

Sygn. akt: XII C 3/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 listopada 2014 roku

Sąd Okręgowy w Gliwicach XII Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Katarzyna Sznajder
Protokolant:	Katarzyna Zegartowska

po rozpoznaniu w dniu 19 listopada 2014 roku w Gliwicach

sprawy z powództwa D. M.

przeciwko (...) Szpitalowi (...) w P.

o zadośćuczynienie , odszkodowanie i rentę

- zasądza od pozwanego (...) Szpitala (...) w P. na rzecz powoda D. M. kwotę 120 000 (sto dwadzieścia tysięcy) złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 15 listopada 2011 roku tytułem zadośćuczynienia;
- zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotą 1522 (jeden tysiąc pięćset dwadzieścia dwa) złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 15 listopada 2011 roku tytułem odszkodowania;
- ustala odpowiedzialność pozwanego na przyszłość;
- oddala powództwo w pozostałym zakresie;
- zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1657 (jeden tysiąc sześćset pięćdziesiąt siedem) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu;
- nakazuje pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Gliwicach kwotę 14381,98 (czternaście tysięcy trzysta osiemdziesiąt jeden 98/100) złotych tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych;
- nakazuje pobrać od powoda z zasądzonych roszczenia na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Gliwicach kwotę 12251,33 (dwanaście tysięcy dwieście pięćdziesiąt jeden 33/100) złotych tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

Sygn. akt XII C 3/12

UZASADNIENIE

Powód domagał się zasądzenia od pozwanego (...) Szpitala (...) w P.:

- odszkodowania w kwocie 18.496,51 zł z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 15 listopada 2011 roku do dnia zapłaty;

- b) zadośćuczynienia w kwocie 200.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 15 listopada 2011 roku do dnia zapłaty;
- c) renty w kwocie 441,90 zł miesięcznie, płatnej do dnia 5 - go każdego miesiąca, licząc od dnia wniesienia pozwu,
- d) ustalenie odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości;
- e) zasądzenia kosztów procesu według norm przepisanych.

Jako podstawę roszczeń powód wskazał zakażenie go bakterią metycylinoopornego gronkowca złocistego MRSA w pozwanym szpitalu. Uzasadniając wysokość żądanego zadośćuczynienia powód wskazał na rodzaj choroby, uciążliwość terapii, w szczególności fakt, że wobec wyczerpania wszystkich dostępnych obecnie w Polsce możliwości leczenia omawianego zakażenia, zachodzi prawdopodobieństwo, że konieczna będzie amputacja lewej stopy. Powód domagał się również renty wyrównawczej w kwocie 441,90 zł wskazując, że wskutek uciążliwego, długotrwałego leczenia stracił pracę, orzeczono u niego umiarkowany stopień niepełnosprawności i utracił częściowo zdolność do pracy – w związku z czym otrzymuje rentę niższą od przewidzianego przepisami prawa minimalnego wynagrodzenia za pracę, które otrzymywał. Powód domagał się również zasądzenia odszkodowania w kwocie 18.496,51 zł, na które złożyła się kwota 11.710,32 zł tytułem odszkodowania odpowiadającego różnicy pomiędzy wysokością minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującego w latach 2009 – 2011 a wysokością uzyskiwanej wówczas renty, jak również zwrot kosztów podróży do P., S., W. oraz K. w celu odbywania konsultacji, wizyt kontrolnych, hospitalizacji i poddawania się innym zabiegom medycznym. Na koszty te złożyły się również koszty zakupu leków i środków opatrunkowych, obuwia ortopedycznego, autoszczepionki oraz kwalifikacji do terapii fagowej na łączną kwotę 3.912,83 zł (k.2-62).

Pozwany wniósł o oddalenie żądania podnosząc, że do zakażenia bakterią metycylinoopornego gronkowca złocistego MRSA nie doszło w jego placówce, albowiem powód został przyjęty na Oddział Septyczny w związku z rozejściem się rany pooperacyjnej z wyciekami treści patologicznej i zaostrzeniem się procesu zapalnego powstałego na skutek wykrytych podczas badania bakteriologicznego w dniu 3 listopada 2008 roku bakterii escherichia coli. Pozwany wskazał, że przyczyną tworzących się i powtarzających odleżyn po stronie podeszwowej lewej stopy, które ulegają nadważeniu jest deformacja stopy z bardzo dużą destrukcją kości stępu, stan po przebytej stendoterapii i zaburzenia statyki lewej kończyny dolnej, co przy obciążeniu w niewłaściwym obuwiu ortopedycznym będzie zawsze skutkowało tworzeniem się odleżyn (otwartych wrot dla nadważań). Wskazał, że powołane przyczyny są powodem obecnego stanu zdrowia powoda, a nie cechy zapalenia gronkowcowego kości. Oświadczył, że personel medyczny dołożył należytej staranności zawodowej podczas podejmowanych czynności leczniczych, a leczenie odbywało się w warunkach sterylnych, absolutnie septycznych przy zachowaniu reżimów sanitarnych oraz środków zapobiegających zakażeniom szpitalnym. Wskazał, że od lat stosuje standardy aseptycznego postępowania, procedury, profilaktykę okołoperacyjną, posiada odpowiednie certyfikaty akredytacyjne potwierdzające najwyższe standardy przestrzegania reżimów sanitarnych oraz zapobiegające zakażeniom szpitalnym. Podniósł, że zakażenie stwierdzono ponad 30 dni od daty zabiegu operacyjnego, co daje podstawy do stwierdzenia, że infekcja mogła nastąpić także drogą krwiopochodną z innego ogniska infekcyjnego lub z innych przyczyn (k.75-418).

Postanowieniem z dnia 27 stycznia 2012 roku Sąd Okręgowy w Gliwicach zwolnił powoda od kosztów sądowych ponad kwotę 2.000 zł oddalając wniosek w pozostałej części (k.64-65)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 22 sierpnia 2007 roku powód został przyjęty na Oddział (...) Szpitala (...) w K. z podejrzeniem zakrzepowego zapalenia żył głębokich podudzia lewego. Przeprowadzone badania nie potwierdziły jednak zakrzepicy, a powoda leczono na zakażenie skóry – różę (k.600-605). Po hospitalizacji, od grudnia 2007 roku powód pozostawał pod opieką Poradni (...) w T.. Stwierdzono wówczas bolesność, obrzęk, deformację stopy a w rtg złamanie i martwicę aseptyczną kości łódkowatej. Zastosowano ortezę stopowo – goleniową, a następnie skierowano powoda na leczenie operacyjne do

szpitala w P. (k.675-678). W okresie od 28 stycznia 2008 roku do 6 lutego 2008 roku powód przebywał na Oddziale (...) Szpitala (...) w M., gdzie podczas konsultacji ortopedycznej stwierdzono u niego modzel na podszwie lewej stopy (k.572-587). W kwietniu 2008 roku powód był konsultowany w (...) Przychodnia (...). s.c. w K. przez chirurga, który w dniu 10 kwietnia 2008 roku stwierdził zmianę na podszwowej powierzchni stopy lewej – modzel. W dniu 17 kwietnia 2008 roku zmiana została usunięta i poddana badaniu histopatologicznemu. W leczeniu zastosowano antybiotykoterapię. Początkowo obserwowano prawidłowe gojenie się rany, jednak po zdjęciu szwów rana rozeszła się. Pomimo podjętego leczenia, nie zaobserwowano poprawy (k.558-560). Powód leczył się ambulatoryjnie w Poradni (...) w M. – tam 7 sierpnia 2008 roku pobrano od niego wymaz z rany lewej stopy, na podstawie którego wykonano badania makrobiologiczne. Nie wyhodowano bakterii metycylinoopornego gronkowca złocistego MRSA, wyhodowano pałeczki escherichia coli. Nie zaobserwowano wycieku. Zastosowano antybiotykoterapię (k.12, k. 570-571).

Ponieważ rana się trudno goiła powoda przyjęto w dniu 3 listopada 2008 roku na Oddział (...) (...) Szpitala (...) w P. celem radykalnej resekcji rany stopy. Rozpoznano u powoda osteoartropatię Charcota kości stępu oraz lewego śródstopia powikłana rozległą raną odleżynową strony podszwowej stopy. Polineuropatię posterydową. Przewlekłą niewydolność żylną kończyn dolnych. Nadciśnienie tętnicze. Łuszczycę. W dniu 4 listopada 2008 roku z pobranego od powoda wymazu z rany stopy wyhodowano bakterie escherichia coli oraz klebsiella pneumoniae, szczepy wrażliwe na podstawowe grupy antybiotyków, nie wyhodowano bakterii metycylinoopornego gronkowca złocistego MRSA. W dniu 12 listopada 2008 roku na Oddziale VIII szpitala pozwanego wykonano resekcję rany owrzodzeniowej na powierzchni podszwowej lewej stopy wraz ze skostnieniami pozaszkieletowymi oraz wyrosłą części podszwowej kości sześcienniej z pobraniem materiału do badania histopatologicznego i plastiką ubytku płatem uszypułowanym zrotowanym przesuniętym z powierzchni przyśrodkowej. Drenaż korytkowy. W leczeniu zastosowano antybiotykoterapię skojarzoną. Wskutek zastosowanego leczenia uzyskano wygojenie rany pooperacyjnej przez rychłozrost i wyleczenie procesu zapalnego stopy. Powód został wypisany do domu w „końcowej fazie gojenia się rany pooperacyjnej” z zaleceniem antybiotykoterapii i regularnej zmiany opatrunków z neomycyną, poruszania się w butach ortopedycznych oraz kontroli ambulatoryjnej. Powód w stanie ogólnym dobrym wypisany został do domu w końcowej fazie gojenia się rany pooperacyjnej przez rychłozrost, po wyleczeniu stanu zapalnego lewej stopy (k.12-13, k.141-171, zeznania świadka M. G., k.439-441, zeznania świadka Z. S., k.441-444).

Podczas kontroli pooperacyjnej w dniu 8 stycznia 2009 roku w Poradni (...) Szpitala (...) w P. lekarz stwierdził obecność „małej przetoki bez wydzieliny”. Znacznie pogrubiały naskórek - modzel (k.278, zeznania świadka M. G., k.439-441). Nie pobrano posiewu. Podczas kolejnej wizyty w dniu 19 lutego 2009 roku posiewu nie pobrano. Stwierdzono brak wycieku, suchy twardy strup ,choć powód podawał ,że na zmienianych opatrunkach widoczny był wyciek . W dniu 23 kwietnia 2009 roku powód został przyjęty do Poradni (...) przy szpitalu pozwanego w trybie pilnym, poza listą oczekujących, z uwagi na utrzymujący się modzel na podszwie lewej stopy z wyciekami treści surowiczej. Konsultujący lekarz zlecił poprawę buta ortopedycznego, a po poprawie obuwia zalecał zgłoszenie się celem ustalenia terminu przyjęcia do leczenia szpitalnego – wycięcie modzela. Wówczas również nie zrobiono posiewu z rany. (k.15, zeznania świadka M. G., k.439-441). Podczas wizyt w dniu 21 maja 2009 roku stwierdzano utrzymujący się niewielki wyciek z przetoki na podszwie, zalecano opatrunki z kwasu bornego, Diprogentę i kwas salicylowy. Ścięto modzel. W dniu 6 lipca 2009 roku, ze względu na pogorszenie się stanu miejscowego – powiększenie przetoki stopy z towarzyszącym wyciekami surowiczym pobrano od powoda wymaz z rany, na podstawie którego wykonano badanie mikrobiologiczne – jedyną bakterią jaką wyhodowano była bakteria metycylinoopornego gronkowca złocistego MRSA (k.17, zeznania świadka M. G., k.439-441). Leki na które wrażliwa jest bakteria niedostępne są w leczeniu ambulatoryjnym. Powtórny zabieg operacyjny i leczenie antybiotykami w trakcie hospitalizacji której termin wyznaczono na 31 sierpnia 2009 roku (k.14-17, k.19, k.260, k.264-265, k.269, k.277).

W dniu 7 lipca 2009 roku Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny przeprowadził kontrolę pozwanego szpitala celem dokonania oceny działalności zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych. Nie odnotowano żadnych nieprawidłowości. Odnotowano, że od stycznia 2009 roku do dnia kontroli zarejestrowano 24 zakażenia szpitalne w tym w 1 przypadku zakażenie szpitalne wywołane zostało przez drobnoustroj alarmowy – Staphylococcus aureus MRSA. W rejestrze drobnoustrojów alarmowych ponadto zarejestrowano 60 przypadków wyhodowania drobnoustrojów

alarmowych zakwalifikowanych jako zakażenia pozaszpitalne (*E.coli.*, *pseudomonas aeruginosa*, *staphylococcus aureus* MRSA). W szpitalu monitoruje się czystość środowiska szpitalnego – blok operacyjny, oddział anestezjologii, centralna sterylizacja, kuchnia centralna – 1 raz w miesiącu. Wprowadzono badania czystości powietrza na salach operacyjnych oraz czystości mikrobiologicznej rąk personelu (k.450-451).

W dniu 31 sierpnia 2009 roku ponownie przyjęto powoda na Oddział VIII Septyczny pozwanego, gdzie zastosowano antybiotykoterapię celową o charakterze ogólnym, a w dniu 2 września 2009 roku wykonano u powoda kolejny zabieg operacyjny polegający na wycięciu przetoki stopy lewej z usunięciem ziarniny zapalnej i martwaków kostnych. W oparciu o badanie miejscowe w rzucie kości sześciennej po stronie podeszwy owróżnienie średnicy około 2,5 cm, otoczone nawarstwieniami zrogowaciałego naskórka, średnicy około 4-5 c. W dniu owróżnienia żółto – brązowa ziarnina zapalna sącząca treścią patologiczną. W wymazie z rany z dnia 1 września 2009 roku w dniu 4 września 2009 roku wykryto u powoda *staphylococcus aureus* MRSA (k.474-475, zeznania świadka M. G., k.439-441). Pomimo zastosowanej antybiotykoterapii celowanej w posiewie treści z rany z dnia 25 września 2009 roku wyhodowano gronkowca MRSA. Do leczenia włączono Linezolid. Uzyskano wygojenie rany. W dniu 12 października 2009 roku wypisano powoda ze szpitala zalecając codziennie opatrunki oraz chodzenie o kulach (k.18). Pozwany w dalszym ciągu leczył się ambulatoryjnie w Poradni (...) przy szpitalu pozwanego. Ponieważ zakażenie rany podeszwy lewej stopy nadal nie poddawało się leczeniu, dnia 14 stycznia i 16 marca 2010 roku pobrano z niej wymaz, na podstawie którego przeprowadzono badanie mikrobiologiczne, które wykazało dalszą obecność bakterii metycylinoopornego gronkowca złocistego MRSA w ranie. Leczenie miejscowe okazało się nieskuteczne (dokumentacja medyczna, k.11 – 20).

W dniu 3 września 2009 roku Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny przeprowadził kontrolę kompleksową bieżącego stanu sanitarno – higienicznego obiektu. Zgłoszone nieprawidłowości dotyczyły nieprawidłowości stwierdzonych na Oddziale (...), Oddziału (...), Oddział (...) (k.293-296, k.456-459).

W dniu 10 grudnia 2009 roku Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny przeprowadził kontrolę pozwanego szpitala celem dokonania oceny działalności zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych. Od stycznia 2009 roku do dnia kontroli odnotowano 47 zakażeń szpitalnych w tym 3 przypadki zakażenia drobnoustrojami: 1 przypadek *E.Coli*, 2 przypadki *staphylococcus aureus* MRSA (k.452-455).

Na oddziale (...) w 2009 roku odnotowano 26 pacjentów, u których wykryto drobnoustroj chorobotwórczy *staphylococcus aureus* MRSA, 3 pacjentów z *E.coli*, 1 z *klebsiella pneumoniae* (k.465 – 466). W 2008 roku liczba pacjentów, u których stwierdzono drobnoustroj chorobotwórczy *staphylococcus aureus* MRSA wynosiła 48, 3 z *E.coli*, 6 z *klebsiella pneumoniae* (k.469-473).

Po przeprowadzeniu w dniu 18 stycznia 2010 badania u powoda nadal występowała bakteria *staphylococcus aureus* MRSA (k.20). W dniu 28 stycznia 2010 roku zakwalifikowano powoda do kolejnego leczenia szpitalnego oraz wydano skierowanie do Ośrodka (...) przy Instytucie (...) we W. (k.21-24, zeznania świadka M. G., k.439-441). Podczas wstępnej wizyty (koszt:100 zł, k.25) zakwalifikowano powoda do terapii fagowej (k.25). Dnia 5 lutego 2010 roku pobrano wymaz z rany oraz wyodrębniono szczep do typowania fagowego (koszt: 45 zł, k. 23). Przeprowadzono typowanie (koszt:80 zł) w wyniku którego okazało się, że wobec braku wrażliwości bakterii, którą powód został zakażony, na fagi, którymi dysponuje Instytut, nie istnieje możliwość przygotowania preparatu fagowego dla leczenia powoda (dokumentacja medyczna, k.21 – 26).

W dniu 4 marca 2010 roku Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny – na żądanie strony - przeprowadził kontrolę pozwanego szpitala celem dokonania oceny pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczeń i urządzeń zakładu opieki zdrowotnej w związku z oddaniem do użytkowania Oddziału VIII Septycznego z salą septyczną po przeprowadzonym remoncie. Ustalono, że stanowiska mycia i dezynfekcji rąk dla personelu wyposażone są w dozowniki z mydłem w płynie, dozowniki z preparatem dezynfekcyjnym do rąk oraz zasobniki z ręcznikami jednorazowego użytku. W gabinecie diagnostyczno – zabiegowym bateria przy umywalce uruchamiana bez kontaktu z dłonią. W trakcie przeprowadzania inspekcji nie pobrano do badań laboratoryjnych żadnych próbek, nie przeprowadzono badań ani pomiarów. Stwierdzono również odstępstwa od rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

10 listopada 2006 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, w tym m.in. brak połączenia ścian z podłogami w sposób bezszczelionych umożliwiających jego mycie i dezynfekcję (k.447-449)

W dniu 16 marca 2010 roku pobrano od powoda kolejny wymaz z rany – badanie bakteriologiczne po raz kolejny wykazało obecność bakterii metycyloopornego gronkowca złocistego MRSA (k.23 v, zeznania świadka M. G., k.439-441).

W dniu 8 kwietnia 2010 roku zdiagnozowano u powoda przewlekłe zapalenie kości lewej stopy. W dniach od 10 maja 2010 roku do dnia 24 maja 2010 roku powód po raz kolejny przebywał na Oddziale (...) pozwanego szpitala, gdzie w dniu 14 maja 2010 roku wykonano kolejną operację podszwy lewej stopy – resekcji owrzodzenia z usunięciem drobnych martwaków kości stępu i pokryciem ubytku tkanek płatami skórno – powięziowymi oraz stosowano antybiotykoterapię celowaną o charakterze ogólnym, wygojono ranę pooperacyjną przez rychłozrost i wyciszono proces zapalny. (k.27, k.98-134).

W dniu 8 lipca 2010 roku podczas kontroli w poszpitalnej w Poradni (...) przy szpitalu pozwanego stwierdzono utrzymującą się przetokę kości stępu oraz śródstopia stopy lewej, pobrano materiał na posiew i zalecono codzienną zmianę opatrunków oraz leki. Kolejne badanie mikrobiologiczne wykazało obecność bakterii metycyloopornego gronkowca złocistego MRSA (k.28).

Powód przeszedł również także tlenoterapię hiperbaryczną w (...) w S. składającą się z 60 sesji w komorze hiperbarycznej, dzięki czemu uzyskano tylko nieznaczną poprawę stanu miejscowego (k.29).

Kolejne badanie mikrobiologiczne przeprowadzone dnia 28 lipca 2010 roku wykazało dalszą obecność bakterii metycyloopornego gronkowca złocistego MRSA.

Powód skorzystał z terapii autoszczepionką sporządzoną przez Centrum (...) sp. z o.o. (...)w K.. W celu sporządzenia autoszczepionki pobrano od pozwanego kolejny wymaz z rany i wykonano badanie mikrobiologiczne, które ponownie – pomimo ciągle prowadzonego leczenia – wykazało dalszą obecnością w ranie bakterii metycyloopornego gronkowca złocistego MRSA. Powód przyjmował autoszczepionkę w poradni rejonowej, zgodnie z zaleceniem Centrum (...) sp. z o.o. (...)w K. w okresie od 14 września 2010 roku do 4 listopada 2010 roku w dalszym ciągu pozostaje także pod opieką ambulatoryjną Poradni (...) przy szpitalu pozwanego (k.30, zeznania świadka M. G., k.439-441).

W dniu 30 marca 2011 roku pobrano od powoda kolejny wymaz z rany i wykonano badanie mikrobiologiczne, które wykazało dalszą obecność bakterii metycyloopornego gronkowca złocistego MRSA (k.31-32).

W dniu 8 lipca 2010 roku lekarz orzecznik ZUS wydał orzeczenie, w którym uznał powoda za częściowo niezdolnego do pracy, natomiast w dniu 21 czerwca 2011 roku Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w K. postanowił zaliczyć powoda do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności (k.34).

W dniu 16 września 2010 roku Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny przeprowadził kontrolę kompleksową bieżącego stanu sanitarno – higienicznego obiektu. Zgłoszone nieprawidłowości dotyczyły nieprawidłowości stwierdzonych na Oddziale (...), Oddział (...), (...) Przychodnie (...), (...) Laboratorium (...)(k.297-298).

W oparciu o ocenę dokonaną przez wizytatorów Ośrodka Akredytacji w dniach 22 listopada – 24 listopada 2006 roku przyznano (...)Szpitalowi (...)w P. Status Szpitala Akredytowanego na okres od 10 stycznia 2007 roku do 9 stycznia 2010 roku (k.476-477).

Powód był zatrudniony w (...) jednakże skutek przewlekłej niezdolności do pracy wywołanej chorobami (nie związanymi z zakażeniem MRSA) musiał zrezygnować z zatrudnienia. Powód otrzymywał wynagrodzenie w minimalnej wysokości (k.33v). W dniu 29 października 2008 roku przyznano powodowi rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy za okres od dnia 2 czerwca 2008 roku w wysokości 912,34 zł brutto (k.35). Przyznaną powodowi rentę zwaloryzowano od dnia 1 marca 2009 roku do wysokości 968,00 zł brutto (k.36), następnie od dnia 1 marca 2010

roku do wysokości 1.013,00 zł brutto (k.37), zaś od 1 marca 2011 roku powód otrzymuje rentę w wysokości 1.044,10 zł brutto miesięcznie (k.38, (zeznania powoda, zapis protokołu rozprawy z dnia 19 listopada 2014 roku, 00:01:01 - 00:29:51).

W dniu 28 października 2011 roku powód skierował do pozwanego wezwanie do dobrowolnej wypłaty zadośćuczynienia, odszkodowania oraz renty wyznaczając termin na ustosunkowanie się pozwanego do przedstawionych żądań do dnia 14 listopada 2011 roku (k.58-59).

Pozwany odpowiedział pismem z dnia 23 listopada 2011 roku, w którym odmówił uczynienia zadość roszczeniom powoda (k.60-61).

Aktualnie stan zdrowia powoda nie uległ szczególnej poprawie. Gronkowiec nadal się spustoszenie w jego organizmie. Czasem jest lepiej: rana się zasklepia, robi się na niej strupek, po pewnym czasie jednak samoczynnie rana się otwiera i ropa wylewa się na zewnątrz. Okres zamykania rany trwa czasem kilka tygodni. Z uwagi na nieustający ból powód nadal korzysta ze środków przeciwbólowych w zwiększonej z 250 do 500 dawce. Pomimo uzyskiwanej renty powód próbował podjąć dodatkową pracę, zarejestrował się w Urzędzie Pracy jako rencista niepełnosprawny, ale nie ma żadnych ofert pracy. Z uwagi na stan zdrowia wywołany WZW typu C powód nie może skutecznie podjąć pracy. W związku ze stanem fizycznym i długotrwałym leczeniem dolegliwości fizycznych pogorszył się stan psychiczny powoda. Nie rozpoczął on jeszcze leczenia psychiatrycznego, ale ma objawy depresyjne. Na polecenie internisty powód kupił w aptece Deprim, który działa uspokajająco. Powód czuje się wyłączony z życia rodzinnego i z życia zawodowego. Powód czuje się dyskryminowany przez niektórych lekarzy, w tym swojego dentystę, którzy po uzyskaniu od powoda informacji o zarażeniu gronkowcem i WZW typu C, odmawiają udzielania mu pomocy medycznej tłumacząc, że boją się o swoje gabinety i pacjentów. Powód podjął również leczenie w W., gdzie od 2012 roku lekarz co 4 – 5 tygodni oczyszczał mu ranę. Zabieg oczyszczania jest bardzo bolesny, a przede wszystkim ten okres po zabiegu jest bardzo bolesny. Rana była bardzo bolesna, krwawiła, powód miał podwyższoną temperaturę. Za każdym razem powierzchnia rany się powiększała, bo lekarz czyścił ranę usuwając czasem zdrową tkankę, bo lekarz chciał tak wyczyścić żeby nie było zakażenia. Poza zarażeniem bakterią metycylinoopornego gronkowca złocistego MRSA powód cierpi również na WZW typu C, osteoartropatię Charcota, ma problemy z krążeniem. W związku z chorobą -nie związaną z zakażeniem- osteoartropatią Charcota powód musi chodzić w ortopedycznym bucie i nie może naciskać na stopę. Zniekształcenie stopy jest nieuleczalne. Przed 20 laty powód cierpiał na astmę, w związku z czym był leczony sterydami, ale aktualnie nie odczuwa żadnych ubocznych skutków z tym związanych. Powód cierpi również na polineuropatię, która przejawia się zachwianiem czucia w kończynach dolnych. Polineuropatia powoduje, iż odczuwanie bólu przez powoda jest zmniejszone. Badania przeprowadzane w oparciu o skierowanie od lekarza są bezpłatne. Powód korzysta aktualnie z opatrunku, który musi wymieniać raz na tydzień. Jest on refundowany w 40 %. Dodatkowo powód bierze witaminę C, tran. Kupuje witaminę C i zużywa od 3 do 4 opakowań w miesiącu. Powód zaopatruje się tran w Norwegii, czasem za niego płaci, a czasem nie. Powód ponosi również koszty zakupu leków związanych z zakażeniem gronkowcem, kompresów gazowych wyjałowionych, opatrunków żelowych, opatrunków chłonnych i innych materiałów opatrunkowych, preparatów dezynfekujących, maści z antybiotykami (zeznania powoda, zapis protokołu rozprawy z dnia 19 listopada 2014 roku, 00:01:01 - 00:29:51, 41-53).

Od 1994 roku w pozwanej jednostce działa Zespół ds. zakażeń szpitalnych, którego zadaniem jest rejestrowanie zakażeń szpitalnych. Oddział Septyczny ma tylko 26 łóżek. Dodatkowo są wydzielone odpowiednie wózki, pielęgniarki, istnieje pracownia ozonoterapii. Na oddziale stosowane są ultradźwięki zeringa, fotodynamika. Oddział posiada własną salę operacyjną (zeznania świadka Z. S., k.441-444). W szpitalu przeprowadzane są badania czystości mikrobiologicznej (k.300-307), kontrole biologicznej sterylizatorów parowych (k.309-311), audyty wewnętrzne czystości dozowników, oddziałów, czystości i higieny osobistej pracowników (k.337-341). Narzędzia są sterylizowane (k.342 – 402). Od 2005 roku stosowany jest standard „Rodzaje izolacji oraz zakres ich stosowania” z procedurami. Włączona jest „karta mycia i dezynfekcji w czasie izolacji pacjenta”, „Plan postępowania przy zakażeniach gronkowcem złocistym MRSA”. Opracowany jest plan higieny. W 2004 roku opracowano procedurę „Plan identyfikacji, przenoszenia, wypisywania pacjentów skolonizowanych szczepami wieloopornymi”, „rejestr patogenów alarmowych”. Opracowano „Postępowanie z odpadami”, wprowadzono wiele procedur higienicznych. Na VIII Oddziale Septycznym

zamontowano dozowniki ze środkiem do dezynfekcji rąk. Opracowano procedurę „Higiena rąk”, jak również poradni dla pacjentów „Jak myć ręce”, „Pacjencie zapobiegajmy zakażeniom razem”, „Co powinieneś wiedzieć na temat gronkowca” (k.864-1267).

Wskazany powyżej stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o powołane dowody, w szczególności w oparciu o zgromadzoną w aktach dokumentację medyczną powoda (k.94-287, k.480-526, k.557-560, k.570-587, k.596-597, k.600-605, k.611-658, k.667-372, k.674-678, k.701-708, k.728-789), dokumentację szpitala odnoszącą się do stosowanych procedur (k.91 – 93, k.288 - 415), a także kopii rachunków oraz faktur (k.25,26, k.41-57).

Sąd oddalił wniosek pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych uznając, że sformułowane przez pozwanego wobec biegłych i sporządzonej przez nich opinii zarzuty nie zasługują na uwzględnienie. W szczególności na uwzględnienie nie zasługuje zarzut pozwanego dotyczący braku kompetencji i doświadczenia biegłych w zakresie stanowiącym przedmiot opinii. Nie sposób zgodzić się bowiem ze stanowiskiem pozwanego, że sporządzający opinię zespół nie jest w stanie obiektywnie opiniować prawidłowości leczenia zakażeń kości i tkanek miękkich. W składzie znajdował się bowiem specjalista w zakresie chorób zakaźnych prof. dr hab. n.med. A. G., były konsultant krajowy, który w swojej długoletniej praktyce zajmował się i zajmuje leczeniem wszelkiego rodzaju zakażeń, w tym również zakażeń dotyczących zakażeń tkanek miękkich i kości. Prof. dr hab. n. med. A. G. jest emerytowanym profesorem zwyczajnym Uniwersytetu (...) we W., gdzie przez 37 lat prowadził Katedrę i Klinikę (...). Przez 15 lat był Konsultantem Krajowym i z tego tytułu zajmował się różnego rodzaju chorobami zakaźnymi i zakażeniami w ogóle, a od 1981 roku zajmował się szczególnie zakażeniami szpitalnymi, m.in. uzyskując wprowadzenie ustawy rejestrującej zakażenia. Zajmuje się również zakażeniami w ramach działania w Wojewódzkiej Komisji ds. Badania Wydarzeń Medycznych we W.. Dodatkowo biegły ten pracuje jak nauczyciel akademicki i lekarz praktyk (zapis protokołu rozprawy z dnia 15 października 2014r., 00:02:00). Dodatkowo wskazać należy, że sporządzone przez biegłych opinie zarówno główna, pisemna uzupełniająca, jak i ustna uzupełniająca są adekwatne i rzetelne. Biegli wydali opinie bazując na całości materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie i wyjaśniając wszystkie te okoliczności i kwestie które dla Sądu były niejasne. Wniosek pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego biegłego Sąd uznał niezasadny. Nie można przyjąć, iż Sąd ma obowiązek dopuścić dowód z kolejnego biegłego w każdym przypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony. Potrzeba powołania innego biegłego powinna bowiem wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczasowej złożonej opinii. Przy czym potrzebą taką nie może być przeświadczenie strony, że dalsze opinie pozwolą na udowodnienie korzystnej dla strony tezy (tak wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 19 kwietnia 2013 r., I ACa 192/13, LEX nr 1315653 i powołane tamże szeroko orzecznictwo Sądu Najwyższego).

Sąd zważył co następuje:

Z ustalonego stanu faktycznego jednoznacznie wynika, że zakażenie jakiego doznał powód jest zakażeniem szpitalnym, a zatem źródłem zakażenia była bakteria chorobotwórcza występująca w środowisku szpitalnym, która przy zastosowaniu kryterium najwyższej staranności nie powinna występować. Z ustalonego stanu faktycznego wynika, że placówką w której doszło do zakażenia powoda gronkowcem złocistym typu MRSA był (...) Szpital (...) w P.. Za przyjęciem takiego stanowiska przemawia fakt, że podczas konsultacji w Poradni (...) Szpitala Miejskiego (...) w K. po przeprowadzeniu badania w posiewie wyhodowano bakterie Escherichia coli. Zastosowano antybiotykoterapię. Dalsze leczenie powód podjął w Poradni (...) Szpitala (...) w P., gdzie w dniu 4 września 2008 roku w wymazie z rany wyhodowano Escherichia coli i klebsiella pneumoniae. Po przeprowadzeniu ponownego badania, już po przyjęciu chorego na Oddział (...), w dniu 4 listopada 2008 roku z wykonane wymazu z rany w posiewie wyhodowano ponownie jak poprzednio Escherichia coli i klebsiella pneumoniae. Zabieg operacyjny przeprowadzono w dniu 12 listopada 2008 roku. W leczeniu stosowano antybiotykoterapię skojarzoną. Ostatecznie rozpoznano osteoartropatię Charchota kości stępu i śródstopia powikłaną rozległą raną odleży nową strony podeszwowej stopy. Wskutek zastosowanego leczenia uzyskano wygojenie rany pooperacyjnej przez rychłozrost i wyleczenie procesu zapalnego stopy. Powód został wypisany do domu w „końcowej fazie gojenia się rany pooperacyjnej” z zaleceniem antybiotykoterapii i regularnej zmiany opatrunków z neomycyną. Podczas kontroli pooperacyjnej w dniu 8 stycznia 2009 roku w Poradni (...) Szpitala w P. lekarz stwierdził obecność „małej przetoki bez wydzieliny”.(k.278). Stwierdzona przetoka stanowiła sygnał

ostrzegawczy- który sugerował, że już wówczas należy pobrać wymaz z przetoki lub fragment skóry celem określenia flory bakteryjnej, czego nie uczyniono. Podczas wizyty w dniu 19 lutego 2009 roku nie opisano wycieku z rany. W dniu 23 kwietnia 2009 roku opisano wyciek „treści surowicznej” z rany. Wówczas po raz kolejny należało pobrać wymaz do badania mikrobiologicznego. Ocena wzrokowa surowiczego charakteru wydzieliny była niewystarczająca. W maju 2009 roku stwierdzono utrzymujący się niewielki wyciek z przetoki, zalecano opatrunki z kwasu bornego, Diprogentę i kwas salicyłowy. W dniu 2 lipca 2009 roku z uwagi na pogorszenie stanu miejscowego – powiększenie przetoki stopy z towarzyszącym wyciekami surowiczym – pobrano wymaz z rany. W posiewie wyhodowano gronkowca złocistego metycyloopornego (MRSA). W dniu 2 września powód został poddany operacji wycięcia przetoki stopy lewej z usunięciem ziarniny zapalnej i martwiaków kostnych. Pomimo stosowanej antybiotykoterapii celowanej w posiewie treści z rany z dnia 25 września wyhodowano gronkowca MRSA. Powód znajdował się pod dalszą opieką Poradni Urazowo – Ortopedycznej. W kolejnych posiewach z dnia 14 stycznia i 16 marca 2010 roku ponownie wyhodowano gronkowca MRSA. W związku z powyższym brak jest wątpliwości, że najwyższe ryzyko zakażenia miało miejsce podczas hospitalizacji w Oddziale Septycznym pozwanego szpitala w 2008 roku. Przemawia za tym charakter prowadzonego przez pozwanego leczenia – zabieg operacyjny, przed wykonaniem którego u chorego nie wyhodowano z rany gronkowca, znajdujące się w aktach sprawy raporty z patogenów alarmowych z 2008 roku wskazują na dużą liczbę hospitalizowanych osób z potwierdzonym zakażeniem gronkowcem złocistym typu MRSA, powód od zabiegu operacyjnego do wykrycia zakażenia znajdował się pod stałą opieką pozwanego szpitala, utrzymująca się przetoka i obecność wycieku po zabiegu operacyjnym. Wbrew twierdzeniom strony pozwanej czas, jaki upłynął od zabiegu operacyjnego do rozpoznania zakażenia, nie ma znaczenia dla ustalenia związku przyczynowego pomiędzy leczeniem a zakażeniem. Istotny jest bowiem czas, jaki upłynął od wystąpienia pierwszych objawów infekcji. Zdiagnozowanie zakażenia było opóźnione co nie zwalnia pozwanej od odpowiedzialności za zaistniałe zakażenie. (opinia biegłych, k.823 – 841). Sygnałem alarmowym dla lekarzy pozwanej placówki powinien być występujący już na badaniach kontrolnych wyciek z rany .

W licznych orzeczeniach , których treść podziela sąd orzekający (por. SN z dnia 17 czerwca 1969, II CR 165/69) Sąd Najwyższy wyjaśnił, że gdy chodzi o ustalenie przyczyny utraty lub pogorszenia zdrowia ludzkiego istnienie związku przyczynowego z reguły nie może być absolutnie pewne, to też wystarczy ustalenie z dostateczną dozą prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego (tak też SN w wyroku z 5 lipca 1967, I PR 174/67, w wyroku z dnia 12 stycznia 1977, w wyroku z dnia 21 października 1998 roku, III CKN 589/97, wyrok Sadu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 22 września 2005 roku, I ACa 197/05, w wyroku z dnia 20 marca 2009 roku). Zgodnie z art. 231 kpc sąd może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wnioski takie można wyprowadzić z innych ustalonych faktów. Uregulowany w tym art. tzw. dowód prima facie oparty na konstrukcji domniemań faktycznych zwalnia stronę ponoszącą ciężar dowodu od żmudnego wykazywania wszystkich etapów związku przyczynowego pomiędzy pierwotnym zdarzeniem sprawczym a szkodą, wymaga jednak wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych pozwalających traktować je jako oczywiste. Sporządzone przez biegłych opinie: główna (k.823-841), pisemna uzupełniająca (k.1294-1298) jak i ustna uzupełniająca złożona na rozprawie dnia 15 października 2014 roku (zapis protokołu rozprawy z dnia 15 października 2014 roku, 00:01:42 – 00:32:50) wskazuje, że najbardziej prawdopodobnym źródłem zakażenia powoda gronkowcem złocistym MRSA jest zakażenie szpitalne w (...) Szpitalu (...) w P..

Sąd doszedł do wniosku, że pozwany wbrew regule wynikającej z art. 6 kc nie wykazał, że to nie on jest odpowiedzialny za zakażenie powoda. Ciężar udowodnienia, że do zakażenia nie doszło u pozwanego spoczywał, stosownie do zasady wynikającej z art. 6 kc, na pozwanym. Reguła dotycząca ciężaru dowodu nie może być rozumiana w ten sposób, że zawsze, bez względu na okoliczności sprawy spoczywa on na stronie powodowej. Jeżeli strona powodowa udowodniła fakty przemawiające za zasadnością powództwa, to na stronie pozwanej spoczywa ciężar udowodnienia ekscerpcji i faktów uzasadniających jej zdaniem oddalenie powództwa (tak SN w wyroku z dnia 20 kwietnia 1982 roku, I CR 79/82, por. też wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 28 kwietnia 1998 roku, I ACa 308/98). Kwestię zwolnienia się od odpowiedzialności szpitala podkreślił również Sąd Najwyższy stwierdzając w wyroku z dnia 14 października 1974 roku, II CR, że Jeżeli w sprawie ustalono, że stan sanitarny szpitala był wyjątkowo zły i że mógł doprowadzić do infekcji, a zakażenie rzeczywiście nastąpiło, prawdopodobieństwo związku przyczynowego między złym stanem

sanitarnym a zainfekowaniem organizmu jest tak duże, iż można przyjąć, że powód spełnił swój obowiązek wynikający z art. 6 kc. Nie można bowiem stawiać powodowi nierealnego wymogu ścisłego udowodnienia, jakimi drogami infekcja przedostała się do organizmu. Dlatego też w takiej sytuacji, jeżeli strona pozwana twierdzi, iż mimo ustalonego stanu rzeczy infekcja pochodzi z innych źródeł, ciężar dowodu przesuwa się z powoda na pozwanego. Co prawda szpital ma dobrze opracowane procedury sanitarno – epidemiologiczne, jednakże nie dowodzi to przestrzegania tych procedur przez wszystkich pracowników szpitala, a zatem nie wyklucza możliwości wystąpienia zakażenia szpitalnego. Sam fakt przebadania kilku pracowników Oddziału Septycznego (powód nie wykazał, że wyniki wszystkich pracowników były ujemne) w 2008 roku i 2009 roku w jednorazowym badaniu z ujemnymi wynikami, nie świadczy o tym, że u pozwanego nie było bakterii MRSA. Za przekonujące bowiem uznał Sąd wyjaśnienia biegłych, że ograniczone zastosowanie ma wykonanie jednokrotnych wymazów z nosa (bez wymazów ze skóry) u części tylko pracowników u na dodatek tak rozciągniętych w czasie, bo na przestrzeni dwóch lat. Sam fakt przygotowania wydzielonych gabinetów dla przyjmowania pacjentów z zakażeniem, w tym zaopatrzenie ich w jednorazowe prześcieradła, środki do dezynfekcji nie uniemożliwia zakażenia bakterią. Jak sam przyznał pozwany nie ma możliwości stwierdzenia przy przyjęciu, czy pacjent z patologiczną wydzieliną na MRSA, jednakże z uwagi na tak wyposażone gabinety pracownicy pozwanego powinni korzystać z zapewnionych środków. Samo zastosowanie nawet wskazywanych przez pozwanego środków nie przeczy możliwości zakażenia. Również fakt posiadania Certyfikatu Akredytacji przez Szpital nie stanowi dowodu braku występowania zakażeń szpitalnych, ani przestrzegania wszystkich standardów sanitarno – epidemiologicznych zapobiegającym ich szerzeniu się. W okresie hospitalizacji powoda w oddziale przebywało trzech pacjentów leczonych z powodu zapalenia wywołanego gronkowcem MRSA. Co prawda pozwany wskazuje, że nie mieli oni styczności z powodem jednakże nie stanowi to braku możliwości nabycia zakażenia podczas hospitalizacji. Najczęstszym bowiem źródłem zakażeń szpitalnych są bowiem ręce personelu lub też innych osób będących nosicielami bakterii, rzadziej każdy rodzaj używanego sprzętu lub zanieczyszczenia środowiska szpitalnego. Powszechnie wiadomo, że jeden lekarz oraz pielęgniarka sprawują opiekę nad wieloma chorymi. Aby doszło do zakażenia wystarczy niedokładnie zdezynfekowane ręce. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że przed przyjęciem do szpitala w P. powód przez kilka miesięcy miał ranę na stopie, a z wymazów nie wyhodowano gronkowca MRSA (opinia biegłych, k.1293 – 1298). W powoda w czasie pierwszej hospitalizacji, tj. w okresie od 3 – 24 listopada 2008 roku występowały następujące czynniki ryzyka, tj. choroby towarzyszące – polineuropatia, osteoartropatia Charcota, rana do czasu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, następnie rana pooperacyjna, zabieg operacyjny i jego zakres – opracowanie tkanek miękkich i kostnych, stosowana szeroko spektralna antybiotykoterapia, obecność innych pacjentów zakażonych szczepem gronkowca MRSA w tym samym oddziale, długi czas hospitalizacji w związku z czym ryzyko zakażenia powoda ulegało zwiększeniu.

Reasumując uznano, że stopień prawdopodobieństwa wpływu działań pozwanego jest wysoki, a jednostką odpowiedzialną za zarażenie powoda gronkowcem złocistym jest pozwany i dlatego na podstawie art. 415 kc w zw. z art. 445 kc zasądzono od pozwanego na rzecz powoda kwotę 120.000 złotych tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia 15 listopada 2011 roku.

Zgodnie z art. 445 § 1 kc w nawiązaniu do art. 444 kc sąd może przyznać poszkodowanemu, w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Art. 445 kc przewiduje możliwość przyznania zadośćuczynienia za krzywdę obejmującą między innymi uszkodzenia ciała. Przez krzywdę w rozumieniu przepisu rozumie się cierpienie fizyczne, a więc ból i inne dolegliwości oraz cierpienia psychiczne, jak również dalsze następstwa w postaci odczuwanego dyskomfortu w wyglądzie, mobilności, poczuciu osamotnienia, nieprzydatności społecznej. Zadośćuczynienie, którego celem jest złagodzenie cierpienia, powinno mieć charakter całościowy i obejmować wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno te już doznane jak i te, które przy uwzględnieniu aktualnego stanu zdrowia poszkodowanego w sposób przewidywalny mogą wystąpić w przyszłości. W aktualnych poglądach doktryny dominuje zapatrywanie, według którego spośród funkcji spełnianych przez zadośćuczynienie na czoło wysuwa się funkcja kompensacyjna. Jak zauważa A. S., przyznana z tego tytułu suma pieniężna „powinna wynagrodzić doznane przez poszkodowanego cierpienia fizyczne i psychiczne oraz utratę radości życia. Ma mu wreszcie ułatwić przezwycięzenie ujemnych przeżyć (...). Dzięki temu zostaje

przywrócona – przynajmniej częściowo – równowaga, która została zachwiana wskutek popełnienia przez sprawcę czynu niedozwolonego” (zob. A. Szpunar, Zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową, s. 78).

Rozstrzygając kwestię wysokości zadośćuczynienia Sąd musiał rozważyć jaka wysokość zadośćuczynienia będzie odpowiednia dla powoda i pozwole na zrehabilitowanie doznanej krzywdy, której nie sposób przecież wyliczyć w sposób ścisły. Wynika to bowiem z jej charakteru - z braku możliwości przedstawienia wartości niemajątkowej w kategoriach finansowych i ekonomicznych, doznanego cierpienia fizycznego i psychicznego nie można bowiem wycenić, a przyznawana suma pieniężna nie odzwierciedla rzeczywistego rozmiaru negatywnych odczuć poszkodowanego. Rozmiar doznanej krzywdy zależy od wielu czynników, np. wieku, nieodwracalności skutków naruszenia, osobistej sytuacji poszkodowanego, w tym również przyszłych perspektyw życiowych. Należy pamiętać, iż wysokość zasądzonej sumy powinna być tak ukształtowana, aby stanowiła odzwierciedlenie doznanego uszczerbku i była zauważalna i przynosiła poszkodowanemu satysfakcję, kompensacja bowiem dokonuje się głównie w sferze psychicznej poszkodowanego. Przywrócona zostaje wtedy pewna równowaga emocjonalna, naruszona przez doznane cierpienie psychiczne /za dr Justyna Matys, Glosa do wyroku SN z dnia 10.03.2006r., IV CSK 80/05, Monitor Prawniczy 2/2008/. Ustalając kryteria mające wpływ na wysokość zadośćuczynienia za szkodę niemajątkową wynikającą z naruszenia zdrowia doktryna i orzecznictwo wskazują, że należy także uwzględniać ciężkie następstwa, czas trwania cierpienia, ich intensywność, długotrwałość, rodzaj odniesionych obrażeń, wpływ na dalsze życie poszkodowanego, trwałe zmiany w psychice, trwałe kalectwo, poczucie bezradności, brak możliwości korzystania z określonych rozrywek, wykonywania określonej pracy, konsekwencji w życiu społecznym i osobistym /por. między innymi wyrok SN z dnia 29 września 2004 r., II CK 531/03, LEX nr 137577; wyrok SA w Białymstoku z dnia 1 lutego 2005 r., III APA 9/04, OSA 2005, z. 2, poz. 40/. Niewątpliwie do czynników zwiększających poczucie krzywdy należy zaliczyć również poczucie nieprzydatności w życiu rodzinnym i społecznym, konieczność pomocy ze strony najbliższych w czynnościach życiowych, rezygnację z wykonywania ulubionych zajęć.

Sąd uznał, iż suma cierpień, jakich doznał powód w związku z zakażeniem była wysoka. Zasądzając zadośćuczynienie w kwocie 120.000,00 złotych Sąd wziął pod uwagę rodzaj i rozmiar doznanych obrażeń i cierpień, długotrwałość skutków i ich nieodwracalność. Zwrócić należy uwagę, że dokonując oceny cierpienia Sąd musiał wziąć pod uwagę jedynie cierpienia związane z zakażeniem powoda bakterią gronkowca złocistego MRSA, a nie inne związane z chorobą podstawową – osteoartropatią Charkota, WZW typu C, łuszczycą, która została zdiagnozowana jeszcze przed wystąpieniem zakażenia i stała się przyczyną dużej deformacji stopy i trudności w chodzeniu. W związku z zakażeniem i towarzyszącym temu owrzodzeniem powód odczuwa dodatkowy ból, co wiąże się z zażywaniem przez niego przepisanych mu tabletek przeciwbólowych. Co prawda powód cierpi na polineuropatię, tj. na zaburzenia czucia, które sprawiają, że czynnik wywołujący dolegliwości bólowe jest inaczej odbierany przez osobę z polineuropatią i bez polineuropatii jednakże nie uzasadnia to twierdzenia, że dolegliwości bólowe nie towarzyszą powodowi. Nie ulega również wątpliwości, że długotrwałe leczenie i przebywanie w placówkach medycznych, konieczność poddawania się zabiegowi oczyszczania rany wpłynęły również w sposób negatywny na psychikę powoda. Powód ma objawy depresji, korzysta z łagodnych środków przeciwdepresyjnych. Powód odczuwa smutek, żal, przygnębienie. Czuje, że jest wyłączone z życia rodzinnego, zawodowego. Odczuwa również dyskryminację ze względu na stan zdrowia albowiem lekarze, którzy dotychczas go leczyli odmawiają udzielenia mu świadczeń medycznych. Wyczerpanie wszelkich dostępnych w Polsce metod leczenia i brak znaczących postępów czy też remisji, jak również groźba amputacji kończyny dodatkowo obciąża psychikę powoda.

Reasumując, Sąd ustalając wysokość zadośćuczynienia wziął pod uwagę takie kryteria jak rozmiar cierpienia fizycznych i psychicznych związanych z zakażeniem, dolegliwości bólowe, trudne i długotrwałe leczenie, z jakim związany był stres dodatkowo wzmocniony nieodwracalnymi skutkami, występujące ograniczenia w życiu osobistym i zawodowym. Sąd wziął również pod uwagę, iż trwałość oraz nieodwracalność skutków zakażenia na zawsze musiała spowodować u powoda rozchwianie emocjonalne. W ocenie Sądu przyznane zadośćuczynienie jest sprawiedliwe i adekwatne do poniesionego przez powoda uszczerbku na zdrowiu. Funkcja kompensacyjna zadośćuczynienia jest spełniona jedynie wtedy, gdy przyznana kwota pozwole chociaż w jakimś stopniu zniwelować negatywne odczucia poszkodowanego, związane z doznąą krzywdą i cierpieniem, także przyniesie poszkodowanemu równowagę emocjonalną, naruszoną

przez cierpienie fizyczne i psychiczne (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 14.02.2008 r., II CSK 536/07, nie publ., LEX nr 461725)". Podsumowując, Sąd ustalając wysokość zadośćuczynienia wziął pod uwagę takie kryteria jak rozmiar cierpienia fizycznych i psychicznych, powstałe dolegliwości bólowe, długotrwałe leczenie, z jakim związany był stres dodatkowo wzmocniony nieodwracalnymi skutkami, występujące ograniczenia w życiu osobistym. Sąd wziął również pod uwagę, iż trwałość oraz nieodwracalność skutków wypadku musiała spowodować u powoda rozchwianie emocjonalne.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 455 w zw. z art. 481 kc. Na podstawie art. 481 kc odsetki należą się za samo opóźnienie w spełnieniu świadczenia, choćby więc wierzyciel nie poniósł żadnej szkody i choćby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik nie ponosi odpowiedzialności. Zgodnie z art. 455 kc jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania. Zatem w wypadku zobowiązań bezterminowych, a takie na ogół stanowią zobowiązania odszkodowawcze, określenie terminu spełnienia świadczenia zależy od wezwania wierzyciela skierowanego do dłużnika, w którym oznaczy on żadaną kwotę, bowiem dopiero wtedy dłużnik popada w opóźnienie, a w związku z tym możliwe jest dochodzenie odsetek na podstawie art. 481 kc. Chociaż kwestia zasądzania odsetek jest w nauce prawa kontrowersyjna /por. wyrok SN z dnia 18 lutego 2011r., I CSK 243/10/ Sąd uznał, iż w tym konkretnym przypadku istnieje możliwość zasądzania odsetek od dnia następnego po upływie terminu określonego w wezwaniu do zapłaty. Od tego dnia bowiem pozwany pozostawał w opóźnieniu w spełnieniu świadczenia.

Skoro krzywda powoda (jej rozmiar) jak i jej wysokość - jak wynika z podzielonych przez Sąd ustaleń faktycznych - została ustalona już w wezwaniu pozwanego do zapłaty, to wymagalność roszczenia o zadośćuczynienie za krzywdę, a tym samym początkowy termin naliczenia odsetek za opóźnienie w zapłacie należnego zadośćuczynienia, biegnie od dnia następnego po upływie terminu do spełnienia świadczenia określonego przez powoda na dzień 14 stycznia 2011 roku. Dlatego też początkowy termin naliczenia odsetek ustawowych należało ustalić na dzień 15 stycznia 2011 roku skoro w tej dacie w ocenie Sądu, w toku postępowania zostało wykazane, że dochodzona suma 120.000 zł rzeczywiście należała się powodowi w tej dacie. Oznaczało to jednocześnie wobec określenia dochodzonego żądania odsetkowego wykazanie przez powoda, że stan jego zdrowia oceniany przez pryzmat skutków zdarzenia z listopada 2008 roku na dzień 14 stycznia 2011 roku wskazany w pozwie był ustabilizowany wobec zakończenia procesu leczenia na w/w datę i skoro dochodzono od daty 15 stycznia 2011 roku odsetek, w niniejszej sprawie zasadnym jest uwzględnienie żądania powoda w tym zakresie.

Sąd uznał, że w niniejszej sprawie zachodzą przesłanki do ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość. Podkreślenia wymaga, że w świetle zgromadzonego materiału dowodowego powodowi wynika, że powodowi w związku z zakażeniem bakterią grozi amputacja kończyny. Powód wymaga również dalszych zabiegów związanych z oczyszczaniem rany, co wiązać się może z dalszymi kosztami tym bardziej, że biegli jednoznacznie stwierdzili, iż rokowania na przyszłość są niekorzystne. Stan powoda jest trwały, ale nie można wykluczyć zmiany na gorsze. Powód wykorzystał aktualnie wszystkie dostępne w Polsce metody leczenia zakażenia, co nie wyklucza jednocześnie, że w świetle rozwijającej się nauki i techniki możliwe będzie zastosowanie innych metod leczenia, które wiązać się mogą z dodatkowymi kosztami. Z dotychczas przeprowadzonego postępowania dowodowego wynika zatem, że w związku z zarażeniem powoda w listopadzie w 2008 roku mogą wystąpić jeszcze inne skutki, których dochodzenie powództwem o świadczenie w tej chwili nie jest aktualne. Sąd uznał zatem, że biorąc pod uwagę ewentualną perspektywę poddania się w przyszłości operacjom związanym z dalszymi kosztami, zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że w przyszłości mogą wystąpić dalsze szkody zarówno w zakresie zwiększenia rozmiarów krzywdy (ból, dyskomfort) jak i majątkowych, dlatego też na zasadzie art. 189 kpc Sąd ustalił odpowiedzialność pozwanego na przyszłość za dalsze skutki mogące powstać w przyszłości (por. SN z 3 stycznia 1953 roku, II C 233/52, uchwała SN (7), zasada prawna z 17 kwietnia 1970 roku, III PZPO 34/69).

Art. 444 § 2 kc reguluje trzy, oparte na różnych podstawach faktycznych, świadczenia rentowe:

- z tytułu utraty zdolności do zarabkowania,

- z tytułu zwiększenia się potrzeb poszkodowanego,
- oraz z tytułu zmniejszenia się jego widoków na przyszłość.

Celem renty „tzw. wyrównawczej” jest zrekompensowanie poszkodowanemu szkody wynikającej z utraty możliwości zarobkowych. Jej zapłata ma doprowadzić do zrównania sytuacji finansowej poszkodowanego z sytuacją hipotetyczną, w jakiej znajdowałby się poszkodowany, gdyby nie skutki wypadku. Punktem odniesienia, w przypadku osób zarabiających są zatem dochody osiągnięte z rodzaju pracy, jaką z dużym prawdopodobieństwem poszkodowany nadal by wykonywał, gdyby jego zdolność do pracy nie była ograniczona. Renta wyrównawcza zatem z § 2 art. 444 kc wyrównuje szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym, która wynika z utraty zdolności do pracy, a ściślej z braku możliwych do uzyskania dochodów (zarobków) skutkiem utraty bądź ograniczenia zdolności do pracy (por. SN z 07.02.2006, I UK 301/05).

Sąd oddalił żądanie powoda w zakresie zasądzenia odszkodowania w kwocie 11.710,32 zł tytułem skapitalizowanej renty uzupełniającej odpowiadającej różnicy pomiędzy wysokością minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującego w latach 2009 – 2011 a wysokością uzyskiwanej wówczas renty uznając, że brak jest podstaw do zasądzenia dla powoda renty uzupełniającej. Powód dochodził renty uzupełniającej z tytułu utraty przez niego zdolności do pracy zarobkowej na skutek zakażenia go w listopadzie 2008 roku bakterią gronkowca złocistego MRSA. Jak jednak wynika z przeprowadzonego postępowania dowodowego, w tym zeznań powoda i przedłożonych dokumentów rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy przyznano powodowi decyzją z dnia 29 października 2008 roku za okres od dnia 2 czerwca 2008 roku w wysokości 912,34 zł brutto (k.35), a zatem przed zarażeniem powoda gronkowcem złocistym MRSA. Uznać zatem należy, że w chwili zarażenia gronkowcem powód nie był zatrudniony i nie uzyskiwał już minimalnego wynagrodzenia za pracę brak zatem podstaw do zasądzenia różnicy pomiędzy wysokością minimalnego wynagrodzenia, którego powód nie uzyskiwał, a wysokością uzyskiwanej przez powoda renty. Oznacza to również, że brak jest bezpośredniego związku pomiędzy utratą przez powoda zdolności do pracy a zarażeniem gronkowcem. Powód nie wykazał również, że gdyby nie zakażenie związane z pobytem w pozwanej jednostce, to nadal osiągałby dochód, którego – nawet wykorzystując zachowaną zdolność do pracy osiągnąć nie może. Renta wyrównawcza z tytułu utraconych całkowicie w normalnych warunkach zdolności do pracy zarobkowej nie ma ze swojej istoty charakteru socjalnego (por. wyrok SA w Katowicach z dnia 4/10/2011, sygn. akt V ACa 423/11). Ma ona przecież zrekompensować utracone dochody, których powód wówczas już nie osiągał.

Podstawę zasądzenia odszkodowania na rzecz powoda w kwocie 1.522 zł stanowi art. 444 § 1 kc, zgodnie z którym, w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Jako najbardziej typowe składniki szkody na osobie podlegającej naprawie na podstawie art. 441 kc wymienia się wydatki i koszty opieki leczniczej, pielęgnarskiej i rehabilitacyjnej, koszty pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej (także w sanatorium), wydatki związane z zakupem lekarstw i innych środków leczniczych, kosztów zakupu urządzeń i przyrządów niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania w życiu codziennym .Obowiązek zwrotu wszystkich kosztów wynikający z treści art. 444 § 1 k.c. dotyczy wydatków rzeczywiście poniesionych i nie wystarczy wykazanie, że były one obiektywnie potrzebne (wyrok SA w Poznaniu z dnia 8 lutego 2006 roku, I ACa 1131/05).

Zasądzając kwotę 1.522 zł tytułem odszkodowania Sąd uwzględnił poniesione przez powoda wydatki związane z próbą zakwalifikowania się powoda do terapii fagowej w łącznej kwocie 145 zł (k.25 i k. 26), jak również koszty autoszczepionki w kwocie 350 zł (k.56). Sąd uznał również za zasadne zasądzenie zwrotu poniesionych przez powoda kosztów badań (k.57), jak również koszty zakupu leków związanych z zakażeniem gronkowcem, kompresów gazowych wyjałowionych, opatrunków żelowych, opatrunków chłonnych i innych materiałów opatrunkowych, preparatów dezynfekujących, maści z antybiotykami (k.41-53). Oddalając żądanie ponad zasądzoną kwotę Sąd uznał, że powód nie wykazał, aby wydatki wykazane przez powoda rachunkami i fakturami dołączonymi do akt sprawy związane były z zarażeniem bakterią gronkowca złocistego, w szczególności brak związku przyczynowego pomiędzy zarażeniem a zakupem przez powoda m.in. szamponu do regeneracji włosów (k.47v), sylimarol (k.42), perspi Block (k.45) czy syrop

malinowy „owocowa spiżarnia” (k.46). Wśród przedłożonych rachunków znajdują się również rachunki na zakup lekarstw związanych z innymi dolegliwościami.

Sąd nie uwzględnił żądania powoda o zwrot kosztów podróży do P., S., W. oraz K. w celu odbywania konsultacji, wizyt kontrolnych, hospitalizacji i poddawania się innym zabiegom medycznym, albowiem ani wysokość poniesionych kosztów, ani też ich poniesienie, wbrew obowiązкови wynikającemu z treści art. 6 k.c. i 232 k.p.c. nie została wykazana.

Sąd oddalił żądanie powoda o zwrot kosztów związanych z zakupem obuwia ortopedycznego uznając, że wydatki te nie są związane bezpośrednio z zarażeniem powoda bakterią gronkowca złocistego MRSA, a z jedną z chorób, na którą powód cierpiał już przed zakażeniem w postaci osteoartopatii Charcota.

Rozstrzygnięcie o kosztach Sąd oparł na treści art. 100 k.p.c. zgodnie z którą w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. Z kwoty 223801 zł stanowiącej wartość przedmiotu sporu Sąd zasądził kwotę 121.522 zł stanowiącą 54 % wartości przedmiotu sporu. Zgodnie ze wskazaną wyżej zasadą stosunkowego rozdzielania kosztów postępowania strony powinny ponieść koszty procesu w takim stopniu, w jakim przegrały sprawę a zatem powód w 46 %, a pozwany 54%. Koszty procesu wyniosły razem 16.434 zł, w tym po stronie powoda kwota 7.217 zł tytułem wynagrodzenia pełnomocnika i kwota 2.000 zł uiszczona tytułem częściowej opłaty stosunkowej od pozwu, a po stronie pozwanego kwota 7.217 zł. Powoda, zgodnie z powyższą zasadą, powinny obciążać koszty w kwocie 7559,64 (16434x46%), skoro jednak poniósł koszty w kwocie 9.217 zł, należy mu się zwrot kwoty 1657, którą Sąd zasądził na jego rzecz od pozwanego.

Sąd, na podstawie art. 113 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 100 k.p.c. nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Gliwicach kwotę 14.381,98 złotych tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych, na którą składają się koszty nieuiszczonej przez powoda opłaty stosunkowej od pozwu oraz koszty sporządzonych w sprawie opinii biegłych oraz wydatki związane z uzyskaniem dokumentacji medycznej, które tymczasowo zostały pokryte ze środków Skarbu Państwa.

W oparciu o treść art.113 u.o.k.s.c. w zw. z art. 100 k.p.c. Sąd nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Gliwicach od powoda kwotę 12251,33 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od oddalonej części powództwa.

Katarzyna Sznajder