

Sygn. akt I C 759/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 lutego 2019 r.

Sąd Rejonowy w Piszczu I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	SSR Anna Lisowska
Protokolant:	sekr. sąd. Judyta Masłowska

po rozpoznaniu w dniu 14 lutego 2019 r. w Piszczu

sprawy z powództwa E. K., M. K. jako następców prawnych J. K. (1)

przeciwko (...) S.A. w W.

przy udziale interwenienta ubocznego (...) Szpitala (...). J. P. w O.

o zapłatę

o r z e k a :

I. Zasadza od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powódki E. K. kwotę 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 22.12.2012r. do dnia 31.12.2015r. i ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 01.01.2016r. do dnia zapłaty.

II. Zasadza od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powódki M. K. kwotę 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 22.12.2012r. do dnia 31.12.2015r. i ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 01.01.2016r. do dnia zapłaty.

III. Zasadza od pozwanego (...) S.A. w W. solidarnie na rzecz powódek E. K. i M. K. kwotę 3 617 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

IV. Nakazuje zwrócić solidarnie powódkom E. K. i M. K. kwotę 400 zł z tytułu nie wykorzystanej zaliczki.

V. Nakazuje pobrać od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Piszczu kwotę 1 845,41zł z tytułu brakującej zaliczki.

Sygn. akt I C 759/18

UZASADNIENIE

J. K. (1) wytoczył powództwo przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. ostatecznie o zapłatę kwoty 20 000 złotych wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 22 grudnia 2012 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku i odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty, tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Nadto wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że w okresie od 18 listopada 2010 roku do 29 listopada 2010 roku przebywał na oddziale urologicznym Szpitala (...) im. dr J. P. w O., gdzie przebył zabieg TUR z powodu rozrostu gruczołu krokowego. Trzeciego dnia po zabiegu stan powoda uległ znacznemu pogorszeniu. Bolała go głowa, odczuwał ból w klatce piersiowej i miał podwyższoną temperaturę. Wykonano mu szereg badań, między innymi EKG, pobrano krew oraz mocz na posiew. W wypisie ze szpitala znalazła się informacja, że wynik badania histopatologicznego będzie po 3-4 tygodniach. Po powrocie do domu powód w dalszym ciągu czuł się źle, był osłabiony, bolały go plecy i miał problemy z chodzeniem. Lekarze zalecili przyjmowanie antybiotyków lecz mimo to zły stan utrzymywał się. Powodowi ponownie wykonano szereg badań. Po wyjściu ze szpitala powód nadal znajdował się w złym stanie. Ponadto na twarzy zaczęła łuszczyć się skóra a sama twarz była mocno zaczerwieniona. Po otrzymaniu wyniku badań histopatologicznych okazało się, że powód zaraził się w Szpitalu (...) w O. gronkowcem złocistym, który powodował szereg następstw w zdrowiu powoda. W dniu 2 stycznia 2011 roku powód karetką pogotowia został ponownie przewieziony do szpitala, po czym skierowano go na oddział wewnętrzny, gdzie przebywał ponad tydzień. Pomimo przyjmowania medykamentów stan jego zdrowia nie poprawiał się, w związku z czym został przewieziony karetką do Szpitala w O. celem dalszego leczenia. Ponad tydzień hospitalizowany był na oddziale neurologicznym, gdzie wykonano m.in. rezonans magnetyczny, poddano powoda konsultacji onkologicznej i ortopedycznej. Lekarz ortopeda zlecił wykonanie operacji kręgosłupa. W dniu 11 lutego 2011 roku powód zgłosił się do Szpitala (...) w P., ponieważ z ran pooperacyjnych sączyła się ropa a na twarzy i głowie ponownie łuszczyła się skóra. Powoda skierowano do onkologa z podejrzeniem nowotworu, lecz przebyte badania nie potwierdziły tego podejrzenia. Przez cały ten czas powód poruszał się o kulach. W dniu 29 marca 2011 roku powód ponownie zgłosił się do Szpitala (...) w P., ponieważ z ran pooperacyjnych sączyła się ropa. Otrzymał skierowanie do poradni ortopedycznej w O., gdzie 15 kwietnia 2011 roku po raz drugi poddano go operacji na kręgosłupie. Przy następnych wizytach lekarskich dowiedział się, że czeka go trzecia operacja. Powód w dalszym ciągu jest w złym stanie zdrowotnym. Wskutek wszystkich wydarzeń będących skutkiem zakażenia gronkowcem, powód popadł w depresję i zmuszony jest przyjmować stosowne leki.

Nadto powód podniósł, że poza dolegliwościami związanymi z bólem i zabiegami medycznymi, cierpiał psychicznie. Zmuszony był przejść długotrwałe i bolesne leczenie. Znaczne ograniczenie sprawności i aktywności życiowej, konieczność korzystania z pomocy osób trzecich w niektórych czynnościach życia codziennego, a także niepewność co do skutków leczenia, znacznie wpływają na odczuwane przez niego cierpienie, obniżają jego poczucie własnej własności.

Powód wskazał, że w dacie powstania przedmiotowej szkody, Szpital (...) im. dr J. P. w O. ubezpieczony był od odpowiedzialności cywilnej w pozwanym zakładzie ubezpieczeń. Powód zgłosił szkodę ubezpieczycielowi, który odmówił uznania swojej odpowiedzialności. Stanowisko to jest w ocenie powoda błędne.

Zdaniem powoda został on zarażony szczepem gronkowca złocistego w trakcie wykonania zabiegu. Z winy personelu medycznego, który niewłaściwie zdezynfekował okolicę rany lub niewłaściwie odkaził narzędzia chirurgiczne wykorzystane przy zabiegu. Co więcej, nawet gdyby bakterie gronkowca znajdowały się na skórze powoda, to nie miały prawa, przy prawidłowo przeprowadzonym zabiegu, dostać się do rany. Musiał być wszczepiony w wyniku zaniedbań personelu medycznego w zakresie aseptyki. Ponadto, po stronie ubezpieczonego szpitala doszło do zaniedbań związanych z niezastosowaniem antybiotykoterapii uprzedniej, tj. przed wykonaniem zabiegu, która mogłaby zapobiec zakażeniu powoda bakterią gronkowca lub zmniejszyłaby nasilenie powikłań. Szpital nie dostosował się do obowiązujących w medycynie zaleceń. Według zaleceń Amerykańskiego Towarzystwa Urologicznego z 2008 roku i Europejskiego Towarzystwa Urologicznego z 2011 roku do czynników ryzyka zakażenia związanego z zabiegami urologicznymi należy ekstremalny wiek, niedobory odporności, cukrzyca, wcześniejsze zakażenia dróg moczowych i kamica. Wówczas winna być stosowana profilaktyka antybiotykowa. W przypadku powoda czynnikami ryzyka była kamica nerkowa i przebyte wcześniej zakażenia układu moczowego a także cukrzyca i mimo zaleceń nie zastosowano wobec niego profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej.

Powód wskazał, że żądanie pozwu w zakresie odsetek oparte jest na normie prawnej art. 476 k.c. w zw. z art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. z 2003r., Nr 124, poz. 1152 ze zm.) w zw. z art. 481 k.c.

(...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. w odpowiedzi na pozew wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na jej rzecz od powoda kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwana przyznała, że nie uznała zgłoszonego przez powoda roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia za roztrój zdrowia spowodowany bakterią gronkowca złocistego. Wskazała, że powodem takiego stanowiska jest brak jakichkolwiek dowodów na to, że przedmiotowe zakażenie było następstwem zawinionych działań lub zaniechań ze strony personelu medycznego ubezpieczonego lub innych nieprawidłowości podczas leczenia powoda w ubezpieczonej placówce. W niniejszym procesie pozwana podtrzymała powyższe stanowisko.

Pozwana wskazała, że z poczynionych przez nią ustaleń wynika, że w ubezpieczonej placówce stosuje się odpowiednie procedury higieny szpitalnej, dezynfekcji i sterylizacji narzędzi i sprzętu medycznego. W okresie miesiąca poprzedzającego pobyt powoda w szpitalu i w okresie kolejnego miesiąca po jego opuszczeniu, nie stwierdzono zakażeń powodowanych bakterią gronkowca. Bakteria ta stanowi fizjologiczną florę skóry większości zdrowych osób i nie wymaga leczenia, ani eradykacji przed zabiegiem operacyjnym. U powoda, po wcześniej przeżytym zapaleniu nerek oraz w związku z przerostem stercza, występowała tendencja do zalegania moczu, co podwyższało ryzyko zakażenia po zabiegu operacyjnym. Wobec powoda zastosowano antybiotykoterapię i uzyskano potwierdzenie wrażliwości patogenu na zastosowany antybiotyk. Zdaniem pozwanej, brak jest podstaw do wiązania przebytej przez powoda infekcji z jego obecnym stanem zdrowia. Stan zdrowia powoda był zły zanim poddał się on zabiegowi w Szpitalu w O..

Pozwana wniosła o zawiadomienie o toczącym się procesie Szpital (...) im. dr J. P. w O.. Podniosła, że zarzuty podnoszone przez powoda niewątpliwie godzą w dobra osobiste osób czynnie uczestniczących w procesie leczenia powoda, ich prestiż zawodowy i dobre imię placówki leczniczej. Z tego względu można zasadnie przypuszczać istnienie po stronie szpitala interesu prawnego uzasadniającego przystąpienie do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanej.

W dniu 10 lutego 2016 roku Sąd Rejonowy w Pizzu postanowił zawiadomić o toczącym się procesie Szpital (...) im. dr J. P. w O. i doręczyć mu odpis pozwu wraz z pouczeniem o treści art. 77 kpc, 76 kpc i 82 kpc.

W piśmie nadanym 7 marca 2016 roku Szpital (...) im. dr J. P. w O. zgłosił interwencję uboczną po stronie pozwanego i wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz interwenienta ubocznego kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu podniósł, iż stoi na stanowisku, iż nie ponosi on winy za zakażenie powoda gronkowcem złocistym. Powód był pacjentem (...) Szpitala (...) w listopadzie 2010 roku przez 11 dni. Chory z otyłością, częstymi bólami odcinka lędźwiowego kręgosłupa (w wywiadzie) spowodowanymi najprawdopodobniej zmianami zwyrodnieniowymi. Powód miał wykonany zabieg TUR. Hospitalizacja powikłana infekcją układu moczowego o etiologii St. Aureus MSSA.

Interwenient uboczny zaznaczył, że gronkowiec złocisty jest bakterią pospolitą, występującą w powietrzu, wodzie, a przede wszystkim stanowi fizjologiczną florę bakteryjną skóry większości osób zdrowych i nie wymaga leczenia ani eradykacji przed zabiegiem operacyjnym. U chorego z otyłością, po przeżytym odmiedniczkowym zapaleniu nerek w przebiegu kamicy, z przerostem stercza, a co za tym idzie z tendencją do zalegania moczu w pęcherzu, istnieje wyższe ryzyko zakażenia po zabiegu operacyjnym.

Dodał, że zgodnie z obowiązującymi procedurami choremu pobrano mocz na badanie bakteriologiczne w dniu wystąpienia gorączki. Włączono antybiotykoterapię empiryczną, uwzględniając najbardziej prawdopodobną przyczynę zakażenia. Po otrzymaniu wyniku badania bakteriologicznego, kontynuowano antybiotykoterapię. W dniu wypisu gorączka się znormalizowała. Powoda wypisano do domu z zaleceniami kontynuowania antybiotykoterapii w warunkach ambulatoryjnych. Interwenient uboczny zaznaczył, że termin odbioru wyników badań histo-

patologicznych nie miał żadnego wpływu na terapię infekcji. Nadto interwenient uboczny wskazał, że w Szpitalu (...) im. dr J. P. w O. działa Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych (działał także przed i w czasie hospitalizacji powoda), który opracował, wdrożył, modyfikuje i nadzoruje przestrzeganie procedur medycznych dotyczących przestrzegania zasad aseptyki i antyseptyki w czasie wykonywania zabiegów medycznych, zasad higieny rąk, stosowania rękawic, przestrzegania zasad higieny szpitalnej, w tym dekontaminacji pomieszczeń metodą VHP, prowadzi systematyczne kontrole w oddziałach szpitalnych, w tym w oddziale urologicznym.

Zdaniem interwenienta ubocznego, w Szpitalu (...) im. dr J. P. w O. procedury higieny szpitalnej, dezynfekcji i sterylizacji narzędzi i sprzętu medycznego były prowadzone prawidłowo. W okresie miesiąca przed hospitalizacją powoda, w czasie jej trwania, ani miesiąca po jej zakończeniu, nie stwierdzono zakażeń powodowanych tym drobnoustrojem. Decyzja o operacji kręgosłupa została podjęta w innym szpitalu po 3 miesiącach od wykonania zabiegu w O.. Zakażenie miejsca operowanego w O. nie może mieć związku przyczynowo-skutkowego z przebyciem i leczeniem skutecznym infekcją dróg moczowych. Opisane w pozwie zmiany skórne, które pojawiły się u powoda, są trudne do interpretacji bez dokumentacji medycznej. Okresowe zaczerwienienie i łuszczenie się skóry nie jest w dostępnej literaturze medycznej opisywane w przypadku gronkowcowych zakażeń skórnych.

Reasumując, zdaniem interwenienta ubocznego zakażenie powoda gronkowcem złocistym nie było następstwem zaniedbań szpitala, gdyż nawet najwyższa staranność epidemiologiczno-sanitarna nie byłaby w stanie zapobiec temu zakażeniu. Objawy kliniczne zakażenia powoda, zgodnie z definicją należy uznać za szpitalne endogenne, spowodowane florą własną powoda – nie zawinione przez szpital.

W dniu 30 grudnia 2017 roku powód J. K. (1) zmarł.

Postanowieniem z 16 stycznia 2018 roku Sąd Rejonowy w Piszku zawiesił postępowanie w przedmiotowej sprawie na podstawie art. 174 § 1 pkt 1 k.p.c.

Na podstawie prawomocnego postanowienia Sądu Rejonowego w Piszku z 17 lipca 2018 roku wydanego w sprawie I Ns 22/18, spadek po J. K. (1) nabyła żona E. K. w 1/2 części i córka M. K. w 1/2 części.

Wobec powyższego, postanowieniem z 8 października 2018 roku Sąd Rejonowy w Piszku podjął zawieszone postępowanie w przedmiotowej sprawie.

Następcy prawni J. K. (1)- E. K. i M. K. poparły powództwo.

Sąd ustalił, co następuje:

W dniu 18 listopada 2010 roku J. K. (1) został przyjęty na oddział urologiczny Szpitala (...) im. dr J. P. w O. z powodu rozrostu stercza, celem planowego leczenia zabiegowego. W wyniku przeprowadzonych badań rozpoznano: rozrost stercza, infekcję dróg moczowych w przebiegu choroby.

Wobec J. K. (1) nie zastosowano profilaktyki antybiotykowej okołoparcyjnej i w dniu 22 listopada 2010 roku poddano go zabiegowi TURP – przezcewkowej elektroresekcji gruczołu krokowego – w znieczuleniu podpajęczynówkowym.

W dniu 24 listopada 2010 roku J. K. (1) miał zostać wypisany do domu lecz poczuł się źle. Skarżył się na ból głowy i ucisk w klatce piersiowej. Zagorączkował do 39,2 st.C. Pobrano mu mocz na posiew, empirycznie zlecono antybiotykoterapię (...), którą J. K. (1) miał kontynuować 5 dni po wyjściu ze szpitala. Po normalizacji temperatury ciała, w dniu 29 listopada 2010 roku J. K. (1) został wypisany do domu z zaleceniem zgłoszenia się za 3-4 tygodnie po wynik badania histopatologicznego materiału pobranego ze stercza. W otrzymanym wyniku stwierdzono: łagodny rozrost stercza, przewlekłe zapalenie stercza, zmiany po koagulacji. Przy wypisie J. K. (1) nie zalecono zgłoszenia się po wynik posiewu moczu pobranego podczas hospitalizacji, z którego wyhodowano gronkowca złocistego – szczep metycylinowrażliwy MSSA, wrażliwy również na zalecony J. K. (1) antybiotyk(...), była bakteriiuria znamienne.

W dniu 15 grudnia 2010 roku J. K. (1) zgłosił się na oddział ratunkowy Szpitala (...) w P. ze skargami na bóle w okolicy krzyża trwające od około 2 tygodni, które znacznie nasiliły się w dniu zgłoszenia do tegoż szpitala, utrudniając chodzenie. W dokumentacji medycznej podano: chory cierpiący z dodatnimi objawami rozciągowymi uniemożliwiający chodzenie, krzyczał, następnego dnia zagorączkował; pacjent konsultowany neurologicznie 20 grudnia 2010 roku, stwierdzono dodatni zespół okołokręgosłupowy z obecnością objawów rozciągowych L-S; rozpoznano: ostrą rwę kulszową w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa L-S, złamanie kompresyjne trzonu kręgu L1, stan po resekcji gruczołu krokowego, zakażenie układu moczowego. W badaniach stwierdzono podwyższone parametry ostrej fazy, zmiany zapalne w moczu, z moczu wyhodowano *E.faecalis*. Zastosowano antybiotykoterapię (...), (...), leki przeciwbólowe). Uzyskano poprawę – zmniejszenie dolegliwości bólowych i ustąpienie gorączki.

W okresie od 4 do 12 stycznia 2011 roku J. K. (1) hospitalizowany był na oddziale wewnętrznym Szpitala (...) w P. z powodu nawrotu takich samych jak poprzednio dolegliwości. Rozpoznano: złamanie patologiczne trzonu kręgu L1, masę patologiczną w okolicy przełamanego trzonu, rwę kulszową z przewagą po stronie prawej, stan gorączkowy, stan po resekcji gruczołu krokowego. Podczas hospitalizacji J. K. (1) gorączkował pomimo stosowanej antybiotykoterapii. Stwierdzono u niego podwyższone parametry ostrej fazy, posiewy krwi ujemne, posiew moczu – jałowy, bez istotnej bakteriurii. J. K. (1) konsultowany był przez ortopedę i neurologa, który uważał, że nie można wykluczyć zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych lub innych powikłań miejscowych po znieczuleniu.

W dniu 12 stycznia 2011 roku J. K. (1) został przewieziony karetką pogotowia do Wojewódzkiego Szpitala (...) w O. celem dalszego leczenia. Do 20 stycznia 2011 roku hospitalizowany był na oddziale neurologicznym, gdzie rozpoznano: niedowład kończyn dolnych w przebiegu rozsianej choroby nowotworowej, patologiczna masa na wysokości Th12/L1 z uciskiem rdzenia kręgowego, wielopoziomowe złamania w odcinku L kręgosłupa, stan po resekcji gruczołu krokowego. W dniu 20 stycznia 2011 roku J. K. (1) został przekazany na oddział ortopedii celem leczenia operacyjnego. W dniu 21 stycznia 2011 roku wykonano stabilizację odcinka Th11-L3. Rozpoznano: złamanie patologiczne trzonu kręgu L1, niedowład kończyn dolnych, zmiany o charakterze przerzutowym do kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym, stan po resekcji gruczołu krokowego. W badaniu histopatologicznym wycinka kości nie znaleziono utkania nowotworowego – obraz odpowiadał zmianom towarzyszącym złamaniu z obfitym naciekiem zapalnym. Podczas konsultacji onkologicznej wykluczono zmiany nowotworowe.

Ze względu na pojawienie się surowiczoroopnego wycieku z rany pooperacyjnej, w okresie od 11 do 24 lutego 2011 roku J. K. (1) hospitalizowany był na oddziale ortopedyczno-urazowym Szpitala (...) w P., gdzie zastosowano leczenie zachowawcze (...).

W okresie od 8 do 22 kwietnia 2011 roku i od 26 lipca do 11 sierpnia 2011 roku J. K. (1) ponownie hospitalizowany był na oddziale ortopedyczno-urazowym Wojewódzkiego Szpitala (...) w O. z powodu zapalenia miejsca operowanego, stanu zapalnego tkanek miękkich po spondylodzie tylnej T11-L3. W dniu 15 kwietnia 2011 roku został poddany zabiegowi operacyjnemu rewizji i oczyszczenia operowanego miejsca. W sierpniu 2011 roku z nosa oraz z rany pooperacyjnej wyhodowano gronkowca MSSA – szczep metycylinowrażliwy, gatunek normalnie bytujący na śluzówkach górnych dróg oddechowych (możliwa kolonizacja). W wykonanym 28 lipca 2011 roku badaniu MR stwierdzono obecność przestrzeni płynowych odpowiadających ropniom w tkankach okołokręgosłupowych Th11-L-S. Dwukrotnie wykonano rewizję spondylodezy tylnej, oczyszczenie miejsca operowanego ze zbiornika ropy i ziarniny zapalnej, zastosowano antybiotykoterapię przez 6 tygodni. Stan zapalny został opanowany. Rana pooperacyjna zagoiła się. J. K. (1) nie wymagał już dalszego leczenia czy zabiegów medycznych. Przebyte zakażenie zostało skutecznie wyleczone.

(dowód: dokumentacja medyczna J. K. (1) k. 420-471v, 344-418, 474-517; ocena dokumentacji chorobowej sporządzona przez biegłego sądowego z zakresu chorób wewnętrznych i zakaźnych k. 580-581)

Leczenie i rekonwalescencja J. K. (1) były długotrwałe. Obejmowały okres od 15 grudnia 2010 roku do 11 sierpnia 2011 roku.

W tym czasie pogorszył się także komfort życia J. K. (1), który został wyłączony z normalnego życia, wymagał pomocy żony przy wykonywaniu czynności samoobsługowych, takich jak ubieranie się, mycie, przygotowywanie posiłków, dojście do toalety. Miał problemy z poruszaniem się, dlatego większość czasu spędzał w łóżku, nie opuszczał samodzielnie mieszkania, w mieszkaniu poruszał się przy pomocy kul, na badania przewożony był karetką pogotowia. Było to powodem napięcia psychicznego, które z jednej strony związane było z lękiem o swoje zdrowie i życie, niepewnością co do wyleczenia i przyszłości, a z drugiej strony z zależnością od innych osób wobec niemożności samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb. J. K. (1) był napięty emocjonalnie, drażliwy, wybuchowy, łatwo wpadał w złość, przygnębienie i zniechęcenie. Nie wiedział co się dzieje z jego zdrowiem, źle sypiał w nocy. Pomimo tego, że leczenie zakończono w sierpniu 2011 roku, w dalszym ciągu odczuwał dolegliwości bólowe. Wpływało to na jego samopoczucie, na obniżenie nastroju, pojawienie się myśli rezygnacyjnych, samobójczych, słabsze radzenie sobie z trudnościami dnia codziennego. Skutkiem tego był epizod depresyjny, który został rozpoznany przez lekarza psychiatrę w grudniu 2012 roku. Po zastosowanym leczeniu psychofarmakologicznym stan psychiczny J. K. (1) uległ poprawie, ustąpiły myśli rezygnacyjne.

(dowód: opinia biegłego sądowego z zakresu psychologii k. 690-700; dokumentacja medyczna J. K. (1) k. 541-543)

Wyhodowany w posiewie moczu J. K. (1), wykonanym po zabiegu urologicznym powikłanym gorączką, gronkowiec złocisty był metycylinowrażliwy MSSA z dużą wrażliwością na ogólnie stosowane antybiotyki, co wskazuje, że nie był to szczep szpitalny wielolekooporny MRSA, lecz własny szczep pacjenta – pozaszpitalny. W związku z gorączką powód otrzymał empiryczne leczenie (...), na które wyhodowana bakteria gronkowca była wrażliwa, jednakże leczenie to nie wyhamowało infekcji gronkowcem. W wyniku tej infekcji u powoda rozwinęły się objawy zakażenia kręgosłupa i tkanek przykręgosłupowych, przez co wymagał on długotrwałej antybiotykoterapii, wielokrotnej hospitalizacji i trzech zabiegów ortopedycznych. Głównymi objawami były silne bóle kręgosłupa słabo reagujące na leki przeciwbólowe, ograniczenie ruchomości kręgosłupa, problemy z chodzeniem, nawracająca gorączka. Czynnikiem predysponującym do tych zakażeń są według piśmiennictwa m.in. zaawansowany wiek, stany immunosupresji (przewlekła choroba nerek, zakażenia układu moczowego, cukrzyca, alkoholizm), urazy w okolicy kręgosłupa, punkcja lędźwiowa oraz operacje kręgosłupa. Do zakażenia dochodzi najczęściej drogą krwiopochodną, ale możliwe jest także przejście drobnoustrojów z przylegającego ogniska zakażenia lub bezpośrednio ich wprowadzenie np. podczas punkcji lędźwiowej lub znieczulenia podpajęczynówkowego. Mimo sugestii konsultującego neurologa powodowi nie wykonano nakłucia lędźwiowego w celu zdiagnozowania ewentualnej neuroinfekcji.

Amerykańskie Towarzystwo Urologiczne i Europejskie Towarzystwo Urologiczne w przypadku wystąpienia czynników ryzyka zakażenia związanego z zabiegami urologicznymi, do których należą m.in. ekstremalny wiek, niedobory odporności, cukrzyca, współistniejące inne zakażenia, niedrożność dróg moczowych, przebyte wcześniej zakażenia w obrębie układu moczowo-płciowego oraz kamica, zalecają stosowanie profilaktyki antybiotykowej przy zabiegach urologicznych. Decyzję ostateczną podejmuje lekarz na podstawie oceny wyniku posiewu moczu, rodzaju zabiegu, chorób współistniejących. Profilaktykę antybiotykową podaje się 1-2 godziny przed zabiegiem albo w momencie wprowadzania do znieczulenia. Czas profilaktyki nie powinien przekraczać 24 godzin. W przypadku J. K. (1) czynnikami ryzyka były rozpoznane w Szpitalu (...) im. dr J. P. w O.: kamica nerkowa i przebyte wcześniej zakażenia układu moczowego. Pomimo tego wobec J. K. (1) nie zastosowano profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej. Zastosowanie antybiotykoterapii uprzedniej przy istnieniu czynników ryzyka mogłoby zapobiec zakażeniu lub złagodzić jego skutki.

(dowód: opinia biegłego sądowego z zakresu chorób wewnętrznych i zakaźnych k. 580-584)

W dacie hospitalizacji J. K. (1) w Szpitalu (...) im. dr J. P. w O., szpital ten ubezpieczony był od odpowiedzialności cywilnej w (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W..

W dniu 21 listopada 2012 roku J. K. (1) zgłosił szkodę ubezpieczycielowi i wniósł o wypłatę zadośćuczynienia w wysokości 300 000 złotych. Ubezpieczyciel odmówił uznania swojej odpowiedzialności.

(okoliczności bezsporne)

Sąd zważył, co następuje:

Poza sporem w niniejszej sprawie pozostawała legitymacja bierna pozwanego. (...) S.A. w W. w okresie leczenia powoda w Szpitalu (...) w O. miał zawartą z tymże szpitalem umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Przedmiotem ubezpieczenia była odpowiedzialność cywilna Szpitala za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego.

Powód swoje roszczenie wywodził z treści art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c., zgodnie z którym w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Wysokość zadośćuczynienia pozostawiona jest uznaniu Sądu.

W przedmiotowej sprawie powód domagał się zasądzenia od pozwanego kwoty 20 000 złotych tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w związku z zarażeniem bakterią gronkowca złocistego, które nastąpiło w trakcie wykonania mu zabiegu urologicznego w Szpitalu (...) im. dr J. P. w O., z winy personelu medycznego, który niewłaściwie zdezynfekował okolicę rany lub niewłaściwie odkaził narzędzia chirurgiczne wykorzystane przy zabiegu. Ponadto zdaniem powoda, po stronie ubezpieczonego szpitala doszło do zaniedbań związanych z niezastosowaniem antybiotykoterapii uprzedniej, tj. przed wykonaniem zabiegu, która mogłaby zapobiec zakażeniu powoda bakterią gronkowca lub zmniejszyłaby nasilenie powikłań. Szpital nie dostosował się do obowiązujących w medycynie zaleceń Amerykańskiego Towarzystwa Urologicznego z 2008 roku i Europejskiego Towarzystwa Urologicznego z 2011 roku, według których do czynników ryzyka zakażenia związanego z zabiegami urologicznymi należy ekstremalny wiek, niedobory odporności, cukrzyca, wcześniejsze zakażenia dróg moczowych i kamica, a wówczas winna być stosowana profilaktyka antybiotykowa. W przypadku powoda czynnikami ryzyka była kamica nerkowa i przebyte wcześniej zakażenia układu moczowego, a także cukrzyca i mimo zaleceń nie zastosowano wobec niego profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej.

Pozwany podnosił, iż w kontekście przedstawionego stanu faktycznego nie ma podstaw do stawiania personelowi ubezpieczonego szpitala jakichkolwiek zarzutów odnośnie nieprawidłowego leczenia, względnie zaniedbań mogących stanowić podstawę do przypisania im winy, a brak winy po stronie personelu ubezpieczonego szpitala wyklucza odpowiedzialność pozwanego.

W świetle okoliczności faktycznych przytoczonych w uzasadnieniu żądania, odpowiedzialność odszkodowawczą pozwanego ubezpieczyciela należy oceniać na podstawie i w granicach odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego, zatem w świetle art. 430 k.c., co oznacza odpowiedzialność szpitala, jako osoby prawnej na zasadzie ryzyka, ale za zawinione działania personelu medycznego (art. 415 k.c.), bądź własne działania bądź zaniechania, których skutkiem była niewłaściwa organizacja pracy mogąca prowadzić do zakażenia - art. 416 k.c. Naturalnie szpital nie ponosi odpowiedzialności za każde powikłanie w toku prowadzonego leczenia, a jedynie za działania zawinione, przy czym z art. 415 k.c. nie wynika domniemanie winy. Należy jednak nadmienić, zgadzając się ze stanowiskiem, że ciężar dowodu przesłanek odpowiedzialności obciąża powoda, iż w przypadku roszczenia o naprawienie szkody wyrządzonej przy leczeniu, zwłaszcza zaś będącej następstwem zakażenia szpitalnego, ten rygorizm jest w znacznym stopniu złagodzony.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego, a także sądów powszechnych wielokrotnie prezentowane było stanowisko, że w sprawach o naprawienie szkód medycznych wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest zadaniem ogromnie trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. Sąd Najwyższy zauważał też, że istnienie związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą z reguły nie może być – gdy chodzi o zdrowie ludzkie – absolutnie pewne, gdyż związków zachodzących w dziedzinie medycyny nie da się sprowadzić do prostego wynikania jednego zjawiska z drugiego. W szczególności nie można wymagać od poszkodowanego wykazania, że przyczynę zakażenia stanowiło konkretne zaniedbanie, ani w sposób absolutnie pewny

związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą. Wystarczające jest wykazanie dostatecznej dozy prawdopodobieństwa jego wystąpienia.

I tak, w wyroku z 5 lipca 1967 roku wydanym w sprawie I PR 174/67, Sąd Najwyższy podkreślił, że w procesie nie zawsze da się przeprowadzić każdy dowód „bez reszty”. Jest to częstokroć utrudnione ze względu na uwarunkowanie aktualnym stanem wiedzy medycznej, która nie zawsze jest w stanie dać stanowczą odpowiedź na każde pytanie. W takiej sytuacji sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy uznać dowód za przeprowadzony, mając na uwadze wysoki stopień prawdopodobieństwa (zob. OSNCP 1968, nr 2, poz. 26).

Z kolei w wyrokach: z 20 sierpnia 1968 roku w sprawie II CR 310/68 (OSNCP 1969, nr 2, poz. 38), z 17 czerwca 1969 roku w sprawie II CR 165/69 (OSPİKA 1970, nr 7-8, poz. 155) i z 12 stycznia 1977 roku w sprawie II CR 571/76 (nie publ.) Sąd Najwyższy przyjął za dowód istnienia związku przyczynowego wykazanie dostatecznej dozy prawdopodobieństwa jego wystąpienia. Zapoczątkowany w powołanych wyrokach kierunek orzecznictwa był konsekwentnie kontynuowany w późniejszych latach i to także w sprawach dotyczących zakażeń żółtaczką zakaźną, gronkowcem złocistym lub wirusem HIV, czego przykładem są wyroki Sądu Najwyższego z dnia 14 października 1974r., II CR 415/74 (nie publ.), z dnia 7 stycznia 1998r., II CKN 703/97 (nie publ.), z dnia 27 lutego 1998r., II CKN 625/97 (PiM 1999, nr 3, s. 130), z dnia 10 lipca 1998r., I CKN 786/97 (nie publ.), z dnia 6 listopada 1998r., III CKN 4/98 (PiM 1999, nr 3, s. 135), z dnia 16 czerwca 1999r., II CKN 412/98 (nie publ.), z dnia 13 czerwca 2000r., V CKN 34/00 (nie publ.), z dnia 13 lutego 2002r., IV CKN 596/00 (nie publ.), z dnia 17 maja 2007r., III CSK 429/06 (nie publ.), z dnia 2 czerwca 2010r., III CSK 245/09 (nie publ.) i z dnia 17 listopada 2010r., I CSK 67/10 (nie publ.).

W orzeczeniach tych Sąd Najwyższy podkreślał, że nie można stawiać pacjentowi nierealnego wymogu ścisłego udowodnienia, w jakim momencie i jaką drogą jego organizm został zainfekowany. Dlatego też uznawał za dopuszczalne korzystanie z konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.) i to nie tylko w odniesieniu do miejsca zakażenia i związku przyczynowego między zakażeniem a pobytem pacjenta w placówce leczniczej, lecz także w odniesieniu do niedbalstwa personelu tej placówki w zakresie zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu. W wyroku z 7 stycznia 1998 roku wydanym w sprawie II CKN 703/97, Sąd Najwyższy stanął na stanowisku, że rozstrzygające dla przyjęcia związku przyczynowego jest ustalenie zainfekowania powódki wirusem HBV w trakcie pobytu w szpitalu i wynikające z tego ustalenia domniemanie niedbalstwa personelu szpitala w zakresie dbałości o aseptykę, jako przyczyny sprawczej infekcji. W wyroku z dnia 10 lipca 1998r., I CKN 786/97, skonstatował, że zakażenie powódki żółtaczką wszczepienną w szpitalu wskazuje, iż szpital nie zapewnił jej bezpieczeństwa pobytu. Z kolei w wyroku z dnia 17 maja 2007r., III CSK 429/06, stwierdził, że w sprawach dotyczących tzw. zakażeń szpitalnych możliwe i uzasadnione jest przyjęcie niedbalstwa placówki służby zdrowia w drodze domniemania faktycznego, przy braku dowodu przeciwnego.

Przedstawiony kierunek orzecznictwa, który tutejszy Sąd podziela w całości, uzyskał również aprobatę doktryny, jest bowiem zgodny z poglądami prezentowanymi w tej materii w nauce prawa.

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy Sąd wskazuje, iż powód powinien zatem wykazać jedynie to, że do zakażenia powoda doszło podczas jego pobytu w (...) Szpitalu (...) w O.. Już to bowiem, zgodnie z przedstawionymi powyżej poglądami orzecznictwa, wystarcza do przyjęcia, że było to spowodowane zaniedbaniem ze strony personelu szpitalnego.

W kwestii zakażenia powoda bakterią gronkowca wypowiedziała się biegła sądowa z zakresu chorób wewnętrznych i zakaźnych – J. O., która wskazała, że zakażenie powoda bakterią gronkowca złocistego było najprawdopodobniej zakażeniem endogennym. U powoda rozpoznano przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego oraz kamicy nerkową, które to choroby predysponują do nawracających zakażeń bakteryjnych dróg moczowych. Powodowi przed zabiegiem nie wykonano badania ogólnego moczu ani jego posiewu, w związku z czym nie można stwierdzić jednoznacznie, czy była już wówczas infekcja dróg moczowych. Natomiast wyhodowany w posiewie moczu wykonanym po zabiegu urologicznym, w związku z gorączką, która pojawiła się w drugiej dobie po zabiegu, gronkowiec złocisty był metycylinowrażliwy MSSA z dużą wrażliwością na ogólnie stosowane antybiotyki, co wskazuje, że nie był to szczep

szpitalny wielolekooporny MRSA, lecz własny szczep pacjenta – pozaszpitalny. W związku z gorączką powód otrzymał empiryczne leczenie (...), na które wyhodowana bakteria gronkowca była wrażliwa, jednakże leczenie to nie wyhamowało infekcji gronkowcem. W wyniku tej infekcji u powoda rozwinęły się objawy zakażenia kręgosłupa i tkanek przykręgosłupowych. Czynnikiem predysponującym do tych zakażeń są według piśmiennictwa m.in. zaawansowany wiek, stany immunosupresji (przewlekła choroba nerek, zakażenia układu moczowego, cukrzyca, alkoholizm), urazy w okolicy kręgosłupa, punkcja lędźwiowa oraz operacje kręgosłupa. Do zakażenia dochodzi najczęściej drogą krwiopochodną, ale możliwe jest także przejście drobnoustrojów z przylegającego ogniska zakażenia lub bezpośrednio ich wprowadzenie np. podczas punkcji lędźwiowej lub znieczulenia podpajęczynówkowego. Mimo sugestii konsultującego neurologa powodowi nie wykonano nakłucia lędźwiowego w celu zdiagnozowania ewentualnej neuroinfekcji.

Nadto biegła wskazała, że według zaleceń Amerykańskiego Towarzystwa Urologicznego z roku 2008 i Europejskiego Towarzystwa Urologicznego z roku 2011, w przypadku wystąpienia czynników ryzyka zakażenia związanego z zabiegami urologicznymi, do których należą m.in. ekstremalny wiek, niedobory odporności, cukrzyca, współistniejące inne zakażenia, niedrożność dróg moczowych, przebyte wcześniej zakażenia w obrębie układu moczowo-płciowego oraz kamica, zalecane jest stosowanie profilaktyki antybiotykowej przy zabiegach urologicznych. Decyzję ostateczną podejmuje lekarz na podstawie oceny wyniku posiewu moczu, rodzaju zabiegu, chorób współistniejących. Profilaktykę antybiotykową podaje się 1-2 godziny przed zabiegiem albo w momencie wprowadzania do znieczulenia. Czas profilaktyki nie powinien przekraczać 24 godzin. U powoda czynnikami ryzyka były rozpoznane w Szpitalu (...) w O.: kamica nerkowa i przebyte wcześniej zakażenia układu moczowego. Pomimo tego nie zastosowano wobec powoda profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej. Tymczasem zastosowanie antybiotykoterapii uprzedniej przy istnieniu czynników ryzyka mogłoby zapobiec zakażeniu lub złagodzić jego skutki. (k. 579-584)

W opinii uzupełniającej biegła J. O. podtrzymała swoje stanowisko i rzeczowo odniosła się do zarzutów pozwanego i interwenienta ubocznego (k. 641-642).

Z kolei z opinii biegłego sądowego z zakresu psychologii, M. S., wynika, że w okresie leczenia i rekonwalescencji pogorszył się także komfort życia powoda, który został wyłączony z normalnego życia, wymagał pomocy żony przy wykonywaniu czynności samoobsługowych, takich jak ubieranie się, mycie, przygotowywanie posiłków, dojście do toalety. Miał problemy z poruszaniem się, dlatego większość czasu spędzał w łóżku, nie opuszczał samodzielnie mieszkania, w mieszkaniu poruszał się przy pomocy kul, na badania przewożony był karetką pogotowia. Było to powodem napięcia psychicznego, które z jednej strony związane było z lękiem o swoje zdrowie i życie, niepewnością co do wyleczenia i przyszłości, a z drugiej strony z zależnością od innych osób wobec niemożności samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb. Powód był napięty emocjonalnie, drażliwy, wybuchowy, łatwo wpadał w złość, przygnębienie i zniechęcenie. Nie wiedział co się dzieje z jego zdrowiem, źle sypiał w nocy. Pomimo tego, że leczenie zakończono w sierpniu 2011 roku, w dalszym ciągu odczuwał dolegliwości bólowe. Wpływało to na jego samopoczucie, na obniżenie nastroju, pojawienie się myśli rezygnacyjnych, samobójczych, słabsze radzenie sobie z trudnościami dnia codziennego. Skutkiem tego był epizod depresyjny, który został rozpoznany przez lekarza psychiatrę w grudniu 2012 roku. Po zastosowanym leczeniu psychofarmakologicznym stan psychiczny powoda uległ poprawie, ustąpiły myśli rezygnacyjne. (k. 690-700)

Opinia biegłej psycholog nie była kwestionowana przez strony.

Sąd w pełni podziela powołane wyżej opinie biegłych, bowiem spełniały one stawiane im wymogi, odzwierciedlały staranność i wnikliwość w badaniu zleconego zagadnienia, odpowiadały w sposób wyczerpujący, stanowczy i zrozumiały na postawione pytania, a przytoczona na ich uzasadnienie argumentacja jest w pełni przekonująca. Zauważyć należy, iż opinia biegłego podlega, jak i inne dowody, ocenie według art. 233 § 1 k.p.c, lecz odróżniają je szczególne kryteria oceny. Stanowią je zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej wniosków. W ocenie Sądu opinie biegłych J. O. i M. S. sporządzone zostały zgodnie z wymaganiami fachowości i niezbędną wiedzą specjalną.

Są rzetelne i logiczne. W szczególności biegli przy wydawaniu opinii dysponowali dokumentacją lekarską powoda, jak również przeprowadzili stosowne badanie przedmiotowe.

W ocenie Sądu, nawet jeżeli to własna bakteria powoda dostała się do rany, to dzieje się to najczęściej przy współudziale personelu, niedostatecznej dezynfekcji rany i otoczenia lub niestarannego założenia opatrunku. Każda z wymienionych przyczyn jak i wiele innych - które mogą zdarzyć się w trakcie zabiegu - sprzyja i stwarza dobre warunki do zakażenia i to szpital powinien ponosić konsekwencje ewentualnego zakażenia, nawet bakterią, która nie jest typu szpitalnego, jak w przypadku powoda, lecz taką, której nosicielem jest wiele osób, nawet o tym nie wiedzących. Istotne jest bowiem, że na pewnym etapie zabiegu urologicznego, czy bezpośrednio przed nim lub po jego wykonaniu, doszło do złamania warunków higienicznych, które umożliwiły przedostanie się bakterii do rany.

Podkreślić należy, iż okoliczności, że w niniejszej sprawie nie można jednoznacznie ustalić jaką drogą doszło do zakażenia gronkowcem złocistym nie można interpretować na niekorzyść powoda. Także kwestia rodzaju bakterii, którą stwierdzono u powoda i to, że nie jest to bakteria typowa dla szczepu szpitalnego nie mogła stanowić podstawy do przyjęcia, że do zakażenia nie doszło w czasie pobytu powoda w placówce w O.. Zdaniem Sądu również późniejsze czynności, którym poddawano powoda w placówkach w P. czy O., nie mogły doprowadzić do zakażenia powoda, skoro już przed ich wykonaniem pojawiły się skutki tego zakażenia.

Powyższe ustalenia co do zakażenia powoda bakterią gronkowca w przedmiotowym Szpitalu potwierdza również relacja przesłuchanego w sprawie świadka E. K..

W świetle zebranego w sprawie materiału dowodowego brak jest zatem uzasadnionych podstaw do przyjęcia innego źródła zakażenia powoda, zwłaszcza, że zakażenie wykryto w posiewie moczu powoda wykonanym w przedmiotowym Szpitalu po zabiegu urologicznym powikłanym gorączką.

Ustalona chronologia zdarzeń, zbieżność czasowa, wyniki badań, a także miejsce pojawienia się stanu zapalnego uprawniały Sąd do ustalenia, że do zakażenia powoda doszło w trakcie pobytu powoda w placówce ubezpieczonej przez pozwaną zakład ubezpieczeń w związku z zabiegiem urologicznym wykonanym w dniu 22 listopada 2010 roku.

Wobec powyższego należy przyjąć, że wykazane zostały wszystkie obciążające powoda przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej szpitala, a w związku z tym także pozwanego: szkoda, związek przyczynowy i zawinienie, z których dwie ostatnie są domniemywane.

W tych okolicznościach to na pozwanego przesunięty został ciężar wykazania, że szpital nie ponosi odpowiedzialności za powstałą szkodę. Strona pozwana uwolnić się od tego mogłaby w drodze przeprowadzenia skutecznej ekskulpacji, tj. wykazania, że podczas całego pobytu powoda w szpitalu przestrzegane były wszystkie procedury dotyczące reżimu sanitarnego i nie doszło do żadnych zaniedbań ze strony personelu medycznego, ani też natury organizacyjnej. Z uwagi na specyfikę prowadzonej działalności i jej profesjonalny charakter, powinien też wykazać, że była to staranność szczególna o której mowa w art. 355 § 1 k.c. W rozpoznawanej sprawie oczywistym jest, iż poprawne funkcjonowanie placówki służby zdrowia winny tak zorganizować swą pracę i zapewnić takie środki, by zminimalizować ryzyko zakażenia pacjentów. Obowiązek podejmowania takich działań wynika z przepisu art. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008r., Nr 234, poz. 1570). Kierownicy zakładów opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych przez ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych; monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń; opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych; wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej; prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji tych działań.

Ponownie przytoczyć należy stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w wyroku z dnia 27 lutego 1998 roku wydanym w sprawie II CKN 625/97 (PiM 1999/3/130), w którym zawarto tezę, iż sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać za wystarczający wysoki stopień prawdopodobieństwa, nie wymagając od poszkodowanego ścisłego i pewnego udowodnienia, jaką drogą jego organizm został zainfekowany. Obrona pozwanego polega natomiast na osłabianiu wspomnianego prawdopodobieństwa, przede wszystkim przez dowodzenie, że zaistniały inne prawdopodobne przyczyny infekcji, względnie, że konkretne warunki w jakich - według twierdzeń poszkodowanego - doszło do zarażenia, wykluczały taką możliwość. W ocenie Sądu materiał sprawy nie dostarcza jakichkolwiek podstaw do oceny, iż w przypadku powoda był w pełni zachowany, na każdym etapie jego leczenia, wymagany dla zapobieżenia zakażenia reżim sanitarny.

Zdaniem Sądu pozwany nie wykazał okoliczności, których zajście obniżyłoby stopień prawdopodobieństwa zakażenia powoda bakterią gronkowca złocistego w czasie jego pobytu w Szpitalu (...) w O.. Dowody zebrane w sprawie nie wyjaśniają, jaki był stan sanitarny oddziału, na którym przebywał powód, jak wyglądała kwestia przestrzegania procedur służących jego prawidłowemu utrzymaniu, w jakich warunkach przeprowadzono zabieg urologiczny oraz czy i w jakim stopniu utrzymywano higienę okolic ran. Brak jest zatem dowodu, obciążającego stronę pozwaną, że był zachowany pełny reżim sanitarny, a wszystkie działania personelu wobec powoda podejmowano z wymaganą starannością profesjonalisty, której dochowanie normalnie powinno dawać gwarancję uniknięcia zakażenia. W konsekwencji Sąd uznał, że nie zostały obalone wynikające z domniemania faktycznego przesłanki odpowiedzialności za szkodę doznaną przez powoda na skutek jego pobytu w Szpitalu (...) w O. w okresie od 18 do 24 listopada 2010r. Sąd przyjął zatem co do zasady odpowiedzialność pozwanego ubezpieczyciela za stwierdzone zakażenie gronkowcem złocistym.

Krzywdą, której naprawienia może domagać się poszkodowany na podstawie art. 445 k.c., stanowi niemajątkowy skutek naruszenia dóbr osobistych, wywołany przede wszystkim rozstrojem zdrowia, co może opierać się bądź na fizycznych dolegliwościach bądź psychicznych cierpieniach bezpośrednio związanych ze stanem zdrowia i dalszymi następstwami w postaci odczuwanego dyskomfortu, strachu, poczucia osamotnienia, nieprzydatności społecznej i innych negatywnych odczuć. Przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia należy uwzględnić przede wszystkim nasilenie cierpień, trwałość następstw zdarzenia oraz konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w życiu osobistym i społecznym, a także wiek poszkodowanego i czas trwania jego cierpień (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 1999r. II UKN 681/98 i wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 1972r., II CR 57/72). Zważyć dodatkowo trzeba, że zadośćuczynienie winno mieć charakter kompensacyjny i przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość. Kompensata majątkowa z kolei winna mieć na celu przewyższenie przykrych doznań i wobec tego winna być rozumiana szeroko, albowiem obejmuje zarówno cierpienia fizyczne, jak i sferę psychiczną poszkodowanego. Wysokość zadośćuczynienia odpowiadająca doznanej krzywdzie powinna być odczuwalna ekonomicznie, a ponadto przynosić równowagę emocjonalną, naruszoną przez doznane cierpienia psychiczne (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 2008r. sygn. akt II CSK 536/07), jednakże wysokość ta nie może być nadmierną w stosunku do doznanej krzywdy, albowiem musi być utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2001r. sygn. III CKN 427/00).

Ustalając wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia z tytułu krzywdy, jakiej doznał na skutek zakażenia bakterią gronkowca Sąd uwzględnił zarówno jego cierpienia fizyczne, jak i psychiczne. Bez wątplenia powód doznał znacznych cierpień i dolegliwości bólowych, ale również został on czasowo ograniczony w wykonywaniu wielu czynności życia codziennego oraz w aktywności zawodowej i życiowej zgodnej z posiadanymi umiejętnościami i pragnieniami.

Sąd zważył, iż zadośćuczynienie z art. 445 k.c. ma przede wszystkim charakter kompensacyjny i tym samym jego wysokość musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość. Wysokość ta jednak nie może być nadmierną w stosunku do doznanej krzywdy i aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa, a więc powinna być utrzymana w rozsądnych granicach.

Określając wysokość zadośćuczynienia Sąd miał na względzie przede wszystkim wiek poszkodowanego oraz rodzaj obrażeń i związane z tym niedogodności fizyczne i psychiczne. Okolicznością nie bez znaczenia był również czas leczenia i rekonwalescencji powoda, który obejmował okres od 15 grudnia 2010 roku do 11 sierpnia 2011 roku, wielokrotne hospitalizowanie w celu otrzymania odpowiedniej pomocy lekarskiej, trzykrotne poddawanie się zabiegom operacyjnym, wymaganie pomocy osób trzecich w okresach pomiędzy hospitalizacjami.

W ocenie Sądu ustalone w sprawie okoliczności przemawiają za przyznaniem następcom prawnym powoda łącznie kwoty 20 000 złotych tytułem zadośćuczynienia pieniężnego. Kwota ta posiada zdaniem Sądu realną, odczuwalną wartość i nie sposób przypisać jej miana symbolicznej.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c., z którego wynika, że jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Na podstawie art. 817 § 1 k.c. ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o szkodzie. Uzasadnionym było zatem przyznanie powodowi odsetek ustawowych od dnia 22 grudnia 2012 roku zgodnie z żądaniem pozwu, albowiem jak wynika z akt szkody pozwany otrzymał zgłoszenie szkody w dniu 21 listopada 2012 roku.

O kosztach procesu Sąd rozstrzygnął w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. z 2015 r., poz. 1804 ze zm.) oraz art. 98 k.p.c., zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. W tym przypadku jest to kwota 3 600 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego i kwota 17 złotych tytułem zwrotu opłaty od udzielonego pełnomocnictwa.

Koszt sporządzenia opinii przez powołanych w niniejszej sprawie biegłych sądowych wyniósł łącznie 2 245,41 złotych i do wysokości 400 złotych pokryty został z wpłaconej przez pozwanego i interwenienta ubocznego zaliczki, zaś do wysokości 1 845,41 złotych tymczasowo pokryty został ze środków budżetowych Skarbu Państwa.

Zważywszy na wynik procesu Sąd na podstawie art. 83 ust. 2 w zw. z art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. z 2005r., Nr 167, poz. 1398 ze zm.) nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa Sądu Rejonowego w Pieszku kwotę 1 845,41 złotych tytułem brakującej zaliczki na pokrycie kosztów opinii biegłych sądowych.

Na podstawie art. 80 ust. 1 w zw. z art. 84 ust. 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. z 2018r., poz. 300 j.t.), Sąd zwrócił solidarnie powódkom kwotę 400 złotych tytułem niewykorzystanej zaliczki na opinię biegłego.