpitalu obowiązywały procedury przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym, a w czasie gdy przebywał w nim powód, nie stwierdzono zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby „C”. Nadto skarżący polemizował z opinią biegłego A. D. (1), zarzucając mu, że jego twierdzenia są hipotetyczne.

Stanowisko pozwanego nie jest zasadne. Okoliczność, że w pozwanym szpitalu przestrzegane były procedury przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym nie jest wystarczająca do stwierdzenia, że do zakażeń takich dojść w nim nie mogło. Przypadek powoda jest dowodem zaprzeczającym tej tezie. Wszak niezależnie od wirusa HCV, bezsporne jest, że w czasie leczenia u pozwanego stwierdzono u powoda występowanie licznych bakterii, opisanych w opinii biegłego specjalisty z mikrobiologii – prof. dr hab. med. P.H. oraz w opinii Zakładu Medycyny Sądowej), które miały pochodzenie egzogenne, czyli ze środowiska szpitalnego i mogły prowadzić do zagrożenia zdrowia lub nawet życia powoda. Także ci biegli (obok biegłego A. D.) wyjaśnili, że zakażenie HCV w ok. 70 % przypadków związanych jest z hospitalizacją. Zwrócili on uwagę, że powód przebywał w szpitalu 5 miesięcy i był poddawany licznym inwazyjnym procedurom medycznym, co stanowi istotny czynnik ryzyka. Wątpliwości, że do zakażenia powoda doszło w pozwanym szpitalu nie miał biegły A. D., który prawdopodobieństwo takiego zakażenia określił na ponad 90%. Swoją opinię w tym zakresie przekonywująco uzasadnił, wskazując co za nią przemawia, a powołanych przez niego argumentów skarżący nie kwestionuje. Podnosi tylko, że opinia biegłego jest hipoteczna, że zeznając na rozprawie opierał się on na pamięci, gdyż nie miał wglądu do akt od wydania opinii pisemnej, z czego apelacja wywodzi wniosek, że biegły ten nie był pewny swoich zeznań. Jest to wniosek całkowicie nieuprawniony. Biegły A. D. na rozprawie istotnie powołał się na niepamięć faktu wynikającego z dokumentacji medycznej znajdującej się w aktach sprawy, z którymi zapoznawał się podczas sporządzania opinii na piśmie kilka miesięcy wcześniej, jednak dotyczyło to kwestii nieistotnej z punktu widzenia przedmiotu opinii. Nie pamiętał mianowicie dokładnie, w którym szpitalu stwierdzono u powoda obecność przeciwciał HCV, choć według tego co pamiętał było to w pozwanym szpitalu. Wywodzenie przez skarżącego na tej podstawie, że biegły nie był pewny swych zeznań, a zatem, że danie mu wiary stanowiło niedozwoloną jednostronną ocenę materiału dowodowego, jest oczywiście bezpodstawne. Biegły A. D. był zdecydowanie pewny podstawowych kwestii, których dotyczyła opinia, a mianowicie prawdopodobieństwa zakażenia powoda wirusem HCV w pozwanym szpitalu. Twierdzenie zaś przez pozwanego, że nie zostało dostatecznie wyjaśnione przez Sąd, czy u powoda nie doszło do zakażenia podczas wcześniejszych zabiegów jakim był poddawany, w tym podczas wycięcia wyrostka robaczkowego jest chybione, jeśli się zważy, że inicjatywa dowodowa dla dowiedzenia tego faktu leżała po stronie pozwanego ( art. 6 k.c.). Inicjatywy takiej pozwany nie podjął.

Przypomnieć należy, Sąd Najwyższy niejednokrotnie wyrażał pogląd, aprobowany w doktrynie, że w tzw. procesach lekarskich ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Dlatego też, w tego rodzaju sprawach, nie jest konieczne wykazanie związku przyczynowego o charakterze bezpośrednim i stanowczym, lecz wystarczy przyjęcie wystąpienia związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa (zob. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 5 kwietnia 2012 r. II CSK 402/11, Lex nr 1168538, z dnia 20 marca 2009 r. II CSK 564/08, Lex nr 610213, z dnia 17 października 2007 r. II CSK 285/07, Lex nr 490418).

Pogląd powyższy Sąd Apelacyjny w sprawie niniejszej podziela. Skoro biegły lekarz mikrobiologii lekarskiej A. D., którego opinii skarżący nie podważył, kategorycznie stwierdził, że do zakażenia powoda musiało dojść podczas hospitalizacji, a prawdopodobieństwo, że nastąpiło to w pozwanym szpitalu wynosi ponad 90% i graniczy z pewnością, to brak jest podstaw do kwestionowania związku przyczynowego w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. pomiędzy hospitalizacją powoda w pozwanym szpitalu a zakażeniem wirusem HCV. Dodać warto, że także biegły P. H. oraz Zakład Medycyny

Sądowej w Ł. wydający w sprawie opinię uznali za wysoce prawdopodobne zakażenia powoda wirusem HCV w pozwanym szpitalu.

Absurdalny jest zarzut pozwanego, wynikający zapewne z nieznamości uzasadnienia Sądu pierwszej instancji, jakoby Sąd ten poczynił ustalenia w zakresie skutków zakażenia w sposób „spekulatywny” a zatem niedozwolony. Rzecz w tym, że Sąd Okręgowy w ogóle nie poczynił w tym zakresie ustaleń. Za szkodę powoda przyjął zakażenie go wirusem HCV, natomiast nie ustalał jakie zakażenie to wywołało skutki zdrowotne i czy spowodowało uszkodzenie wątroby powoda. Wskazał, że występujące u powoda przeciwciała anty HCV świadczą o trwającej przewlekłej żółtacze typu C, co zostało potwierdzone badaniem genetycznym RNA HCV oraz, że z uwagi na stan zdrowia powoda po zabiegach operacyjnych nie jest obecnie możliwe wdrożenie leczenia interferonem i rybawiryną ( strona 7 uzasadnienia).

Nieprawdziwe jest twierdzenie apelacji pozwanego szpitala, jakoby biegły A. D. zeznał, że w przypadku powoda nie ma przeciwwskazań do podjęcia terapii interferonem. Biegły wyjaśnił bowiem, że leczenie u powoda „być może mogło być interferonem i rybawiryną, musi to ocenić zakaźnik czy nie przeciwwskazań” ( k. 1444). Wskazał też, że żywienie pozajelitowe nie jest jednoznacznym przeciwwskazaniem do leczenia interferonem (k. 1445). Nie sposób wysnuć z powyższych zeznań biegłego wniosku, że wyraził on jednoznaczny pogląd o braku przeciwwskazań u powoda do leczenia interferonem. Skarżący pomija przy tym opinię Zakładu Medycyny Sądowej w Ł., według której „terapia Interferonem Alfa nie miałaby zastosowania w analizowanym przypadku, ponieważ objawy niepożądane leczenia tym specyfikiem mogłyby doprowadzić do ciężkich powikłań a nawet zgonu Z. K.” (k.839v).

5. Zarzut pozwanego szpitala, że powód przyczynił się do szkody ( art. 362 k.c.), gdyż nie podjął leczenia interferonem, które „zdaniem biegłych” w zasadniczy sposób wpłynęłoby na poprawę stanu zdrowia powoda jest także bezzasadny. Wbrew twierdzeniom skarżącego nie ma podstaw do twierdzenia, że powód kwalifikuje się do tego rodzaju leczenia, o którym biegli mówili jako toksycznym, i że mu je zaproponowano, a on bezpodstawnie odmówił.

Zwrócić należy przy tym uwagę, co wydaje się, że pomija skarżący, iż Sąd pierwszej instancji w pisemnych motywach orzeczenia w części uzasadniającej zasądzone zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę nie uwzględnił zakażenia powoda wirusem HCV jako okoliczności wpływającej na wysokość zasądzonych świadczeń. W rezultacie zatem, omawiana w tym miejscu szkoda powoda – niewątpliwe zakażenie wirusem HCV – nie miała wpływu na uwzględnienie roszczeń majątkowych powoda. Została jednak wzięta pod uwagę przy zasądzaniu odpowiedzialności pozwanych za szkody, jakie u powoda mogą w przyszłości wyniknąć w związku z tym zakażeniem. Skoro jak sam zeznał powód, jest pod opieką przychodni zakaźnej, a obecnie w związku ze stwierdzoną u niego przewlekłą żółtaczką typu C nie stosuje leczenia farmakologicznego, a jedynie dietę, to skutki zakażenia nie są dla niego do tej pory odczuwalne (biegli z Zakładu Medycyny Sądowej wyjaśnili, że w 80% zakażonych dochodzi do skąpo- lub bezobjawowego zakażenia – k. 839), co może się jednak zmienić w przyszłości. Rokowania dla stanu zdrowia powoda nie są pomyślne, co wynika z zaświadczenia lekarza specjalisty chorób zakaźnych z Poradni Chorób Zakaźnych, pod kontrolą której znajduje się powód (k. 1348). Tym samym Sąd Okręgowy wbrew zarzutowi apelacji pozwanego szpitala ustalił, w jakim zakresie szkoda powoda pozostaje w związku z zakażeniem, a w jakim zakresie w związku z przyjętym przez pozwanego nieprawidłowym leczeniem powoda.

6. Bardziej skomplikowana była ocena istnienia związku przyczynowego między leczeniem powoda w pozwanym szpitalu a wystąpieniem u niego zespołu jelita krótkiego. W ocenie Sądu Apelacyjnego, niektóre z okoliczności istotnych dla ustalenia w tym zakresie adekwatnego związku przyczynowego, na podstawie którego Sąd pierwszej instancji przyjął odpowiedzialność pozwanego szpitala za szkodę, naprawienia której dochodzi powód, wymagały uzupełnienia.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego podstawowe znaczenie ma początek leczenia powoda, a mianowicie prawidłowość pierwszej operacji oraz opieka lekarska powoda po tym zabiegu. Późniejsze leczenie, kolejne zabiegi i wdrażane procedury, stosowane leki, opanowanie sepsy w tak ciężkim stanie w jakim znajdował się powód, było skuteczne, bo jak zeznał dr M. P. powód przeżył. Lekarz ten swą ocenę, co do prawidłowości leczenia (na którą powołuje się skarżący),

odnosił do okresu, gdy powód był już w ciężkim stanie, po kolejnych zabiegach operacyjnych, nie oceniał natomiast tego, czy pierwszy zabieg operacyjny i prowadzone po nim postępowanie medyczne było prawidłowe.

Na tę okoliczność wypowiadała się opinia Zakładu Medycyny Sądowej (...) w Ł., w której biegli ocenili pozytywnie pierwszą operację przeprowadzoną w powoda w dniu 20 czerwca 2001 r. oraz postępowanie po niej, choć zwrócili uwagę na brak dokumentacji medycznej za okres od 3 do 11 lipca 2001 r. i niemożność w związku z tym zajęcia jednoznacznego stanowiska. Opinia ta nie wyjaśnia wszystkich okoliczności dotyczących tego okresu leczenia. Przede wszystkim też nie upoważniała Sądu pierwszej instancji do formułowania kategoriycznych ocen co do opieszałości personelu medycznego pozwanego szpitala i braku prawidłowej reakcji na stan powoda po pierwszym zabiegu operacyjnym, czy też do uznania, że pozostawienie powoda bez odpowiedniej interwencji przez tak długi czas, przy jednoczesnym posiadaniu wiedzy o zaistniałym problemie (zator), skutkowało powstaniem dalszych komplikacji utrudniających powrót powoda do zdrowia, w tym także rozwojem licznych zakażeń bakteryjnych. Powyższe wnioski nie wynikały z żadnej opinii biegłych wydanej w niniejszej sprawie, a w szczególności z opinii Zakładu Medycyny Sądowej (...) w Ł., którego zadaniem było wypowiedzenie się na okoliczność prawidłowości postępowania personelu medycznego pozwanego szpitala w procesie leczniczym powoda. Pozwany szpital trafnie zarzucił pominięcie tej opinii.

W ocenie Sądu Apelacyjnego opinia ta nie wyjaśniła jednak kilku kluczowych dla rozstrzygnięcia kwestii. Po pierwsze, jak to możliwe, że jeżeli w dniu 20 czerwca 2001 r. podczas pierwszej operacji uwolniono pętle jelitowe ze zrostów, poza jedynie dwiema, stanowiącymi ok. 10%, dwadzieścia dwa dni później podczas kolejnej operacji (12 lipca 2001 r.), stwierdzono masywne zrosty pętli jelita cienkiego ze sobą, poprzeczną, zstępną i esicą, rozcięcie jelita nawet do ok. 7-8 mm oraz usidlenie pozostałego jelita w olbrzymim, trwale zrośniętym guzie, konglomeracie jelit, zajmującym prawie całą miednicę mniejszą, a zatem stan zrośnięcia jelit dużo bardziej skomplikowany i trudny niż wynikało to z opisu pierwszej operacji. Biegli z Zakładu Medycyny Sądowej (...) omawiając tę kwestię stwierdzili, że po pierwszej operacji powstały w jamie otrzewnej nowe zrosty doprowadzając do ponownego wystąpienia niedrożności przewodu pokarmowego, z powodu których powód był operowany w dniu 12 lipca 2001 r. Zdaniem biegłych nie było możliwości uniknięcia wytworzenia nowych zrostów ( k. 833v).

W ocenie Sądu Apelacyjnego wytłumaczenie to było poparte praktycznie żadną argumentacją i było nieprzekonywujące, jeśli się zważy, że zrosty jelit, jakie stwierdzono u powoda 20 czerwca 2001 r. powstawały przez kilkadziesiąt lat, tj. od lat siedemdziesiątych, gdy przeprowadzono u niego operację wyrostka robaczkowego (1974 r.). Niezrozumiałe było zatem, jak w sytuacji, gdy według zapisu historii choroby powoda, podczas pierwszej operacji uwolniono zrosty (poza tylko niewielkim odcinkiem zrośniętych jelit stanowiących 10%), mogło dojść do jeszcze większych zrostów nazywanych przez biegłych guzem, konglomeratem, zaledwie w ciągu trzech tygodni.

Kolejną okolicznością budzącą zastrzeżenia było to, czy operacja z dnia 20 czerwca 2001 r. doprowadziła do udrożnienia przewodu pokarmowego powoda. Wątpliwość tę powziął Sąd Apelacyjny w związku z różnym odczytaniem przez biegłych – Zakład Medycyny Sądowej (...) w Ł. i dra F. W. wyniku przeprowadzonego u powoda w dniu 2 lipca 2001 r. badania pasażu jelitowego, którego zadaniem było zbadanie drożności układu pokarmowego. Według Zakładu Medycyny Sądowej (...) wynik badania wskazywał tylko na zwężenie jelita cienkiego, podczas gdy według dra F. W. badanie to wykazało całkowitą niedrożność jelita krętego, bowiem w ciągu 10 i pół godziny trwania badania nie uzyskano przejścia kontrastu do dalszych części jelita ( k. 1187v).

Mając na uwadze powyższe wątpliwości Sąd Apelacyjny uzupełnił materiał dowodowy o opinię (...) J. w K., w której biegli mieli się wypowiedzieć m.in. na okoliczność czy zrosty jelit, które były tego rodzaju, że wymagały usunięcia podczas operacji w dniu 12 lipca 2001 r. ok. 5 metrów jelita cienkiego, mogły powstać między pierwszą a drugą operacją przeprowadzoną u powoda, tj. między 20 czerwca a 12 lipca 2001 r. i czy były wynikiem wadliwie przeprowadzonej pierwszej operacji oraz, czy wynik badania RTG z dnia 2 lipca 2001 r. świadczy o niepełnej drożności jelit (jak określili to biegli z (...) w Ł.), czy też o niedrożności jelit (jak to określił biegły F. W.) i czy uzasadniał bezzwłoczne przeprowadzenie drugiej operacji, a tym samym czy wykonanie jej w dniu 12 lipca 2001 r. było spóźnione.

Opinia (...) J. w K., wątpliwości powyższe wyjaśniła.

Po pierwsze, biegli jednoznacznie stwierdzili, że zrosty pętli jelitowych, które stwierdzono u powoda w trakcie drugiego zabiegu operacyjnego w dniu 12 lipca 2001 r. powstały w wyniku nieprawidłowego przeprowadzenia operacji usunięcia wyrostka robaczkowego w 1974 r. przez używanie rękawic zanieczyszczonych talkiem, co potwierdził wynik badania histopatologicznego materiału pobranego po operacji w dniu 12 lipca 2001 r., a nie dopiero po operacji z czerwca 2001 r. Nie byłoby to możliwe z uwagi na krótki okres czasu między pierwszą a drugą operacją, a ponadto używano wówczas rękawic jednorazowych przygotowanych fabrycznie nie pozostawiających w ciele pacjenta talku, który w tym przypadku był przyczyną zrostów jelit. Biegli nie byli w stanie wyobrazić sobie co mogłoby doprowadzić do powstania tak silnego ziarnikowania odczynu zlepnego w ciągu dwóch tygodni, opisywanego podczas drugiej operacji (k.1719, opinia pisemna, k.1791, opinia ustna - e-protokół - 31.37). W związku z tym zrosty opisane podczas drugiej operacji zdecydowanie nie powstały między 20 czerwca a 12 lipca 2001 r. Prowadzi to do wniosku, że opis pierwszego zabiegu nie odpowiadał w pełni stanowi faktycznemu, że już wówczas musiał istnieć stan opisany przy drugim zabiegu (k.1791, opinia ustna, e-protokół - 19.20, 39.50, 50.58).

W ocenie Sądu Apelacyjnego brak jest podstaw do kwestionowania powyższego stanowiska, które zostało w sposób przekonywujący wyjaśnione, a oparte zostało na wyniku badań histopatologicznych wyciętego „guza” powstałego ze zrośniętych jelit, wskazujących na przyczynę jego powstania. Dlatego też za niewiarygodne uznał Sąd drugiej instancji stwierdzenie biegłych w Zakładzie Medycyny Sądowej (...) w Ł., że zrosty jakie stwierdzono u powoda w dniu 12 lipca 2001 r. były nowymi, powstałymi po 20 czerwca 2001 r.

Po drugie, opinia (...) J. w K., także kategorycznie stwierdza, że drugiej operacji można było uniknąć, gdyby wykonując pierwszy zabieg w dniu 20 czerwca 2001 r., uzyskano prawidłową drożność przewodu pokarmowego, co było zasadą i celem tego zabiegu. Opis drugiego zabiegu przedstawiający całkowicie odmienną sytuację w polu operacyjnym w stosunku do tej opisanej przy operacji z 20 czerwca 2001 r., wskazuje na brak jakichkolwiek szans na powodzenie zabiegu ograniczonego, jaki przeprowadzono w dniu 20 czerwca 2001 r. Opis z protokołu operacji z dnia 12 lipca 2001 r. świadczy o znacznym, nieuzasadnionym medycznie ograniczeniu zabiegu, jaki wykonano w dniu 20 czerwca 2001 r. (k.1719v – opinia pisemna). Zabieg ten nie doprowadził do drożności jelit, a zatem nie spełnił swego celu. U powoda pętle jelit były jakby posklejane klejem i aby przywrócić ich drożność należało uwolnić pętle, które stanowiły przyczynę niedrożności, a następnie skontrolować drożność przewodu pokarmowego i dopiero wtedy możliwe było zamknięcie jamy brzusznej (k.1791 opinia ustna, e-protokół 8.18). Natomiast badanie w okresie pooperacyjnym – pasaż przewodu pokarmowego – udowodniło, że takiej drożności nie było. Niedrożność jelit jest wskazaniem do jak najszybszej interwencji chirurgicznej (k. 1791, opinia ustna e-protokół 9.26). Druga zatem interwencja przeprowadzona 12 lipca 2001 r. była spóźniona w stosunku do wyniku badania drożności jelit z 2 lipca 2001 r. Nie jest przy tym możliwe, aby podczas pierwszej operacji dla operatora nie były widoczne wszystkie zrosty. Przy braku pewności, co do drożności przewodu pokarmowego należy tak poszerzyć otwarcie jamy brzusznej, aby nie mieć wątpliwości, że uwolniono wszystkie zrosty, które powodują brak drożności, a przed zamknięciem jamy brzusznej powinien być wyeksponowany i sprawdzony cały przewód pokarmowy. Dopiero wówczas operator może stwierdzić, że uwolnił i udrożnił wszystkie części przewodu pokarmowego. Tymczasem pierwszy operator przeprowadzający zabieg u powoda świadomie zostawił część zrośniętych jelit, których nie był w stanie uwolnić, a więc i skontrolować (k.1791, ustna opinia, e-protokół 42.10). Biegli zakwestionowali przy tym, aby pierwszy operator mógł stwierdzić drożność przewodu pokarmowego. Wyjaśnili, że przy pierwszym zabiegu część jelit była odszlamowywana, czyli opróżniana z zawartości przez żołądek i najprawdopodobniej dlatego przez pierwsze 3- 4 doby po zabiegu pacjent nie miał nasilonych objawów niedrożności, do momentu, gdy w pętlach jelitowych do przeszkody ( zatoru stwierdzonego badaniem 2 lipca 2001 r.) zebrała się ponownie treść jelitowa i wtedy wystąpiły pełne objawy niedrożności jelitowej z powrotem (k.1791, opinia ustna, e-protokół 35.56).

W ocenie Sądu Apelacyjnego i ta części opinii (...) J. w K. jest wiarygodna i pozwala na uwzględnienie jej przy ustaleniach odnośnie do zastosowanego u powoda leczenia. Biegli w sposób profesjonalny, a jednocześnie zrozumieli wyjaśnili w oparciu o dokumentację medyczną powoda oraz posiadaną wiedzę specjalistyczną stan zdrowia powoda, procedury jakie zastosowano w pozwanych szpitalu i jakie winny być zastosowane.

Powyższe pozwala na poczynienie ustaleń, że:

1/ już w dniu 20 czerwca 2001 r. u powoda istniały zrosty jelit, opis których zawiera protokół operacji przeprowadzonej w dniu 12 lipca 2001 r., a których nie ujawniono – zgodnie ze stanem faktycznym – w protokole pierwszego zabiegu operacyjnego,

2/ taki stan przewodu pokarmowego powoda nie uzasadniał ograniczonego zakresu operacji jaką przeprowadzono 20 czerwca 2001 r.,

3/ podczas operacji 20 czerwca 2001 r. nie uzyskano pełnej drożności przewodu pokarmowego

4/ druga powinna być wykonana niezwłocznie po stwierdzeniu badaniem pasażu jelitowego niedrożności przewodu pokarmowego, tj. najpóźniej niezwłocznie po 2 lipca 2001 r., choć już 26 czerwca 2001 r. wystąpiły objawy niewydolności.

W ocenie Sądu Apelacyjnego powyższe ustalenia pozwalają na stwierdzenie błędów popełnionych przez personel pozwanego szpitala (błędów w sztuce lekarskiej), podczas przeprowadzania u powoda pierwszego zabiegu operacyjnego i postępowania medycznego po nim. Aby jednak stwierdzić istnienie związku przyczynowego między tymi błędami a stanem zdrowia powoda – tj. zespołem jelita krótkiego i związanymi z tymi następstwami, wyjaśnić należało, czy gdyby pierwszy zabieg przeprowadzono prawidłowo, tj. przy resekcji zrośniętych jelit (w takim zakresie jak w dniu 12 lipca 2001 r.) uzyskano by ich pełną drożność, wystąpiłyby również (mogły wystąpić) następstwa w postaci wytworzenia się przetok i stanów zapalnych wynikających z różnego rodzaju zakażeń, uniemożliwiających ich gojenie i odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego, a tym samym utrzymywanie się zespołu jelita krótkiego i konieczność odżywiania pozajelitowego.

Także w tej kwestii biegli z (...) J. w K., zajęli zdecydowane stanowisko. Wyjaśnili mianowicie, że jeżeli w wyniku pierwszego zabiegu uzyskano by drożność przewodu pokarmowego, najprawdopodobniej nie doszłoby do powikłań związanych z niedrożnością takich jak przetoki, posocznica, utrudnione gojenie się ran, kolejne zabiegi, wyłonienie stomii. (k.1791, opinia ustna, e-protokół 15.58, 22.31, 24.32). Prawdopodobieństwo braku posocznicy i braku przetoki kałowej określili biegli jako pewność (k.1791, opinia ustna e-protokół 24.32). Przy pierwszym zabiegu powód był w zupełnie innym niż przy drugim zabiegu stanie ogólnym z dużo lepszymi warunkami wygojenia, bez rozdętych jelit i dlatego po dokonanej wówczas resekcji części jelita, zespolenie wykonane między jelitem cienkim a okrężnicą miałyby większe szanse wygojenia, o ile zostały wykonane poprawnie pod względem technicznym. Utrzymująca się niedrożność przewodu pokarmowego (między pierwszym a drugim zabiegiem) wiąże się z powikłaniami typu ogólnego z kwasicią metaboliczną, zaburzeniami wodno – elektrolitowymi całego organizmu, ze znacznym pogrubieniem ściany przewodu pokarmowego z jego rozdęciem, brakiem perystaltyki, łatwiejszymi infekcjami. W takiej sytuacji łatwiej jest o powikłanie septyczne czy utrudnione gojenie zespolień. Dochodzi do (k.1791, opinia ustna, e-protokół 7.30, 8.19, 9.20).

Z powyższego wynika, że prawidłowe wykonanie pierwszego zabiegu operacyjnego pozwalało uniknąć najistotniejszych, najgroźniejszych i dających trwające do tej chwili następstwa takie jak zatoka kałowa i konieczność w związku z tym wyłonienia stomii, brak wygojenia zespolenia i utrzymujące się przetoki wymuszające odżywianie pozajelitowe. Prawidłowo przeprowadzona pierwsza operacja dawała możliwość przywrócenia ciągłości pokarmowego (k.1791, opinia ustna, e-protokół 43.45, 45.57, 52.30, 54.41).

Przy drugiej operacji, wykonanej z opóźnieniem, tak pomyślnych rokowań co do przebiegu leczenia być nie mogło. Jak wyjaśnili to biegli pomiędzy 20 czerwca a 12 lipca 2001 r. doszło do rozdęcia jelit, które wypełniły się treścią jelitową i wszystkimi wydzielinami, które się zbierają w przewodzie pokarmowym i jeżeli normalnie jelita mają 2-3 cm średnicy, to tutaj mogły mieć 7 cm i więcej, ściany są w takiej sytuacji pogrubione, a przez tak niedrożnościowo zmienioną ścianę dochodzi do zastoju oraz przestawiania się bakterii z przewodu pokarmowego poza jego światło, czyli do krwioobiegu, a rezultacie do zakażenia organizmu (k.1791, opinia ustna, e-protokół 13.30). Zakażenia

są bowiem spowodowane dwoma czynnikami. Jedno to zakażenie przez ścianę przewodu pokarmowego, a drugi to, że chory nie był długo żywiony. Wówczas bowiem dochodzi do utraty białka, a co za tym idzie do utraty sprawności układu immunologicznego, który odpowiada za odporność organizmu. Przy tak dużej niedrożności, jaka istniała u powoda po pierwszym zabiegu, przy jego niedożywieniu, nie miał tym samym uzupełnianych niedoborów wynikających z niedrożności. W takim przypadku chory jest kataboliczny, tj. wykorzystuje własne rezerwy organizmu, co może następować tylko do pewnego momentu. Do dobrego zaś gojenia się zespołen konieczny jest dobry stan układu immunologicznego, dobra suplementacja, w szczególności białka, dzięki czemu jest szansa wygojenia się. Niedożywienie pacjenta jest jednym z czynników, które pogarszają gojenie i rokowania. Przy zabiegu operacyjnym istotne jest nie tylko to jak zabieg został przeprowadzony, ale czy istniały warunki do prawidłowego wygojenia się miejsca operowanego (k.1791, opinia ustna, e-protokół 15.06, 16.28). Podkreślić należy, że już biegły dr F. W. zwracał uwagę na wpływ utrzymującej się niedrożności jelit na zakażenie organizmu, braku możliwości gojenia ran, przetok jelitowych (k. 1114).

Nie ulega też wątpliwości, że druga operacja została wykonana z opóźnieniem („opieszalnością” jak przyjął to Sąd Okręgowi), skoro już 26 czerwca 2001 r. występowała niedrożność wizualna, która 2 lipca 2001 r. została potwierdzona badaniem pasażu, a kolejny zabieg przeprowadzono dopiero w dniu 12 lipca 2001 r. Brak jakiegokolwiek dokumentacji medycznej z okresu od 3 do 11 lipca 2001 r. nie pozwala stwierdzić jak powód był odżywiany i jakie leczenie w stosunku do niego stosowano i dlaczego wcześniej nie zdecydowano się na zabieg. Co prawda nie można z pewnością stwierdzić, że zakres resekcji jelita byłby mniejszy podczas operacji 3 lipca 2001 r. niż 12 lipca 2001 r., jednak z tego co powiedziano wyżej stwierdzić należy, że stan ogólny pacjenta byłby lepszy, a to z kolei lepiej rokowałoby gdy chodzi o pooperacyjny proces gojenia. Długie wyczekiwanie w związku z niedrożnością wykazaną badaniem pasażu jelitowego przy wypełnieniu treścią pokarmową pogarszało warunki miejscowe i rokowanie w związku z gromadzeniem treści pokarmowej części drożnej przewodu pokarmowego, a zakażenie miejsc operowanego, które powstało w związku z zabiegiem w dniu 12 lipca 2001 r. było następstwem nasilonych zmian w jamie brzusznej, jakie ma miejsce w przypadku niedrożności spowodowanej mnogimi zrostami jelit pętlowych i nie dającym się uniknąć ich uszkodzeniom podczas drugiego radykalnego zabiegu (k.1720 opinia pisemna).

Sąd Apelacyjny nie uwzględnił wniosku pozwanego o dopuszczenie dowodu z innego biegłego na okoliczności wskazane w załączniku do protokołu z dnia 23 grudnia 2013 r. (k.1802). W ocenie Sądu wszystkie te okoliczności zostały w sposób wyczerpujący wyjaśnione w opinii pisemnej i ustnej (...) J. w K.. Jak już wskazano potrzeba dopuszczenia tego dowodu wynikała z wątpliwości, jakie powstawały w związku z ustosunkowaniem się wydającego opinię Zakładu Medycyny Sądowej (...) w Ł. do początkowego okresu leczenia i m.in. wystąpienia w dniu 12 lipca 2001 r. większych zrostów jelit niż 20 czerwca 2001 r., które miały być wówczas w 90% usunięte, a nadto ocena drożności po pierwszym zabiegu odmienna od oceny biegłego dra F. W.. Tymczasem skarżący w powyższym piśmie na poparcie swoich tez przywołuje wypowiedzi biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej dotyczące głównie późniejszego okresu leczenia, którego opinia (...) J. nie dotyczy. Nie sposób zgodzić się ze skarżącym, że biegli z (...) J. nie byli w stanie wskazać i wymienić, jakie powikłania wystąpiłyby u powoda po operacji wykonanej 20 czerwca 2001 r. Jest wszak oczywiste, że na ten temat można wypowiadać się tylko hipotetycznie, oceniając prawdopodobieństwo wystąpienia danych następstw w zależności od stanu pacjenta i przeprowadzonego poprawnie, zgodnie ze sztuką lekarską zabiegu operacyjnego. Biegli wręcz opisali trzy możliwe sytuacje (scenariusze) do jakich mogło dojść w wyniku takiej operacji (k.1791, ustna opinia, e-protokół 52.30), a jednocześnie wyjaśnili, dlaczego uznali, że w przypadku wykonania takiej operacji u powoda 20 czerwca 2001 r. jego rokowania były pomyślne i istniała realna szansa na odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego, co omówiono wyżej.

Reasumując, w ocenie Sądu Apelacyjnego uzupełnione postępowanie dowodowe potwierdza ustalenie Sądu pierwszej instancji odnośnie do istnienia związku przyczynowego pomiędzy zastosowanym w pozwanym szpitalu leczeniem a jego skutkami w postaci występującego u powoda zespołu jelita krótkiego. Przy wykonywaniu już pierwszego zabiegu popełniono błąd lekarski nie doprowadzając do uzyskania drożności przewodu pokarmowego. Nie uwolniono, usunięto wszystkich zrostów uniemożliwiających tę drożność, pozostawiono świadomie ok. 10% zlepu, którego stan był taki, że operator bał się go ruszać. Nie sprawdzono podczas zabiegu, czy mimo to uzyskano drożność jelit, a było

to procedurą niezbędną, skoro celem operacji było doprowadzenie do drożności. Wina operatora polega też na tym, że w opisie zabiegu operacyjnego jaki przeprowadził, nie ujawnił stanu faktycznego zastanego podczas jego trwania, co utrudniało prawidłowe dalsze postępowanie medyczne. Wpływ na komplikacje jakie u powoda się pojawiły i które doprowadziły do jego obecnego stanu zdrowia, miało także zawinione opóźnienie w przeprowadzeniu drugiej operacji. Zawinione, gdyż brak jest podstaw do twierdzenia, że przeprowadzenie tego zabiegu dopiero 12 lipca 2001 r. było uzasadnione medycznie, skoro brak jest nawet dokumentacji z tego okresu, a pozwany nie wykazał, aby to opóźnienie nie miało wpływu na przebieg drugiej operacji i jej skutki. Negatywne zaś następstwa takiego opóźnienia wyjaśnili biegli z (...) J. w K..

Mając na uwadze powyższe, stwierdzić należało, że przyczyną adekwatną do szkody powoda naprawienia, której dochodzi on w sprawie niniejszej, były zawinione błędy i zaniechania po stronie personelu medycznego pozwanego szpitala, co uzasadnia jego odpowiedzialność. Jak wyżej przytoczono za Sądem Najwyższym, związek przyczynowy może występować jako normalny również w sytuacji, gdy pewne zdarzenie stworzyło warunki powstania innych zdarzeń, z których dopiero ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody. Taka sytuacja niewątpliwie w sprawie niniejszej miała miejsce. Nieprawidłowo wykonana pierwsza operacja i brak właściwej po niej opieki medycznej stworzyło warunki do dalszych zabiegów i dramatycznego przebiegu procesu leczenia, którego skutkiem jest obecny stan zdrowia. Dlatego też zarzuty skarżących odnośnie do związku przyczynowego oraz zasad odpowiedzialności pozwanych Sąd Apelacyjny uznał za niezasadne.

7. Rozstrzygnięcie Sądu pierwszej instancji w zakresie renty orzeczonej na podstawie art. 444 § 2 k.c. z tytułu całkowitej utraty zdolności do pracy oraz zwiększonych potrzeb zaskarżone zostało przez obydwoje pozwanych, którzy zarzucili zasądzenie jej w kwotach nieudowodnionych przez powoda (pozwany szpital), przy wadliwie ustalonej podstawie odpowiedzialności pozwanego ( pozwany (...) S.A.). Ten ostatni zarzut, wobec istnienia podstaw do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego szpitala, co wykazano wyżej, jest oczywiście bezzasadny. Jak wynika z tego, co już powiedziano, Sąd Apelacyjny podziela stanowisko Sądu pierwszej instancji odnośnie do związku przyczynowego między nieprawidłowo przebiegającym procesem leczenia powoda a jego obecnym stanem zdrowia wymagającym leczenia pozajelitowego związanego z wydatkami i pozbawiającym powoda zdolności do pracy zarobkowej. Obie te podstawy, w myśl art. 444 § 2 k.c. uzasadniają zasądzenie na rzecz powoda renty.

Wbrew opiniom skarżących ustalenie przez Sąd pierwszej instancji jej wysokości, w oparciu o wskazanie rodzaju zwiększonych potrzeb, było w okolicznościach sprawy uzasadnione i zostało przez ten Sąd szczegółowo wyjaśnione w motywach orzeczenia. Obydwie apelacje do wyliczeń Sądu w ogóle się nie odnoszą, poprzestając na ogólnikowych tylko stwierdzeniach o nieudowodnieniu dokładnego zakresu szkody, potrzeby korzystania z opieki pielęgniarskiej, czy ponoszenia kosztów leczenia. Do tak niekonkretnych zarzutów trudno się odnieść. Wszak Sąd pierwszej instancji ustalił jakie wynagrodzenie pobierał powód przed chorobą (2.100 zł), jaką otrzymuje rentę z ZUS (950 zł), jakie ponosi miesięczne wydatki na leki i inne środki medyczne i higieniczne niezbędne mu w związku z żywieniem pozajelitowym (ok. 860 zł), jaki jest koszt wizyty pielęgniarki (50 zł, a miesięcznie licząc 18 wizyt – 900 zł) ( strony 8, 9, 16 uzasadnienia). Sąd wskazał też, na jakiej podstawie ustaleń w tym zakresie dokonał. Żadne z tych ustaleń czy ocen Sądu pierwszej instancji nie zostało chociażby zakwestionowane. Przypomnieć wypada, że zgodnie z ugruntowanym orzecznictwem celem renty, która ma charakter kompensacyjny, a nie socjalny, jest naprawienie szkody, co nie oznacza, że może pokrywać tylko te wydatki, które poszkodowany rzeczywiście poniósł. Dla jej zasądzenia wystarcza bowiem samo istnienie zwiększonych potrzeb, bez względu na to, czy pokrzywdzony poniósł koszt ich pokrycia. Renta przysługuje także w sytuacji, w której opiekę sprawowali nieodpłatnie członkowie rodziny (por. zamiast wielu: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 lutego 2012 r. V CSK 57/11, Lex nr 1147804 i powołane tam orzecznictwo).

W sprawie niniejszej nie było kwestionowane, że powód potrzebuje pomocy osoby trzeciej, jako że sam nie może podawać sobie pożywienia pozajelitowo czy też wykonywać pewnych zabiegów pielęgnacyjnych. Pomoc w tym zakresie świadczy mu żona, gdyż powoda nie stać na wynajmowanie pielęgniarki. Zeznań powoda w tym zakresie oraz odnośnie do jego potrzeb, gdy chodzi o zakup różnego rodzaju środków medycznych i higienicznych, czy też specjalnej diety, pozwani nie podważali.



Reasumując, rozstrzygnięcie Sądu pierwszej instancji w zakresie zasądzonej na rzecz powoda renty jest prawidłowe, a apelacje pozwanych nie zawierają żadnych argumentów, które mogłyby tę ocenę zmienić.

8. Pozwany (...) S.A. zaskarżył także rozstrzygnięcie w zakresie przyznanego powodowi na podstawie art. 444 § 1 k.c. odszkodowania, zarzucając, że nie wyjaśniono jakie poszczególne kwoty składają się na zasądzoną z tego tytułu kwotę. Zarzut ten świadczy o niezajomości przez skarżącego uzasadnienia Sądu pierwszej instancji, który ustalił (wskazując na jakiej podstawie) jakie wydatki poniósł powód w okresie od 20 czerwca 2001 r. do 31 sierpnia 2002 r. w związku z koniecznością przystosowania kuchni do odżywiania pozajelitowego, zakupem zamrażarki, specjalistycznych środków odżywczych, opatrunkowych, leków oraz w jakiej wysokości utracił w tym czasie zarobki (strona 8 uzasadnienia). Suma tych pozycji stanowi zasądzoną w punkcie pierwszym wyroku kwotę 33.983,16 zł tytułem odszkodowania.

9. Pozwani zaskarżyli także zasądzone na rzecz powoda na podstawie art. 445 § 1 k.c. zadośćuczynienie, zarzucając, że jest wygórowane. Zarzuty pozwanych pozbawione są jakiegokolwiek argumentacji adekwatnej do okoliczności niniejszej sprawy. Pozwany (...) S.A. ograniczył się do przytoczenia poglądów orzecznictwa dotyczącego charakteru i celu zadośćuczynienia, bez odniesienia jednak przytoczonych zasad powszechnie w orzecznictwie aprobowanych, do zadośćuczynienia uwzględnionego w tej sprawie. Nie wyjaśnił nawet dlaczego uznał, że zasądzona na rzecz powoda kwota jest rażąco wygórowana. Z kolei apelacja pozwanego szpitala poprzestaje na uwadze, że kwota zadośćuczynienia powinna odpowiadać warunkom społeczno – gospodarczym panującym w danym kraju, a już prima facie zasądzono kwota warunkom tym nie odpowiada.

Wobec tak lakonicznej argumentacji skarżących, ustosunkowanie się do omawianego w tym miejscu zarzutu nie wymagają szerszej analizy przesłanki zadośćuczynienia określone w art. 445 § 1 k.c. i ich zastosowanie w okolicznościach niniejszej sprawy. Sąd pierwszej instancji wyjaśnił co zaważyło na jego uznaniu, że adekwatną do krzywdy powoda będzie kwota 180.000 zł zadośćuczynienia, a wobec niekwestionowania przez skarżących przyjętych przez ten Sąd kryteriów oceny krzywdy powoda, nie ma powodu do ich powtarzania. Uwzględniając wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej przez powoda krzywdy, takie jak czas trwania jego cierpień fizycznych i psychicznych, ich nasilenie, liczbę i czasokres pobytów w szpitalach, liczbę i stopień inwazyjności zabiegów medycznych, nasilenie i czas trwania dolegliwości bólowych, trwałość skutków, wpływ na dotychczasowe życie powoda, jego ogólną sprawność fizyczną i psychiczną oraz brak pozytywnych prognozy na przyszłość, a także to, że zadośćuczynienie ma przede wszystkim charakter kompensacyjny i dlatego też musi przedstawiać realną, ekonomicznie odczuwalną wartość, w ocenie Sądu Apelacyjnego przyznane powodowi w sprawie niniejszej zadośćuczynienie jest umiarkowane i nie sposób uznać go za chociażby wygórowane, także z punktu widzenia warunków społeczno – gospodarczych w kraju.

Także zatem i w tym zakresie apelacja nie podlegała uwzględnieniu.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił obie apelacje jako pozbawione uzasadnionych podstaw. O kosztach zastępstwa procesowego należnych powodowi orzeczono zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu wyrażoną w art. 98 § 1 i 3 k.p.c. Ich wysokość ustalono w oparciu o § 2 ust. 1 i 2, § 6 pkt 7 i § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu ( Dz. U.2013,490 j.t.). Pozwanych też, jako przegrywających sprawę obciążono, na podstawie art. 113 ust. 1 w zw. z art. 83 ust. 2 u.k.s.c., kosztami wydanej w sprawie opinii, które tymczasowo poniósł Skarb Państwa ( Sąd Apelacyjny w Warszawie).