

## UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 20 marca 2012 r., skierowanym przeciwko Miastu P., powód R. K. wniósł o zasądzenie od pozwanego:

- kwoty 80.000 –zł z tytułu zadośćuczynienia;

- kwoty 12.000 zł wydatków poniesionych na leczenie z ustawowymi odsetkami od kwoty 10.445 zł od 5 grudnia 2011 r. oraz od kwoty 1.555 zł od daty doręczenia stronie pozwanej odpisu pozwu;

- kwoty 4.062 zł z tytułu straty w dochodach, liczonej za okres od 1 listopada 2009 r. do 31 stycznia 2011 r. jako różnica pomiędzy pobranym świadczeniem z ubezpieczenia społecznego, a dochodami z wynagrodzenia za pracę z ustawowymi odsetkami od daty doręczenia stronie pozwanej odpisu pozwu;

- kwoty 13.656 zł kosztów opieki za okres od 1 listopada 2009 r. do 31 lipca 2011 z ustawowymi odsetkami od 5 grudnia 2011 r.,

- renty w kwocie po 1000 zł miesięcznie, poczynając od 1 sierpnia 2011 r. i na przyszłość, płatnej z góry do dnia 10-go każdego miesiąca, z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności.

Nadto, powód wniósł także o ustalenie odpowiedzialności Miasta P. za ewentualne dalsze następstwa powikłań związanych z leczeniem przez SPZOZ w P. doznanego przez powoda w sierpniu 2009 roku urazu śródstopia, jakie mogą ujawnić się w przyszłości oraz zasądzenie od pozwanego kosztów procesu według norm prawem przepisanych. W uzasadnieniu żądania powód wskazał, iż na skutek wadliwie przeprowadzonej operacji stopy, powiklanej gronkowcem, doszło do nieodwracalnego zniekształcenia stopy i uszkodzenia nerwów. Wszystko to jest wynikiem zaniedbań SPZOZ w P., którego to pozwany jest organem założycielskim.

/pozew – 2 –7/

W odpowiedzi na pozew z dnia 26 kwietnia 2012 r. pozwany Miasto P. wniosło o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda kosztów procesu, ponosząc brak zasady odpowiedzialności. Pozwany wniósł o przypozwanie ubezpieczyciela (...) S. A.

/odpowiedź na pozew, k. 89-92/

W dniu 29 sierpnia 2012 r. swoje przystąpienie do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanej zgłosił (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W., wnosząc o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych. Interwenient wskazał, iż w toku postępowania likwidacyjnego wypłacił na rzecz powoda kwotę 26.840 zł.

/interwencja uboczna, k. 186-187/

Pismem z dnia 9 lipca 2013 r. powód rozszerzył powództwo w zakresie odsetek od zadośćuczynienia i wniósł o zasądzenie kwoty 80.000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od 5 grudnia 2011 r. do dnia zapłaty.

(rozszerzenie, k. 317)

W toku dalszego procesu powód dodatkowo wskazał na braki w dokumentacji medycznej prowadzonej przez poprzednika prawnego pozwanego oraz nie poinformowanie go o skutkach zabiegu jakiemu była poddany. Powód wskazał, iż zgoda na operację, przedstawiona mu do podpisu nie zawiera żadnych elementów szczegółowych tak dotyczących samego zabiegu, jak i ewentualnych powikłań.

(pisma k- 288, k- 671)

Pismem z dnia 13 marca 2017 r. strona powodowa rozszerzyła powództwo:

- w zakresie renty do kwoty po 1.100 zł miesięcznie, poczynając od 1 stycznia 2017 r. i na przyszłość, płatnej z góry do dnia 10-go każdego miesiąca, z ustawowymi odsetkami za opóźnienie;

- w zakresie odszkodowania za utracone dochody do kwoty 6.403 zł, w tym od kwoty 4.062 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od daty doręczenia stronie pozwanej odpisu pozwu oraz od kwoty 2.341 zł od daty doręczenia stronie pozwanej pisma z rozszerzeniem powództwa.

Powód sprecyzował roszczenie i wniósł o zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz:

- kwoty 80.000 zł z tytułu zadośćuczynienia, z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 5 grudnia 2011 r. do daty zapłaty;

- kwoty 12.000 zł wydatków poniesionych na leczenie z ustawowymi odsetkami od kwoty 10.445 zł od 5 grudnia 2011 r. oraz od kwoty 1.555 zł od daty doręczenia stronie pozwanej odpisu pozwu;

- kwoty 6.403 zł straty w dochodach, liczonej za okres od 1 listopada 2009 r. do 31 lipca 2011 r. jako różnica pomiędzy pobranym świadczeniem z ubezpieczenia społecznego, a dochodami z wynagrodzenia za pracę, do 31.01.2011 r., a od 01.02.2011 r. do 31.07.2011 r. jako różnica pomiędzy minimalnym wynagrodzeniem netto, a pobieranym przez powoda świadczeniem ZUS z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od daty doręczenia stronie pozwanej odpisu pozwu od kwoty 4.062 zł oraz od kwoty 2.341 zł od daty doręczenia stronie pozwanej pisma z rozszerzeniem powództwa;

- kwoty 13.656 zł kosztów opieki za okres od 1 listopada 2009 r. do 31 lipca 2011 r. z ustawowymi odsetkami od 5 grudnia 2011 r.;

- renty za utracone dochody, na zwiększone potrzeby i za zmniejszenie się widoków na przyszłość w kwocie po 1.000 zł miesięcznie, za okres od 1 sierpnia 2011 r. do 31.12.2016 r. oraz po 1.100 zł miesięcznie poczynając od 1 stycznia 2017 r. i na przyszłość, płatnej z góry do dnia 10-go każdego

miesiąca z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w razie uchybienia terminowi płatności.

Nadto powód wniósł o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego udzielonego powodowi z urzędu w wysokości 150 % stawki ustawowej ze względu na długi czas trwania procesu, skomplikowany charakter sprawy i nakład pracy oświadczając, że koszty te nie zostały pokryte w całości ani części.

/rozszerzenie powództwa, k. 869-870/

Pismem z dnia 20 marca 2017 r. powód rozszerzył powództwo o zadośćuczynienie do kwoty 125.000 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 21 listopada 2011 r. do daty zapłaty oraz od kwoty 45.000 zł od 20 marca 2017 r. do daty zapłaty.

/rozszerzenie powództwa, k. 910/

Na rozprawie z dnia 20 marca 2017 r. Przewodniczący wręczył pełnomocnikom pozwanego i interwenienta pisma z rozszerzeniem powództwa. Pozwany i interwenient uboczny nie uznali rozszerzonego powództwa i wnieśli o jego oddalenie.

/e-protokół, k. 913 – 01:37:45/

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

R. K. w dniu 4 sierpnia 2009 r. pośliznął się w domu i doznał urazu lewej stopy. Następnego dnia udał się do szpitala w Ł., a po zaopatrzeniu został skierowany do SPZOZ w P.. Przebywał tam na Oddziale (...)w dniach od 5 sierpnia

2009 r. do 19 sierpnia 2009 r. z rozpoznaniem złamania podstaw II, III, IV kości śródstopia lewego ze zwicnięciem w stawie Lisfranka.

W dniu 5 sierpnia 2009 r. powód podpisał „formularz zgody poinformowanego pacjenta” na „proponowane leczenie”. R. K. nie został poinformowany na czym miałyby polegać jego operacja, jakie są związane z nią ewentualne powikłania.

/oryginał historii choroby w kopercie, k. 263; kserokopia zgody, k. 73v.; zeznania powoda, k. 912-913 – e-protokół – od 01:04:2; dokumentacja medyczna, k. 10-16 i k. 22-40 i k. 65-85; 96-119 i k. 136-154; k. 263/

W dniu 5 sierpnia 2009 r. wykonano u powoda zabieg repozycji i stabilizacji z zastosowaniem drutów Kirschnera. Podczas operacji nie zastosowano okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej.

W dniu 6 sierpnia 2009 r. wystąpiło u powoda pod-wyższenie temperatury ciała (9 sierpnia wystąpił skok gorączki). Jednocześnie 7 sierpnia zaobserwowano objawy stanu zapalnego w obrębie stopy lewej, od tego dnia do 18 sierpnia włączono ceftazydym (Fortum). U powoda następowało stopniowe ustępowanie objawów, ale pozostało sączenie z rany. Podczas wypisu powodowi zlecono kontrolę w (...) w P. za 2 dni. W dniu 16 września 2009 r. usunięto druty Kirschnera. W dniu 21 września 2009 r. zdjęto gips. Dnia 25 września 2009 r. powód otrzymał klindamycynę (Dalacin C) w dawce 3x300mg. W miejscu pooperacyjnym utrzymywał się stan zapalny, duży obrzęk i obecność przetok z sącząca się surowiczo-ropną wydzieliną.

W dniu 30 września 2009 r. w wymazie z rany w stwierdzono obecność Gronkowców złocistych (Staphylococcus aureus) wrażliwych na wszystkie antybiotyki. W dniu 2 października 2009 r. powód otrzymał cefuroksym (Zinnat) w dawce 2x0,5 g doustnie oraz nystatynę tą samą drogą. Antybiotyki te ponowiono pod koniec października.

Rezonans Magnetyczny z dnia 21 kwietnia 2010 r. nie wykazał zmian ropnych w obrębie stopy, jednakże badanie scyntygraficzne z dnia 8 czerwca 2010 r. wykazało wyraźne wzmożone ukrwienie i znacznie zwiększony metabolizm kostny wskazujący na lokalny stan zapalny o dużej intensywności. W badaniu RTG z dnia 7 grudnia 2011 r. stwierdzono: zniekształcenie i przebudowę strukturalną kości piętowej i kości stępu stopy lewej oraz części podstawnych kości śródstopia.

/dokumentacja medyczna, k. 10-16 i k. 22-40 i k. 65-85; 96-119 i k. 136-154; oryginał historii choroby w kopercie, k. 263/

Po wyjściu ze szpitala powód miał wizyty na Oddziale Ortopedycznym w P., gdzie dokonywano zmiany opatrunków. Zmian dokonywała pielęgniarka oddziałowa. Opatrunki, w tym ze srebrem kupował powód wraz z rodzicami. Wizyt tych nie odnotowano w żadnej dokumentacji medycznej.

/zeznania świadków: D. K., k. 495v.-496 – e-protokół od 00:09:47, Z. K., k. 496 – e-protokół od 00:19:31; zeznania powoda, k. 912-913 – e-protokół – od 01:04:21/

W SPZOZ w P. istniał obowiązek monitorowania i wprowadzania do systemu faktu wyhodowania ustrojów alarmowych i zakażeń. Istniały zarządzenia i procedury m.in. mycia rąk, dezynfekcji. Szpital był kontrolowany przez Sanepid. Kontrole były prowadzone na bieżąco i wszelkie nieprawidłowości bądź prawidłowości przekazywane były ustnie. Kontrole Sanepidu były niezapowiedziane. W ciągu roku jest średnio około 6-10 takich wizyt. W 2009 roku SPZOZ w P. były ustalone zakażenia uznane za szpitalne. Tych przypadków było około 60 – 90. W 2009 r. (...) w P. nie przeprowadziła kontroli na oddziale Ortopedii. W 2011 roku nie było żadnych poważniejszych zastrzeżeń.

/zeznania świadka A. T., k. 170-171v.; pismo, k. 206; zarządzenie w sprawie zakażeń szpitalnych, k. 207-221; pisma, procedury, k. 222-240/.

W ocenie mikrobiologicznej w zakresie profilaktyki zakażenia nie zostały stwierdzone błędy „instytucjonalne” (błędy organizacyjne dotyczące kontroli zakażeń szpitalnych) w SPZOZ w P..

/opinia instytutu Katedry (...), k. 426-429; pisemna uzupełniająca opinia instytutu Katedry (...), k. 516-517; ustna uzupełniająca opinia biegłego ortopedy Ł. K., k. 644-646/.

Z punktu widzenia dziedziny chorób zakaźnych nie ma większych istotnych uchybień w pracy szpitala: w czasie wykonania zabiegu i pobytu w szpitalu podano powodowi antybiotyk o szerokim spektrum działania tj. Fortum, antybiotyk działający m.in. na gronkowce; - po wypisie do domu zalecono kontrole w odpowiedniej poradni specjalistycznej; - zalecono m.in. leki przeciwbólowe.

Jednakże za niedopatrzenie należy uważać nie wykonanie badań bakteriologicznych już w szpitalu i tylko jednego badania w warunkach ambulatoryjnych. Wynik nie zmieniłby postępowania, gdyż wyhodowane gronkowce były wrażliwe na wszystkie antybiotyki, tym niemniej tego rodzaju postępowanie jest konieczne.

/opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych A. B., k. 276-283; ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych A. B., k. 305v.-306 – 00:08:27-00:28:52/.

Z punktu widzenia ortopedycznego w Szpitalu w P. były uchybienia w prowadzeniu dokumentacji medycznej: - każdy wpis w historii choroby pacjenta powinien być potwierdzony pieczęcią imienną lekarza dokonującego wpis - brak jest tego w historii choroby powoda; - rozbieżności w datach przyjęcia do szpitala i wykonania operacji; - brak podania dokładnej wagi pacjenta przy przyjęciu (lub obliczenia wskaźnika BMI); - brak jest zapisów o stanie zdrowia powoda w dniach 8 i 9 sierpnia 2009 r.; - brak ustosunkowania się do odchyień w morfologii, glikemii.

Brak wpisów w dokumentacji w dniach 8 i 9 sierpnia 2009 r., w ocenie mikrobiologicznej, nie jest prawidłowy, ponieważ wtedy następowała największa dynamika objawów (skok gorączki 9 sierpnia 2009 r.), co mogło zostać przeoczone z tego powodu.

/opinia biegłego ortopedy M. S., k. 326-331; opinia instytutu Katedry (...), k. 426-429; opinia biegłego ortopedy Ł. K., k. 552-557; pisemna uzupełniająca opinia biegłego ortopedy Ł. K., k. 594-598; ustna uzupełniająca opinia biegłego ortopedy Ł. K., k. 644-646/.

W przypadku postępowania z samym powodem rezygnacja z okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej nie była prawidłowa, ponieważ istniały czynniki zwiększające ryzyko zakażenia — wszczepienie ciała obcego (druty Kirschnera), lokalizacja miejsca zabiegu w obrębie stopy, obciążenia w zakresie stanu ogólnego (nadwaga, nadciśnienie tętnicze), prawidłowe zatem byłoby zastosowanie takiej profilaktyki.

/opinia instytutu Katedry (...), k. 426-429; pisemna uzupełniająca opinia instytutu Katedry (...), k. 516-517; ustna uzupełniająca opinia biegłego ortopedy Ł. K., k. 644-646/.

Po wystąpieniu w dniu 7 sierpnia 2009 r. obrzęku śródstopia, zaczerwienienia rany i wydzieliny krwistej nie stosowano specjalnych metod diagnostycznych — terapeutycznych.

/opinia biegłego ortopedy M. S., k. 326-331/.

Po stwierdzeniu objawów stanu zapalnego w miejscu operowanym 7 sierpnia 2009 r. działania diagnostyczno-lecznicze, a także prowadzenie dokumentacji medycznej wiązały się z nieprawidłowościami. Nie prowadzono diagnostyki (w tym badania mikrobiologicznego), a tylko porzeczono na empirycznym podaniu antybiotyku (na dodatek z opóźnieniem). Wybór ceftazydymu i jego dawkowanie także nie można uznać za prawidłowe z punktu widzenia mikrobiologii. Podanie klindamycyny w dawce 3x300 mg też nie było właściwe, ponieważ dawka ta jest bardzo niska.

Prowadzenie dokumentacji ambulatoryjnej nie było prawidłowe, ponieważ nie zawiera ona istotnych informacji dotyczących np. stanu miejscowego. Opóźnienie pomiędzy 19 sierpnia a 16 września 2009 r., kiedy proces chorobowy postępował, przyczyniło się do progresji zakażenia. W tym okresie brak jest podjętych jakichkolwiek działań szpitala.

/opinia instytutu Katedry (...), k. 426-429; pisemna uzupełniająca opinia instytutu Katedry (...), k. 516-517/.

Z punktu widzenia chorób zakaźnych w przypadku powoda z przeważającym prawdopodobieństwem doszło do zakażenia szpitalnego w SPZOZ w P..

Przyczyną rozwoju zakażenia u powoda było wniknięcie drobnoustroju do miejsca operowanego gdzie zaistniały szczególnie warunki do namnożenia się bakterii i rozwoju stanu zapalnego. Zakażenie rany pooperacyjnej gronkowcem złocistym spełnia kryterium główne i część warunków pozwalających na ustalenie tego zakażenia jako zakażenia szpitalnego w pozwanym szpitalu. Jednorazowe badanie posiewu z rany jest diagnostyką niedostateczną i może budzić wątpliwości. Zmiany zapalne, które ujawniły się w kościach, które zostały potwierdzone badaniami takimi jak USG i rezonans magnetyczny przy uwzględnieniu wprowadzenia drutów Kirshnera w trakcie zabiegu operacyjnego w dniu 5 sierpnia 2009 r. należy traktować również jako zakażenie szpitalne.

/opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych A. B., k. 276-283; ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych A. B., k. 305v.-306 – 00:08:27-00:28:52/.

Z punktu widzenia ortopedycznego sam zabieg operacyjny został wykonany prawidłowo - uzyskano poprawne ustawienie odłamów i zespolenie przy pomocy 3 drutów Kirschnera spełniało swoje zadanie. Po zabiegu operacyjnym zastosowano unieruchomienie gipsowe. Zabieg operacyjny został wykonany, bez zbędnej zwłoki - po wykonaniu niezbędnych badań laboratoryjnych, w dniu przyjęcia powoda do szpitala. Sam zabieg został przeprowadzony rutynowo i prawidłowo. Z punktu widzenia ortopedycznego u powoda antybiotyki przez dobę po zabiegu powinien być stosowane.

W ocenie ortopedycznej doszło do powikłania w postaci zakażenia ropnego kości. Deformacja stopy u powoda jest skutkiem złamania, a następnie procesu zapalnego. Bezpośrednią przyczyną stanu zapalnego kości stopy było przeprowadzone u powoda leczenie operacyjne. Powstałe po operacji zapalenie kości jest powikłaniem znanym i opisanym w piśmiennictwie z częstością od 1-do 2% przypadków.

/ustna uzupełniająca opinia biegłego ortopedy M. S., k. 401v. – 403v. – od 00:01:45; pisemna uzupełniająca opinia biegłego ortopedy Ł. K., k. 594-598; opinia biegłego ortopedy M. S., k. 326-331; pisemna uzupełniająca opinia biegłego ortopedy Ł. K., k. 594-598; ustna uzupełniająca opinia biegłego ortopedy Ł. K., k. 644-646/.

W ocenie mikrobiologicznej zakażenie szpitalne zniweczyło skutek zabiegu ortopedycznego, a rozwój tej infekcji przyczynił się do destrukcji kości. Ponieważ zakażenie zniweczyło skutek zabiegu ortopedycznego, a rozwój tej infekcji przyczynił się do destrukcji kości, to wszystkie skutki na zdrowiu powoda wynikają z zakażenia.

/opinia instytutu Katedry (...), k. 426-429; pisemna uzupełniająca opinia instytutu Katedry (...), k. 516-517/.

Zakażenie spowodowało przedłużenie procesu gojenia się złamania i miało wpływ na większe ograniczenie ruchomości chorego stawu.

/opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych A. B., k. 276-283/.

W ocenie chirurgii naczyniowej etiologia obrzęków lewej kończyny dolnej u powoda ma zarówno charakter choroby samoistnej, jak również może być związana z powikłaniami okresu pooperacyjnego. Zaburzenia krążenia żylnego po wypadku w zakresie uszkodzonej kończyny dolnej i ewidentne zmiany w układzie chłonnym w zakresie lewej kończyny dolnej mogły przyczynić się do wystąpienia u powoda żyłaków lewej kończyny dolnej.

/opinia biegłego ortopedy M. S., k. 326-331; pisemna uzupełniająca opinia biegłego ortopedy Ł. K., k. 594-598; ustna uzupełniająca opinia biegłego ortopedy Ł. K., k. 644-646; opinia biegłego chirurga naczyniowego M. G., k. 723-725; pisemna uzupełniająca opinia biegłego chirurga naczyniowego M. G., k. 814-816; ustna uzupełniająca opinia biegłego chirurga naczyniowego M. G., k. 918v. – e-protokół od 00:28:11/.

Z punktu widzenia neurologicznego nie można z całą pewnością ustalić w jakich okolicznościach doszło do uszkodzenia u powoda nerwów stopy - czy nastąpiło to w trakcie urazu, zabiegu operacyjnego, czy na skutek procesu zapalenia kości wywołanego zakażeniem gronkowcem złocistym. Nie jest możliwe wskazanie stopnia prawdopodobieństwa przyczyn uszkodzenia nerwów powoda. Ustalenie, że do uszkodzenia doszło w trakcie urazu nie było możliwe w trakcie diagnozowania powoda przed operacją, ze względu na znaczny obrzęk lewej stopy i silne dolegliwości bólowe utrudniające ocenę zaburzeń czucia powierzchniowego i ruchomości stopy.

/opinia biegłego neurologa J. B., k. 651-654; ustna uzupełniająca opinia biegłego neurologa J. B., k. 918-918v. – e-protokół od 00:14:39/.

W Oddziale (...) oraz w Poradni (...) w P. nie wykonano oceny stanu unerwienia stopy powoda. Ocena taka została dokonana dopiero przez neurologa u którego powód leczył się od czerwca 2010r., a potwierdzona badaniem EMG wykonanym w lutym 2011r. Gdyby wcześniej dokonano oceny unerwienia stopy powoda, to powód wcześniej mógłby przyjmować leki regenerujące nerwy. Być może funkcja nerwów by wróciła i byłaby większa szansa na poprawę stanu zdrowia powoda. Uszkodzenie nerwów obwodowych u powoda to uszkodzenie nerwów piszczelowego i strzałkowego, których rola polega na tym, że można ruszać stopą. Są to nerwy czuciowe odpowiadają za czucie w obrębie stopy i łydki. Nie można określić prawdopodobieństwa polepszenia stanu zdrowia gdyby działania neurologiczne był podjęte w miesiąc po zabiegu.

/opinia biegłego neurologa J. B., k. 651-654; ustna uzupełniająca opinia biegłego neurologa J. B., k. 918-918v. – e-protokół od 00:14:39/.

Z punktu widzenia psychiatrycznego uraz kończyny dolnej w sierpniu 2009 roku był punktem zwrotnym w życiu powoda. Był dla niego źródłem stresu, dyskomfortu, który powód nadal przeżywa. Wpłynął na jego aspekt funkcjonowania fizycznego i psychicznego. Spowodował zmiany w aspekcie funkcjonowania codziennego, w tym zawodowego co pogłębiało złe samopoczucie psychiczne.

W związku z urazem stopy, ograniczeniami ruchowymi u powoda, w ocenie psychiatrycznej doszło do występowania zaburzeń nerwicowych, objawiających się: okresowym obniżeniem nastroju, okresową drażliwością, nerwowością, przeżywaniem niepokoju o własne zdrowie, doświadczaniem utraty sprawności psychofizycznej, poczuciem obniżonej wartości, izolacją społeczną, zaburzeniami snu. Największe nasilenie wyżej wymienionych objawów występowało w okresie około 1-1,5 roku od wypadku. Nasilenie zgłaszanych dolegliwości dotyczących zdrowia psychicznego u powoda zależne było i jest od codziennych problemów, zarówno zdrowotnych jak i finansowych, jak również od sytuacji stresogennych tj. toczące się postępowanie sądowe. W związku z powyższym stan psychiczny powoda jest zmienny co znajduje odzwierciedlenie w stosowanej farmakoterapii.

U powoda nie występują objawy psychopatologiczne dające podstawę do rozpoznania u powoda zaburzenia czy choroby psychicznej. Poprawa stanu zdrowia u powoda została uzyskana po 3 miesiącach, a powód leczony jest podtrzymująco.

/opinia biegłego psychiatry A. R., k. 748-782; pisemna uzupełniająca opinia biegłego psychiatry A. R., k. 824-828 ustna uzupełniająca opinia biegłego psychiatry A. R., k. 917 v. – e-protokół – od 00:04:17/.

Cierpienie psychiczne powoda związane z kalectwem jakiego doznał powód miały nasilenie umiarkowane i stopniowo malejące – i były najbardziej nasilone w okresie 1-1,5 roku od doznanego urazu. W ocenie ortopedycznej rozmiar cierpienia fizycznych powoda był znacznego stopnia.

(opinia biegłego psychiatry A. R., k. 748-782; opinia biegłego ortopedy M. S., k. 326-331).

Trwały neurologiczny uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi łącznie 47%, w tym: - 30% (uszkodzenie nerwu piszczelowego lewego); - 17% (uszkodzenie nerwu strzałkowego oraz strzałkowego powierzchownego lewego).

Z punktu widzenia rehabilitacji medycznej u powoda występuje trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 40%.

Z punktu widzenia chirurgii naczyniowej oraz psychiatrycznej powód nie doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu.

/opinia biegłego neurologa J. B., k. 651-654; opinia biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej, k. 698-701; opinia biegłego chirurga naczyniowego M. G., k. 723-725; opinia biegłego psychiatry A. R., k. 748-782; pisemna uzupełniająca opinia biegłego psychiatry A. R., k. 824-828; ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej, k. 843v.-844 – e-protokół – od 00:06:56 ustna uzupełniająca opinia biegłego psychiatry A. R., k. 917 v. – e-protokół od 00:04:17; ustna uzupełniająca opinia biegłego neurologa J. B., k. 918-918v.- e-protokół od 00:14:39; ustna uzupełniająca opinia biegłego chirurga naczyniowego M. G., k. 918v. – e-protokół od 00:28:11/.

Bezpośrednio po wypadku, powodem opiekowała się mama, a wszystkie obowiązki domowe przejęli rodzice. W związku z leczeniem powód poniósł wydatki na leki, prywatne wizyty lekarskie, dojazdy do lekarzy w łącznej wysokości około 12.496,44 zł.

/zeznania świadków: D. K., k. 495v.-496 – e-protokół od 00:09:47, Z. K., k. 496 – e-protokół od 00:19:31; zeznania powoda, k. 912-913 – e-protokół – od 01:04:21; zestawienie, k. 51-52 w zw. z zeznaniami powoda k. 912-913 – e-protokół – od 01:04:21; faktury, k. 855-857/.

Z punktu widzenia rehabilitacji medycznej powód może wymagać okresowej pomocy osób trzecich w wymiarze średnio 5 godzin w tygodniu. Pomoc ta potrzebna jest również aktualnie i na przyszłość. Mogła ona być uzasadniona w szerszym zakresie bezpośrednio po wypadku.

/opinia biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej, k. 698-701; ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej, k. 843v.-844 – e-protokół – od 00:06:56/.

Stawka pełnej odpłatności za usługi opiekuńcze w dni powszednie na terenie miasta Ł. wynosiła: od kwietnia do 31 grudnia 2008r. – 7,29 zł, od stycznia do czerwca 2009r. – 7,50 zł, od lipca 2009r. do 30 czerwca 2013r. - 9,50 zł/h, od lipca 2013 r. – 11 zł

/okoliczność znana Sądowi z urzędu; pismo (...), k. 889/.

Powód w chwili obecnej nie wymaga leczenia ortopedycznego, wymaga leczenia rehabilitacyjnego, stosowania leków przeciwbólowych oraz zaopatrzenia w obuwie ortopedyczne. Powód, z punktu widzenia ortopedycznego, nie może pracować na wysokości oraz wykonywać pracy wymagającej długiego stania i chodzenia - może wykonywać wszelkie prace biurowe. Stan zdrowia powoda może powodować konieczność pomocy innych osób przy wykonywaniu ciężkich prac fizycznych.

/opinia biegłego ortopedy M. S., k. 326-331/

W związku z uszkodzeniem stopy lewej powód wymaga rehabilitacji ambulatoryjnie 1-2 razy w roku po 10 dni zabiegowych. Rehabilitacja powinna obejmować: ćwiczenia ruchomości i siły mięśni lewej kończyny dolnej, ćwiczenia korygujące nieprawidłowości chodu, zabiegi fizykalne poprawiające trofikę np. masaż wirowy, pole magnetyczne.

Powód może również wymagać okresowej rehabilitacji w związku z dolegliwościami bólowymi przeciążeniowymi pozostałych stawów lewej kończyny dolnej, prawej kończyny dolnej i kręgosłupa w części lędźwiowej. Dolegliwości te są wynikiem nieprawidłowej funkcji statycznej i dynamicznej stopy (zmniejszona płaszczyzna podparcia, usztywnienie stopy, ograniczenie ruchomości stawu skokowego, brak właściwego pola podparcia kończyny dolnej oraz brak prawidłowej funkcji dynamicznej w czasie przetaczania i odbicia stopy).

/opinia biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej, k. 698-701; ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej, k. 843v.-844 – e-protokół – od 00:06:56; dokumentacja, k. 17-21 i k. 372-373/.

W ocenie rehabilitacji medycznej, powód wymaga zaopatrzenia w buty ortopedyczne na stopę o różnym zniekształceniu (do chodzenia w domu i poza domem) oraz zaopatrzenia w kulę łokciowa. Powód miał zlecone buty ortopedyczne w 2014 roku, otrzymał refundację NFZ oraz dopłacił zgodnie z obowiązującą refundacją (dopłata 603 zł).

(opinia biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej, k. 698-701; ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej, k. 843v.-844 – e-protokół – od 00:06:56; potwierdzenie refundacji, k. 471).

Powód na obrzęk lewej kończyny dolnej stosuje kompresjoterapię, nosi podkolanówki uciskowe, przyjmuje leki flebotropowe (Phlebodia, Lioton). Miesięczny koszt takiej farmakoterapii wynosi około 70 - 80 zł, raz w roku koszt podkolanówki uciskowej to około 200 zł. Zmiany w układzie żylnym lewej kończyny dolnej mogą u powoda być leczone operacyjnie, natomiast zmiany w układzie chłonnym lewej kończyny dolnej u powoda są utrwalonym następstwem przebytych stanów zapalnych lewej stopy, mogą być leczone jedynie objawowo.

/opinia biegłego chirurga naczyniowego M. G., k. 723-725; ustna uzupełniająca opinia biegłego chirurga naczyniowego M. G., k. 918v. – e-protokół od 00:28:11/.

Z punktu widzenia ortopedycznego aktualny stan zdrowia powoda jest utrwalony i nie należy oczekiwać istotnych zmian. Nie ma możliwości powrotu do stanu przed urazem kończyny dolnej lewej. Rokowanie ortopedyczne jest niepomyślne. Do rozważenia jest czasowe zastosowanie obuwia / ortezy dopasowanej do powstałego zniekształcenia stopy, a po wygaszeniu stanu zapalnego rozważenie osteotomii/artrodez rekonstrukcyjnych w specjalistycznym ośrodku mającym doświadczenie w chirurgii rekonstrukcyjnej stopy.

U powoda powstało istotne upośledzenie wydolności chodu. Powód ma obniżoną stabilność podparcia kończyny, ma brak czucia w stopie. Stopa powoda jest mocno zdeformowana oba stawy uległy zwicnięciu. Kości śródstopia aż do kości łydkowej są zdeformowane. Deformacja o typie „suszkwatym” stopy lewej oraz jej znaczne skrócenie i poszerzenie obwodu uniemożliwiają prawidłowy wydolny chód. Powód porusza się ze znacznym utykaniem i asekuracją kuli łokciowej. Powód nie może stosować obuwia komercyjnego i obecnie wymaga buta dopasowanego do powstałego zniekształcenia stopy. Współistniejące zaburzenie unerwienia stopy lewej może doprowadzić do powstania dalszych, wtórnych zmian strukturalnych w stopie.

Rokowania neurologiczne powoda na przyszłość są niepomyślne. Po około 7 latach od zdarzenia, pomimo leczenia farmakologicznego i rehabilitacji dalsza regeneracja uszkodzonych nerwów obwodowych nie jest możliwa.

W ocenie rehabilitacji medycznej u powoda występuje trwała dysfunkcja w związku z przebyłym uszkodzeniem stopy. Stan zdrowia powoda w związku z przebyłym uszkodzeniem lewej stopy nie rokuje poprawy. Zastosowanie zaopatrzenia ortopedycznego i rehabilitacją mogą jedynie zmniejszyć dolegliwości i poprawić funkcjonowanie powoda. Nie ma metody operacyjnej ortopedycznej, która pozwoliłaby na usunięcie dysfunkcji tej stopy.

/opinia biegłego ortopedy M. S., k. 326-331; opinia biegłego ortopedy Ł. K., k. 552-557; pisemna uzupełniająca opinia biegłego ortopedy Ł. K., k. 594-598; ustna uzupełniająca opinia biegłego ortopedy Ł. K., k. 644-646; ustna uzupełniająca opinia biegłego ortopedy Ł. K., k. 644-646; opinia biegłego neurologa J. B., k. 651-654; opinia biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej, k. 698-701; opinia biegłego chirurga naczyniowego M. G., k. 723-725; ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej, k. 843v.-844 – e-protokół – od 00:06:56/

Przed leczeniem powód pracował zawodowo. Od 1999 roku do 2008 roku prowadził sklep wielobranżowy, prowadził działalność krawiecką. Od 2009 r. R. K. był zatrudniony w Biorze (...) w P., na podstawie umowy o pracę na czas określony – do dnia 31 stycznia 2011 r., na stanowisku informatyk – pracownik księgowy, w pełnym wymiarze czasu pracy z wynagrodzeniem brutto 1.600 zł, netto 1.181,38 zł.

Powód miał plany życiowe – chciał rozpocząć pracę jako kierowca zawodowy. W 2007 roku uzyskał dodatkowe uprawnienia (w tym do przewozu rzeczy), miał prawo jazdy kategorii B, C, BE, CE. Chciał rozszerzyć swoje uprawnienia o ADR - o przewóz ładunków niebezpiecznych.



/umowa o pracę, k. 47; zaświadczenie, k. 48; kserokopia prawa jazdy, k. 879; zaświadczenie, k. 889; zeznania powoda, k. 912-913 – e-protokół – od 01:04:21/

W związku z dysfunkcją lewej kończyny dolnej u powoda występują ograniczenia w wykonywaniu pracy związanej z dłuższym staniem, występują ograniczenia w dłuższym chodzeniu po terenie równym i schodach, powód nie może wchodzić na drabinę. W związku z tym u powoda występują problemy: z prowadzeniem samochodu (sprzęgło w samochodzie), w samodzielnym wykonywaniu prac domowych, które wykonywał samodzielnie np. zimą w domu palenie w piecu (piec jest w piwnicy), w wykonywaniu prac porządkowych wokół domu (np. czyszczenie rynien, prace ogrodowe).

/opinia biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej, k. 698-701; ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej, k. 843v.-844 – e-protokół – od 00:06:56/.

W okresie od 1 września 2009 r. do 17 lutego 2011 r. ZUS wypłacił powodowi zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne: - od 28.09.2009 do 30.09.2009 – 90,46 zł netto; - od 01.10.2009 do 31.10.2009 – 935,88 zł netto; - od 01.11.2009 do 30.11.2009 – 905,78 zł netto; - od 01.12.2009 do 31.12.2009 – 935,78 zł netto; - od 01.01.2010 do 31.01.2010 – 935,70 zł netto; - od 01.02.2010 do 22.02.2010 – 664,76 zł netto; - od 23.02.2010 do 28.02.2010 – 203,75 zł netto; - od 01.03.2010 do 31.03.2010 – 1.052,79 zł netto; - od 01.04.2010 do 30.04.2010 – 1.018,60 zł netto; - od 01.05.2010 do 31.05.2010 – 1.007,82 zł netto; - od 01.06.2010 do 30.06.2010 – 848,60 zł netto; - od 01.07.2010 do 31.07.2010 – 877,12 zł netto; - od 01.08.2010 do 31.08.2010 – 877,12 zł netto; - od 01.09.2010 do 30.09.2010 – 849,60 zł netto; - od 01.10.2010 do 31.10.2010 – 877,12 zł netto; - od 01.11.2010 do 30.11.2010 – 849,60 zł netto; - od 01.12.2010 do 31.12.2010 – 877,12 zł netto; - od 01.01.2011 do 31.01.2011 – 877,12 zł netto; - od 01.02.2011 do 17.02.2011 – 480,84 zł netto.

Powód R. K. pobierał rentę z tytułu niezdolności do pracy: - od 18.02.2011 do 30.04.2011 - 1727,13 zł brutto, 1440,69 zł netto; - od 01.05.2011 do 31.05.2011 - 733,85 zł brutto, 17,99 zł z tytułu wyrównania za okres od 18.02.2011 do 30.04.2011, 653,17 zł netto; - od 01.06.2011 do 29.02.2012 - po 733,85 zł brutto miesięcznie, po 638,80 zł netto miesięcznie; - od 01.03.2012 do 31.03.2012 – 787,10 zł brutto, 822,26 zł netto (w tym 140,00 zł z tytułu rozliczenia podatku za 2011 r.); - od 01.04.2012 do 28.02.2013 - po 787,10 zł brutto miesięcznie, po 682,26 zł netto; - od 01.03.2013 do 31.03.2013 - 818,58 zł brutto, 750,91 zł netto (w tym 44,00 zł z tytułu podatku za 2012r.); - od 01.04.2013 do 28.02.2014 – po 818,58 zł brutto miesięcznie, po 706,91 zł netto miesięcznie; - od 01.03.2014 do 31.03.2014 – 831,68 zł brutto, 721,83 zł netto (w tym 4,00 zł z tytułu rozliczenia podatku za 2013r.); - od 01.04.2014 do 28.02.2015 - po 831,68 zł brutto miesięcznie, po 717,83 zł netto miesięcznie; - od 01.03.2015 do 31.03.2015 – 858,68 zł brutto, 741,40 zł netto (w tym 2,00 zł z tytułu rozliczenia podatku za 2014r.); - od 01.04.2015 do 29.02.2016 - po 858,68 zł brutto miesięcznie, po 739,40 zł netto miesięcznie; - od 01.03.2016 do 31.03.2016 – 860,74 zł brutto, 1144,27 zł netto ( w tym 3,00 zł z tytułu rozliczenia podatku za 2015r., oraz 400 zł jednorazowego dodatku); -od 01.04.2016 do 28.02.2017 – po 860,74 brutto miesięcznie, po 741,27 zł netto miesięcznie.

/zaświadczenie, k. 49-50; zaświadczenie, k. 877-878; druk, k 45-46; decyzja, k. 884/.

Powód jest umiarkowanie niepełnosprawny od 24 sierpnia 2010 r. Orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS powód jest częściowo niezdolny do pracy do 30 listopada 2019 r.

/orzeczenia, k. 43-44 i k. 468 i k. 572 i 882-883/.

Przed wypadkiem powód był aktywny, był sprawną osobą, nie miał ograniczeń: jeździł na rowerze, chodził na wycieczki, jeździł na wczasy. Obecnie nie powrócił do czynności, nie pracuje. Przechodził rehabilitacje. Powód poszukiwał pracy w zakładach pracy chronione, lecz bezskutecznie. Powód nie może dłużej stać ani siedzieć. Większość propozycji jakie otrzymał to praca w ochronie.

/zeznania świadków D. K., k. 919-919v. – e-protokół od 00:36:12; zeznania powoda, k. 912-913 – e-protokół – od 01:04:21/

Powód zgłosił szkodę ubezpieczycielowi Szpitala. W toku postępowania likwidacyjnego, w dniu 24 października 2011 roku, Ubezpieczyciel wypłacił na rzecz powoda świadczenia w łącznej wysokości 26.840,10 zł, w tym: - w kwotę 25.000 zł tytułem zadośćuczynienia; - kwotę 1.344 zł tytułem kosztów opieki (za okres 4 miesięcy po wypadku); - kwotę 496,10 zł tytułem kosztów leczenia. Ubezpieczyciel uznał tym samym, że do zakażenia powoda i zaniedbań pooperacyjnych doszło w SPZOZ P..

Uchwałami Rady Miejskiej w P. z dnia 17 czerwca 2009 r., z 13 listopada 2009 r., z 8 marca 2010 r., z 25 marca 2010 r., 8 września 2010 r. oraz z 4 lipca 2011 r. postawiono Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w P. przy ul. (...) II nr (...) w stan likwidacji, ustalając ostatecznie termin zakończenia likwidacji na dzień 30 września 2011 r. Prawomocnym postanowieniem z dnia 4 lutego 2010 r. Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi wykreślił Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w P. z Krajowego Rejestru Sądowego. Prawa i obowiązki SPZOZ w P. przejęło Miasto P..

Powód zgłosił ponownie szkodę następcy prawnemu Szpitala w P.. Pismem z dnia 16 lutego 2012 r. Miasto P. odmówiło zapłaty żądanych przez powoda świadczeń.

/okoliczności bezsporne; pismo pozwanego, k. 120-121; pismo, k. 887-888; umowa, polisa, k. 123-130; pismo, k. 366-367; załączone akta szkody/.

Dokonując ustaleń faktycznych Sąd oparł się na powołanych dowodach z dokumentów, zeznań świadków, opinii instytutu naukowego – Katedry Mikrobiologii oraz opinii biegłych, którzy ocenili i opisali stan zdrowia powoda oraz sposób opieki medycznej w Szpitalu w P.. W ocenie sądu - dowody te nie budzą żadnych zastrzeżeń, ani wątpliwości co do ich wiarygodności.

W zakresie przeprowadzonej u powoda operacji, jej przebiegu, prawidłowości, a także związku przyczynowego ze stanem zdrowia powoda, Sąd oparł się przede wszystkim na przeprowadzonych w sprawie dowodach z opinii biegłych (z zakresu ortopedii, chirurgii naczyniowej, neurologii, psychiatrii, chorób zakaźnych) oraz instytutu – Katedry (...). W szczególności Sąd nie znalazł podstaw do zakwestionowania wiarygodności opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych w zakresie stwierdzenia, że doszło do zakażenia szpitalnego w trakcie leczenia powoda w opiniowanym okresie. Wszelkie zaś wątpliwości biegłych zostały wyjaśnione w ramach pisemnych oraz ustnych opinii uzupełniających.

Opinie Instytutu – Katedry (...) oraz biegłego z zakresu chorób zakaźnych A. B. są ze sobą zbieżne i wzajemnie się uzupełniają. Obie opinie wskazują, że w Szpitalu nie doszło do błędów "instytucjonalnych" - tj. istotnych uchybień i błędów organizacyjnych. Jednakże obie opinie wskazują, na to, że w trakcie leczenia powoda dopuszczono się do szeregu nieprawidłowości. Przede wszystkim: - nie wykonano badań bakteriologicznych; - brak było okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej (która również w ocenie ortopedycznej była konieczna); - brak było odpowiednich badań; - brak właściwego prowadzenia dokumentacji medycznej (przede wszystkim 8 i 9 sierpnia 2009 r.); - nie zastosowano odpowiedniej do przypadku powoda działania diagnostyczno-leczniczego; - nieskuteczna (zbyt zachowawcza) antybiotykoterapia w późniejszym okresie.

Natomiast biegły neurolog J. B. w sposób przekonywujący zaś odpowiedziała dlaczego z punktu widzenia jej specjalności nie może ustalić w jakich okolicznościach doszło do uszkodzenia nerwów stopy powoda. Jednakże powyższe również wynikało z zaniedbań samego Szpitala w P., w którym nie dokonano oceny stanu unerwienia. Biegli z zakresu ortopedii (Ł. K., M. S.) zgodnie ocenili, że sam zabieg ortopedyczny wykonany w Szpitalu w P. wykonano prawidłowo i zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej. Jednakże zakażenie szpitalne do którego doszło w Szpitalu w P. całkowicie zniweczyło skutek zabiegu ortopedycznego, a dalszy rozwój infekcji przyczynił się do trwałej destrukcji kości powoda.

Sąd pominął opinie biegłego z zakresu chorób zakaźnych jedynie w tej części, w jakiej Sąd powołał biegłych innych specjalności – w szczególności biegłego ortopedę na okoliczność jakie skutki dla stanu zdrowia powoda miało zakażenie, a także to czy zastosowanie odpowiedniej kuracji mogło ograniczyć rozprzestrzenienie się bakterii, a w szczególności zapobiec zapaleniu kości. Z podobnych względów Sąd pominął opinię biegłego ortopedy M. S. w tej części w jakiej wypowiadał czy u powoda doszło do uszkodzenia nerwów w obrębie stopy – albowiem na powyższą okoliczność Sąd przeprowadził dowód z opinii biegłego neurologa. Sąd pominął również opinię biegłego ortopedy Ł. K. – w tej części w jakiej wypowiedział się co do okoliczności powstania u powoda stanu zapalnego i gronkowca. Na wypowiedzenie się na te okoliczności Sąd powołał dowód z opinii Instytutu (...) i biegłego z zakresu chorób zakaźnych.

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

Powództwo podlegało uwzględnieniu niemal w całości.

W niniejszej sprawie powód wskazał, że dochodzone pozwem kwoty wiążą się z aktualnym jego stanem zdrowia, spowodowanym nieprawidłowościami w procesie leczenia w SPZOZ w P. w okresie od 5 sierpnia 2009 r. do 19 sierpnia 2009 r.

W związku z powyższym zasadność roszczenia należy rozważać na podstawie przepisu art. 416 k.c. oraz art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c. Placówka medyczna, której następcą prawnym jest pozwane Miasto P., miało status samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Posiadało więc osobowość prawną. W sytuacji zaś, gdy pacjent w związku z leczeniem w takiej placówce ponosi szkodę w wyniku nie zapewnienia mu bezpiecznych warunków leczenia, pozwalających na uniknięcie zakażenia, należy zbadać czy doszło do niedopełnienia przez osoby zarządzające szpitalem i jego personel obowiązków zachowania należytej staranności przy wykonywaniu swoich funkcji, które uzasadnia odpowiedzialność szpitala na podstawie art. 416 k.c., a z racji relacji zwierzchnictwa i podporządkowania na podstawie art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c. (tak też wyrok SA w Poznaniu z 28 lutego 2013 r., I ACa 91/13, LEX nr 1314856).

Zgodnie z przepisem art. 416 k.c., osoba prawna jest obowiązana do naprawienia szkody wyrządzonej z winy jej organu, w myśl zaś powołanego powyżej przepisu art. 430 k.c. 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 powierzonej jej czynności.

Między osobą powierzającą wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. Przyjmuje się, że chodzi o pojęcie podporządkowania ogólnoorganizacyjnego. W konsekwencji, stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii czy też innego personelu medycznego. Wobec tego zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność za błędy organizacyjne i zaniedbania personelu medycznego oraz za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego są poważne szkody doznane przez pacjenta (tak też Sąd Apelacyjny w Rzeszowie w wyroku z dnia 12 października 2006 roku, I ACa 377/06, LEX nr 526714).

Mając na uwadze powyższe, należy w niniejszej sprawie dokonać oceny, czy podczas hospitalizacji powoda miał miejsce zarzucany błąd organizacyjny zwierzchników Szpitala bądź zawinione działanie lub zaniechanie personelu Szpitala, a w nadto czy powód doznał w wyniku tego zaniedbania szkody oraz czy istnieje związek przyczynowy między owym działaniem lub zaniechaniem a szkodą.

Ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wynika, że do bakteryjnego zakażenia powoda doszło na skutek działań lub zaniechań personelu medycznego w procesie leczenia w Szpitalu w P.. Sąd miał w tym względzie na

uwadze okoliczność, że do przyjęcia istnienia związku przyczynowego między zaniedbaniami personelu medycznego a szkodą pacjenta wystarcza ustalenie wysokiego czy też przeważającego prawdopodobieństwa tegoż związku, nie zaś pewności (tak SN w orzeczeniach: z dnia 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA 1969, nr 7-8, poz. 155, z dnia 5 lipca 1967 r., I PR 174/67, OSN 1968, nr 2, poz. 26, z dnia 14 grudnia 1973 r., II CR 692/73, OSPiKA 1975/4/94, z dnia 28 października 1983 r., II CR 358/83, OSPiKA 1984/9/187, z dnia 27 lutego 1998 r., II CKN 625/97, PiM 1999/3/130, również SA w Poznaniu w wyroku z dnia 17 stycznia 2006 r., I ACa 1983/04, LEX nr 186503). W takiej sytuacji ciężar wykazania innej, co najmniej równie lub bardziej prawdopodobnej, przyczyny zakażenia pacjenta obciąża stronę pozwaną. Pogląd powyższy, utrwalony w orzecznictwie, wynika z faktu praktycznej niemożliwości – ze względu na właściwości procesów biologicznych – przeprowadzenia dowodu bezpośredniego i uzyskania pewności konkretnego źródła i momentu zainfekowania organizmu człowieka. W takich przypadkach, gdy brak jest bezpośrednich środków dowodowych albo istnieją znaczne utrudnienia dowodowe dla wykazania faktu, a jednocześnie jego ustalenie jest możliwe przy zastosowaniu reguł logicznego rozumowania przy uwzględnieniu zasad wiedzy i doświadczenia życiowego, Sąd może posłużyć się konstrukcją domniemania faktycznego przewidzianego w przepisie art. 231 k.p.c. (tak SN w orzeczeniach: z dnia 17 maja 2007 r., III CSK 429/06, LEX nr 274129, z dnia 2 grudnia 2010 r., I CSK 11/10, LEX nr 737365, z dnia 2 czerwca 2010 r., III CSK 245/09, LEX nr 611825). Jednakże by ustalić w ten sposób związek przyczynowy, musi istnieć szereg okoliczności na związek ów wskazujących i w ten sposób czyniących go wysoce prawdopodobnym, a jednocześnie ustalone okoliczności muszą wskazywać na małe prawdopodobieństwo powstania szkody w wyniku innych czynników.

Ustalenia w kwestii przyczyny zakażenia powoda wymagały wiadomości specjalnych, dlatego w tym zakresie Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego – specjalisty chorób zakaźnych. Biegły sformułował jednoznaczny wniosek, że zakażenie powoda było zakażeniem szpitalnym, a doszło do niego podczas hospitalizacji. Strona pozwana nie wykazała, by istniało wyższe prawdopodobieństwo, że do zakażenia doszło w wyniku innych przyczyn. Mając na uwadze powyższe, Sąd ustalił, że powód uległ zakażeniu w placówce medycznej, której następcą prawnym jest pozwany. Nie ulega wątpliwości, że placówka medyczna winna tak zorganizować swą pracę, by zminimalizować ryzyko zakażenia pacjentów. Obowiązek ten wynika z przepisu art. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2013 roku, poz. 947). Zgodnie z tym przepisem, na kierownikach podmiotów leczniczych oraz innych osobach udzielających świadczeń zdrowotnych ciąży obowiązek podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Działania te obejmują w szczególności: 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 działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

Przede wszystkim zaś warunki dla dojścia do zakażenia powoda stworzyło zaniechanie wdrożenia okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej, co stanowi o niedołożeniu należytej staranności w zakresie zapobiegania powikłaniom infekcyjnym leczenia operacyjnego. Dalej doszło do uchybienia w leczeniu infekcji, która ujawniła się już podczas hospitalizacji, a to spowodowało jej rozwój i w rezultacie doprowadziło do trwałej destrukcji kości. Również opinia Instytutu – Katedry (...) wskazała na liczne błędy popełnione w leczeniu powoda (niezastosowaniu podczas operacji okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej, nieprowadzenia diagnostyki po stwierdzeniu objawów stanu zapalnego w tym badania mikrobiologicznego, podanie z opóźnieniem antybiotyku, wybranego jedynie „empirycznie”, a także w niskiej dawce). Podkreślenia wymaga, że w trakcie leczenia powoda już 6 sierpnia 2009 r. wystąpiło podwyższenie temperatury ciała, a 3 dni później nastąpił „skok gorączki”. Po stwierdzeniu objawów stanu zapalnego nie obserwowano powoda, a w dniach 8-9 sierpnia 2009 r. nie odnotowano żadnych działań szpitala. Powyższe stanowi o poważnym zaniechaniu w leczeniu powoda.

Niezależnie jednak od cytowanej powyżej normy, obowiązek zapewnienia pacjentom bezpiecznych warunków w trakcie hospitalizacji bądź korzystania z usług medycznych wynika również z podstawowych zasad etycznych. Zgodnie z przyjętym w orzecznictwie i doktrynie poglądem, zakład leczniczy jest zobowiązany do dołożenia należytej staranności w celu ochrony pacjentów przed niebezpieczeństwem zakażenia chorobą zakaźną czy bakterią. Jeżeli naruszenie tego obowiązku powoduje zwiększenie ryzyka infekcji i z tym właśnie ryzykiem łączy się choroba pacjenta, zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za doznaną przez pacjenta szkodę, chyba że przeprowadzi dowód, że szkoda ta jest następstwem innych okoliczności. Konieczność zachowania należytej staranności to między innymi obowiązek szczególnej troski o sprzęt operacyjny, tak by jego użycie nie zagrażało ani życiu ani zdrowiu pacjentów (por. wyrok SN z dnia 11 maja 1983 r., IVCR 118/83, OSNCP Nr 12/1983 poz. 201).

Mając na uwadze powyższe należy stwierdzić, że placówka medyczna winna podjąć działania uniemożliwiające powodowi zakażenie bakterią gronkowca. Tymczasem u powoda doszło do zakażenia podczas pobytu w pozwanym szpitalu. Ze względów przedstawionych powyżej, ustalenie takiego źródła zakażenia przy spoczywającym na placówce obowiązku zapewnienia powodowi bezpieczeństwa pobytu i procesu leczenia, stanowią wystarczającą podstawę dla przyjęcia, że doszło do zarzucanego, chociażby niezamierzonego, działania lub zaniechania personelu Szpitala względnie, niewłaściwej organizacji placówki (choćby tylko w zakresie leczenia samego powoda, albowiem biegli nie dopatrzyli się poważnych błędów instytucjonalnych), pozostających w związku przyczynowym z zakażeniem powoda. Jest to rodzaj winy organizacyjnej, którą należy przypisać pozwanemu Szpitalowi. W szczególności zaś doszło do szeregu nieprawidłowości w prowadzeniu leczenia powoda, a nieprawidłowości w prowadzonej dokumentacji medycznej (na którą wskazywali niemal wszyscy biegli) – uniemożliwia precyzyjne odtworzenie działań placówki medycznej, której pozwany jest następcą prawnym.

Do rozważenia pozostała kwestia związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem strony pozwanej, a powstałą szkodą powoda.

W świetle art. 361 § 1 k.c. pośredni związek przyczynowy między wadliwym działaniem lub zaniechaniem a szkodą może uzasadniać odpowiedzialność za szkodę.

Ustawodawca, wprowadzając w art. 361 § 1 k.c. ograniczenie odpowiedzialności zobowiązanego do naprawienia szkody tylko do normalnych (typowych, występujących zazwyczaj) następstw działań lub zaniechań, z których szkoda wynikła, nie zdefiniował pojęcia związku przyczynowego w rozumieniu prawnym. Ocena związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem strony pozwanej a powstałą szkodą powoda jest trudna. Niemniej jednak związek w postaci zniweczenia skutków zabiegu ortopedycznego, powstałej deformacji stopy jest w przedmiotowej sprawie niewątpliwy. Natomiast etiologia obręzków kończyny dolnej powoda ma złożony charakter (jest to również choroba samoistna), niewykluczone jest jednak, że może być związana z powikłaniami okresu pooperacyjnego. W ocenie Sądu długotrwałe unieruchomienie powoda, brak możliwości poruszania stopą, niewątpliwie stanowi współprzyczynę problemów naczyniowych powoda. Odnośnie schorzeń neurologicznych – uszkodzenia nerwów, wskazać należy, że biegły neurolog nie mógł wskazać stopnia prawdopodobieństwa przyczyn uszkodzenia nerwów w stopie powoda. Czy nastąpiło to w trakcie urazu, zabiegu operacyjnego, czy na skutek procesu zapalenia kości wywołanego zakażeniem gronkowcem złocistym. Jednakże powyższe wynikało z niepełnej diagnostyki wykonanej w przedmiotowym szpitalu. Niemniej jednak biorąc pod uwagę typowość urazu ortopedycznego powoda, trudno jest przypuszczać aby do tak istotnego uszkodzenia nerwów powoda doszło w inny sposób niż na skutek zapalenia kości. Nadto ilość i rodzaj nieprawidłowości jakie zostały ujawnione w toku postępowania mogą być traktowane przynajmniej w kategoriach domniemania istnienia takiego związku. Nadto, zdaniem sądu związek ten wyraża się także w tym, że powód poprzez błędne decyzje (zbyt późne zlecone badania i reakcja) utracił szansę na przekonanie się o tym, a także na przynajmniej zahamowanie lub spowolnienie neurologicznego procesu chorobowego. Wobec powyższego, w tej sytuacji do oceny pozostała wysokość roszczeń powoda.

W tym miejscu wskazać należy, że w przypadku powoda doszło również do naruszenia praw pacjenta (powód na te podstawie odpowiedzialności również wskazywał).

Stosownie do treści art. 16 i 17 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 186) pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu ( art. 9) . Po ich uzyskaniu ma także prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie w tym zakresie. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta w.w. zgodę, wyraża się w formie pisemnej.

Materiał dowodowy zgromadzony w sprawie dostarczył podstawy do stwierdzenia, że powyższe prawa powoda jako pacjenta zostały naruszone. Ze wskazanej wyżej dokumentacji medycznej powoda, a także z jego zeznań, jednoznacznie wynika, że nie został on poinformowany o sposobie leczenia, celowości i istocie zabiegu, znieczuleniu oraz potencjalnych zagrożeniach będących jego następstwem, nie otrzymał prospektu informacyjnego dotyczącego zabiegu ze szczegółowym jego opisem, celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku zabiegu. Przed zabiegiem powód nie odbył również rozmowy z lekarzem, który nie poinformował go na czym będzie polegać operacja. Natomiast dokument, który przed zabiegiem powód podpisał miał charakter blankietowy, a leczenie jakiemu miał się poddać powód zostało w sposób enigmatyczny określone jako „proponowane leczenie”. Również zatem i z tego tytułu należne jest powodowi zadośćuczynienie.

Podstawę prawną zasądzenie zadośćuczynienia za krzywdę powoda stanowi zatem art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. oraz art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Przechodząc do wysokości zgłoszonych roszczeń gdy chodzi o żądanie zasądzenia zadośćuczynienia, zgodnie z treścią przepisu art. 445 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Podstawą żądania zadośćuczynienia mogą być cierpienia fizyczne i psychiczne występujące oddzielnie bądź łącznie.

W przepisach obowiązującego prawa ustawodawca nigdzie nie sprecyzował sposobu ustalenia wysokości zadośćuczynienia, odwołując się do sędziowskiego uznania, opartego na całokształcie okoliczności sprawy. Przeprowadzona w ten sposób analiza konkretnego przypadku ma doprowadzić do wyliczenia „odpowiedniej sumy”, to jest takiej kwoty, która odpowiada krzywdzie, ale nie jest wygórowana na tle stosunków majątkowych społeczeństwa.

Przez krzywdę należy rozumieć cierpienia fizyczne w postaci bólu i innych dolegliwości oraz cierpienia psychiczne polegające na ujemnych doznaniach przeżywanych w związku z cierpieniami fizycznymi i następstwami, zwłaszcza trwałymi lub nieodwracalnymi, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Przy czym w pojęciu krzywdy mieszczą się nie tylko cierpienia fizyczne i psychiczne już doznane, ale również te, które mogą powstać w przyszłości (na tym polega całościowy charakter zadośćuczynienia). W orzecnictwie powszechnie przyjmuje się, że ocena rozmiarów krzywdy wymaga uwzględnienia nasilenia cierpień, długotrwałości choroby, rozmiaru kalectwa, trwałości następstw zdarzenia oraz konsekwencji uszczerbku na zdrowiu w dziedzinie życia osobistego i społecznego (patrz, np. wyrok SN z dnia 10 czerwca 1999 r., II UKN 681/98, opubl. OSNAP 16/00, poz. 626).

Badając odpowiedniość zadośćuczynienia pod kątem stosunków majątkowych społeczeństwa należy wziąć pod uwagę, że zadośćuczynienie ma przede wszystkim charakter kompensacyjny. Wobec tego jego wysokość nie może stanowić zapłaty sumy symbolicznej, lecz musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość. Jednocześnie zadośćuczynienie powinno być utrzymane w rozsądnych granicach, nawiązując do warunków i przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa. Przy ustalaniu rozmiaru cierpień i ujemnych doznań psychicznych powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny, jednakże w relacji do indywidualnych okoliczności danego przypadku. Od osoby odpowiedzialnej za szkodę poszkodowany winien otrzymać sumę pieniężną, o tyle w danych okolicznościach odpowiednią, by mógł za jej pomocą zatrzeć lub złagodzić poczucie krzywdy i odzyskać równowagę psychiczną. Nie ma natomiast podstaw do uwzględnienia żądania w takiej wysokości, by przyznana kwota stanowiła ponadto, ze względu na swoją wysokość, represję majątkową (por. uchwała SN z dnia 8 grudnia 1973 roku, OSNCP 10/74 poz. 145).

Sąd uznał, że w sytuacji powoda przy 87% trwałym uszczerbku na zdrowiu (47% uszczerbku neurologicznego, 40% uszczerbku z punktu widzenia rehabilitacji medycznej) oraz naruszeniu praw pacjenta, brakach w dokumentacji medycznej, jest ono uzasadnione w całości.

Sąd miał bowiem na uwadze, że w wyniku zakażenia, doszło u powoda do trwałych zmian w układzie nerwowym, wykluczających go z normalnego życia w społeczeństwie. Powód ma istotne upośledzenie wydolności chodu, ma obniżoną stabilność podparcia kończyny, ma brak czucia w stopie, która jest trwale zdeformowana. Żadna operacja nie będzie w stanie przywrócić pełnej sprawności powoda. Również rokowania neurologiczne powoda na przyszłość są niepomyślne. Należy mieć na uwadze fakt, że powód w dacie zabiegu był młodym i w pełni sprawnym mężczyzną z planami na życie.

Rozważając te wszystkie okoliczności sąd uznał, że odpowiednim dla powoda zadośćuczynieniem będzie **kwota 150.000 zł**. Ustalenie zadośćuczynienia w tej wysokości uwzględnia jego kompensacyjny charakter, przedstawiając ekonomicznie odczuwalną wartość i nie jest nadmierne w stosunku do aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa. Mając jednakże na uwadze fakt, iż tytułem zadośćuczynienia w toku postępowania likwidacyjnego wypłacono powodowi kwotę 25.000 złotych (za przyznane przez zakład ubezpieczeń skutki zakażenia gronkowcem), Sąd zasądził na rzecz powoda z tego tytułu uzupełniająco kwotę 125.000 zł.

Żądanie zasądzenia odszkodowania znajduje podstawę prawną w przepisie art. 444 § 1 i § 2 k.c. W rozpoznawanej sprawie, na skutek zdarzenia u powoda powstały zwiększone potrzeby w zakresie konieczności ponoszenia wydatków: na leki, dojeżdżania do lekarzy i opiekę osób trzecich. Wydatki na leczenie powód szczegółowo przedstawił w szczegółowym (a nie kwestionowanym przez stronę pozwaną wyliczeniu), które potwierdzone zostało zeznaniami powoda. Łączne koszty z tego tytułu wyniosły zatem ponad 12.000 zł. W związku z powyższym, uwzględniając treść art. 322 k.p.c. Sąd zasądził na powoda w całości dochodzoną z tego tytułu odszkodowanie obejmującego zwrot kosztów leczenia kwotę **12.000 zł**. Koszty szczegółowo wyliczone przez powoda obejmują wyłącznie wydatki pozostające w związku z zabiegiem. Wskazane wydatki na leczenie obejmują okres od listopada 2009 roku. Pozwany zaś pokrył koszty leczenia za okres do października. Powód w swych wyliczeniach tę wypłatę uwzględnił.

Na tej samej podstawie prawnej powód dochodził zwrotu utraconego dochodu za okres od 1 listopada do 31 lipca 2011 roku w łącznej kwocie 6.403 złotych. Z zestawienia zaświadczenia ZUS, pracodawcy i wyliczeń powoda wynika, iż różnica w dochodach wyniosła **6.403** złotych. Pierwotnie powód z tego tytułu żądał kwoty 4.062 zł, a następnie rozszerzył o kwotę 2341 złotych. Dlatego różne są daty zasądzenia odsetek, o czym mowa będzie niżej.

Powód zażądał także zwrotu kosztów opieki osób trzecich w wysokości 13.656 zł za okres od listopada 2009 roku do 31 lipca 2011 roku, uwzględniając fakt wypłaty z tego tytułu kwoty 1344 złotych. Zakres uzasadnionej, w świetle opinii biegłej do spraw rehabilitacji opieki, wynosi aktualnie 5 godzin w tygodniu, a w okresie pooperacyjnym był szerszy. Z zeznań powoda oraz świadków wynika, iż w okresie 6 miesięcy po wypadku wymagał on opieki przy czynnościach życia codziennego oraz dojazdach do lekarzy i na rehabilitację około 2 godziny na dzień. Po upływie pół roku zakres opieki wynosił 1 godzinę dziennie, a aktualnie średnio 22 godziny na miesiąc. Przyjmując to wyliczenie w odniesieniu do obowiązujących stawek (...)**9,50 zł**, Sąd skorygował żądanie powoda do kwoty **7.695 zł** (pierwsze 6 miesięcy po wypadku 3.420 zł - 6 mc x 2 h dziennie) i przez kolejne 15 miesięcy kwotę 4.275 zł (15 mc po 1 h dziennie).

W pozostałym zakresie koszty opieki osób trzecich, za ten okres, jako zbyt wysokie i nie udowodnione podlegały oddaleniu.

Zgodnie z przepisem art. 444 §2 k.c. jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Renta z tytułu zwiększenia się potrzeb poszkodowanego dotyczy sytuacji, gdy w wyniku doznanej szkody istnieje konieczność ponoszenia wyższych kosztów utrzymania w zakresie usprawiedliwionych potrzeb w porównaniu do stanu sprzed wyrządzenia szkody. Tu wyrównuje się koszty stałej opieki pielęgniarstwa, odpowiedniego wyżywienia, koszty stałych konsultacji medycznych i lekarstw. Przyznanie

renty z tego tytułu nie jest uzależnione od wykazania, że poszkodowany te potrzeby faktycznie zaspokaja i ponosi związane z tym wydatki. Szkada wyraża się tu różnicą między zarobkami, jakie poszkodowany osiągnąłby w okresie objętym rentą, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia (zarobki hipotetyczne), a zarobkami, jakie może realnie osiągnąć bez zagrożenia swojego stanu zdrowia.

Powód przed wypadkiem był zatrudniony na podstawie umowy o pracę w Biurze (...) w P., na podstawie umowy o pracę na czas określony – do dnia 31 stycznia 2011 r., na stanowisku informatyk – pracownik księgowy, w pełnym wymiarze czasu pracy z wynagrodzeniem netto 1.181,38 zł. W związku z doznany leczeniem, doznany urazem powód był niezdolny do pracy początkowo przebywał na zwolnieniu lekarskim pobierał w okresie od 1 września 2009 r. do 17 lutego 2011 r. zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne (które wahało się w tym okresie od 935,88 zł do 1.007,82 zł miesięcznie), od 18 lutego 2011 r. powód pobiera rentę z tytułu niezdolności do pracy.

Powód żądał renty za okres od 1 sierpnia 2011 roku do 31 grudnia 2016 roku po 1.000 złotych miesięcznie. Sąd dużej mierze uznał to żądanie za zasadne i dokonał kapitalizacji renty za zaległy okres. W zasadzie dokonując wyliczeń w tym zakresie Sąd oparł się na zestawieniu przygotowanym przez powoda na k. 873-875, które były pod względem rachunkowym co do zasady metodologicznie poprawne. Prawidłowe było wyliczenie utraty dochodów. Jednakże Sąd skorygował żądanie o koszty niezbędnej opieki wedle zasad wyrażonych wyżej. W ocenie Sądu po upływie pół roku od zdarzenia powód nie wymagał już tak szerokiej opieki. Wystarczająca była 1 godzina dziennie. Zaś w czasie badania powoda przez biegłego rehabilitanta ustalono, że zakres tej opieki wynosi 5 godziny tygodniowo (22 godziny miesięcznie średnio). Podobnie z późniejszymi wydatkami na leczenie. W ocenie Sądu, za opinią biegłego rehabilitanta, wskazać należy, iż koszt zakupu leków wahał się pomiędzy 70 – 80 złotych miesięcznie. Do tego należy dodać uśredniony koszt sprzętu rehabilitacyjnego – typu opaska i but ortopedyczny, co daje maksymalnie 100 zł miesięcznie.

Zatem wyliczenie przedstawia się za poszczególne okresy następująco:

- za okres od 1 sierpnia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. łącznie 3.900 zł (po około 780 zł miesięcznie - w tym po około 394 zł miesięcznie z tytułu utraconych dochodów, 285 zł z tytułu opieki osób trzecich oraz z tytułu wydatków na leki, rehabilitację i dojazdy kwotę – 100 zł miesięcznie);

- za okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. łącznie 9.720 zł (po około 810 zł miesięcznie - w tym po około 425 zł miesięcznie z tytułu utraconych dochodów, 285 zł z tytułu opieki osób trzecich oraz z tytułu wydatków na leki, rehabilitację i dojazdy kwotę – 100 zł miesięcznie);

- za okres od 1 stycznia 2013 r. do 30 czerwca 2013 r. łącznie 5.160 zł (po około 860 zł miesięcznie - w tym po około 475 zł miesięcznie z tytułu utraconych dochodów, 285 zł z tytułu opieki osób trzecich oraz z tytułu wydatków na leki, rehabilitację i dojazdy kwotę – 100 zł miesięcznie);

- za okres od 1 lipca 2013 r. do 31 grudnia 2013 r. łącznie 5.430 zł (po około 905 zł miesięcznie - w tym po około 475 zł miesięcznie z tytułu utraconych dochodów, 330 zł z tytułu opieki osób trzecich (zmiana stawki na 11 zł/h) oraz z tytułu wydatków na leki, rehabilitację i dojazdy kwotę – 100 zł miesięcznie);

- za okres od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r. łącznie 11.412 zł (po około 951 zł miesięcznie - w tym po około 521 zł miesięcznie z tytułu utraconych dochodów, 330 zł z tytułu opieki osób trzecich oraz z tytułu wydatków na leki, rehabilitację i dojazdy kwotę – 100 zł miesięcznie);

- za okres od 1 stycznia 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. łącznie 11.100 zł (po około 925 zł miesięcznie - w tym po około 550 zł miesięcznie z tytułu utraconych dochodów, 275 zł z tytułu opieki osób trzecich (25 godzin tygodniowo) oraz z tytułu wydatków na leki, rehabilitację i dojazdy kwotę – 100 zł miesięcznie);

- za okres od 1 stycznia 2016 r. do 31 grudnia 2016 r. łącznie 11.076 zł (po około 923 zł miesięcznie - w tym po około 581 zł miesięcznie z tytułu utraconych dochodów, 242 zł z tytułu opieki osób trzecich oraz z tytułu wydatków na leki, rehabilitację i dojazdy kwotę – 100 zł miesięcznie).



Łącznie daje to kwotę zasądzoną w wysokości **57.798 złotych**.

Sąd oddalił żądanie jedynie częściowo w zakresie opieki osób trzecich . od oraz wydatków (leki, rehabilitacja dojazd) uznając je za zbyt wygórowane.

Z uwagi na to, że na skutek wypadku powód nadal jest niezdolny do pracy, Sąd zasądził na jego rzecz tytułem renty wyrównawczej i na zwiększone potrzeby od 1 stycznia 2017 r. i na przyszłość po **1.055 zł** miesięcznie, na co składa się kwota 713 zł tytułem utraconego dochodu ( różnica pomiędzy rentą a minimalnym wynagrodzeniem miesięcznym netto obowiązującym od stycznia 2017 roku) , kwota 242 zł ( 22 h w miesiącu) z tytułu opieki osób trzecich oraz kwota 100 zł z tytułu wydatków na leki, rehabilitację i dojazdy. Podkreślenia przy tym wymaga, że powód miał plany życiowe – chciał rozpocząć pracę jako kierowca zawodowy, dwa lata przed wypadkiem uzyskał uprawnienia kierowcy zawodowego, chciał zwiększyć zakres swoich zawodowych umiejętności. Z uwagi zaś na uszkodzenie stopy, nie będzie mógł prowadzić zawodowo samochodu. Powód jest zarejestrowany w Urzędzie Pracy jako bezrobotny. Poszukiwania pracy w zakładach pracy chronionej okazały się bezskuteczne. Gdyby nie niepełnosprawność powód byłby w stanie zarobić minimalne wynagrodzenie.

Sąd oddalił żądanie powoda z tego tytułu jedynie częściowo tj. w zakresie wydatków uznając, że kwota po 180 zł z tytułu rehabilitacji, leków i dojazdów jest zbyt wygórowana.

Sąd ustalił też, zgodnie z żądaniem strony powodowej, odpowiedzialność pozwanego za skutki leczenia powoda w przedmiotowej placówce medycznej, mogące ujawnić się w przyszłości. Zgłoszone w tym zakresie żądanie oparte jest na art. 189 k.p.c., a powód ma interes prawny w takim ustaleniu odpowiedzialności pozwanego. Szkody na osobie nie zawsze powstają jednocześnie ze zdarzeniem, które wywołało uszkodzenie ciała. Są one z istoty swej rozwojowe. Poszkodowany z reguły nie może w chwili wszczęcia procesu dochodzić wszelkich roszczeń, jakie mogą mu przysługiwać z określonego stosunku prawnego. Następstwa uszkodzenia ciała są bowiem z reguły wielorakie i, zwłaszcza w wypadkach cięższego uszczerbku, wywołują niekiedy skutki, których rozmiaru, ani chwili powstania nie można dokładnie określić ani przewidzieć, gdyż są one zależne między innymi od indywidualnych właściwości organizmu, osobniczej wrażliwości, przebiegu leczenia i rehabilitacji. Przy uszkodzeniu ciała lub doznaniu rozstroju zdrowia poszkodowany może określić podstawę żadanego odszkodowania tylko w zakresie tych skutków, które się już ujawniły, nie może natomiast wskazać tych dalszych następstw wyrządzonej szkody, które jeszcze nie wystąpiły, choć jest to prawdopodobne w przyszłości.

O odsetkach ustawowych Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 w zw. z art. 455 k.c. Sąd uznał, że mogą być one naliczane – zgodnie z żądaniem pozwu oraz z pismami rozszerzającymi powództwo – przy czym od dnia następnego po dniu doręczenia odpisu pisma rozszerzające powództwo.

Sąd zasądził więc odsetki ustawowe od zasądzonych kwot (pierwotnie żądanych) od dnia 5 grudnia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz odsetkami ustawowe za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty. Natomiast pozostałe kwoty od dnia następującego po doręczeniu pism zawierających rozszerzenie powództwa tj. od dnia 21 marca 2017 r. i od dnia 11 kwietnia 2012 r.(doręczenie pozwu).

Natomiast w zakresie skapitalizowanej renty za okres od dnia 1 sierpnia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2016 r. od dnia 1 stycznia 2017 r. Podkreślenia wymaga, że na dzień zamknięcia rozprawy Sąd z urzędu uwzględnił zmianę stanu prawnego w zakresie prawa materialnego wynikającą z art. 2 w zw. z art. 56 ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1830), która nadała art. 481 § 2 k.c. od dnia 1 stycznia 2016 r. następujące brzmienie: „Jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była oznaczona, należą się odsetki ustawowe za opóźnienie w wysokości równej sumie stopy referencyjnej Narodowego Banku Polskiego i 5,5 punktów procentowych. Jednakże gdy wierzycielność jest oprocentowana według stopy wyższej, wierzyciel może żądać odsetek za opóźnienie według tej wyższej stopy”. Przepis ten określa zatem nową kategorię odsetek ustawowych za opóźnienie naliczanych według innej stopy niż inne odsetki ustawowe (art. 359 § 2 k.c.). Zgodnie z art. 56 ustawy nowelizującej, do odsetek należnych za okres kończący

się przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe. Z tej przyczyny rozstrzygnięcie o odsetkach ustawowych (w tej sprawie służących wynagrodzeniu opóźnienia dłużnika) wymagało rozróżnienia okresów naliczania odsetek według innych stóp przed i po dniu 1 stycznia 2016 r.

O kosztach procesu należało orzec w oparciu o zasadę odpowiedzialności za wynik procesu przyjmując, że powód wygrał spór w 95,2% (powód żądał łącznie 235.259 zł, a zasądzone na jego rzecz kwotę 221.556 zł). Zgodnie ze zd. 2 art. 100 k.p.c. Sąd może jednak włożyć na jedną ze stron obowiązek zwrotu wszystkich kosztów, jeżeli jej przeciwnik uległ tylko co do nieznacznej części swego żądania. Strona pozwana przegrała sprawę w stosunku do pozwanego w 95,2%, a zatem strona powodowa uległa tylko co do nieznacznej części swego żądania. Sąd orzekł o kosztach na podstawie art. 100 zd. 2 k.p.c. Wobec powyższego Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 6.642 zł koszty nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu przez adwokat H. M.. Pełnomocnik powoda wnosił o 150% stawki z uwagi na stopień skomplikowania sprawy, Sąd uznał, że wniosek ten jest uzasadniony. Sprawa miała charakter skomplikowany, długotrwały. Pełnomocnik z urzędu powoda przejawiał bardzo dużą aktywność. Wysokość tychże kosztów ustalono w oparciu o obowiązujące w dacie wytoczenia procesu Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu ( DZ. U. z 2013 roku Nr 146, poz.1188) - §6 pkt 6 – 3.600 zł ( od pierwotnej wartości przedmiotu sporu). Na podstawie § 2 ust. 3 rozporządzenia podwyższono wynagrodzenie o należny podatek Vat – 23 %.

Powód był zwolniony od kosztów sądowych w całości.

O nieuiszczonych kosztach sądowych (zaliczki na wynagrodzenie biegłych w łącznej wysokości 8.871,76 zł w tym: 30,88 zł; 678,40 zł; 160,63 zł; 549,52 zł; 405 zł; 486,90 zł; 225 zł; 272,05 zł; 550 zł; 884,64 zł; 560,48 zł; 1.077,30 zł; 1.162,12 zł; 730,20 zł; 332,40 zł; 91,26 zł; 161,31zł; 302,71 zł; 210,96 zł; nieuiszczona opłata od pozwu – 11.078 zł), Sąd orzekł na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U.2010.90.594 j.t. ze zm.) z zastosowaniem w/w art. 100 k.p.c., nakazując pobrać na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Łodzi od Miasta P. kwoty 19.523 zł (odpowiadającą wysokości w jakiej pozwany przegrał).

Na podstawie art. 113 ust. 4 ww ustawy Sąd odstąpił od obciążenia powoda analogicznym obowiązkiem. Sąd wziął przy tym pod uwagę zarówno charakter dochodzonego roszczenia, jak i trudna sytuacje materialna powoda.

z/ odpisy wyroku doręczyć pełnomocnikom stron i interwenienta ubocznego.