

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 23 października 2017 r. B. W. wniósł o zasądzenie od (...) S.A. w W. na swoją rzecz łącznie 170.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz odszkodowania z tytułu skutków wadliwego leczenia podczas hospitalizacji od dnia 3 sierpnia 2015 r. do dnia 22 grudnia 2015 r. w SP ZOZ (...) Szpitalu (...) (...)w Ł., wraz z odsetkami za zwłokę liczonymi od dnia 1 kwietnia 2017 r. do dnia zapłaty.

Powód wskazał, że na dochodzona pozwem kwotę składają się: 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, 10.000 zł tytułem odszkodowania za zwiększone potrzeby, 30.000 zł tytułem zadośćuczynienia za naruszenie dobra osobistego w postaci prawa do świadczeń medycznych odpowiadających wymogom aktualnej wiedzy medycznej na podstawie art. 4 ust. 1 w związku z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, 30.000 zł tytułem zadośćuczynienia za naruszenie dobra osobistego w postaci prawa do informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu na podstawie art. 9 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

(pozew, k. 2-7)

W odpowiedzi na pozew (...) S.A. w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości, kwestionując powództwo zarówno co do zasady jak i wysokości.

(odpowiedź na pozew, k. 95-97).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

B. W. był poddany wielokrotnemu leczeniu operacyjnemu w odcinku L/S oraz jednej operacji w odcinku szyjnym kręgosłupa wykonanym w Oddziale Klinicznym Neurochirurgii i Onkologii Centralnego Układu Nerwowego (...) w Ł. (zwanym dalej Szpitalem w Ł.) odpowiednio w 2012 i 2013 roku (operacja L/S i kręgosłupa szyjnego), w 2015 L/S (styczeń, sierpień, listopad).

B. W. przebywał w Szpitalu w Ł. od 3 do 10 stycznia 2015 r. z rozpoznaniem rwy kulszowej. W trakcie pobytu przeprowadzono zabieg operacyjny kręgosłupa.

Ponownie B. W. został przyjęty do Szpitala w Ł. w dniu 3 sierpnia 2015 r. z uwagi na utrzymywanie się dolegliwości bólowych w miejscu operowanym. Przebywał tam do 14 sierpnia 2015 r. W tym czasie wykonano reoperację, usunięto dyski L4-5 i L3-4, wykonano foraminotomię L3-4, 4-5,

L5-S1 R oraz stabilizacje L3-4-5-S1 i L3-4 i L4-5. Kolejna hospitalizacja B. W. w Szpitalu w Ł. miała miejsce od 26 sierpnia 2015 r. do 9 września 2015 r. B. W. został przyjęty z powodu podejrzenia infekcji w miejscu operacji (stan po stabilizacji kręgosłupa w odcinku L/S). P raz kolejny przebyła w szpitalu od 7 listopada 2015 r. do 22 grudnia 2015 r. – wówczas usunięto stabilizację transpedikularną.

(oryginał dokumentacji medycznej w kopercie; dokumentacja medyczna, k. 26-45; zeznania powoda, k. 368 – adnotacje od 00:03:53)

Podczas pobytu w Szpitalu w Ł. wykonano B. W. następujące badania: 4 sierpnia 2015 r. – wymaz nosa i pachwiny (wyhodowano Staphylococcus aureus MSSA (metrycylinowrażliwy), oznaczono CRP - 137,9 mg/L), 12 sierpnia 2015 r. – posiewy krwi, wyniki były ujemne (wynik 14 sierpnia 2015 r. oraz 20 sierpnia 2015 r.) i 10 sierpnia 2015 r. (pobrano wymaz z rany pooperacyjnej, wynik był ujemny (wynik 17 sierpnia 2015)).

Nie wykonano badania histopatologicznego.

(opinia biegłego z zakresu mikrobiologii medycznej, k. 297-303)

Pobranie u B. W. pojedynczego zestawu na posiew krwi mogło spowodować fałszywie ujemny wynik, ponieważ jest to zbyt mała objętość. Bakterie nie są stale obecne w krwiobiegu. Jeżeli po pobraniu 2-3 zestawów, po upływie czasu hodowli 5 dni, posiew jest ujemny, a pacjent nadal wykazuje objawy zakażenia, należy pobrać kolejne 2-3 zestawy. U B. W. za drugim razem pobrano tylko 1 zestaw.

(opinia biegłego z zakresu mikrobiologii, k. 297-303; dokumentacja, k. 139-202)

Z punktu widzenia zasad i wiedzy mikrobiologicznej, bardzo niepokojący był fakt niezarejestrowania zakażenia B. W. jako zakażenia szpitalnego przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Pomimo informacji na karcie o przebyłym zabiegu operacyjnym i obecności bakterii we krwi, zespół w sposób nieprawidłowy podtrzymał stanowisko lekarza o zakażeniu pozaszpitalnym krwi. Zastrzeżenia do pracy Zespołu kontroli zakażeń szpitalnych dotyczą działań naprawczych i korygujących, braku szkoleń dla personelu przeprowadzanych przez zespół, braku informacji o zapoznaniu pracowników jednostki z bardzo dobrze opracowanymi procedurami czy zaleceniami przeciwepidemicznymi.

(opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych, k. 208-214, k. 244v.-245; opinia biegłego z zakresu mikrobiologii, k. 297-303; dokumentacja szpitala, k. 139-202)

Z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością, do zakażenia B. W. gronkowcem doszło podczas hospitalizacji w Szpitalu w Ł. w okresie od 3 do 14 sierpnia 2015 r.; było to zakażenie szpitalne.

(opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych, k. 208-214, k. 244v.-245)

Wyhodowany *Staphylococcus aureus* MSSA w nosie i pachwinie pacjenta świadczy o tym, że B. W. był nosicielem gronkowca metycylinowrażliwego, który z dużym prawdopodobieństwem stał się czynnikiem etiologicznym zakażenia endogennego. Zakażenie to obejmowało z dużym prawdopodobieństwem miejsce operowane, gdzie wkręcono 4 pary śrub w nasady trzonów kręgów S1, L5, L3.

(opinia biegłego z zakresu mikrobiologii medycznej, k. 297-303)

Leczenie neurochirurgiczne B. W., jak i prowadzenie dokumentacji tego leczenia, były prawidłowe. W wyniku leczenia operacyjnego może dojść do powstania powikłań na każdym etapie zabiegu operacyjnego; na etapie dostępu do kręgosłupa, odbarczenia kręgosłupa, przygotowania do implantacji, czy też samego wprowadzania implantów. W przypadku powoda doszło do powikłania w postaci infekcji podczas operacji wykonanej 4 sierpnia 2014 r. Krótki okres od przeprowadzenia operacji do potwierdzenia zakażenia w badaniach laboratoryjnych, czyni czynnik operacyjny wysoce prawdopodobnym.

Leczenie neurologiczne w trakcie trzeciej hospitalizacji (gdy podjęto decyzje o rewizji rany pooperacyjnej, z jednoczesnym usunięciem stabilizacji w dniu 11 listopada 2015 r.) był w pełni uzasadniony i prawidłowy. Ze względu na proces zapalny, nie dający się kontrolować przy pomocy leczenia zachowawczego, usunięcie stabilizacji (ciała obcego) było jedyną możliwością leczenia. Z punktu widzenia neurochirurgicznego nie było innych powodów usunięcia stabilizacji transpedikularnej u powoda poza procesem zapalnym.

(opinia biegłego neurochirurga, k. 263-267, 355)

W przypadku poszkodowanego błędnie został określony czas antybiotykoterapii (04.08-13.08.2015r), który w przypadku tego typu zakażeń powinien wynosić 10-14 dni. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że gronkowiec hodowany z pachwiny podczas pobytu 03-14 sierpnia 2015 r. stał się oporny na stosowane wcześniej antybiotyki. Zmodyfikowano leczenie i zastosowano celowaną antybiotykoterapię od 1 września 2015 r. - Wankomycynę 2xlg z

Ciprofloksacyną 3x400g. Na wyniku wymazu z pachwiny nie oznaczono wrażliwości na Ciprofloksacynę, więc nie było zasadne kontynuowanie leczenia tym antybiotykiem po wypisaniu ze szpitala.

(opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych, k. 208-214, k. 244v.-245; opinia biegłego z zakresu mikrobiologii medycznej, k. 297-303)

B. W. wypisano ze Szpitala w Ł. 14 sierpnia 2015 r. bez kontynuacji leczenia. Przede wszystkim przed wypisem nie wykonano badań kontrolnych: poziomu CRP, prokalcytoniny, posiewu krwi. Badania te – zgodnie ze sztuką winny być wykonane; B. W. nie powinien być wypisany do czasu spadku parametrów stanu zapalnego, zakończenia rozpoczętej antybiotykoterapii i spadku gorączki. Pojawienie się gorączki w trakcie antybiotykoterapii mogło świadczyć o nowej bakterii, dającej objawy zakażenia. Należało przerwać antybiotykoterapię na 24 do 48 godzin i po tym czasie ponownie wykonać posiew. Gdyby dalej prowadzono prawidłowe leczenie w warunkach szpitalnych, to z dużym prawdopodobieństwem udałoby się opanować zakażenie endogenne, któremu uległ B. W.. Oszczędziłoby to kolejnych hospitalizacji, bólu i cierpienia.

W dniu wypisu powoda ze Szpitala w Ł. – 14 sierpnia 2015 r. - konieczne było co najmniej zalecenie pilnej kontroli parametrów zapalnych i ewentualne podjęcie dalszych kroków leczniczych.

(opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych, k. 208-214, k. 244v.-245; opinia biegłego z zakresu mikrobiologii medycznej, k. 297-303, 342-343)

Zakażenie głębokie stanowiło realne zagrożenie dla zdrowia i życia B. W..

(opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych, k. 208-214, k. 244v.-245)

Wszystkie kolejne zabiegi operacyjne, a także długotrwałe leczenie przeciwzapalne, były wynikiem zakażenia szpitalnego. Niewątpliwie stan zapalny trwał od sierpnia 2015 r.

(opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych, k. 208-214, k. 244v.-245)

Z powodu zakażenia rozmiar cierpienia fizycznych i psychicznych pacjenta był ogromny. Kolejne hospitalizacje, zabiegi, cierpienia bólu oraz brak zdecydowanej poprawy, mimo upływającego czasu. Same zmiany związane z zakażeniem głębokim, w tym tkanek miękkich w listopadzie 2015 roku, przysporzyły ogromnego bólu i były realnym zagrożeniem dla zdrowia i życia.

(opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych, k. 208-214, k. 244v.-245)

Uszczerbek na zdrowiu, jakiego doznał B. W., ma charakter trwały i wynosi łącznie 50%. Gdyby nie doszło do powikłania w postaci infekcji okolicy operowanej i jej negatywnego oddziaływania na zdrowie, procentowy uszczerbek wynosiłby łącznie 20%.

(opinia biegłego neurochirurga, k. 263-267, 329)

B. W. ma 62 lata jest rencistą od 1992 r. Obecnie ma problemy z chodzeniem, jest na lekach przeciwbólowych. W codziennym funkcjonowaniu pomaga mu żona. Przed operacją w styczniu 2015 r. B. W. również miał problemy zdrowotne, miał problemy z chodzeniem – było to przyczyną operacji w styczniu 2015 r.

(zeznania powoda, k.368v.- od 00:03:53; decyzje ZUS, k. 57-58, 61; zaświadczenie, k. 59-60; zeznania świadka G. W., k. 133v.-134v. - od 00:08:27)

W piśmie nadanym 27 lutego 2017 r. B. W. wezwał (...) S.A. w W. do zapłaty kwot: 500.000 zł tytułem zadośćuczynienia, 100.000 zł tytułem odszkodowania oraz renty w kwocie 2.000 zł miesięcznie z tytułu skutków wadliwego leczenia podczas hospitalizacji od 3 sierpnia 2015 r. do 22 grudnia 2015 r. w ubezpieczonym w (...) SA od odpowiedzialności cywilnej Szpitala w Ł. – w terminie 30 dni od daty otrzymania wezwania. Nadto B. W. wniósł na

podstawie art. 4 ust. 1 w związku z art. 6 ust. 1 oraz 9 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta o zapłatę na jego rzecz kwoty 20.000 zł tytułem zadośćuczynienia za naruszenie dobra osobistego w postaci prawa do świadczeń medycznych odpowiadających wymogom aktualnej wiedzy medycznej. Szkoda została zarejestrowana w dniu 9 marca 2017 r. Pismem z dnia 4 maja 2017 r. pozwany odmówił zapłaty.

(wezwanie z potwierdzeniem nadania, k. 46; pismo, k. 109-110)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie powołanych dowodów, w szczególności w oparciu o opinie biegłych sądowych, dokumentację medyczną oraz zeznania powoda oraz świadka.

Złożone w niniejszej sprawie opinie biegłych sądowych z zakresu chorób zakaźnych, mikrobiologii i neurochirurga należało uznać za rzetelne i wiarygodne. Biegli w sposób nie budzący wątpliwości przedstawili tok swego rozumowania w dochodzeniu do wniosków końcowych, a wszystkie wątpliwości strony powodowej zgłaszane do opinii biegłych zostały w sposób wyczerpujący wyjaśnione w opiniach uzupełniających. Ostatecznie żadna z opinii nie była kwestionowana, Sąd także nie miał podstaw do ich podważenia.

W powyższym stanie faktycznym, Sąd zważył, co następuje:

Powództwo podlegało uwzględnieniu w części.

Źródłem odpowiedzialności pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. była umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawarta ze szpitalem. Podstawę prawną stanowił więc przepis art. 822 § 1 k.c., zgodnie z którym przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo podmiot, na rzecz którego umowa została zawarta. Podkreślić należy, że zakres odpowiedzialności ubezpieczonego determinuje zakres odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ma bowiem charakter akcesoryjny; jej powstanie i rozmiar zależą od istnienia okoliczności uzasadniających odpowiedzialność ubezpieczonego sprawcy szkody.

W niniejszej sprawie strona powodowa wskazała, że dochodzona pozwem kwota wiąże się z nieprawidłowościami, które wystąpiły w toku leczenia od 3 sierpnia 2015 r. do 22 grudnia 2015 r. Strona pozwana kwestionowała zasadę swojej odpowiedzialności, a także wysokość zgłoszonych roszczeń.

Podstawę odpowiedzialności ubezpieczonej placówki medycznej stanowi art. 430 k.c. statuujący odpowiedzialność na zasadzie ryzyka. W doktrynie i judykaturze przyjmuje się, że chodzi o pojęcie podporządkowania ogólnorganizacyjnego. 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 oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego są poważne szkody doznane przez pacjenta (wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 roku, sygn. akt I ACa 377/06).

Mając na uwadze powyższe, należy w niniejszej sprawie dokonać oceny, czy podczas hospitalizacji powoda w 2015 r. miał miejsce zarzucany błąd organizacyjny kierujących pracą Szpitala w Ł. bądź zawinione działanie lub zaniechanie jego personelu, a nadto czy powód doznał w wyniku tego zaniedbania szkody oraz czy istnieje związek przyczynowy między owym działaniem lub zaniechaniem a szkodą.

B. W., zgodnie z zasadą rozkładu ciężaru dowodu w procesie, obciążał obowiązek wykazania związku przyczynowego między pobytem w Szpitalu w Ł., a zakażeniem tą bakterią. Ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wynika, że do bakteryjnego zakażenia powoda z wysokim prawdopodobieństwem doszło na skutek działań lub

zaniechań personelu medycznego w procesie leczenia w Szpitalu w Ł.. 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 (wyroki Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 1969 r., sygn. akt II CR 165/69, z dnia 5 lipca 1967 r., sygn. akt I PR 174/67, z dnia 14 grudnia 1973 r., sygn. akt II CR 692/73, z dnia 28 października 1983 r., sygn. akt II CR 358/83, z dnia 27 lutego 1998 r., sygn. akt II CKN 625/97). 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 niemożności – 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. (wyroki Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2007 r., sygn. akt III CSK 429/06, z dnia 2 grudnia 2010 r., sygn. akt I CSK 11/10, z dnia 2 czerwca 2010 r., sygn. akt III CSK 245/09). 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.

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. 947z późn. zm.).

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.

Niezależnie jednak od cytowanej 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 (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 maja 1983 r., sygn. akt IVCR 118/83).

Ustalenia w kwestii przyczyny zakażenia powoda wymagały wiadomości specjalnych, dlatego w tym zakresie Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego specjalisty w dziedzinie chorób zakaźnych oraz biegłego mikrobiologa. Wnioski specjalistów są jednoznaczne; zakażenie powoda miało charakter zakażenia szpitalnego, do którego – z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością – doszło podczas hospitalizacji w dniach od 3-14 sierpnia 2015 r. Natomiast biegły mikrobiolog jednoznacznie wskazał, że wyhodowany *Staphylococcus aureus* MSSA w nosie i pachwinie z dużym prawdopodobieństwem stał się czynnikiem etiologicznym zakażenia endogennego. Szpital w Ł., tak jak każda placówka medyczna zobowiązana była podejmować działania uniemożliwiające zakażenie rany pooperacyjnej pacjentów bakteriami chorobotwórczymi w celu zapewnienia im bezpieczeństwa pobytu i procesu

leczenia. Treść opinii jednoznacznie wskazuje, że doszło do nieprawidłowości ze strony personelu szpitala oraz zwinionej, niewłaściwej organizacji placówki, pozostających w związku przyczynowym z zakażeniem powoda. Biegła z zakresu mikrobiologii opisała nieprawidłowości na etapie diagnozy zakażenia, skutkujące opóźnieniem w podjęciu leczenia oraz nieprawidłowości w samym leczeniu zakażenia. Wnioski są o tyle obciążające, że zgodnie z opinią, właściwy tryb leczenia pozwoliłby zapobiec rozwojowi zakażenia; a daleko idące okazały się skutki dla zdrowia powoda – ogrom bólu, cierpienia oraz konieczność usunięcia stabilizatora, pozbawiająca go de facto możliwości poprawy swojej kondycji (powodu, dla którego w ogóle poddał się leczeniu operacyjnemu).

W konsekwencji zakażenia, B. W. doznał szkody niemajątkowej - krzywdy w postaci uszczerbku na zdrowiu.

Z powodu zakażenia rozmiar cierpień fizycznych i psychicznych został przez biegłych zobiektywizowany i określony jako ogromny z uwagi na kolejne hospitalizacje, zabiegi, cierpienia, ból oraz brak zdecydowanej poprawy, mimo upływającego czasu. Same zmiany związane z zakażeniem głębokim, w tym tkanek miękkich zwiększał poziom odczuwanego bólu i były realnym zagrożeniem dla zdrowia i życia. Co więcej, ze względu na proces zapalny, nie dający się kontrolować przy pomocy leczenia zachowawczego, usunięcie stabilizacji było jedyną możliwością leczenia. Z punktu widzenia neurochirurgicznego nie było innych powodów usunięcia stabilizacji. Zatem błędy w leczeniu zakażenia doprowadziły również do pogorszenia poziomu życia i egzystencji poprawie której poświęcone było całe leczenie powoda. Różnica w poziomie doznanego uszczerbku (50 %) a poziomem, który by występował ze względu na neurologiczne, samoistne problemy poszkodowanego, gdyby do zakażenia nie doszło wynosi 30 %.

Podstawą materialnoprawną roszczenia powoda w zakresie zadośćuczynienia za krzywdę stanowią przepisy art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c.

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. 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.

Przy określeniu wysokości zadośćuczynienia należnego powodowi Sąd miał na względzie zakres doznanych przez niego cierpień fizycznych i psychicznych, który był ogromny, kolejne hospitalizacje, zabiegi oraz pozbawienie możliwości leczenia przewidzianego przed zakażeniem. Nadto zakażenie stanowiło realne zagrożenie dla zdrowia i życia powoda, a uszczerbek na zdrowiu wyniósł 30%.

Mając na uwadze powyższe, Sąd uwzględnił żądanie zadośćuczynienia w tej części w całości, zasądzając kwotę 100.000 zł.

W związku z zakażeniem powód żądał także naprawienia szkody majątkowej.

Żądanie odszkodowania znajduje podstawę prawną w przepisie art. 444 § 1 i 2 k.c. Odszkodowanie z art. 444 § 1 k.c. obejmuje wszelkie koszty wynikłe z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, stanowi sposób naprawienia szkód majątkowych (np. poniesionych przez poszkodowanego kosztów leczenia, rehabilitacji, zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, dostosowania mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej, wydatków związanych z różnymi rodzajami terapii, w tym terapii psychologicznej, wyjazdami sanatoryjnymi, zakupem lekarstw, utraconych zarobków itd.).

W rozpoznawanej sprawie powód żądał zasądzenia z tego tytułu kwoty 10.000 zł. Nie został sprecyzowane, co składa się na przedmiotową kwotę, opisaną jako „zryczałtowana” wartość. W ocenie Sądu materiał dowodowy nie pozwala na poczynienie ustaleń, jakie wydatki zostały poniesione w związku z zakażeniem. Wprawdzie opinia biegłego neurologa wskazywała na konieczność pomocy osób trzecich, ale ponieważ wiązała się ona także z samą operacją, której poddał się powód, koniecznym byłoby rozgraniczenie konsekwencji zakażenia od samoistnych ograniczeń powodowanych

problemami neurologicznymi. W niniejszej sprawie nie jest to możliwe. Brak jest również dowodów pozwalających określić koszty leczenia związane z zakażeniem.

Z tych względów Sąd uznał, że powód nie sprostował ciężarowi dowodu (art. 6 k.c.) w zakresie roszczenia odszkodowawczego.

W niniejszej sprawie strona powodowa domagała się również zadośćuczynienia w oparciu o przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2009, Nr 52, poz. 417 z późn. zm.)

W niniejszej sprawie postawiono zarzuty wadliwej opieki medycznej oraz braku informacji – naruszenia praw pacjenta wynikających z ustawy.

Przepis art. 6 statuuje prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Natomiast w art. 9 uregulowano prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia.

Zauważyć należy także, iż zgodnie z art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 30.8.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm.), pacjent ma prawo (poza dostępem do informacji o swoim stanie zdrowia) do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej.

Prawom pacjenta odpowiadają również obowiązki lekarza, zawarte w art. 30 i 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i dentystry (t.j. Dz. U. 1997, Nr 218 poz.152), zgodnie z którym lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki oraz obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

W doktrynie i orzecznictwie przyjmuje się, że błędem lekarskim jest postępowanie sprzeczne z zasadami wiedzy medycznej. Sąd Najwyższy w orzeczeniu dnia 1 kwietnia 1955 roku w sprawie sygn. akt IV CR 39/54 skonstatował, iż błędem w sztuce lekarskiej jest czynność lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym.

W wyroku z dnia 24 października 2013 r., sygn. akt IV CSK 64/13, Sąd Najwyższy wywiódł: „W sprawie, w której powód wywodzi odpowiedzialność jednostki medycznej ze zdarzenia, którym jest błąd w sztuce lekarskiej, lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny występuje w wypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia

i deontologii, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej. Natomiast w wyroku z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12 Sąd Najwyższy dookreślił: „tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Dlatego stwierdzenie błędu lekarskiego wyczerpuje zasadniczo tylko obiektywny element winy (z tym zastrzeżeniem, że są takie kategorie błędów lekarskich, które będą wystarczające dla stwierdzenia winy także

w ujęciu subiektywnym). 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 (por. wyrok Sądu Najwyższego

z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09). Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku „błędów w sztuce”, czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie

z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, czyli polegający na zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca”.

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy należy stwierdzić, że materiał dowodowy, a w szczególności opinie biegłych potwierdziły, że ubezpieczona placówka dopuściła się naruszenia art. 6 ust. 1 ustawy poprzez całkowicie niezgodne ze sztuką lekarską i aktualną wiedzą medyczną wypisanie pacjenta i zaniechanie dalszego leczenia w warunkach szpitalnych w sytuacji szerzącego się zakażenia, bez dalszej diagnostyki i kontynuacji antybiotykoterapii (mimo charakteru przeprowadzonej operacji). Nieopanowane i niezdiagnozowane do końca zakażenie w dniu wypisu doprowadziło do wielomiesięcznych powikłań, konieczności kolejnych operacji, narażenia życia i zdrowia pacjenta, znacznego pogorszenia jego stanu zdrowia. Przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe w szczególności opinie biegłych lekarzy (ds. chorób zakaźnych i mikrobiologa) jednoznacznie wskazują na te nieprawidłowości. B. W. nie powinien być wypisany ze Szpitala w Ł. do czasu spadku parametrów stanu zapalnego, zakończenia rozpoczętej antybiotykoterapii i spadku gorączki. Gdyby dalej prowadzono prawidłowe leczenie w warunkach szpitalnych, to z dużym prawdopodobieństwem udało się opanować zakażenie endogenne, co oszczędziłoby całego dalszego leczenia, pozwoliło cieszyć się poprawą funkcjonowania organizmu dzięki stabilizatorowi. Zaniechania po stronie szpitala naruszyły przede wszystkim prawo powoda do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a konsekwencje zaniedbanego leczenia okazały się daleko idące (co opisano powyżej).

Dodatkowo należy wskazać, że w orzecznictwie zauważa się, iż sytuacja naruszenia praw pacjenta może wywołać u pacjenta ujemne doznania psychiczne, dyskomfort, utratę zaufania do leczących (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2012 r., sygn. akt V CSK 142/11, wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 16 grudnia 2013 r., sygn. akt I ACa 567/13, wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 28 marca 2013 r., sygn. akt V ACa 604/12). W wyroku z dnia 28 sierpnia 2013 r., sygn. akt I ACa 695/13, Sąd Apelacyjny w Krakowie wywiódł: „Udzielona powódce ochrona prawna wiąże się, więc również z naruszeniem jej praw pacjenta do otrzymania właściwego standardu opieki medycznej, co z kolei należy powiązać z ujemnymi następstwami w sferze psychicznej, które wystąpiły pomimo braku szkód medycznych”.

Wobec powyższego, Sąd zasądził tytułem zadośćuczynienia za naruszenie dobra osobistego B. W. w postaci prawa do świadczeń medycznych odpowiadających wymogom wiedzy medycznej żadaną przez powoda kwotę 30.000 zł w całości.

Za niezasadne Sąd uznał roszczenie powoda o zadośćuczynienie z uwagi na naruszenie prawa pacjenta w postaci prawa do informacji o stanie zdrowia pacjenta rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu na podstawie art. 9 ust. 1 i 2 omawianej ustawy.

Strona powodowa nie sprecyzowała podstawy faktycznej tego roszczenia. Z reguły roszczenia formułowane na tle tego przepisu dotyczą kwestii pełnej informacji udzielanej przed wyrażeniem przez pacjenta zgody na zabieg. W niniejszej sprawie takie zarzuty nie zostały sformułowane, także postępowanie dowodowe nie dostarcza argumentów do formułowania takich wniosków. Jeżeli natomiast żądanie to jest rozumiane jako brak poinformowania powoda o zakażeniu, to w ocenie Sądu roszczenie to jest niezasadne. Placówka nie udzieliła informacji, bo nie miała wiedzy o zakażeniu. Z uwagi na zaniedbania w diagnostyce i leczeniu doprowadziła do szkody, a brak informacji w tym zakresie był konsekwencją tych wadliwości. Roszczenie powoda zostało więc skonsumowane w żądaniu opartym na art. 6 ustawy (w zw. z art. 448 k.c.).

Wobec powyższego, oddalono powództwo z tego tytułu.

O odsetkach od zasądzonej na rzecz powódki kwoty z tytułu zadośćuczynienia i odszkodowania orzeczono zgodnie art. 481 k.c. Szkoda została zarejestrowana przez stronę pozwaną w dniu 9 marca 2017 r. – w tym dniu zgłoszenie szkody i wezwanie do zapłaty z pewnością dotarło do pozwanego; brak jest dowodu na wcześniejsze doręczenie. Jednocześnie w wezwaniu powód określił 30-dniowy termin na spełnienie świadczenia. Strona pozwana nie spełniwszy roszczenia do 8 kwietnia 2017 r. pozostawała w opóźnieniu od dnia następnego. Tym samym, Sąd zasądził odsetki ustawowe za

opóźnienie od dnia następnego tj. od dnia 9 kwietnia 2017 r. W pozostałym zakresie, powództwo o odsetki za okres wcześniejszy podlegało oddaleniu.

Podstawę prawną orzeczenia o kosztach procesu stanowi art. 100 k.p.c., statuujący zasadę stosunkowego rozdzielenia kosztów.

Powód ostał się ze swoim roszczeniem w 76,5 % i w takim stosunku Sąd rozliczył koszty procesu.

Koszty poniesione przez powoda wyniosły 7.617 zł (częściowa opłata od pozwu – 500 zł; zaliczki na wynagrodzenie biegłych 1 700 zł; opłata skarbową od pełnomocnictwa – 17 zł; koszty zastępstwa procesowego – 5 400 zł).

Koszty poniesione przez stronę pozwaną wyniosły 5.400 zł (koszty zastępstwa procesowego, brak dowodu uiszczenia opłaty od pełnomocnictwa). Po wzajemnym potrąceniu należności, Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4.045 zł wraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia uprawomocnienia się orzeczenia do dnia zapłaty (zgodnie z art. 98 § 1¹ k.p.c.).

Nieuiszczone koszty sądowe wyniosły 12.470,66 zł (zaliczki na wynagrodzenie biegłych - 4 470,66 zł, nieuiszczona opłata od pozwu – 8 000 zł).

Sąd dokonał ich rozliczenia zgodnie z art. 113 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U.2010.90.594 j.t. ze zm.), stosując przyjętą zasadę rozliczenia kosztów procesu (art. 100 k.p.c.).

Pozwany (...) Spółka Akcyjna w W. został obciążony obowiązkiem zwrotu na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Łodzi kwoty 9.540 zł (odpowiadającej 76,5 % nieuiszczonych kosztów).

Wobec powoda Sąd odstąpił od obciążania kosztami sądowymi na podstawie na podstawie art. 113 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w z. z art. 102 k.p.c.

Sąd miał na uwadze w tym zakresie sytuacją majątkową pozwanego, który od wielu lat osiąga niewielkie dochody i zмага się z problemami zdrowotnymi, pobytami w szpitalu. Za takim rozstrzygnięciem przemawia również fakt, że powództwo w niniejszej sprawie okazało się zasadne w przeważającej części, a sposób sformułowania roszczenia był wynikiem subiektywnych odczuć poszkodowanego. Natomiast skutki błędu lekarskiego wykazane w tym postępowaniu rzutują na zdrowie i przyszły komfort życia powoda.

ZARZĄDZENIE

Odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełn. pozwanego.