

Sygn. akt I C 82/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 lipca 2019 r.

Sąd Rejonowy w Ciechanowie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący SSR Lidia Grzelak

Protokolant st. sekr. sąd. Jolanta Dziki

po rozpoznaniu w dniu 25 czerwca 2019 r. w Ciechanowie

sprawy z powództwa L. T.

przeciwko (...) Szpitalowi Wojewódzkiemu w C.

o zadośćuczynienie w kwocie 40000,00 zł

I powództwo oddala;

II zasądza od powódki L. T. na rzecz pozwanego (...) Szpitala Wojewódzkiego w C. kwotę 2717,00 zł (dwa tysiące siedemset siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym 2417,00 zł (dwa tysiące czterysta siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;

III koszty procesu orzeczone prawomocnymi postanowieniami z dnia 11 września 2013 r., 24 listopada 2014 r, 15 kwietnia 2015 r., 14 września 2015 r., 10 czerwca 2016 r. oraz 18 czerwca 2018 r. przejmuje na rachunek Skarbu Państwa;

IV przyznaje adw. J. P. kwotę 2400,00 zł (dwa tysiące złotych) wraz z podatkiem VAT w wysokości 23 % od tej sumy tytułem wynagrodzenia za pełnienie obowiązków pełnomocnika z urzędu powódki L. T.;

V nakazuje Skarbowi Państwa wypłacenie adw. J. P. wynagrodzenia przyznanego w pkt IV wyroku z sum budżetowych, przejmując koszty pełnomocnika z urzędu na rachunek Skarbu Państwa.

Sygn. akt I C 82/13

UZASADNIENIE

Powódka L. T. w dniu 1 lutego 2013 r. (data stempla biura podawczego sądu) wniosła pozew do Sądu Rejonowego w Ciechanowie przeciwko pozwanemu (...) Szpitalowi Wojewódzkiemu w C. żądając zasądzenia na swoją rzecz od pozwanego kwoty 40000,00 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty oraz kosztów procesu.

Pozwany (...) Szpital Wojewódzki w C. w odpowiedzi na pozew wnosił o oddalenie powództwa w całości, zawiadomienie (...) S.A. w W. o toczącym się postępowaniu, oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu w tym kosztów zastępstwa procesowego.

(...) S.A. w W. nie zgłosił swego przystąpienia do niniejszego procesu w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanej.

Prawomocnym postanowieniem z dnia 13 lutego 2013 r. Sąd zwolnił powódkę L. T. od kosztów sądowych w całości oraz ustanowił dla niej pełnomocnika z urzędu w osobie adw. J. P..

Pełnomocnik powódki wniósł ponadto o zasądzenie na jego rzecz zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

L. T. była pacjentką (...) Szpitala Wojewódzkiego w C.. W okresie od dnia 19 stycznia 2012 r. do dnia 21 stycznia 2012 r. przybywała na Oddziale (...) Ogólnej. L. T. została przyjęta do szpitala w celu wykonania planowanego zabiegu operacyjnego w postaci usunięcia guza tkanek podskórnych w powłokach brzusznych. W dniu 19 stycznia 2012 r. podpisała zgodę na zabieg oraz potwierdziła udzielenie informacji o celu i skutkach zabiegu, jak również możliwych powikłaniach. Zabieg operacyjny przeprowadzono w dniu 20 stycznia 2012 r. w warunkach bloku operacyjnego w znieczuleniu całkowitym. Był to typowy zabieg, często wykonywany. Standardowo tego rodzaju zabieg wykonywany jest w warunkach oddziału chirurgicznego w znieczuleniu miejscowym. Z uwagi na zgłaszane przez L. T. uwagi, anesteziolog podjął decyzję o wykonaniu zabiegu w znieczuleniu całkowitym. Podczas zabiegu dokonano wycięcia guzków wraz z marginesem makroskopowo niezmienionej tkanki. Po zabiegu założono drenaż. Materiał przekazano do badań histopatologicznych. Po zabiegu L. T. nie gorączkowała, nie zgłaszała żadnych dolegliwości. Została wypisana w stanie dobrym. Zalecono kontrolę w poradni chirurgicznej w dniu 30 stycznia 2012 r. Szwy po zabiegu zostały zdjęte po miesiącu w poradni chirurgicznej. W przypadku ustalenia przedoperacyjnego rozpoznania histopatologicznego możliwe było wykonanie zabiegu radykalnego bez konieczności wykonania kolejnego zabiegu (dokumentacja medyczna k. 82 – 103, zeznania świadków M. M. k. 175 – 177, P. Z. k. 178 – 179, 636 – 636 v, opinia biegłego sądowego w zakresie chirurgii onkologicznej lek. med. J. O. k. 598 – 607, 658 – 659, zeznania powódki L. T. k. 121 – 122, 663 - 664).

L. T. zgłosiła się do Poradni Chirurgicznej w dniu 26 stycznia 2012 r. w związku z odczuwanym bólem brzucha oraz wysiękiem z rany, który pojawił się 3 – 4 dni po wypisie. Pobrano wymaz oraz podano antybiotyk. Objawy nadal się pogarszały; L. T. odczuwała ból podczas codziennych czynności: przy chodzeniu po schodach, wsiadaniu do samochodu. W wymazie z rany wykonanym w dniu 26 stycznia 2012 r. stwierdzono obecność *S. aureus* (gronkowiec złocisty) z określoną wrażliwością na szereg antybiotyków; potwierdzono zgodność podanego antybiotyku ze szczepem bakterii. W dniu 10 lutego 2012 r. L. T. została przyjęta na Oddział Zakaźny (...) Szpitala Wojewódzkiego w C. w związku ze zgłaszanym stanem podgorączkowym, odczuwanym przez nią od tygodnia. Na Oddziale Zakaźnym z pobranego wymazu wyhodowano inny szczep bakterii niż pierwotnie z wymazu pobranego w Poradni Chirurgicznej. Została wypisana ze szpitala w dniu 13 lutego 2012 r. w stanie dobrym (dokumentacja medyczna k. 71 – 81, 192 – 196, zeznania świadków H. M. k. 174, M. Ś. k. 175, G. P. k. 177 – 178, W. P. k. 391, R. P. k. 391, zeznania powódki L. T. k. 121 – 122, 663 - 664).

W dniach 22 marca 2012 r. – 28 marca 2012 r. L. T. przebywała w Centrum Onkologii – Klinice (...), kości i C. w W.. Badanie histopatologiczne materiału pobranego podczas zabiegu w dniu 21 stycznia 2012 r. wykazało bowiem, że w linii cięcia pozostały komórki nowotworowe; zachodziła zatem konieczność dokonania zabiegu celem resekcji blizny. L. T. po odebraniu wyniku z badania zgłosiła się do innego lekarza. Przy przyjęciu nie zgłaszała żadnych skarg. W dniu 27 marca 2012 r. wykonano u niej zabieg wycięcia blizny skóry i tkanki podskórnej okolicy podbrzusza w związku z rozpoznaniem nowotworu złośliwego skóry nieokreślonego w obrębie powłok brzucha. Zabieg miał na celu radykalne docięcie blizny z marginesem około 2 - 3 cm makroskopowo niezmienionych tkanek. Termin zabiegu przesunięto z dnia 23 marca 2012 r. uwagi na krótkotrwałą utratę świadomości L. T. podczas przygotowania do zabiegu (dokumentacja medyczna k. 24 – 27, 128 - 145, 199 - 202).

L. T. od 2010 r. kontynuuje leczenie specjalistyczne m. in. ginekologiczne i stomatologiczne. Leczy się również w związku ze stwierdzoną niedoczynnością tarczycy oraz nerwicą wegetatywną. Raz na dwa miesiące korzysta z usług fryzjera. L. T. miała kontakt ze swoim szwagrem, który również leczył się w związku z zakażeniem gronkowcem złocistym. Miała również kontakt z osobą mającą wirusowe zapalenie wątroby (zeznania świadka H. M. k. 174, zeznania powódki L. T. k. 121 – 122, 663 - 664).

Zakażenie L. T. gronkowcem złocistym nie było monitorowane przez szpitalny Zespół (...) (zeznania świadków A. D. k. 122 – 123, G. P. k. 177 – 178, informacja o zakażeniach szpitalnych i pozaszpitalnych gronkowcem złocistym k. 155, zarządzenie k. 156, karty rejestracyjne zakażenia zakładowego w latach 2009 – 2012 k. 290 – 387, dokumentacja szpitala dotycząca systemu zapobiegania zakażeniom k. 493 – 539, opinia biegłego sądowego w zakresie chorób zakaźnych i epidemiologii prof. dr hab. n. med. J. Z. k. 404 – 409, 448, opinia biegłego sądowego w zakresie chorób zakaźnych dr n. med. A. M. k. 468 – 476, 545 – 548).

L. T. w związku z ze stwierdzonymi schorzeniami nie była bardziej narażona na kolonizację czy zakażenia pooperacyjne niż inni pacjenci. Nie wykonano u niej przed zabiegiem badania na nosicielstwo gronkowców, gdyż badanie tego rodzaju wykonuje się u chorych długo przebywających w szpitalu, wielokrotnie hospitalizowanych, w oddziałach intensywnej terapii lub z długo utrzymującymi się zmianami skórnymi np. ropnie, owrzodzenia. Przyjmuje się, że około 30 % zdrowych osób jest nosicielami gronkowca złocistego. Czynności przygotowawcze do wykonania zabiegu chirurgicznego zmniejszają ryzyko możliwości zakażenia rany pooperacyjnej, jednak go nie eliminują w sposób absolutnie pewny. Zabieg operacyjny w dniu 21 stycznia 2012 r. wykonano z zachowaniem przy zachowaniu pełnego reżimu i procedury przygotowującej do zabiegu. Ryzyko powikłania bakteryjnego jest wpisane w każdy zabieg połączony z naruszeniem ciągłości skóry; przy zachowaniu pełnego reżimu w przypadku rany czystej wynosi około 2 – 3 %. Jest to zależne od budowy skóry, rodzaju zabiegu i obecności bakterii na skórze w postaci flory fizjologicznej. Zakażenie, czyli przedostanie się bakterii w głąb tkanej, może mieć miejsce w czasie naruszenia ciągłości skóry, także w trakcie zabiegu operacyjnego, w czasie którego sposób przygotowania pacjenta do zabiegu, dezynfekcja skóry oraz procedury sterylizacji materiałów użytych do zabiegu, zmniejszają ryzyko. Z. rany może mieć przyczynę w budowie skóry, okolica nadłonowa jest szczególnie narażona na kolonizację bakteriami gronkowca. Po zabiegu szybko dochodzi do kolonizacji skóry bakteriami znajdującymi się na skórze i w otoczeniu chorego. Objawy zakażenia szpitalnego gronkowcem złocistym mogą wystąpić w zależności od lokalizacji w okresie od kilku godzin, 1 – 3 dni do 30 dni przy powikłaniu wczesnym dotyczącym tkanek powierzchniowych, głębokich i narządów. Powierzchnowe zakażenie w miejscu nacięcia pojawia się w ciągu 30 dni od zabiegu operacyjnego i obejmuje jedynie skórę i tkankę podskórną w miejscu nacięcia. Możliwe jest, aby infekcja rany pooperacyjnej miała miejsce w czasie zmiany opatrunków w szpitalu po zabiegu, ale jest to mało prawdopodobne. (opinia biegłego sądowego w zakresie chorób zakaźnych i epidemiologii prof. dr hab. n. med. J. Z. k. 404 – 409, 448, opinia biegłego sądowego w zakresie chorób zakaźnych dr n. med. A. M. k. 468 – 476, 545 – 548).

Gronkowiec złocisty *S. aureus* jest jednym z najczęściej izolowanych drobnoustrojów, zarówno w przypadku zakażeń szpitalnych, jako i pozaszpitalnych. W zależności od lekowrażliwości szczepy gronkowca złocistego dzieli się na metycylinowrażliwe (...) i metycyliooporne (...). Szczepy (...) w odróżnieniu od (...) występują głównie w środowisku pozaszpitalnym. Do czynników zwiększających ryzyko kolonizacji i zakażenia przez (...) należą: poważna choroba podstawowa, cukrzyca, rany oparzeniowe, długotrwała hospitalizacja, zabiegi operacyjne, kontakt z nosicielami lub osobami zakażonymi. Znaczenie ma również układ immunologiczny człowieka, zjadliwość bakterii oraz stworzenie odpowiedniego systemu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, w tym co do zakażenia przeniesionego przez ręce personelu szpitalnego, narzędzia operacyjne, kieliszki do leków, wózki pielęgniarstwa itp. Rodzaj gronkowca ujawniony u L. T. wskazuje, że nie jest to bakteria, przekazywana w warunkach szpitalnych, gdzie nabywa odporność na wiele antybiotyków tzw. patogen szpitalny. Wrażliwość bakterii na wiele antybiotyków wskazuje na pochodzenie bakterii ze środowiska pozaszpitalnego np. skóra L. T. lub jej domowników, z miejsca dostępnego dla wielu osób. Zastosowane leczenie w poradni chirurgicznej było skuteczne. Ponowny wzrost bakterii stwierdzony na Oddziale Zakaźnym wykazał inny typ gronkowca. To zakażenie również zostało wyleczone z pozytywnym skutkiem (opinia biegłego sądowego w zakresie chorób zakaźnych i epidemiologii prof. dr hab. n. med. J. Z. k. 404 – 409, 448, opinia biegłego sądowego w zakresie chorób zakaźnych dr n. med. A. M. k. 468 – 476, 545 - 548).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie zebranych w sprawie dokumentów, a w szczególności dokumentacji medycznej (k. 24 - 27, 71 - 81, 83 - 103, 128 - 145, 192 - 196, 199 - 202), dokumentacji szpitala dotyczącej zakażeń i systemu zapobiegania zakażeniom (k. 155, 156, 290 - 387, 493 - 539), zeznań świadków M. M. (k. 175 - 177), P. Z. (k. 178 - 179, 636 - 636 v), H. M. (k. 174), M. Ś. (k. 175), G. P. (k. 177 - 178), W. P. (k. 391), R. P. (k. 391), A. D.

(k. 122 - 123), opinii biegłych sądowych w zakresie chirurgii onkologicznej lek. med. J. O. (k. 589 - 607, 658 - 659), w zakresie chorób zakaźnych i epidemiologii prof. dr. hab. n. med. J. Z. (k. 404 - 409, 448) oraz w zakresie chorób zakaźnych dr n. med. A. M. (k. 468 - 476, 545 - 548) oraz zeznań powódki L. T. (k. 121 - 122, 663 - 664).

Powyższe dokumenty, opinie, jak i zeznania świadków oraz powódki L. T. nie budzą wątpliwości Sądu. W ocenie Sądu zeznania świadków M. M., P. Z. G. P., W. P., R. P. i A. D. są rzeczowe i spójne, oparte na szczegółowej wiedzy medycznej, korespondujące w swej treści z opiniami biegłych sądowych.

Niewątpliwie, szczególne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy mają opinie biegłych sądowych sporządzone w niniejszej sprawie. Wskazać należy, że żadna z nich nie była ostatecznie kwestionowana w toku procesu przez którąkolwiek ze stron. Wnioski zawarte w opiniach są zbieżne i należyte uzasadnione. Podkreślić należy, że w opiniach wskazano z jednej strony prawidłowość dokonanego rozpoznania zarówno w zakresie stwierdzenia u L. T. guza tkanek podskórnych w powłokach brzusznych, przeprowadzonego zabiegu w szpitalu w C., jak też zakażenia gronkowcem złocistym i wdrożonego systemu terapii zgodnie z obowiązującymi wówczas zaleceniami i procedurami. Opinie zostały sporządzone w sposób rzetelny, prawidłowy, wyczerpujący, a nadto zgodnie z postawioną tezą postanowienia dowodowego. Biegłe sądowe w zakresie chorób zakaźnych sporządziły opinie, wykorzystując zebrany materiał dowodowy, dokumentację lekarską oraz własną wiedzę, wskazując w szczególności na źródła zakażenia, rodzaje szczepów bakterii zidentyfikowanych u powódki L. T. w obu przypadkach zakażenia, pierwszego zdiagnozowanego w poradni chirurgicznej oraz drugiego na oddziale zakaźnym, oraz prawidłowości zastosowanego leczenia. Obie opinie są w tym zakresie zbieżne; obie wskazują na brak okoliczności uzasadniających przyjęcie, że którakolwiek z zakażeń gronkowcem złocistym miało źródło w pozwanym (...) Szpitalu Wojewódzkim w C..

Podobnie ocenić należy opinię biegłego sądowego w zakresie chirurgii onkologicznej lek. med. J. O., który wskazał zasady przeprowadzania zabiegów operacyjnych w sytuacji zdiagnozowania guza takiego jak u powódki L. T. oraz ocenił prawidłowość zabiegu przeprowadzonego u powódki.

Podkreślić należy, że żaden z biegłych sądowych nie wskazał na jakiegokolwiek naruszenie przez pracowników pozwanego szpitala w C. reżimu i procedury przygotowania do zabiegu, zabiegu czy też czynności podczas pobytu pacjentki na oddziale chirurgicznym po zabiegu.

Sąd zważył, co następuje:

Powódka L. T. domaga się zapłaty kwoty 40000,00 zł tytułem zadośćuczynienia w związku z doznaną przez nią krzywdą w postaci narażenia jej przez (...) Szpital Wojewódzki w C. na ból i cierpienie w związku zakażeniem bakterią *S. aureus* (gronkowiec złocisty), a nadto nieprawidłowym wykonaniem zabiegu w dniu 21 stycznia 2012 r. polegającym na usunięciu guza tkanek podskórnych, skutkującym koniecznością wykonania drugiego zabiegu mającego na celu radykalne docięcie blizny.

Powódka zatem swoje roszczenie wywodzi z treści art. 444 § 1 kc w zw. z art. 445 § 1 kc, zgodnie z którymi w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Podstawę faktyczną roszczenia stanowi zatem tzw. błąd medyczny. Przesłankami odpowiedzialności placówki medycznej na podstawie art. 430 kc w zw. z art. 415 kc są: wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem, a wyrządzoną szkodą oraz spowodowanie szkody przy wykonywaniu powierzonych czynności, przy czym do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej wystarczy choćby najmniejszy stopień winy. Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. Zaznaczyć jednak należy, że choć sama placówka medyczna ponosi odpowiedzialność w przypadku winy podwładnego, rozumianej zgodnie z treścią art. 415 kc, to nie jest wymagane wykazanie przez poszkodowanego winy po stronie placówki medycznej, gdyż odpowiada ona za zasadzie ryzyka w sposób bezwzględny, wyłączający możliwość ekskulpacji. Przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na podstawie powyższego przepisu wymaga

więc uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r. w sprawie IV CSK 308/10). Zgodnie z treścią art. 6 kc na stronie powodowej ciąży obowiązek wykazania przesłanek tak określonej odpowiedzialności.

Zgodnie z art. 415 kc, kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia, zaś stosownie do art. 430 kc, 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. Komentowany przepis wprowadza konstrukcję odpowiedzialności za winę podwładnego. Jest to odpowiedzialność na zasadzie ryzyka, ale jej warunkiem jest wina podwładnego przy wyrządzeniu szkody osobie trzeciej. Zasadniczą przesłanką odpowiedzialności odszkodowawczej według tego przepisu jest zatem wyrządzenie szkody przez personel medyczny zawinionym działaniem lub zaniechaniem, przy czym za wystarczający uznaje się choćby najmniejszy stopień winy.

Zgodnie z powszechnie przyjętym poglądem zakład opieki zdrowotnej (szpital) ponosi więc 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.

Wskazać również należy, że w tzw. procesach odszkodowawczych lekarskich nie jest konieczne wykazywanie istnienia związku przyczynowego między działaniem (zaniechaniem) personelu służby zdrowia a szkodą pacjenta w stopniu pewnym i stanowczym, lecz wystarczy istnienie związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa. Temu służy konstrukcja dowodu prima facie czyli sposobu dowodzenia opartego na domniemaniach faktycznych (art. 231 kpc), którego wynikiem jest ustalenie wysokiego prawdopodobieństwa wystąpienia szkody w następstwie określonego zdarzenia sprawczego. Dla zastosowania wniosku prima facie konieczne jest wykazanie faktów stanowiących podstawę domniemania faktycznego, które pozwalają na wnioskowanie o prawdopodobieństwie zawinionego działania personelu medycznego szpitala i jego związku przyczynowego ze szkodą i krzywdą po stronie powoda, którego wynikiem jest ustalenie wysokiego prawdopodobieństwa wystąpienia szkody w następstwie określonego zdarzenia sprawczego. Należy jednak podkreślić, że dowód taki nie wystarcza, w razie wykazania okoliczności uprawdopodobniającej inną przyczynę szkody (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2012 r. w sprawie II CSK 402/11, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 maja 2014 r. w sprawie V CSK 353/13, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie V CSK 357/14, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 2000 r. w sprawie V CKN 34/00, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 kwietnia 2004 r. w sprawie I CK 653/04, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 2007 r. w sprawie V CSK 477/06, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 czerwca 2010 r. w sprawie III CSK 245/09).

Jak wskazano powyżej, szczególne znaczenie dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy mają opinie biegłych sądowych w zakresie medycyny: w zakresie chirurgii onkologicznej lek. med. J. O., w zakresie chorób zakaźnych i epidemiologii prof. dr. hab. n. med. J. Z. oraz w zakresie chorób zakaźnych dr n. med. A. M.. Niewątpliwie opinie stanowią tylko pomoc dla sądu i - jak wielokrotnie było wyjaśniane w orzecznictwie i doktrynie - nie mogą zastąpić ani ustaleń faktycznych ani decydować o spełnieniu przesłanek prawnych. W wyrokach Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r. w sprawie CSK 287/09 oraz z dnia 6 lutego 2003 r. w sprawie IV CKN 1763/00 podkreślono, że w sprawach o niedołożenie należytej staranności przez lekarza, a taka powinność na nim spoczywa (art. 355 § 1 kc), sąd dla ustalenia winy lekarza korzysta z wiadomości specjalnych posiadanych przez biegłych. Opinią biegłych nie jest jednak związany w zakresie, który jest zastrzeżony do wyłącznej kompetencji sądu, to znaczy do oceny, czy spełniona jest przesłanka obiektywna i przesłanki subiektywne winy. Zadaniem biegłego zasadniczo nie jest więc poszukiwanie dowodów i okoliczności mających uzasadnić argumentację stron procesu, lecz dokonanie oceny przedstawionego materiału z perspektywy posiadanej wiedzy naukowej, technicznej lub branżowej i przedstawienie sądowi danych (wniosków) umożliwiających poczynienie właściwych ustaleń faktycznych i właściwą ocenę prawną znaczenia zdarzeń, z których strony wywodzą swoje racje. Opinia biegłego, zgodnie z art. 278 kpc, służy stworzeniu sądowi możliwości prawidłowej oceny materiału procesowego w wypadkach, kiedy ocena ta wymaga wiadomości specjalnych tj. wiedzy wykraczającej poza objętą zakresem wiedzy powszechnej. Podkreślenia wymaga, że biegłe sądowe po wniesieniu do opinii dotyczących kwestii zakażenia gronkowcem złocistym podtrzymały swoje opinie, zaś

biegły sądowy w zakresie chirurgii onkologicznej sprecyzował wniosku opinii. Po uzupełnieniu opinii żadna ze stron procesu nie wniosła kolejnych zarzutów do ich treści, co pozwala na przyjęcie, że jej nie zakwestionowały.

Powszechnie przyjmuje się, że postępowanie lekarza w danej sytuacji należy oceniać z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili dokonywania zabiegu medycznego, a zwłaszcza tych danych, którymi lekarz dysponował albo mógł dysponować, mając na uwadze wymagania aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 2002 r. w sprawie V KK 33/02). Oznacza to, że jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają wspomniane powyżej kwalifikacje (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, jak to formuluje się w niektórych wypowiedziach, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 kc) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Dla przyjęcia istnienia związku przyczynowego w tej kategorii spraw, powinno zostać ustalone istnienie odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa pomiędzy działaniem (zaniechaniem) sprawcy a powstałą szkodą. Nie oznacza to jednak przyjęcia absolutnej odpowiedzialności lekarza za wszelkie zjawiska w sferze zdrowia, które dotknęły pacjenta po zabiegu. Wysokie wymagania stawiane lekarzowi (personelowi medycznemu) nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej. W nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje zjawisko określane mianem ryzyka medycznego. Nawet bowiem przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne.

W ocenie Sądu, intensywność cierpień fizycznych powódki L. T. jest oczywista i stanowiła konsekwencję zarówno jej stanu zdrowia (powódka cierpi na szereg innych dolegliwości pozostających poza przedmiotem niniejszego postępowania np. choroby tarczycy, nerwica wegetatywna), jak i prowadzonej terapii antybiotykowej w związku ze zdiagnozowaniem u niej występowania bakterii gronkowca złocistego różnych szczepów, przy uwzględnieniu jej sytuacji osobistej (samotnie wychowuje małe dziecko). Orzecznictwo i doktryna wskazują, że krzywdę należy rozumieć jako cierpienie fizyczne to jest ból i inne dolegliwości, cierpienia psychiczne to jest ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała albo rozstroju zdrowia, niemożności uprawiania określonej działalności, wyłączenia z normalnego życia itp. Zadośćuczynienie pieniężne ma na celu złagodzenie tych cierpień.

Zgłoszone przez powódkę L. T. żądanie należy zatem, w świetle powyższych uwag, ocenić w kontekście zaistnienia błędu medycznego, zarówno co do prawidłowości dokonanego w dniu 21 stycznia 2012 r. zabiegu usunięcia guza powłok skórnych, jak i naruszenia procedur zapobiegania zakażeniom szpitalnym.

Błąd medyczny w prawie cywilnym rozumiany jest wąsko, mianowicie jako postępowanie sprzeczne z zasadami wiedzy i nauki medycznej w zakresie dla lekarza dostępnym. Jak wskazano powyżej, na lekarzu (personelu medycznym)

spoczywa bowiem szczególny obowiązek dochowania należytej staranności i powszechnie obowiązujących reguł postępowania według aktualnie obowiązującej wiedzy medycznej. Sformułowanie „w zakresie dla lekarza dostępnym” wyznacza granicę odpowiedzialności z uwagi na możliwość przewidzenia błędu lub zapobieżenie mu, gdyż pomimo dużego postępu medycyny w wielu sferach, nauka niekiedy nie przynosi pozytywnych rozwiązań. Wiedza medyczna powinna być oceniana na dzień nastąpienia błędu, nie zaś na dzień wyrokowania; możliwa jest bowiem sytuacja, w której w okresie między wystąpieniem błędu medycznego a wyrokowaniem powstały nowe rozwiązania, które mogłyby zapobiec powstaniu błędu. Błąd medyczny jest więc kategorią obiektywną, niezależną od indywidualnych cech czy zdolności konkretnego lekarza (personelu medycznego) i od okoliczności, w jakich udziela świadczeń zdrowotnych. Ujęcie to wyłącza z zakresu błędu medycznego zaniedbania oraz uchybienia lekarza (personelu medycznego) nie dotyczące sfery fachowej: diagnozy i terapii, lecz mające charakter pomyłek, błędów lub innego rodzaju niedociągnięć o charakterze technicznym bądź organizacyjnym, prowadzących do powstania u pacjenta szkody. W piśmiennictwie prawniczym i medycznym wprowadza się różne podziały i klasyfikacje błędów lekarskich. Wyliczyć można błąd rozpoznania (tzw. diagnostyczny), błąd prognozy (rokowania) oraz błąd w leczeniu (terapeutyczny) (wyrok Sądu Najwyższego z dnia z dnia 27 czerwca 2017 r. w sprawie II CSK 69/17).

W kontekście zarzutów powódki L. T. uznać należy, że powództwo w niniejszej sprawie oparte jest na konstrukcji błędu w procesie terapeutycznym. Powódka wskazuje, że wskutek nieprawidłowo wykonanego zabiegu operacyjnego w dniu 21 stycznia 2012 r. w pozwanym (...) Szpitalu Wojewódzkim w C., było konieczne poddanie się przez nią kolejnemu zabiegowi mającemu na celu pełną resekcję guza, a nadto zakażenie jej w trakcie pobytu w szpitalu w C. bakterią gronkowcem złocistym, co spowodowało konieczność poddania się przez nią dodatkowemu leczeniu; miało też wpływ na długotrwałość leczenia.

Ustalenie winy lekarza w procesie terapeutycznym wymaga odwołania się do wiadomości biegłych sądowych. Jeżeli zachowanie lekarza odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje zawodowe (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza (personelu medycznego) może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy oraz kierując się treścią opinii biegłych sądowych uznać należy, że lekarze (...) Szpitala Wojewódzkiego w C., nie popełnili w 2012 r. błędu w sztuce lekarskiej odnośnie zastosowanej terapii w stosunku do powódki L. T. w zakresie zabiegu operacyjnego z dnia 21 stycznia 2012 r. Podkreślić należy, że z opinii w zakresie chirurgii onkologicznej lek. med. J. O. nie wynikają żadne tego rodzaju nieprawidłowe zaniechania lub działania personelu medycznego pozwanego Szpitala, które pozostawałyby w zależności przyczynowo - skutkowej z odczuwanymi przez powódkę L. T. cierpieniami fizycznymi będącymi następstwem wdrożonego procesu leczenia. Rozmiar negatywnych skutków dla zdrowia zastosowanego koniecznego leczenia przeciwnowotworowego jest zależny od wielu czynników m. in. od obszaru objętego terapią, od stanu zdrowia pacjenta, ale – co chyba bezsporne – skutki takie mają miejsce i jednymi z ich objawów są ból i ogólne obniżenie odporności organizmu, zwłaszcza w sytuacji, gdy niezbędny jest zabieg chirurgiczny. W przypadku powódki te dolegliwości zostały spotęgowane wskutek zakażenia bakterią gronkowcem złocistym. Diagnostyka była przeprowadzona zgodnie z obowiązującymi w 2012 r. zaleceniami i procedurami. Podkreślić należy, że decydujący dla oceny konieczności dalszego leczenia był wynik badania histopatologicznego materiału tkankowego pobranego podczas zabiegu w dniu 21 stycznia 2012 r., który wykazał, że w linii cięcia pozostały komórki nowotworowe niewidoczne w badaniu makroskopowym, czego wynikiem było przeprowadzenie kolejnego zabiegu. Powódka L. T., po odebraniu wyniku, zdecydowała się na konsultację i dalsze leczenie w innym zakładzie. Wskazać należy, że bez wyników badania

histopatologicznego nie jest możliwe określenie marginesu z całą pewnością wykluczającego pozostawienie w linii cięcia komórek nowotworowych.

Odnosząc się natomiast do kwestii zakażenia powódki L. T. bakterią *S. aureus* (gronkowiec złocisty) wskazać należy, że niewątpliwie, w szpitalach dochodzi do zakażeń tego rodzaju bakterią, na co wskazały obie biegłe sądowe w swych opiniach. Charakterystyczne jest jednak, że żadna z biegłych nie wskazała na wyższe niż zazwyczaj prawdopodobieństwo zakażenia szpitalnego w przypadku powódki L. T.. Niewątpliwie, pierwsze objawy zakażenia bakterią gronkowca złocistego wystąpiły w okresie kilku dni po wykonanym w dniu 21 stycznia 2012 r. zabiegu operacyjnym, choć już po opuszczeniu przez powódkę szpitala. Wskazać jednak należy, że zdiagnozowany u powódki L. T. szczep tej bakterii wskazuje na pochodzenie ze środowiska pozaszpitalnego. Ogólny stan zdrowia powódki związany z przebyciem zabiegów, jak też naruszenie tkanej skóry mogły niejako „ułatwić” bądź po prostu umożliwić proces zakażenia. Żadna z biegłych sądowych w zakresie chorób zakaźnych prof. dr hab. n. med. J. Z. i dr n. med. A. M. nie wskazała na naruszenie przez pracowników szpitala procedur związanych z przygotowaniem pacjenta do zabiegu, zabiegami czy też pobytem na oddziale chirurgicznym po zabiegu. Czynności wykonywano z zachowaniem przy zachowaniu pełnego reżimu i procedur obowiązujących w szpitalu. Biegłe podkreśliły jednak, że ryzyko powikłania bakteryjnego jest wpisane w każdy zabieg połączony z naruszeniem ciągłości skóry; jest to zależne od budowy skóry, rodzaju zabiegu i obecności bakterii na skórze w postaci flory fizjologicznej. Zakażenie, czyli przedostanie się bakterii w głąb tkanej, może mieć miejsce bowiem w czasie naruszenia ciągłości skóry, także w trakcie zabiegu operacyjnego, w czasie którego sposób przygotowania pacjenta do zabiegu, dezynfekcja skóry oraz procedury sterylizacji materiałów użytych do zabiegu, zmniejszają ryzyko. Po zabiegu szybko dochodzi do kolonizacji skóry bakteriami znajdującymi się na skórze i w otoczeniu chorego. Możliwe jest również, aby infekcja rany pooperacyjnej miała miejsce w czasie zmiany opatrunków. Znaczenie ma również układ immunologiczny człowieka, zjadliwość bakterii oraz stworzenie odpowiedniego systemu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, w tym co do zakażenia przeniesionego przez ręce personelu szpitalnego, narzędzia operacyjne, kieliszki do leków, wózki pielęgniarskie itp.

W ocenie Sądu, uznać zatem należy, że w okolicznościach sporu powódka L. T. nie zdołała wykazać obiektywnie niewłaściwego i zawinionego postępowania personelu medycznego pozwanego (...) Szpitala Wojewódzkiego w C., które stanowiłoby przyczyną nieprawidłowego wykonania zabiegu operacyjnego w dniu 21 stycznia 2012 r. oraz zakażenia jej bakterią gronkowca złocistego podczas pobytu w szpitalu w związku z tym zabiegiem. Bezspornie intensywność cierpienia fizycznych powódki L. T. była znaczna i stanowiła konsekwencję zarówno stanu jej zdrowia powoda, jak i prowadzonej terapii (zabieg chirurgiczny, kuracja antybiotykowa). Tym niemniej, brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności lekarzy lub pozostałego personelu medycznego, a zatem pozwanego (...) Szpitala Wojewódzkiego w C. za wszelkie zjawiska w sferze zdrowia pacjenta, również w zakresie doznawanych przez niego cierpienia będących skutkiem przyjętej metody leczenia, jeżeli jest ona adekwatna do prawidłowo ustalonego rozpoznania, a odczuwane przez pacjenta dolegliwości są typowymi skutkami ubocznymi terapii. Brak również okoliczności uzasadniających przyjęcie, że do zakażenia nastąpiło na terenie szpitala w związku z niezachowaniem przez jego pracowników procedur zapobiegającym zakażeniom szpitalnym. Lekarz (lub inny pracownik) odpowiada bowiem na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej.

W ocenie Sądu, z taką właśnie sytuacją mamy do czynienia w rozpatrywanej sprawie. Samo wystąpienie cierpienia fizycznego i konieczność wykonania kolejnego zabiegu, będącego skutkiem zastosowanej terapii leczniczej, jak też wynikające z zakażenia organizmu bakterią, nie daje podstaw dla przypisania winy lekarzowi czy innym członkom personelu medycznego. Nie doszło do zaniechania w zakresie właściwej diagnostyki, jak również do zastosowania nieprawidłowej terapii. W niniejszym procesie nie wykazano, że szpital (jego pracownicy) nie dołożyli należytej

staranności w leczeniu L. T. lub też, że naruszyli standardy zapobiegania zakażeniom skutkujące zakażeniem powódki bakterią gronkowca złocistego.

W związku z powyższym Sąd oddalił powództwo, uznając je za niezasadne.

Jednocześnie Sąd zasądził od powódki L. T. na rzecz pozwanego (...) Szpitala Wojewódzkiego w C. kwotę 2717,00 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym zastępstwa procesowego z uwzględnienie opłaty skarbowej od pełnomocnictwa. Pozwany uiścił zaliczkę na koszty opinii biegłego sądowego w kwocie 300,00 zł. Wysokość kosztów zastępstwa procesowego Sąd ustalił stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (§ 6 pkt 5 cyt. rozporządzenia).

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 kpc, zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Wskazać należy, że wprowadzicie powódka L. T. korzystała ze zwolnienia od kosztów sądowych, jednakże zgodnie z art. 108 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, zwolnienie od kosztów sądowych nie zwalnia strony od obowiązku zwrotu kosztów procesu przeciwnikowi.

Jednocześnie – z uwagi na zwolnienie powódki L. T. od kosztów sądowych - Sąd koszty wynagrodzenia szpitala za dokumentację medyczną oraz opinii biegłych sądowych orzeczone prawomocnymi postanowieniami z dnia 11 września 2013 r., 24 listopada 2014 r., 15 kwietnia 2015 r., 14 września 2015 r., 10 czerwca 2016 r. oraz 18 czerwca 2018 r. przejął na rachunek Skarbu Państwa.

Sąd przyznał ponadto adw. J. P. wynagrodzenie w kwocie 2400,00 zł wraz z podatkiem VAT (23 %) za pełnienie obowiązków pełnomocnika z urzędu powódki L. T.. Wysokość wynagrodzenia Sąd ustalił stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (§ 6 pkt 5 w zw. z § 19 cyt. rozporządzenia). Powyższe koszty Sąd przejął na rachunek Skarbu Państwa.