

Sygn. akt I ACa 265/16

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 lipca 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Katowicach I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący :	SSA Tomasz Ślęzak
Sędziowie :	SA Piotr Wójtowicz SO del. Artur Żymełka (spr.)
Protokolant :	Małgorzata Korszun

po rozpoznaniu w dniu 8 lipca 2016 r. w Katowicach

na rozprawie

sprawy z powództwa C. J.

przeciwko Miejskiemu Szpitalowi (...) Zakładowi Opieki Zdrowotnej w C.

o zapłatę i rentę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Częstochowie

z dnia 17 grudnia 2015 r., sygn. akt I C 150/11,

- 1) oddala apelację;
- 2) nie obciąża powódki kosztami postępowania apelacyjnego;
- 3) przyznaje od Skarbu Państwa (Sądu Okręgowego w Częstochowie) na rzecz adwokata K. P. 6 835 (sześć tysięcy osiemset trzydzieści pięć) złotych, w tym 1 242 (tysiąc dwieście czterdzieści dwa) złote podatku od towarów i usług, z tytułu wynagrodzenia za nieopłaconą pomoc prawną udzieloną powódce z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.

SSO del. Artur Żymełka	SSA Tomasz Ślęzak	SSA Piotr Wójtowicz
------------------------	-------------------	---------------------

Sygn. akt I ACa 265/16

## UZASADNIENIE

Powódka C. J. w dniu 4 maja 2011 r. wniosła do Sądu Okręgowego w Częstochowie pozew, w którym zgłosiła żądanie zasądzenia na jej rzecz od pozwanego Miejskiego Szpitala (...) w C. kwoty 300.000 zł z tytułu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz renty w kwocie po 2.000 zł miesięcznie z tytułu zwiększonych potrzeb, poczynając od dnia wniesienia pozwu.

W uzasadnieniu pozwu powódka podała, że wiele razy przebywała na leczeniu w pozwanym szpitalu. Po raz pierwszy była tam hospitalizowana w dniu 27 marca 2002 r. z powodu złamania kości udowej prawej nogi. Zdaniem powódki w pozwanym szpitalu była niewłaściwie leczona. Do 2005 r. przeszła kilka operacji, przez które jej noga została skrócona o około 10 centymetrów. Aktualnie powódka ma problemy z poruszaniem, nie może chodzić po schodach, kupuje specjalne buty z platformową podeszwą, aby wyrównać długość nóg. Powódka podała, że w 2005 r. zaczęła szukać pomocy gdzie indziej i podjęła leczenie w SP (...) Szpitalu (...) w P., które poskutkowało polepszeniem jej stanu zdrowia. Powódka stwierdziła, że przed złamaniem nogi była sprawna, a po złamaniu nogi w czasie leczenia w C. jej stan cały czas się pogarszał i dopiero po zmianie szpitala oraz lekarzy okazało się, że coś jednak da się zrobić, aby stan jej zdrowia poprawił się. W związku z powyższym powódka zgłosiła żądanie zasądzenia na jej rzecz od pozwanego zadośćuczynienia w kwocie 300.000 zł za doznaną krzywdę, utratę sprawności i wszystkie cierpienia. Żądanie renty w kwocie po 2.000 zł miesięcznie powódka uzasadniła natomiast zwiększonymi wydatkami, które zmuszona jest ponosić w związku z koniecznością korzystania z pomocy osoby trzeciej przy czynnościach domowych, np.: myciu okien, czy też korzystaniu ze środków komunikacji miejskiej. Dodatkowo w toku procesu uzasadniając żądanie renty powódka wskazała, że jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji i wymaga pomocy osoby trzeciej przy najprostszych czynnościach życia codziennego.

Pozwany Miejski Szpital (...) w C. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie na jego rzecz od powódki kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu swojego stanowiska pozwany podniósł zarzut przedawnienia dochodzonych roszczeń. Wskazał, że przyjmując, że powódka o ewentualnej szkodzie i osobie odpowiedzialnej za szkodę dowiedziała się w trakcie pierwszej hospitalizacji w pozwanym szpitalu, to zgłoszone roszczenie uległo przedawnieniu po upływie trzech lat od daty zakończenia pierwszej hospitalizacji, tj. w dniu 18 maja 2005 r., natomiast przy przyjęciu, że powódka najpóźniej dowiedziała się o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia podczas ostatniej hospitalizacji w pozwanym szpitalu, a z pewnością podczas pierwszej hospitalizacji w SP (...) Szpitalu (...) w P., co jednoznacznie wynika z uzasadnienia pozwu, to należy uznać, że dochodzone pozwem roszczenie uległo przedawnieniu bądź 29 stycznia 2008 r., tj. po upływie trzech lat od daty zakończenia ostatniej hospitalizacji w pozwanym szpitalu, bądź w dniu 25 lutego 2008 r., tj. po upływie trzech lat od daty zakończenia pierwszej hospitalizacji w Szpitalu w P.. Ponadto pozwany zarzucił, że roszczenie powódki jest nieuzasadnione z punktu widzenia materialnoprawnego. Z dokumentacji medycznej nie wynika bowiem, aby personel medyczny pozwanego szpitala podczas udzielania powódce świadczeń zdrowotnych na jakimkolwiek etapie ich udzielania popełnił błąd medyczny. Świadczenia zdrowotne udzielane były powódce zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, przy użyciu dostępnych metod i środków zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób. Natomiast konieczność kilkukrotnego powtarzania operacji spowodowana była czynnikami zewnętrznymi, tj. faktem doznania przez powódkę kilkukrotnego złamania trzonu kości udowej prawej, na których wystąpienie istotny wpływ miał stan zdrowia powódki, a nie zawinionym działaniem lub zaniechaniem personelu medycznego pozwanego szpitala w zakresie leczenia powódki. Brak zatem związku między działaniem lub zaniechaniem pozwanego a szkodą, której naprawienia żąda powódka od pozwanego.

Zawiadomiony na podstawie art. 84 k.p.c. o toczącym się postępowaniu (...) Spółka Akcyjna w W. nie zgłosił interwencji ubocznej.

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 17 grudnia 2015 r. Sąd Okręgowy w Częstochowie oddalił powództwo (pkt 1.), nie obciążył powódki kosztami procesu poniesionymi przez pozwanego (pkt 2.) i przyznał od Skarbu Państwa – Sądowi Okręgowemu w Częstochowie na rzecz adwokata K. P. kwotę 9.032,40 zł z tytułu zwrotu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu.

Sąd Okręgowy wydał wyrok w oparciu o następujące ustalenia faktyczne.

Powódka C. J. od wielu lat cierpi na reumatoidalne zapalenie stawów oraz zmiany zwyrodnieniowe bioder i kolan. W związku z problemami zdrowotnymi powódka w 2001 r. w Wojewódzkim Szpitalu (...) w C. przebyła zabieg endoprotezoplastyki lewego stawu biodrowego i lewego kolana. Powódka kilkakrotnie była hospitalizowana w 2001 r. z powodu zakrzepowo – zatorowego zapalenia żył lewej kończyny dolnej, a także stanu zapalnego w bliźnie pooperacyjnej w okolicy lewego kolana.

W dniu 27 marca 2002 r. powódka została przyjęta do Zespołu Szpitali Miejskich SP ZOZ w C. Szpitala(...) - który obecnie działa pod nazwą Miejski Szpital (...) - z powodu urazu uda prawego, jakiego doznała upadając z krzesła po krótkotrwałej utracie przytomności. Przy przyjęciu stwierdzono, że „pacjentka jest przytomna, w ułożeniu wymuszonym, kontakt częściowo ograniczony, odpowiada mało zrozumiale, splątana (...) poszerzenie obrysów uda prawego, patologiczna ruchomość uda prawego”. Mając na uwadze powyższe dane, tj. uraz prawej kończyny dolnej, wywiad chorobowy oraz niepewny stan neurologiczny, prawidłowo zlecono wykonanie zdjęcia RTG oraz przeprowadzenie specjalistycznej konsultacji internistycznej i neurologicznej. Rozpoznano u powódki skośno – spiralne złamanie trzonu kości udowej prawej z przemieszczeniem, cukrzycę oraz stan po endoprotezoplastyce biodra i kolana lewego.

Powódka została zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego, który przeprowadzono w dniu 2 kwietnia 2002 r. W znieczuleniu dokanałowym wykonano zespolenie złamania kości udowej prawej. Zaopatrzenie złamania nastąpiło za pomocą 6 śrub lub 6 śrub AO. Zaopatrzenie złamania za pomocą 6 śrub to tzw. zaopatrzenie złamania typu „szew kostny”, niestabilne wymagające dodatkowego unieruchomienia gipsem. Zaopatrzenie typu AO, to osteosynteza stabilna niewymagająca dodatkowej stabilizacji. Oba wymienione sposoby zaopatrzenia złamania były u powódki dopuszczalne.

Po zabiegu przez kilka dni powódka gorączkowała, w związku z czym włączono antybiotyk dożylnie (Z. 1× 1,5g). Przebieg pooperacyjny powikłany był długim okresem gojenia się rany pooperacyjnej najpewniej z powodu wcześniej nierozpoznanej cukrzycy. W dniu przyjęcia do szpitala wartości cukru u powódki utrzymywały się bowiem na poziomie 208-278 mg%, w związku z czym włączono prawidłową farmakoterapię, tj. insulinoterapię i tabletki D. M.. Ponadto prawidłowo prowadzono dobowy profil glikemii. W dniu 7 kwietnia 2002 r. wartości glukozy utrzymywały się u powódki już na poziomie 90-127 mg%, tj. mieściły się w granicach normy. W dniu 16 maja 2002 r. stwierdzono, że rana jest czysta i sucha. W dniu 18 maja 2002 r. wypisano powódkę do domu w stanie dobrym, z zaleceniem kontrolnej hospitalizacji w dniu 25 czerwca 2002 r. W tym dniu powódka ponownie zgłosiła się do pozwanego, gdzie została przyjęta w trybie planowanej kontroli. Przy przyjęciu stwierdzono: „prawe udo – blizna pooperacyjna czysta bez wycieku. Ruchomość biodra i kolana prawego znacznie ograniczona. Sprawność kończyn dolnych znacznie ograniczona (...)”. W trakcie hospitalizacji w znieczuleniu miejscowym usunięto guzek tkanki podskórnej okolicy biodra lewego, zalecono ostrożne chodzenie o balkoniku, bez obciążania operowanej kończyny oraz kontrolę i przyjęcie na oddział za 6 tygodni. W dniu 13 sierpnia 2002 r. powódka została ponownie przyjęta z powodu „złamania kości udowej w miejscu operowanym z przemieszczeniem”. Blizna pooperacyjna była czysta, bez wycieku. Konsultujący do zabiegu lekarz chorób wewnętrznych stwierdził wówczas, że po opuszczeniu szpitala powódka nie przyjmowała leków przeciwcukrzycowych, RR 130/80, glukoza 81 mg%. Ponownie w profilaktyce zakażeń przed zabiegiem prawidłowo podano antybiotyk (T. 2×1,0g) i w dniu 19 sierpnia 2002 r. usunięto poprzednie zespolenie i założono płytę oraz 12 śrub. Antybiotykoterapię kontynuowano do 26 sierpnia 2002 r. Podczas hospitalizacji prowadzono również dobowy profil glikemii, gdzie odnotowano wyniki (69-107 mg%), które mieściły się w granicach normy. W czasie hospitalizacji powódka nie gorączkowała.

W okresie od 12 do 22 października 2002 r. powódka była hospitalizowana w Szpitalu w K. na Oddziale (...) z powodu dolegliwości bólowych stawu biodrowego prawego.

Ponownie w pozwanym Szpitalu powódka była leczona od 19 listopada 2002 r. do 22 listopada 2002 r. i kontrolnie hospitalizowana w dniu 28 stycznia 2003 r. Wówczas u powódki wykonano RTG, zastosowano leczenie rehabilitacyjne

i przeciwbólowe z powodu dolegliwości z zakresu kolana prawego. Zalecono również dalsze leczenie i kontrolę w poradni chirurgii urazowej.

Od 15 kwietnia 2003 r. do 6 maja 2003 r. powódka była hospitalizowana w Wojewódzkim Szpitalu(...) w C. na Oddziale (...). Powódka została przyjęta z powodu zaostrzenia dolegliwości bólowych głównie stawów nadgarstkowych, skokowych, rąk i stóp oraz kręgosłupa w odcinku lędźwiowym. W dokumentacji stwierdzono: „Wywiad wieloletni. Ambulatoryjnie leczona w przeszłości S., M., C., od 9 miesięcy bez leków modyfikujących zapalenie. W czasie hospitalizacji rozpoczęto ponownie terapię S.”. Powódka nie kontrolowała zatem również leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów (...), co mogło sprzyjać rozwinięciu się powikłań w leczeniu przebytego złamania kości udowej, tj. opóźnieniu zrostu i infekcji.

W dniu 20 maja 2003 r. u powódki ponownie doszło do złamania trzonu kości udowej prawej. Przy przyjęciu do pozwanego Szpitala odnotowano: „(...) rany pooperacyjne wygojone prawidłowo, znaczne skrócenie kdp, ruchomość patologiczna w obrębie uda prawego”. Podczas konsultacji internistycznej lekarz odnotował: „masywne obrzęki kończyn dolnych, pacjentka podaje, że od dłuższego czasu RR 160/90”. Z powyższego wynikało, że u powódki ujawniło się także nadciśnienie tętnicze, bowiem podczas poprzednich pobytów pomiary ciśnienia tętniczego krwi utrzymywały się w granicach normy. Powódka jednak, pomimo utrzymywania się podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego krwi, nie korzystała z ambulatoryjnej pomocy lekarskiej.

W dniu 23 maja 2003 r. ponownie przeprowadzono zabieg operacyjny u powódki, podczas którego usunięto stare zespolenie i wykonano stabilizację śródszpikowo dwoma prętami Kuntschera. Powódce podano przed zabiegiem dożylnie antybiotyki, a następnie kontynuowano jego podawanie do 2 czerwca 2003 r. (Z. 3 × 750g). W dniu 9 czerwca 2003 r. powódka zgorączkowała (39 °C), wobec czego włączono D. dożylnie, a od 12 czerwca 2003 r. do 16 czerwca 2003 r. w tabletkach. W leczeniu pooperacyjnym ponownie pojawiły się trudności z gojeniem rany pooperacyjnej.

W trakcie kolejnej hospitalizacji w dniu 2 września 2003 r. przy przyjęciu dokonano wpisu: „wszystkie stawy kończyn dolnych o bardzo ograniczonej ruchomości, skóra czysta, rany pooperacyjne wygojone prawidłowo, znaczne skrócenie kończyny dolnej prawej”. Powódka została wówczas przyjęta na oddział w terminie planowanej kontroli, wykonano kontrolę kliniczną i radiologiczną, poddano powódkę rehabilitacji i nauce chodzenia przy pomocy balkoniku. W stanie dobrym chorą wypisano do domu.

W dniu 3 grudnia 2003 r. po raz trzeci doszło do kolejnego złamania trzonu kości udowej. Zdjęcie RTG wskazywało: „gwóźdź K. wysunięty – brak zrostu kości udowej”. W ramach konsultacji internistycznej stwierdzono: „w wywiadzie nadciśnienie tętnicze – nie zażywa leków”. Na podstawie powyższych wpisów można wnosić, że powódka była chorą mało zdyscyplinowaną i to zarówno w odniesieniu do leczenia cukrzycy, reumatoidalnego zapalenia stawów, jak i nadciśnienia tętniczego.

W dniu 12 grudnia 2003 r. „(...) usunięto gwóźdź, odłamy odświeżono, nastawiono, wycięto staw rzekomy i ponownie zespolono płytą kątową i 11 śrubami. Przeszczep kostny mrożony (...)”. W dniu 10 stycznia 2004 r. powódka została wypisana z oddziału z zaleceniem chodzenia o balkoniku, bez obciążania operowanej kończyny oraz z zaleceniem kontroli i przyjęcia na oddział za 6 tygodni.

W 2004 r. miało miejsce łącznie 5 hospitalizacji powódki u pozwanego. W dniu 4 lutego 2004 r. przyjęto powódkę celem kontynuacji leczenia. Przy przyjęciu odnotowano: „deformacja uda prawego – zaniki mięśniowe, liczne rany pooperacyjne wygojone prawidłowo, znaczne skrócenie kdp, ruchomość stawów kończyn dolnych bardzo ograniczona, ruchomości patologicznej nie stwierdza się”. Podczas hospitalizacji powódka nie zgorączkowała. W dniu 21 lutego 2004 r. po zastosowanym leczeniu usprawniającym, powódkę wypisano do domu z zaleceniem ostrożnego chodzenia o kulach lub balkoniku i kontroli szpitalnej za 2 miesiące.

Powódka zgłosiła się jednak już 28 lutego 2004 r. z powodu silnych bólów uda prawego. Stwierdzono wówczas dodatkowo zwiększone ucieplenie oraz silną bolesność samoistną i przy palpacji w okolicy blizny pooperacyjnej w części dalszej. Powódka również zgorączkowała (39,2 °C). Włączono wówczas antybiotykoterapię dożylnie (D.), a

od 11 marca 2004 r. – A.. W dniu 8 kwietnia 2004 r. odczyn zapalny w tkankach uda ustąpił. Zalecono kontrolę za 4 tygodnie. Prowadzone w w/w okresie leczenie diagnostyczno – terapeutyczne uznać należy za mieszczące się w normatywie postępowania medycznego.

Kolejna hospitalizacja od 2 sierpnia 2004 r. wynikała z konieczności leczenia zapalenia naczyń podudzia prawego. Prawdłowo włączono leczenie farmakologiczne (g. 3×80 mg im oraz b. 2 × 1g iv) oraz leki przeciwzakrzepowe. Zalecono elewację kończyny. Potwierdzono radiologicznie brak zrostu (staw rzekomy opisywano już od grudnia 2003 r.).

W dniu 15 września 2004 r. miała miejsce kolejna hospitalizacja. Rozpoznano zapalenie kości i ropień w okolicy kolana prawego. Włączono antybiotyk. Wynik badania mikrobiologicznego z dnia 16 września 2004 r. (wymaz z rany w warunkach tlenowych) był ujemny. Powódkę wypisano z oddziału z zaleceniem ponownego przyjęcia za 8 tygodni. Na podstawie zapisów w dokumentacji nie można stwierdzić, aby postępowanie medyczne wobec C. J. było błędne.

Powódka została przyjęta ponownie po 4 tygodniach z powodu niewielkiego wycieku surowiczo – ropnego z przetoki i była operowana w dniu 25 listopada 2004 r. Wykonano wówczas u powódki rewizję ogniska zapalnego i prawidłowo zastosowano drenaż przepływowy oraz antybiotykoterapię. Z dokumentacji wynika, że: „Treści ropnej nie znaleziono. Posiew mikrobiologiczny z rany operacyjnej – jałowy. Przebieg pooperacyjny niepowikłany”. Wobec powyższego wypisano powódkę do domu na okres 3 tygodni i ponownie przyjęto 27 grudnia 2004 r. Stwierdzono wówczas w okolicy bocznej kolana prawego dość obfity wyciek surowiczy z przetoki. Wynik badania mikrobiologicznego był dodatni. W tej sytuacji włączono antybiotykoterapię i ponownie prawidłowo zastosowano drenaż. W dniu 3 stycznia 2005 r. na oddziale chirurgicznie oczyszczono jamę ropną w okolicy kości. Po zabiegu uzyskano wygojenie rany do powstania blizny. Wynik badania mikrobiologicznego kontrolnego z dnia 15 stycznia 2005 r. w warunkach tlenowych i beztlenowych był ujemny.

Sąd Okręgowy stwierdził, że ustalił również, że brak jest podstaw do stwierdzenia, aby zaistniałe u powódki powikłania złamania prawej kości udowej (brak zrostu, zapalenie kości), które to powikłania determinowały jej stan zdrowia w latach 2002-2005, wynikały z niezgodnych z wiedzą medyczną decyzji diagnostyczno – terapeutycznych pozwanego.

Dalsze leczenie od 7 lutego 2005 r. powódka kontynuowała w SP (...) Szpitalu (...) w P., gdzie okresowo jest hospitalizowana do chwili obecnej. Była też leczona w Szpitalu (...) w K.. W 2011 r. powódka przeszła dodatkowo udar mózgu. W 2015 r. w trakcie hospitalizacji stwierdzano u powódki zwyrodnienie mięśnia sercowego w okresie niewydolności układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu 2., reumatoidalne zapalenie stawów, stan po udarze mózgu i przebytej sepsie, stan po wielokrotnym leczeniu operacyjnym stawu rzekomego prawej kości udowej, stan po alloplastyce stawu lewego biodra i lewego stawu kolanowego.

Orzeczeniami lekarza orzecznika ZUS z dnia 18 listopada 2009 r. oraz z dnia 12 października 2015 r. powódka została uznana za niezdolną do samodzielnej egzystencji, aktualnie do dnia 31 października 2020 r. Powódka wymaga pomocy osoby drugiej przy czynnościach życia codziennego, np. w przygotowywaniu posiłków, wykonywaniu codziennej toalety, ubieraniu się, sprzątaniu i praniu.

Sąd Okręgowy wskazał, że przedstawiony stan faktyczny ustalił w oparciu o dokumentację medyczną z leczenia powódki, w tym jej oryginały znajdujące się w załączonej oddzielnie teczce, pisemną sądowo – lekarską opinię (...) w K. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo – Lekarskiej i opinię uzupełniającą tego (...), odpisy orzeczeń lekarza orzecznika ZUS z 18 listopada 2009 r. i 12 października 2015r. oraz częściowo zeznania powódki.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy stwierdził, że roszczenia powódki nie zasługiwały na uwzględnienie.

Sąd wskazał, że powódka roszczenia o zadośćuczynienie i rentę wywodziła z zarzucanych pozwanemu błędów w sztuce lekarskiej i niewłaściwego leczenia podczas jej hospitalizacji, w związku z leczeniem po złamaniu kości udowej w pozwanym Miejskim Szpitalu (...) w C., z czym miały być związane jej cierpienia psychiczne i fizyczne

oraz znaczne pogorszenie sytuacji życiowej i zwiększenie jej potrzeb. Sąd Okręgowy wskazał również, że podstawę odpowiedzialności pozwanego Miejskiego Szpitala (...) w C. za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w razie wykazania przesłanek uzasadniających tę odpowiedzialność, mógłby stanowić art. 430 k.c., zgodnie z którym kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy, a więc przyjęcie odpowiedzialności szpitala na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, że pracownik zakładu opieki zdrowotnej wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.). Sąd Okręgowy powołując się na orzecznictwo sądowe zwrócił uwagę, że także lekarz, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, niewątpliwie jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu szpitala. Sąd pierwszej instancji zwrócił również uwagę, że spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga spełnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego. Sąd Okręgowy stwierdził, że ściśle biorąc, błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo. Stwierdzenie błędu w sztuce medycznej w kontekście odpowiedzialności szpitala czy innego zakładu opieki zdrowotnej, w którym miał miejsce zabieg, jest natomiast całkowicie niezależne od osoby konkretnego lekarza (pielęgniarki czy innego pracownika) oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Istotne jest bowiem to, że czynność tę wykonał pracownik zakładu w ramach jego działalności. Sąd Okręgowy podkreślił, że od błędu, jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy szkody, odróżnić należy natomiast powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową, reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych. Sąd wskazał, że celem ustalenia czy proces leczenia powódki w pozwanym szpitalu był prowadzony w sposób prawidłowy, zgodny z zasadami sztuki lekarskiej, Sąd dopuścił dowód z opinii instytutu – (...) w K. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo – Lekarskiej w K.. Opinię instytutu Sąd ocenił jako rzetelną i wydaną przez osoby posiadające wiadomości specjalne w przedmiocie niezbędnym do wydania opinii (przez specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych, nefrologii, angiologii, hipertensjologii, transplantologii klinicznej, chirurgii urazowo – ortopedycznej, rehabilitacji medycznej, medycyny sportowej, medycyny sądowej, mikrobiologii). Opinia została poparta analizą dostępnej dokumentacji medycznej powódki - i to nie tylko dotyczącej danej specjalności, ale pełnego wywiadu medycznego - oraz jej bezpośrednim badaniem. Sąd Okręgowy stwierdził, że nie znalazł podstaw do zakwestionowania wiarygodności w/w opinii. Uznał ją za pełną, rzetelną i obiektywnie przydatną do rozstrzygnięcia. Sąd wskazał, że (...) podał wprawdzie, że ostatecznie przesądzające dla rozstrzygnięcia badanych kwestii byłoby zapoznanie się przez opiniujących z dokumentacją radiologiczną powódki z leczenia w pozwanym szpitalu, w szczególności wyjściowym zdjęciem RTG po pierwszym złamaniu, jednakże zwrócił uwagę, że powódka nie przedłożyła tej dokumentacji, a to na niej spoczywał ciężar dowodu w zakresie wykazania w niniejszej sprawie wszystkich przesłanek odpowiedzialności pozwanego szpitala. W związku z tym stwierdził brak wystarczających dowodów na przypisanie pozwanemu bezprawności i winy, jako warunków konieczności przypisania pozwanemu odpowiedzialności cywilnoprawnej wobec powódki. Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że zarówno z odpisu karty wypisowej z dnia 18 maja 2002 r., dołączonej przez powódkę do pozwu, jak i oryginału dokumentacji lekarskiej przedłożonej przez pozwanego wynika, że dokumentacja radiologiczna została wydana powódce jako pacjentce. Sąd wskazał, że niezależnie od tego podejmował czynności mające na celu ustalenie czy dokumentacja radiologiczna, bądź jej część, nie znajduje się w posiadaniu pozwanego lub innych placówek medycznych, w których powódka była leczona, jednakże okazało się, że nie są one w posiadaniu takiej dokumentacji. Także powódka w swoich zeznaniach nie była w stanie wyjaśnić co się stało z tą częścią dokumentacji radiologicznej, którą otrzymała z pozwanego Szpitala. Sąd Okręgowy podkreślił, że dla oceny wskazanej opinii (...), wobec braku dokumentacji radiologicznej, nie mogły być miarodajne przedstawiane przez stronę powodową „założenia” do opinii, że stan kończyny powódki w momencie przyjęcia do szpitala ze złamaną kością udową nie budził żadnych zastrzeżeń i rokowania co do przebiegu leczenia były bardzo dobre (k. 355) oraz, że uraz z jakim powódka pojawiła się w pozwanym

szpitalu był nieskomplikowany i nadający się do wyleczenia przy pierwszym zabiegu operacyjnym (k. 435 tom III). Sąd Okręgowy uznał również za niedopuszczalne w procesie zlecenie instytutowi, aby w zastępstwie brakującej dokumentacji radiologicznej przyjmował takie założenia oparte nie na specjalistycznej wiedzy medycznej tylko na arbitralnej, dowolnej decyzji Sądu. Sąd stwierdził, że skoro pewne kwestie w toku procesu wymagały wiadomości specjalnych z dziedziny medycyny, to Sąd nie mógł oprzeć się rozstrzygając sprawę w tym zakresie na twierdzeniach samej strony, czy własnych założeniach odnośnie stanu zdrowia powódki, zwłaszcza jej stanu zdrowia w momencie przyjęcia do szpitala. Opinia wydana przy przyjęciu takich założeń nie byłaby obiektywna i zgodna z regułami poprawnego opiniowania oraz sprzeczna z wiedzą medyczną. Sąd Okręgowy stwierdził, że na marginesie zauważyć należy, że założenia przedstawione przez powódkę byłyby nieuzasadnione nawet w świetle zebranej dokumentacji lekarskiej i opinii (...), z których wynika, że powódka już w momencie przyjęcia do pozwanego szpitala po raz pierwszy, była pacjentką obciążoną dodatkowymi jednostkami chorobowymi sprzyjającymi występowaniu różnych powikłań w leczeniu złamań i opóźnień zrostu, tj. reumatoidalnym zapaleniem stawów i wcześniej nieleczoną cukrzycą. Sąd Okręgowy powołując się na orzecznictwo Sądu Najwyższego stwierdził również, że nie są miarodajne dla oceny dowodu z opinii biegłego (instytutu) niekonkurencyjne z nim oceny stron, świadków i uczestników postępowania co do faktów będących przedmiotem opinii. Sąd zwrócił uwagę, że stosownie do art. 278 k.p.c. sąd zasięga opinii biegłego w sytuacji, gdy do rozstrzygnięcia sprawy potrzebna jest wiedza szczególna, a zatem wiadomości wykraczające poza zakres tych, jakimi dysponuje ogół osób ogólnie wykształconych. Sąd zaznaczył nadto, że sięgnięcie po dowód z opinii biegłego jest niezbędne nawet wówczas, gdy nie tylko strona, ale nawet i sędzia dysponowałby szerszą wiedzą w danej dziedzinie. Odnosząc się do głównego zarzutu powódki dotyczącego niewłaściwego sposobu prowadzenia jej leczenia w pozwanym szpitalu po złamaniu kości udowej prawej nogi, Sąd Okręgowy wskazał, że opinia (...) pozwala na stwierdzenie, że leczenie powódki było prowadzone zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej. Wybór metod leczenia był prawidłowy, a zastosowana technika właściwa, odpowiadająca wiedzy medycznej na oceniany czas. Nie można zatem w tym zakresie mówić o błędzie medycznym. Opiniujący podkreślali, że w oparciu o udostępnioną dokumentację medyczną nie można decyzji diagnostyczno – terapeutycznych pozwanego szpitala określić jako niezgodnych z normatywnym postępowaniem medycznym w podobnych przypadkach. Ponadto wskazywali na brak zdyscyplinowania powódki w leczeniu schorzeń podstawowych (cukrzyca, reumatoidalnego zapalenia stawów RZS oraz nadciśnienia). Autorzy opinii wprawdzie przyznali, że prawdopodobieństwo zrostu jest większe po pierwotnej operacji niż po wielokrotnych reoperacjach wynikłych z powikłań czy komplikacji, ale równocześnie zwrócili uwagę, że leczenie powódki w SP (...) Szpitalu (...) w P. trwa do chwili obecnej, a w lipcu 2010 r., tj. w szóstym roku leczenia, opisywano jeszcze staw rzekomy. Szpital w P. leczył wprawdzie powikłania pierwotnego złamania, jednak nie zmienia to faktu, że przez sześć lat istniały przede wszystkim problemy z uzyskaniem zrostu kostnego, co pośrednio może świadczyć o trudnościach w gojeniu się u powódki złamań kostnych. Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że (...) wskazał, że już przy wypisie podczas pierwszej hospitalizacji powódki w P. także stwierdzono konieczność konsultacji powódki u: „lekarza internisty z powodu wzrostu poziomu cukru w surowicy krwi pod kątem planowanego leczenia operacyjnego. Wskazane jest leczenie zgodne rejonizacją ze względu na RZS”. Opiniujący z (...) ponownie podkreślili, że potwierdza to odnotowywane przez pozwanego problemy z kontrolą cukrzyca i reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS) przez powódkę. Opiniujący wyjaśnili, że cukrzyca stanowi jednostkę chorobową, która sprzyja w przebiegu pooperacyjnym powikłaniom pod postacią opóźnienia gojenia się rany, co miało miejsce u powódki, a także sprzyja opóźnieniu w wytworzeniu się zrostu kostnego, do czego również doszło u powódki, jak również sprzyja zakażeniom. Sąd Okręgowy w oparciu o w/w opinię wskazał, że przedstawione powikłania wynikają z samej istoty jednostki chorobowej, jaką jest cukrzyca, a nie z nieprawidłowości w procesie diagnostyczno – terapeutycznym, a tym bardziej u osoby z dodatkowym obciążeniem chorobowym pod postacią reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS), która to jednostka również prowadzi do szeregu niekorzystnych powikłań w procesie leczenia złamań kostnych. Sąd zwrócił także uwagę, że (...) wyjaśnił również, że osteoporozę u powódki należy wiązać przede wszystkim z powikłaniami przebiegu RZS, co wynika ze specyfiki tej jednostki chorobowej, a nie z innymi przyczynami. Zwrócił także uwagę, że opiniujący podkreślili, że wybór metody leczenia i ocena tej metody w odniesieniu do konkretnego przypadku klinicznego jest możliwa dopiero ex post, tj. po analizie wyników zaproponowanego leczenia. Trudność decyzji diagnostycznych polega na wyborze optymalnego sposobu leczenia w odniesieniu do konkretnej sytuacji klinicznej – czasami wbrew zaleceniom czy wytycznym towarzystw medycznych. Dlatego też lekarz z pacjentem podejmuje ryzyko zaproponowanego sposobu leczenia, który u tej samej grupy pacjentów może dać różne rezultaty,

co warunkowane jest indywidualną odpowiedzią na proponowane leczenie, co z kolei wynika z dodatkowych obciążeń chorego. Odpowiedź pacjenta na zaproponowane leczenie mieszczące się w normatywie postępowania medycznego jest bowiem indywidualna. Sąd Okręgowy stwierdził, że w świetle zebranego materiału dowodowego należało zatem uznać, że powódka nie wykazała, aby po stronie pozwanego doszło do popełnienia czynu niedozwolonego w warunkach błędu w sztuce medycznej skutkującego szkodą na osobie powódki.

Sąd Okręgowy stwierdził także, że ostatecznie należało też uznać za uzasadniony zgłoszony przez pozwanego zarzut przedawnienia zgłoszonego roszczenia powódki. Zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2007r., nr 80, poz. 538) do roszczeń, o których mowa w art. 1, tj. o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym, powstałych przed dniem wejścia w życie tej ustawy (tj. przed 10 sierpnia 2007 r.), a według przepisów dotychczasowych w tym dniu jeszcze nieprzedawnionych, stosuje się przepis art. 442<sup>1</sup> k.c. W myśl art. 442 § 1 k.c. (w brzmieniu obowiązującym do dnia 9 sierpnia 2007 r.) roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Podobnie w myśl mającego zastosowanie w niniejszej sprawie art. 442<sup>1</sup> § 1 k.c., w brzmieniu obowiązującym od dnia 10 sierpnia 2007 r., roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę. Sąd Okręgowy stwierdził, że w rozpoznawanej sprawie nie ma zastosowania przepis §2 art. 442<sup>1</sup> k.c., ponieważ szkoda powódki nie wynikała ani ze zbrodni, ani z występku. Sąd Okręgowy wskazał, że z zebranego materiału dowodowego wynika w sposób niewątpliwy, że powódka dowiedziała się o „szkodzie” najpóźniej w momencie podjęcia decyzji o zmianie szpitala. Powódka podjęła bowiem taką decyzję w wyniku stwierdzenia, że stan jej zdrowia, tj. stan nogi, nie ulega poprawie i w związku z powyższym doszła do wniosku, że w pozwanym szpitalu nie była właściwie leczona. Już zatem w 2005 r. powódka zdała sobie sprawę z ujemnych następstw zdarzenia, leczenia w pozwanym szpitalu, wskazujących na fakt powstania szkody niemajątkowej, tj. miała świadomość doznanej szkody z uwagi na brak poprawy w stanie zdrowia, zaistniałe komplikacje i odczuwane nadal dolegliwości. Sąd pierwszej instancji wskazał, że jeżeli chodzi o spełnienie warunków rozpoczęcia biegu przedawnienia z art. 442<sup>1</sup> § 1 k.c., to należy podkreślić, że oczywiste jest, że poszkodowany powinien w swoich sprawach zachować się w sposób zapobiegliwy i dołożyć starań o uzyskanie informacji istotnych z punktu widzenia przesłanek odpowiedzialności za doznaną szkodę. Rozpoczęcie biegu przedawnienia nie może być uzależnione wyłącznie od tego, kiedy poszkodowany zechce zająć się daną sprawą (por.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2006 r., I CSK 176/05, LEX nr 191138; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 września 2009 r., IV CSK 43/09, LEX nr 578046). Sąd Okręgowy stwierdził, że jeżeli chodzi o dowiedzenie się o szkodzie, to wystarczy powzięcie przez poszkodowanego wiadomości o samym zaistnieniu szkody, a nie informacji na temat jej medycznych aspektów, rozmiarów szkody czy trwałości następstw. Art. 442<sup>1</sup> § 1 k.c. nie wiąże też początku biegu przedawnienia z powzięciem przez poszkodowanego wiedzy co do wysokości poniesionej szkody (por.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 lipca 2004r., V CK 687/03, LEX nr 1125295; wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 5 maja 2010r., III APA 4/10; OSA 2011/3/91-106). Natomiast o osobie zobowiązanej do naprawienia szkody powódka również wiedziała od momentu powzięcia informacji o „szkodzie”. Powódka miała bowiem zastrzeżenia do procesu leczenia w pozwanym szpitalu, w którym była hospitalizowana od 2002 r. do początku 2005 r. Przyjmując zatem, że o szkodzie i osobie zobowiązanej do naprawienia szkody powódka dowiedziała się w 2005 r., to licząc bieg terminu przedawnienia nawet od końca 2005 r., roszczenie powódki uległo przedawnieniu z dniem 31 grudnia 2008 r. Sąd Okręgowy wskazał, że uwzględnienie zarzutu przedawnienia może być uznane za naruszające art. 5 k.c. tylko w sytuacjach wyjątkowych i jeżeli przekroczenie terminu przedawnienia jest niewielkie. Jednocześnie muszą za tym przemawiać okoliczności konkretnego wypadku, zachodzące po stronie poszkodowanego oraz osoby zobowiązanej do naprawienia szkody, w tym charakter uszczerbku, jakiego doznał poszkodowany, przyczyna opóźnienia w dochodzeniu roszczenia i czas jego trwania. Nie można tymczasem uznać, że wystąpienie z powództwem po przekroczeniu terminu przedawnienia roszczenia o około 3 lata stanowi niewielkie opóźnienie. Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że instytucja przedawnienia ma służyć stabilizacji stosunków cywilnoprawnych i gwarantować ich pewność, co leży też w interesie obrotu i porządku prawnego. Z upływem czasu coraz trudniejsze staje się udowodnienie podstaw i zasadności roszczeń (np. dokumenty

ulegają zniszczeniu lub zagubieniu, świadkowie zapominają o okolicznościach, jakie mają potwierdzić, rzeczy bądź stany, które miałyby być badane i oceniane przez biegłych ulegają zmianom itp.). Obowiązki wynikające ze stosunków cywilnoprawnych powinny być wykonywane we właściwym terminie także z tego powodu, aby nie doprowadzić do zakłóceń w procesach obrotu. Instytucja przedawnienia, ograniczając w czasie dochodzenie roszczeń majątkowych wynikających z tych stosunków, służy do osiągnięcia powyższych celów. Dążenie do zniesienia ograniczenia w czasie dochodzenia roszczeń majątkowych – nawet usprawiedliwionych z subiektywnego punktu widzenia zainteresowanej strony – prowadziłoby do sytuacji pozostawiania przez długi okres czasu w stanie niepewności co do istniejącej sytuacji prawnej między stronami. Sąd Okręgowy zwrócił również uwagę, że powyższe argumenty dotyczące trudności dowodowych okazały się szczególnie przekonywujące na kanwie niniejszej sprawie. Powódka wystąpiła z żądaniem pozwu dopiero po 9 latach od pierwszego pobytu w pozwanym szpitalu po złamaniu kości udowej prawej nogi. Ocena prawidłowości leczenia powódki podczas tego pierwszego pobytu w pozwanym Szpitalu była szczególnie istotna dla rozstrzygnięcia sprawy. Tymczasem przebieg procesu i treść opinii (...) świadczy o poważnych trudnościach w dokonywaniu ocen prawidłowości leczenia po tak długim okresie czasu, wielu kolejnych zabiegach, które przechodziła powódka i przy braku dokumentacji radiologicznej, zwłaszcza wyjściowego zdjęcia RTG po pierwszym złamaniu, które po tak odległym okresie nawet w przypadku jego odnalezienia mogłoby okazać się już nieczytelne. Także zeznania świadków - lekarzy przesłuchiwanym po wielu latach od zabiegu, dodatkowo w sytuacji, gdy powódka już od dłuższego okresu nie była pacjentką pozwanego Szpitala, z uwagi na upływ czasu, rodzaj wykonywanej pracy wiążącej się z przeprowadzaniem bardzo wielu operacji i zabiegów, nie pamiętali już szczegółów i faktów z leczenia powódki, które mogłyby być istotne dla rozstrzygnięcia sprawy.

Z podanych przyczyn Sąd oddalił powództwo w całości.

O kosztach procesu orzekł na podstawie art. 102 k.p.c.

O kosztach nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powódce orzekł na podstawie art. 29 ust. 1 ustawy Prawo o adwokaturze (Dz.U. z 2009r., nr 146, poz. 1188 ze zm.) w zw. z § 2 ust. 1 i 3, § 6 pkt 7, § 19 i § 20 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (t.j. Dz.U. z 2013r., poz. 461 ze zm.).

Powódka zaskarżyła wyrok w części oddalającej powództwo.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzuciła:

- 1) naruszenie prawa materialnego, a to art. 5 k.c. poprzez uznanie, że w okolicznościach rozpoznawanej sprawy podniesienie zarzutu przedawnienia nie narusza zasad współzycia społecznego;
- 2) naruszenie przepisów postępowania mające bezpośredni i istotny wpływ na treść wyroku, a to:
  - a) art. 233 § 2 k.p.c. poprzez pominięcie faktu niedostarczenia przez pozwanego szpital pełnej dokumentacji z leczenia powódki, a tym samym nienadanie temu faktowi właściwego znaczenia,
  - b) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granicy swobodnej oceny dowodów wyrażające się w uznaniu, że:
    - przeprowadzenie zabiegu z dnia 2 kwietnia 2002 r. przy użyciu „6 śrub lub 6 śrub AO” było u powódki dopuszczalne w sytuacji, gdy wyłącznie użycie śrub AO pozwalało na niestosowanie zewnętrznego pooperacyjnego usztywnienia kończyny,
    - długi okres gojenia rany spowodowany był cukrzycą wykrytą u powódki podczas, gdy poziom cukru ustabilizowano u niej już w 5. dniu pobytu w Szpitalu;
- 3) błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, że nie popełniono w pozwanym Szpitalu błędów w sztuce lekarskiej, a w szczególności, że:

a) w dniu 13 sierpnia 2002 r. lekarz chorób wewnętrznych prawidłowo stwierdził, że powódka po opuszczeniu szpitala w dniu 18 maja 2002 r. nie przyjmowała leków przeciwcukrzycowych w sytuacji, gdy ustalony wówczas poziom glukozy (81 mg%) mieścił się w granicach normy dla zdrowego człowieka,

b) powódka była chorą mało zdyscyplinowaną i to zarówno w odniesieniu do leczenia cukrzycy, reumatoidalnego zapalenia stawów jak i nadciśnienia tętniczego,

c) ustalony przez lekarzy fakt nieprzyjmowania przez okres 9 miesięcy poprzedzających przyjęcie powódki do pozwanego szpitala w dniu 15 kwietnia 2003 r. „leków modyfikujących zapalenie” świadczy o samowolnym przerwaniu niezbędnego leczenia przez powódkę, co z kolei „mogło sprzyjać rozwinięciu się powikłań w leczeniu przebytego złamania kości udowej”,

d) leczenie diagnostyczno-terapeutyczne prowadzone po przyjęciu powódki do szpitala w dniu 28 lutego 2004 r. „uznać należy za mieszczące się w normatywie postępowania medycznego” w sytuacji, gdy nawet nie próbowano dociec przyczyny bólu i wysokiej gorączki u pacjentki.

W oparciu o przedstawione zarzuty powódka wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie powództwa w całości, ewentualnie o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi I instancji oraz o zasądzenie na rzecz pełnomocnika powódki kosztów zastępstwa procesowego przed Sądem II instancji.

W odpowiedzi na apelację pozwany wniósł o jej oddalenie oraz zasądzenie na jego rzecz od powódki kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

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

Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie.

Sąd Apelacyjny podziela ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Okręgowy i uznaje je za swoje, ponieważ znajdują one oparcie w zebranych w sprawie – w granicach aktywności procesowej stron – materiale dowodowym. Ocena tego materiału jest zgodna z regułami zawartymi w art. 233 § 1 k.p.c., nie narusza swobodnej oceny dowodów i Sąd Apelacyjny tę ocenę również podziela. Dowody przedstawione przez strony zostały ocenione przez Sąd pierwszej instancji zgodnie z regułami logicznego rozumowania oraz doświadczenia życiowego a ich prawidłowa ocena nie dała podstaw do czynienia odmiennych ustaleń niż te, które legły u podstaw prawidłowego rozstrzygnięcia zawartego w zaskarżonym wyroku. Zaznaczyć wypada, że zwalczanie ustaleń faktycznych sądu i związanej z tym oceny materiału dowodowego może następować tylko poprzez argumenty natury jurystycznej, wykazanie jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności lub mocy dowodowej bądź niesłusznie im ją przyznając. Jeżeli zaś z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w powiązaniu 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 (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 września 2002 r., II CKN 817/00, OSNC 2000/7-8/139). Nie jest natomiast dostateczne przekonanie o innej niż przyjął to sąd wadze poszczególnych dowodów i ich odmiennym ocenie przez skarżącego. W judykaturze powszechnie przyjmuje się, że zarzucenie naruszenia zasady swobodnej oceny dowodów nie może polegać na przedstawieniu przez stronę alternatywnego stanu faktycznego, a tylko na podważeniu podstaw tej oceny z wykazaniem, że jest ona rażąco wadliwa lub oczywiście błędna (por. np.: wyroki Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 2001 r., II CKN 588/99, LEX nr 52347; z dnia 2 kwietnia 2003 r., I CKN 160/01, LEX nr 78813; z dnia 15 kwietnia 2004 r., IV CK 274/03, LEX nr 164852; z dnia 29 czerwca 2004 r., II CK 393/03, LEX nr 585758), a tego strona powodowa nie wykazała. Zarzuty powódki nie znajdują potwierdzenia w zebranych w sprawie dowodach. Bardzo wyraźnie podkreślić należy – na co zwracał już uwagę Sąd Okręgowy – że ocena

prawidłowości leczenia powódki wymagała wiadomości specjalnych - w rozumieniu art. 278 § 1 k.p.c. – i prawidłowo Sąd zasięgnął opinii (...) w K. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo – Lekarskiej (art. 290 k.p.c.). Utrwalonym w orzecznictwie sądowym jest, na co także wskazywał Sąd pierwszej instancji, że jeżeli do poczynienia ustaleń istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy potrzebne są wiadomości specjalne, sąd nie może dokonywać ich sam, nawet gdyby miał w tej dziedzinie odpowiednie kwalifikacje merytoryczne. Podkreślić także należy, że sąd nie może również polemizować z wnioskami biegłych bez uzupełnienia stanowiska biegłych lub zasięgnięcia opinii innego biegłego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 stycznia 2016 r., I PK 196/15, LEX nr 1977916 i powołane w nim orzecznictwo; wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 1 czerwca 2015 r., I ACa 147/14, LEX nr 1754167). Zwrócić tymczasem należy uwagę na fakt, że nie tylko Sąd Okręgowy ze wskazanych przyczyn zasadnie dał wiarę opinii wydanej przez (...), ale opinia ta nie była również kwestionowana przez samą powódkę. Wnosząc apelację powódka niekonsekwentnie i bezpodstawnie pominęła natomiast, że źródłem zasadniczej części ustaleń faktycznych dokonanych przez Sąd pierwszej instancji była właśnie w/w opinia (...). To z tej opinii wprost wynikało, co jej autorzy wielokrotnie stwierdzili, że leczenie powódki u pozwanego mieściło się w normatywie postępowania medycznego w tego typu przypadkach. Wbrew zarzutowi apelacji to również z opinii (...) wynikało, że w świetle zebranych dowodów nie ma podstaw do stwierdzenia, że pozwany dopuścił się nieprawidłowości w zakresie pooperacyjnego usztywnienia nogi powódki. To także w tej opinii kilkakrotnie stwierdzono, że powódka była chorą mało zdyscyplinowaną i to zarówno w odniesieniu do leczenia cukrzycy, reumatoidalnego zapalenia stawów, jak i nadciśnienia tętniczego oraz, że są to okoliczności, które sprzyjały powikłaniom w leczeniu przebytego przez powódkę złamania kości udowej (m.in. k. 392). To zatem, że u powódki występowała również cukrzyca, że powódka przebywając poza szpitalem nie leczyła jej we właściwy sposób oraz, że także ona miała wpływ na w/w powikłania również nie było dowolnym ustaleniem Sądu, bowiem znajdowało potwierdzenie w zebranych materiałach dowodowych. Jak wskazano w w/w opinii cukrzyca jest jednostką chorobową, która sprzyja w przebiegu pooperacyjnym powikłaniom pod postacią opóźnienia gojenia się ran (co miało miejsce u powódki), opóźnienia w wytworzeniu się zrostu kostnego (do czego również doszło u powódki), jak również sprzyja zakażeniom (k.389). (...) wskazał także wprost, że powyższe komplikacje wynikają z istoty samej jednostki chorobowej, jaką jest cukrzyca, a nie z nieprawidłowości w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, tym bardziej u osoby z dodatkowym dużym obciążeniem chorobowym pod postacią reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS), która to jednostka również prowadzi do szeregu niekorzystnych powikłań w procesie leczenia złamań kostnych. W opinii zwrócono także uwagę, że powódka nie przedłożyła dokumentów, z których wynikałoby, że leczyła reumatoidalne zapalenie stawów, a badania laboratoryjne świadczyły o długim okresie trwania choroby (k.389 i 391), a nadto, że powódka nie leczyła również nadciśnienia tętniczego. Wprost w opinii podano także, że przedłożona dokumentacja nie daje podstaw do stwierdzenia, że zaistniałe u powódki powikłania złamania prawej kości udowej (brak zrostu, zapalenie kości), które to powikłania determinowały jej stan zdrowia w latach 2002-2005, wynikały z niezgodnych z wiedzą medyczną decyzji diagnostyczno-terapeutycznych pozwanego, a dokumentacja ta wręcz sugeruje brak zdyscyplinowania powódki w leczeniu schorzeń podstawowych (cukrzyca, reumatoidalne zapalenie stawów i nadciśnienie), co zwiększyło prawdopodobieństwo zaistnienia powikłań w leczeniu przebytego złamania (k. 394). Powódka formułując zarzuty apelacji bezpodstawnie pomijała zatem w istocie przedstawione, niekwestionowane w toku postępowania przed Sądem pierwszej instancji, stanowisko (...), lub bezpodstawnie wyrywała z kontekstu zdania nadając im inne znaczenie niż przedstawiali to autorzy opinii. Przykładem tego jest przytoczone przez powódkę zdanie, że prawdopodobieństwo uzyskania zrostu zawsze jest większe po pierwszej operacji niż po wielokrotnych operacjach. Powódka pominęła bowiem, że była to wypowiedź o charakterze ogólnym, którą w opinii od razu uszczegółowiono zwracając uwagę, że leczenie powódki w (...) Szpitalu (...) w P. nie z przyczyn leżących po stronie pozwanego trwa do chwili obecnej, a w 6. roku leczenia w dalszym ciągu opisywano jeszcze staw rzekomy, że przez 6 lat istniały przede wszystkim problemy z uzyskaniem zrostu kostnego. Ponownie zwrócono uwagę na problemy z kontrolą przez powódkę cukrzycy i reumatoidalnego zapalenia stawów oraz wyjaśniono, że osteoporozę u powódki należy wiązać przede wszystkim z powikłaniami przebiegu nieleczonego reumatoidalnego zapalenia stawów, co wynika ze specyfiki tej jednostki chorobowej, niż z innymi przyczynami (k. 896). Ponownie zwrócono także uwagę, że po hospitalizacji zalecano powódce farmakoterapię, do której się nie stosowała (k.398). Faktem jest, że w opinii zwrócono uwagę na pewne nieprawidłowości w leczeniu, w tym np., że w czasie jednego z pobytów należało podać antybiotyk w wyższych dawkach, czy też na fakt niepobrania podczas zabiegu operacyjnego materiału do badania mikrobiologicznego. Jednocześnie autorzy opinii jednoznacznie stwierdzili

jednakże, że uchybienia te nie wiązały się z negatywnymi następstwami w leczeniu powódki. Podkreślić tymczasem należy, że podstawą odpowiedzialności cywilnoprawnej jest istnienie adekwatnego związku przyczynowego (art. 361 § 1 k.c.) pomiędzy nieprawidłowościami a szkodą (krzywdą), co – jak już wyżej wskazano – w opinii wykluczono. W tej sytuacji Sąd Okręgowy prawidłowo stwierdził, że powódka nie przedstawiła dowodów, które chociażby z wysokim prawdopodobieństwem wykazywałyby istnienie związku przyczynowego pomiędzy jej problemami zdrowotnymi a nieprawidłowym leczeniem w pozwanym szpitalu, w związku z czym jej zarzutów i twierdzeń zawartych w apelacji nie sposób traktować inaczej niż jako bezpodstawnej polemiki z prawidłowymi ustaleniami Sądu Okręgowego i trafnym jego rozstrzygnięciem.

Wskazać można, że z opinią (...) korespondowały zeznania świadków - lekarzy (...) Szpitala(...) w P., którzy - jak twierdziła powódka – dopiero udzielili jej skutecznej pomocy. Wbrew formułowanemu przez powódkę pod adresem pozwanego zarzutom powódka wcale nie została w w/w szpitalu w P. od razu wyleczona, leczenie to trwa bowiem w dalszym ciągu. Wbrew twierdzeniom powódki również w tym szpitalu informowano ją o możliwej konieczności amputacji nogi. Świadek J. S., będący ordynatorem (...)Oddziału (...) w/w Szpitala w P., zeznał wprost, że jego propozycja leczenia powódki zakładała ewentualność amputacji nogi, do czego powódka odniosła się negatywnie. Również on wskazywał, że powódka była chorą bardzo trudną do wyleczenia, że przeszła 6 operacji, kilka wymian stabilizatorów (k.240-242) oraz, że do trudniejszego leczenia przyczyniały się takie problemy jak ograniczenia ruchomości biodra związane z jego zwyrodnieniem, cukrzyca, hipercholesterolemia. Także świadek Z. S., lekarz który przyjmował powódkę w Szpitalu w P., wskazywał, że w czasie przyjęcia powódki na oddział septyczny stwierdzono u niej niewydolność mięśnia sercowego, nadciśnienie tętnicze, reumatoidalne zapalenia stawów, cukrzycę i hipercholesterolemię (k. 280-281) i że dolegliwości te miały wpływ na problemy z leczeniem złamania. Świadczy ci nie wskazywali przy tym, aby trudności w leczeniu powódki upatrywali w jakichkolwiek nieprawidłowościach w czasie jej wcześniejszego leczenia w pozwanym szpitalu.

Prawdą jest, że w opinii (...) stwierdzono, że brak dokumentacji radiologicznej (zdjęć RTG) znacząco ograniczył możliwości wnioskowania co do prawidłowości leczenia powódki. Wbrew zarzutowi powódki brak tej dokumentacji nie mógł jednakże stosownie do art. 233 § 2 k.p.c. obciążać pozwanego i stanowić podstawy do uwzględnienia powództwa. Z dowodów zebranych w sprawie wynika bowiem, że dokumentacja ta została wydana powódce, a w tej sytuacji to powódkę, stosownie do art. 6 k.c., obciążały konsekwencje nieprzedłożenia tego dowodu. Wbrew zarzutom powódki pozwany od początku wskazywał, że nie jest w posiadaniu dokumentacji radiologicznej. Twierdzenia pozwanego znalazły pełne potwierdzenie zarówno we wpisie do dokumentacji medycznej, jak również w opinii (...), w której nie tylko potwierdzono, że okoliczność ta wynika z wpisów w oryginale dokumentacji lekarskiej przedłożonej przez pozwanego, ale że takie postępowanie było zgodne z przyjętą praktyką oraz przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej (k. 387). Podkreślić należy, że zapis o zwrocie powódce zdjęć RTG wynika również z wydanej powódce kopii karty wypisowej leczenia szpitalnego z dnia 18 maja 2002 r., którą powódka sama dołączyła do pozwu wniesionego w niniejszej sprawie. Zwrócić należy uwagę na fakt, że powódka początkowo nie kwestionowała tego zapisu. Zakwestionowanie dopiero po dwunastu latach faktu wydania jej tej dokumentacji, tj. kiedy w wydanej w dniu 31 maja 2014 r. opinii (...) stwierdzono, że dokument ten ma zasadnicze znaczenie dla możliwości pełnej oceny prawidłowości leczenia powódki, jest niewiarygodne w świetle przedstawionych okoliczności. Co więcej, wskazać należy, że w czasie przesłuchania sama powódka przyznała, że dostała w szpitalu – jak to określiła – „część” zdjęć RTG, przy czym nie była w stanie podać jakie konkretne zdjęcia. Nie wykluczyła jednocześnie, że były to zdjęcia, co do których w dokumentacji prowadzonej przez pozwanego zawarto zapis o ich wydaniu powódce. Jednocześnie powódka przyznała, że nie pamięta co zrobiła z tymi zdjęciami, przy czym była pewna, że nie musiała ich składać w Szpitalu w P., ponieważ tam robiono zdjęcia we własnym zakresie (przesłuchanie powódki przed Sądem Okręgowym w Częstochowie w dniu 8 grudnia 2015 r. 00:30:55-00:33:11).

Niezależnie od niewykazania przez powódkę podstaw odpowiedzialności pozwanego prawidłowo za zasadny Sąd Okręgowy uznał podniesiony przez pozwanego zarzut przedawnienia. Faktycznie bowiem w chwili wniesienia pozwu roszczenia powódki były już przedawnione. Zwrócić należy uwagę na fakt, że w toku postępowania przed Sądem pierwszej instancji, podobnie jak w postępowaniu apelacyjnym powódka twierdziła, że opuściła pozwany szpital i

kontynuowała leczenie w (...) Szpitalu(...) w P. właśnie dlatego, że uznała, że była w pozwanym szpitalu źle leczona i z tym faktem wiązała nie tylko pogorszenie stanu zdrowia, ale wręcz uznała, że jej dalszy pobyt w tym szpitalu zagraża nawet jej życiu. Powódka w momencie opuszczenia pozwanego szpitala miała zatem pełną świadomość obecnie stawianych zarzutów co do rzekomych nieprawidłowości w procesie jej leczenia. Już w tym momencie posiadała zatem wiedzę zarówno co do zarzucanych pozwanemu nieprawidłowości, stanu zdrowia mającego być rzekomą konsekwencją tych nieprawidłowości, jak i podmiotu odpowiedzialnego za ten stan rzeczy. Podkreślić również należy, że co prawda powódka miała problemy zdrowotne, jednakże nie były one tego rodzaju, że pozbawiały ją możliwości dochodzenia roszczeń zgłoszonych w niniejszej sprawie. Skoro powódka z podanych przyczyn przerwała leczenie w pozwanym szpitalu w styczniu 2005 r., to od tego momentu należy liczyć rozpoczęcie biegu trzyletniego terminu przedawnienia. W tej sytuacji, skoro pozew wniosła dopiero w dniu 4 maja 2011 r., to nastąpiło to przeszło trzy lata po upływie terminu przedawnienia. Zasadnie Sąd Okręgowy wskazał, że do oceny czy roszczenie powódki uległo przedawnieniu, na podstawie art. 2 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy - Kodeks cywilny (Dz.U.2007.80.538), zastosowanie ma art. 442<sup>((1))</sup> zd. 1 k.c., zgodnie z którym roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Okoliczności sprawy nie dały podstaw do przyjęcia, aby do zgłoszonych przez powódkę roszczeń zastosowanie miał dłuższy termin przedawnienia, w tym wynikający z art. 442<sup>((1))</sup> § 2 k.c. termin dwudziestu lat, ponieważ w rozpoznawanej sprawie szkoda powódki nie wynikała ani ze zbrodni, ani z występku. Podzielić również należało stanowisko Sąd Okręgowy, że jeżeli chodzi o spełnienie warunków rozpoczęcia biegu przedawnienia z art. 442<sup>((1))</sup> § 1 k.c., to poszkodowany powinien w swoich sprawach zachować się w sposób zapobiegliwy i dołożyć starań o uzyskanie informacji istotnych z punktu widzenia przesłanek odpowiedzialności za doznaną szkodę i rozpoczęcie biegu przedawnienia nie może być uzależnione wyłącznie od tego, kiedy poszkodowany zechce zająć się daną sprawą, jak również, że jeżeli chodzi o dowiedzenie się o szkodzie, to wystarczy powzięcie przez poszkodowanego wiadomości o samym zaistnieniu szkody, a nie informacji na temat jej medycznych aspektów, rozmiarów szkody czy trwałości następstw. Zwrócić należy uwagę na fakt, że jak wynika z apelacji powódka nie kwestionowała, że doszło do przedawnienia jej roszczeń, natomiast uznała, że podniesienie tego zarzutu narusza zasady współżycia społecznego.

Tymczasem również zarzut naruszenia przez Sąd Okręgowy art. 5 k.c. należało uznać za bezpodstawny. Podkreślić należy, że w świetle wyżej przedstawionych okoliczności rozpoznawanej sprawy zasadnie Sąd Okręgowy pomimo podniesionego przez pozwanego zarzutu przedawnienia przeprowadził pełne postępowanie dowodowe, ponieważ było to konieczne dla ustalenia czy zarzut przedawnienia nie jest sprzeczny z zasadami współżycia społecznego. Ostatecznie Sąd pierwszej instancji prawidłowo stwierdził, że taka sytuacja nie zachodziła w rozpoznawanej sprawie. Zgodnie z art. 117 k.c. z zastrzeżeniem wyjątków w ustawie przewidzianych, roszczenia majątkowe ulegają przedawnieniu. Po upływie terminu przedawnienia ten, przeciwko komu przysługuje roszczenie, może uchylić się od jego zaspokojenia. Roszczenia dochodzone przez powódkę są roszczeniami majątkowymi, a żaden przepis nie przewiduje, aby nie ulegały one przedawnieniu. Skoro wyżej przytoczony przepis tworzy uprawnienie do podniesienia zarzutu przedawnienia, to należy domniemywać, że ten korzysta z tego prawa czyni to zgodnie z zasadami współżycia społecznego. Podniesienie zarzutu przedawnienia może być zatem uznane za nadużycie prawa zupełnie wyjątkowo. Dotyczy to również roszczeń wynikających z naruszenia tak istotnego dobra jakim jest zdrowie. Z uwagi na jego wyjątkowy charakter ustawodawca przewidział szczególne uregulowanie zawarte w art. 442<sup>1</sup> § 3 k.c., zgodnie z którym w razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Ustawodawca nie wyłączył natomiast, jak już wyżej wskazano, przedawnienia takich roszczeń. Aby w danym wypadku można było przyjąć, że podniesienie zarzutu przedawnienia jest nie do pogodzenia z zasadami współżycia społecznego, musi zostać w szczególności wykazane, również w odniesieniu do dochodzenia roszczeń wynikających z nieprawidłowości w leczeniu, że beczynność wierzyciela była usprawiedliwiona wyjątkowymi okolicznościami, a czas opóźnienia nie jest nadmierny (por. wyrok Sądu Najwyższego z 20 sierpnia 2015 r., II CSK 555/14, LEX nr 1801548; wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 2 grudnia 2014 r., I ACa 1165/14, LEX nr 1667587 oraz wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 29 stycznia 2016 r., I ACa 1105/15, LEX nr 1994452). Tymczasem okoliczności sprawy, jak zasadnie przyjął

to Sąd Okręgowy, nie dały podstaw do uznania, aby tego rodzaju sytuacja zachodziła w rozpoznawanej sprawie. Przy uwzględnieniu znacznego przekroczenia terminu przedawnienia i wskazanych okoliczności towarzyszących rozpoczęciu jego biegu, tj. zaprzestania przez powódkę leczenia w pozwanym szpitalu właśnie z uwagi na uznanie, że jest ona źle leczona przez jego pracowników, za wyjątkowe okoliczności w szczególności nie mogło zostać uznane to, że - jak podnosiła powódka - jest ona osobą niewykształconą, która we wszystkich działaniach ufała lekarzom, że nie jest ona osobą roszczeniową i działania ukierunkowane na uzyskanie renty i zadośćuczynienia podjęła bezzwłocznie po uzyskaniu informacji, że jest to możliwe. W istocie okoliczności te sprowadzały się do rzekomego braku wiedzy powódki o przysługujących jej prawach, co nie tylko nie znajdowało potwierdzenia w okolicznościach rozpoznawanej sprawy, ale również samo nie mogło uzasadniać oceny, że pozwany podnosząc zarzut przedawnienia naruszył zasady współżycia społecznego, zwłaszcza że szczególnie wyraźnie w sprawie uwydatnił się problem trudności dowodowych, w związku z tym, że powódka tak późno wystąpiła z pozwem przeciwko pozwanemu, m.in. zapobieżeniu któremu służyć miało wprowadzenie instytucji przedawnienia. Powódka przy tym bezpodstawnie usiłowała przerzucić na pozwanego konsekwencje swojego zaniechania m.in. zarzucając przesłuchanym w charakterze świadków pracownikom pozwanego, że nie pamiętali szczegółów jej leczenia. Tymczasem skoro zeznawali oni po dziewięciu latach od pierwszego przyjęcia powódki do pozwanego szpitala, a po sześciu latach od opuszczenia przez powódkę po raz ostatni tego szpitala, to z obiektywnego punktu widzenia trudno czynić im z tego powodu zarzut w sytuacji, kiedy ich codzienna praca, jak wynikało z zeznań tych świadków, polegała na styczności z dziesiątkami pacjentów.

Z wyżej wskazanych przyczyn Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację powódki jako bezzasadną.

Jednocześnie Sąd Apelacyjny biorąc pod uwagę sytuację dochodowo-majątkową powódki oraz opisane w stanie faktycznym jej bardzo poważne problemy zdrowotne na podstawie art. 102 k.p.c. nie obciążył powódki kosztami postępowania apelacyjnego.

Wobec oddalenia apelacji Sąd Apelacyjny na podstawie art. 29 ustawy z dnia 26 maja 1982 r. Prawo o adwokaturze (tekst jednolity Dz.U. z 2009 r., Nr 146, poz.1188 z późn. zm) w zw. z § 19 i § 20 w zw. z § 6 pkt 7 w zw. z § 2 ust. 3 w zw. z § 13 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia 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 (tekst jednolity Dz.U. z 2013, poz. 461 z późn. zm.) w zw. z § 21 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. z 2015 r. poz. 1800)

przyznał od Skarbu Państwa (Sądu Okręgowego w Częstochowie) na rzecz adwokata K. P. 6.835 zł, w tym 1.242 zł podatku od towaru i usług, z tytułu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu w postępowaniu apelacyjnym, na które złożyło się wynagrodzenie pełnomocnika i wydatki w kwocie 193 zł.

SSO del. Artur Żymełka SSA Tomasz Ślęzak SSA Piotr Wójtowicz