

Sygn. akt I ACa 232/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 lipca 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Mirosława Gołuńska (spr.)
Sędziowie:	SA Agnieszka Sołtyka SA Małgorzata Gawinek
Protokolant:	st. sekr.sądowy Beata Waclawik

po rozpoznaniu w dniu 10 lipca 2014 r. na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa P. K.

przeciwko (...) Szpitalowi im. (...) A. S. w S.

z udziałem interwenienta ubocznego po stronie pozwanej - (...) Spółki Akcyjnej w Ł.

o zapłatę

na skutek apelacji obu stron

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 30 grudnia 2013 r., sygn. akt I C 32/08

I. oddala apelację powoda,

II. oddala apelację pozwanego,

III. nie obciąża powoda kosztami postępowania apelacyjnego.

SSA A. Sołtyka SSA M. Gołuńska SSA M. Gawinek

Sygn. akt I A Ca 232/14

UZASADNIENIE

Powód P. K., w pozwie z 9 stycznia 2008 r., uzupełnionym pismem procesowym z dnia 7 czerwca 2011 r., wniósł o zasądzenie od (...) im. prof. A. S., z siedzibą w S. zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w kwocie 300.000 złotych z odsetkami ustawowymi, kwoty 1.264,61 złotych tytułem zwrotu kosztów badań laboratoryjnych, zakupu leków i opatrunków z odsetkami ustawowymi; kwoty 188,30 złotych tytułem zwrotu kosztów zakupu benzyny do samochodu,

którym powód był transportowany z domu do szpitala i ze szpitala do domu z odsetkami ustawowymi. Ponadto powód wniósł o zasądzenie na jego rzecz renty z tytułu zwiększonych potrzeb w kwocie po 800 złotych miesięcznie począwszy od 1 kwietnia 2006 r. dożywotnio z odsetkami ustawowymi. Powód wniósł również o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości związane z opieką, rehabilitacją i leczeniem operacyjnym oraz wniósł o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwu powód podał, iż roszczenia z jakimi występuje stanowią skutek obrażeń ciała odniesionych 21 sierpnia 2004 r., w wypadku drogowym w miejscowości C..

Pozwany (...) z siedzibą wS. wniósł o oddalenie powództwa w całości i o zasądzenie od powoda na jego rzecz zwrotu kosztów postępowania sądowego. W uzasadnieniu odpowiedzi na pozew pozwany wskazał, że powództwo nie jest zasadne, gdyż przyczyną powstałej u powoda niepełnosprawności jest wypadek drogowy jakiemu powód uległ.

Interwenient uboczny po stronie pozwanego - (...) spółka akcyjna z siedzibą w Ł., w piśmie procesowym z 27 maja 2008 r., ustosunkowując się merytorycznie do żądań zgłoszonych przez powoda oraz przytoczonych faktów, poparł twierdzenia i wnioski pozwanego, o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie na rzecz interwenienta ubocznego poniesionych kosztów procesu według norm przepisanych.

Wyrokiem z 30 grudnia 2013 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 842 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 3 listopada 2007 r. do dnia zapłaty, a w pozostałej części powództwo oddalił. Jednocześnie Sąd nie obciążył powoda kosztami procesu.

Z ustaleń faktycznych poczynionych przez Sąd Okręgowy wynikało, że w sierpniu 2004 r., powód P. K. był absolwentem pierwszej klasy (...) Szkoły (...) w P.. Powód w tym czasie pracował w przedsiębiorstwie (...) w S. – M., gdzie zajmował się wymianą części samochodowych.

W dniu 22 sierpnia 2004 r., doszło do wypadku komunikacyjnego, podczas którego samochód osobowy potracił powoda P. K. Został on przetransportowany do szpitala w G., a następnie do pozwanego (...) im. prof. A. S. z siedzibą w S., w którym przebywał w okresie od 22 sierpnia 2004 r., do 16 września 2004 r., z rozpoznaniem: złamania wieloodłamowego kości podudzia lewego otwartego III, uszkodzenia tętnicy podkolanowej lewej, uszkodzenia nerwu strzałkowego lewego, złamania kości śródreżca ręki prawej, rany miażdżonej okolicy podudzia lewego, licznych otarć naskórka, wstrząsu pourazowego.

Po przywiezieniu do szpitala, w dniu 22 sierpnia 2004 r., przeprowadzono u powoda zabieg operacyjny polegający na: rekonstrukcji pnia tętnicy podkolanowej i piszczelowej przedniej lewej, rewizji i toalecie rany, nastawieniu i stabilizacji złamania kości podudzia lewego metodą Dyna – Stab. Podczas rewizji i toalety rany stwierdzono u powoda uszkodzenie naczyń, oderwanie tętnic piszczelowych od tętnicy podkolanowej. Następnie usunięto z rany powoda liczne dolne fragmenty kostne, zanieczyszczenia, ziemię, wyplukano ranę, skrócono kość strzałkową i założono stabilizator zewnętrzny Dyna – Stab, stabilizując odłamy kostne. Następnie zeszyto skórę i założono drenaż i opatrunek jałowy.

Z materiału pochodzącego z wymazu, z rany pooperacyjnej powoda, pobranego w 9 września 2004 r., poddanego badaniu mikrobiologicznemu nr (...), wyhodowano pałeczki z rodzaju (...) P. K. został wypisany z pozwanego szpitala 16 września 2004 r., z zaleceniem chodzenia przy pomocy kuł łokciowych, bez obciążania operowanej kończyny, przez okres 4 tygodni, iniekcje Clexane 40 mg 1 x dziennie przez 30 dni, kontrolę w Poradni Ortopedycznej po 4 tygodniach, celem oceny klinicznej i dalszych zaleceń.

W dniu 27 września 2004 r., powód zgłosił się do Poradni Ortopedycznej pozwanego szpitala, w związku z gorączką 38,6 o C i wówczas pobrano powodowi materiał na posiew, założono opatrunek jałowy i zastosowano antybiotyki Dalacin C. W dniu 28 września 2004 r., ponownie pobrano od powoda materiał do badań - wymaz z posiewu, z którego wynikało wyhodowanie w warunkach tlenowych pałeczki G (-) z rodzaju Acinetobacter spp., S. aureus MRSA (alert patogenu) – szczep metycylinooporny – oporny na wszystkie antybiotyki betalaktamowe oraz enterococcus faecalis.

W dniu 10 listopada 2004 r., stwierdzono u P. K. martwicę skóry podudzia i zalecono przyjęcie do oddziału, celem wykonania wycięcia ogniska i przeszczepu skóry.

W okresie od 29 listopada 2004 r., do 30 grudnia 2004 r., powód ponownie przebywał w pozwanym szpitalu i podczas tego pobytu wycięto u niego ogniska martwicy skóry podudzia lewego i usunięto ziarninę zapalną, oczyszczono ogniska ropne, stosując przy tym antybiotyki: B. i V.. W dniu 30 listopada 2004 r., ponownie pobrano od powoda wymaz z posiewu, z którego wynikało wyhodowanie w warunkach tlenowych *S. aureus* MRSA (alert patogenu) – szczep metycyloooporny – oporny na wszystkie antybiotyki betalaktamowe oraz pałeczki G (-) z rodzaju *Acinetobacter* spp. (alert patogen). Z pobranego 1 grudnia 2004 r., od powoda wymazu z posiewu wynikało wyhodowanie w warunkach tlenowych pałeczki G (-) z rodzaju *Acinetobacter* spp. oraz szczep metycyloooporny – oporny na wszystkie antybiotyki betalaktamowe. Z pobranego 10 grudnia 2004 r., od powoda wymazu z posiewu wynikało wyhodowanie w warunkach tlenowych pałeczki G (-) z rodzaju *Acinetobacter* spp. P. K. został wypisany z pozwanego szpitala 30 grudnia 2004 r. W dniu 10 stycznia 2005 r., ponownie pobrano od powoda wymaz z posiewu, z którego wynikało wyhodowanie *Staphylococcus aureus* MRSA opornych na wszystkie antybiotyki betalaktamowe oraz *enterococcus faecalis*. W dniu 4 stycznia 2006 r., ponownie pobrano od powoda wymaz z posiewu, z którego wynikało wyhodowanie licznych gronkowców *Saures* MRSA. W dniu 17 stycznia 2005 r., powód ponownie zgłosił się do Poradni Ortopedycznej w pozwanym szpitalu i podczas tej wizyty stwierdzono utrzymujący się wyciek treści surowiczo – ropnej i zmieniono opatrunek. W dniu 24 stycznia 2005 r., została stwierdzona u powoda poprawa kliniczna. Decyzją z 14 marca 2006 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S., podwyższył powodowi rentę socjalną do kwoty 501,87 zł miesięcznie. Orzeczeniem z 19 kwietnia 2004 r., (...) ds. Orzekania o Niepełnosprawności w S. ustalono, że niepełnosprawność P. K. istnieje od 22 sierpnia 2004 r. Orzeczeniem z 19 kwietnia 2006 r., lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S., ustalił całkowitą niezdolność P. K. do pracy do maja 2007 r., i niezdolność ta związana jest z naruszeniem sprawności organizmu. Decyzją z 15 maja 2006 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S., przyznał powodowi rentę socjalną do 31 maja 2007 r., w kwocie 501,87 zł.

W okresie od 19 kwietnia 2005 r., do dnia 22 kwietnia 2005 r., powód ponownie przebywał w pozwanym szpitalu z rozpoznaniem: opóźnionego zrostu i zapalenia kości podudzia lewego po złamaniu wieloodłamowym kości podudzia lewego otwartego III. W dniu 20 kwietnia 2005 r., przeprowadzono u powoda kompresję na aparacie Dynasta o długości 7 mm oraz zmieniono opatrunki, a przy tym stwierdzono, że rany goją się przez ziarninowanie.

Decyzją nr (...), z 29 kwietnia 2005 r., Prezydent Miasta S. przyznał P. K. zasiłek pielęgnacyjny w wysokości 144 złotych w okresie od 1 kwietnia 2005 r., do 30 kwietnia 2006 r.

W okresie od 15 listopada 2005 r., do 21 grudnia 2005 r., powód ponownie przebywał w pozwanym szpitalu z rozpoznaniem: stawu rzekomego i przewlekłego zapalenia kości części bliższej podudzia lewego. Podczas tego pobytu wycięto powodowi staw rzekomy piszczeli lewej, przeprowadzono osteotomię strzałki lewej i destabilizację metodą GPS oraz przeszczepiono kości autogennej oraz stosowano antybiotykoterapię.

W dniach: 27 grudnia 2005 r., 3 stycznia 2006 r., i 17 stycznia 2006 r., powód zgłosił się do Poradni Ortopedycznej w pozwanym szpitalu i podczas tych wizyt zmieniono opatrunki i zastosowano B.. Powód leczony był również w Zakładzie (...), z powodu zakażenia wynikającego ze złamania podudzia. W wykonanym badaniu mikrobiologicznym wyhodowano po raz kolejny szczep *Staphylococcus aureus* MRSA. W związku z wieloopornością szczepu oraz niezadowolającym wynikiem dotychczasowego leczenia wankomycyną, zaproponowano powodowi zastosowanie w leczeniu linezolidu przez okres powyżej 10 dni. Powód nadal przyjmował autoszczepionkę w dawkach przypominających. W okresie od 23 stycznia 2006 r., do 7 lutego 2006 r., powód ponownie przebywał w pozwanym szpitalu, z rozpoznaniem przewlekłego zapalenia kości części bliższej podudzia lewego. Podczas tego pobytu stwierdzono u powoda w miejscu przeszczepu skórno, przebijających się kilka ognisk z wyciekami ropno – krwistym, przeszczep podminowany. W trakcie pobytu P. K. stosowano antybiotykoterapię i w dniu 7 lutego 2006 r., wypisano go ze szpitala z poprawą oraz zaleceniem zgłoszenia się do kontroli po 6 tygodniach. W dniu 23 stycznia 2006 r., ponownie pobrano od powoda wymaz z posiewu, z którego wynikało wyhodowanie *Staphylococcus aureus* MSSA – szczep metycyloooporny – oporny na wszystkie antybiotyki betalaktamowe.

W dniach: 22 marca 2006 r., 29 marca 2006 r. i 29 maja 2007 r. powód zgłosił się do Poradni Ortopedycznej w pozwanym szpitalu; podczas tych wizyt stwierdzono utrzymujący się wyciek treści ropnej i zalecono powodowi posiew i antybiotyk. Powód P. K. od kwietnia 2006 r. do kwietnia 2011 r. leczony był przez lekarza chirurga T. K., w Gabinetzie chirurgicznym (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w S. i podczas tego leczenia stosowano przewleklą antybiotykoterapię celowaną, ozonoterapię, demarkację kanałów przetok, przymoczki – Octenisept, zmiany opatrunków, heparynę drobnocząstkową i kopmresoterapię w leczeniu zakrzepowego zapalenia żył głębokich kończyny dolnej lewej, autoszczepionkę gronkowca i leki przeciwbólowe.

Orzeczeniem z 9 maja 2006 r., (...) ds. Orzekania o Niepełnosprawności w S. zaliczył P. K. do znacznego stopnia niepełnosprawności, którego stopień datuje się od 23 lutego 2005 r., a niepełnosprawność od 22 sierpnia 2004 r.

Orzeczeniem z 22 maja 2007 r., lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S., ustalił całkowitą niezdolność P. K. do pracy do maja 2008 roku i niezdolność ta związana jest z naruszeniem sprawności organizmu. Decyzją nr (...), z 1 czerwca 2006 r., Prezydent Miasta S. przyznał P. K. zasiłek pielęgnacyjny w wysokości 144 złotych na okres od 1 maja 2006 r., do 31 maja 2008 r. W okresie od 17 lipca 2007 r., do 1 sierpnia 2007 r., powód ponownie przebywał w pozwanym szpitalu z rozpoznaniem przestarzałego zapalenia kości piszczelowej lewej w części bliższej. W dniu 26 lipca 2007 r., usunięto u powoda stabilizator zewnętrzny Micromed, umyto pole operacyjne i przepłukano przetokę po uprzednim pobraniu posiewu oraz założono opatrunek. Powód został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem stosowania Clexane 40 mg przez 30 dni, zmianą opatrunków co 3 dni, chodzeniem z częściowym obciążaniem kończyny operowanej, kontroli w Poradni Ortopedycznej po miesiącu i skierowaniem do Oddziału (...) Szpitala w K., celem dalszego usprawniania. W (...) im. prof. A. S. z siedzibą w S., pacjenci zakażeni przebywali w oddzielnych salach i nie było możliwości ich przebywania a salach z pacjentami niezakażonymi.

W okresie od 10 stycznia 2005 r., do 4 lipca 2007 r., P. K. poniósł wydatki w łącznej kwocie 842 złotych, z tytułu kosztów badań laboratoryjnych, zakupu leków i opatrunków. Na kwotę tę składają się: 75 złotych za wymaz z rany - 10 stycznia 2005 r., 260 złotych za dopłatę do antybiogramu, autoszczepionkę i konsultację - 25 stycznia 2005 r., 80 złotych za „dorobienie autoszczepionki” - 14 listopada 2005 r., 50 złotych za konsultację - 4 stycznia 2006 r., 25 złotych za posiew - 29 czerwca 2006 r., 40 złotych za autoszczepionkę - 26 lipca 2006 r., 40 złotych za „dopłatę” do antybiogramu - 26 lipca 2006 r., 40 złotych za „dopłatę” do antybiogramu - 15 listopada 2006 r., 25 złotych za posiew - 12 kwietnia 2007 r., 25 złotych z tytułu ceny badania posiewowego - 22 maja 2007 r., 80 złotych za „doróbkę autoszczepionki” - 30 maja 2007 r., 52 złotych - dopłata do badań - 4 lipca 2007 r.,

Pismem z 31 października 2007 r., powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 150.000 złotych z tytułu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, kwoty 1.264,61 złotych z tytułu zwrotu kosztów badań laboratoryjnych, zakupu leków i opatrunków, kwoty 188,30 złotych z tytułu zwrotu kosztów zakupu benzyny do samochodu, którym poszkodowany był transportowany z domu do szpitala i ze szpitala do domu oraz renty z tytułu zwiększonych potrzeb w kwocie po 800 złotych miesięcznie, począwszy od 1 kwietnia 2006 r., dożywotnio. Pismo doręczono pozwanemu szpitalowi 2 listopada 2007 r.

W grudniu 2010 r., powód podjął leczenie u lekarza – ortopedy A. B., w celu dalszego leczenia skutków urazu doznanego w 2004 roku. Po wykonaniu zaleconej diagnostyki radiologicznej i naczyniowej, 15 marca 2011 roku, P. K. ponownie pojawił się u lekarza A. B., który po wykonaniu zdjęć RTG stawów kolanowych wykonanych w pozycji "na stojąco" skierował go do dr K. – specjalisty w leczeniu deformacji stóp. Od lutego 2011 roku, w orzeczeniu lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S., ustalono częściową niezdolność P. K. do pracy.

Wobec tak ustalonych faktów Sąd Okręgowy posiłkując się opinią biegłych sądowych wskazał, że roszczenie powoda okazało się słuszne co do żądania odszkodowania, a w pozostałym zakresie nie zasługiwało na uwzględnienie i jako takie je oddalił.

Po dokonaniu oceny dowodów zgromadzonych w sprawie Sąd pierwszej instancji podał, że pomimo przyjęcia, że powód uległ zakażeniu gronkowcem, w okresie od 22 sierpnia 2004 r., do 16 września 2004 r., w czasie pobytu

w pozwanym szpitalu, zastosowany wobec niego proces leczenia, polegający wykonaniu zabiegu operacyjnego, był zgodny z zasadami dotyczącymi zawodu lekarza. Jednakże nie zastosowano wszystkich procedur zapobiegających zakażeniom w trakcie leczenia. Ponadto leczenie farmakologiczne nie w pełni zostało wdrożone właściwie. W tych zachowaniach, polegających na niedochowaniu należytej staranności, według Sądu Okręgowego, przejawia się wina uczestniczących w procesie leczenia lekarzy. Sąd ten wskazał, że jednym z argumentów na odparcie twierdzeń powoda, który pozwany podnosił był argument na temat izolacji osób zakażonych i nie zakażonych, poprzez umieszczanie ich w osobnych salach. Jego zdaniem, w tej sytuacji trudno nie przyjąć winy, polegającej na niedochowaniu należytej staranności, w zakresie skutecznego zwalczania źródła zakażenia, szczególnie kiedy w szpitalu wykonywano zabiegi powodujące rozległe rany, co znacznie ułatwia zakażenie. W zakresie leczenia farmakologicznego Sąd Okręgowy wskazał, że stosowano prawidłowe antybiotyki. Niewłaściwa była jedynie konfiguracja, w której je podawano, a mianowicie te same antybiotyki profilaktycznie i leczniczo. Ostatecznie zatem posiłkując się art. 430 k.c. Sąd przyjął odpowiedzialność pozwanego za szkody wyrządzone powodowi przez zatrudniony przez niego personel medyczny, zarówno lekarski jak i pomocniczy.

Ponieważ powód domagał się naprawienia szkody majątkowej w postaci zwrotu kosztów badań laboratoryjnych, zakupu leków i opatrunków w kwocie 1.264,61 zł z odsetkami ustawowymi od 3 listopada 2007 r. do dnia zapłaty, zwrotu kosztów zakupu benzyny do samochodu, którym powód był transportowany z domu do szpitala i ze szpitala do domu w kwocie 188,30 zł z odsetkami ustawowymi od 3 listopada 2007 r. do dnia zapłaty, Sąd ocenił to roszczenie w oparciu o art. 444 § 1 k.c. i uznał, że zasługuje ono na częściowe uwzględnienie. Sąd uznał, że powód wykazał, poprzez dowody z dokumentów w postaci rachunków, że w okresie od 10 stycznia 2005 r. do 4 lipca 2007 r., poniósł wydatki w łącznej kwocie 842 złotych. W pozostałym zakresie z uwagi na nieczytelność dokumentów, brak dat i jednoznacznego stwierdzenia kto zakupił lek i w jakim celu roszczenie oddalił.

W zakresie żądania zadośćuczynienie opartego na przepisie art. 445 § 1 k.c. Sąd Okręgowy wskazał, że nie zasługiwało ono na uwzględnienie w żadnej części. Zdaniem Sądu, powód nie podał na czym polegały jego cierpienia fizyczne. Przesłuchiwany na te okoliczności wyrażał się ogólnikami. Po analizie całego materiału dowodowego w sprawie Sąd stwierdził w konsekwencji, że trudno przyjąć, iż w związku z zakażeniem gronkowcem, powód odczuwał jakiegokolwiek samoistne, znaczące dolegliwości fizyczne. Zakażenie gronkowcem nastąpiło bowiem w czasie pobytu w szpitalu, związanego z leczeniem uszkodzeń ciała, których powód doznał wskutek wypadku, w którym uczestniczył. Sąd zauważył też, że aktualnie powód nie leczy się, a jak wynika z dokumentów gromadzonych w sprawie, a złożonych przede wszystkim przez powoda, proces intensywnego leczenia powód zakończył w 2007 roku. Podkreślił Sąd, że powód pracuje jako taksówkarz, a więc pomimo niepełnosprawności, wykonuje zawód, jaki wykonują w pełni zdrowe osoby. W zakresie kondycji psychicznej powoda biegli w opinii stwierdzili, że u powoda wystąpiły zaburzenia adaptacyjne, które w przeciągu kilku lat powinny ustąpić. Z tego tytułu na dzień wydania opinii biegli przyznali powodowi 5 % uszczerbek na zdrowiu. Zaburzenia adaptacyjne powoda pojawiły się w związku z całokształtem zaistniałych okoliczności. Sąd wskazał także, że w chwili wypadku P. K. nie mógł podjąć studiów wyższych, bowiem warunkiem ich podjęcia jest zdana matura (tak było również w 2004 r.), a powód jej nie zdał. Zdaniem Sądu Okręgowego, skoro powód po wypadku przestał pracować, miał dostatecznie dużo czasu na naukę. Ostatecznie Sąd pierwszej instancji podał, że zadośćuczynienie ma spełniać funkcję przede wszystkim kompensacyjną – powinno zrównoważyć poszkodowanemu doznaną krzywdę. W przypadku powoda nie da się oddzielić skutków wypadku drogowego z 21 sierpnia 2004 r., od jego "krzywdy" wskutek zakażenia gronkowcem. Wreszcie Sąd stwierdził, że w niniejszej sprawie powód domaga się uznania, że jego niepełnosprawność została spowodowana zakażeniem gronkowcem w pozwanym szpitalu. Tymczasem z treści decyzji, w których orzeczono niepełnosprawność powoda wynika że datuje się ona od 22 sierpnia 2004 r. W ocenie Sądu w rozpoznawanej sprawie nie zaistniały przesłanki do zasądzenia renty na rzecz powoda, bowiem niepełnosprawność do pracy powoda związana była z odniesionymi obrażeniami ciała na skutek wypadku z dnia 22 sierpnia 2004 r., a nie wynikała, jak twierdzi powód, z zakażenia gronkowcem, o czym świadczy bez wątpienia orzeczenie (...) ds. Orzekania o Niepełnosprawności w S. z dnia 9 maja 2006 r., który orzekł niepełnosprawność powoda od dnia 22 sierpnia 2004 r., to jest od dnia wypadku.

Poza tym Sąd Okręgowy stwierdził, że powód nie spełnia przesłanek w postaci utraty całkowitej lub częściowej zdolności do pracy zarobkowej; nie wykazał też, że zwiększyły się jego potrzeby, czy zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość. Powód pracuje, jak zostało ustalone, jako taksówkarz, a więc wykonuje zawód, który wykonują osoby zdrowe. Osiąga zarobki w kwocie 2.000 złotych miesięcznie. W stosunku do sytuacji z 2004 r., sytuacja materialna powoda jest bardzo dobra.

Zdaniem Sądu pierwszej instancji w niniejszej sprawie brak było przesłanek do ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość, mając na uwadze przede wszystkim charakter rozstroju zdrowia powoda oraz fakt, iż jak sam wskazał w złożonych zeznaniach zakończył on proces leczenia, brak jest przesłanek do ustalenia odpowiedzialności powoda za skutki mogące wystąpić w przyszłości. Poza tym z treści opinii biegłych wynika, że poza okazjonalnym oczyszczaniem tkanek, które wcale nie musi się zdarzyć, zakażenie nie wywoła innych skutków. Dodatkowo jeszcze biegli stwierdzili, że zastosowanie nowatorskich metod leczenia może spowodować minimalizację tego procesu.

O kosztach procesu Sąd orzekł w oparciu o przepis 102 k.p.c., szerzej takie swoje rozstrzygnięcie uzasadniając.

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie złożyły obie strony.

Powód zaskarżył wyrok w części ponad kwotę 842,00 złotych oraz zarzucił mu:

1. naruszenie przepisów prawa materialnego (art. 445 § 1 k.c.) przez nieuwzględnienie żądania pozwu w zakresie zasądzenia odpowiedniego zadośćuczynienia za doznana krzywdę,
2. naruszenie przepisów prawa materialnego (art. 444 § 2 k.c.) przez nieuwzględnienie żądania pozwu w zakresie przyznania renty z tytułu zwiększonych potrzeb,
3. naruszenie przepisów prawa procesowego (art. 233 § 1 k.p.c.) na skutek braku wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego i sprzeczność ustaleń faktycznych sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego.

Mając na uwadze powyższe zarzuty powód wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku, uwzględnienie powództwa i orzeczenie zgodnie z żądaniem pozwu oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu za obydwie instancje, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi pierwszej instancji, przy uwzględnieniu kosztów dotychczasowego postępowania w zakresie rozstrzygnięcia zawartego w punkcie I. tj. co do oddalenia powództwa wniósł powód.

W uzasadnieniu zarzutów apelujący wskazał między innymi, że Sąd Okręgowy błędnie ustalił, że nie zdał on matury. Co do renty - twierdził, że powinna zostać uwzględniona co najmniej z uwagi na koszty leczenia u doktora T. K., który ocenił koszt leczenia na kwotę 600 złotych miesięcznie. Według powoda, Sąd powinien zastosować miarkowanie z art. 322 k.p.c., gdyż ściśle udowodnienie wysokości żądania nie było możliwe.

Już w toku rozprawy apelacyjnej, wobec rozbieżności wartości przedmiotu zaskarżenia z zakresem zaskarżenia, powód podał precyzując treść apelacji, że wnosi - o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie zadośćuczynienia w kwocie 300 000 zł, skapitalizowanej renty w kwocie 18 000 zł oraz ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość - jak w pozwie, w pozostałej części powód ostatecznie nie kwestionował wyroku Sądu pierwszej instancji.

Pozwany zaskarżył powyższy wyrok w zakresie pkt I i III, zarzucając mu:

- 1) naruszenie prawa materialnego poprzez:
 - błędne zastosowanie art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c. polegające na ustaleniu winy pozwanego;
 - niezastosowanie art. 355 k.c. polegające na błędnym ustaleniu winy powoda polegającej na niezastosowaniu wszelkich procedur zmniejszających ryzyko zakażenia;

- niezastosowanie art. 361 § 2 k.c. polegające na nakazaniu pozwanemu zwrotu na rzecz powoda wydatków poniesionych na leczenie poza powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym

2) naruszenie przepisów postępowania tj.:

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez wadliwą i dowolną ocenę dowodów polegające na ustaleniu zaniedbań pozwanego w zakresie aseptyki wbrew opinii biegłych oraz zeznań świadków złożonych w sprawie;

- art. 278 § 1 k.p.c. poprzez pominięcie przy rozstrzyganiu treści opinii biegłych;

- 102 k.p.c. poprzez odstąpienie od zasądzenia od powoda kosztów procesu;

3) błędne ustalenia faktyczne polegające na przyjęciu, że:

- w trakcie pobytu powoda w pozwanym Szpitalu nie zastosowano wszystkich możliwych procedur zapobiegających zakażeniom w trakcie leczenia;

- fakt zakażenia powoda gronkowcem w trakcie pobytu w pozwanym Szpitalu wskazuje na fakt obecności gronkowca w pozwanym Szpitalu, a tym samym na winę Szpitala;

Wskazując na powyższe zarzuty pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz zwrotu opłaty skarbowej od pełnomocnictwa; ewentualnie o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz zwrotu opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

W uzasadnieniu apelacji pozwany doprecyzował zarzuty przedstawione w jej petitum. Twierdził, że leczenie farmakologiczne zostało wdrożone właściwie. Podkreślił, że nie było możliwości kąpieli powoda ze środkiem dezynfekującym z uwagi na pilność wykonania zabiegu. Podał, że wdrożył system zwalczania źródeł zakażeń, ale nie może ponosić odpowiedzialności za pacjentów, którzy nie przestrzegają reżimu sanitarnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje :

obie apelacje okazały się nieuzasadnione i jako takie podlegały oddaleniu.

Wynikający z art. 378 § 1 k.p.c. obowiązek rozpoznania sprawy w granicach apelacji oznacza zarówno zakaz wykraczania poza te granice, jak i nakaz rozważenia wszystkich podniesionych w apelacji zarzutów i wniosków. Sąd odwoławczy musi zbadać okoliczności wskazujące na ewentualną nieważność postępowania, przebieg i wyniki czynności procesowych sądu pierwszej instancji stosownie do zarzutów zgłoszonych przez apelującego, a w pełnym zakresie ocenić prawidłowość zastosowania w sprawie prawa materialnego (por. uchwałę Sądu Najwyższego z 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07, OSNC 2008, Nr 6, poz. 55). Sąd odwoławczy ma więc obowiązek zastosować właściwe przepisy prawa materialnego, a więc także usunąć ewentualne błędy prawne sądu pierwszej instancji, niezależnie od tego, czy zostały one wytknięte w apelacji. W tej sprawie nieważności nie zarzucano, a Sąd drugiej instancji z urzędu jej nie stwierdził.

Kontrola instancyjna nie wykazała uchybień przy gromadzeniu i ocenie materiału dowodowego, co do okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia. Dokonane przez Sąd Okręgowy w tym zakresie ustalenia faktyczne znajdują odzwierciedlenie w przytoczonych na ich poparcie dowodach, a ich prawna ocena w kontekście weryfikacji żądania powoda i zarzutów pozwanego zasługuje na aprobatę. Stąd ustalenia istotne dla rozstrzygnięcia sprawy oraz wyprowadzone na ich podstawie wnioski prawne Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje za własne. Jak słusznie stwierdził Sąd pierwszej instancji powództwo zostało oparte na odpowiedzialności deliktowej pozwanego związanej z nieprawidłowym leczeniem powoda. Tak skonstruowane roszczenie znajduje swe prawne uzasadnienie

w treści art. 417 k.c. w związku z art. 430 k.c. Powyższe oznacza, że przesłankami odpowiedzialności deliktowej na podstawie komentowanych przepisów jest szkoda wyrządzona osobie trzeciej przez podwładnego, jego wina oraz związek przyczynowy polegający na wykazaniu, że wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności. Wina zwierzchnika, a zatem pozwanego szpitala nie jest dla przyjęcia jego odpowiedzialności deliktowej wymagana, gdyż ponosi on odpowiedzialność na zasadzie ryzyka. Konieczna jest natomiast wina podwładnego, która podlega ocenie z punktu widzenia kryteriów oczekiwanego zachowania się (poprzez działanie lub zaniechanie) w danej sytuacji. Jak słusznie wskazał pozwany przy ocenie zachowania podwładnego jako zawinionego należy mieć na względzie art. 355 k.c. Przepis ten określa miernik należytej staranności jakiej należy wymagać od osoby zobowiązanej do prawidłowego zachowania się, a z której zachowaniem poszkodowany wiąże powstanie szkody. Jak przyjmuje się w orzecznictwie do przypisania winy pozwanego, nie jest potrzebne wykazanie, że podwładny naruszył przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego; wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (wyrok SN z dnia 30 kwietnia 1975 r., II CR 140/75, niepubl.). Za zawinione uznaje się zatem zachowania nie tylko niezgodne z przepisami prawa (co wydaje się być oczywiste), ale także te zachowania które są sprzeczne z zasadami współżycia społecznego albo dobrymi obyczajami, a więc normami moralnymi powszechnie akceptowanymi w całym społeczeństwie lub grupie społecznej, nakazującymi lub zakazującymi określonego zachowania, mimo iż nie jest ono nakazane lub zakazane normą prawną. Z powyższego wynika, że zawinienie obejmuje bardzo szeroki aspekt aktywności, co jest przejawem dążenia do zapewnienia naprawienia szkody w sytuacjach, gdy została ona wyrządzona zachowaniami powszechnie uznawanymi za naganne. W przypadku personelu szpitala odpowiedzialność za szkody pacjentów ulega dalszemu zaostrzeniu z uwagi na funkcjonowanie przepisów regulujących wykonywanie zawodu lekarza. Z ustawy z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty w rozdziale 5 dotyczącym zasad wykonywania zawodu lekarza wynika, że lekarz ma obowiązek pozyskania zgody pacjenta na przeprowadzenie badania lub udzielenie świadczeń zdrowotnych. Zgoda powinna być wyrażona w formie pisemnej jeśli lekarz ma wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta. W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że odpowiedzialność jednostki medycznej ze zdarzenia, którym jest błąd w sztuce lekarskiej można wywodzić wówczas gdy lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny występuje w wypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, niepubl. oraz wyrok Sądu Najwyższego z 24 października 2013 roku, sygn. akt IV CSK 64/13, LEX nr 1413156). Wykonanie zabiegu operacyjnego jest końcowym etapem procedury, na którą składa się na ogół wiele świadczeń diagnostycznych wykonywanych przez różnych specjalistów, stanowiących podstawę do rozpoznania choroby, podjęcia decyzji o zabiegu operacyjnym i jego zakresie. Pojęcie "błędu w sztuce lekarskiej" odnosi się zatem nie tylko do błędu terapeutycznego (błędu w leczeniu, w tym błędu operacyjnego), ale również do błędu diagnostycznego (błąd rozpoznania).

Opisane wyżej przesłanki odpowiedzialności szpitala za zawinione zachowanie jego pracowników pozwala przyjąć, że w przedmiotowej sprawie ustalenie przez Sąd Okręgowy w Szczecinie takiej odpowiedzialności (...) Szpitala – (...) było prawidłowe, aczkolwiek charakter zaniedbań był znikomy i w niewielkim stopniu, jeżeli w ogóle, przyczynił się do pogorszenia stanu zdrowia powoda. Taka ocena prawna była skutkiem poczynienia przez Sąd pierwszej instancji prawidłowych ustaleń faktycznych. Zważywszy jednak, że wadliwość wydanego rozstrzygnięcia która, zdaniem stron, stanowiła między innymi skutek uchybień Sądu Okręgowego w zakresie gromadzenia i oceny materiału dowodowego, a o prawidłowości zastosowania norm prawa materialnego należy rozstrzygać po stwierdzeniu, że nie miały miejsca uchybienia przy gromadzeniu dowodów i ich ocenie, w pierwszej kolejności należało rozstrzygnąć co do prawidłowości procedowania Sądu pierwszej instancji w tym zakresie. Uwagi w tym zakresie zgłosiły zaś obie strony. Powód wskazywał na wadliwe pominięcie cierpień i bólu jako elementu krzywdy uzasadniającej przyznanie jemu zadośćuczynienia. Twierdził, że Sąd Okręgowy niesłusznie nie dostrzegł utraty widoków powodzenia na przyszłość, co uzasadniałoby przyznanie jemu renty. Utrzymywał, że przebieg choroby oraz udział pozwanego w szkodzie uzasadnia ustalenie jego odpowiedzialności na przyszłość. Powód nie kwestionował natomiast tej części ustaleń faktycznych

Sądu z której wynikała odpowiedzialność pozwanego szpitala za zakażenie gronkowcem i niewłaściwe leczenie. Te zagadnienia stały się przedmiotem zarzutu wadliwej oceny dowodów zgłoszonego przez pozwanego, który twierdził, że postępował w stosunku do powoda prawidłowo i nie ma podstaw do przypisania jemu odpowiedzialności deliktowej.

Przechodząc zatem w pierwszej kolejności do zarzutów apelacyjnych strony pozwanej, jako związanych z przypisaniem odpowiedzialności deliktowej w ogóle wskazać należy, że pozwany szpital kwestionując ocenę dowodów dokonaną przez Sąd pierwszej instancji, a w konsekwencji ustalony w sprawie stan faktyczny, nie zgłosił w apelacji nowych twierdzeń i dowodów. Takich dowodów nie zgłosił zresztą także powód. Sąd Apelacyjny w tej sytuacji oparł się wyłącznie na materiale dowodowym zgromadzonym przed Sądem pierwszej instancji, a zasadność zarzutów obu stron dotyczących stanu faktycznego sprawy skontrolował jedynie poprzez prześledzenie toku rozumowania Sądu Okręgowego i ustalenie czy rozumowanie to było logiczne.

Co do zasady dla skuteczności zarzutu naruszenia art. 233§1 k.p.c. niezbędne jest wykazanie - przy użyciu argumentów jurydycznych - że sąd naruszył ustanowione w nim zasady oceny wiarygodności i mocy dowodów, a więc że uchybił podstawowym regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów oraz że naruszenie to mogło mieć wpływ na wynik sprawy. Przy ocenie dowodów istotne jest przy tym, że jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Sprawdzianem tego, czy sąd należycie wykonał obowiązek wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego jest uzasadnienie orzeczenia, w którym winien się on m.in. wypowiedzieć co do faktów, które uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł i przyczyn dla których innym dowodem odmówił wiarygodności i mocy dowodowej - art. 328 § 2 k.p.c. Przedmiotem dowodu są przy tym jedynie fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy (art. 227 k.p.c.). Zważywszy na obowiązującą w procesie cywilnym zasadę kontradiktoryjności, strony powinny przytoczyć odpowiednie okoliczności faktyczne i dowody na ich poparcie, jeżeli z faktu tego wywodzą skutki prawne mogące być podstawą rozstrzygnięcia sądowego. Selekcji faktów dokonuje Sąd uwzględniając zasadę prawdy materialnej i kontradiktoryjności. W ostatecznym wyniku istotność faktu jest oceniana przez sąd z punktu widzenia prawa materialnego.

Po tych ogólnych uwagach co do reguł dowodzenia przez strony swoich twierdzeń, przed przejściem do oceny zasadności zarzutów pozwanego co do naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., Sąd Odwoławczy zaznacza, że w znaczącej mierze akceptuje ustalenia faktyczne poczynione w sprawie przez Sąd pierwszej instancji, oparte na dowodach wyczerpująco omówionych w pisemnym uzasadnieniu wyroku, w tym dowód z opinii biegłych sądowych i przyjmuje ustalenia tego Sądu za własne. W takiej sytuacji zbędne jest powtarzanie stanu faktycznego sprawy, w tym chronologii następujących po sobie zdarzeń w kontekście przebiegu choroby powoda oraz procesu jego leczenia. Sąd Okręgowy w oparciu o dokumentację lekarską oraz zeznania samych stron i słuchanych w sprawie świadków dokładnie przedstawił proces diagnozowania i leczenia powoda, jak też omówił jego sytuację życiową. Sąd pierwszej instancji ocenił też postępowanie pozwanego szpitala i uznał, że nie dochował on należytej staranności w doborze antybiotyków po zakażeniu powoda gronkowcem, a także nie zastosował wszystkich procedur zapobiegających zakażeniom w trakcie leczenia. Sąd przyjął winę w zakresie niedochowania należytej staranności co do zwalczania źródła zakażenia.

W przekonaniu Sądu Apelacyjnego ustalenia te są prawidłowe. Przede wszystkim należy podkreślić, że Sąd Okręgowy nie stwierdził niedochowania procedur sanitarnych w trakcie operacji, z czym polemizowała strona pozwana. Tym bardziej, że nie można odmówić jej w tym zakresie racji. Powód był operowany w warunkach zagrożenia amputacji nogi. Zgodnie zaś z art. 35 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości uzyskania niezwłocznie zgody pacjenta lekarz ma prawo zmienić zakres bądź metodę leczenia bez uzyskania jego zgody. Wydaje się, że zagrożenie amputacją kwalifikuje się jako ciężkie uszkodzenie ciała i upoważnia do wykonywania operacji bez zgody pacjenta, który – co nie budzi wątpliwości, pozostawał w tym czasie w stanie nietrzeźwości. Dodać w tym miejscu trzeba, że powód nie kwestionował w żaden sposób przystąpienia do jego leczenia w pozwanym szpitalu, wykonania zabiegów

operacyjnych . Niesporne przy tym jest ,że charakter doznanych uszkodzeń, a w szczególności uszkodzenie tętnicy podkolanowej lewej oraz lewego nerwu strzałkowego, wymagało podjęcia natychmiastowego leczenia. W przeciwnym razie doszłoby do amputacji nogi. Powyższą okoliczność potwierdzili biegli sądowi, którzy zarówno w opinii pisemnej jak i w jej ustnym uzupełnieniu wskazali, że procedury zapobiegania zakażeniom w trakcie zabiegu operacyjnego zostały zachowane za wyjątkiem kąpieli ze środkiem dezynfekcyjnym, co było usprawiedliwione z powodu pilności zabiegu . Z zaniechania tej czynności w okolicznościach sprawy biegli nie czynili pozwanemu żadnych zastrzeżeń , było to bowiem kwestia niejako wyboru mniejszego zła.

Tym niemniej, zarzucony w uzasadnieniu Sądu Okręgowego brak prawidłowej antybiotykoterapii oraz niewłaściwych procedur zabiegania zakażeniom okazał się zasadny.

W zakresie leczenia farmakologicznego należy zwrócić uwagę na to, że biegli stwierdzili jednoznacznie , że zlecenie 27 września 2004 roku leku Dalacin było prawidłowe. Wskazali jedynie, że po wyniku posiewu pobranego 30 września 2004 roku nie zmieniono już sposobu leczenia co było wadliwe. Biegli podali, że w związku z wynikiem posiewu powód powinien być hospitalizowany, a leczenie powinno być celowane z użyciem Wankomycyny, trwające od 4 do 6 tygodni. Z opinii uzupełniającej ustnej wynikało, że przyjęcie powoda do szpitala 30 listopada 2004 roku nastąpiło zbyt późno, tym bardziej, że od 30 września 2004 roku do daty przyjęcia powoda do szpitala na leczenie gronkowca był aż trzykrotnie w przychodni. Biegli zauważyli też , że lekarze nie dążyli do wyjaśnienia rozbieżności pomiędzy wynikami badań mikrobiologicznych powoda oznaczonych numerami (...)oraz (...), w których wyhodowano różne drobnoustroje. Wyżej opisane okoliczności świadczą o błędach w sztuce lekarskiej w zakresie leczenia zdiagnozowanego zakażenia gronkowcem, a zatem błędach w leczeniu o czym była mowa na wstępie niniejszego uzasadnienia.

Odnosząc się natomiast co do zapobiegania zakażeniom wskazać należy, że biegli podali jednocześnie, że szczepy HA-MRSA są szczepami typowymi dla środowiska szpitalnego. Pozwany nie zaprzeczał zresztą, że do zakażenia doszło u niego w szpitalu. Z opinii biegłych wynika jednak, że obecność takiego szczepu w szpitalu powinna skutkować podjęciem działań zmierzających do jego eliminacji. Odnosząc powyższe do sytuacji szpitala Sąd Okręgowy słusznie ocenił działania pozwanego w zakresie izolacji pacjentów jako nie dość przekonujące. Faktycznie B. P. zeznała, że sale septyczne, tzn. dla pacjentów zarażonych gronkowcem były oznaczone trójkątami, a pacjenci wiedzieli, że mają przebywać w ramach tego odcinka i wiedzieli, że nie mogą przemieszczać się poza te wyznaczone miejsca. Tym niemniej jednak z jej zeznań wynikało także, że pacjenci przemieszczają się w te inne miejsca. Potwierdził to także C. L., który podał, że po korytarzu chodzili zdrowi i chorzy pacjenci. Stąd też uwaga Sądu Okręgowego co do tego, że na oddziale gdzie wykonuje się zabiegi powodujące rozległe rany zwalczanie źródła zakażenia powinno być przede wszystkim skuteczne, jest słuszna. O tym nie może być mowy w sytuacji gdy pacjenci korzystają ze wspólnego korytarza, gdyż zakażenie odbywa się poprzez ich bezpośredni kontakt. To, że kontrola Sanepidu nie stwierdziła w tym zakresie nieprawidłowości dowodzi jedynie tego, że szpital przestrzegał przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne w stosunku do C. L. na dzień 22 czerwca 2007 roku, kiedy to pacjent ten przebywał w sali jednoosobowej numer 40, na wydzielonym odcinku, z wydzielonym WC i łazienką. Wówczas inspektor stwierdził, że reżim został zachowany, gdyż istniała izolacja ochronna. Na dzień kontroli nie było natomiast sytuacji, o których zeznała świadek B. P. i C. L., a zatem wspólny korytarz dla zarażonych i niezarażonych i wieloosobowe sale dla pacjentów zakażonych gronkowcem, oznaczone trójkątem. Z powyższego wynika, że inspekcja nie wykryła nieprawidłowości gdyż w kontrolowanym dniu ich nie było, co jednak nie oznacza, że nie było ich w ogóle, a tym bardziej na przełomie sierpnia i września 2004 roku, kiedy na oddziale przebywał powód. Znamienne jest to, że B. P. przyznała, że na przestrzeni lat liczba zakażonych się zwiększa, co także wskazuje na to, że sposób zapobiegania zakażeniom w pozwanym szpitalu nie jest być może do końca prawidłowy. Tym bardziej, że jak przyznaje pozwany w jego strukturach działa zespół do spraw kontroli zakażeń szpitalnych, którego głównym zadaniem jest powstrzymywanie przenikania flory bakteryjnej do miejsc, gdzie znajdują się pacjenci narażeni na infekcje. Pozostaje pytanie o skuteczność podejmowanych przez niego działań, skoro wspólne korzystanie przez pacjentów z korytarza zostało odnotowane przez pielęgniarkę B. P. jak i lekarza, który operował wieloodłamowe złamanie kości kończyny dolnej u powoda. Wydaje się także, że przerzucanie odpowiedzialności na pacjentów, którzy – zdaniem pozwanego,

nie stosują się do obowiązującego w szpitalu reżimu sanitarnego jest zbytnim uproszczeniem i przerzuceniem odpowiedzialności. Szpital, a nie pacjenci, jest obowiązany do zapobiegania zakażeniom. Wydaje się zatem, że bieżąca kontrola korytarzy szpitalnych i zapobieganie wspólnemu korzystaniu z nich spoczywa na szpitalu, czego ten jednak nie przestrzegał w dostatecznym stopniu. Z zeznań pracowników szpitala nie wynika aby taką okoliczność w ogóle poczytywano za skutek zwiększonej liczby zakażeń i podejmowano próby jej eliminacji.

Opisane wyżej uchybienia w zakresie leczenia powoda oraz faktycznego zapobiegania zakażeniom powodują, że odpowiedzialność pozwanego za szkodę jaką powód poniósł w związku z leczeniem gronkowca została prawidłowo oceniona. Zbyt późne wdrożenie wankomycyny, antybiotykoterpia empiryczna prowadzona po uzyskaniu wyników badania mikrobiologicznego oraz zbyt późne hospitalizowanie powoda spowodowały wydłużenie okresu leczenia oraz dodatkowe wydatki. Mieszczą się one w ramach odpowiedzialności deliktowej opisanej w art. 430 k.c., co też w oparciu o art. 444 § 1 k.c. uzasadnia żądanie zasądzenia kwoty odpowiadającej poniesionym przez powoda kosztom leczenia. Jednakże Sąd Okręgowy słusznie uwzględnił żądanie odszkodowawcze powoda jedynie w części. Sąd w sposób szczegółowy i logiczny przedstawił dlaczego części dokumentów przedstawionych przez P. K. nie mógł uwzględnić. Faktycznie część paragonów jest nieczytelna, nie wskazuje daty zakupu i rodzaju środka farmakologicznego, nie wiadomo kto go zakupił. To samo dotyczy dwóch rachunków za przeprowadzone badania, z których nie wynika kiedy zostały przeprowadzone, a tym samym nie wiadomo czy odbyły się one w związku z zakażeniem gronkowcem u powoda. Wyżej opisane rozważania prawne doprowadziły Sąd Apelacyjny do przekonania, że apelacja strony pozwanej nie zasługiwała na uwzględnienie. Stąd też, w oparciu o art. 385 k.p.c., należało ją oddalić o czym orzeczono w punkcie II sentencji wyroku.

Przechodząc do oceny apelacji powoda należy wskazać, że stwierdzenie odpowiedzialności deliktowej zasadniczo powoduje uwzględnienie roszczeń o zadośćuczynienie i rentę jako że te roszczenia są związane z zawinionym działaniem podopiecznych pozwanego, któremu przypisuje się odpowiedzialność deliktową. W opisanej sprawie stwierdzenie odpowiedzialności pozwanego szpitala powinno, wydaje się, skutkować uwzględnieniem roszczeń powoda o przyznanie jemu zadośćuczynienia i renty. Tym niemniej przyznanie kwotowego odpowiednika doznanej krzywdy oraz utraty widoków powodzenia na przyszłość czy zwiększenia potrzeb wymaga ustalenia, że owa krzywda, utrata widoków powodzenia czy zwiększenie potrzeb faktycznie w życiu poszkodowanego zaistniały. Zwrócić należy uwagę na to, że to powód ma obowiązek wykazać tę okoliczność, albowiem zgodnie z art. 6 k.c. stanowi ona fakt prawotwórczy korzystny dla poszkodowanego. To na powodzie zatem spoczywa obowiązek wykazania, które skutki w sferze psychofizycznej oraz w sferze zdolności do pracy bądź potrzeb pozostają w związku z nieprawidłowym postępowaniem pozwanego. Człowiek doznaje krzywdy, utraty widoków powodzenia na przyszłość, zwiększenia potrzeb wskutek różnych zdarzeń, z których nie każde jest skutkiem zarzucalnych zachowań sprawcy deliktu. Zatem, trzeba powtórzyć, to rolą powoda jest odpowiednie zaszeregowanie ujemnych zmian w życiu do następstw opisanych w art. 445 k.c. oraz w art. 444 § 2 k.c., szczególnie gdy zmiany te mogły zostać wywołane także innymi czynnikami, jak urazy doznane w wyniku wypadku komunikacyjnego i skomplikowana następnie operacja nogi. Co więcej w orzecznictwie przyjmuje się, że nie można domagać się zadośćuczynienia, jeżeli doznane cierpienia fizyczne i krzywda są nieznaczne (wyrok SN z dnia 26 czerwca 1969 r., I CR 165/69, niepubl.). Nie można też tracić z pola widzenia okoliczności w jakich doszło do powstania tej krzywdy. W doktrynie podkreśla, że zadośćuczynienie ma charakter uznaniowy. Jego przyznanie nie jest więc obligatoryjne w każdej sytuacji, gdy zaistnieje krzywda, lecz zależy od uznania i oceny sądu konkretnych okoliczności sprawy (wyrok SN z dnia 27 sierpnia 1969 r., I PR 224/69, OSNCP 1970, nr 6, poz. 111). Z kolei odmowa przyznania zadośćuczynienia musi być obiektywnie uzasadniona i nie może być dowolna.

Odnosząc powyższy stan prawny do realiów niniejszego stanu faktycznego należy zwrócić uwagę na okoliczności związane z zakażeniem i leczeniem gronkowca u powoda. Jak słusznie wskazał Sąd Okręgowy zakażenie pozostało w związku z operacją i leczeniem nogi po wypadku komunikacyjnym, jakiemu poszkodowany uległ 22 sierpnia 2004 roku. Charakter uszkodzeń ciała był znaczny a zabieg operacyjny skomplikowany. Doszło bowiem do wieloodłamowego złamania kości podudzia lewego otwartego III, uszkodzenia tętnicy podkolanowej lewej, uszkodzenia nerwu strzałkowego lewego, złamania kości śródreżca ręki prawej, rany miażdżonej okolicy podudzia lewego, licznych otarć naskórka i wstrząsu pourazowego. Po przewiezieniu powoda do szpitala wykonano zabieg

operacyjny polegający na rekonstrukcji pnia tętnicy podkolanowej i piszczelowej przedniej lewej, rewizji i toalety rany, nastawieniu i stabilizacji złamania kości podudzia lewego metodą Dyna – Stab. Z zeznań lekarza operatora wynika, że operacja powoda była wielogodzinna, najpierw powodem zajęli się chirurdzy naczyniowi, Charakter doznanych uszkodzeń wskazuje na to, że skutki w życiu powoda wywołane wypadkiem komunikacyjnym są znaczące, zarówno w zakresie odczuwanych cierpień fizycznych jak i psychicznych jak i trwałych uszkodzeń ciała. Jak wskazali biegli przebyty uraz powoduje stałą dysfunkcję narządu ruchu, zaburzenia stereotypu chodu oraz stałe zaburzenia odpływu krwi z kończyny dolnej po przebyciu zakrzepicy. Bezsprzecznie powyższe powoduje negatywne konsekwencje w sferze życia psychicznego powoda. Należy jednak podkreślić, że wyżej opisane skutki pozostają poza odpowiedzialnością deliktową szpitala. Jego postępowanie było w tym przypadku pozytywne, przyczyniło się do zmniejszenia dolegliwości związanych z wypadkiem i jego trwałych skutków, zważywszy na to, że powodowi groziła amputacja nogi. Biegli sądowi jednoznacznie stwierdzili, że leczenie powoda w tym zakresie prowadzone było prawidłowo i dało bardzo dobre efekty.

Stąd też aby skutecznie domagać się zadośćuczynienia powód powinien wykazać - jak to już wyżej opisano, samoistne skutki zakażenia gronkowcem złocistym. Powyższe wymagało od niego rozróżnienia skutków związanych z samym wypadkiem i jego leczeniem od skutków związanych z samym zakażeniem. Tymczasem obowiązkowi temu powód nie podolał. Jak słusznie zauważył Sąd Okręgowy roszczenie powoda dotyczyło wszystkich cierpień doznanych przez niego wskutek wypadku i zakażenia, a przedkładane dowody odnosiły się zarówno do jednej jak i drugiej przyczyny. Już w pozwie powód podał, że żądanie zadośćuczynienia jest związane z martwicą części skóry, przetoką ropną i koniecznością poddania się kilkukrotnej operacji. Umknęło zaś w tym zakresie powodowi, że biegli nie byli w stanie ocenić o ile szanse na wyleczenie i uchronienie od powikłań byłoby większe w przypadku gdyby do zakażenia gronkowcem złocistym nie doszło. Już z powyższego wynika, że Sąd nie był w stanie ustalić w jakiej części martwica i kilkukrotne operacje stanowiły skutek zakażenia gronkowcem, a w jakiej części komplikacji po zabiegu wywołanych innymi przyczynami, choćby obecnością ciała obcego w ciele powoda. W dalszej części pozwu powód podał, że jego cierpienia są związane z pozyskaniem informacji o tym, że gronkowiec jest zakażeniem trudnym do zalecenia i jest nieuleczalny. Powyższe miało skutkować utratą radości życia, ograniczeniem w życiu osobistym, obawę śmierci, a także trudności z pogodzeniem pracy zawodowej z leczeniem, zakazem intensywnego chodzenia oraz dźwigania ciężkich rzeczy. Tymczasem, jak słusznie podał Sąd Okręgowy taki stan wywołany był także wskutek wypadku komunikacyjnego. Szczególnie symptomatyczny jest tu zakaz intensywnego chodzenia i dźwigania ciężkich rzeczy, co bezsprzecznie wiąże się z operacją połączenia złamanych kości oraz naczyń krwionośnych kończyny dolnej powoda. Co więcej, 30 % uszczerbek na zdrowiu powoda, wyżej wspomniane zaburzenia chodu, dysfunkcję narządu ruchu oraz zaburzenia odpływu krwi żyłnej z kończyny dolnej związane z urazem nogi mogą wywołać, a mając na uwadze doświadczenie życiowe wywołały u powoda skutki jakie powód w sposób wyłączny przypisuje zakażeniu gronkowcem. W argumentacji powoda przedstawionej w pozwie zabrakło zatem zrelatywizowania szkód wywołanych samym wypadkiem komunikacyjnym do szkód wywołanych zakażeniem. Ostatecznie powód nie przedstawił wyczerpujących wyjaśnień w tym względzie w dalszym toku postępowania, choć był - między innymi na tę okoliczność, przesłuchiwany dwukrotnie. Na rozprawie z 3 grudnia 2008 roku powód zeznał co prawda, że kiedy dowiedział się, że leczenie zakażenia gronkowcem będzie długookresowe, a choroby nie da się wyleczyć to taka informacja była dla niego głębokim przeżyciem, ale też jednocześnie nie sprecyzował na czym polegała jego krzywda, o ile w związku z taką informacją powód jej doznał. Na rozprawie z 19 października 2012 roku powód nie podał żadnych okoliczności związanych z doznaną krzywdą. Powołani przez niego świadkowie także nie wskazywali na rozmiar krzywdy jakiej doznał. C. L. zeznał co prawda, że powód bardzo cierpiał, ale zaraz dodał, że powód mówił mu, iż miał wypadek i że po operacji wykryto gronkowca złocistego, co nie pozwala na jednoznaczne ustalenie z jakiego powodu cierpienia powoda były odczuwane. T. K. zeznał natomiast jedynie na okoliczność przebiegu leczenia u powoda. Ostatecznie sumując zgromadzony w tej sprawie materiał dowodowy na okoliczność krzywdy powoda należy wskazać, że rozstrzygnięcie w kierunku przez niego postulowanym należałoby oprzeć jedynie na dwóch zdaniach wypowiedzialnych raz przez powoda i raz przez C. L. (co do świadka C. L. - nie można pomijać, że w sytuacji gdy C. L. pozostaje sam w sporze sądowym z pozwanym szpitalem zarzucając nieprawidłowości, które miały doprowadzić również do jego zakażenia, to świadka tego nie możemy traktować jako osoby w pełni obiektywnej). Ten skąpy materiał dowodowy, nie poparty należytych uzasadnieniem, nie daje jednak - zdaniem Sądu Apelacyjnego, podstaw do uwzględnienia roszczenia o zadośćuczynienie, tym bardziej, że powód domagał się kwoty aż 300 000 złotych. Należy podkreślić, że przedstawienie

przez stronę dowodu w celu wykazania określonych twierdzeń o faktach, z których wywodzi dla siebie korzystne skutki, jest nie tyle jej prawem czy obowiązkiem procesowym, co ciężarem procesowym, wynikającym i zagwarantowanym przepisami prawa, przede wszystkim w jej własnym interesie. To interes strony nakazuje jej podjąć wszelkie czynności procesowe w celu udowodnienia faktów, z których wywodzi korzystne skutki prawne. Należy przy tym pamiętać, że sąd rozstrzyga sprawę według właściwego prawa materialnego na podstawie koniecznych ustaleń faktycznych uzyskanych dzięki zebranych środkom dowodowym. Na te właśnie ustalenia składają się dowody, które przedstawiają w pierwszej kolejności same strony, zgodnie z brzmieniem art. 232 k.p.c. Nie można uznać za spełnienie tego wymogu w sytuacji, gdy istnieją niewyjaśnione zasadnicze wątpliwości co do tego w jakim zakresie i czy w ogóle powód doznał krzywdy w związku z zakażeniem gronkowcem, a w jakim zakresie krzywda ta jest związana z konsekwencjami wypadku samochodowego. Sam zaś materiał dowodowy zgromadzony na tę okoliczność jest niewielki. Jeśli strona nie podźwignęła ciężaru dowodowego w zakresie krzywdy to następuje oddalenie jej roszczenia bez względu na to odpowiedzialność deliktowa sprawcy została wykazana. O tym, że powód utożsamia skutki wypadku ze skutkami zakażenia przekonuje także treść apelacji, w której powód utrzymuje, że na stronie 23 opinii biegli wypowiedzieli się o zakresie cierpień fizycznych powoda. Tymczasem lektura tej części opinii wskazuje, że opisane w niej skutki odnoszą się zarówno do samego urazu z 22 sierpnia 2004 roku jak i jego powikłań. Skarżący nawet nie zauważył, choć w świetle uzasadnienia Sądu pierwszej instancji powinien, że biegli ujęli skutki wypadku i zakażenia łącznie, samoistnie nie wyodrębniając żadnego z nich.

Niewątpliwie krzywda z natury jest pojęciem zdematerializowanym, odnoszącym się do wewnętrznych przeżyć osoby, która doznała szkody. Niekiedy zatem trudno ją utożsamiać i wycenić. Jednakże udowodnienie krzywdy, jakkolwiek może następczo trudności, nie może poprzestać na głośnym zapewnieniu zawartym w pozwie. Szczególnie gdy poszkodowany bezspornie cierpiał z powodu wieloodłamowego leczenia złamania kości kończyny dolnej.

Na uwzględnienie nie zasługiwał także argument związany z zakończeniem nauki. Należy podkreślić, że nawet jeśli możliwość kontynuowania nauki na uczelni wyższej istniała, to dokumenty aplikujące należało złożyć z końcem sierpnia (i to już w drugim terminie naboru). Powód sam zeznał, że jego zdaniem dokumenty można było złożyć najpóźniej na początku września. Tymczasem zakażenie u powoda zostało zdiagnozowane dopiero 27 września 2004 roku, kiedy termin aplikowania z pewnością upłynął. Dopiero po tym czasie wdrożono u powoda leczenie gronkowca. Powyższe oznacza, że przeszkody w kontynuowaniu nauki mogły zaistnieć co najwyżej w związku z wypadkiem komunikacyjnym z 22 sierpnia 2004 roku, za który pozwany nie ponosi odpowiedzialności, a nie wskutek zakażenia gronkowcem. Ponadto, powód do sierpnia 2004 roku nie złożył podania o przyjęcie do żadnej uczelni, choć pierwszy termin na składanie tych dokumentów mijał w czerwcu. Powyższe wskazuje na to, że powód nie miał zamiaru kontynuowania nauki, jak wywodzi obecnie. Tym bardziej, że od 3 miesięcy miał już umowę zlecenia z jednym w warsztatów samochodowych w M., a z zeznań lekarza operującego powoda wynika, że bezpośrednio przez operację powód – będąc w stanie nietrzeźwości, obawiał się pójścia do wojska. Tymczasem wówczas od obowiązku służby wojskowej zwolnieni byli jedynie mężczyźni kontynuujący naukę.

Ostatecznie należy podkreślić, że zasądzenie zadośćuczynienia nie jest regułą. Jak to już wyżej wskazano sąd może odmówić jego przyznania nawet jeśli powstanie krzywdy zostało wykazane. W tej sprawie, nawet gdyby założyć, że w związku z zakażeniem gronkowcem taka krzywda została określona, do czego jednak nie ma żadnych podstaw, to i tak żądanie podlegałoby oddaleniu. Sąd Okręgowy w sposób logiczny wyjaśnił bowiem, że wina pozwanego szpitala jest znikoma. Co więcej, to starania pozwanego doprowadziły do uratowania nogi powoda przed amputacją. Jak zeznał operujący powoda lekarz D. K. kończyna dolna była prawie, że do amputacji, utrzymywała się na fragmentach skóry i mięśni, a rana była zabrudzona zanieczyszczeniami z chodnika i pobocza, gdyż była to jesień. Operacja trwała całą noc. Jak podkreślił świadek w wielu ośrodkach doszłoby do amputacji kończyny dolnej. Podkreślił, że pracownicy pozwanego szpitala tę walkę podjęli, choć obiektywnie ujmując nie musieli. Ponadto, o ile w sferze psychicznej powoda wystąpiły - co wymaga podkreślenia, samoistne skutki zakażenia gronkowcem (czego w tym postępowaniu nie stwierdzono) to ich rozmiar byłby znikomy. Zdecydowana większość negatywnych konsekwencji w życiu poszkodowanego należało bowiem przypisać urazowi z 22 sierpnia 2004 roku i przebiegu leczenia wieloodłamowego złamania kości. Niewielkie zawinienie, zaangażowanie pozwanego w leczenie kończyny

oraz niski stopień krzywdy stanowiłyby zatem te okoliczności, które spowodowałyby oddalenie powództwa w części dotyczącej zadośćuczynienia, gdyby przyjąć, że taka krzywda faktycznie u powoda zaistniała. Nie bez znaczenia jest tu fakt, że dzięki skutecznie przeprowadzonej operacji leczenia złamania powód może aktualnie wykonywać zawód taksówkarza.

W przedmiotowym postępowaniu Sąd Okręgowy badał żądanie powoda na gruncie wszystkich trzech przesłanek przyznania renty, a zatem w oparciu o całkowitą lub częściową zdolność do pracy zarobkowej, zwiększenie się jego potrzeb lub zmniejszenie widoków powodzenia na przyszłość. Ostatecznie prawidłowe ustalenia Sądu Okręgowego spotkały się z zarzutem apelującego jedynie w zakresie renty z tytułu zwiększonych potrzeb. Przechodząc zatem do dalszej części rozważań wskazać należy, że zwiększenie potrzeb poszkodowanego polega na konieczności pokrycia kosztów utrzymania, powstałych wyłącznie w następstwie zdarzenia szkodzącego. Będą nimi wszelkie koszty związane z zapewnieniem poszkodowanemu stałej lub doraźnej opieki, koszty zmiany warunków bytowych (patrz wyrok SN z 13 października 1976 r., I CR 487/76, LEX nr 7854). Ostateczna ocena Sądu Okręgowego co do tego roszczenia nie budzi wątpliwości Sądu drugiej instancji. Doprecyzować, w kontekście stawianych zarzutów, jedynie należy, że koszt leczenia powoda u doktora T. K. został określony rozbieżnie. Z zaświadczenia z 24 października 2007 roku wynika, że koszt ten jest przeciętną kwotą kosztów leczenia, a z zeznań powoda wynika, że jest to stała kwota, którą należy powiększyć o koszt zakupu leków w wysokości 200 złotych. W pozwie powód podał z kolei, że poza usługami medycznymi w kwocie 600 złotych ponosi wydatki na benzynę w wysokości 188,30 złotych miesięcznie oraz koszty zakupu autoszczepionki gronkowcowej i leków przeciwbólowych w kwocie około 20 złotych miesięcznie. Ponadto, powód na rozprawie z 3 grudnia 2008 roku zeznał, że koszty jego utrzymania z leczeniem miesięcznym wynoszą około 1 000 złotych, podczas chwilę później podał, że sam koszt wizyt u lekarza i zakup leków to kwota 800 złotych. Wobec istniejących wątpliwości należałoby zatem wskazać co wchodzi w koszt takiego leczenia. Czy są to wyłącznie koszty wizyt lekarskich, czy też koszty zabiegów, a może także i leków. Ponadto, powód leczył się w Gabinetie Chirurgicznym „Vulmed” od kwietnia 2006 roku do kwietnia 2011 roku co daje łącznie 50 miesięcy. W apelacji nie wyjaśniono jednak dlaczego mnożnik przyjęto na poziomie 30 miesięcy. Powyższe okoliczności budzą zasadnicze rozbieżności w zakresie twierdzeń samej strony i przedłożonych przez nią dowodów, które są ze sobą wzajemnie sprzeczne. Nie wiadomo, która wersja jest zatem ostateczna i która z nich zasługuje na wiarę. Powód nie dał bowiem Sądowi możliwości zweryfikowania tych wydatków za pomocą dalszych dowodów, choćby z przesłuchania swych rodziców, przedłożenia rachunków za paliwo czy też usługi medyczne. Tymczasem zagubienie czy też – ostatecznie ujmując, nieprzedłożenie przez powoda wiarygodnych dowodów, nie budzących wątpliwości co do swej treści, która korespondowałaby z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie, nie może powodować złagodzenia rygorów i ciężarów dowodzenia, wynikających z art. 6 k.c.. W ten sposób skutki zaniechania strony powodowej obciążałyby stronę przeciwną, czego nie można zaakceptować. Jeśli zatem powód nie był w stanie w sposób spójny i wiarygodny wykazać ile kosztowało go leczenie to ostateczny wniosek Sądu Okręgowego oddalający w opisanym wyżej zakresie roszczenia powoda także okazał się słuszny. Niesporne jest przy tym, że pozwany od początku procesu kwestionując swoją odpowiedzialność co do zasady podnosił również, że powód nie wykazał dowodowo wydatków związanych z leczeniem co by mogło uzasadniać przyznania renty z tytułu zwiększonych potrzeb. Pozwany ponadto zwracał uwagę, że nie stało na przeszkodzie by powód leczenie w zakresie zakażenia były prowadzone czy to u niego czy też w innym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej. Ta argumentacja przekonuje, jeżeli powód w pewnym zakresie stracił zaufanie do pozwanego to przecież mógł leczenie kontynuować w innym szpitalu (gdy niesporne jest, że z usług innych publicznych szpitali w tym okresie korzystał). Uzupełniająco dodać trzeba, że na etapie apelacji - w toku rozprawy odwoławczej - powód prezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika procesowego, nie domagał się już renty co do zasady lecz wyłącznie za określony okres czasu (kwoty 18 000 zł).

Przechodząc zatem do żądania ustalenia odpowiedzialności na przyszłość to Sąd Apelacyjny także i w tym przypadku w całej rozciągłości podziela ustalenia Sądu pierwszej instancji, z których wynika, że proces zaleczenia został u powoda zakończony, a ewentualne dalsze występujące u niego objawy zakażenia będą polegać na okazjonalnym czyszczeniu tkanek. Powód sam przyznał, że leczenie u niego zostało zakończone i aktualnie nie ponosi z tego tytułu żadnych kosztów. Przewidziane aktualnie dwie operacje ortopedyczne stanowią skutki uszkodzeń stawu skokowego i nie są związane z zakażeniem gronkowcem.

Ostatecznie odnosząc się do zarzutu apelacyjnego powoda polegającego na niezastosowaniu art. 322 k.p.c. wskazać należy, że miarkowanie odnosi się do szkody, którą nie jest roszczenie o zadośćuczynienie. Odnosząc się natomiast do żądania miarkowania renty wskazać należy, na to, że w judykaturze wypowiedziano pogląd, że z uprawnienia zawartego w art. 322 sąd może skorzystać dopiero wówczas, gdy po wyczerpaniu wszystkich dostępnych dowodów okaże się, że ściśle udowodnienie żądania jest niemożliwe lub nader utrudnione (wyrok SN z dnia 26 stycznia 1976 r., I CR 954/75, LEX nr 7795). W tym przypadku powód tych wymogów nie spełnił. Nie tylko nie przedłożył żadnych rachunków za badania i leczenie u doktora K., ale przede wszystkim nie wykazał aby dowody te nie były jemu dostępne i nie miał on obiektywnej możliwości przedłożenia ich wraz z pozwem.

Co zarzutu błędnych ustaleń Sądu pierwszej instancji co do sytuacji powoda w dacie wypadku - P. K. w dacie wypadku miał skończoną szkołę średnią, a nie jej pierwszą klasę, jak podał to błędnie Sąd Okręgowy. Powód przez Sąd pierwszej instancji był dwukrotnie przesłuchiwany w charakterze strony, w trakcie przesłuchania w dniu 19 października 2012 r. potwierdził, że przed wypadkiem od trzech miesięcy na umowie zlecenia pracował w M., u pana J.. Stąd ustalenia Sądu pierwszej instancji co do faktu wykonywania w dacie wypadku przez P. K. pracy zarobkowej są prawidłowe. Powód z wykształcenia jest technikiem mechanikiem. Powód jesienią 2012 r. zaczął pracować jako taksówkarz. W tym okresie od dłuższego już czasu żadnej terapii antybiotykowej nie prowadził. Powód potwierdził też, że z pomocy lekarza psychiatry po wypadku, w trakcie całego leczenia nie korzystał (k.295). W toku rozprawy apelacyjnej powód potwierdził, że do wznowienia leczenia nie doszło. Potwierdził też, że wykonuje cały czas zawód taksówkarza, wspominał o zamiarze założenia rodziny. Na salę rozpraw powód przybył bez kul.

Powód w apelacji nie zgłaszał nowych faktów i dowodów. Nie kwestionował również treści i wniosków opinii biegłych sądowych, nie wnosił o jej uzupełnienie. Powoływał się w apelacji jedynie na jej fragmenty wyrwane z całości. Biegli zaś zwracali w swojej opinii uwagę również na to, że choć w związku z wynikiem posiewu powód powinien być hospitalizowany szybciej to jednak nie w trybie nagłym, od razu. Zauważyli też, że z dokumentacji lekarskiej zdaje się wynikać, iż powód wówczas sam odebrał wyniki, mógł przeto sam domagać się przyspieszenia leczenia. Biegli też rozróżniali sposób zakażenia powoda (kolonizacja gronkowca na skórze).

W ustalonym stanie faktycznym jest niesporne, że doszło do zakażenia u powoda. Do zakażeń dochodzi szczególnie w przypadku osób osłabionych, dotkniętych ciężkim urazem. W takiej sytuacji był wówczas powód. Niesporne jest, że efekt leczenia P. K. jest, niesporne jest też i to, że samo leczenie było powikłane. Z opinii biegłych sądowych wynika przy tym, że taki sam efekt leczenia byłby gdyby zakażenia gronkowcem nie było, dotyczy to również stałego uszczerbku na zdrowiu.

Powód przed Sądem odwoławczym wyjaśnił, że kierujący pojazdem mechanicznym nie został ustalony. Do wypadku doszło gdy P. K. z kolegami przemieszczał się nieoświetloną drogą w godzinach nocnych. W wypadku tylko on został poszkodowany. Powód nie zgłaszał nigdy szkody do Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, w oparciu o przepisy ustawy z dnia 22.05.2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Ostatecznie zatem, z wyżej opisanych względów apelacja powoda została, w oparciu o art. 385 k.p.c., oddalona w całości, o czym orzeczono w punkcie I sentencji wyroku.

Odnosząc się natomiast do zarzutu wadliwego rozliczenia kosztów postępowania przed pierwszą instancją zgłoszonego przez pozwanego to dla porządku wskazać należy, że zastosowanie przez Sąd Okręgowy art. 102 k.p.c. było uzasadnione okolicznościami sprawy, a w szczególności sytuacją materialną powoda, który nie może podjąć się lepiej płatnej pracy i jego przekonaniem o zasadności roszczenia przy skomplikowanym stanie sprawy.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c. tj. zgodnie z zasadą słuszności. Obowiązek zwrotu kosztów postępowania zgodnie z ogólną regułą odpowiedzialności za wynik sprawy (art. 98 § 1 k.p.c.) ma na celu ochronę interesów majątkowych strony wygrywającej, która poniosła nakłady w celu obrony swoich praw. W tej sprawie pozwany, który zaskarżył wyrok jedynie do kwoty 842 złotych, w znaczącej

części wygrał postępowanie przed drugą instancją, gdyż apelacja powoda od kwoty 300 000 złotych została w całości oddalona. Zgodnie zatem z wyżej opisaną zasadą odpowiedzialności za wynik procesu koszty postępowania apelacyjnego należały się stronie pozwanej. Odstąpienie od tej zasady ze względów słuszności, dopuszczone przez ustawodawcę w art. 102 k.p.c., stanowi rozwiązanie o wyjątkowym charakterze, wymagające proporcjonalnego wyważenia interesów stron postępowania w świetle okoliczności sprawy. Przepis ten wprowadza wyjątek od reguły ponoszenia kosztów postępowania przez stronę przegrywającą na rzecz jej przeciwnika procesowego, częściowo lub całkowicie uniemożliwiając mu rekompensatę nakładów poniesionych w związku z prowadzeniem postępowania.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego przesłanki zastosowania zasady słuszności zostały w przypadku powoda spełnione, co zwalania go od obowiązku zwrócenia kosztów postępowania stronie przeciwnej. Sąd odwoławczy miał na uwadze trudną sytuację majątkową powoda oraz ograniczenie zdolności do pracy wskutek przebytego wypadku oraz zakażenia gronkowcem. Ponadto, powód był przekonany o słuszności dochodzonego roszczenia, a jego ostateczna ocena została dokonana dopiero po opinii biegłych wskutek oceny prawnej dokonanej przez Sądy obu instancji. Niewątpliwie sprawa miała skomplikowany charakter, co utrudniało powodowi ocenienie które kroki procesowe okażą się z punktu widzenia jego interesów prawidłowe. Zatem z powyższych względów, działając w oparciu o art. 102 k.p.c., w przekonaniu Sądu odwoławczego należało odstąpić od obciążania powoda kosztami postępowania apelacyjnego, o czym orzeczono w punkcie III wyroku.

SSA A. Sołtyka SSA M. Gołuńska SSA M. Gawinek