

Sygn. akt IC 960/12

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 października 2014 r.

**Sąd Okręgowy w Świdnicy Wydział I Cywilny**

w składzie :

**Przewodniczący SSO Elżbieta Jęczmień**

**Protokolant Agnieszka Borejko**

po rozpoznaniu w dniu 15 października 2014 roku w Świdnicy

**sprawy z powództwa K. G.**

**przeciwko (...) Centrum Medycznemu(...) w P.**

**o zadośćuczynienie, odszkodowanie oraz rentę**

**I. powództwo oddala;**

II. nie obciąża powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu stronie pozwanej;

III. nie obciąża powoda obowiązkiem uiszczenia wydatków na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Świdnicy.

Sygn. akt I C 960/12

## UZASADNIENIE

**Powód K. G.** wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) Centrum Medycznego(...) w P. kwoty 400.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę powstałą na skutek działań personelu pozwanego (...) Centrum Medycznego(...) w P. (...) wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od kwoty 400.000 zł od dnia 26 marca 2012 roku do dnia zapłaty, zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda K. G. odszkodowanie w kwocie 60.000 zł tytułem kosztów opieki sprawowanej nad powodem przez osoby najbliższe w okresie od września 2006 roku do 23 lutego 2012 roku wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 26 marca 2012 roku do dnia zapłaty, zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda K. G. renty z tytułu zwiększonych potrzeb w kwocie 1.500 zł miesięcznie, płatnej z góry do 10 – go dnia każdego miesiąca począwszy od dnia 23 lutego 2012 roku wraz z odsetkami ustawowymi w przypadku zwłoki w płatności którejkolwiek z rat, zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu w wysokości 14.417 zł, w tym kwoty 14.400 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego i 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

W uzasadnieniu powód podniósł, iż został przyjęty do pozwanego (...) Centrum Medycznego(...) w P. 13 września 2006 roku z powodu zmiążdżeniowego złamania części dalszej obu kości podudzia prawego. Kończyna została unieruchomiona w podłużniku gipsowym udowo – stopowym, zabieg operacyjny zespolenia odłamów wykonano osiem dni od chwili przyjęcia do szpitala tj. 22 września 2006 roku. 18 grudnia 2006 roku w materiale pobranym z rany pooperacyjnej wyhodowano gronkowca złocistego metycylinowrażliwego. Zwłoka zespołu medycznego strony pozwanej w podjęciu leczenia operacyjnego w połączeniu ze zmiążdżeniowym charakterem złamania miały istotny wpływ na rozwój powikłania w postaci zapalenia kości podudzia lewego, wywołanego przez gronkowca złocistego wykrytego w ranie pooperacyjnej w grudniu 2006 roku, oraz *Citrobacter koseri* i *Enterococcus faecalis* wyhodowane z materiału pobranego z rany w dniu 14 marca 2007 roku. Infekcje doprowadziły do wytworzenia się stawu rzekomego, co w konsekwencji skutkowało amputacją podudzia. Powód odczuwa ból i cierpienie spowodowane

okresem rekonwalescencji, ale również dolegliwości w sferze psychicznej, bowiem nie może pogodzić się z niepełnosprawnością, utratą widoków na przyszłość, stał się nerwowy i rozdrażniony. Wobec tego żądanie kwoty 400.000 zł zadośćuczynienia jest w pełni uzasadnione. Stan zdrowia powoda, a w szczególności jego ograniczona sprawność fizyczna spowodowały na każdym etapie jego leczenia konieczność opieki i wyręki osób trzecich. Opiekę tę sprawowały i nadal sprawują osoby najbliższe. Wniosek o zasądzenie renty w kwocie 1.500 zł miesięcznie wiąże się ze zwiększonymi potrzebami będącymi następstwem hospitalizacji w pozwanym szpitalu na co składają się: koszty przejazdu na wizyty kontrolne do lekarzy specjalistów, zwiększone wydatki na lepsze odżywianie, stosowanie farmakoterapii, koszty opieki i pomocy ze strony osób drugich. Powód zgłosił swoje roszczenie do strony pozwanej 24 lutego 2012 roku, ale pozwana nie zajęła stanowiska.

W piśmie z 14 października 2014 roku powód rozszerzył powództwo i wniósł o zasądzenie kwoty 262,25 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia doręczenia stronie pozwanej pisma zawierającego niniejsze żądanie do dnia zapłaty.

**Strona pozwana (...) Centrum Medyczne SP(...) w P.Z.** wniosła o oddalenie powództwa, zasądzenie od powoda na rzecz strony pozwanej kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Strona pozwana przyznała, iż powód K. G. był pacjentem pozwanej. Zabieg operacyjny w dniu 22 września 2006 roku wykonano prawidłowo, czego powód nigdy nie kwestionował. Sugestie powoda odnośnie tego, że zabieg operacyjny u powoda został przeprowadzony zbyt późno są całkowicie nieuzasadnione i świadczą o braku elementarnej wiedzy medycznej. W przypadku urazów zmiążdżeniowych jedynym racjonalnym sposobem leczenia jest odczekanie do czasu podgojenia się tkanek miękkich. W przypadku powoda zastosowany sposób leczenia był prawidłowy, strona pozwana wykonała swe obowiązki w sposób należyty przy zachowaniu najwyższej staranności i w zgodzie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. 6 października 2006 roku i 17 listopada 2006 roku powód był na kontroli i nie stwierdzono żadnych powikłań, czy nieprawidłowości. Pozwana podniosła, iż powód w żaden sposób nie wykazał, a nawet nie uprawdopodobnił, że stwierdzenie w ranie pooperacyjnej gronkowca złocistego można przypisać zawinionym, czy choćby niestarannym działaniom personelu medycznego zatrudnionego u strony pozwanej. Powód nie przedstawił również dowodów, że obecność w ranie pooperacyjnej bakterii zapoczątkowała łańcuch powiązań kauzalnych, który doprowadził do amputacji w dniu 23 stycznia 2010 roku podudzia powoda. Pozwany wskazał jeszcze, że wysokość łącznej kwoty żądania dochodzonego pozvem jest zbyt wygórowana i nieuzasadniona. Niezależnie od powyższego strona pozwana podniosła jeszcze zarzut przedawnienia roszczenia, albowiem zdarzenie miało miejsce w dniu 22 września 2006 roku, zaś pozew został złożony w dniu 2 maja 2012 roku, a zatem po okresie przedawnienia roszczeń z deliktu.

#### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

13 września 2006 roku powód upadł z drabiny i doznał złamania i zmiążdżenia podudzia prawego. Bezpośrednio po wypadku powód był leczony w Oddziale (...)(...)pozwanego (...) Centrum Medycznego SP(...)w P.Z.. Złamanie unieruchomiono w łusce gipsowej, było skośne, koślawe ustawienie odłamów, powód otrzymywał leki przeciwbólowe ze względu na znaczne dolegliwości bólowe. W przypadku urazu jakiego doznał powód zmiążdżenia podudzia nie jest istotne złamanie kości, głównym problemem jest uszkodzone unaczynienie tkanek, dlatego zabiegi są odraczane. U powoda dodatkowo były zaburzenia krążenia podudzia, na zewnątrz były zmiany torficzne spowodowane złym stanem ukrwienia. Nałożenie na ten uraz ponownego urazu w postaci rany operacyjnej grozi wystąpieniem gwałtownych powikłań w postaci pogorszenia unaczynienia. 22 września 2006 roku powodowi zabieg zespolenia płytką AO i pięcioma wkretami, podczas operacji zastosowano okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową cefazoliną (B.), po zabiegu kończynę unieruchomiono w opatrunku gipsowym podudziowym, wykonywano opatrunki przez wycięte w gipsie okienko, nie obserwowano zaburzeń w gojeniu rany, zdjęcie rtg potwierdziło prawidłowe ustawienie odłamów złamania. Powód został wypisany do domu 28 września 2006 roku z niezagojoną raną. Przez dwa tygodnie opatrunki były robione w szpitalu dwa razy dziennie, następnie jeden raz dziennie. 6 października 2006 roku w trakcie kontroli lekarz stwierdził, iż rany pooperacyjne zostały wygojone, usunięto szwy, założono longetę gipsową i zalecono kule

do chodzenia. Opatrunek gipsowy usunięto po dwóch miesiącach, wykonano kontrolne rtg widoczny był postęp zrostu, założono łuskę gipsową podudziową, zalecono chód bez obciążania kończyny dolnej prawej. Na początku grudnia 2006 roku u powoda nasiliły się dolegliwości bólowe, obrzęk i zaczerwienienie stawu skokowego i stopy, otworzyła się rana w bliźnie pooperacyjnej. Doszło do objawów zakażenia miejsca operowanego i 18 grudnia 2006 roku wyizolowano metylinowrażliwy szczep S.. A.rozпочęto po uzyskaniu wyniku posiewu i antybiotykoqramu, co jest postępowaniem właściwym. Brak było postępu zrostu, skośne ustawienie szpary stawu, stęp ustawiony szpotawo. Powód został skierowany na leczenie w Klinice (...)we W.. Leczony był z rozpoznaniem zapalenia kości nasad dalszych podudzia prawego, ośmiokrotne zabiegi operacyjne nie dały rezultatów, nie przyjął się przeszczep skóry z biodra. Były widoczne szpary złamania, odłamy złamania ustawione w przemieszczeniu i skróceniu, w zakresie kości stopy prawej stwierdzono cechy zaniku kostnego, brak zrostu kostnego w zakresie kości podudzia – cechy stawu rzekomego.

**Dowód:** karta informacyjna z 28 września 2006 roku (...) Centrum Medycznego w P. k. 8 – 8 v,

historia choroby (...) Centrum Medycznego w P. k. 9 – 10,

indywidualna karta pielęgnowania k. 11 – 12,

przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna k. 13,

indywidualna karta zaleceń lekarskich k. 16,

wywiad epidemiologiczny z 13 września 2006 roku k. 17,

wynik badania mikrobiologicznego z 18 grudnia 2006 roku k. 31 – 32,

dokumentacja medyczna z 6 października 2006 roku k. 134,

informacja dla lekarza kierującego z 17 listopada 2006 roku k. 33,

dokumentacja medyczna z 9 stycznia 2007 roku k. 136,

karta informacyjna z 25 kwietnia 2007 roku (...) Szpitala (...) we W. im. J. R. k. 39 – 39 v,

karta informacyjna z 19 października 2007 roku (...) Szpitala (...) we W. im. J. R. k. 40,

karta informacyjna z 21 marca 2008 roku (...) Szpitala (...) we W. im. J. R. k. 44,

karta informacyjna z 27 czerwca 2008 roku (...) Szpitala (...) we W. im. J. R. k. 45,

wynik badania rentgenowskiego z 27 czerwca 2008 roku k. 46,

karta informacyjna z 4 lutego 2009 roku (...) Szpitala (...) we W. im. J. R. k. 47,

opinia z 10 września 2013 roku biegłych z zakresu mikrobiologii dr hab. n. med. M. B., dr n. med. A. D. k. 216 – 217,

opinia sądowo – lekarska z 3 kwietnia 2014 roku biegłego sądowego w zakresie chirurgii urazowo – ortopedycznej dr. n. med. J. S. k. 308 – 309 v,

opinia sądowo – lekarska uzupełniająca z 25 lipca 2014 roku biegłego sądowego w zakresie chirurgii urazowo – ortopedycznej dr. n. med. J. S. k. 320 – 320 v,

zeznania świadka A. M. k. 117 – 118,

zeznania świadka H. G. k. 118 – 119 v,

zeznania świadka K. T. k. 119 v – 121,

zeznania świadka A. T. k. 148 v – 149,

zeznania świadka M. G. k. 156 v,

zeznania powoda K. G. k. 358 v – 359 v.

Zakażenie powoda spełnia kryteria zakażenia miejsca operowanego, ponieważ jego objawy wystąpiły przed upływem roku od zabiegu – powodowi zostało wszczepione ciało obce, czyli elementy zespolenia. Do zakażenia z dużym prawdopodobieństwem mogło dojść w pozwanym szpitalu. Bakteria jaka wywołała zakażenie u powoda z większym prawdopodobieństwem pochodziła z flory własnej powoda. W sposób pewny pochodzenie konkretnego szczepu bakterii można określić wyłącznie posiadając szczep dowodowy i szczepy porównawcze izolowane z określonych miejsc, a następnie wykonać badania genetyczne. Zastosowanie przez stronę pozwaną okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej było działaniem prawidłowym. W przypadku urazu zmiążdżeniowego z niedokrwieniem istotne jest to, że tkanki niedokrwione mogą ulegać martwicy i kolonizacji mikroorganizmami i stanowić źródło zakażenia, dlatego uzasadnione było opóźnianie zabiegu.

Pozwany szpital jest na bieżąco monitorowany bakteriologicznie. W pozwanym Szpitalu w 2006 roku nie wystąpiło szpitalne zakażenie gronkowcem, w 2007 roku były trzy takie zakażenia, w 2008 roku dwa, w 2009 roku dziewięć, w 2010 roku siedem. Zainfekowani pacjenci od początku pobytu w szpitalu prezentują objawy infekcyjne.

**Dowód:** opinia z 10 września 2013 roku biegłych z zakresu mikrobiologii dr hab. n. med. M. B., dr n. med. A. D. k. 216 – 217,

opinia uzupełniająca z 19 grudnia 2013 roku biegłych z zakresu mikrobiologii dr hab. n. med. M. B., dr n. med. A. D. k. 272 – 273,

opinia uzupełniająca z 12 lutego 2014 roku biegłych z zakresu mikrobiologii dr hab. n. med. M. B., dr n. med. A. D. k. 278 – 279,

informacja o ilości zakażeń gronkowcem (...) i (...) w okresie od sierpnia 2006 roku do maja 2010 roku k. 271,

zeznania świadka A. M. k. 117 – 118.

U powoda nie istniały wskazania do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego w trybie natychmiastowym, gdyż nie doszło u niego do złamania otwartego, nie było uszkodzenia dużych naczyń krwionośnych, ani dużych nerwów, takie złamania wymagają leczenia operacyjnego w trybie pilnym. Podjęto u powoda próbę leczenia zachowawczego tj. bezkrwawą repozycję, unieruchomienie w opatrunku gipsowym, profilaktykę antybiotykową, leki przeciwbólowe, przeciw zakrzepowe, przeciw obrzękowe, jednakże nie dało to zadowalającego efektu, dlatego uzasadnione było leczenie operacyjne. Sposób zespolenia kości był właściwym sposobem postępowania leczniczego dla charakteru złamania. Repozycja odłamów kostnych podudzia prawego po zbiegu była prawidłowa, potwierdzona zdjęciami rtg. W okresie późniejszym nastąpiła destabilizacja i wtórne przemieszczenie odłamów, co było związane z procesem zapalnym kości. Ze stanem zapalnym kości wiąże się również powstanie stawu rzekomego kości. Brak jest trwałych następstw hospitalizacji u strony pozwanej, proces leczniczy został przeprowadzony prawidłowo i bez powikłań.

**Dowód:** opinia sądowo – lekarska z 3 kwietnia 2014 roku biegłego sądowego w zakresie chirurgii urazowo – ortopedycznej dr. n. med. J. S. k. 308 – 309 v,

opinia sądowo – lekarska uzupełniająca z 25 lipca 2014 roku biegłego sądowego w zakresie chirurgii urazowo – ortopedycznej dr. n. med. J. S. k. 320 – 320 v.

23 kwietnia 2010 roku powodowi amputowano nogę w obrębie podudzia prawego. Powód ma amputowane prawe podudzie na poziomie selektywnym, kikut jest prawidłowo wygojony, ruchomy i od 2011 roku zaprotezowany. Rokowania na przyszłość są pozytywne. Powód przed amputacją, jak i po amputacji był nerwowy, odczuwał znaczne dolegliwości bólowe, leczony był w Poradni i Oddziale (...) Bólu, gdyż standardowo stosowane leki nie dawały efektu. Powód poniósł koszty zakupu lekarstw przeciwbólowych. Powód rehabilituje się prywatnie, co kosztuje około 200 zł – 300 zł miesięcznie. Powód otrzymuje rentę 960 zł i 230 zł dodatku pielęgnacyjnego, żona powoda pobiera świadczenie przedemerytalne w kwocie 860 zł.

**Dowód:** opinia sądowno – lekarska z 3 kwietnia 2014 roku biegłego sądowego w zakresie chirurgii urazowo – ortopedycznej dr. n. med. J. S. k. 308 – 309 v,

karta informacyjna z 5 maja 2009 roku Szpitala (...)w K.(...)(...)(...)(...)(...) k. 48 – 48 v,

karta informacyjna z 4 maja 2010 roku (...) Szpitala (...) we W. k. 49,

karta przebiegu leczenia Szpitala (...) we W. (...) k. 52 – 52 v,

faktury VAT k. 345 – 356,

zeznania świadka H. G. k. 118 – 119 v,

zeznania świadka K. T. k. 119 v – 121,

zeznania świadka A. T. k. 148 v – 149,

zeznania powoda K. G. k. 358 v – 359 v.

### **Sąd zważył:**

Zdaniem Sądu powództwo nie zasługuje na uwzględnienie.

Bezspornym w sprawie jest, że powód K. G. był hospitalizowany u strony pozwanej po upadku z drabiny, w czasie którego doznał złamania i zmiżdżenia podudzia prawego. 22 września 2006 roku powód przeszedł u strony pozwanej zabieg repozycji otwartej, zespolenie kostki bocznej płytką AO i nasady dalszej kości piszczelowej pięcioma wkrętami, unieruchomiono gipsem.

Powód dochodzi swego roszczenia w związku z tym, że na skutek zwłoki w podjęciu leczenia operacyjnego przez zespół medyczny strony pozwanej, w połączeniu jeszcze ze zmiżdżeniowym charakterem złamania doszło u powoda do powikłania – zapalenia kości podudzia lewego, wywołanego przez gronkowca złocistego wykrytego w ranie pooperacyjnej w grudniu 2006 roku. Infekcje doprowadziły do wytworzenia się stawu rzekomego, a co w konsekwencji skutkowało amputacją podudzia.

Przepisem, który ma fundamentalne znaczenie dla określenia przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej jest artykuł 361 § 1 Kodeksu cywilnego, w myśl którego zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Odpowiedzialność odszkodowawcza przejawia się w postaci stosunku zobowiązaniowego jaki łączy poszkodowanego, a więc w niniejszej sprawie powoda K. G. z podmiotem, któremu zostanie przypisana ta odpowiedzialność tj. stroną pozwaną (...) Centrum Medycznym(...) w P., a przedmiotem zobowiązania jest świadczenie odszkodowawcze. Obowiązek naprawienia szkody uzależniony jest od zaistnienia przesłanek takich jak: 1) zdarzenie, z którym na określonych zasadach normy prawne wiążą obowiązek naprawienia szkody przez dłużnika; 2) szkoda; 3) związek przyczynowy, pozwalający ustalić, że zdarzenie jest przyczyną szkody. Określenie relacji między zdarzeniem, a szkodą zwane jest związkiem przyczynowym, a odpowiedzialnością podmiotu obejmuje jedynie zwykłe następstwa danej przyczyny. Związek przyczynowy jest przesłanką każdej odpowiedzialności cywilnej. W judykaturze i doktrynie powszechnie przyjmuje się, że przepis art.

361 k.c. należy uznać za odwołanie się do teorii adekwatnego związku przyczynowego, która odpowiedzialnością podmiotu obejmuje jedynie zwykle (regularne) następstwa danej przyczyny. Dla stwierdzenia w określonym stanie faktycznym adekwatnego związku przyczynowego należy: 1) ustalić, czy zdarzenie stanowi warunek konieczny wystąpienia szkody (test *conditio sine qua non*); 2) ustalić, czy szkoda jest normalnym następstwem tego zdarzenia (selekcja następstw). Należy zbadać, czy niewystąpienie zdarzenia powodowałoby, że nie wystąpiłaby także szkoda. Analizie poddawana jest dana, indywidualna sytuacja, a w szczególności konkretny skutek (szkoda). Konieczność badania normalności związku przyczynowego, a więc przesłanki odpowiedzialności z art. 361§1 k.c. występuje tylko wówczas, gdy między badanymi zjawiskami w ogóle istnieje obiektywny związek przyczynowy. Jeżeli badany skutek nastąpiłby również mimo braku zdarzenia wskazanego jako jego przyczyna, nie można uznać istnienia związku przyczynowego między tymi zdarzeniami (wyrok Sądu Najwyższego z 19 czerwca 2008 roku V CSK 18/08, LEX nr 424431). W takiej sytuacji na skutek nieistnienia związku przyczynowego w ogóle nie powstaje odpowiedzialność odszkodowawcza.

Spór pomiędzy stronami sprowadzał się do zasadniczej kwestii, a mianowicie tego, czy zbyt późne wykonanie zabiegu operacyjnego na powodzie spowodowało zapalenie kości wywołane przez gronkowca złocistego wykrytego w ranie pooperacyjnej powoda. Sąd aby rozstrzygnąć tę okoliczność, jako że wymagała ona specjalistycznej wiedzy w danej dziedzinie, zlecił wydanie opinii biegłym sądowym z zakresu mikrobiologii i chirurgii urazowo – ortopedycznej. Należy przyjąć, że uzasadnione było opóźnianie zabiegu, ponieważ powód doznał urazu zmiążdżeniowego z niedokrwieniem, tkanki niedokrwione mogą ulegać martwicy i kolonizacji mikroorganizmami i stanowić źródło zakażenia. Potwierdził to również w swoich zeznaniach ordynator Oddziału (...)strony pozwanej, w którym powód był hospitalizowany świadek A. M., powód miał zaburzenia krążenia podudzia, zmiany troficzne spowodowane złym stanem ukrwienia, operacja mogła doprowadzić do pogorszenia unaczynienia. U powoda nie istniały wobec tego wskazania do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego w trybie natychmiastowym, wręcz korzystniejszym było leczenie zachowawcze, jakie podjęła strona pozwana, ponadto nie było to złamanie otwarte, nie było uszkodzenia dużych naczyń krwionośnych, ani dużych nerwów. Dopiero nie uzyskanie zadowalającego efektu leczenia zachowawczego spowodowało konieczność przeprowadzenia operacji – zespolenia kości, co było właściwym postępowaniem. Z dużym prawdopodobieństwem do zakażenia powoda gronkowcem złocistym doszło w pozwanym szpitalu i bakteria z większym prawdopodobieństwem pochodziła z flory własnej powoda. Strona pozwana przeprowadziła u powoda właściwą okołoperacyjną profilaktykę antybiotykową. Istotnym jest również to, że w 2006 roku nie wystąpiło u strony pozwanej zakażenie gronkowcem. Tym samym należy stwierdzić, że strona pozwana żadnym swoim działaniem, czy też zaniechaniem nie doprowadziła do zakażenia powoda gronkowcem złocistym. Problematyka dotycząca zagadnienia przeprowadzania dowodu na istnienia związku przyczynowo-skutkowego między pobytem w szpitalu, a późniejszym zachorowaniem była przedmiotem orzecznictwa Sądu Najwyższego. W wyroku z 6 listopada 1998 roku, III CKN 4/98, opubl. LEX nr 50231, Sąd Najwyższy podniósł, iż przeprowadzenie dowodu istnienia związku przyczynowo-skutkowego między pobytem w szpitalu a późniejszym zachorowaniem na żółtaczkę jest zadaniem ogromnie trudnym, w grę bowiem wchodzi procesy biologiczne trudno uchwytnie i nie poddające się obserwacji, dokumentacji itp. Z tej przyczyny w orzecznictwie przyjmuje się, że w braku dowodu pewnego - wystarczające jest ustalenie wysokiego, graniczącego z pewnością, stopnia prawdopodobieństwa, że zakażenie nastąpiło w szpitalu (powołał jeszcze przy tym orzeczenia Sądu Najwyższego z 17 VI 1969 - nie publ., II CR 165/69 - OSPiKA 1969 nr 7-8 poz. 155, z 17 VII 1974, II CR 415/73 - nie publ.). W niniejszej sprawie istotnym poza tym, że do zakażenia powoda doszło w szpitalu było to czy opóźnienie zabiegu operacyjnego doprowadziło do zapalenia kości wywołanego przez gronkowca złocistego. Zdaniem Sądu z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika, iż powód miał zmiany troficzne, niedokrwienie i dlatego lepsze było leczenie zachowawcze. Tylko dlatego że leczenie zachowawcze nie dało rezultatu konieczne było przeprowadzenie zabiegu operacyjnego u powoda. Na pewno nie można stronie pozwanej czynić zarzutu, że nie przeprowadziła zabiegu w trybie natychmiastowym w sytuacji gdy nie było ku temu żadnych przesłanek. Należy podnieść, iż w dziedzinie odpowiedzialności cywilnej za wyrządzoną szkodę szczególnie aktualne jest zagadnienie staranności, a zwłaszcza stopień staranności lekarzy i innego personelu medycznego. Poziom wymagań w sferze diagnozy i terapii musi wyznaczać stan wiedzy medycznej, dlatego należy stosować najlepsze metody leczenia i najlepsze środki medyczne (wyrok Sądu Najwyższego z 28 października 1983 roku, II CR 358/83, opubl. LEX nr 1286409). Przeprowadzone postępowanie dowodowe wskazuje na to, że lekarze strony pozwanej

zastosowali najlepsze metody leczenia i środki medyczne. W tych okolicznościach Sąd nie znalazł podstaw co do tego, aby to (...) Centrum Medyczne(...) w P.ponosił odpowiedzialność odszkodowawczą za skutki zakażenia powoda bakterią gronkowcem złocistym i tym samym powództwo podlegało oddaleniu.

Przepis 430 kc stanowi, iż kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonych jej czynności.

Przesłanki odpowiedzialności na podstawie art. 430 kc można ująć następująco:

- a) szkoda została wyrządzona osobie trzeciej przez podwładnego,
- b) wina podwładnego,
- c) wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonych mu czynności.

Przesłanki odpowiedzialności placówki medycznej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., które musi wykazać powód to wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonych czynności, przy czym do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej wystarczy choćby najmniejszy stopień winy (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 3 czerwca 2014 roku, I ACa 1494/13, opubl. LEX nr 1493819). Lekarze strony pozwanej, jak była mowa już o tym wyżej postępowali w sposób, jak najbardziej właściwy, nie można w żadnym razie im zarzucić niedbalstwa, czy też nieostrożności. Zebrany w sprawie materiał dowodowy nie wskazuje na to, że przyczyną zakażenia powoda gronkowcem złocistym było zaniedbanie personelu medycznego strony pozwanej.

Sąd uznał opinie biegłych z zakresu mikrobiologii: dr hab. n. med. M. B.prof. (...) i dr n. med. A. D., oraz opinie biegłego w zakresie chirurgii urazowo – ortopedycznej dr. n. med. J. S.za w pełni wiarygodne i mogące stanowić podstawę do ustalenia stanu faktycznego w niniejszej sprawie. Biegli sporządzający te opinie posiadają wiedzę specjalistyczną konieczną do sporządzenia opinii w niniejszej sprawie, a opinie wydane przez biegłych są w ocenie Sądu spójne, jednoznaczne, wyczerpujące i należyście umotywowane, a nadto zgodne z zasadami logicznego rozumowania. Biegli w sporządzonych opiniach uzupełniających wyczerpująco ustosunkowali się do zarzutów do opinii. Sąd nie miał żadnych wątpliwości, aby obdarzyć je walorem wiarygodności. Wskazać należy, iż specyfika oceny dowodu z opinii biegłego wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana przez Sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie sprowadza się do oceny zakresu zgodności wniosków opinii z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. Sąd dokonując oceny przedmiotowych opinii nie dostrzegł w nich uchybień wyżej wymienionych i uznał wnioski z nich wypływające za prawidłowe. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 19 grudnia 1990 roku (I PR 148/90, opubl. OSP 1991/11/300) wskazał, iż Sąd może oceniać opinie biegłego pod względem fachowości, rzetelności czy logiczności. Nie może jednak nie podzielać poglądów biegłego, czy w ich miejsce wprowadzać własnych stwierdzeń. W takim stanie sprawy sąd przyjął za własne wnioski jakie wynikają z opinii biegłych z zakresu mikrobiologii, oraz biegłego z zakresu chirurgii urazowo – ortopedycznej. Sąd oddalił wniosek o dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii biegłego z zakresu chirurgii urazowo – ortopedycznej, ponieważ sporządzona przez niego opinia jest wyczerpująca, a do zarzutów biegły odniósł się już w sporządzonej opinii uzupełniającej. Skoro strona pozwana nie ponosi odpowiedzialności odszkodowawczej to oddaleniu podlegał dowód powoda o sporządzenie opinii przez biegłego z zakresu psychiatrii, bowiem dowód ten miał zostać przeprowadzony na okoliczność następstw zakażenia powoda bakterią gronkowcem złocistym. Sąd obdarzył walorem wiarygodności w niniejszej sprawie dowody z dokumentacji medycznej, bowiem została ona sporządzona przez profesjonalistów w swej dziedzinie, a Sąd nie znalazł jakichkolwiek podstaw, aby postawić im zarzut nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej. Zdaniem Sądu wiarygodne są również zeznania świadków: A. M., H. G., K. T., A. T., M. G., oraz powoda K. G., wszyscy oni przedstawiali przebieg i konsekwencje hospitalizacji powoda w pozwanym szpitalu. Natomiast

zeznania świadków: P. J., T. T., T. M., R. D. nie wniosły nic do sprawy, świadkowie ci to lekarze zatrudnieni u strony pozwanej, jednakże wszyscy oni nie pamiętają hospitalizacji powoda w pozwanym szpitalu.

Na podstawie art. 98 § 1 kpc strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony, Sąd w oparciu o art. 102 kpc w wypadkach szczególnie uzasadnionych może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Przepis ten urzeczywistnia zasadę słuszności i jest wyjątkiem od obowiązującej zasady odpowiedzialności za wynik procesu. W art. 102 kpc. ustawodawca odwołuje się do pojęcia "wypadków szczególnie uzasadnionych". Takie sformułowanie wprawdzie nie jest klauzulą generalną, jednak opiera się na zwrocie niedookreślonym, który może odsyłać również do argumentów natury aksjologicznej. Regulacja ta znajduje zastosowanie w wyjątkowych sytuacjach, gdy z uwagi na okoliczności konkretnej sprawy, zastosowanie reguł ogólnych k.p.c. dotyczących zwrotu kosztu procesu byłoby nieuzasadnione (postanowienie Sądu Najwyższego z 18 kwietnia 2013 roku, III CZ 75/12, opubl. LEX nr 1353220). Do szeregu okoliczności, które powinny być brane pod uwagę przez sąd przy ocenie przesłanek z art. 102 k.p.c. należą przede wszystkim fakty związane z samym przebiegiem procesu, tj. podstawa oddalenia żądania, zgodność zamiarów stron w sprawach dotyczących stosunku prawnego, który może być ukształtowany tylko wyrokiem, szczególna zawilgość lub precedensowy charakter sprawy albo subiektywne przekonanie powoda co do zasadności zgłoszonego roszczenia - trudne do zweryfikowania a limine (postanowienie Sądu Najwyższego z 7 grudnia 2011 roku, II CZ 105/11, opubl. LEX nr 1102858). W niniejszej sprawie należy przede wszystkim wskazać, iż powód był przekonany, iż do zakażenia go bakterią gronkowcem złocistym doszło u strony pozwanej z uwagi na zwłokę w przeprowadzeniu u niego zabiegu operacyjnego i to przekonanie powoda należy uznać za usprawiedliwione, bowiem dopiero dowód z opinii biegłych z zakresu mikrobiologii i chirurgii urazowo – ortopedycznej pozwolił ustalić rzeczywisty stan faktyczny w sprawie. Powód zdaniem Sądu mógł być przekonany, iż w tym szpitalu strony pozwanej doszło do jego zakażenia i dlatego skierował roszczenie przeciwko stronie pozwanej. Nie można pomijać również sytuacji majątkowej powoda, która jest trudna, powód otrzymuje rentę 960 zł i 230 zł dodatku pielęgnacyjnego, żona powoda pobiera świadczenie przedemerytalne w kwocie 860 zł, około 200 zł – 300 zł miesięcznie powód przeznacza na rehabilitację.

Wobec tego w tych okolicznościach zdaniem Sądu znajduje zastosowanie art. 102 kpc i z tych też przyczyn Sąd nie obciążył powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu stronie pozwanej.

W niniejszej sprawie powód nie uiszczył wydatków z tytułu sporządzonych opinii przez biegłych sądowych. Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych - kosztami sądowymi, których strona nie miała obowiązku uiszczyć lub których nie miał obowiązku uiszczyć kurator albo prokurator, sąd w orzeczeniu kończącym sprawę w instancji obciąży przeciwnika, jeżeli istnieją do tego podstawy, przy odpowiednim zastosowaniu zasad obowiązujących przy zwrocie kosztów procesu. Jednakże w myśl ustępu 4 w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może odstąpić od przewidzianego obciążenia kosztami. Sąd mając na uwadze trudne warunki materialne powoda nie obciążył go obowiązkiem uiszczenia wydatków na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Świdnicy.