

UZASADNIENIE

W pozwie z 22 grudnia 2015 r., skierowanym przeciwko (...) Szpitalowi (...) (...) w Ł., R. P. wniósł o zasądzenie zadośćuczynienia w wysokości 150.000 zł z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia doręczenia odpisu pozwu do dnia zapłaty oraz kwoty 20.000 zł tytułem naruszenia względem powoda jego praw jako pacjenta z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia odpisu pozwu pozwanemu do dnia zapłaty, odszkodowania w kwocie 106.171,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia odpisu pozwu do dnia zapłaty, renty w wysokości 9.000 zł miesięcznie poczynając od grudnia 2015 r., ustalenie odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości, które wynikają z postępowania medycznego podjętego przez pozwanego w stosunku do powoda oraz zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

(pozew – k. 2-13, pismo przygotowawcze – k. 94-102)

W odpowiedzi na pozew strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa oraz zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

(odpowiedź na pozew – k. 76)

Na rozprawie w dniu 5 sierpnia 2019 r. powód wskazał, że na odszkodowanie w kwocie 17.000 zł składają się koszty leczenia: prywatne wizyty u lekarzy psychiatry – 4.950 zł, leki – 1.000 zł, wydatki na opatrunki – 5.400 zł, wizyty pielęgniarki – 4.800 zł oraz koszty dojazdów – 850 zł. Renta natomiast stanowi ułamek wcześniejszego wynagrodzenia. Renta z tytułu zwiększonych potrzeb została wyliczona przez powoda na kwotę po 500 zł na miesiąc, zaś wyrównawcza po 8.500 złotych miesięcznie.

(stanowisko procesowe – e.protokół, k. 535, adnotacja 00:01:20, pismo – k. 539-541)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny sprawy:

R. P. w dniach od 6 do 12 lutego 2013 r. był hospitalizowany w Klinice (...) (...) w Ł. celem leczenia operacyjnego z powodu otyłości patologicznej i przepukliny rozworu przełykowego. Pacjent zgłosił się do szpitala rano. Nie był kąpany przed operacją.

W dniu przyjęcia R. P. do szpitala pobrano z nosa materiał do badania mikrobiologicznego. W jego wyniku z posiewu izolowano bakterie gronkowca skórno (staphylococcus epidermalis).

Przed zabiegiem zastosowano antybiotykową profilaktykę okołozabiegową.

Następnie u R. P. wykonano laparotomię i zabieg plastyki rozworu przełykowego przepony oraz ominięcie żołądka sposobem Roux.

Po zabiegu R. P. był rozlokowany w zbiorowej sali szpitalnej, do której miały dostęp także osoby z zewnątrz. Korzystał z łazienki znajdującej się poza salą chorych, w której były worki z brudną bielizną i odpadami medycznymi. Zdarzało się, że było czuć tytoń.

R. P. wymagał częstej zmiany opatrunków, wobec sączenia rany.

W dniu 11 lutego 2013 r. pobrano wymaz z rany pooperacyjnej. W posiewie izolowano bakterie gronkowca złocistego (staphylococcus aureus) o fenotypie oporności MRSA (metycylinooporny).

R. P. został wypisany do domu 12 lutego 2013 r. z zaleceniem przyjmowania antybiotyku Augmentin – amoksycylina z kwasem klawulonowym.

(karta informacyjna z leczenia szpitalnego – k. 15-17, wynik badania – k. 23-24, zeznania świadka M. P. (1) – e.protokół, k. 145 v., adnotacja 01:17:47, zeznania powoda – e.protokół, k. 535 v., adnotacja 00:06:30)

W dniu 14 lutego 2013 r. w ramach wizyty ambulatoryjnej w poradni chirurgicznej ponownie pobrano wymaz z rany. Zalecono leczenie środkami działającymi miejscowo.

(historia zdrowia i choroby poradni chirurgii ogólnej – k. 30-40)

W dniu 20 lutego 2013 r. R. P. zgłosił się do szpitala z powodu wytrzewienia i infekcji rany pooperacyjnej. Tego samego dnia wykonano wtórne szycie rany oraz zlecono badanie mikrobiologiczne wymazu z jamy otrzewnej oraz wymazu z nosa. W badaniu mikrobiologicznym wymazu z jamy otrzewnej izolowano bakterie gronkowca złocistego o fenotypie opornościowym, jak wcześniej, natomiast w wymazie z nosa izolowano szczepy gronkowca skórniego, który nie był lekooporny. Zastosowano celowaną antybiotykoterapię zgodną z wynikami badania lekooporności gronkowca złocistego MRSA.

Kolejne posiewy wykonano w dniach 25 lutego 2013 r. oraz 1 marca 2013 r., w których izolowano bakterie gronkowca złocistego o fenotypie oporności jak wcześniej oraz bakterie morganela morgani. Badanie powtórzono w dniu 11 marca 2013 r. z wynikami badania lekooporności gronkowca złocistego MRSA.

R. P. wypisano do domu w dniu 18 marca 2013 r. w stanie optymalnym.

(karta informacyjna z leczenia szpitalnego – k. 18-22, wynik badania – k. 29, 119-120)

W dniu 2 czerwca 2013 r. R. P. ponownie został hospitalizowany w Szpitalu im. (...) w Ł. w związku z kolejnym rozejściem się rany pooperacyjnej. Podczas zabiegu doszło do krwawienia do jamy otrzewnej. R. P. w owym czasie przyjmował lek Xarelto obniżający krzepliwość krwi z powodu napadowego migotania przedsionków serca. W trakcie wywiadu R. P. poinformował lekarza o stosowanym leku antykoagulacyjnym, pacjent nie był pytany o nazwę leku. W dniu 7 czerwca 2013 r. R. P. został wypisany do domu.

(karta informacyjna z leczenia szpitalnego – k. 26-28)

W dniu 30 czerwca 2014 r. R. P. poddał się konsultacji chirurgicznej w placówce (...) ogromna przepuklina brzuszna, rana zagojona.

(konsultacja chirurga ogólnego – k. 42)

Pomimo odbytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji ZUS (pobyt w sanatorium) w (...) w P., R. P. nie uzyskał istotnej redukcji napięcia czy też poprawy aktywności lub nastroju.

(informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej – k. 56-58)

R. P. w dniach od 14 lutego do 3 marca 2016 r. był hospitalizowany w Oddziale Chirurgicznym w Szpitalu (...) w P. z rozpoznaniem przewlekłej pooperacyjnej podniedrożności zrostowej, rozległej pooperacyjnej dysfunkcji przedniej ściany jamy brzusznej. Zastosowano leczenie operacyjne poprzez laparotomię, uwolnienie zrostów, plastykę powłok z implantem w pozycji sub-lay. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Pacjent został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym.

(karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 136, dokumentacja medyczna – k. 172)

Od 10 stycznia 2014 r. R. P. pozostawał pod opieką psychiatryczną i terapeutyczną, poddał się systematycznemu i długotrwałemu leczeniu psychiatrycznemu.

(zaświadczenia – k. 43, 44-45, 117-118, 340-343)

W ocenie psychiatrycznej R. P. cierpi na zaburzenia nerwicowe pod postacią zaburzeń depresyjno-lękowych, pozostających w związku przyczynowo-skutkowym z podjętym leczeniem operacyjnym i jego następstwami. Powyższe objawia się: obniżeniem nastroju wraz z płacliwością, skłonnością do przeżywania smutku, żalu, poczucia bezradności, bezsilności, wstydu; przeżywaniem lęku, niepokoju, napięcia, brakiem poczucia bezpieczeństwa; koncentracją myślenia na temacie utraty sprawności psychofizycznej; ograniczeniem relacji interpersonalnych; osłabieniem aktywności celowej i zainteresowań; pesymistycznym widzeniem swojej przyszłości z okresowymi myślami rezygnacyjnymi; obniżeniem zdolności koncentracji uwagi i możliwości podejmowania decyzji.

(opinia biegłego psychiatry – k. 345-379, opinia biegłego psychologa – k. 412)

Z punktu widzenia chorób zakaźnych za zakażenie szpitalne należy uznać każde zakażenie miejsca operowanego (ZMO), którego manifestacja kliniczna wystąpi do 30 dni po zabiegu, a w przypadku użycia implantu czas ten wydłuża się do 90 dni. U R. P. ZMO ujawniło się w 4 dobie po zabiegu wówczas pobrano wymaz z rany (11.02.13 r.), co oznacza, że było to zakażenie szpitalne. Podczas hospitalizacji w okresie 6-12 lutego 2013 r. R. P. został skolonizowany bakteriami pochodzącymi ze środowiska szpitalnego, a one skontaminowały brzegi rany. To podczas hospitalizacji ujawniło się ZMO, a R. P. był pod opieką personelu Szpitala.

(opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych – k. 520-522, ustna opinia uzupełniająca biegłego z zakresu mikrobiologii – e.protokół, k. 283-284, adnotacje: 00:04:19, 00:30:34)

W ocenie chirurgicznej zabieg naprawczy przepukliny rozworu przełykowego przepony i operacja ominięcia żołądka zostały wykonane prawidłowo. Były to odpowiednie do stanu zdrowia powoda metody leczenia. Istniały wskazania do wdrożenia kompleksowego leczenia operacyjnego.

Zważywszy na nieznaną termin przekazania wyniku badania z pobranego wymazu rany w dniu 11 lutego 2013 r. oraz biorąc pod uwagę późniejsze powikłania pooperacyjne, które wystąpiły, opóźnienie wypisu powoda ze szpitala i przedłużenie hospitalizacji mogłoby się przyczynić do wcześniejszego rozpoznania zagrażających powikłań i umożliwić zapobieżenie ewenturej (wynętrznienia). Szpital powinien poczekać z wypisem do czasu uzyskania wyników wymazu. Szpital nie zachował się prawidłowo w okresie od otrzymania wyniku do dnia 20 lutego 2013 r., jak również wcześniej w dniu przyjęcia na zabieg, bowiem R. P. nie został wykąpany, a dezynfekcja pola operacyjnego nie musi być wpisana do protokołu. Nadto protokoły operacyjne oraz dokumentacja medyczna były w wielu miejscach prowadzone w sposób nieczytelny.

Z punktu widzenia chorób zakaźnych proces diagnostyczno-leczniczy zastosowany w okresie 11-20 lutego 2013 r. przez personel Szpitala był obarczony wieloma błędami tj. przedwczesne wypisanie R. P. do domu – przed uzyskaniem wyniku badania posiewu z rany (z 11.02.13 r.), wobec czego podano nieefektywny antybiotyk i ZMO mogło dalej się rozwijać, wynik nie dotarł do poradni chirurgicznej, zatem nie było możliwości zlecenia antybiotyku celowanego. Szpital nie dopełnił obowiązku administracyjnego i nie zarejestrował ZMO u powoda, jako zakażenia szpitalnego.

Infekcja przyrana R. P. (szczepem szpitalnym gronkowca złocistego MRSA i szczepem *Morganella morganii*) zniweczyła dobry wynik leczenia operacyjnego, a głównie zaburzyła przebieg gojenia rany operacyjnej.

Przyczyną krwawienia do jamy otrzewnej w dniu 3 czerwca 2013 r., po wtórnym zszyciu rany pooperacyjnej u powoda, były zaburzenia krzepnięcia krwi spowodowane przyjmowaniem leku Xarelto. Jedynym sposobem zapobiegania powikłaniom krwotocznym u pacjentów stosujących antykoagulację z użyciem NOAC (Xarelto) jest uprzednie, dostatecznie wczesne, odstawienie przyjmowania takiego preparatu. Ustalenia wymaga czy pacjent przyjmuje antykoagulanty z grupy NOAC i dostatecznie wcześnie odstawić. Zabieg powinien być wstrzymany z uwagi na przyjmowanie Xarelto i przeprowadzony co najmniej 5 dni po odstawieniu.

(opinia biegłego chirurga – k. 208-223, ustna opinia uzupełniająca biegłego chirurga – e.protokół, k. 285 v.-286 v., adnotacja 01:55:53, 02:17:42, 02:28:29, 02:44:19, opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych – k. 520-522, ustna opinia uzupełniająca biegłego mikrobiologa – e.protokół, k. 283-284, adnotacja 00:04:19, 00:30:34)

Podczas hospitalizacji R. P. w dniach 6-12 lutego 2013 r., z punktu widzenia chorób zakaźnych, doszło do zakażenia szpitalnego miejsca zoperowanego. Etiologia ZMO to bakterie gronkowca złocistego metycylinoopornego, pochodzące z flory szpitalnej. W marcu 2013 r. doszło do nadkażenia wcześniejszego ZMO bakteriami *Morganella morganii*. Błędy personelu medycznego spowodowały przejście powierzchownego ZMO w głębokie, co wydłużyło leczenie ZMO o ok. 12 miesięcy, a leczenie następstw ZMO o kolejne 24 miesiące.

(opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych – k. 520-522)

Konieczność ponownego zszycia rany operacyjnej w ocenie chirurgicznej, mogła wynikać z szeregu czynników i z pewnością były to zaburzenia gojenia rany na tle infekcji. Zdiagnozowane zakażenia miało wpływ na powstanie deformacji powłok jamy brzusznej.

(opinia biegłego chirurga – k. 208-223)

W ocenie chirurgicznej rozmiar cierpień fizycznych i psychicznych u R. P. był bardzo duży.

Poziom cierpienia psychicznego przez pierwsze półtora roku od podjętego leczenia operacyjnego należy uznać jako znaczny, stopniowo malejący, utrzymując się nadal na poziomie umiarkowanym.

(opinia biegłego chirurga – k. 208-223, opinia biegłego psychiatry – k. 345-379)

Łączny uszczerbek na zdrowiu R. P. wyniósł **40%**, z tym że z punktu widzenia psychiatrycznego oceniono go na 10% w związku z nasileniem objawów psychopatologicznych oraz okresem ich trwania (pkt 10a), natomiast z punktu widzenia chorób zakaźnych 30%, wobec wydłużonego gojenia się rany na brzuchu i powstania olbrzymiej przepukliny brzusznej wymagającej operacji naprawczej.

Leczenie R. P. w ocenie chirurgicznej, odbyło się w ramach ubezpieczenia NFZ. Leczenie pozaszpitalne nie zostało udokumentowane żadnymi fakturami. (opinia biegłego chirurga – k. 208-223)

W okresie od 13 lutego do 30 czerwca 2013 r. z punktu widzenia chirurgii R. P. wymagał stałej opieki osób trzecich w wymiarze do 6 godzin dziennie. Obecnie wymaga pomocy w wymiarze 2-3 godzin dziennie.

(opinia biegłego chirurga – k. 208-223)

Rokowania co do życia w ocenie chirurgicznej są dobre. Rokowania co do wyleczenia muszą uwzględniać fakt wystąpienia nawrotowej przepukliny rozworu przełykowego przepony, znaczny deficyt powłok brzusznych zrekonstruowanych, ale osłabionych przebyłym ropieniem i przebytymi zabiegami operacyjnymi. Z punktu widzenia chirurgii ogólnej leczenie powoda należy uznać za zakończone.

(opinia biegłego chirurga – k. 208-223)

R. P. już we wcześniejszym okresie tj. w 2008 r. przeszedł dwa zabiegi inwazyjne w zakresie neurochirurgicznym. Oba zabiegi zakończyły się powodzeniem i nie były obciążone żadnymi powikłaniami.

(karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 104, wynik badania diagnostycznego – k. 105, dokumentacja medyczna – k. 106-111, zeznania świadka M. R. (1) – e.protokół, k.190 v.-191, adnotacje: 00:07:26, 00:12:28)

R. P. od 2002 roku był zatrudniony przez (...) sp (...), gdzie od marca 2010 r. wykonywał prace na stanowisku menadżera hipermarketu. Na mocy porozumienia stron z dnia 1 lipca 2011 r. jego wynagrodzenie wynosiło 21.218,00 zł brutto.

Od 7 sierpnia 2013 r. R. P. uzyskiwał świadczenia z tytułu niezdolności do pracy, bowiem nie mógł powrócić do wykonywania pracy zawodowej. Z dniem 22 lipca 2015 r. pracodawca rozwiązał z R. P. umowę o pracę bez wypowiedzenia zgodnie z art. 53 § 1 pkt 1 b.

(zaświadczenie – k. 495-497, świadectwo pracy – k. 46-47, rozwiązanie umowy o pracę bez wypowiedzenia – k. 48, lista operacji bankowych – k. 49-54)

Decyzją ZUS z dnia 26 lutego 2018 r. R. P. przyznano emeryturę w wysokości 5.293,02 zł. Do tego czasu uzyskiwał świadczenia z ZUS na poziomie ok. 3.100 zł miesięcznie.

Orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności z dnia 2 lutego 2016 r. Miejski Zespół do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Ł. orzekł wobec R. P. o stopniu niepełnosprawności umiarkowanym datowanym od dnia 30 października 2015 r. Orzeczenie wydano do 31 stycznia 2019 r.

(decyzja – k. 555, decyzja – k. 559, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – k. 134)

Zgodnie z raportami przesłanymi do (...) w Ł. z (...) Szpitala (...) (...) w Ł. za lata 2011-2014 odnotowano przypadki wyizolowania u pacjentów patogenu alarmowego takiego jak staphylococcus aureus (MRSA). Karta rejestracyjna czynnika alarmowego zakażenia szpitalnego powinna być wypełniona. U R. P. pozostała pusta. Brak antybiogramu.

(pismo – k. 178, ustna opinia uzupełniająca biegłego z zakresu mikrobiologii – e.protokół, k. 284 v., adnotacja 01:00:23)

Przed zabiegiem operacyjnym z dnia 7 lutego 2013 r. R. P. był aktywny i sprawny, pracował zawodowo. Spędzał czas z żoną, wspólnie wychodzili i wyjeżdżali. R. P. często podróżował, żeglował. W trakcie rekonwalescencji oraz dalszego procesu leczenia R. P. nie chciał widywać znajomych ani córki. Krępował się nudności, przelewania narządów oraz braku kontroli nad układem wydalniczym. Wymagał wsparcia przy wstawaniu z łóżka, czynnościach higienicznych oraz przygotowywaniu posiłków.

(zeznania świadka M. P. (2) – e. protokół, k. 143 v.-144 v., adnotacje: 00:05:40, 00:12:29, 00:19:24, 00:37:19, zeznania świadka M. P. (1) – e. protokół, k. 145 v., adnotacje: 01:07:56, 01:17:47, zeznania powoda – e. protokół, k. 536, adnotacja 00:19:01)

Po powrocie ze szpitala w dniu 12 lutego 2013 r. do domu R. P. zatrudnił prywatną pielęgniarkę, której koszt to 50 zł za wizytę. Używał także opatrunków z jonem srebra, koszt jednego to 130 zł. R. P. korzystał z nich codziennie przez rok. Koszt jednej wizyty u psychiatry wraz z lekami to 150 zł. Terapia antybiotykami wyniosła około 1.000 zł.

(zeznania powoda – e. protokół, k. 536, adnotacja 00:06:30, zeznania świadka M. P. (2) – e. protokół, k. 195, adnotacja 00:44:02)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o załączone do akt sprawy dokumenty, opinie biegłych lekarzy, zeznania świadków oraz powoda.

Sąd pominął opinię zasadniczą oraz opinie uzupełniające biegłego z zakresu chorób zakaźnych J. F., bowiem okoliczności uwzględnione przez biegłego nie znajdują potwierdzenia w pozostałym zebranym materiale dowodowym, nadto w ocenie Sądu opinie mające walor nierzetelnych nie mogły stanowić pełnowartościowego dowodu w sprawie.

Jeśli chodzi o zasadność przeprowadzenia pierwszej operacji powoda oraz skutków powikłań związanych z zakażeniem powoda wystarczającą podstawą do ustaleń w tym zakresie była opinia chirurgiczna. W odniesieniu do konieczności

przeprowadzania kolejnych zabiegów oraz błędnego procesu terapeutycznego, w sposób kompetentny wypowiedział się biegły G..

Opinia biegłego K. z zakresu chorób zakaźnych w sposób stanowczy wskazała, że do zakażenia powoda doszło w pozwanej placówce, a nadto biegły w sposób jasny i niebudzący wątpliwości wyjaśnił na czym polegały błędy w całym procesie diagnostyczno-lecznym powoda.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo okazało się usprawiedliwione co do zasady, jak i w przeważającym zakresie co do wysokości.

Podstawę odpowiedzialności pozwanej placówki medycznej stanowi art. 430 k.c. statuujący odpowiedzialność - na zasadzie ryzyka - zwierzchnika za podwładnego. Stosownie do jego treści, 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. Przesłanką odpowiedzialności zwierzchnika jest wina podwładnego, a normalnym jej następstwem – szkoda wyrządzona osobie trzeciej. Ciężar dowodu winy podwładnego, powstania szkody i jej wysokości obciąża poszkodowanego.

Orzecznictwo wskazuje, że do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c., nie jest potrzebne wykazanie, że osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego; wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (wyrok SN z dnia 30 kwietnia 1975 r., II CR 140/75, niepubl.). Zastosowanie art. 430 k.c. nie wymaga jakiegokolwiek winy zwierzchnika. Zwierzchnik odpowiada na zasadzie ryzyka i nie może się ekskulpować wskazując na brak winy w nadzorze lub w wyborze. Co do zasady zwierzchnik z podwładnym ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez podwładnego. Zasada solidarnej odpowiedzialności doznaje wyjątku w stosunkach pracy. (uchwała składu 7 sędziów SN z dnia 12 czerwca 1976 r., III CZP 5/76, OSNCP 1977, nr 4, poz. 61).

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga wystąpienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego. Ścisłej biorąc, błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo (M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004, s. 29 i n.; orzeczenie SN z 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1/1957, poz. 7 oraz Lex nr 118379). Stwierdzenie błędu w sztuce medycznej, w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miał miejsce zabieg, jest natomiast całkowicie niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Istotne jest bowiem to, że czynność tę wykonał pracownik zakładu w ramach jego działalności. Od błędu jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy szkody, odróżnić należy natomiast powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową, reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych.

Zgodnie z treścią art. 231 k.p.c., Sąd może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wniosek taki można wyprowadzić z innych ustalonych faktów. Orzeczenie sądu może być zatem oparte na tego rodzaju domniemaniu faktycznym tylko wówczas, gdy domniemanie to stanowi wniosek logicznie wynikający z prawidłowo ustalonych faktów stanowiących jego przesłanki (wyrok SN z 22 stycznia 1998 r., II UKN 465/97, OSNP 1/99 poz. 24).

Należy podkreślić, że przywołany przepis nie oznacza przeniesienia na stronę pozwaną w procesie, którego przedmiotem są roszczenia odszkodowawcze, ciężaru wykazania, że szkoda doznana przez powoda wynika z przyczyn, za które strona pozwana nie odpowiada. Celem przepisu art. 231 k.p.c. jest natomiast umożliwienie

stronie postępowania uzasadnienia jej twierdzeń w sytuacji, gdy z przyczyn od tej strony niezależnych, nie są jej dostępne bezpośrednie środki dowodowe, a o prawdziwości twierdzeń strony można wnioskować jedynie na podstawie innych faktów. W związku z powyższym powszechnie przyjmuje się, że w tzw. procesach lekarskich, sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, w oparciu o art. 231 k.p.c. uznać za wystarczający, wysoki stopień prawdopodobieństwa, nie wymagając od poszkodowanego ścisłego i pewnego udowodnienia, jaką drogą jego organizm został zainfekowany, taki bowiem dowód często nie jest możliwy do przeprowadzenia (por. m.in. wyrok SN z 10 lipca 1998 r., I CKN 786/97, niepubl.). Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem i poglądami doktryny w sprawach lekarskich (tak SN w wyroku z dnia 14 grudnia 1973 r., II CR 692/73, OSPiKA 4/75 poz. 94 z głosem Sośniaka, czy też w wyroku z dnia 28 października 1983 r., II CR 358/83, OSPiKA 9/84 poz. 187) wymaga się stwierdzenia tak wysokiego stopnia prawdopodobieństwa zarażenia podczas pobytu w danej placówce służby zdrowia, aby było to wystarczające dla przyjęcia jego odpowiedzialności z tytułu powstałej szkody.

Postępowanie dowodowe przeprowadzone w niniejszej sprawie pozwoliło na ustalenie, że podczas hospitalizacji powoda w pozwanym szpitalu w dniach od 6 do 12 lutego 2013 r. doszło do zakażenia szpitalnego miejsca operowanego bakteriami gronkowca złocistego metycylinoopornego, pochodzącego z flory szpitalnej, o czym świadczy nieprawidłowy wynik badania pobranego wymazu z rany pooperacyjnej w dniu 11 lutego 2013 r. Jak wynika z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych, momentem zarażenia wydaje się przeprowadzenie laparotomii i zabiegu plastyki rozworu przełykowego przepony oraz ominięcie żołądka sposobem Roux w (...), bowiem nie ma żadnych dowodów medycznych, które wskazywałyby, że powód przed hospitalizacją był nosicielem MRSA. Od tego momentu powód zgłaszał przez cały czas poważne dolegliwości związane z przebiegiem procesu gojenia rany pooperacyjnej diagnozowane jednak nie w kierunku możliwości zakażenia bakteriami gronkowca złocistego, pomimo że już w 4 dobie po zabiegu pobrano materiał do badania mikrobiologicznego. Jak wynika z zebranego w sprawie materiału dowodowego, powód został wypisany do domu przed uzyskaniem wyniku badania z wymazu z rany pooperacyjnej z dnia 11 lutego 2013 r., nadto wynik nie został dostarczony do poradni chirurgicznej, do której 14 lutego 2013 r. zgłosił się powód celem opatrzenia rany. Tym samym wobec powoda nie zostało wdrożone leczenie celowane, a cały proces terapeutyczny znacznie opóźniony. Jak wynika z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych, błędy personelu pozwanego szpitala w procesie diagnostyczno-terapeutycznym były przyczyną przejścia powierzchownego ZMO w głębokie, spowodowały wydłużenie leczenia ZMO i jego następstw do 3 lat. Wnioski opinii w tym zakresie są jednoznaczne i nie pozostawiają jakichkolwiek wątpliwości. Biegły z zakresu chorób zakaźnych oraz chirurgii wskazują na konkretne uchybienia personelu białego tj. przedwczesne wypisanie powoda z placówki medycznej bez znajomości wyniku badania mikrobiologicznego, wobec czego zaordynowano niewłaściwy antybiotyk, co umożliwiło dalszy rozwój ZMO, nadto brak wyniku w poradni chirurgicznej uniemożliwił wdrożenie antybiotykoterapii celowanej, nie zlecono także antybiogramu. Biegły chirurg wskazywał na uchybienia, które miały już miejsce w dniu zabiegu, kiedy to wobec powoda nie zastosowano kąpieli dezynfekującej, a dokumentacja medyczna była prowadzona w sposób nieczytelny, zwłaszcza w zakresie protokołów operacyjnych. Konsekwencją wydłużającego się procesu terapeutycznego było niewątpliwie nadkażenie rany oraz ewentracja powłok brzusznych, powstanie ogromnej przepukliny brzusznej, której końcowe usunięcie nastąpiło dopiero w 2016 r. Kolejną nieprawidłowością, na którą zdecydowanie zwraca uwagę biegły chirurg było doprowadzenie do krwotoku do jamy otrzewnej powoda, który miał miejsce w czasie reoperacji rany pooperacyjnej, a do którego doszło na skutek braku ustalenia stosowanych przez powoda antykoagulantów. W ocenie biegłego nie powinno dojść do zabiegu u powoda, bowiem zgodnie z protokołem postępowania zabieg winien zostać przesunięty o co najmniej 5 dni od chwili odstawienia leku Xarelto, czego personel szpitala nie uczynił. Dodatkowo okolicznością obciążającą pozwanego szpital są wykazane w spornym okresie nieprawidłowości w postaci chociażby złego stanu technicznego toalet i łazienek, które wprawdzie nie musiały zaowocować zakażeniem, ale przybliżają taką możliwość. Nadto pozwany nie wykazał, aby wobec powoda dokonano rejestracji ZMO w sanepidzie. Należy jednakże odrzucić koncepcję wcześniejszego zakażenia - badania wykonane przed spornym zabiegiem były prawidłowe. Możliwość zakażenia powoda w innej placówce w czasie operacji neurochirurgicznych nie została potwierdzona, a zeznania świadka M. R. i przedłożona dokumentacja medyczna pozwala przyjąć wszelkie zarzuty w tym zakresie za chybione. Późniejsze natomiast zakażenie jest wysoce mało prawdopodobne, brak danych wskazujących na takie zdarzenie, nadto powód leczył się od momentu spornego zabiegu jedynie w pozwanym szpitalu.

W świetle powyższych ustaleń niewątpliwym jest, że do zakażenia powoda doszło w warunkach szpitalnych, panujących u pozwanego, co spowodowało u powoda szereg dolegliwości i konieczność wdrożenia uciążliwego leczenia.

Dla rozstrzygnięcia istoty sprawy największe znaczenie ma natomiast określenie przyczyn zakażenia powoda, w związku z czym konieczne stało się ustalenie, czy personel pozwanego naruszył powszechnie obowiązujące normy ochrony ludzkiego życia i zdrowia, dopuszczając się jakiegoś zaniedbania lub błędu w sztuce. Zachowanie się personelu medycznego musi spełniać rygorystyczne normy staranności wymagane od tych osób, które chronią przecież najwyższe dobra ludzkie, tak aby nie podpadało ono pod pojęcie bezprawności.

Ocena zachowania się personelu medycznego i podjętych wobec powoda czynności sprowadza się do stwierdzenia, że skoro w trakcie hospitalizacji powoda w pozwanej placówce medycznej doszło do zakażenia bakterią szpitalną, to zachowania te musiały być obarczone pewnymi zaniedbaniami.

Powód, jako pacjent, pozostawał pod opieką pracowników personelu medycznego strony pozwanej, zobowiązanych w ramach wykonywania powierzonych im czynności do zachowania należytej staranności. Powód zaufał wiedzy i doświadczeniu zawodowemu lekarzy w przekonaniu, że zostaną zastosowane wobec niego wszelkie wymagane procedury i sposoby leczenia. Trudno jest też zakładać, że pacjent udając się do szpitala, powinien liczyć się z możliwymi komplikacjami i być na nie przygotowanym. Wręcz przeciwnie, w razie konieczności znalezienia się w szpitalu, pacjent ma prawo oczekiwać, że leczenie przebiegnie w należyty sposób i w odpowiednim stanie, a przede wszystkim, że bez powikłań powróci do domu. Bezsprzeczne jest, iż jedną z podstawowych reguł należytej staranności przy wykonywaniu zabiegów medycznych, w szczególności zabiegów inwazyjnych połączonych z naruszeniem integralności cielesnej, jest podjęcie wszelkich możliwych działań zmierzających do zapewnienia optymalnego stanu sanitarnego. Miernikiem właściwego zachowania odpowiedzialnego jest kryterium należytej staranności. W procesie leczenia należyta staranność to przede wszystkim takie wykonywanie zabiegów medycznych, które eliminuje możliwość zakażenia innymi chorobami. Jeżeli w wyniku zabiegu szpitalnego, czy ogólnie pobytu w szpitalu, dochodzi do zakażenia pacjenta gronkowcem złocistym MRSA, to świadczy to, iż tego rodzaju działania nie zostały podjęte lub nie towarzyszyła im należyta staranność ze strony członków personelu medycznego.

W sprawie niewątpliwym jest, że mimo stosowania, co do zasady, wymaganych procedur zabezpieczenia sanitarno – epidemiologicznego w zakresie sterylizacji, dezynfekcji i zachowania higieny, stan sanitarny panujący w pozwanym szpitalu nie był na tyle zadowalający, by pozwolił uniknąć zakażenia. Jednocześnie brak jest podstaw do przyjęcia, że zakażenie powoda podczas jego pobytu w pozwanym szpitalu pozostawało w normalnym związku przyczynowym z jakąkolwiek inną okolicznością niż niedołożenie przez pracowników tej placówki służby zdrowia należytej staranności w zapewnieniu odpowiedniego stanu sanitarnego. Tego zaś rodzaju zaniechanie ma niewątpliwie charakter bezprawny, co w całej rozciągłości uzasadnia odpowiedzialność deliktową pozwanego.

Podstawę zasądzenia zadośćuczynienia stanowi przepis art. 445 §1 k.c. w zw. z art. 444 §1 k.c. oraz przepis ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2009, Nr 52, poz. 417 ze zm.) art. 4 ust. 1 w związku z art. 448 k.c.

W niniejszej sprawie powód dochodził zadośćuczynienia w wysokości 150.000 zł oraz kwoty 20.000 zł tytułem naruszenia względem powoda jego praw jako pacjenta wraz z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia odpisu pozwu pozwananemu do dnia zapłaty.

Zadośćuczynienie jest formą rekompensaty pieniężnej z tytułu szkody niemajątkowej i obejmuje swym zakresem wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które mogą powstać w przyszłości. Ma w swej istocie ułatwić przezwycięzenie ujemnych przeżyć. Dzięki niemu winna zostać przywrócona równowaga, zachwiana wskutek popełnienia przez sprawcę czynu niedozwolonego. Ma ono charakter całościowy i winno stanowić ekonomicznie odczuwalną wartość. Wielkość zadośćuczynienia zależy od oceny całokształtu okoliczności sprawy, w tym rozmiaru doznanych cierpień, ich intensywności, trwałości czy nieodwracalnego charakteru. 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. (vide: uchwała pełnego składu Izby Cywilnej SN z dnia 8 grudnia 1973 roku, OSNCP 1974, poz. 145)

Analizując okoliczności faktyczne rozpatrywanej sprawy Sąd, kierując się treścią opinii biegłych z zakresu chorób zakaźnych i chirurgii, uznał za zasadne żądanie zasądzenia na rzecz powoda zadośćuczynienia w żądanej kwocie 150.000 zł.

Przy określeniu wysokości zadośćuczynienia należnego powodowi Sąd miał na względzie zakres doznanych przez niego cierpień fizycznych i psychicznych. Niewątpliwym jest, że zakażenie bakterią gronkowca złocistego MRSA było przyczyną długoletnich, poważnych dolegliwości powoda pod postacią sączenia z rany, braku postępów w gojeniu rany pooperacyjnej, nadkażenia rany pooperacyjnej, doprowadzenia do ewentracji rany pooperacyjnej i konieczności dwukrotnego zszywania rany pooperacyjnej, deformacji powłok brzusznych, powstania olbrzymiej przepukliny brzusznej i konieczności przeprowadzenia operacji naprawczej, bólów brzucha i uczuciem przelewania się organów wewnętrznych, skutkowało koniecznością wykonywania wielu badań, poddawania się kolejnym inwazyjnym zabiegom i pobytów szpitalnych. Już po postawieniu diagnozy, konsekwencją zakażenia była konieczność poddania się bardzo uciążliwym i wyniszczającym organizm terapiom, co więcej, początkowo bezskutecznym. Przebyte kuracje obarczone były wieloma objawami ubocznymi (np. krwotok do jamy brzusznej). Skutkiem zakażenia bakterią są u powoda zmiany w obrębie jamy brzusznej, które skutkują uszczerbkiem na jego zdrowiu w wymiarze 30%. Nadto powód wobec skutków przedłużonej terapii oraz zbyt późnego włączenia leczenia podupadł na zdrowiu psychicznym, co skutkowało uszczerbkiem na jego zdrowiu w zakresie 10%. Łączny uszczerbek na zdrowiu biegli orzekli na poziomie 40%. Sąd uwzględnił nadto ograniczenia jakie wystąpiły w życiu powoda na skutek powikłań zakażenia bakterią, a mianowicie uwzględnił okoliczność, że powód dotychczas był człowiekiem sprawnym fizycznie, aktywnym w wielu dziedzinach życia tj sport, podróżnictwo czy praca zawodowa. Przez powikłania chorobowe powód nie jest zdolny do wykonywania pracy zawodowej, wycofał się z życia towarzyskiego oraz jakichkolwiek aktywności, bowiem nawet wejście po schodach wiąże się dla powoda z nader uciążliwością.

Mając na względzie przytoczone argumenty, Sąd uznał, że adekwatnym zadośćuczynieniem jest kwota 150.000 zł i orzekł jak w pkt 1 wyroku.

W ocenie Sądu na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w przedmiotowej sprawie zaistniały także wszystkie materialnoprawne przesłanki do zasądzenia na rzecz powoda stosownego zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta. W przypadku powoda doszło do złamania standardu akredytacyjnego tzw. ciągłości opieki, bowiem wcześniejsze o 7-9 dni według opinii biegłego, rozpoczęcie celowanej antybiotykoterapii ZMO nie doprowadziłoby do poważnych powikłań w postaci: gronkowcowego zakażenia głębokich tkanek przedniej ściany jamy brzusznej, ewentracji i olbrzymiej przepukliny brzusznej. Nie wykonano antybiogramu. W rezultacie leczenie wydłużyło się do około 12 miesięcy, a leczenie następstw ZMO o kolejne 24 miesiące. Pozwany dodatkowo nie dopełnił obowiązku administracyjnego i nie zarejestrował ZMO u powoda jako zakażenia szpitalnego. Nie ulega wątpliwości, że jednym z podstawowych praw pacjenta jest prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń, przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń oraz uzyskiwania informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, a personel medyczny winien być gwarantem poszanowania tego prawa, co należy wywieść z jego bezsprzecznego przestrzegania. Wobec powyższego Sąd uznał, że stosowną kwotą niewątpliwie jest żądana przez powoda kwota 20.000 zł.

Na podstawie art. 444 § 1 i 2 k.c. powód żądał kwoty **106.171,00 zł** odszkodowania obejmującego kwotę 89.171 zł stanowiącą różnicę wynagrodzenia powoda za okres od 7 lutego 2013 r. do 22 grudnia 2015 r. oraz kwotę 17.000 zł, w skład której wchodzi koszty prywatnych wizyt u psychiatry – 4.950 zł, leków – 1.000 zł, wydatki na opatrunki – 5.400 zł, koszty wizyt pielęgniarki – 4.800 zł oraz koszty dojazdów – 850 zł. Powód wniósł także o zasądzenie renty w kwocie po 9.000 zł miesięcznie począwszy od grudnia 2015 r., z tym że 8.500 zł stanowiło rentę wyrównawczą a 500 zł obejmowałoby zwiększone potrzeby powoda w związku z koniecznością wydatkowania na leki i wizyty lekarskie.

Z poczynionych w sprawie ustaleń na podstawie zaświadczenia oraz listy operacji bankowych, wynika, że z tytułu zatrudnienia w (...) sp (...) od lutego 2013 r. do lipca 2015 r. uzyskał wynagrodzenie w kwocie 394.173,64 zł, natomiast w kolejnych miesiącach uzyskiwał świadczenia w wysokości za miesiąc: sierpień – 3.324,80 zł, wrzesień – 2.371,40 zł, październik – 1.501,22 zł, listopad – 948,56 zł, co łącznie w żądanym okresie daje kwotę 402.319,62 zł. Zakładając, że gdyby nie choroba, powód zarabiałby 15.000 zł netto, to osiągnąłby wynagrodzenie we wskazanym okresie w wysokości 510.000 zł (15.000 zł x 34 miesiące), zatem różnica do daty wytoczenia powództwa stanowi kwotę 107.680 zł, co daje Sądowi możliwość zasądzenia żądanej przez powoda kwoty 89.171 zł w całości.

Jest okolicznością bezsporną, że w wyniku rozległej operacji z dnia 6 lutego 2013 r. oraz powikłań w jej następstwie, stan zdrowia powoda wymagał korzystania przez niego z pomocy osób trzecich. W związku z powyższym powód zatrudnił prywatną pielęgniarkę, której usługi kosztowały 50 zł za wizytę. Łączny koszt jaki z tego tytułu poniósł powód to kwota 4.800 zł. Do wydatków koniecznych i pozostających w związku ze stanem zdrowia powoda należało także zaliczyć wydatki poniesione na koszty dojazdu do placówek leczniczych, w których powód był hospitalizowany oraz dojazdy na wizyty kontrolne, rehabilitację. Do akt sprawy nie zostały złożone rachunki dokumentujące w/w wydatki, jednak zgodnie z art. 322 k.p.c. – Sąd może w wyroku zasądzić odpowiednią sumę wg swej oceny, opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy. Powód kontynuował leczenie i rehabilitację, co niewątpliwie pociągało za sobą dalsze wydatki na dojazdy. W ocenie Sądu wysokość żądania w świetle zasad doświadczenia życiowego nie jest nadmierna i jest uzasadniona okolicznościami sprawy, toteż należał ją uznać za uzasadnioną.

W związku z koniecznością długotrwałego procesu terapeutycznego powód poniósł koszty leczenia, na które składają się wydatki poczynione na leki i środki zaopatrzenia medycznego oraz prywatne wizyty u psychiatry. Wobec powyższego powód poczynił wydatki na antybiotykoterapię w wysokości 1.000 zł oraz korzystał z opatrunków z jonami srebra w okresie 12 miesięcy (1szt/dziennie – 130 zł), których łączny koszt to 5.400 zł. Podobnie, jak wskazano powyżej, wysokość żądania powoda w świetle zasad doświadczenia życiowego nie jest nadmierna i jest uzasadniona okolicznościami sprawy, toteż należał ją uznać za uzasadnioną. To samo dotyczy się wydatków poniesionych przez powoda na psychoterapię – 4.950 zł, z której korzysta do dnia dzisiejszego – 130 zł za wizytę (z lekami ok. 150 zł).

Powód zatem z tytułu zwrotu kosztów opieki, dojazdów oraz leczenia domagał się zasądzenia kwoty 17.000 zł, co należało uznać za niewygórowaną kwotę i zasądzić ją w całości. W związku z powyższym Sąd z tytułu odszkodowania zasądził na rzecz powoda żadaną kwotę 106.171 zł.

O odsetkach od zasądzonych kwot zadośćuczynienia i odszkodowania Sąd orzekł na podstawie art. 359 § 1 k.c. w zw. z art. 481 § 1 i 455 k.c., nadto odsetki w niniejszej sprawie zasądzono zgodnie z żądaniem pozwu tj. od dnia 10 lutego 2016 r. od dnia doręczenia pozwu pozwanemu.

Żądanie powoda w zakresie renty Sąd uznał co do zasady za uzasadnione, jednakże nie w żądanej wysokości i ograniczył je do zakresu wynikającego z opinii biegłych psychiatry i psychologa oraz zeznań samego powoda. Leczenie psychiatryczne powoda trwa nieprzerwanie od stycznia 2014 r., a jego kontynuacja jest nadal wskazana. Powód ponosi łączne koszty leczenia psychiatrycznego na poziomie ok. 150 zł miesięcznie. Wykazał konieczność stosowania leków (Efectim, Tegretol, Afobam), w tym psychiatrycznych, których łączny koszt wynosi ok. 50 zł miesięcznie (...). Dlatego też Sąd zasądził po 200 zł miesięcznie od grudnia 2015 r. i na przyszłość, oddalając, jako nieudowodnioną, rentę na zwiększone potrzeby w pozostałym zakresie.

Co się zaś tyczy renty wyrównawczej w zakresie utraconych zarobków, to Sąd oparł się na wyliczeniach powoda, które zostały poczynione w sposób prawidłowy i nie zostały zakwestionowane przez stronę przeciwną. Przyjmując okres od grudnia 2015 r. do marca 2018 r. tj. do dnia przejścia na emeryturę powoda (27 m-cy) oraz kwotę 8.500 zł stanowiącą kwotę wyrównawczą, uzyskano łączną kwotę 229.500 zł. Taka też kwota, w ocenie Sądu, podlegała zasądzeniu z tytułu utraconych zarobków we wskazanym okresie.

Sąd oddalił żądanie zasądzenia renty z tego tytułu na przyszłość, mając na uwadze fakt przejścia powoda na emeryturę i uzyskiwania świadczeń z tego tytułu. Powód twierdził, co prawda, że zamierzał pracować dłużej, ale jest to okoliczność niepewna. Z samej deklaracji powoda nie można bowiem wywieść wniosków ani co do możliwości, zakresu podjętych prac i ich długości oraz wysokości przyszłych zarobków. Nie wiadomo bowiem jak potoczyłoby się życie powoda gdybynie doszło do powikłań.

Na podstawie art. 189 k.p.c. Sąd ustalił odpowiedzialność pozwanego za szkody mogące wystąpić w przyszłości. W ocenie Sądu, powód z uwagi na fakt wystąpienia nawrotowej przepukliny rozworu przełykowego przepony, znaczny deficyt powłok brzusznych zrekonstruowanych, ale osłabionych przebytym ropieniem i zabiegami operacyjnymi ma interes prawny w tym, aby żądanie takie zgłaszać.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 zd. 2 k.p.c. Powód poniósł koszty w kwocie 53.009 zł (19.209 zł opłata sądowa od pozwu, 5.000 zł zaliczki na poczet wynagrodzenia biegłych sądowych, 14.400 zł x 2 wynagrodzenie pełnomocnika), a pozwany poniósł koszty w wysokości 14.400 zł, co stanowi równowartość wynagrodzenia jego pełnomocnika. Ponieważ powód uległ jedynie co do nieznacznej części swojego żądania (częściowo oddalone żądanie w zakresie renty), Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 53.009 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

W oparciu o przepis art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. 2019, poz. 785) w zw. z art. 100 k.p.c. zd. 2, Sąd obciążył pozwanych nieuiszczonymi kosztami sądowymi w wysokości 7.557,38 zł.

Wynagrodzenie pełnomocnika określono na podstawie § 2 pkt 7 i § 15 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz. U. 2015, poz. 1800).