

Sygn. akt I ACa 662/16

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 marca 2017 roku

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Danuta Jezierska (spr.)
Sędziowie:	SA Artur Kowalewski SA Małgorzata Gawinek
Protokolant:	st.sekr.sądowy Beata Waclawik

po rozpoznaniu w dniu 15 marca 2017 roku na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa A. T. (1)

przeciwko (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w S.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 31 maja 2016 roku, sygn. akt I C 1385/13

I. **oddala apelację;**

II. **odstępuje od obciążania powoda kosztami zastępstwa procesowego pozwanej w postępowaniu apelacyjnym;**

III. **przyznaje od Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Szczecinie na rzecz adwokata U. K. kwotę 10.800 (dziesięć tysięcy osiemset) złotych wraz z należnym podatkiem VAT, tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.**

Małgorzata Gawinek Danuta Jezierska Artur Kowalewski

Sygn. akt I ACa 662/16

## UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 31 maja 2016 roku Sąd Okręgowy w Szczecinie oddalił powództwo A. T. (1) przeciwko (...) Sp. z o.o. w S. oraz odstąpił od obciążania powoda kosztami procesu należnymi stronie pozwanej.

W uzasadnieniu takiego rozstrzygnięcia Sąd I instancji wskazał, że powód wniósł o ustalenie odpowiedzialności pozwanego (...) Sp. z o.o. Gabinet Chirurgiczny i jej następców prawnych za szkody mogące powstać w przyszłości w następstwie zakażenia szpitalnego, zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 700.000 zł wraz z odsetkami od dnia 18 listopada 2012r. z tytułu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda renty w wysokości 1.000 zł płatnej do 10 każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w razie opóźnienia płatności którejkolwiek z rat tytułem utraty zdolności do pracy zarobkowej, zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda renty w wysokości 3.000 zł płatnej do 10 - tego każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w razie opóźnienia płatności którejkolwiek z rat tytułem zwiększonych potrzeb, zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda renty w wysokości 3.000 zł płatnej do 10 każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w razie opóźnienia płatności którejkolwiek z rat tytułem zmniejszonych widoków powodzenia na przyszłość, zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 100.000 zł tytułem naruszenia dobra osobistego przez pozwanego, jakim jest zdrowie powoda, zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu powód podał, że jest chory na cukrzycę i występuje u niego jako powikłanie tej choroby tzw. stopa cukrzycowa. Powód był leczony przez pozwaną po zabiegu amputacji trzech palców stopy. W tym czasie czuł się dobrze; również w od października 2011r. do czerwca 2012r. kiedy w klinice pozwanej poddany został tak zwanej ozonoterapii stopy, który to zabieg przyniósł dobre efekty i poprawę stanu zdrowia. Stan taki trwał do czasu wykonania przez dr med. T. K. zabiegu usunięcia kości śródstopia 11 czerwca 2012 r., co lekarz uczynił bez zgody powoda w czym powód upatruje naruszania jego dobra osobistego – zdrowia. Nadto, nie był informowany o ewentualnych skutkach ubocznych zabiegu i gdyby wiedział, że w jego wyniku dojdzie do amputacji prawego podudzia - nie zgodziłby się. Krótco po zabiegu powód odczuł pogorszenie stanu zdrowia. W dniu 21 czerwca 2012r. dr K. skierował powoda do szpitala przy ul. (...) w S., w trybie pilnym. W dniu 25 czerwca 2012 r. u powoda wykryto gronkowca złocistego. Powód został postawiony przed alternatywą - amputacja nogi albo dalsze leczenie, które nie daje szans na przeżycie. W dniu 6 lipca 2012 r. przeprowadzono u powoda zabieg amputacji podudzia prawego. Powód z koincydencji operacji w klinice pozwanej spółki i pogorszenia się stanu zdrowia - wyprowadził wniosek o zarażeniu ww. bakterią właśnie u pozwanej.

Pozwana (...) Sp. z o.o. w S. wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów procesu zaprzeczając, by do zakażenia mogło dojść w tej placówce i by doszło do naruszenia dóbr osobistych powoda.

Sąd I instancji ustalił przy tym następujący stan faktyczny:

Powód od wielu lat chorował na cukrzycę typu drugiego i przyjmował odpowiadające tej chorobie leki. Z tej też przyczyny już w 2002 r. zaliczony został do grona osób niepełnosprawnych w stopniu lekkim. Niepełnosprawność miała charakter trwały. Podczas wykonywania pracy w ochronie doszło do otarcia palca prawej stopy, co było przyczyną rozwoju rany, która nie goiła się. A. T. (1) od sierpnia do września 2011 r. przebywał w Klinice (...) w S.. W sierpniu i wrześniu 2011 r., we wskazanym szpitalu, przeprowadzony został u powoda zabieg amputacji III, IV i V palca oraz kości śródstopia. Podczas pobytu w tej lecznicy widoczne już były zaawansowane zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze pod postacią wyrosła kostnych na krawędziach głowy pierwszej kości śródstopia oraz kości klinowatej przyśrodkowej, a nadto objawy stanu zapalnego. Powód opuścił szpital w stanie ogólnie dobrym z zaleceniem leczenia pod kontrolą chirurga. Jednocześnie nie chciał wracać do szpitala z obawy przed amputacją nogi. Powód zdawał sobie sprawę z takiej możliwości; informowali go o tym lekarze, którzy się nim zajmowali. Po opuszczeniu szpitala powód w październiku 2011r. zgłosił się do klinik (...) prowadzonej przez pozwaną spółkę, gdzie rozpoznano u niego owrzodzenie w ranie po amputacji palców od trzeciego do piątego stopy prawej w przebiegu angiopatii cukrzycowej i miażdżycy zarostowej tętnic kończyn dolnych (postać obwodowa, stopa cukrzycowa). Klinikę poleciła powodowi teściowa - W. N. (1). W klinice pozwanej powód pozostawał pod opieką chirurga T. K. - lekarza z ponad 40-letnim stażem pracy. Leczenie powoda polegało na antybiotykoterapii, systematycznej zmianie opatrunków oraz kąpiele ozonowych, a nadto usuwaniu martwej tkanki. Powód do stycznia stawał się do kliniki dwa razy w tygodniu i pojawiały się oznaki poprawy stanu zdrowia, co jednak przełożyło się na zmniejszenie systematyczności leczenia. Powód zaczął uczęszczać do kliniki pozwanej spółki raz w tygodniu. T. K. w klinice pozwanej spółki przyjmował wielu pacjentów.

Powód podczas zabiegu był w gabinecie lekarskim z kolegą P. J., który również był leczony w tym samym czasie. Od marca 2012r. widoczne stało się stopniowe kształtowanie się stopy Charcot`a, które towarzyszyło zmniejszającemu się owrzodzeniu. T. K. w związku z pogarszającym się stanem zdrowia powoda sugerował konieczność hospitalizacji i amputacji chorej kończyny, co powód zdecydowanie odrzucał. Mając świadomość, że w przypadku hospitalizacji prawdopodobnie dojdzie do amputacji kończyny powód nie chciał również przyjmować sugestii konieczności leczenia szpitalnego.

W dniu 11 czerwca 2012r. nasiliło się u powoda złe samopoczucie polegające na braku apetytu, nudnościach i wymiotach zwłaszcza w godzinach nocnych oraz pojawieniu się gorączki. T. K. zalecał powodowi leczenie szpitalne, które wiązać się miało z amputacją, czego powód nie chciał zaakceptować i domagał się kontynuowania leczenia w warunkach ambulatoryjnych licząc na poprawę stanu zdrowia. 11 czerwca 2012 r. T. K. w klinice pozwanej przeprowadził rutynowy zabieg oczyszczania rany i usunięcia tzw. martwiaków kostnych, co ma miejsce przy zmianie opatrunków. Powód widział tego dnia w klinice pacjentkę, u której jego zdaniem występował stan zapalny. Osoba ta znajdowała się blisko powoda, około jednego metra. W rozmowie w dniu 11 a następnie 16 czerwca 2012r. T. K. poinformował żonę powoda o konieczności leczenia szpitalnego, na co uzyskał odpowiedź, że powód nie godzi się na leczenie szpitalne, obawiając się amputacji. Powód udał się do Kliniki w dniu 16 czerwca 2012r. podczas tej wizyty T. K. zmienił antybiotyk i polecił podać powodowi kroplówkę. W dniu 21 czerwca 2012r. T. K. skierował powoda na badania bakteriologiczne z rozpoznaniem ropowicy stopy prawej, stopą cukrzycową, miażdżycą zarostową tętnic kończyn dolnych. Wskazany lekarz domagał się wykonania posiewu i antybiogramu wymazu z przetoki ropnej stopy prawej. Powodowi w dniu 21 czerwca 2012 r. towarzyszyła żona, której T. K. wyjaśnił, że powód jest w złym stanie i musi udać się do szpitala. Powód oprócz pomocy lekarskiej, jaką uzyskiwał w Klinice pozwanej nie korzystał z pomocy innych lekarzy. W dniu 21 czerwca 2012r. powód pomimo skierowania, nie był jeszcze zdecydowany na hospitalizację. Dopiero bardzo zły stan zdrowia, w tym gorączka zmusiły powoda do podjęcia decyzji o udaniu się do szpitala. Od 22 czerwca 2012 r. do 14 lipca 2012 r. powód przebywał na Oddziale Wewnętrznym Diabetologicznym Samodzielnego Publicznego (...) Szpitala (...) w S., został przyjęty w stanie ogólnie ciężkim. Badania mikrobiologiczne wskazały w dniu 25 czerwca 2012r. MRSA - gronkowca złocistego odpornego na szereg antybiotyków. Wdrożona została właściwa antybiotykoterapia. W dniu 6 lipca 2012r. podczas hospitalizacji powoda na Oddziale Wewnętrznym Diabetologii Samodzielnego Publicznego (...) Szpitala (...) u powoda rozpoznana została ropowica stopy prawej w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej niedokrwiennej, cukrzyca typu drugiego niewyrównana, cukrzycowa choroba nerek w okresie niewydolności nerek, miażdżycą kończyn dolnych, niedokrwistość znacznego stopnia. W dacie hospitalizacji powód był w wieku 55 lat. W dniu 6 lipca 2012r. przeprowadzony został u powoda ww. szpitalu zabieg amputacji podudzia prawego i kontynuowano antybiotykoterapię w związku z zakażeniem gronkowcem złocistym MRSA. Zastosowane leczenie przyniosło poprawę stanu zdrowia. Powód opuścił szpital w dniu 14 lipca 2012 r. z zaleceniem kontynuowania leczenia w poradni chirurgicznej.

Kontrole Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w S. nie wykazały w klinice pozwanej spółki występowania szczepów MRSA - gronkowca złocistego czy innych nieprawidłowości mogących prowadzić do zakażenia pacjentów. Pozwana posiada szereg znormalizowanych procedur postępowania w przypadkach ryzyka kontaktu z materiałami zakaźnymi oraz utrzymania odpowiedniego poziomu higieny. Na sali do ozonowania znajdowało się osiem stanowisk. Przed zabiegiem pielęgniarka w jednorazowych rękawicach gumowych zdejmowała opatrunek, następnie zakładała na nogę worek foliowy zaopatrzonej w specjalny kranik, którym dostarczany był ozon. Na worek ozonowany zakładany jest jeszcze jeden worek. Oba worki zabezpiecza się bandażem. Zabieg trwał zależnie od wskazań lekarza od 30 do 40 minut. Worki były jednorazowego użytku, kraniki zazwyczaj też, niektóre były wielokrotnego użytku, za każdym razem sterylizowane. Po zabiegu ozonowania pacjenci oczekują w poczekalni z workiem na nodze na swoją kolej do gabinetu zabiegowego, gdzie lekarz pielęgniarka zdejmują worek i przygotowuje nogę do opatrunku, a lekarz oczyszcza ranę i wykonuje opatrunek. Przygotowanie pacjenta odbywa się na czyszczonym za każdym razem stanowisku. Zarówno pielęgniarka jak i lekarz w trakcie przygotowania i wykonywania zabiegu zaopatrzeni są w jednorazowego użytku rękawiczki, zmieniane za każdym razem, przy każdym kolejnym pacjencie. Narzędzia wykorzystywane przez lekarza są za każdym razem myte i sterylizowane. W gabinecie jest na tyle dużo

zestawów narzędzi, że nawet po dwóch godzinach wykonywania zabiegów jest jeszcze ich zapas. Odstęp czasu między zabiegami to kilka minut. Na koniec każdego dnia gabinety są gruntownie sprzątane i sterylizowane.

Zakażenie gronkowcem złocistym spowodowane było u powoda istnieniem stopy cukrzycowej, niedokrwiennej czyli samoistnej choroby powoda. Dokładny czas zakażenia gronkowcem jest trudny do stwierdzenia. Nie można też stwierdzić, czy powód wcześniej był nosicielem gronkowca i czy nie nastąpiło samoistne zakażenie poprzez rozwój cukrzycy i niedokrwienie kończyny. Zakażenie powoda gronkowcem złocistym od innego pacjenta kliniki pozwanej Spółki w gabinecie prowadzącego leczenie lekarza, przy obecnym stanie wiedzy medycznej, uznać należy za niemożliwe. Sąd wskazał, że brak jest również związku przyczynowego między zakażeniem stopy gronkowcem złocistym i amputacją kończyny a niewydolnością nerek, wymagającą dializ. Przyczyną dializ jest cukrzyca. Zakażenie gronkowcem ma bezpośredni wpływ na stan septyczny chorego z uwagi na potęgowanie niedokrwienia stopy, co skutkuje ograniczonym penetrowaniem leków i samooczyszczaniem się rany z tkanek martwiczych. Możliwość leczenia często ogranicza się do amputacji. Przyczyną amputacji u powoda była ropowica stopy, z powodu cukrzycy i niedokrwienia, powodująca nasilenie powikłań narządowych w przebiegu cukrzycy i stan septyczny. Amputacja zmienionej naczyniowo i nadkażonej gronkowcem złocistym kończyny uratowała powodowi życie. Aktualnie stan zdrowia powoda związany jest ze skutkami udaru mózgu, kikut nogi jest wygojony. Powód wymaga opieki innej osoby od czasu amputacji palców stopy, a obecnie z uwagi na amputację prawego podudzia oraz stan po udarze mózgu.

Sąd Okręgowy uznał, że powództwo podlegało oddaleniu w całości. Zdaniem tego Sądu, kwestią kluczową dla rozstrzygnięcia sprawy było ustalenie przyczyny, dla której koniecznym była amputacja, do jakiej doszło u powoda w czerwcu 2012r. W tym celu Sąd ustalił w oparciu o dowód z opinii biegłych, czy można przypisać pozwanej winę doprowadzenia do zakażenia gronkowcem złocistym i jaki wpływ miało to zakażenie na stan zdrowia powoda i konieczność amputacji. Następnie wobec zarzutu naruszenia dobra osobistego zdrowia oraz braku zgody powoda na rzekomy zabieg usunięcia kości śródstopia Sąd czynił ustalenia również w tym kierunku.

W ocenie Sądu Okręgowego, proces infekcji rozpoczął się podczas leczenia powoda w pozwanej klinice. Jednakże powyższe nie przesądza, że zakażenie powstało w wyniku zawinionego działania czy zaniechania jej personelu medycznego. Przeciwnie, zdaniem tego Sądu, z opinii biegłych wynika, że przyczyną zakażenia gronkowcem złocistym była samoistna choroba powoda, tzw. stopa cukrzycowa. Biegli podali, że trudno jest stwierdzić dokładny czas zakażenia rany gronkowcem złocistym. Nie można stwierdzić, czy chory był wcześniej nosicielem tej bakterii oraz czy nie nastąpiło samoistne zakażenie poprzez rozwój cukrzycy i niedokrwienie kończyny. Sąd I instancji stwierdził, że o ile w typowym przypadku co do zakażenia gronkowcem złocistym podczas leczenia szpitalnego domniemywać należy, że miejscem zakażenia był szpital, to z uwagi na stan zdrowia powoda, a zwłaszcza otwarte ropiejące rany, które nie goiły się od września 2011r. czyli około dziewięciu miesięcy, nie można polegać na domniemaniu faktycznym szpitalnego pochodzenia zakażenia. Konieczne było wykazanie, że istotnie doszło do zakażenia w pozwanej klinice. Takim dowodem mogło być ujawnienie bytowania w klinice pozwanej szczepu gronkowca złocistego, który wykryto w ranie powoda. Dowodu takiego jednak brak. Przeciwnie przedstawione dokumenty oraz zeznania świadka D. I. pielęgniarki zatrudnionej u pozwanej - wskazują na wysoki poziom czystości i przestrzeganie procedur zapobiegających zakażeniom. Powód nie udowodnił zatem, że zakaził się gronkowcem złocistym w klinice pozwanej.

Sąd Okręgowy zwrócił również uwagę, że zakażenie gronkowcem nie było bezpośrednią przyczyną amputacji podudzia prawego dokonanego u powoda 22 czerwca 2012 r. Przyczyną były powikłania cukrzycy, a gronkowiec jedynie współwystępował i utrudniał leczenie. Dokumentacja medyczna oraz opinia, jaką dysponował Sąd w niniejszej sprawie nie pozostawiały wątpliwości, że nawet w przypadku braku zakażenia, najprawdopodobniej doszłoby do dalszych amputacji, tak jak to się stało niecały rok wcześniej. Powód oprócz cukrzycy miał zaawansowaną miażdżycę naczyń krwionośnych, w tym w kończynach dolnych, której towarzyszyło zmniejszenie światła naczyń krwionośnych, w tym tętnic. Sąd zauważył, że przyczyną braku gojenia się ran było niedokrwienie jako skutek cukrzycy i towarzyszącej jej miażdżycy. W ocenie Sądu, zgromadzony materiał dowodowy pozwala jedynie domniemywać, że zakażenie gronkowcem zaostriło obraz kliniczny schorzenia powoda i nieznacznie przyspieszyło amputację, gdyż jak wskazali biegli „zakażenie gronkowcem ma bezpośredni wpływ na stan septyczny chorego i jest dodatkowo potęgowane niedokrwieniem stóp, co skutkuje brakiem właściwej penetracji leków i samooczyszczania się rany z

tkanek martwiczych. W przypadku stopy cukrzycowej, niedokrwiennej, (takiej jak u powoda), możliwości leczenia często ograniczają się do amputacji jako jedynej, skutecznego środka eliminacji przyczyny wyjściowej powikłań cukrzycy i stanu septycznego.”.

Tym samym, zdaniem Sądu I instancji, brak było wystarczających podstaw dla uznania odpowiedzialności pozwanej Kliniki. Sąd podkreślił, że spostrzeżenia i przemyślenia samego powoda nie mogą zastępować dowodów pochodzenia źródła zakażenia. Nadto, jasnym pozostaje, w świetle opinii biegłych, że to nie zakażenie gronkowcem i usunięcie kości śródstopia było przyczyną amputacji, w której powód upatruje swej szkody. Bezpośrednią przyczyną amputacji była ropowica stopy z powodu cukrzycy i niedokrwienia, powodująca nasilenie powikłań narządowych w przebiegu cukrzycy i stan septyczny.

Sąd I instancji zwrócił uwagę na brak w sprawie wiarygodnego materiału dowodowego pozwalającego ustalić zaniechania w spełnianiu procedur sanitarno-epidemiologicznych. Twierdzenia świadka W. N. (1) i przesłuchanie powoda uznał za wystarczające w świetle dokumentów pokontrolnych organu kontroli sanitarno-epidemiologicznej oraz zeznań świadka D. I.. Podkreślił, że żaden z biegłych nie wskazał na zawinienie personelu medycznego, w zakresie prawidłowości wykonywania zabiegów. Wskazane dowody z dokumentów, a nadto instrukcje postępowania i opis wykonywania zabiegów przedstawiony przez D. I. wskazują, że procedury mające przeciwdziałać zakażeniom szpitalnym - w szczególności dotyczące przygotowania do i przeprowadzenia operacji odpowiadają nie budzą zastrzeżeń.

W ocenie Sądu Okręgowego przeprowadzone postępowanie dowodowe nie pozwalało na uwzględnienia powództwa i ustalenie z dużym stopniem prawdopodobieństwa, że zakażenie powoda gronkowcem złocistym było następstwem zawinionych i bezprawnych działań bądź zaniechań pracowników pozwanego Szpitala. Sąd przywołał w tym zakresie opinie biegłych, z których dowód przeprowadził z uwagi na to, że ustalenia wymagały wiadomości specjalnych. Podkreślił, że powództwo nie mogło być oparte tylko na określonych ogólnych założeniach sprowadzających zasadę odpowiedzialności pozwanej kliniki do tego, że skoro powód został zakażony gronkowcem, a objawy zakażenia powstały podczas leczenia u pozwanej, to nie ma innej możliwości, niż to, że to pozwana ponosi winę.

Sąd Okręgowy wskazał nadto, że co do zasady leczenie pacjenta może się odbywać tylko za jego zgodą (art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 32 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry). Leczenie bez zgody pacjenta może również zostać zakwalifikowane jako naruszenie dóbr osobistych. Zdaniem Sądu I instancji, jak wynika z ustalonego stanu faktycznego nie zachodził przypadek, który wymagałby przez pozwanego uzyskania pisemnej zgody na leczenie powoda. Wystarczająca była zgoda wyrażona w jakikolwiek sposób. Powód poddał się w pozwanej klinice leczeniu ran związanych z amputacją w wyniku cukrzycy trzech palców i fragmentu kości śródstopia, co nastąpiło w sierpniu i wrześniu 2011r. Leczenie to oprócz ozonowania, stosowania odpowiednich leków, w tym antybiotyków i zmian opatrunków polegało również na oczyszczaniu rany z tkanek martwiczych. T. K. zeznał, że usunięcie tkanki kostnej było jednym z elementów czyszczenia rany. Był to zabieg w celu wykonania którego powód stawiał się do pozwanej kliniki. Z tej przyczyny niecelowym było aby T. K. uzyskiwał osobną zgodę na usunięcie martwiaków kostnych. Fakt, że pozwany łączy usunięcie tego typu tkanki, co miało miejsce 11 czerwca 2012r. z pogorszeniem się jego stanu zdrowia, jest wynikiem wnioskowań powoda, nie opartych na fachowej wiedzy, co również, jak podkreślił Sąd, zostało zauważone przez biegłych w opinii uzupełniającej.

Sąd Okręgowy wskazał również, że powód wyraźnie, za wszelką cenę starał się uniknąć amputacji nogi. Stan kończyny, który wskazywał na konieczność amputacji z powodu powikłań cukrzycy, był przez niego ignorowany do ostatniej chwili, kiedy jego życie było już bezpośrednio zagrożone, co stwierdza opinia biegłych. Przeprowadzone postępowanie dowodowe w ocenie Sądu wskazuje, że T. K., czynił co mógł dla wyleczenia powoda, fakt że leczenie ran po amputacyjnych stopy okazało się nieskutecznie, nie wynikało z jego błędów, czy winy innego personelu pozwanej, lecz ze stanu zdrowia powoda.

W tej sytuacji Sąd nie dostrzegł naruszenia dóbr osobistych powoda w związku z działaniem pozwanej kliniki.

Apelację od tego wyroku wywiódł powód, który zaskarżył go w części tj. co do punktu I, zarzucając naruszenie prawa procesowego mający wpływ na treść orzeczenia tj.:

1) art. 231 § 1 k.p.c. poprzez przyjęcie że nie można polegać na domniemaniu faktycznym szpitalnego pochodzenia zakażenia powoda, z uwagi na stan zdrowia powoda, a zwłaszcza otwarte ropiejące ranny, które nie goiły się od września 2011 r., czyli około dziewięciu miesięcy, podczas gdy w trakcie leczenia powoda dochodziło do poprawy stanu zdrowia powoda, zaś już w grudniu 2012 r. doszło do częściowego wygojenia się rany powoda oraz rozpoczęcia procesu stopniowego ziarninowania rany.

2) art. 232 k.p.c. poprzez przyjęcie, że:

- powód nie wykazał, że do zakażenia doszło na skutek działań osób, którym pozwany powierzył wykonywanie czynności leczniczych, podczas gdy powód wskazywał na takie nieprawidłowości jak przyjmowanie nadmiernej ilości pacjentów, wykonywanie procesów leczenia w obecności innych osób chorych, wykorzystywanie wielokrotnie sprzętu który powinien podlegać wymianie, wypraszenie pacjentów na ogólnie dostępny korytarz z workiem do ozonoterapii, ściąganie opatrunków w obecności innych osób z ranami, co mogło mieć wpływ na zakażenia powoda, a w wyniku nie skierowania powoda we właściwym czasie na badanie bakteriologiczne doszło do konieczności amputacji nogi jako procesu ratującego życie;

- powód nie wykazał, aby doszło u niego do usunięcia bez jego zgody fragmentu kostki, podczas gdy u powoda usunięto martwiak kostny, a więc obumarłą oddzieloną część kości pozostawioną w tkance, zaś usunięcie takiego chorego fragmentu kości, wymaga jego operacyjnego usunięcia, co wymaga pisemnej zgody pacjenta;

3) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez:

- dowolną a nie swobodną ocenę materiału dowodowego polegającą na przyjęciu, że powód nie chciał wracać do szpitala z obawy przed amputacją nogi, powód zdawał sobie sprawę z takiej możliwości, informowali go o tym lekarze, którzy się nim zajmowali, podczas gdy z dokumentacji medycznej powoda, brak jest zapisu wskazującego o możliwości amputacji nogi prawej, o informowaniu powoda że taka amputacja jest konieczna, aby powód był kierowany do szpitala, aby odmówił przyjęciu skierowania, jak również powód oraz świadkowie nie wskazywali aby powód był informowany o możliwości amputacji nogi

- dowolną a nie swobodną ocenę materiału dowodowego polegającą na przyjęciu, że T. K. w związku z pogarszającym się stanem zdrowia powoda od marca 2012 r. sugerował konieczność hospitalizacji i amputacji chorej kończyny, podczas gdy nie znajduje to potwierdzenia w zebranych w sprawie materiale dowodowym, konieczność amputacji nogi nastąpiła krótko po zakażeniu gronkowcem w dniu 11 czerwca 2012 r., zaś od marca 2012 r. do 11 czerwca 2012 r. stan zdrowia powoda był dobry, nie pogarszał się, dopiero po 11 czerwca 2012 r. po przeprowadzonym zabiegu stan powoda uległ pogorszeniu;

- dowolną a nie swobodną ocenę materiału dowodowego polegającą na przyjęciu, że powód miał otwarte ropiejące rany, które nie goiły się od września 2011 r., czyli około dziewięciu miesięcy, podczas gdy rana powoda systematycznie się goiła;

4) art. 278 § 1 k.p.c. poprzez wydanie wyroku w oparciu o niepełną oraz nieobiektywną opinię biegłych sądowych, którzy wydali opinię w oparciu o kwestionowane dokumenty medyczne pozwanej, a więc na nieprawdziwym stanie faktycznym, nie odnieśli się do zarzutów wskazywanych w piśmie z dnia 5 listopada 2015 r., oraz w piśmie z dnia 4 kwietnia 2016 r., nie ustalono okresu wylegania bakterii gronkowca złocistego od momentu zakażenia, nie stwierdzono czy po wykonanym w dniu 26 września 2011 r. badaniu bakteriologicznym powód miał możliwość zakażenia się gronkowcem w innej placówce niż (...), czy na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej wynika że mogło dojść do samoistnego zakażenia przez rozwój cukrzycy;

5) art. 328 § 2 k.p.c. poprzez niewłaściwe uzasadnienie wyroku, niezawierające odniesienia się do dowodów których wiarygodność kwestionował powód, tj. do dokumentacji medycznej wystawionej przez pozwaną już po amputacji kończyny dolnej prawej, w której leczenie powoda zostało opisane w sposób nieodpowiadający prawdzie, jak również dokumentacji z kontroli inspektora sanitarnego kwestionowanych również przez powoda, z uwagi iż kontrole te były zapowiedziane, a pozwany był przygotowany na wizytę inspektora, a w konsekwencji dokonanie ustaleń faktycznych przez Sąd na niewiarygodnym materiale dowodowym;

6) nadto, skarżący zarzucił sprzeczność istotnych ustaleń sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, poprzez przyjęcie, iż:

- do zakażenia powoda doszło w wyniku samozakażenia i że bakteria pochodziła ze środowiska biologicznego powoda, podczas gdy z dowodu w postaci wyniku badania mikrobiologicznego z dnia 22 czerwca 2012 r., jednoznacznie wynika, że zakażenie powoda było zakażeniem szpitalnym, czyli takim do którego doszło w szpitalu,

- T. K. zalecał powodowi leczenie szpitalne, które wiązać się miało z amputacją, czego powód nie chciał zaakceptować i domagał się kontynuowania leczenia w warunkach ambulatoryjnych licząc na poprawę stanu zdrowia, podczas gdy brak jest jakiegokolwiek dokumentu potwierdzającego aby powód odmówił leczenia szpitalnego, aby został poinformowany przez T. K. o konieczności amputacji kończyny, dopiero po skierowaniu na badania bakteriologiczne, został przyjęty do szpitala w trybie pilnym (bez skierowania T. K.), po wykonaniu badań bakteriologicznych i wykryciu gronkowca,

- u powoda stwierdzono zmiany miażdżycowe naczyń krwionośnych, szczególnie nasilone w obszarze tętnicy piszczelowej przedniej oraz zwężenie tętnicy podkolanowej o 85%, tętnicy piszczelowej przedniej o 50% i tętnicy piszczelowej tylnej do poziomu krytycznego, podczas gdy ustalenia te dotyczą kończyny lewej dolnej, a u powoda amputowano kończynę dolną prawą, u której nie stwierdzono krytycznych zwężeń tętnic,

7) naruszenie art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 32 o zawodzie lekarza i lekarze dentyści, poprzez ich błędną wykładnię, polegającą na przyjęciu że oczyszczeniu przetoki i usunięciu martwiaków kostnych nie wymaga zgody pisemnej pacjenta, podczas gdy usunięcie martwiaków kostnych jest zabiegiem chirurgicznym, i wykracza poza typowe leczenie ozonowania, stosowania odpowiednich leków, oczyszczaniu rany.

Mając na uwadze powyższe, skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego orzeczenia poprzez uwzględnienie roszczenia powoda w całości, oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania.

Pozwany wniósł o oddalenie apelacji, w całości dzieląc argumentację Sądu I instancji.

### **Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:**

Apelacja okazała się bezzasadna, gdyż zaskarżone orzeczenie, zdaniem Sądu Apelacyjnego jest prawidłowe.

Co do samej zasady Sąd Apelacyjny w całości podziela ustalenia faktyczne Sądu I instancji jak i jego prawne wywody, przyjmując je jako własne. Wobec powyższego Sąd odwoławczy nie widzi konieczności ponownego szczegółowego przytaczania ustaleń jak rozważań prawnych w niezakwestionowanej części (por. wyrok SN z 22.08.2001, V CKN 348/00). Wskutek zarzutów pod adresem opinii biegłych Sąd Apelacyjny uzupełnił co prawda postępowanie dowodowe o wysłuchanie biegłych w trybie art. 286 k.p.c., jednak zeznania biegłych nie doprowadziły do zmiany ustaleń poczynionych przez Sąd I instancji, jak wywodów tego Sądu co bezzasadności powództwa.

Wskazać należy, że powód w apelacji podniósł dwojakiego rodzaju zarzuty: odnoszące się do naruszenia prawa materialnego i dotyczące naruszenia prawa procesowego. W pierwszej kolejności należało zatem rozpoznać zarzuty dotyczące naruszenia prawa procesowego, gdyż dopiero prawidłowo ustalony stan faktyczny stanowić może podstawę do oceny zasadności zgłoszonego przez powódkę żądania.

W tym zakresie za niezasadny należało uznać zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. Zgodnie ze wskazanym przepisem uzasadnienie wyroku powinno zawierać wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, a mianowicie: ustalenie faktów, które sąd uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej, oraz wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa.

Powszechnie w orzecznictwie przyjmuje się, iż zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. może być usprawiedliwiony tylko w wyjątkowych okolicznościach, tj. jedynie wtedy, gdy treść uzasadnienia orzeczenia sądu pierwszej instancji uniemożliwia całkowicie dokonanie oceny toku wywodu, który doprowadził do wydania orzeczenia lub w przypadku zastosowania prawa materialnego do niedostatecznie jasno ustalonego stanu faktycznego (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10.01.2013 r., III APa 63/12, LEX nr 1254543, wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 24.01.2013 r., I ACa 1075/12, LEX nr 1267341). W sprawie niniejszej takie wyjątkowe okoliczności nie wystąpiły. Zauważyć trzeba, iż rola uzasadnienia sądu pierwszej instancji nie ogranicza się tylko do przekonania stron co do słuszności stanowiska sądu i zgodności z prawem orzeczenia, ale jego zadaniem jest także umożliwienie przeprowadzenia kontroli apelacyjnej. Spełnia ono także funkcję porządkującą, obligując stosujący prawo sąd do prawidłowej i pełnej rekonstrukcji stanu faktycznego i jego subsumcji do miarodajnej normy prawa materialnego, w następstwie czego dochodzi do jej konkretyzacji w sentencji wyroku. Dlatego też dwie podstawy rozstrzygnięcia: faktyczna i prawna powinny być spójne, tworząc logiczną całość (tak: teza 3 wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15.02.2013 r., I CSK 314/12, LEX nr 1307999). Uzasadnienie zaskarżonego wyroku tworzy taką spójną i logiczną całość. Świadczy o tym w szczególności postawienie przez skarżącego licznych zarzutów naruszenia prawa procesowego oraz sprzeczności istotnych ustaleń sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, o których niżej.

Skarżący upatruje naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. w niewłaściwym uzasadnieniu wyroku, tj. niezawierającym odniesienia się do dowodów, których wiarygodność kwestionował powód, tj. do dokumentacji medycznej wystawionej przez pozwaną już po amputacji kończyny dolnej prawej, w której leczenie powoda zostało opisane w sposób nieodpowiadający prawdzie, jak również dokumentacji z kontroli inspektora sanitarnego kwestionowanych również przez powoda, z uwagi iż kontrole te były zapowiedziane, a pozwany był przygotowany na wizytę inspektora, a w konsekwencji dokonanie ustaleń faktycznych przez Sąd na niewiarygodnym materiale dowodowym.

Wspomniany zarzut apelacyjny dotyczy więc w istocie oceny dowodów (art. 233 k.p.c.), a nie braku ustaleń faktycznych, czy pominięcia istotnych dla rozstrzygnięcia dowodów. W tym zakresie wskazać zaś należy, że powód, obok własnych wyjaśnień, nie naprowadził bowiem żadnych dowodów potwierdzających jego twierdzenia. Sąd I instancji wyraźnie wskazał, że krytyczna ocena części dokumentów, jaką zaprezentował powód nie znalazła potwierdzenia w toku postępowania dowodowego. Odmówił wiarygodności zeznaniom W. N. (1) w takim zakresie, w jakim twierdziła, że w pozwanej klinice nie zostały dochowane wymogi higieny. Jedynym dowodem, który jest zgodny z zeznaniami tego świadka jest przesłuchanie powoda. Sąd podkreślił, że nawet P. J. nie potwierdził zarzutów co do złego stanu higieny u pozwanej, a dowody z dokumentów w szczególności protokołów pokontrolnych sanepidu przeczą tym zarzutom. W takiej sytuacji nie można stwierdzić braku odniesienia się do dowodów, których wiarygodność kwestionował powód. Na marginesie należy przy tym również zaakcentować, że sama okoliczność, że badania sanitarne mogłyby być zapowiedziane, nie świadczy automatycznie o braku spełniania warunków sanitarnych u pozwanej, co zdaje się postulować skarżący.

W dalszej kolejności należy zwrócić również uwagę, że Sąd odwoławczy przeprowadził postępowanie uzupełniające w zakresie ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie (art. 286 k.p.c.). Przeprowadzenie tego dowodu w dniu 15 marca 2017 r. nie doprowadziło jednak do postulowanej przez powoda zmiany ustaleń faktycznych w istotnym dla rozstrzygnięcia zakresie. Wręcz przeciwnie, biegli potwierdzili oraz wyjaśnili wszystkie wnioski, które zostały zawarte w opinii pisemnej z dnia 21 września 2015 r., a z której wynika, że w niniejszej sprawie nie doszło do błędu w sztuce medycznej, który to błąd mógłby ewentualnie, przy spełnieniu dodatkowych warunków, tj. zaistnienia szkody i związku przyczynowego między szkodą i błędem w sztuce, uzasadniać odpowiedzialność pozwanej. Wysłuchani biegli



odpowiedzieli rzeczowo na każde z zadanych przez stronę powodową pytań. Strona powodowa nie zakwestionowała następnie w sposób konstruktywny zaprezentowanych na rozprawie wniosków biegłych. Wskazała jedynie, że podtrzymuje stanowisko wyrażone w apelacji, w tym dotyczące – oparcia opinii biegłych na sfałszowanych – jej zdaniem, kartach informacyjnych leczenia powoda wydanych przez pozwaną. Należy przy tym jednak zaakcentować po raz kolejny, że w celu potwierdzenia swoich zarzutów w tym zakresie, strona powodowa nie naprowadziła żadnych dowodów, które wskazywać mogłyby na fałszowanie dokumentacji medycznej powoda przez pozwaną. Same twierdzenia strony powodowej w tym zakresie, tj. dopisywania, zdanie powoda, dokumentacji medycznej, nie są wystarczające i stanowią jedynie polemikę z prawidłowymi ustaleniami Sądu I instancji, tym bardziej, że pozwana w logiczny sposób wyjaśniła, iż daty wskazane w górnej części dokumentacji są datami jej generacji przez system komputerowy, natomiast w opisowej części dokumentacji medycznej powoda są wskazane kolejno wszystkie daty, kiedy i jakie zabiegi u powoda były wykonywane. Z powyższych względów należało uznać, że zarzut naruszenia art. 278 § 1 k.p.c. okazał się nieuzasadniony.

Chybiony okazał się również zarzut naruszenia art. 231 § 1 k.p.c.. Zgodnie z treścią wskazanego przepisu sąd może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wniosek taki można wyprowadzić z innych ustalonych faktów (domniemanie faktyczne). W tym zakresie powód kwestionował wniosek Sądu I instancji, zgodnie z którym nie można polegać na domniemaniu faktycznym szpitalnego pochodzenia zakażenia powoda, z uwagi na stan zdrowia powoda, a zwłaszcza otwarte ropiejące rany, które nie goiły się od września 2011 r., czyli około dziewięciu miesięcy, gdy podczas leczenia powoda dochodziło do poprawy jego stanu zdrowia, zaś już w grudniu 2012 r. doszło do częściowego wygojenia się rany oraz rozpoczęcia procesu stopniowego ziarninowania rany. Należy jednak zaakcentować, że biegli w opinii wydanej w toku postępowania pierwszoinstancyjnego (k. 654) wskazali, że początkowo rana goiła się dobrze. Lekarz prowadzący zauważył postęp zmian ropowiczych, co przemawia za uznaniem, że takie zmiany występowały w trakcie leczenia. Należy również wskazać, że podczas rozprawy w dniu 15 marca 2017 r. biegli wyjaśnili szczegółowo odpowiadając na pytania powoda nr 2 i 14 wskazali m.in., że powód miał na stopie kilkanaście owrzodzeń toczących się zarówno na powierzchni skóry, jak i wewnątrz układu, wewnątrz struktur kostnych stopy, wygojenie powoda nie było pełnym wygojeniem, tylko była poprawa w zakresie niektórych owrzodzeń, tak jak to bardzo dokładnie potem zostało opisane przez lekarza prowadzącego (...). Natomiast nie można mówić, że było całkowite wyleczenie tej choroby. Zwłaszcza, że patologia będąca pierwotną przyczyną nadkażenia stopy bakteriami, czyli cukrzyca, oraz niedokrwienie kończyny, rozwijały się cały czas, i jest to patologia postępująca. Także wyleczenie takich pacjentów zawsze ma charakter leczenia przewlekłego, często wieloletniego czy nawet dziesiątki lat obejmującego, bo trudno, żeby w okresie kilkumiesięcznym doszło do sukcesu w wyleczeniu przewlekłej patologii stopy. Tym samym możliwe jest, że zakażenie pochodziło również ze środowiska biologicznego powoda, mimo że, biegli uważają, iż to zakażenie występowało w stopie powoda cały czas już od wyjścia z pierwszego szpitala. Zakażenie, zdaniem biegłych miało charakter bardzo przewlekły. Biegli wskazali przy tym na opisy w karcie informacyjnej z 22 września 2011 roku (k. 19), gdzie w opisie zdjęcia RTG wskazano na widoczne przejaśnienie mogące odpowiadać zbiornikom gazu, najprawdopodobniej wskutek stanu zapalnego, czyli widać, że wewnątrz tkanek miękkich stopy i prawdopodobnie również wewnątrz kości, toczył się przewlekły proces zapalny. Tym samym, zdaniem biegłych, doszukiwanie się nowego zarażenia po wyjściu ze szpitala oczywiście pewną hipotezą może być, ale to przewlekłe toczący się proces w stopie powoda spowodowany był jego podstawowymi chorobami. Dalej w odpowiedzi na pytanie pełnomocnika powoda biegli wskazali na zapisy z kart informacyjnych (k. 25, 27) dotyczących dnia 12 grudnia 2011 roku, czyli wtedy kiedy miał rozpoczynać się sukces leczenia pacjenta. Wynikało z nich, że owrzodzenie w górnym biegunie rany pooperacyjnej u podstawy palca II zostało praktycznie wygojone, jednak pozostała część owrzodzenia oczyszczona z tkanek martwicy, była z brzegami owrzodzenia z miejscami ziarninowania i oznakami miejscami naskórkowania. A dodatkowo jeszcze 2 czerwca 2012 na bocznym biegu stopy pojawiło się ognisko martwicy o średnicy 1 cm, wtedy tkanki martwicze wycięto. Zdaniem biegłych, to była ta martwica, która potem była leczona. Wskazali na przetokę nad kostką, która się wytworzyła w późniejszym okresie, czyli w tych miejscu, gdzie na stopie występowały zmiany. Dalej biegły J. K. (1) odnośnie leczenia powoda dodał, że ozonoterapia jest leczeniem uzupełniającym. To jest coś takiego mniej więcej jak komora tlenowa. Chodzi o to, że w tym momencie następuje osłabienie rozwoju przede wszystkim bakterii beztlenowych, a duże dawki ozonu działają bakteriobójczo. I faktycznie pojawiła się ziarnina, tym niemniej takie działanie zewnętrzne jest tylko powierzchowne. Natomiast w takim przypadku jak u powoda może

nastąpić znaczne pogorszenie z dnia na dzień, czy nawet z godziny na godzinę. W każdej chwili może bowiem dojść do wykrępienia naczynia, które na przykład doprowadza tlen w daną okolice i w tym momencie żadna ozonoterapia nie pomoże i musi być wykonane wycięcie martwiczych tkanek. Biegli wskazali również, że przed 11 czerwca 2012 roku występowała treść ropna w ranie. Dodali, że jeżeli mamy bakterie bardzo zjadliwe, taki stan ukrwienia nogi jak u powoda i takie choroby, to nie jest istotne jak duży jest taki wyciek ropny, gdyż i tak powoduje on zniszczenie miejscowe tkanek, które jest nieodwracalne.

Należy przy tym zaznaczyć, że biegli szczegółowo odpowiedzieli na wszelkie pytania strony powodowej. odnieśli się także do wątpliwości w zakresie dokumentów przyjętych jako podstawy wydania pierwotnej opinii i w kontekście stanu zdrowia powoda, dokumentacja ta nie budziła ich wątpliwości. Tym samym, mając na uwadze powyższe wnioski biegłych należy stwierdzić, że niezasadnie są twierdzenia powoda, który zdaje się prezentować w apelacji pogląd, że w grudniu 2012 rana była praktycznie wyleczona. Jak wynika ze wskazań biegłych, opartych na zapisach z dokumentacji medycznej, rany powoda nie były uleczone, gdyż być nie mogły. Owrzodzenie, co prawda zmniejszało się jednak nie uległo całkowitemu wyeliminowaniu, a nagły stan zapalny, którego skutkiem była amputacja, mając na uwadze schorzenia powoda, nie był wynikiem zaniedbań lekarza prowadzącego strony pozwanej, lecz normalnym następstwem tych schorzeń. Powód zdaje się zupełnie zapominać, że już wcześniej przeprowadzono u niego amputacje palców i rokowania co dalszego stanu zdrowia wcale nie były pomyślnie – wszak miał zaawansowaną miażdżycę i cukrzycę, które to choroby nie są przecież uleczalne. Do pozwanej Kliniki zgłosił się zaś z ropiejącymi na stopie ranami i u pozwanej wdrożone zostało leczenie takie, jakie możliwe było w warunkach ambulatoryjnych, tj. oczyszczanie rany poprzez jej łyżeczkowanie wraz z usunięciem wystających martwiaków, ozonoterapia i antybiotykoterapia.

Należy podkreślić, iż opinia biegłego, jak każdy inny dowód, podlega swobodnej ocenie sądu zgodnie z regułami określonymi w art. 233 § 1 k.p.c. Sąd rozważa jej wiarygodność i moc dowodową na podstawie własnego przekonania, zgodnie z zasadami logiki i doświadczenia życiowego, przy wszechstronnym uwzględnieniu pozostałego materiału dowodowego. Istotne znaczenia przy ocenie ma stanowczość opinii, jej kompleksowość, spójność wniosków, doświadczenie biegłego. Sąd jako nieposiadający wiadomości specjalnych nie jest władny podważać wniosków biegłego, jeśli lektura opinii nie wykazuje, że sposób przeprowadzenia opinii i wnioskowania zawiera braki, wady logiczne bądź inne nieprawidłowości wychwytywane przez osobę niebędącą specjalistą w danej dziedzinie. Sama okoliczność, że strona nie podziela tych wniosków, nie czyni jeszcze opinii nierzetelną.

W tym kontekście nieuzasadniony okazał się również zarzut dotyczący naruszenia art. 233 k.p.c. poprzez dowolną a nie swobodną ocenę materiału dowodowego polegającą na przyjęciu, że powód miał otwarte ropiejące rany, które nie goiły się od września 2011 r., czyli około dziewięć miesięcy, podczas gdy, zdaniem powoda, jego rana systematycznie się goiła. Jak wskazano już bowiem wyżej, i do czego biegli szczegółowo się odnieśli, ziarnicowanie niektórych ran wcale nie świadczyło o tym, że rany powoda zostały wygojone i wewnątrz nich nie postępował proces chorobowy. Do okoliczności tych Sąd Apelacyjny odniósł się już powyżej, zatem brak podstaw do powielania przytoczonej tam argumentacji.

Należy przy tym wskazać, że przepis art. 233 §1 k.p.c. wyraża zasadę swobodnej oceny dowodów, zgodnie z którą Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie „wszechstronnego rozważenia zebranego materiału” a zatem, jak podkreśla się w orzecznictwie, z uwzględnieniem wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, w szczególności opinii biegłych, których kompetencje nie są kwestionowane, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych dowodów i mających znaczenie dla oceny ich mocy i wiarygodności (por. orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 1966 roku, sygn. II CR 423/66, niepubl.; uzasadnienie orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 24 marca 1999 roku, sygn. I PKN 632/98, opubl.: OSNAPiUS 2000/10/382; uzasadnienie orzeczenia Sądu Najwyższego z 11 lipca 2002 roku, sygn. IV CKN 1218/00, niepubl.; uzasadnienie orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 18 lipca 2002 roku., sygn. IV CKN 1256/00, niepubl.). Przyjmuje się, że ramy swobodnej oceny dowodów muszą być zakreślone wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego, regułami logicznego myślenia oraz pewnego poziomu świadomości prawnej, według których Sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i ważąc ich moc oraz wiarygodność odnosi je do pozostałego

materiału dowodowego. Jak trafnie przyjmuje się przy tym w orzecznictwie sądowym, jeżeli z określonego materiału dowodowego Sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena Sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub, gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo-skutkowych, to przeprowadzona przez Sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (tak min. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27.09.2002 r., II CKN 817/00, LEX nr 56906). Dla skuteczności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. nie wystarcza stwierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest tu wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie Sądu w tym zakresie. W szczególności skarżący powinien wskazać, jakie kryteria oceny naruszył Sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając (tak Sąd Najwyższy min. w orzeczeniach z dnia: 23 stycznia 2001 r., IV CKN 970/00, LEX nr 52753, 12 kwietnia 2001 r., II CKN 588/99, LEX nr 52347, 10 stycznia 2002 r. II CKN 572/99, LEX nr 53136).

Tymczasem, skarżący takiej – konstruktywnej krytyki nie naprowadził, a wnioski, które wywiódł Sąd Okręgowy z opinii biegłych: specjalisty chorób zakaźnych lekarza K. A., specjalisty chirurgii ogólnej i naczyniowej dr n. med. J. K. (1), specjalisty medycyny ratunkowej i stanów nagłych koordynatora opinii dr n. med. A. T. (2), w sposób zasadny stały się podstawą do poczynienia ustaleń faktycznych w sprawie. Opinia ta jest bowiem jasna, rzetelna, poparta fachową wiedzą i znajduje pełne oparcie w zebranych przez Sąd materiale dowodowym. Jak wskazano już na wstępie, Sąd Apelacyjny, mając na uwadze zarzuty powoda do tej opinii, dodatkowo wysłuchał biegłych na rozprawie, celem umożliwienia, w szczególności powodowi, uzyskania od biegłych wyjaśnień, co do kwestii które budziły jego wątpliwości. Biegli w sposób niezwykle wyczerpujący odpowiedzieli na wszystkie pytania, a ich wyjaśnienia tworzą logiczną i spójną całość z wcześniej wydanymi opiniami, jak pozostałym materiałem dowodowym. Okoliczność, zgodnie z którą powód doszedł do innych wniosków, nie uzasadnia zatem podważenia przedmiotowych ustaleń Sądu I instancji.

Z powyższych względów, należało uznać również za niezasadny zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Sąd Apelacyjny zwraca uwagę, że sam powód w trakcie wysłuchania w dniu 2 grudnia 2014 r. wskazał, że doktor K. mówił, że są postępy w leczeniu, ale czy noga będzie wyleczona będzie można powiedzieć jak do tego dojdzie. Powód miał zatem świadomość, że jego przypadłość wymaga długotrwałego leczenia bez zapewnienia, że na pewno ono się powiedzie, co koresponduje z wnioskami biegłych powołanych w sprawie. Powód wspominał, że gdy był pierwszy raz, doktor K. powiedział mu że pomoże to wyleczyć, wskazał przy tym, iż przewidywał, że w przyszłości będzie miał amputację nogi. Jednocześnie chciał żeby do tego nie doszło. Wskazywał, że gdyby nie żona to by mu już nogę obcięli. Doktor S. miał przyjść do niego, to było na (...) i powiedział mu żeby podpisał zgodę na amputację. Godził się na amputację stopy, ale nie nogi i podpisał zgodę na amputację jednego palca (k.294 v). Z karty informacyjnej leczenia szpitalnego z dnia 26 sierpnia 2011 r. (k. 18), wynika, że zastosowane leczenie to amputatio digiti V pedis dex. Kontrola i zdjęcie szwów miały się odbyć w Poradni Chirurgicznej dnia 29 sierpnia 2011r. Z kolei z karty informacyjnej leczenia szpitalnego z dnia 22 września 2011 r. wynika, że powód przebywał w szpitalu w dniach 28 sierpnia 2011 r. do 22 września 2011 r. Zastosowano przy tym leczenie: Necrectomia Amputatio osis metatarsi No 5. Reamputacja. Amputacja palca III i IV – go na poziomie śródstopia. (16.06.2011 r.). Zdaniem powoda, po amputacji polecono mu się zgłosić po półtora miesiąca, albo po dwóch. Wskazał, że postanowił wówczas szukać pomocy u T. K.. Powyższe działanie potwierdza zatem okoliczność, że powód sam zrezygnował z leczenia szpitalnego i wybrał leczenie ambulatoryjne, pomimo świadomości co do konieczności leczenia w warunkach szpitalnych. Skarżący wskazał przy tym nawet, że jak dostał od doktora K. skierowanie do szpitala (w trybie pilnym - k. 24), nie był na to przygotowany i zgłosił się do szpitala dopiero następnego dnia. Powyższe potwierdza okoliczność, że powód starał się oddalić perspektywę leczenia szpitalnego, która wiązała się z ryzykiem amputacji. W tym kontekście nieuzasadnione okazały zarzuty powoda, dotyczące sprzeczności istotnych ustaleń sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, poprzez przyjęcie, iż T. K. zalecał powodowi leczenie szpitalne, które wiązać się miało z amputacją, czego powód nie chciał

zaakceptować i domagał się kontynuowania leczenia w warunkach ambulatoryjnych licząc na poprawę stanu zdrowia. To bowiem sam powód zrezygnował z leczenia szpitalnego i zastąpił je leczeniem ambulatoryjnym u pozwanej.

Jak wskazali również biegli w czasie ustnych wyjaśnień do opinii w dniu 15 marca 2012 r., właściwym postępowaniem pozostawało wypisanie antybiotyku pacjentowi, który winien być w tym czasie w szpitalu i być intensywnie leczony chirurgicznie i antybiotykiem. Ponadto, analizując dokumentację medyczną i analizując amputację chirurga naczyniowego w trakcie pobytu w szpitalu można było się spodziewać, że do amputacji dojdzie, ze względu na to, że u powoda występowała typowa miażdżycza i zmiany w naczyniach jak dla cukrzycy, czyli obwodowa. Podkreślili, że z punktu widzenia technicznego należy wówczas dokonać amputacji do 1/3 głównej nogi od góry, natomiast poniżej tej części nawet w najlepszych ośrodkach leczenia naczyniowego te zabiegi są wykonywane z bardzo ograniczonym skutkiem pozytywnym i pacjent jest zawsze informowany, że należy się spodziewać, iż mimo prawidłowo wykonanego zabiegu, może wystąpić amputacja. Zakażenie co prawda było czynnikiem, które przyspieszyło tę amputację, natomiast nie można powiedzieć, że bez zakażenia tej amputacji by nie było.

Z powyższych względów nieuzasadniony jest również zarzut sprzeczności istotnych ustaleń sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, poprzez przyjęcie, iż u powoda stwierdzono zmiany miażdżycowe naczyń krwionośnych, szczególnie nasilone w obszarze tętnicy piszczelowej przedniej oraz zwężenie tętnicy podkolanowej o 85%, tętnicy piszczelowej przedniej o 50% i tętnicy piszczelowej tylnej do poziomu krytycznego, podczas gdy ustalenia te dotyczą kończyny lewej dolnej, a u powoda amputowano kończynę dolną prawą, u której nie stwierdzono krytycznych zwężeń tętnic. Sąd I instancji wcale bowiem nie wskazywał, że wszystkie powyższe ustalenia dotyczyły kończyny prawej, co zdaje się postulować skarżący. Wspomniane ustalenie dotyczyło raczej ogólnego stanu powoda w dniu 22 września 2011 r. Ustalenia Sądu Okręgowego wynikały z karty informacyjnej leczenia szpitalnego z dnia 22 września 2011 r. (k.19 - 20), gdzie wskazano również, że tętnica piszczelowa przednia prawej nogi powoda była faktycznie objęta zaawansowanymi zmianami miażdżycowymi, z istotnymi zwężeniami, środkowa część tętnicy słabo kontrastowana odcinkowo niedrożny. Znamienne jest, że w tej samej karcie wskazano na zastosowane leczenie - reamputację. Amputowano palce III i IV na poziomie śródstopia (w dniu 16.06.2011 r.), pomimo, że jak zdaje się twierdzić apelujący, stan prawej nogi miał być lepszy, bowiem nie stwierdzono w niej „krytycznych zwężeń tętnic”.

Na uwzględnienie nie zasługują również zarzuty naruszenia sprzeczności istotnych ustaleń sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, poprzez przyjęcie, iż do zakażenia powoda doszło w wyniku samozakażenia i że bakteria pochodziła ze środowiska biologicznego powoda, podczas gdy z dowodu w postaci wyniku badania mikrobiologicznego z dnia 22 czerwca 2012 r., jednoznacznie wynika, że zakażenie powoda było zakażeniem szpitalnym, czyli takim do którego doszło w szpitalu. Nawet wynik badania, na który powołuje się strona powodowa w powyższej supozycji (k. 29), nie pozwala przyjąć wniosku strony powodowej za uzasadniony. Wspomniany wynik nie zawiera w swojej treści stwierdzenia, które bezzasadnie nadaje mu powód, tj. o zakażeniu szpitalnym. Skarżący nie wskazuje, z którego sformułowania tego badania wynika, że zakażenie powoda było zakażeniem szpitalnym i co to właściwie oznacza. Ponadto, jak wskazali biegli na rozprawie w dniu 15 marca 2017 r. bardzo ciężko określić jaki był okres wylegania gronkowca, gdyż u powoda występowały choroby sprzyjające bardzo bujnemu rozwojowi zakażenia bakteryjnego. Biegli podkreślili, że pacjenci mogą być nosicielami gronkowców i mogą z nimi żyć długie lata bez żadnych objawów i dopiero załamanie odporności ogólnej może spowodować uzjadliwienie tych bakterii. W ich ocenie, tak mogło być u powoda skoro wystąpiło zaburzenie odporności w postaci niedokrwienia - przede wszystkim na tle cukrzycy, co jest jednym z czynników, który powoduje uzjadliwienie bakterii, która w nas żyje od wielu lat. Biegli dodali, że możliwość zarażenia tym gronkowcem mogła występować nawet po wyjściu ze szpitala pacjenta on mógł z tym gronkowcem wyjść będąc już, tak jak to zresztą opisano na zdjęciach rentgenowskich wewnątrz zmienionych kości, także nie musiało dojść do tego zakażenia wcale w terminie późniejszym, jak również nie musiało dojść do tego zakażenia w jakiegokolwiek placówce medycznej, równie dobrze mogło dojść do zakażenia w warunkach domowych. Ich zdaniem, wskazanie na placówkę medyczną jako źródło zakażenia, jest ewidentnym nadużyciem, jakby tylko z założenia można było zakażać się tymi bakteriami (które potem stwierdzono u powoda, a które cały czas właściwie były u powoda), tylko w placówce medycznej.

Mając na uwadze powyższe należało uznać, że powyższe stwierdzenie powoda, że zakażenie powoda było zakażeniem szpitalnym, nie znajduje oparcia w zgromadzonych w sprawie dowodach, lub co najwyżej stanowi ich dowolną interpretację, pozbawioną oparcia w zasadach logiki czy doświadczenia życiowego i wiedzy specjalistycznej, którą charakteryzują się wydane w sprawie opinie biegłych.

W tym kontekście, nieuzasadniony okazał się również zarzut naruszenia art. 232 k.p.c. poprzez przyjęcie, że powód nie wykazał, że do zakażenia doszło na skutek działań osób, którym pozwany powierzył wykonywanie czynności leczniczych, podczas gdy powód wskazywał na takie nieprawidłowości jak przyjmowanie nadmiernej ilości pacjentów, wykonywanie procesów leczenia w obecności innych osób chorych, wykorzystywanie wielokrotnie sprzętu który powinien podlegać wymianie, wypraszenie pacjentów na ogólnie dostępny korytarz z workiem do ozonoterapii, ściąganie opatrunków w obecności innych osób z ranami, co mogło mieć wpływ na zakażenia powoda, a w wyniku nie skierowania powoda we właściwym czasie na badanie bakteriologiczne doszło do konieczności amputacji nogi jako procesu ratującego życie.

Jak bowiem wskazano w treści powyższego zarzutu, to powód wskazywał na nieprawidłowości w zapewnieniu warunków higienicznych u pozwanej, zatem okoliczność tą winien udowodnić. Tymczasem żadne z dowodów, poza zeznaniami samego powoda i jego teściowej, tj. W. N. (2), które należało ocenić jako wysoce subiektywne, nie pozwalają na potwierdzenie zarzutów co do warunków higienicznych u pozwanej. Pomimo bowiem, że u pozwanej leczono wiele osób, co wynika z zeznań powoda i chociażby świadka P. J., nie zostały zaproponowane dowody ze świadków mogących potwierdzić warunki higieniczne leczenia opisywane przez powoda. Nawet świadek P. J. nie miał żadnych zastrzeżeń odnośnie warunków higienicznych panujących u pozwanej. Wskazał przy tym, że leczył się tam dwukrotnie, tj. od stycznia do maja 2012 r. oraz od listopada 2012 r. Szczegółowo proces leczenia pacjentów u pozwanej opisała również świadek D. I., a biegli sądowi oraz odpowiednie organy kontroli sanitarnej nie znaleźli uchybień w zakresie warunków leczenia u pozwanej. Ponadto, mimo aktualnie prezentowanego stanowiska dotyczącego warunków higienicznych u pozwanej, sam powód nie kwestionował, że leczył się u pozwanej przez wiele miesięcy, co w kontekście zasad logiki oraz doświadczenia życiowego przemawia za uznaniem, że faktycznie w trakcie pobierania świadczeń medycznych powód nie miał większych zastrzeżeń do warunków higienicznych u pozwanej. Gdyby takowe się pojawiały mogłyby je zgłosić do odpowiednich służb lub zaprzestać leczenia u pozwanej, czego przecież nie uczynił.

Jak przy tym wskazał biegły sądowy J. K. (1) w trakcie ustnych wyjaśnień do opinii w dniu 17 marca 2012 r., samo leczenie nie miało najmniejszego wpływu na zakażenie powoda. Nie można zakazić pacjenta stosując środek, który działa bakteriobójczo, tj. w postaci stosowania ozonoterapii. Wobec powyższego, krytyczne stanowisko powoda odnośnie warunków higienicznych u pozwanej wyrażone dopiero w niniejszym procesie należy uznać za przejaw taktyki procesowej ukierunkowanej na efekt procesowy. Nie znalazło ono bowiem potwierdzenia w dowodach przeprowadzonych w sprawie, w tym zeznaniach pozostałych świadków, opinii biegłych oraz dokumentów w postaci protokołów kontroli przeprowadzonych przez służby sanitarne.

Podobnie, należało ocenić twierdzenia powoda w zakresie jakim uważał, że czynności wykonane przez T. K. w dniu 11 czerwca 2012 r. były zabiegiem chirurgicznym i wymagały pisemnej zgody powoda. W pozwie wskazano, że T. K. podczas kolejnych zabiegów rozpoczął wycinanie pozwanemu kości śródstopia, nie pytając o zdanie powoda, a w dalszej części pozwu wskazywano na usunięcie kości stopy. Jak słusznie zauważył jednak Sąd I instancji, jeżeli powód twierdził, iż T. K. usunął mu kość śródstopia, a nie martwiaka kostnego, to winien, wobec wyraźnego zaprzeczenia strony pozwanej, ten fakt udowodnić w procesie za pomocą opinii biegłych, tego jednak nie uczynił. Z kolei w postępowaniu apelacyjnym powód już nie twierdził o usunięciu mu kości stopy. Nie kwestionował ustalenia, że w dniu 11 czerwca 2012r. T. K. w klinice pozwanej przeprowadził rutynowy zabieg oczyszczania rany i usunięcia tzw. martwiaków kostnych, co ma miejsce przy zmianie opatrunków. Przekonywał z kolei, że usunięcie martwiaków kostnych wymaga zgody pisemnej pacjenta, co nie zostało uwzględnione przez Sąd odwoławczy. Powyższemu twierdzeniu powoda o wymaganej zgodzie na zabieg przeczą w szczególności wnioski biegłych sądowych wyrażone na rozprawie w dniu 15 marca 2017 r. Jak wskazali biegli na pewno to nie był jakiś wielki zabieg, ponieważ był wykonany w gabinecie chirurgicznym. Jeżeli by pacjent wymagał rozległego usunięcia martwiaków kostnych i samej

kości taki zabieg powinien być przeprowadzony w szpitalu w znieczuleniu albo przewodowym albo ogólnym. Skoro zabieg został przeprowadzony w poradni i to martwiak został usunięty, leżał on na pewno powierzchownie, być może był częściowo tylko połączony martwymi tkankami ze środowiskiem, które, z którego się wydzielił. Także to na pewno nie był jakiś zabieg znaczący dla przebiegu choroby. Biegli zauważyli przy tym, że ozonoterapia jest leczeniem uzupełniającym. Wyjaśnili na czym polega. Natomiast, jak wskazali, z dnia na dzień, czy nawet z godziny na godzinę może nastąpić znaczne pogorszenie stanu zdrowia. W takim przypadku, jeżeli dojdzie do wykrępienia naczynia, które na przykład doprowadza tlen w daną okolicę i w tym momencie żadna ozonoterapia nie pomoże i musi być wykonane wycięcie martwiczych tkanek. Jak przy tym wynika z kart informacyjnych (k. 25, 26, 27) zabiegi demarkacyjne były wykonywane u powoda w dniach 6.10.2011 r., 19.11.2011 r., 18.02.2012 r., 24.03.2012 r. czy 2.06.2012 r., a więc kilkakrotnie. Powód zgłosił się do pozwanej Kliniki celem leczenia ropniaków i prowadzący go lekarz właśnie w tym kierunku podejmował wszelkie niezbędne do tego czynności – stosował ozonoterapię, usuwał poprzez łyżeczkowanie ropę z ran wraz z martwiakami, zapisywał niezbędne antybiotyki, i biegli w tym zakresie nie dopatrzili się żadnych nieprawidłowości. Znamienne jest przy tym również, iż sam powód nie skarżył się na dokonanie, czy sposób przeprowadzenia czynności przez T. K. ani wcześniej, ani w dniu 11 czerwca 2012 r. bezpośrednio po ich dokonaniu. Nie podnosił również zarzutu braku udzielenia pisemnej zgody na zabieg bezpośrednio po nim. Dopiero kiedy gorzej się poczuł w dniu 16 czerwca 2012 r., po kolejnych czynnościach leczniczych pojawiły się zarzuty odnośnie nieprawidłowości przeprowadzonego zabiegu i braku zgody na jego dokonanie. W świetle powyższego, za niezasadny uznać należało zarzut naruszenia art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 32 o zawodzie lekarza i lekarze dentysty, poprzez ich błędną wykładnię, polegającą na przyjęciu że oczyszczeniu przetoki i usunięciu martwiaków kostnych nie wymaga zgody pisemnej pacjenta, podczas gdy usunięcie martwiaków kostnych jest zabiegiem chirurgicznym, i wykracza poza typowe leczenie ozonowania, stosowania odpowiednich leków, oczyszczaniu rany. Zgodnie z art. 17 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgoda na leczenie może być wyrażona ustnie albo poprzez takie zachowanie osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli. Tym samym przyjęcie przez Sąd I instancji, iż mając na uwadze wielomiesięczne leczenie powoda u pozwanej, polegające również na oczyszczaniu rany powoda, nie było konieczności uzyskiwania dodatkowej zgody w formie pisemnej na czynności podjęte w dniu 11 czerwca 2012 r., uznać należy za prawidłowe i znajdujące oparcie w zgromadzonym przez ten Sąd materiale dowodowym.

Mając na uwadze powyższe argumenty Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł jak w punkcie I sentencji wyroku.

W niniejszej sprawie na stronę powodową powinien zostać nałożony obowiązek zwrotu poniesionych przez powoda kosztów procesu. Zgodnie jednak z dyspozycją art. 102 k.p.c. w szczególnie uzasadnionych wypadkach sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. W judykaturze wskazuje się że przepis ten ustanawia zasadę słuszności, będącą odstępstwem od zasady odpowiedzialności za wynik procesu. Jest to rozwiązanie szczególne, wymagające do swego zastosowania wystąpienia wyjątkowych okoliczności, do których zaliczyć można nie tylko te związane z samym przebiegiem postępowania, lecz także dotyczące stanu majątkowego i sytuacji życiowej strony. W związku z powyższym Sąd Apelacyjny uznał, że w niniejszej sprawie zachodzą takie szczególne okoliczności wynikające zarówno z charakteru sprawy, która wymagała wiadomości specjalnych, jak i z sytuacji majątkowej i życiowej apelującego. Powód ma obecnie 59 lat. Jest całkowicie niezdolny do pracy. W codziennym funkcjonowaniu wymaga pomocy osób trzecich i utrzymuje się z nieznaczących świadczeń socjalnych. Nie dysponuje przy tym istotnym majątkiem. Wskazane okoliczności uzasadniają odstąpienie od obciążenia powoda kosztami procesu. W ocenie Sądu Odwoławczego obciążenie apelującego kosztami procesu na rzecz pozwanej byłoby nadmiernym ciężarem finansowym, a spłata należności z tego tytułu musiałaby się odbyć kosztem uszczerbku w środkach niezbędnych dla utrzymania bądź leczenia. Z podanych względów Sąd Odwoławczy odstąpił od obciążania powoda kosztami procesu na rzecz pozwanej.

O wynagrodzeniu pełnomocnika z urzędu reprezentującego powoda w postępowaniu apelacyjnym orzeczono w oparciu o § 8 pkt 7 w zw. z § 16 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22 października 2015 r. w

sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (Dz. U. z 2015 roku, poz. 1801) w związku z § 22 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (Dz.U. z 2016 r. poz. 1714). Pełnomocnikowi powoda należało przyznać wynagrodzenie w wysokości 10.800 zł, powiększając powyższą kwotę o należny podatek VAT, stosownie do treści § 4 ust. 3 ww. rozporządzenia.

Małgorzata Gawinek Danuta Jezierska Artur Kowalewski