

Sygn. akt I ACa 44/14

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 kwietnia 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Halina Zarzeczna
Sędziowie:	SSA Maria Iwankiewicz SSA Mirosława Gołuńska (spr.)
Protokolant:	st. sekr. sądowy Beata Waclawik

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

sprawy z powództwa M. K. (1)

przeciwko W. K.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 14 listopada 2013 r., sygn. akt I C 1265/11

I. oddala apelację,

II. odstępuje od obciążenia powoda kosztami zastępstwa procesowego pozwanego w postępowaniu apelacyjnym,

III. przyznaje od Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Szczecinie na rzecz radcy prawnego W. S. kwotę 3.321 (trzy tysiące trzysta dwadzieścia jeden) złotych, w tym należny podatek VAT, tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.

SSA M. Iwankiewicz SSA H. Zarzeczna SSA M. Gołuńska

Sygn.akt I A Ca 44/14

UZASADNIENIE

M. K. (1) w pozwie skierowanym początkowo przeciwko Niepublicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w P. domagał się zasądzenia kwoty 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu wnosząc nadto o zasądzenie kosztów procesu .

Powód roszczenie o zapłatę uzasadnił następująco : w kwietniu 2009 r. mieszkał na działkach w P. i miał na stopie niewielką ranę od skaleczenia się krzewem jeżyn .W trakcie wizyty u pozwanego otrzymał receptę na maść ,która to miał smarować nogi dwa razy na dzień co czynił pomimo tego wystąpiły na niej zmiany. Wówczas trzeciego dnia powód udał się do szpitala w S., gdzie lekarze uznali to za niedokrwienie, diagnozę potwierdzono w innym szpitalu, a następnie po około czternastu dniach amputowano mu trzy palce lewej nogi, a po upływie dwóch tygodni amputowano całą nogę.

Pozwana wniosła o oddalenie powództwa kwestionując swoją legitymację w sprawie . Przyznała ,że świadczy podstawową opiekę zdrowotną na rzecz osób ubezpieczonych na podstawie kontraktu z NFZ, nie wykonuje jednak specjalistycznych usług zdrowotnych, w tym świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii. Po zgłoszeniu przez powoda lekarzowi rodzinemu problemów z gojeniem rany nogi w dniu 20 maja 2009 r. otrzymał on skierowanie do lekarza specjalisty z zakresu chirurgii i ambulatoryjne świadczenia zdrowotne z zakresu chirurgii zostało udzielone przez specjalistę chirurga W. K. .

W piśmie procesowym z dnia 24 maja 2012 r. powód wniósł o wezwanie do udziału w sprawie w charakterze pozwanego W. K. za jednoczesnym zwolnieniem z udziału w sprawie pierwotnie pozwanego Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) spółki z o.o. w P..

Podał, że domaga się zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w związku ze zdarzeniem z kwietnia 2009 r. ,tj. nieprawidłowo przeprowadzonym przez lekarza W. K. leczeniem, które doprowadziło do amputacji jego lewej nogi .

Postanowieniem z dnia 14 czerwca 2012 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie wezwał do udziału w sprawie w charakterze pozwanego W. K. zwalniając od dalszego udziału w sprawie pozwaną spółkę .

Pozwany W. K. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda kosztów postępowania.

Przyznał ,że powód zgłosił się do jego poradni chirurgicznej w dniu 20 maja 2009 r. skierowany przez lekarza rodzinnego, z bólem i raną stopy. Stwierdził ogólny brak higieny osobistej powoda oraz brudny, cuchnący opatrunek. Badaniem fizykalnym ustalił u powoda przewlekłą niewydolność krążenia tętniczego obu kończyn dolnych, z przewagą kończyny dolnej lewej na tle miażdżycy; tętno na obwodzie wyczuwalne tylko w pachwinach; owrzodzenie przedstopia lewego o typie naczyniowym. W gabinecie zabiegowym ,po wykonanej toalecie rany ,wykonano powodowi opatrunek z pasty G.. Otrzymał on też receptę na - S. i (...) oraz leki na poprawienie krążenia tętniczego, pozwany nie wypisywał maści do smarowania chorej nogi. Zalecił powodowi kontrolę za 3-4 dni ,w praktyce powód zgłosił się dopiero w dniu 8 lipca 2009 r. i wówczas stwierdzono u niego już martwicę niedokrwienną palców (od 3 do 5). Pozwany skierował powoda na oddział chirurgiczny Szpitala w P. .Kolejna i ostatnia wizyta powoda w gabinecie pozwanego miała miejsce 13 października 2009 r. , powód był już po amputacji palców stopy lewej, z powodu martwicy, był też po by-pasach udowo-podkolanowych. Wtedy wykonano powodowi toaletę rany oraz zdjęto szwy. Pozwany twierdził, że rana na nodze jest wygojona, lecz z widocznym odczynem zapalnym w miejscu amputacji. Wypisał lek przeciwbólowy Ketonal 01, pozostałe leki powód miał wypisane ze szpitala. Według pozwanego bezpośrednią przyczyną amputacji kończyny dolnej powoda była postępująca niewydolność naczyń tętniczych z przyczyny uogólnionej miażdżycy, brak systematycznego leczenia oraz niedostateczna higiena osobista.

Wyrokiem z dnia 14 listopada 2013 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie powództwo oddalił odstępując od obciążenia powoda M. K. (2) kosztami procesu (pkt II.) , a nadto przyznał adwokatowi W. S. od Skarbu Państwa – Sądowi Okręgowemu w Szczecinie kwotę 4.428 zł tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu.

Sąd ustalił uprzednio następujący stan faktyczny:

M. K. (1) -lat 74 , w kwietniu 2009 r. zamieszkiwał w altance, na działkach w rejonie P. i ul. (...) w S.. Powód jest emerytem i otrzymuje ok.1000 zł netto emerytury miesięcznie. W. K. jest lekarzem, specjalistą chirurgiem, a także współnikiem spółki cywilnej (...) w P., w ramach której prowadzi praktykę lekarską, na podstawie kontraktu z NFZ. M. K. (1) od 30 stycznia 2007 r. był pacjentem Poradni Ogólnej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) spółki z o.o. w P. , a jego lekarzem rodzinnym w tej poradni była M. K. (3).

W okresie od 30 stycznia 2007 r. do 16 listopada 2009 r. M. K. (1) 32 razy korzystał z porad lekarskich ,w trakcie wizyty w dniu 3 września 2007 r. skarżył się lekarzowi M. K. (3) na bóle kończyn dolnych oraz drętwienie palców obu dłoni, nie wyraził jednak zgody na hospitalizację. W dnia 18 września 2007 r. skarżył się na ból kończyn dolnych i marnięcie palców stóp,rozpoznano u niego wówczas tło miażdżycowe (symbol I-70) i skierowano do poradni naczyń. W trakcie kolejnej wizyty 10 marca 2008 r. zgłaszał podobne jak uprzednio dolegliwości. W badaniu przedmiotowym stwierdzono brak tętna na tętnicach grzbietowych stóp i potwierdzono wcześniejsze rozpoznanie miażdżycy z dnia 18 września 2007 r. W leczeniu zalecono zażywanie leków H. i A. N.w postaci tabletek. W trakcie wizyt w dniach 6 maja , 4 i 28 listopada 2008 r. powodowi ponownie zalecono zażywanie leku H.. Na przełomie lat 2008/2009 powód otrzymał dwukrotnie recepty na M. i H.. Był też dwukrotnie kierowany do Szpitala na Oddział Wewnętrzny z powodu zaburzeń sercowych. Podczas dalszych wizyt w dniach 6 lutego i 9 marca 2009 r. powód nadal skarżył się na ból kończyn dolnych. Powtórzone wówczas rozpoznanie miażdżycy i skierowano powoda do poradni chirurgicznej. W leczeniu zastosowano lek C., na który powód otrzymał receptę. W dniu 2 maja 2009 r. powód zgłosił się na Izbę Przyjęć (...) Publicznego Szpitala (...) w P. skarżąc się na dolegliwości bólowe i oziębienie stopy kończyny dolnej lewej. Po badaniu stwierdzono oziębienie palców i śródstopia kończyny dolnej lewej, poza tym stwierdzono, że kończyny ocieplone są prawidłowo. Stwierdzono też opóźniony powrót włóśniczki stopy lewej w stosunku do stopy prawej. U powoda zaobserwowano tętno niewyczuwalne na tętnicy grzbietowej stopy, za kostką, podkolanowo i w pachwinie na obu kończynach. Powodowi podano kroplówkę rozkurczową i ustalono, że w chwili obecnej nie wymaga on pilnej interwencji chirurgicznej. Powodowi zalecono dalszą kontrolę lekarską oraz diagnostykę i leczenie w Poradni Chirurgii Naczyniowej.

W połowie maja 2009 r. M. K. (1), na podstawie skierowania na badania uzyskanego od lekarza M. K. (3) udał się na badania do Szpitala Wojewódzkiego w S. przy ul. (...). Po badaniach ,które trwały od 8 rano do 2 w nocy powoda przewieziono pod bramę ogródków działkowych i ten w drodze do swojej altanki zahaczył lewą nogą o krzak jeżyny i zranił się w stopę. W dniu 20 maja 2009 r. M. K. (1) zgłosił się do swojego lekarza rodzinnego M. K. (3), w celu przekazania jej swojej dokumentacji lekarskiej z badań przeprowadzonych w Szpitalu przy ul. (...) w S.. Po obejrzeniu wyników badań M. K. (3) wypisała receptę i skierowała powoda do Poradni Chirurgii Naczyń, a także do Poradni Chirurgicznej (...), mieszczącej się w tym samym budynku co jej gabinet . W skierowaniu do chirurga wskazano, że powód uskarża się na bóle obydwu kończyn dolnych, ma ranę stopy lewej, stąd konieczna jest konsultacja chirurgiczna i dalsze leczenie. Tego samego dnia M. K. (1) zgłosił się do Poradni Chirurgicznej (...) w P. i został przyjęty przez lekarza chirurga W. K.. Pozwany przeprowadził wstępne badanie lekarskie, w ich wyniku ustalił, że powód uskarża się na bóle kończyn dolnych przy chodzeniu i samoistne. W badaniu stwierdzono zasinienie stopy lewej z niedużym owrzodzeniem, niewydolność przewlekłą krążenia (nie ma obwodu) i brak tętna na tętnicach piszczelowych tylnych, grzbietowych stóp i podkolanowych. Lekarz wystawił powodowi receptę na Polfilinę i Sadaminę. Pielęgniarka D. Z., pracująca z W. K., wykonała powodowi toaletę owrzodzenia i zdezynfekowała ranę. Zranione miejsce było wcześniej u powoda zabezpieczone zabrudzonym opatrunkiem. Powód był ogólnie zaniedbany higienicznie. Po zdezynfekowaniu rany powodowi przyłożono na ranę pastę Granuflex. Po wykonaniu opatrunku powodowi zalecono stawienie się za 3 dni do lekarza W. K., celem kontroli gojenia rany i zmiany opatrunku, czego powód zaniechał. Po wykonaniu opatrunku w poradni pozwanego powód całą noc odczuwał ciepło, jakby maść grzała jego ranę. Był przekonany, że jest to pozytywny objaw działania maści. Gdy rano zdjął opatrunek, to stwierdził, że rana jest zaczerwieniona i wygląda jakby się gotowała. Gdy palec lewej stopy powoda zaczął się robić czarny, powód zdecydował się na konsultację lekarską i 10 czerwca 2009 r. udał się na Izbę Przyjęć Internistyczną i Chirurgiczną Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. przy ul. (...). U powoda rozpoznano wówczas m.in. martwicę palca IV stopy lewej.

Powód nie zgodził się na amputację palca dotkniętego martwicą. W dniu 21 czerwca 2009 r. powód udał się do Szpitala (...) przy ul. (...) w S.. Po przeprowadzonych badaniach rozpoznano u powoda przewlekłe niedokrwienie kończyny dolnej lewej z martwicą palca IV stopy lewej, niedrożność tętnicy udowej powierzchownej lewej. Powodowi zalecono zgłoszenie się do Poradni Chorób Naczyń celem dalszej diagnostyki przed ewentualnym leczeniem operacyjnym. Ze względu na dalsze dolegliwości bólowe i postęp martwicy 8 lipca 2009 r. do zgłosił się do lekarza rodzinnego M. K. (3), która przeprowadziła badanie powoda, stwierdziła zmiany martwicze palców stopy lewej na tle miażdżycy oraz skierowała powoda do Poradni Chirurgicznej celem dalszego leczenia. Tego samego W. K. - po zbadaniu powoda - stwierdził u niego martwicę niedokrwinną palców 3-5 stopy lewej i skierował na oddział chirurgiczny szpitala. Następnie na oddziale chirurgicznym szpitala w P. wykonano u powoda odjęcie 3 palców lewej stopy i sączkowanie przodostopia. 23 września 2009 r. powód zgłosił się w Izbie Przyjęć Szpitala Wojewódzkiego w S. z powodu bólu spoczynkowego i postępującej martwicy przodostopia. Z izby przyjęć powód w trybie pilnym został skierowany i przyjęty na Oddział Chirurgiczny XI Oddział Septyczny. Po badaniach w dniu 28 września 2009 r. u powoda wykonano operację naczyniową wszczepienia pomostu udowo - podkolanowego z żyły własnej powoda, który to zabieg przebiegł bez powikłań i 6 października 2009 r. w stanie ogólnym dobrym powód został wypisany ze szpitala, z zaleceniem kontroli w Poradni Naczyniowej za 30 dni, usunięcie szwów w Poradni Chirurgicznej oraz leczenie lekami - Clexane i Polocard. Na podstawie skierowania z dnia 12 października 2009 r. (z rozpoznaniem stan po zabiegu operacyjnym stopy lewej) powód w dniu 13 października 2009 r. zgłosił się na zdjęcie szwów do poradni chirurgicznej W. K.. Pozwany wówczas wykonał powodowi toaletę rany przodostopia, zdjął szwy udowe, zrobił opatrunek oraz wypisał receptę na środki przeciwbólowe. W dniu 20 października 2009 r. powód został przyjęty do Szpitala Wojewódzkiego w S. na Oddział Chirurgii. Po wstępnym badaniu rozpoznano miażdżycę tętnic, stan po pomostowaniu udowo - podkolanowym po stronie lewej, owrzodzenie stopy lewej i zakażenie ran pooperacyjnych. W wywiadzie wskazano, że powód opatrunki wykonywał we własnym zakresie, zaś do Izby Przyjęć trafił bez opatrunku. Powód w wywiadzie podał, że pali papierosy i leczy się nieregularnie. W trakcie pobytu w tym szpitalu powód był leczony zachowawczo antybiotykiem. Powoda wypisano do domu 2 listopada 2009 r. z zaleceniem dalszego leczenia antybiotykiem i zmiany opatrunków. W dniu 4 grudnia 2009 r. powód ponownie został przyjęty na Oddział Chirurgiczny Szpitala Wojewódzkiego w S. z powodu stanów gorączkowych i postępującej martwicy lewego przodostopia. Przy przyjęciu stwierdzono brak tętna na lewej tętnicy podkolanowej świadczący o zatkanie przeszczepu udowo-podkolanowego. 8 grudnia 2009 r. u powoda wykonano zabieg operacyjny odjęcia lewej kończyny dolnej na poziomie uda. Powód został wypisany ze szpitala w dniu 18 grudnia 2009 r. w stanie dobrym, z zaleceniem zmiany opatrunków i przewieziony do Domu Pomocy Społecznej w G.. Powód obecnie nosi protezę lewej stopy. W okresie późniejszym, od 23 grudnia 2009 r. do 21 stycznia 2010 r. powód był hospitalizowany na Oddziale (...) Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w S. gdzie został przyjęty z powodu zakażenia rany kikuta po amputacji udowej lewostronnej. Powód w trakcie pobytu w szpitalu był leczony zachowawczo, następnie został wypisany do dalszego leczenia w Poradni Chirurgicznej w miejscu w zamieszkania.

W ocenie Sądu pierwszej instancji działania W. K. w trakcie wizyty M. K. (1) u niego w dniu 20 maja 2009 r. były zgodne z zasadami sztuki lekarskiej; pozwany starał się ograniczyć zakażenie i postęp martwicy przodostopia, dla oceny skuteczności leczenia wyznaczył kontrolną wizytę za 3 dni. W całym postępowaniu lekarskim pozwanego w trakcie leczenia powoda Sąd ostatecznie nie stwierdził zaniedbań, niestaranności, czy też działań niezgodnych z zasadami sztuki lekarskiej. Powód u W. K. w poradni był odpowiednio w dniach - 20 maja, 8 lipca i 13 października 2009 r. Przyczyną utraty lewej kończyny dolnej na poziomie uda było zwięzające stwardnienie tętnic kończyn dolnych z postępującym niedokrwieniem, zwłaszcza po stronie lewej i martwicą przodostopia.

Zwięzające stwardnienie tętnic kończyn dolnych (miażdżycy) jest chorobą przewlekłą przebiegającą ze stopniowo narastającym niedokrwieniem kończyn. W niedokrwieniu wyróżnia się cztery okresy. Pierwszy okres - bezbólowy, wyrażający się co najwyżej mrowieniem i większą uciążliwością kończyn, drugi okres - ból kończyn występujący przy chodzeniu, trzeci okres - ból spoczynkowy, głównie w nocy i czwarty okres - zmiany martwicze. U powoda zwięzające stwardnienie tętnic kończyn dolnych po raz pierwszy rozpoznano podczas wizyty 18 września 2007 r. i już wtedy skierowano do Poradni Naczyniowej, gdzie powód się jednak nie zgłosił. Początkowo I i II okres miażdżycy leczy się zachowawczo. Leczenie to u powoda było niesystematyczne, przerywane leczeniem zespołów bólowych ze

strony kręgosłupa leczeniem choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych i zaburzeń sercowych. Czynnikiem bardzo niekorzystnym, pogorszającym ukrwienie, było palenie przez powoda papierosów i jego warunki bytowe jako osoby bezdomnej, narażonej na przebywanie w miejscach wilgotnych i chłodnych. Ocenił Sąd, że w dniu 2 maja 2009 r. niedokrwienie stopy lewej osiągnęło stopień krytyczny i była to ostatnia szansa przygotowania do ewentualnego leczenia operacyjnego w trybie planowym. Powód został wypisany jako nie wymagający operacji doraźnej, tj. operacji pilnej. Uznano, że lepszym rozwiązaniem jest zalecenie zgłoszenia się do Poradni Naczyniowej, celem konsultacji specjalisty chirurga naczyniowego i wykonania koniecznych badań, dzięki którym zostanie ustalone dalsze prawidłowe leczenie, a jeżeli operacja, to po wykonaniu agiografii i w ramach pracy oddziału, a nie w warunkach dyżuru nocnego. Okres 14 dni od konsultacji w szpitalu w P. był najlepszym okresem dla planowych, przyspieszonych działań diagnostyczno-leczniczych, zmierzających do poprawy ukrwienia lewej kończyny dolnej. Odwlekanie tego postępowania spowodowało postęp choroby i ograniczało szanse uratowania kończyny. Z niewiadomych przyczyn konsultacja w Poradni Naczyń nie odbyła się, a jedynie miały miejsce sporadyczne konsultacje w Izbach Przyjęć. Podczas konsultacji w Szpitalu (...) dnia 21 czerwca 2009 r. stwierdzono niedokrwienie kończyny dolnej lewej z martwicą palca IV stopy lewej na tle niedrożności tętnicy udowej powierzchownej lewej. W zaleceniach powtórzono zgłoszenie się do Poradni Chorób Naczyń celem dalszej diagnostyki i leczenia. Gdy leczenie zachowawcze nie przynosi poprawy, drugim sposobem możliwości poprawienia ukrwienia jest leczenie zabiegowe (operacyjne). Przed podjęciem leczenia zabiegowego o jego rodzaju decyduje szereg badań ogólnych, a zwłaszcza badanie angiograficzne tętnic. Nawet najmniejsze skaleczenie niedokrwionej kończyny stwarza bardzo duże trudności w gojeniu się zranienia i sprzyja szerzeniu się martwicy. W odniesieniu do owrzodzenia „zranienia” postępowanie pozwanego było typowe, tj. zaopatrzenie rany i zalecenie powtórnej oceny za 3 dni. Oprócz toalety rany zalecone zostały środki rozszerzające naczynia i poprawiające ukrwienie kończyny w postaci Polfiliny i Sadaminy w formie doustnych tabletek. Powód nie zgłosił się na wyznaczoną konsultację. O leczeniu operacyjnym nie mogło być mowy przy pierwszym badaniu odniesionego urazu.

W okresie krytycznego niedokrwienia martwica w częściach obwodowych kończyny powstaje samoistnie w ciągu 2-3 tygodni, a każdy nawet najmniejszy uraz przyspiesza powstanie martwicy i znacznie pogarsza szansę na zachowanie kończyny. W okresie krytycznego niedokrwienia pomimo stosowania najnowocześniejszych sposobów leczenia zachowawczego i zabiegowego u 25% osób dochodzi do utraty kończyny.

Brak kontaktu i konsultacji w Poradni Naczyń, palenie papierosów, niesprzyjające warunki bytowe (bezdomność) i choroby towarzyszące były czynnikami w sposób znaczący pogarszającymi rokowanie co do zachowania kończyny. Opisany przez powoda ból i przemiany wyglądu stopy po doznanym urazie w pełni odpowiadają martwicy spowodowanej krytycznym niedokrwieniem lewej kończyny dolnej i żadna maść, w tym także Granuflex, nie miały ujemnego wpływu na dalsze losy niedokrwionej kończyny.

Miażdżyca tętnic kończyn dolnych jest chorobą przewlekłą i postępującą. Istotna dla przebiegu choroby jest lokalizacja zmian miażdżycowych w tętnicach, ich rozległość, wiek w którym pojawiają się objawy niedokrwienia, czas ich trwania oraz reakcja organizmu na leczenie. Przebieg choroby jest uzależniony od szeregu czynników: wieku chorego, płci, predyspozycji genetycznych, nałogu palenia papierosów, uwarunkowań środowiskowych oraz chorób towarzyszących, z których najistotniejszą rolę odgrywa cukrzyca. Niedokrwienie tkanek obwodowych, nieodłącznie związane z miażdżycą tętnic kończyn dolnych jest przyczyną podatności na niewielkie urazy oraz wtórne zakażenia. Powodują one z reguły zaskakująco duże nasilenie uszkodzenia tkanek stopy w postaci ognisk martwicy. Martwicze tkanki bardzo szybko ulegają zakażeniu, w pierwszym etapie najczęściej tlenowymi ziarenkowcami (gronkowiec, paciorkowiec, enterokok). Po pewnym czasie trwania zakażenia z reguły dochodzi do zakażenia innymi drobnoustrojami: pałeczkami Gram - ujemnymi (Escherichia, Pseudomonas, Klebsiella), a w końcu bakteriami beztlenowymi.

M. K. (1) chorował na miażdżycę tętnic kończyn dolnych przynajmniej od 2007 r. Pierwsza wzmianka o dolegliwościach bólowych kończyn dolnych pochodzi z 3 września 2007 r., po raz pierwszy postawiono rozpoznanie miażdżycy tętnic kończyn dolnych 18 września 2007 r., tego dnia powód uzyskał skierowanie do leczenia w Poradni Chirurgii Naczyniowej, którego nie podjął. Pierwsze wzmianki o włączeniu do leczenia powoda leków poprawiających ukrwienie kończyn pochodzą z lutego i marca 2009 r., brak jest informacji, czy powód przepisane przez lekarza leki

regularnie przyjmował, natomiast pewnym jest, że nie zaprzestał palenia papierosów (we wszystkich dokumentach z leczenia znajdują się informacje o nałogu palenia papierosów). W dniu 2 maja 2009 r. powód był konsultowany w Izbie Przyjęć (...) Publicznego Szpitala (...) w P.. Z treści konsultacji można wywnioskować, że chory zgłosił się do ww. szpitala z powodu bólów i ziębnięcia stopy lewej oraz, co ważne, że w trakcie badania nie stwierdzano obecności tętna na żadnej tętnicy kończyn dolnych. Uznano, że chory nie wymaga pilnej interwencji chirurgicznej, co należy rozumieć jako brak pilnych wskazań do leczenia rekonstrukcyjnego tętnic kończyn dolnych. Zalecono dalszą diagnostykę i leczenie w Poradni Chirurgii Naczyniowej. Podobnie jak w pierwszym przypadku powód leczenia nie podjął. Był to najlepszy moment do podjęcia leczenia rekonstrukcyjnego tętnic, albowiem trzy tygodnie później powód zgłosił się do lekarza prowadzącego już z bólami spoczynkowymi i martwicą w obrębie lewej stopy. Kolejny raz lekarz zareagował prawidłowo kierując powoda znowu do Poradni Chirurgii Naczyń, powód udał się na tą wizytę. Postępowanie pozwanego było również jak najbardziej prawidłowe, przede wszystkim starał się zwalczyć zakażenie rany przodostopia. Ranę oczyszczono, zlecono leki poprawiające ukrwienie i zalecono kontrolę za 3 dni. Powód nie przybył na kolejną wizytę w Poradni Chirurgicznej, nie zgłosił się również do Poradni Chirurgii Naczyń. Kolejna wizyta w Chirurgicznej Izbie Przyjęć, tym razem (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. w dniu 10 czerwca 2009 r. nie skończyła się przyjęciem do szpitala, co wiązałoby się z intensywną antybiotykoterapią, wdrożeniem diagnostyki i ewentualną kwalifikacją do zabiegu rekonstrukcyjnego tętnic, gdyż chory nie wyraził zgody na leczenie. Dopiero w dniu 23 września 2009 r., czyli 4 miesiące od pierwszej wizyty u pozwanego, powód podjął leczenie w Oddziale Chirurgii Naczyniowej. Ze względu na zaawansowane zmiany miażdżycowe, martwicę stopy i objawy zakażenia, zakończyło się ono niepowodzeniem. Według Sądu pierwszej instancji odpowiedzialność za taki stan rzeczy ponosi zasadniczo sam powód, który w odpowiednim czasie nie podjął stosownego leczenia, nie stosował się do zaleceń lekarskich i nie wyraził zgody na hospitalizację.

Po takich ustaleniach Sąd uznał, że roszczenie powoda o zadośćuczynienie skierowane do powoda jest nieuzasadnione.

Podstawę prawną roszczenia powoda były przepisy art. 444 § 1 k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c., stanowiące, że w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Nienależyte wykonanie zobowiązania przez lekarza - spowodowane błędem w sztuce lekarskiej, przez niezgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętą praktyką lekarską, prowadzące do rozstroju zdrowia pacjenta jest zarazem czynem niedozwolonym. Oznacza to, że za szkody wyrządzone przy leczeniu ponosi on odpowiedzialność kontraktową, przy zbiegu z odpowiedzialnością deliktową. Stosownie do treści art. 443 k.c. okoliczność, że działanie lub zaniechanie, z którego szkoda wynikła, stanowiło niewykonanie lub nienależyte wykonanie istniejącego uprzednio zobowiązania, nie wyłącza roszczenia o naprawienie szkody z tytułu czynu niedozwolonego, chyba że z treści istniejącego uprzednio zobowiązania wynika co innego.

Jeżeli strony nie zawarły w umowie postanowienia co do prymatu odpowiedzialności kontraktowej, poszkodowanemu przysługuje prawo wyboru roszczenia odszkodowawczego opartego albo na podstawie kontraktowej, która obejmuje wyłącznie szkody majątkowe, albo deliktowej, obejmującej także szkody niemajątkowe.

Dochodzenie przez powoda zadośćuczynienia w oparciu o twierdzenia, że doznał krzywdy w związku z nieprawidłowym leczeniem prowadzącym do amputacji nogi oznacza, że opiera on roszczenie na przepisach o czynach niedozwolonych. W ocenie Sądu pierwszej instancji strony tego procesu zawarły umowę o świadczenie usług, na podstawie której pozwany zobowiązał się do leczenia powoda. Tego rodzaju umowa jest źródłem zobowiązania, którego należyte wykonanie ocenia się nie według rezultatu, lecz należytej staranności. W chwili bowiem zawierania umowy lekarz nie jest w stanie określić dokładnie, jakich czynności dokona, jaki będzie termin ich zakończenia oraz wynik jego działań. Osiągnięcie pożądanego przez pacjenta efektu leczenia jest zatem jedynie prawdopodobne, a nie pewne. Lekarz obowiązany jest na każdym etapie prowadzonych prac, przy podejmowaniu każdej czynności, do dokładania należytej staranności i działania *lege artis*, aby osiągnąć zamierzony cel. Takie postępowanie zwalnia go od odpowiedzialności za nieosiągnięcie pożądanego rezultatu. Skoro umowa o leczenie jest umową starannego działania, a nie rezultatu, oznacza to, że dla wykazania nienależytego wykonania zobowiązania przez lekarza, skutkującego rozstrojem zdrowia pacjenta, będącego jednocześnie czynem niedozwolonym, konieczne jest wykazanie

niedołżenia przez lekarza należytej staranności podczas leczenia. To ,że do wyleczenia pacjenta nie doszło, nie przesądza automatycznie o odpowiedzialności lekarza.

Dla przyjęcia odpowiedzialności pozwanego, powód miał obowiązek wykazania ,zgodnie z ogólną zasadą rozkładu ciężaru dowodu z art. 6 k.c., że : pozwany dopuścił się błędu w sztuce lekarskiej; powód poniósł szkodę niemajątkową oraz ,że istnieje związek przyczynowy pomiędzy zawinionym zachowaniem pozwanego ,a szkodą powoda.

Przenosząc to do rozpoznawanej sprawy ,po ocenie zgromadzonych w sprawie dowodów , w tym opinii dwóch biegłych sądowych z zakresu chirurgii ogólnej i naczyniowej – dr.n.med. T. M. i dr.m.med. M. G. (2) Sąd pierwszej instancji doszedł do wniosku , że pozwanemu W. K. nie można przypisać niedbalstwa w zakresie przeprowadzanych procedur medycznych. Biegli po przeprowadzeniu wnikliwej analizy dokumentacji medycznej powoda w sposób wyczerpujący i przekonujący uzasadnili swoje stanowisko, dlaczego postępowanie pozwanego – lekarza chirurga wobec powoda nie naruszało zasad obowiązujących w leczeniu. Z wniosków opinii biegłych ,podzielonych przez Sąd pierwszej instancji ,wynika jednoznacznie ,że zasadniczą przyczyną utraty lewej kończyny dolnej przez powoda było postępująca miażdżycza tętnic, rozpoznana już w 2007 r., a odpowiedzialność za niepowodzenie leczenia ponosi zasadniczo sam powód, który nie podjął stosownego leczenia, nie stosował się do zaleceń lekarskich i nie wyrażał zgody na hospitalizację. Sąd przypomniał jak w czasie wyglądało leczenie powoda , i tak już 2 maja 2009 r. powodowi w szpitalu zalecono dalszą diagnostykę i leczenie w Poradni Chirurgii Naczyniowej, do której powód się nie zgłosił. Gdyby powód zgłosił się do specjalisty z zakresu chirurgii naczyniowej z dużym prawdopodobieństwem zostałyby skierowany do badań szczegółowych i zostałyby ustalone dalsze postępowanie w warunkach działań planowych, a nie doraźnych konsultacji. Warunkiem podjęcia leczenia zabiegowego (operacyjnego) jest wykonanie szeregu badań ogólnych, a zwłaszcza badania angiograficznego tętnic. Natomiast przy pierwszej wizycie powoda u pozwanego, podczas badania rany stopy lewej, nie mogło być mowy o leczeniu operacyjnym. Pozwany przeprowadził toaletę owrzodzenia i zalecił środki rozszerzające naczynia i poprawiające ukrwienie kończyn. Gdyby powód - zgodnie z zaleceniem – przybył do pozwanego na powtórny ocenę za 3 dni, z dużym prawdopodobieństwem należy przyjąć, że otrzymałby zalecenie zgłoszenia się do Poradni Chirurgii Naczyń, w celu ustalenia dalszego leczenia (skierowanie taki powód otrzymał podczas wizyty w dniu 8 lipca 2009 r.). Pozwany nie miał potrzeby wystawiania w dniu 20 maja 2009 r. powodowi skierowania do Poradni Chirurgii Naczyniowej skoro lekarz M. K. (3) w tym samym dniu takie skierowanie powodowi wystawiła. Poza skierowaniem powoda do Poradni Chirurgii Naczyń w dniu 20 maja 2009 r. nie zachodziła konieczność podjęcia żadnych dodatkowych działań. Zastosowanie przez pozwanego maści Granuflex nie miało ujemnego wpływu na dalsze losy niedokrwionej kończyny. Sąd ocenił , że z treścią i wnioskami biegłych lekarzy zbieżne były zeznania świadków D. Z. i M. K. (3). Co do przedłożonych dokumentów - historii chorób, wyników badań, skierowań, kart informacyjnych leczenia szpitalnego Sąd uznał je za dokumenty urzędowe stwierdzające ,że wynikające z nich domniemanie prawdziwości ich treści nie zostało przez powoda obalone.

W konsekwencji Sąd przyjął ,że powód nie wykazał podstawowej przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego w postaci niedołżenia przez niego należytej staranności podczas leczenia powoda, w tej sytuacji Sąd za zbędne uznał badanie czy pozostałe przesłanki odpowiedzialności deliktowej pozwanego zaistniały .

O kosztach procesu Sąd orzekł w oparciu o przepis 102 k.p.c., szerzej takie swoje rozstrzygnięcie uzasadniając. Z kolei o wynagrodzeniu należnym pełnomocnikowi z urzędu powoda Sąd orzekł na podstawie § 19 pkt 1 w zw. z § 6 pkt 6 oraz § 2 i 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. regulującego wysokość opłat za czynności adwokackie .

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie w zakresie rozstrzygnięcia zawartego w punkcie I. tj . co do oddalenia powództwa wniosł powód.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił on naruszenie :

- art. 233 § 1 k.p.c. przez błędne przyjęcie przez Sąd, że pozwanemu nie można przypisać niedbalstwa w zakresie przeprowadzonych procedur medycznych, w sytuacji gdy biegli sądowi wskazali, iż dzień 2 maja 2009 roku był

„ostatnią szansą przygotowania do ewentualnego leczenia operacyjnego” powoda, a pozwany w trakcie wizyty u niego przez pozwanego nie podjął kroków zmierzających do skierowania powoda do leczenia szpitalnego,

- art. 328 § 2 k.p.c., poprzez nie ocenienie zeznań złożonych przez pozwanego w toku niniejszego postępowania, a które to zeznania miały istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia tej sprawy.

W konsekwencji tak skonstruowanych zarzutów powód wnosił o uwzględnienie powództwa w całości i zasądzenie od pozwanego kwoty 100.000 zł. z ustawowymi odsetkami od dnia 14 grudnia 2011 roku, a nadto zasądzenie od pozwanego kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych

ewentualnie o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu w Szczecinie do ponownego rozpoznania.

Z ostrożności procesowej, w przypadku nie uwzględnienia zarzutów zawartych w apelacji, powód wnosił o przyznanie kosztów pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu, albowiem koszty nie zostały zapłacone przez powoda choćby w części.

Dla uzasadnienia zarzutów powód wywodził, że Sąd pierwszej instancji błędnie przyjął, że ze sporządzonej na potrzeby przedmiotowej sprawy opinii biegłych sądowych - lekarzy wynika, iż pozwanemu rzeczywiście nie można przypisać niedbalstwa w toku procesu leczenia. Wskazał, że skoro biegli zgodnie wskazali, iż dzień 2 maja 2009 roku był „ostatnią szansą przygotowania do ewentualnego leczenia operacyjnego”, był datą graniczną do podjęcia ewentualnych czynności mających na celu uratowanie nogi powoda to uchybienie po stronie powoda polega, że mając kontakt z powodem po tej dacie zaniechał pojęcia jakichkolwiek działań, widząc stan jego nogi ograniczając się jedynie do wykonania zabiegu doraźnego, bez szczegółowego i gruntownego przebadania pacjenta. Pozwany przeprowadził jedynie toaletę owrzodzenia i zalecił środki rozszerzające naczynia i poprawiające ukrwienie kończyn, a następnie zlecił kolejną wizytę po trzech dniach. Powód wywodził, że w świetle opinii biegłych pozwany powinien niezwłocznie skierować go do szpitala celem podjęcia ewentualnego leczenia operacyjnego. Brak takiego działania oznacza nieprawidłowe leczenie, jest zawnionym działaniem, które skutkowało tym, że powód zmuszony był poddać się amputacji stopy, aby ratować swoje zdrowie i życie. Gdyby był on, czemu powód przeczył, w bardzo złym stanie higienicznym, pozwany tym bardziej zobowiązany był jako lekarz, do podjęcia szczególnych działań zmierzających do zapewnienia powodowi odpowiedniej opieki medycznej. Zaniechania w tym zakresie doprowadziły do tego, iż powód obecnie porusza się o kulach. Zmuszony jest do korzystania z pomocy osób trzecich. Z uwagi na swój aktualny stan zdrowia nie jest on w stanie prowadzić aktywnego trybu życia. Co więcej powód zmuszony jest do wykonywania różnego rodzaju ćwiczeń rehabilitacyjnych, które umożliwią mu powrót do w miarę normalnego życia i funkcjonowania w otoczeniu innych osób. Powód zarzucał biegłym niekonsekwencję w sporządzonej opinii co polegało na tym, że biegli z jednej strony wskazywali datę 2 maja 2009 roku jako dzień w którym powód powinien najpóźniej rozpocząć przygotowania do leczenia operacyjnego z drugiej strony wskazywali, że gdyby powód przyszedł na wizytę do pozwanego trzy dni później po pierwszej, to otrzymałby zapewne skierowanie do poradni chirurgii naczyń co oznacza, że proces leczenia zastosowany przez pozwanego był prawidłowy. Biegli raz bowiem mówili o konieczności leczenia operacyjnego, a następnie wskazywali, że zachodziła konieczność dalszej obserwacji i wykonywania badań w odpowiedniej poradni. Według powoda z uwagi na rozbieżności we wnioskach zawartych w obu opiniach, zachodziła konieczność powołania w niniejszej sprawie zespołu biegłych, którzy w sposób kompleksowy oceniliby zgromadzony w sprawie materiał dowodowy w postaci dokumentacji medycznej dotyczącej historii choroby powoda. Powód zarzucał, że Sąd Okręgowy pomimo jego przesłuchania, w treści uzasadnienia w żaden sposób nie odniósł się do jego zeznań, a miały one istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia przedmiotowej sprawy. Sąd Okręgowy dokonując oceny zebranego materiału dowodowego winien dokonać jego oceny w całości, a nie tylko wybranych części bądź powinien wskazać czym kierował się nie dokonując tej oceny. Powód w swoich zeznaniach wskazał, że starał się dbać o swoją higienę. Okoliczności tej nie kwestionowała świadek M. K. (3). Tym samym Sąd Okręgowy winien odnieść się co do tych rozbieżności i wskazać, czemu dał wiarę w tym zakresie zeznaniom pozwanego i D. Z., a odmówił wiarygodności zeznaniom powoda. Co do świadka D. Z. powód wskazał, że jako osoba współpracująca z pozwanym miała interes w tym aby zeznawać na jego korzyść.

Sąd Apelacyjny zważył , co następuje :

apelacja powoda okazała się nieuzasadniona i jako taka podlegała oddaleniu.

W obowiązującej procedurze cywilnej sąd drugiej instancji rozpoznając sprawę na skutek apelacji nie jest związany przedstawionymi w niej zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa materialnego, wiąza go natomiast zarzuty dotyczące naruszenia prawa procesowego; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania (por. uchwała Sądu Najwyższego 7 sędziów z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07 , Lex nr 341125). Zasadniczo przedmiotem zarzutów apelacyjnych może być wszystko, co bezpośrednio lub pośrednio , w ocenie strony skarżącej , wpłynęło negatywnie na treść orzeczenia. Co do zarzutów apelacyjnych to w pierwszej kolejności przez sąd II instancji podlegają ocenie zarzuty naruszenia prawa procesowego, bowiem ocena prawidłowości zastosowania przepisów prawa materialnego możliwa jest dopiero po stwierdzeniu, że ustalenia faktyczne stanowiące podstawę zastosowania prawa materialnego zostały dokonane przy prawidłowym zastosowaniu przepisów procesowych. By ocenić zasadność procesowych zarzutów apelacyjnych należy ustalić podstawę faktyczną wydanego w sprawie orzeczenia. Ustalenie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia przebiega zawsze w kilku etapach , z których najważniejsze są dwa : wprowadzenie do procesu właściwego materiału faktycznego ,czyli faktów mających dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie oraz ustalenie prawdziwości tych faktów ,co następuje z reguły w drodze postępowania dowodowego . Dopiero po ustaleniu stanu faktycznego rozpoznawanej sprawy Sąd dokonuje jego kwalifikacji prawnej.

Przenosząc te rozważania do rozpoznawanej sprawy należy zacząć od tego ,że Sąd Apelacyjny nie stwierdził by postępowanie przed Sądem Okręgowym było dotknięte nieważnością. Obowiązkiem strony powodowej jest dokładne określenia żądania i oparcie go na określonej podstawie faktycznej. Chodzi tu o wskazanie tylko istotnych okoliczności faktycznych, które skonkretyzują roszczenie formalne, a także je uzasadnią, czyli wskażą hipotezy norm prawnych, które stanowią podstawę prawną powództwa. Nie jest wymagane wskazanie podstawy prawnej , a przytoczona podstawa prawna nie wiąże zasadniczo sądu. Wybierając jednak podstawę prawną, powód określa nie tylko granice okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, ale nadto określa granice obrony pozwanego. Przy dopuszczalnym ustawowo zbiegu roszczeń, a w okolicznościach sprawy roszczeń z czynu niedozwolonego i z kontraktu (art. 443 k.c.), na gruncie prawa materialnego wybór reżimu odpowiedzialności odszkodowawczej przysługuje wyłącznie poszkodowanemu. Powód , reprezentowany w sprawie przez profesjonalnego pełnomocnika procesowego , domagając się zasądzenia od pozwanego zadośćuczynienia wskazywał jako podstawę swojego żądania art. 445 k.c. Sąd pierwszej instancji przyjął ,że powód opiera odpowiedzialność pozwanego na odpowiedzialności deliktowej , powód w apelacji takiej kwalifikacji prawnej jego roszczenia w żaden sposób nie kwestionował.

Powód w apelacji zarzucał wyłącznie uchybienia przepisom procedury . Co do naruszenia przepisów prawa procesowego - dotyczą one uchybień o różnym ciężarze gatunkowym . Mogą to być uchybienia , które mogły mieć wpływ na wynik sprawy oraz takie , które tego wpływu na wynik sprawy mieć nie mogły. Od skarżącego oczekuje się nie tylko wskazania przepisu postępowania, który został w jego mniemaniu naruszony ale także wykazania ,jaki mogło to mieć wpływ na wynik sprawy. Apelujący powinien więc wykazać , że następstwa stwierdzonych nieprawidłowości proceduralnych były tego rodzaju , że mogły kształtować lub współkształtować treść skarżonego orzeczenia .

Przechodząc do zarzutów apelacyjnych - powód kwestionując ocenę opinii biegłych oraz dowodów osobowych , a w konsekwencji ustalony w sprawie stan faktyczny , nie zgłosił w apelacji nowych twierdzeń i dowodów . Sąd Apelacyjny w tej sytuacji opiera się wyłącznie na materiale dowodowym zgromadzonym przed Sądem pierwszej instancji, a zasadność zarzutów powoda dot. stanu faktycznego sprawy może zostać potwierdzona lub też nie jedynie poprzez przesłедzenie toku rozumowania Sądu Okręgowego i ustalenie czy rozumowanie to było logiczne . Istotne jest przy tym ,że zgodnie z brzmieniem art. 233 §1 k.p.c. sąd pierwszej instancji musi wszechstronnie rozważyć zebrany materiał . Przepis ten kreuje zasadę swobodnej oceny dowodów, która nie oznacza oceny dowolnej. Przeciwnie ,granice swobodnej oceny dowodów wyznaczają czynniki : logiczny, ustawowy i ideologiczny. Sąd ocenia jednak wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania , na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału. Przepis ten daje wyraz zasadzie swobodnej oceny dowodów przez sąd orzekający w danej sprawie. Ocena wiarygodności i mocy dowodów jest podstawowym zadaniem sądu , wyrażającym istotę

sądzenia , a więc rozstrzygania kwestii spornych w warunkach niezawisłości , na postawie własnego przekonania sędziego przy uwzględnieniu całokształtu zebranego materiału. Zważywszy na obowiązującą w procesie cywilnym zasadę kontrydiktoryjności, strony powinny przytoczyć odpowiednie okoliczności faktyczne i dowody na ich poparcie, jeżeli z faktu tego wywodzą skutki prawne mogące być podstawą rozstrzygnięcia sądowego. Z wspomnianej zasady procesu cywilnego wynika, że Sąd nie jest odpowiedzialny za wynik postępowania dowodowego .Obowiązek przedstawienia dowodów, na istnienie danego zdarzenia , spoczywa na stronie , która z tego wywodzi skutki prawne .Przedmiotem dowodu są fakty mające znaczenie prawne, istotne dla rozstrzygnięcia sprawy. Selekcji faktów dokonuje Sąd uwzględniając zasadę prawdy materialnej i kontrydiktoryjności. W ostatecznym wyniku istotność faktu jest oceniana przez sąd z punktu widzenia prawa materialnego.

Po tym ogólnym przypomnieniu reguł prowadzenia postępowania dowodowego, przed przejściem do oceny zasadności zarzutów powoda co do naruszenia art. 233 §1 k.p.c. , Sąd Odwoławczy zaznacza ,że 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 ,poczynając od 2007 r., przedstawił proces diagnozowania i leczenia powoda , jak też omówił jego sytuację życiową. Powód w uzasadnieniu zarzutów apelacyjnych sformułowanych w apelacji w istocie je rozwinął i dodał nowe , a mianowicie dodatkowo podniósł ,że Sąd pierwszej instancji nie dostrzegł niespójności czy też niekonsekwencji w opinii biegłych sądowych co do daty w której powinien on być poddany zabiegom operacyjnym , a nadto zarzucił ,że Sąd ten nie brał pod uwagę zeznań świadka M. K. (3) oraz niesłusznie dał wiarę zeznaniom świadka D. Z. . W zarzutach apelacyjnych powód wprost kwestionował to ,iż Sąd Okręgowy nie ocenił jego zeznań choć miały one znaczenie dla rozstrzygnięcia. Apelujący natomiast nie wyartykułował w jakiej części zeznania świadków zostały błędnie ocenione ,podobnie jak też nie wskazał w jakiej części jego zeznania pominięte przez Sąd miały znaczenie dla ustalenia stanu faktycznego stanowiącego ostatecznie podstawę wyrokowania. W takiej sytuacji trudno się odnieść do zarzutu niewłaściwej oceny dowodów przez częściowe zaniechanie w ogóle takiej oceny (co dotyczyć miało również zeznań powoda) , a w części przez nienależytą ich ocenę. W apelacji powód w zasadzie podnosił jedynie to ,że dbał o swoją higienę ,wbrew temu co twierdził pozwany i świadek D. Z., a co potwierdzić miała jego lekarza rodzinny – świadek M. K. (3).

M. K. (3) zeznała ,że M. K. (1) mieszkał na działkach ,był samotnym człowiekiem. Skarżył się na bóle nóg , utykał i z laską chodził już wcześniej. Zarośnięty brudem nie przychodził ,to był starszy człowiek , że niedomyty był to bardzo prawdopodobne. Żeby nie mogła go przyjąć bo tak był brudny tego nie powiem. Ja zajmuję starszymi pacjentami stąd kwestia niedomycia pacjenta jest dla mnie normalna. Powód sam przyznał , że na działkach mieszkał od 9 lat. Świadek D. Z. z kolei w swoich zeznaniach stwierdziła ,że powód był zaniedbany. Po wstępnym badaniu przez doktora (w dniu 20 maja 2009 r.) powód przyszedł do mnie do gabinetu zabiegowego. Odwinęłam, było tam owrzodzenie na stopie, rana była brudna. Przemylałam ją , zdezynfekowałam. Zapach od nogi był nieprzyjemny .Doktor obejrzał nogę .Zrobiłam typowy opatrunek na nogę. Cały pacjent był zaniedbany. Noga pacjenta była zawinięta szmatami, nie była to gaza czy opatrunek. Przytoczone wprost powyżej zeznania M. K. (3) skutkują wnioskiem ,że lekarka oceniała powoda jako pacjenta co najmniej niedomytego. Oznacza to ,że nie ma zasadniczo sprzeczności w zeznaniach obu świadków co do stanu higienicznego powoda. Powód po 20 maja 2009 r. gdy zgłaszał się do szpitala też na chorej nodze nie miał założonego opatrunku, czyni to wiarygodnym zeznania świadka Z. ,że w dniu 20 maja 2009 r. powód na skaleczonej nodze nie miał właściwego opatrunku.Sąd Odwoławczy w tym miejscu uważa za konieczne podkreślenie to ,że powód był w istocie rzeczy niezdyscyplinowanym pacjentem ,nie słuchał lekarzy ,odwlekał podjęcie decyzji co do koniecznego leczenia . Świadek M. K. (3) zeznała ,że powód nieregularnie przychodził do lekarza. Kwestią był dla niego dojazd z dziełek , mówił też ,że skoro nie ma za co wykupić leków to po co ma przychodzić do mnie. Problem stopy - pan K. przyszedł z bólem stopy , bólem palca. Dałam mu wtedy skierowanie do chirurga. Powód utykał na jedno biodro, miał nadciśnienie , chorobę niedokrwinną serca , bóle kręgosłupa. Powód przychodził głównie z powodów krążeniowych . Świadek Z. zeznała ,że pacjent (powód) ,miał się zgłosić za 3 dni , ale tego nie zrobił. Na zmianę opatrunku nie przyszedł. Ja też mówiłam ,tak zawsze robię , za ma przyjść za 3- 4 dni. Pozwany trakcie przesłuchania

w charakterze strony podał ,że gdy 20 maja 2009 r. powód zgłosił się do niego to jego stopa była zainfekowana i wtedy w jego ocenie nie kwalifikowała się do leczenia szpitalnego, lecz do leczenia ambulatoryjnego . Wtedy pacjenta zbadał , nogę obejrzał .W wyznaczonym terminie powód się do niego nie zgłosił . Wie ,że potem powód był w szpitalu na (...) ,tam mu zapisano jakąś maść. 8 lipca gdy powód ponownie się do niego zgłosił miał już czarne palce, stan był martwiczny , sucha martwica. Nie było co robić trzeba było wypisać skierowanie do szpitala, w P. , na Oddział. Pacjent potem się błąkał po szpitalach – (...), A. ,P. .Po raz ostatni powód trafił do mnie 13.10.2012 r. ,był po amputacji palców i po bajpasach naczyniowych .Przyszedł na zdjęcie szwów, ja zdjęłem szwy , wypisałem leki przeciwbólowe. To była trzecia i ostatnia wizyta u mnie. Z dokumentacji wiem ,że skończyło się amputacją uda , chyba na A.. Przy pierwszej wizycie rozpoznałem miażdżycę naczyń, nie wypisałem od razu skierowania do szpitala bo pacjent nie musiał iść od razu do szpitala. Gdyby pacjent brał leki to można opanować .Pacjent nie zgłaszał się przez 1,5 miesiąca. Żadnej maści nie zapisywałem , tylko tabletki poprawiające krążenie. Przyczyną martwicy było krążenie. Powód rozumiał co do niego mówię .Nie każda martwica kwalifikuje się do leczenia szpitalnego ,nie było potrzeby jeszcze żadnej amputacji. Gdyby pacjent się leczył jego stan można było opanować.

Powód twierdził ,że zaszkodzić miała mu maść przepisana przez pozwanego ,ten zaprzeczył by w ogóle jakąś maść powodowi jako swojemu pacjentowi w dniu 20 maja 2009 r. przepisywał. Powód podawał ,że nogę skaleczył 3 dni wcześniej przed wizytą u pozwanego w dniu 20 maja 2009 r. Powód twierdził ,że pozwany wypisał mu receptę i kazał robić opatrunek wieczorem i rano. Ja tej maści przypisanej przez chirurga użyłem 2 razy. Maść chciałem pokazać na (...) ,ale mnie ktoś napadł , wszystko zabrał. Nikt mi nie mówił z lekarzy ,że użycie maści było błędem . Skoro powód w konsekwencji nie wykazał by pozwany przepisał mu w ogóle jakąś maść, stąd twierdzenie że maść przypisana powodowi przez pozwanego mu zaszkodziła należy uważać za twierdzenie w żaden sposób niewykazane. W stanie sprawy było niesporne ,czemu nie przeczył sam powód ,że po pierwsze w dniu 20 maja 2009 r. zanim zgłosił się do pozwanego miał już od swojego lekarza rodzinnego skierowanie do poradni chorób naczyń ; po drugie pomimo wyznaczenia mu przez pozwanego wizyty kontrolnej na 23 maja 2009 r. zgłosił się do niego dopiero w dniu 8 lipca 2009 r. (ze skierowania lekarza rodzinnego) ; po trzecie powodowi kilkakrotnie dawano skierowanie do poradni chorób naczyń z których nie korzystał ;do tego już 10 czerwca 2009 r. powód proponowano w szpitalu odjęcie jednego palca IV stopy lewej na co powód się nie zgodził. 21 czerwca 2009 r. powodowi kolejny raz zalecono zgłoszenie się do Poradni Chorób Naczyń celem dalszej diagnostyki przed ewentualnym leczeniem operacyjnym. Co do opinii biegłych sądowych – po opinii uzupełniającej z dnia 21.05.2013 r. powód wnosil o opinie uzupełniającą .Opinia taka została sporządzona w dniu 23.09.2013 r. (k.312-320) i po jej sporządzeniu na rozprawie w dniu 14.11.2013 r. powód nie zgłaszał już żadnych dalszych do niej uwag czy w ogóle wniosków dowodowych. W tej sytuacji podnoszenie w apelacji ,że potrzebna w sprawie byłaby opinia kolejnego biegłego skoro sama strona o to nie wносиła ani przed Sądem pierwszej instancji ,ani w samej apelacji, przy zarzutów apelacyjnych w tym zakresie , przy braku wniosku dowodowego w tym kierunku w samej apelacji , jest spóźnione i nie mogło doprowadzić do uzupełniania postępowania dowodowego w tym zakresie. Co do samej opinii biegłych lekarzy chirurgów – wbrew zarzutom powoda opinie są zbieżne , wynika z nich że głównym powodem amputacji nogi było zewężające stwardnienie kończyn dolnych z postępującym niedokrwieniem ; bez uwag do postępowania pozwanego w trakcie leczenia powoda. Niesporne ,że po 20.05.2009 r. powód powinien się zgłosić po pierwsze do poradni chorób naczyń , a po drugie za kilka dni miał pokazać się u pozwanego na wizytę kontrolną. Powód nie zrobił ani jednego , ani drugiego. Niesporne jest ,że przed leczeniem operacyjnym konieczna była dalsza jego diagnostyka czego powód unikał. . O leczeniu operacyjnym powoda nie mogło być mowy przy pierwszym badaniu odniesionego urazu, sytuacja zdrowotna powoda na 20 maja 2009 r. była odmienna od tej z 2 maja 2009 r. , powód był po urazie stopy. Niesporne jest też ,że na ten dzień powód wymagał dalszej diagnostyki. W tej sytuacji ,skoro pozwany nie miał wpływu na proces oraz sposób leczenia powoda , gdy powód nie podporządkowywał się wskazaniom lekarzy , w tym też pozwanego, nie można skutkami takiego zaniechania obciążać pozwanego .

Przepis art. 415 k.c. stanowi, że kto z winy swojej wyrządził drugiemu szkodę obowiązany jest do jej naprawienia. Wskazany przepis uważany jest za wyrażający regułę ogólną w ramach reżimu odpowiedzialności deliktowej , odnosi się on do odpowiedzialności za czyn własny na zasadzie winy. Reguła odpowiedzialności deliktowej określona w art. 415 k.c. uzależnia obowiązek naprawienia szkody od tego czy jej sprawcy można być przypisana wina. Sąd pierwszej instancji uznał ,że takiej winy pozwanemu ,nawet w postaci niedbalstwa, przypisać nie można. Taka ocena jest

prawidłowa. Stąd zbędne jest badanie dalszych przesłanek odpowiedzialności deliktowej z art. 415 k.c. W ocenie Sąd Apelacyjny zarzuty powoda dotyczące nieprawidłowo ustalonego stanu faktycznego sprawy są całkowicie chybione, stanowią jedynie dowolną polemikę z właściwie ocenionymi dowodami, w tym też z dowodem z postaci opinii biegłych .

Skutkuje to oddaleniem apelacji powoda jako bezzasadnej w oparciu o art. 385 k.p.c. Sąd jednocześnie postanowił nie obciążać powoda , w oparciu o art. 102 k.p.c. kosztami zastępstwa procesowego pozwanego w postępowaniu apelacyjnym. Odstępując od obciążenia powoda zgodnie z wynikiem procesu Sąd miał na uwadze szczególną sytuację powoda - jego zaawansowany wiek, stan zdrowia, niewysokie dochody.

O kosztach adwokata z urzędu reprezentującego powoda w postępowaniu apelacyjnym Sąd orzekł w oparciu o przepisy rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r.w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U.2013.461 j.t.) - §1, § 2 ust. 3 ,§ 6,§ 13 ust. 1 pkt 2 ,§19 i § 20.

SSA Mirosława Gołuńska SSA Halina Zarzeczna SSA Maria Iwankiewicz