

Sygn. akt I C 245/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 grudnia 2019 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi, I Wydział Cywilny, w składzie:

Przewodniczący: S.S.R. Bartosz Kasielski

Protokolant: stażysta Paweł Kozera

po rozpoznaniu w dniu 17 grudnia 2019 roku w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa K. G.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę

1. zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz K. G. kwotę 4.000 zł (cztery tysiące złotych) tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 3 lutego 2018 roku do dnia zapłaty;
2. zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz K. G. kwotę 990 zł (dziewięćset dziewięćdziesiąt złotych) tytułem odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od kwot :
 - a) 100 zł (sto złotych) od dnia 21 maja 2018 roku do dnia zapłaty;
 - b) 890 zł (osiemset dziewięćdziesiąt złotych) od dnia 4 października 2019 roku do dnia zapłaty;
3. zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz K. G. kwotę 3.000 zł (trzy tysiące złotych) tytułem zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 3 listopada 2019 roku do dnia zapłaty;
4. oddala powództwo w pozostałej części;
5. zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz K. G. kwotę 506,38 zł (pięćset sześć złotych 38/100) tytułem kosztów procesu;
6. nakazuje pobrać od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz Skarbu Państwa Sądu Rejonowego dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi kwotę 2.300,01 zł (dwa tysiące trzysta złotych 1/100) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych;
7. nie obciąża K. G. obowiązkiem zwrotu na rzecz Skarbu Państwa Sądu Rejonowego dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi nieuiszczonych kosztów sądowych.

Sygn. akt I C 245/18

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 27 marca 2018 roku K. G. wystąpiła przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. o zapłatę kwot : 600 złotych tytułem odszkodowania oraz 9.500 złotych tytułem zadośćuczynienia, obie wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 17 stycznia 2018 roku do dnia zapłaty w związku z faktem zakażenia powódki bakterią gronkowca

w trakcie hospitalizacji na terenie Wojewódzkiego (...) w Ł. Ośrodka (...) w Ł.. Jednocześnie wniosła o ustalenie odpowiedzialności na przyszłość za negatywne skutki zakażenia bakterią gronkowca, a nadto o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

(pozew k.4 – 9)

Postanowieniem z dnia 11 kwietnia 2018 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi zwolnił K. G. od kosztów sądowych w całości.

(postanowienie z dnia 11 kwietnia 2018 roku k.171)

W odpowiedzi na pozew z dnia 8 maja 2018 roku (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Nie kwestionując faktu udzielenie ochrony ubezpieczeniowej jednostce służby zdrowia, w której powódka była hospitalizowana, wskazał, że nie zostały wykazane przesłanki odpowiedzialności deliktowej szpitala, co czyni sformułowane roszczenia bezzasadnymi.

(odpowiedź na pozew k.173 – 175)

Pismem procesowym z dnia 6 września 2019 roku K. G. dokonała przedmiotowej modyfikacji powództwa wnosząc o zapłatę na jej rzecz kwot : 9.500 złotych tytułem zadośćuczynienia, 3.000 złotych tytułem zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta, a także 1.490 złotych tytułem odszkodowania wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie szczegółowo opisanych w treści petitum pisma procesowego.

(pismo procesowe K. G. z dnia 6 września 2019 roku k.307 – 308)

W toku rozprawy z dnia 17 grudnia 2019 roku K. G. oświadczyła, że skonkretyzowane roszczenie w zakresie żądania zadośćuczynienia z tytułu naruszenia jej praw jako pacjenta została po raz pierwszy sformułowane w piśmie procesowym z dnia 6 września 2019 roku.

(protokół rozprawy z dnia 17 grudnia 2019 roku k.330)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny :

W okresie od dnia 20 marca 2015 roku do dnia 31 marca 2015 roku K. G. była hospitalizowana w Wojewódzkim (...) w Ł. Ośrodku (...) w Ł. w związku z planowanym zabiegiem porodu w drodze cesarskiego cięcia, który miał miejsce w dniu 28 marca 2015 roku. Po przyjęciu do placówki medycznej wykonane zostały wymazy, które wykluczyły nosicielstwo gronkowca przez pacjentkę.

Tuż po operacji rana pozostawała zaczerwieniona i szczypała. W dniach 29 i 30 marca 2015 roku odnotowano gorączkowania pacjentki, których przyczyna nie została wyjaśniona. Ostatecznie została ona wypisana do domu w dniu 31 marca 2015 roku w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami dalszej kontroli poporodowej.

W ciągu 2 dni od powrotu do domu rana zaczęła się pogarszać. W końcu otworzyła się, a z jej wnętrza sączyły się różne płyny. K. G. odczuwała przy tym kłucie, szczypanie i ogólne dolegliwości.

W dniu 3 kwietnia 2015 roku zgłosiła się do szpitala im. M. z uwagi na pojawienie się w obrębie rany treści surowiczej w prawym biegunie rany pooperacyjnej. Przeprowadzono diagnostykę, zmianę opatrunków oraz ambulatoryjne płukanie rany. Stwierdzono również gorączkę, zaczerwienienie rany, bolesność na całej długości o wzmożonym uciepleniu, a także rozejście rany na długości około 1 cm. Zalecono stosowanie antybiotyku. Wykonany posiew z wydzieliny ropnej potwierdził obecność gronkowca naskórnego metycylinoopornego. W kolejnych dniach tj. 4

kwietnia, 20 kwietnia, 22 kwietnia oraz 27 kwietnia 2015 roku K. G. zgłaszała się do szpitala im. M. celem diagnostyki i kontroli gojenia rany. Każdorazowo odmawiała hospitalizacji.

Z uwagi na brak uzyskania poprawy stanu rany wdrożono terapię polegającą na opatrunkach ze srebrem. Po miesięcznym ich stosowaniu rana, pomimo bolesności, stawała się mniej zaczerwieniona. Po jej zasklepieniu była jedynie wietrzona i dezynfekowana. Na przełomie czerwca i lipca uległa całkowitemu wygojeniu.

(dowód z przesłuchania K. G. k.191 – 193 w zw. z k. 330, dokumentacja medyczna k.23 – 170)

Przed hospitalizacją w szpitalu im. M. K. G. nie miała problemów z innymi ranami oraz procesem gojenia. Nie miała styczności w szpitalu z osobami po operacji. W przeszłości nie była poddawana zabiegom operacyjnym. Proces gojenia była dla niej niezwykle bolesny poza ostatnim miesiącem przed zasklepieniem rany. W okresie tym kobieta stosowała czopki przeciwbólowe, antybiotyk, opatrunki ze srebrem, octanisept, wodę utlenioną, sól fizjologiczną, plastry oraz środki przeciwbólowe, których łącznych koszt mógł objąć kwotę rzędu 500 złotych.

K. G. pozostawała ograniczona w wykonywaniu czynności życia codziennego, również w opiece nad swym nowonarodzonym dzieckiem, którego nie mogła podnosić z uwagi ból, kąpać i pielęgnować. Miała problemy z podniesieniem prawej nogi, czy wstaniem z łóżka. Dolegliwości bólowe towarzyszyły jej nawet przy kichnięciu. Niezbędną pomoc w zakresie samoobsługi uzyskiwała od swojej matki. Kobieta pozostawała w obawie co do normalnego funkcjonowania w przeszłości i samych konsekwencji zarażenia. Do chwili obecnej posiada bliznę w miejscu rany, która pobolewa (przy podnoszeniu cięższych przedmiotów) i czasem ciągnie. Stwarza również poczucie skrępowania np. na basenie. Proces leczenia wpłynął również negatywnie na odczucia związane z okresem macierzyństwa, w trakcie którego zamiast czerpać radość z opieki nad dzieckiem martwiła się przede wszystkim o swój stan zdrowia.

K. G. nie była informowana przed przyjęciem do szpitala o ryzyku zakażenia gronkowcem. Gdyby miała wiedzę o ilości stwierdzonych przypadków zakażenia bakterią gronkowca nie zdecydowałaby się na poród w drodze cesarskiego cięcia w tym szpitalu. Obecnie nie ma zaufania do organów służby zdrowia. Towarzyszy jej rozczarowanie i złość na sposób traktowania pacjentów.

(dowód z przesłuchania K. G. k.191 – 193 w zw. z k.330)

Gronkowiec jest jednym z najczęściej izolowanych drobnoustrojów, zarówno w przypadku zakażeń szpitalnych, jak i poza szpitalnych. Około połowa spośród wszystkich znanych gatunków kolonizuje człowieka. Szczepy należące do różnych gatunków z rodzaju *S.* izolowane są z różną częstością ze skóry oraz wszystkich błon śluzowych ludzi zdrowych, których około 30 % jest nosicielami tego drobnoustroju. Do obszarów najczęściej kolonizowanych należą nozdrza przednie oraz inne owłosione lub wilgotne części ciała, ale także np. włosy i skóra głowy. W zależności od lekowrażliwości szczepy gronkowca dzieli się na metycylionowrażliwe – (...) i metycylinooporne – (...). Do czynników zwiększających ryzyko kolonizacji i zakażenia przez (...) należą – poważna choroba podstawowa, zakażenia np. układu oddechowego rany np. oparzeniowe, długotrwała hospitalizacja, podawanie leków drogą dożylną, zabiegi operacyjne, wcześniejsze leczenie preparatami przeciwbakteryjnymi, kontakt z nosicielami lub osobami zakażonymi oraz niezwykle rzadko droga powietrzna.

Dla sprawowania nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi, w tym zakażeniami gronkowcowymi konieczna jest wiedza na temat prawidłowego rozpoznawania, zapobiegania i leczenia przypadków zakażeń gronkowcowych. Konieczne jest prowadzenie nadzoru i stosowanie środków zapobiegawczych jak właściwe mycie rąk personelu, izolacja osób zakażonych, bariery zapobiegające bezpośredniemu zetknięciu się z patogenem – rękawiczki i fartuchy. Należy również wdrażać postępowania minimalizujące szansę zakażenia u chorych z czynnikami ryzyka, a także szkolić właściwie pracowników ochrony zdrowia uświadamiając im istniejące zagrożenie.

W przypadku K. G. możliwe są dwa scenariusze zakażenia rany pooperacyjnej.

Jedna, zgodnie z którą do zakażenia rany doszło już w warunkach domowych, za czym przemawiać może wyhodowanie bakterii gronkowca naskórkowego metycyloopornego, który jest naturalną, endogenną bakterią bytującą na skórze zdrowych ludzi, w odróżnieniu od zakażeń szpitalnych wywołanych tą bakterią, które wiążą się przede wszystkim z zabiegami wszczepienia ciał obcych np. protez, lub sprzętu polimerowego. Rozwój miejscowego zakażenia rany własną florą bakteryjną mogła umożliwić choroba autoimmunologiczna pacjentki i przyjmowane przez nią w sposób stały sterydy, co osłabia układ immunologiczny i toruje drogę infekcji. Za tą wersją może przemawiać także adnotacja w dniu wypisu ze szpitala, zgodnie z którą jej stan był dobry, nie gorączkowała, a rana goiła się przez rychłozrost. Również obserwacje pielęgniarstwa nie wskazywały na wystąpienie zakażenia rany, a K. G. zgłosiła się ponownie do szpitala po upływie 3 dni.

Druga wersja zakłada zakażenie rany najprawdopodobniej własną bakterią powódki jeszcze w trakcie jej hospitalizacji, przy czym rozwojowi miejscowego zakażenia sprzyjały choroba autoimmunologiczna pacjentki i przyjmowane przez nią sterydy. Za tą wersją zdarzeń przemawiać może wystąpienie stanów podgorączkowych w dniu 30 marca 2015 roku, której przyczyna nie została wyjaśniona.

Brak jest danych dotyczących nosicielstwa bakterii gronkowca przed przyjęciem pacjentki do szpitala (wymazy z pępka oraz pochwy z dnia 21 marca 2015 roku – k.47 – 48). Nie można pominąć objawów występujących u K. G. oraz czasu ich ujawnienia. Brak jest zestawienia zbiorczego i podsumowania kolejnych zakażeń szpitalnych i ilości oraz rodzaju wywołujących je bakterii. W samym 2015 roku odnotowano jednak 154 zakażeń szpitalnych, w tym 47 % dotyczących miejsca operowanego, z czego 35 przypadków spowodowane było zakażeniem gronkowcem, co stanowiło 49 % wszystkich czynników etiologicznych powodujących zakażenie miejsca operowanego, z czego tylko w 6 przypadkach (17 %), były to zakażenia inne niż gronkowiec naskórkowy, który występował w aż 83 % tego rodzaju zakażeń. Brak jest wykazu szkoleń z podpisami personelu, przeprowadzonych przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych, procedur i instrukcji obowiązujących w szpitalu i podpisów personelu o zapoznaniu się z nimi, czy też procedur profilaktyki antybiotykowej. W dostępnej dokumentacji znajduje się wyłącznie jednorazowe badanie czystościowe rąk personelu bez doprecyzowania oddziały, czy personelu (lekarski, pielęgniarstwa, pomocniczy), jak również jednorazowe wyhodowanie z rany łóżka gronkowca naskórkowego bez dokonania wymazu kontrolnego. Nadto z protokołu kontroli Sanepidu z dnia 16 kwietnia 2015 roku wynikają konkluzje o uchybieniach naruszających przepisy ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych, bez informacji o skorygowaniu tych nieprawidłowości w przyszłości.

Powyższe okoliczności wskazują, że szpital tylko częściowo i fragmentarycznie przedstawił działanie ustawowego systemu zapobiegania zakażeniom szpitalnym. Jednocześnie ujawniony został istotny problem mikrobiologiczny, którym były zakażenia szpitalne spowodowane tą samą bakterią, która była powodem stanu zapalnego rany u K. G. – gronkowcem naskórkowym (...) lub tym samym gronkowcem z dodatkowym mechanizmem oporności na antybiotyki – (...). Tym samym bardziej prawdopodobną pozostaje wersja zdarzeń związana z zakażeniem pacjentki w trakcie hospitalizacji.

Na skutek zakażenia bakterią gronkowca nie doszło u K. G. do trwałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, tym bardziej, że rana zagoiła się na przełomie czerwca i lipca 2015 roku (około 3 miesiące po zabiegu).

Rozmiar cierpień fizycznych był znaczny i trwał około 3 miesiące.

W procesie leczenia K. G. zmuszona była do ponoszenia wydatków związanych z zakupem leków, opatrunków, czy antybiotyków, których łączny wymiar nie jest możliwy do oszacowania z uwagi na brak stosownej dokumentacji lub wycień.

K. G. pozostawała ograniczona w czynnościach życia codziennego tj. gotowaniu, sprzątaniu, zrobieniu zakupów przez okres 1 miesiąca, w którym musiała korzystać z pomocy osób trzecich w wymiarze 3 godzin dziennie.

Rokowania odnośnie stanu zdrowia K. G. na przyszłość są pomyślne.

(opinie pisemna i uzupełniające pisemne biegłego z zakresu chorób zakaźnych k.197 – 201, 268 – 272, 292 – 294)

K. G. zgłosiła szkodę (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. w dniu 3 stycznia 2018 roku.

Decyzją z dnia 18 stycznia 2018 roku ubezpieczyciel odmówił wypłaty jakichkolwiek świadczeń wskazując na brak podstaw odpowiedzialności ubezpieczonego szpitala.

(decyzja k.21 – 22)

W okresie hospitalizacji K. G. Wojewódzki (...) w Ł. Ośrodek (...) w Ł. korzystał z ochrony ubezpieczeniowej w zakresie odpowiedzialności cywilnej ze strony (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W..

(okoliczność bezsporna)

W okresie od lipca 2013 roku stawka pełnej odpłatności jednej roboczogodziny za usługi opiekuńcze według (...) Komitetu Pomocy (...) wynosiła 11 złotych za godzinę.

(pismo (...) Komitetu Pomocy (...) k.313)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie całokształtu zebranego materiału dowodowego, w szczególności depozycji powódki, załączonych dokumentów, w tym historii leczenia a także niekwestionowanej ostatecznie przez żadną ze stron opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych.

Złożona ekspertyza była spójna, logiczna i wyczerpująco odpowiadała na zakresloną tezę dowodową. W ramach jej uzupełnień ekspert w sposób rzeczowy i szczegółowy odniósł się do sformułowanych przez strony zarzutów poprzez odwołanie do posiadanej wiedzy z zakresu medycyny. Przy braku dalszych zastrzeżeń, a także uwzględniając doświadczenie zawodowe i wiedzę z zakresu powierzonej dziedziny, jak również długoletnie sporządzanie opinii na potrzeby postępowań sądowych o zbliżonej tematyce nie ujawniły się żadne okoliczności, które deprecjonowałyby jej wartość dowodową. Z tych względów oddaleniu podlegał wniosek powódki o wydanie kolejnej opinii uzupełniającej, której przedmiotem pozostawać miały okoliczności dostatecznie wyjaśnione dla potrzeb rozstrzygnięcia w uprzednich opracowaniach eksperta.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje.

Powództwo podlegało uwzględnieniu jedynie w części.

Podstawa materialno prawna zgłoszonych żądań opierała się na treści art. 822 § 4 k.c. w zw. z art. 430 k.c. Bezspornym pozostaje fakt, że szpital, w którym powódka poddana była hospitalizacji korzystał w tym okresie z ochrony ubezpieczeniowej udzielonej przez pozwanego zakład ubezpieczeń. W konsekwencji K. G. mogła sformułować swe roszczenia bezpośrednio wobec ubezpieczyciela (art. 822 § 4 k.c.). Niemniej jednak obowiązek spełnienia świadczenia przez pozwanego winien zostać poprzedzony ustaleniem odpowiedzialności ubezpieczonego tj. szpitala za negatywne skutki udzielonych świadczeń zdrowotnych. Ta kwestia powinna być zaś oceniona na gruncie art. 430 k.c., zgodnie z którym 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. Poza sporem pozostaje fakt, że przytoczona norma statuuje ogólne ramy odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. Zatem przyjęcie odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej (obecnie podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej- t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638) na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 roku, IV CSK 308/10, OSNC z 2011 r., nr 10, poz. 116). Wina podwładnego jest przesłanką odpowiedzialności na gruncie art. 430 k.c., przy czym ustawa nie uzależnia tej odpowiedzialności od konkretnego stopnia winy lub jej

przypisania poszczególnym członkom personelu pozwanego (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 roku, I ACa 377/06, Lex, wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 4 marca 2009 roku, I ACa 12/09, Lex, wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 marca 2013 roku, I ACa 852/12, Lex).

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu, którego zaistnienie wymaga spełnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego. Ś. biorąc, błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza (personelu medycznego) wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dostępnym dla lekarza. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo, w tym możliwość przewidywania skutków określonych działań lub zaniechań (M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej, Warszawa 2004, s. 29 i n., orzeczenie Sądu Najwyższego z 1 kwietnia 1955 roku, IV CR 39/54, OSNCK 1/1957, poz. 7, M. Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2010, s. 94, 206-207). Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności ocenianej pod kątem określonego standardu postępowania przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza (wyroki Sądu Najwyższego : z dnia 10 lutego 2010 roku, V CSK 287/09, OSP 2012/10/95, z dnia 18 stycznia 2013 roku, IV CSK 431/12, Lex nr 1275006).

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, a także tzw. niepowodzenie medyczne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, Lex nr 1275006).

Do błędów w sztuce lekarskiej w zaprezentowanym rozumieniu praktyka zalicza również tzw. zakażenia szpitalne, a zatem wprowadzenie do organizmu pacjenta na ogół chorobotwórczych drobnoustrojów przy lub w związku z wykonywaniem czynności medycznych przez podmiot leczniczy. W tym zakresie, oprócz prawidłowości samych czynności medycznych badane jest zachowanie standardów higieny i stan sanitarny jednostki, z działalnością której wiązane są roszczenia odszkodowawcze. Dla ustalenia odpowiedzialności za powstałe szkody wystarcza odpowiednio wysoki stopień prawdopodobieństwa zakażenia w okolicznościach danej sprawy. Ścisłe udowodnienie faktu zakażenia w określonym miejscu i czasie jest bowiem często niemożliwe z uwagi na trudno uchwytny charakter zachodzących procesów biologicznych (por. W. Robaczyński, Zakażenia szpitalne – odpowiedzialność cywilna, Komentarz Praktyczny ABC nr 72594 i prezentowana tam analiza stanowiska orzecznictwa, a zwłaszcza wyroku Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 1998 roku, III CKN 4/98, Prawo i Medycyna z 1999 r., nr 3, s. 135, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 października 2007 roku, II CSK 285/07, Lex nr 490418).

Zgodnie z art. 2 pkt 33 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 947 ze zm.), zakażenie szpitalne do zakażenia, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania, albo wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania.

W sprawach dotyczących zakażeń szpitalnych możliwe i uzasadnione jest przyjęcie niedbalstwa placówki służby zdrowia w drodze domniemania faktycznego, przy braku dowodu przeciwnego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2007 roku, III CSK 429/06, PiM2010/2/135). W jednostkach służby zdrowia z reguły bowiem zachodzi wzmoczone narażenie na infekcje i ryzyko ich wystąpienia, i to pomimo odpowiedniego wykonywania zabiegów sterylizacji sprzętu, czy dezynfekcji i dekontaminacji pomieszczeń. Niemniej jednak w każdym wypadku należy wziąć pod uwagę także pozaszpitalne czynniki umożliwiające nastąpienie zakażeń, takie jak np. uprzednie nosicielstwo drobnoustroju u pacjenta, bądź członków jego najbliższej rodziny, czy też właściwości genetyczne.

Przenosząc powyższe na płaszczyznę przedmiotowej sprawy należało uznać, że zgromadzony materiał dowodowy, w szczególności zaś dokumentacja medyczna oraz ekspertyza z zakresu chorób zakaźnych, pozwala na przyjęcie

konkluzji o zakażeniu powódki bakterią gronkowca naskórkowego metycyloopornego podczas hospitalizacji w szpitalu im. M.. Spośród dwóch prawdopodobnych wersji przedstawionych szczegółowo przez biegłego należało skłonić się do tezy o szpitalnym zakażeniu K. G., za czym przemawiają ustalone fakty. Przede wszystkim przeprowadzone w pierwszych dniach hospitalizacji badania diagnostyczne, w tym wymazy, nie potwierdziły nosicielstwa przez kobietę drobnoustroju gronkowca naskórkowego. Co więcej, pierwsze symptomy związane z raną pooperacyjną ujawnił się jeszcze w trakcie pobytu w szpitalu, gdy już po wykonanym zabiegu powódka odczuwała bolesność rany, widoczne jej zaczerwienie, a przy tym gorączkowała, czego w żaden sposób nie wyjaśniono (przyczyna podwyższonej temperatury). Jednocześnie w ciągu dwóch dni od opuszczenia placówki medycznej rana uległa otwarciu, a z jej wnętrza zaczęły się sączyć płyny. Przeprowadzony zaś w dniu 3 kwietnia 2015 roku wymaz (6 dni po zabiegu cesarskiego cięcia i 2 dni po otwarciu rany) potwierdził obecność bakterii gronkowca. Połączenie tych okoliczności z faktami znacznej ilości zakażeń w tożsamej placówce służby zdrowia w 2015 roku, negatywnymi wskazaniami jednostki Sanepidu odnośnie zachowania warunków sanitarnych (bez potwierdzenia wdrożenia działań naprawczych), a także brakiem przedłożenia dokumentacji świadczącej o należyтым wdrożeniu procedur zapobiegających zakażeniom skutkowałam przyjęciem domniemania faktycznego przesądającego winę szpitala w doprowadzeniu powódki do zakażenia gronkowcem w trakcie prowadzonej hospitalizacji. Sąd nie stracił z pola widzenia wskazań biegłej odnośnie zwiększonej podatności K. G. na tego rodzaju zakażenie (choroba autoimmunologiczna oraz stale przyjmowane sterydy), przy czym okoliczności te nie mogą same w sobie prowadzić do ekskulpacji jednostki służby zdrowia. Wręcz przeciwnie, należy przyjąć, że prawidłowo przeprowadzony wywiad lekarski, powinien skutkować uznaniem pacjentki za podlegającą zwiększonemu ryzyku i podatności na potencjalne zakażenie, a przez to objęciem wzmożoną opieką celem wyeliminowania możliwości zainfekowania drobnoustrojem. Nie zmienia tego obrazu rzeczy również ewentualna możliwość nosicielstwa bakterii przez samego pacjenta. Jak bowiem wyjaśnił ekspert z zakresu chorób zakaźnych gronkowiec naskórkowy metycylooporny stanowi naturalną, endogenną bakterię bytującą na skórze zdrowych ludzi, jednakże możliwość miejscowego zakażenia własną florą bakteryjną winna być bezwzględnie eliminowana m.in. poprzez żelazną konsekwencję w minimalizowaniu szans zakażenia u chorych z czynnikami ryzyka, a także właściwe szkolenia personelu służby zdrowia, w tym uświadamiania im istniejącego zagrożenia. Poczynione ustalenia faktyczne nie wskazały, aby w tej mierze jednostka służby zdrowia dochowała wymaganej od niej należytej staranności.

Powyższe konkluzje, przesądzające o zasadzie odpowiedzialności objętego ubezpieczeniem szpitala, skutkowałam koniecznością analizy sformułowanych roszczeń pod względem ich wysokości.

W zakresie żądania zadośćuczynienia jego podstawa materialno – prawna znajduje swoje źródło w art. 445 § 1 k.c. Ustawowa regulacja nie określa kryteriów ustalania jego wysokości, nie mniej jednak ma ono charakter całościowy i powinno stanowić pełną rekompensatę pieniężną za doznaną przez osobę poszkodowaną krzywdę (por. orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 10 października 1967 r., I CR 224/67, OSNC 1968/6/107 oraz z dnia 12 kwietnia 1972 r., II CR 57/72, OSNC 1972/10/183). Określając wysokość zadośćuczynienia sąd powinien brać pod uwagę wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej przez powoda krzywdy, a zwłaszcza zakres i trwałość uszczerbku na zdrowiu, stopień i czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych, prognozę na przyszłość (polepszenie lub pogorszenie stanu zdrowia) oraz wpływ doznanej szkody na możliwość prowadzenia dotychczasowego trybu życia.

Pomimo fakultatywnego charakteru zadośćuczynienia, okoliczności konkretnej sprawy uzasadniają, w ocenie sądu, przyznanie go powódce. Należy tu podkreślić, iż ustalając wysokość zadośćuczynienia, sąd w żaden sposób nie jest związany procentowym uszczerbkiem na zdrowiu ustalonym przez biegłych lekarzy. Ta okoliczność ma jedynie dać pewną wskazówkę co do wielkości zadośćuczynienia, lecz w żaden sposób jej nie przesądza. Ustalając wysokość zadośćuczynienia sąd uwzględnił sam fakt szpitalnego zakażenia bakterią gronkowca, intensywność doznanych cierpień fizycznych, konieczność wdrożenia procesu leczenia, niezbędną wyрекę ze strony osób trzecich, ujemne doznania towarzyszące samemu zakażeniu oraz wpływ procesu leczenia na pierwsze miesiące okresu macierzyństwa. Z drugiej strony nie można było stracić z pola widzenia braku wywołania zakażeniem jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu (trwały lub długotrwały), stosunkowo krótkiego okresu niezbędnej pomocy ze strony osób trzecich (1 miesiąc), pozytywnie zakończonego procesu leczenia (już na przełomie czerwca i lipca), okresu intensywnego odczuwania

dolegliwości bólowych (według twierdzeń powódki około 2 miesiące, albowiem w ostatnim miesiącu przez wygojeniem jej stan się poprawił), czy też dobrych rokowań odnośnie stanu zdrowia na przyszłość.

W świetle powyższych okoliczności Sąd uznał, że odpowiednim dla powódki zadośćuczynieniem będzie kwota 4.000 złotych, która uwzględnia jego kompensacyjny charakter, przedstawiając ekonomicznie odczuwalną wartość i nie jest nadmierne w stosunku do aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa. W pozostałym zakresie powództwo podlegało oddaleniu.

Żądanie zasądzenie odszkodowania znajduje swą podstawę w art. 444 § 1 k.c. zgodnie z którym w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. W rozpoznawanej sprawie należało rozstrzygnąć kwestię rozmiaru szkody w postaci zwiększonych potrzeb powódki obejmujących powstałe koszty opieki innych osób oraz leczenia.

K. G. wymagała okresowo opieki innych osób w czynnościach życia codziennego, zatem roszczenie w tym zakresie jest zasadne. Sąd obliczył wysokość odszkodowania z uwzględnieniem podanej przez eksperta liczby dni i godzin, przez które powódka wymagała opieki osób trzecich oraz miarodajnej stawki stosowanej przez (...) Komitet Pomocy (...) wynoszącej 11 złotych za jedną godzinę opieki (30 dni x 3 h dziennie = 90 godzin), co prowadziło do przyznania świadczenia w wysokości 990 złotych (90 h x 11 zł = 990 złotych).

Żądanie zwrotu kosztów leczenia pozostawało nieudowodnione i jako takie nie zasługiwało na uwzględnienie. Stosownie do obowiązującej w polskim modelu postępowania cywilnego zasady ciężaru dowodu (art. 6 k.c. – onus probandi) każda ze stron winna wykazać fakty, z których wywodzi dla siebie korzystne skutki prawne. W tym kontekście to powódka winna przedstawić okoliczności pozwalające na chociażby szacunkowe określenie kosztów związanych z procesem leczenia, czego ostatecznie nie uczyniła. Sąd nie kwestionuje faktu stosowania przez K. G. antybiotyku, leków przeciwbólowych, opatrunków ze srebrem, plastrów, środków dezynfekujących, czy też soli fizjologicznej, jednakże samo stwierdzenie powódki, że koszty z tym związane mogły wynieść około 500 złotych pozostawało daleko niewystarczające. Pomijając sam brak przedłożenia stosownych paragonów i faktur, nie sprecyzowano bliżej rodzaju (nazwy) większości środków, ich rozmiaru (plastry, opatrunki, środki przeciwbólowe), czy objętości (sól fizjologiczna, octanisept, woda utleniona), a także przybliżonej ceny oraz okresu, w jakim dany środek był wykorzystany, co rodziło konieczność zakupu kolejnego produktu. Należy uznać, że nie istniała jakakolwiek obiektywna przeszkoda w złożeniu do akt sprawy listy tych środków z wyraźnym zaznaczeniem okresu stosowania, a nawet przybliżonej ceny poprzez odwołanie się do ogólnie dostępnych informacji publikowanych w internecie przez sieci najpopularniejszych aptek. To zaś otwierałoby drogę do zastosowania w realiach niniejszej sprawy art. 322 k.p.c. i przybliżonego określenia poniesionych kosztów według własnej oceny opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy. Należy podkreślić, że kwestia ta była przedmiotem jednej z tez dowodowych dla biegłej z zakresu chorób zakaźnych, przy czym nawet ekspert nie była w stanie oszacować tych kosztów. Co więcej, nie wydaje się uzasadnionym z punktu widzenia kontradiktoryjności procesu cywilnego, aby Sąd we własnym zakresie miał z urzędu ustalać średnią cenę poszczególnych środków na rok 2015 (odwołanie do dostępnej w sieci internetowej oferty), przybliżone ich zużycie, a tym samym łączny wymiar poniesionej szkody (bez wyraźnych wskazań w ramach prowadzonego postępowania dowodowego), co stanowiłoby nieuprawnione wyręczenie jednej ze stron procesu w przysługującej jej inicjatywie dowodowej oraz obowiązku wykazywania faktów. W konsekwencji żądanie zwrotu kosztów leczenia jako nieudowodnione w zakresie wysokości podlegało oddaleniu.

Zasadnym pozostawało roszczenie K. G. o zapłatę stosowego zadośćuczynienia na gruncie przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (w dalszej części u.p.p.), które opierało się na zarzucie braku udzielenia świadczeń zdrowotnych z należytą starannością w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym, a w konsekwencji prowadziło do naruszenia jej praw jako pacjenta.

W myśl art. 4 ust. 1 u.p.p. w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu

cywilnego. Zgodnie z prezentowanym stanowiskiem doktryny i judykatury celem regulacji art. 4 ust. 1 u.p.p. nie jest osłabienie ochrony pacjenta poprzez wskazanie tych naruszeń dóbr, w przypadku których uzasadnione jest roszczenie o zadośćuczynienie. Z tego względu należy opowiedzieć się za istnieniem zbiegu roszczeń z art. 448 k.c. i art. 4 ust. 1 u.p.p. Znaczenie art. 4 ust. 1 u.p.p. polega na tym, że wskazuje on *expressis verbis* te naruszenia praw pacjenta, które przesądzą o naruszeniu dobra osobistego. W związku z tym pokrzywdzony nie musi udowadniać, że doszło do naruszenia prawnie chronionego dobra osobistego – wystarczy wskazać konkretne naruszenie praw pacjenta. Należy także zauważyć, że art. 4 ust. 1 u.p.p. – odmiennie niż art. 448 k.c. – wyraźnie wskazuje winę naruszającego jako podstawę żądania zadośćuczynienia (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 27 listopada 2014 roku, I ACa 745/14, Lex nr 1623928, wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 15 kwietnia 2015 roku, I ACa 816/14, Lex nr 1711377, wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 10 czerwca 2016 roku, I ACa 1767/15, Lex nr 2069290, komentarz D. K. do art. 4 u.p.p., Lex).

Zgodnie z dyspozycją art. 8 u.p.p. pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym.

Zachowanie należytej staranności jest kluczowym elementem zasad ogólnej ostrożności, których zachowania wymaga się w trakcie procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Zasady ostrożności mają na celu zapewnienie osiągnięcia pozytywnego skutku podjętych czynności medycznych i zminimalizowania ryzyka związanego z ich podjęciem. Przestrzeganie tych zasad ma stanowić dla pacjenta gwarancję, że podjęte czynności są dla niego bezpieczne. Warunki sanitarne, w których pacjent poddaje się określonym świadczeniom medycznym, nie mogą być swobodnie kształtowane przez podmioty udzielające tych świadczeń, ale wymagają bezwzględного uwzględnienia standardów określonych w odrębnych przepisach. Ta prawna reglamentacja ma zagwarantować pacjentowi poczucie bezpieczeństwa i stanowić gwarancje zachowania podstawowych zasad ostrożności. Warunki, jakie w tym zakresie ma spełniać podmiot leczniczy oraz praktyka zawodowa, określa art. 22 u.d.l. Pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą muszą odpowiadać wymaganiom co do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Chodzi tu co najmniej o spełnianie warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych. Szczegółowe wymagania określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, wydane na podstawie upoważnienia ustawowego (por. komentarz D. Karkowskiej do art. 4 u.p.p., Lex).

Mając na uwadze treść powyższych przepisów, a także zaoferowany przez strony materiał dowodowy należy stwierdzić, że w przypadku K. G. doszło do braku zapewnienia hospitalizacji w należytych warunkach sanitarnych, czego konsekwencją było zakażenie pacjentki bakterią gronkowca naskórkowego. Decydujące znaczenie w tej mierze miała załączona do akt sprawy przez szpital im. M. P. dokumentacja (k.220 – 264), która została poddana wnikliwej i krytycznej ocenie ze strony biegłego z zakresu chorób zakaźnych, a którą Sąd w niniejszym składzie w pełni podziela i akceptuje.

Ekspert sądowy wyraźnie zwrócił uwagę na brak właściwego działania ustawowego systemu zapobiegania zakażeniom w szpitalu im. M. oraz współistniejący w 2015 roku w tej jednostce służby zdrowia istotny problem mikrobiologiczny, związany z odnotowywaniem ponadprzeciętnej ilości zakażeń bakterią gronkowca naskórkowego. Wniosek tego rodzaju opierał się na treści wykazu zakażeń szpitalnych, braku wykazania (stosowną dokumentacją) podjęcia działań naprawczych i korygujących zaistniałą sytuację, braku informacji o przeprowadzeniu przez zespół zakażeń szpitalnych szkoleń dla personelu, braku potwierdzonych podpisem oświadczeń o wiedzy dotyczącej procedur przeciwepidemicznych, a także wynikającym z kontroli Sanepidu uchybieniem odnośnie spełniania wymogów sanitarnych. W tak ukształtowanych okolicznościach faktycznych trudno przyjąć, aby jedna z większych placówek medycznych na terenie miasta gwarantowała należyty stan sanitarny w ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Należy również podzielić twierdzenia powódki (k.330), zgodnie z którymi dysponując wiedzą faktyczną odnośnie warunków sanitarnych oraz rozmiaru potencjalnego ryzyka zakażenia bakterią gronkowca nie zdecydowałaby się na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w szpitalu im. M. w Ł.. Taki stan rzeczy potwierdza winę jednostki służby

zdrowia, rozumianej jako brak dochowania należytej staranności, w ustawowo gwarantowanemu każdemu pacjentowi prawu do hospitalizacji w warunkach sanitarnych zapewniających poczucie bezpieczeństwa i komfortu. Nie ujawniły się również jakiegokolwiek okoliczności prowadzące do uwolnienia szpitala od tego rodzaju odpowiedzialności, w szczególności zgromadzony materiał dowodowy nie wskazuje, aby wdrożone zostały wszelkie dostępne i możliwe według aktualnego stanu wiedzy procedury zmierzające do zminimalizowania ryzyka zakażenia pacjenta w trakcie udzielanego świadczenia medycznego.

Z powyższych względów żądanie przez K. G. kwoty 3.000 złotych tytułem naruszenia jej praw jako pacjenta było usprawiedliwione co do zasady, a przy tym nie jawiło się jako nadmiernie wygórowane w świetle charakteru naruszonego dobra oraz aktualnych stosunków majątkowych.

Powództwo podlegało natomiast oddaleniu co do żądania ustalenia odpowiedzialności pozwanej za skutki zakażenia bakterią gronkowca w przyszłości. W toku prowadzonego postępowania nie zostały bowiem wykazane żadne okoliczności, które wskazywałyby na możliwość wystąpienia innych jeszcze negatywnych skutków zdarzenia niż te, które ujawniły się do tej pory. Z punktu widzenia eksperta z zakresu chorób zakaźnych rokowania odnośnie stanu zdrowia powódki są dobre, a proces leczenia wraz z wygojeniem rany uległ zakończeniu. Należy mieć jednak na względzie, że rozstrzygnięcie to nie pozbawia powódki możliwości dochodzenia roszczeń w przyszłości w przypadku ewentualnego ujawnienia się dalszych skutków zdarzenia. Zgodnie bowiem z treścią (...) § 3 k.c. w razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem trzech lat od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia.

O odsetkach sąd orzekł na podstawie art. 481 k.c. w zw. z art. 455 k.c. W zakresie żądania zasądzenia odsetek istotne jest ustalenie momentu, w którym dłużnik opóźnił się ze spełnieniem świadczenia. Niemniej jednak stosownie do treści art. 817 § 1 k.c., ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Zgromadzony materiał dowodowy prowadził do wniosku, że poszczególne roszczenia zostały zgłoszone w następujących datach : żądanie zadośćuczynienia tytułem rozstroju zdrowia (zgłoszenie szkody zarejestrowane w dniu 3 stycznia 2018 roku), żądanie odszkodowania w związku z kosztami opieki osób trzecich (w zakresie kwoty 100 złotych zgłoszone w pozwie, doręczonym w dniu 20 kwietnia 2018 roku, w zakresie kwoty 890 złotych zgłoszonym w piśmie modyfikującym żądanie pozwu, doręczonym w dniu 3 października 2019 roku), żądanie zadośćuczynienia tytułem naruszenia praw pacjenta (zgłoszone w piśmie modyfikującym żądanie pozwu, doręczonym w dniu 3 października 2019 roku).

Uwzględniając powyższe Sąd oznaczył początkowy termin płatności odsetek w następujący sposób :

- a) od kwoty 4.000 złotych tytułem zadośćuczynienia za rozstrój zdrowia od dnia 3 lutego 2018 roku (termin 30 dniowy upływał w dniu 2 lutego 2018 roku)
- b) od kwoty 100 złotych tytułem odszkodowania tytułem kosztów pomocy osób trzecich od dnia 21 maja 2018 roku (termin 30 dniowy upływał w dniu 20 maja 2018 roku);
- c) od kwoty 890 złotych tytułem odszkodowania tytułem kosztów pomocy osób trzecich od dnia 4 października 2019 roku (dzień następujący po dacie doręczenia pisma zawierającego modyfikację powództwa);
- d) od kwoty 3.000 złotych tytułem zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta od dnia 3 listopada 2019 roku (termin 30 dniowy upływał w dniu 2 listopada 2019 roku).

Wysokość odsetek została określona na podstawie art. 481 § 2 k.c.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 zdanie 1 in fine k.p.c. zgodnie z zasadą stosunkowego rozdzielnia kosztów procesu, w myśl której strony powinny ponieść jego koszty w takim stopniu, w jakim przegrały sprawę, a zatem powódka w 43 %, zaś pozwany w 57 %. Koszty procesu wyniosły łącznie 7.234 złotych, w tym po stronie powódki w kwocie 3.617 złotych (3.600 złotych tytułem kosztów zastępstwa procesowego - § 2 pkt 5 rozporządzenia

Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz 17 złotych tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa), zaś po stronie pozwanej 3.617 złotych (3.600 złotych tytułem kosztów zastępstwa procesowego - § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz 17 złotych tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa). Powódkę, zgodnie z powyższą zasadą powinny obciążać koszty w wysokości 3.110,62 złotych (0,43 x 7.234 złotych), skoro jednak faktycznie poniosła koszty w kwocie 3.617 złotych, pozwana powinna zwrócić K. G. kwotę 506,38 złotych (3.617 złotych – 3.110,62 złotych).

W toku niniejszego postępowania wygenerowane zostały również koszty sądowe, które tymczasowo poniósł Skarb Państwa w kwocie 4.035,12 złotych, w tym 750 złotych tytułem opłaty od pozwu oraz zmodyfikowanej jego części, od której ponoszenia powódka pozostawała tymczasowo zwolniona (art. 13 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych przed nowelizacją z dnia 21 sierpnia 2019 roku – odnośnie opłaty od pozwu tj. 525 złotych oraz po nowelizacji z dnia 21 sierpnia 2019 roku – odnośnie opłaty od rozszerzonej części powództwa – 225 złotych) oraz 3.285,12 złotych tytułem wynagrodzenia biegłej z zakresu chorób zakaźnych (k.208, 277 i 300). Uwzględniając treść art. 113 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych oraz zasadę ponoszenia kosztów procesu w niniejszej sprawie Sąd nakazał pobrać od pozwanej kwotę 2.300,01 złotych (4.035,12 złotych x 0,57), zaś powódkę od tego obowiązku zwolnił poprzez odpowiednie zastosowanie art. 102 k.p.c.