

Sygn. akt I C 366/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 stycznia 2024 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie, I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSO Bożena Chłopecka

Protokolant: sekretarz sądowy Oliwia Goliszewska

po rozpoznaniu w dniu 7 grudnia 2023 r. w Warszawie

na rozprawie sprawy z powództwa C. K. (1)

przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu(...) z siedzibą w C., (...) S.A. z siedzibą w W.

o zapłatę i ustalenie

I. zasądza od Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego (...)z siedzibą w C. i (...) S.A. z siedzibą w W. in solidum na rzecz C. K. (1) 50.000,00 zł (pięćdziesiąt tysięcy złotych) tytułem zadośćuczynienia z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 9 maja 2015 r. w stosunku do (...) S.A. z siedzibą w W. i od dnia 12 maja 2015 r. w stosunku do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego(...) z siedzibą w C. do dnia zapłaty,

II. w pozostałym zakresie powództwo oddala,

III. nie obciąża powoda obowiązkiem zwrotu kosztów postępowania na rzecz pozwanych,

IV. koszty postępowania związane z wynagrodzeniem biegłych przejmuje na rachunek Skarbu Państwa.

Sygn. akt: I C 366/15

UZASADNIENIE WYROKU

z dnia 30 stycznia 2024 r.

Pozwem z 8 kwietnia 2015 r. (data wniesienia) C. K. (1) (dalej również jako: „powód”) wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanych in solidum Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego (...) z siedzibą w C. (dalej również jako: „pozwany” albo „Szpital”) oraz (...) S.A. z siedzibą w W. (dalej również jako: „pozwany” albo „Ubezpieczyciel”) następujących kwot:

- 300.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia, wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia następnego po dniu doręczenia odpisu pozwu odpowiednio każdemu z pozwanych, w tym 250.000,00 zł za krzywdę doznaną w związku z uszkodzeniem ciała i rozstrojem zdrowia oraz 50.000,00 zł za krzywdę doznaną w związku z zawinionym naruszeniem praw powoda jako pacjenta,
- 16.809,93 zł tytułem odszkodowania,

wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia następnego po dniu doręczenia odpisu pozwu odpowiednio każdemu z pozwanych.

Ponadto powód wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanych in solidum miesięcznej renty w kwocie 2.890,00 zł, począwszy od kwietnia 2015 r. - wraz z odsetkami ustawowymi w przypadku każdorazowego opóźnienia w zapłacie,

a nadto zwrócił się o ustalenie, że pozwani będą odpowiedzialni za wszelkie dalsze szkody doznane przez powoda w związku z nieudzieleniem lub nieodpowiednim udzieleniem powodowi przez pozwanego Szpitala właściwych świadczeń opieki zdrowotnej, o ile szkody takie, nieznanne na etapie wniesienia powództwa, ujawnią się w przyszłości.

C. K. (1) wniósł także o zasądzenie od pozwanych na jego rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według przedłożonego na rozprawie spisu kosztów, zaś w braku takiego spisu, według norm przepisanych, a ponadto o zwolnienie go od ponoszenia kosztów sądowych w całości.

W uzasadnieniu pozwu C. K. (1) wskazał, że doznał krzywdy w wyniku zaniedbań jakich dopuścił się personel medyczny pozwanego Szpitala podczas hospitalizacji powoda w dniach od 6 listopada do 23 grudnia 2013 r. Powód stwierdził, że w czasie pobytu w Szpitalu uległ zakażeniu bakterią *Clostridium difficile*, zaś w jego ocenie zakażenie nie zostało w porę zdiagnozowane i nie było prawidłowo leczone, a nadto zbyt późno dokonano u niego diagnozy rozerwania przepony i w związku z tym nastąpiło uszkodzenie więzadła żołądkowo – śledzionowego i usunięcie śledziony. Poza powyższym zarzucił także, że personel medyczny zbyt pobieżnie ocenił badania TK wykonane 6 i 8 listopada 2013 r., co spowodowało, że nie rozpoznano u niego wówczas i nie leczono złamania panewki prawego stawu biodrowego. C. K. (1) podniósł też, że mimo stwierzonego u niego zakażenia oraz rzekomobłoniastego zapalenia jelit, powód został umieszczony w trzyosobowej sali, razem z pacjentami niezakażonymi, zaś dopiero po interwencji córki powoda, przeniesiono go do izolatki i wdrożono reżim sanitarny. Pobyt powoda w Szpitalu wiązał się także z ogromnym cierpieniem nie tylko fizycznym, ze względu na wadliwe postępowanie medyczne, ale też psychicznym – powód cierpiał na stany depresyjne.

W ocenie powoda doszło do naruszenia jego praw, jako pacjenta, do świadczeń medycznych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej. C. K. (1) podniósł, iż przebieg hospitalizacji spowodował, że nie wierzy już on w skuteczność leczenia i boi się go, a każdy kontakt z placówkami w postaci szpitali jest dla niego bardzo trudnym przeżyciem. U powoda miało też dojść do pogłębienia się wrażliwości i skłonności reagowania płaczem na sytuacje i informacje, które obiektywnie wydają się nie nieść ze sobą aż tak dużego ładunku emocji.

C. K. (1) dodał także, że jego tryb życia całkowicie się zmienił. Wcześniej miał żywe usposobienie, był zawsze aktywny i samodzielny, jeździł na rowerze, dużo chodził, wykonywał wszelkie prace domowe, zawsze był towarzyski, zaś po wypadku komunikacyjnym wskutek którego 6 listopada 2013 r. trafił do pozwanego Szpitala, zmuszony był zrezygnować ze wszystkich dotychczasowych aktywności, przez większość dnia pozostaje w łóżku, w związku z czym jest beczynny i czuje się bezużyteczny.

Poza tym powód wskazał, że w wyniku wadliwej hospitalizacji poniósł koszty leczenia i związane z tym koszty pośrednie w łącznej kwocie 16.809,93 zł.

Ponadto C. K. (1) podniósł, iż w niniejszym postępowaniu dochodzi od pozwanych wspomnianej wyżej miesięcznej renty związanej z jego zwiększonymi potrzebami tj.: koniecznością leczenia, potrzebami w zakresie rehabilitacji oraz w związku z koniecznością sprawowania nad jego osobą opieki.

Jako podstawy prawne jego żądań powód wskazywał art. 448 k.c. w zw. z art. 445 §1 k.c. co do zadośćuczynienia, art. 444 §1 k.c. co do odszkodowania, art. 444 §2 k.c. w zakresie żądania renty związanej ze zwiększonymi potrzebami oraz art. 442¹ §3 k.c. w zakresie ustalenia odpowiedzialności za szkody mogące powstać w przyszłości (pozew – k. 2-30).

Postanowieniem Referendarza Sądowego w Sądzie Okręgowym w Warszawie z 24 kwietnia 2015 r., powód został zwolniony od kosztów sądowych w całości (postanowienie – k. 526).

W złożonej 29 maja 2015 r. odpowiedzi na pozew, (...) S.A. w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości, a także o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz kwoty 17 złotych tytułem zwrotu opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Pozwany zakwestionował roszczenia powoda zarówno co do zasady, jak i co do wysokości. W pierwszej kolejności ubezpieczyciel wskazał, że żądanie powoda nie stało się jeszcze wymagalne stosownie do art. 817 § 1 k.c. Nadto podniósł, że w oparciu o umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartą między (...) S.A., a pozwanym Szpitalem, górna granica odpowiedzialności ubezpieczyciela wynosi w niniejszej sprawie 416.310,00 zł. Ubezpieczyciel stwierdził także, że zasadność roszczenia o zadośćuczynienie i jego wysokości oraz ocena pozostałych roszczeń wystosowanych wobec (...) S.A., winna zostać dokonana po przesądzeniu odpowiedzialności pozwanego Szpitala za stan zdrowia C. K. (1). (odpowieź (...) S.A. na pozew – k. 535 - 536v.)

Pismem z 1 czerwca 2015 r. odpowiedź na pozew złożył Wojewódzki Szpital Specjalistyczny (...) w C.. Pozwany Szpital wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie na jego rzecz kosztów postępowania. Uzasadniając swoje stanowisko pozwany odniósł się do poszczególnych zarzutów podniesionych w pozwie, wskazując przyczyny, dla których personel medyczny podjął określone czynności lecznicze i diagnostyczne względem C. K. (1). Szpital podniósł m.in. iż do zakażenia *C. difficile* dochodzi u około 20% pacjentów przebywających w szpitalach i w większości leczonych antybiotykami, w tym więcej niż jednym jednocześnie, zwłaszcza u osób starszych i po urazach (odpowieź Szpitala na pozew – k. 549-550).

W dalszym toku postępowania strony podtrzymywały swoje stanowiska w sprawie.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny (...) w C. jest placówką medyczną, udzielającą świadczeń ubezpieczonym w ramach NFZ, przyjmuje także pacjentów z wypadków drogowych. Szpital, w okresie hospitalizacji powoda, był ubezpieczony w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez (...) Zakład (...) z siedzibą w W. nr polisy (...) do kwoty gwarancyjnej 416.310 zł za jedno zdarzenie (bezsporne, w zakresie ubezpieczenia OC przyznane przez pozwanego ubezpieczyciela k. 535 – 536, odpis z CI KRS pozwanego Szpitala k. 553 - 556, odpis CI KRS pozwanego Ubezpieczyciela k. 538 – 547) .

W pozwanym Szpitalu występowało ognisko zakażeń *C. difficile* między **29 września 2013 r. a 03 stycznia 2014 r.** w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z pododdziałem chirurgii naczyniowej, ze wzrostem zachorowań w okresie od 09 listopada 2013 r. a 19 listopada 2013 r. (dokumentacja medyczna k. 33-268v, 570 – 743 w tym k. 320 – 321, 330 – 333, opinia biegłego z zakresu zakażeń k. 959 - 968).

W dniu **06 listopada 2013 r.** C. K. (1), który miał wówczas 73 lata, został przyjęty na Szpitalny Oddział Ratunkowy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego (...)w C. – powód został przywieziony przez Pogotowie Ratunkowe z wypadku komunikacyjnego – brał w nim udział jako kierowca samochodu. W okresie kiedy powód przebywał w Szpitalu trwała w nim akcja strajkowa personelu medycznego.

Powód był przywieziony do Szpitala w stanie poważnym – we wstrząsie, splątany, z objawami sinicy, złamaniami i stłuczeniami kości czaszki oraz z krwotokiem i krwią w jamie ucha lewego, złamaną ścianą zatoki szczękowej, uszkodzonymi żebrami i odmą, szeregiem urazów w obrębie miednicy. Wobec krwotoku podpajęczynówkowego powód był cały czas pod obserwacją, a także został skonsultowany neurologicznie - wyniki doprowadziły do wniosku o braku konieczności hospitalizacji neurochirurgicznej. W dniu przyjęcia do Szpitala, u C. K. (1) wykonano badania: TK głowy i kręgosłupa szyjnego, TK klatki piersiowej oraz TK jamy brzusznej i miednicy. Rozpoznano u niego uraz wielonarządowy, w tym pourazowy krwotok podpajęczynówkowy, liczne złamania kości czaszki, odmę opłucnową prawostronną, stłuczenie powłok brzucha, złamanie wieloodłamowe z centralnym zwknięciem panewki lewego stawu biodrowego, złamanie lewej kości łonowej i kulszowej, a także złamanie kości krzyżowej po stronie lewej. W badaniu TK nie ujawniono cech uszkodzenia śledziony i wątroby, widoczne było wysokie ustawienie przepony, niewielka przepuklina ok. 4 cm – na ten moment nie można było uznać, że doszło do lewostronnego rozdarcia przepony. Powód miał także złamania kości łonowej oraz kości kulszowej po stronie lewej, a także złamanie panewki lewego stawu biodrowego – na wysokości trzonu kości biodrowej, łonowej i kulszowej po stronie lewej, a także złamanie panewki lewego stawu biodrowego na wysokości trzonu kości biodrowej, łonowej i kulszowej. U powoda

występowało także złamanie części bocznej krzyżowej po stronie lewej. Rozpoznanie złamania panewki stawu biodrowego prawego nie było możliwe w tym dniu. Zastosowano leczenie poprzez wykonanie drenażu prawej jamy opłucnowej (drenaż usunięto w siódmej dobie od założenia) i założono nadkłyckiowy wyciąg ortopedyczny na lewą kość udową, który utrzymywano ok. 4 tygodni. Powodowi podawano od przyjęcia do Szpitala (...)– lek przeciw infekcyjny stosowany jest w leczeniu zakażeń wywołanych przez pierwotniaki i bakterie beztlenowe, w tym *C. difficile*. (dokumentacja medyczna k. 33- 268v, 570-743, opinia biegłego radiologa k. 832 – 843, opinia biegłego chirurga k. 910 – 917, opinia biegłego z zakresu zakażeń k. 959 – 968, opinia biegłego ortopedy k. 1044 – 1048, 1088 – 1090, zeznania A. K. (1) k. 15434 – 1539v).

Wieczorem tego samego dnia powód został przekazany na Oddział Chirurgiczny Ogólny Szpitala gdzie przebywał od 6 do 19 listopada 2013 r. W czasie pobytu na ww. oddziale, w dniach od 07 listopada 2013 r. do 17 listopada 2013 r. u C. K. (1) występowała gorączka, tzn. temperatura jego ciała przekraczała 38° C.

W drugiej dobie od przyjęcia tj. **08 listopada 2013 r.** ponownie wykonano badania TK głowy oraz TK klatki piersiowej. Powód pozostawał początkowo w utrudnionym kontakcie słownym, określony został jako pacjent krzyżący, wymagał całkowitej i kompleksowej opieki pielęgniarstwa, w tym przeciwoleżynowej i przeciwobrzękowej, które otrzymywał. U powoda prowadzono profilaktykę przeciwoleżynową oraz oklepywanie w celu wspomagania procesów leczniczych. Powód okresowo oddychał tlenem, był splątany i niespokojny ale nie wykazywał objawów nasilających się duszności, był wydolny krążeniowo i oddechowo. Nie wykazywał także obrażeń panewki prawego stawu biodrowego, ani rozdarcia przepony. Nie były one widoczne w wykonanych badaniach TK. W klatce piersiowej występowała rozległa odma podskórna okolicy górnej części klaki piersiowej oraz odma śródpiersia i środkowa odma opłucna prawostronna, nastąpiło powiększenie wrót przepukliny do 8-9 cm. W przeprowadzonym u powoda 08 listopada 2013 r. badaniu laboratoryjnym krwi ujawniono podwyższony wskaźnik CRP (marker stanu zapalnego) na poziomie 92,5 mg/l.

W dniu **09 listopada 2013 r.** nastąpiło u powoda nasilenie duszności. Wykonano gazometrię. Zmiany utleniania interpretowano jako skutek pourazowy stłuczenia płuc oraz odmy z postępującą niedodmą opisywaną w TK klatki piersiowej. U powoda prowadzono gimnastykę oddechową z okresową tlenoterapią. U powoda wdrożono także leczenie przeciwbólne. **11 listopada 2013 r.** wykonano powodowi RTG klatki piersiowej w projekcji AP – obraz nie świadczył o rozerwaniu przepony, a jedynie o przepuklinie.

Drenaż prawej jamy opłucnowej usunięto **13 listopada 2013 r.** – po jego usunięciu nie obserwowano nasilenia duszności. (dokumentacja medyczna k. 33- 268v, 570-743, a nadto dowód: raport z badania surowicy krwi - 55, karta gorączkowa ogólna – k. 62, karta przebiegu choroby – k. 67, opinia biegłego z zakresu zakażeń k. 959 - 968)

Dnia **19 listopada 2013 r.** C. K. (1), znajdujący się wówczas w stanie ogólnym dobrym, został przekazany do Oddziału Ortopedii i Chirurgii Urazowej tego samego Szpitala – odnotowano w dokumentacji że powód skarżył się na ból prawego biodra . C. K. (1) przebywał na Oddziale do 24 listopada 2013 r. – powód przebywał w Sali trzyosobowej. U powoda pojawiły się biegunki w dniach **19 -20 listopada 2013 r.** W dniu 20 listopada 2013 r. pobrano materiał do badania uzyskując też tego samego dnia wynik dodatni w zakresie antygeny i toksyny *C. difficile*. Dopiero jednak w dniu 22 listopada 2013 r., po przeprowadzeniu konsultacji gastroenterologicznej, C. K. (1), podano (...), aczkolwiek tylko przez jeden dzień – powód został skierowany w trybie pilnym na operację ratującą życie wobec masywnego narastania przepukliny przepony.

Wykonane u powoda w dniu **22 listopada 2013 r.** badanie tomografii klatki piersiowej oraz brzucha, uwidocznilo brak ciągłości przepony po stronie lewej z widocznym ubytkiem w miejscu jej rozerwania oraz przemieszczenie żołądka, jelit i torby sieciowej do jamy lewej klatki piersiowej. Zmianom towarzyszył płyn w jamie opłucnej oraz niedodma bierna płuca lewego. Również w badaniu RTG z tego dnia obraz sugerował obecność rozerwania przepony z masywną przepukliną przeponową trzewi do jamy klatki piersiowej. Wobec powyższego powoda w trybie pilnym zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego, który przeprowadzono na Oddziale Chirurgii Ogólnej. W trakcie laparotomii, stwierdzono w obrębie lewej kopuły przepony otwór, przez który doszło do całkowitego przemieszczenia

żołądka do lewej jamy opłucnowej. Żołądek odprowadzono do jamy brzusznej, jednak w czasie translokacji żołądka doszło do uszkodzenia więzadła żołądkowo – śledzionowego, w związku z czym usunięto śledzionę powoda. W badaniu RTG z 23 listopada 2013 r. ujawniono prawidłowy obraz obu płuc i odprowadzenie trzewi do jamy brzusznej. (dokumentacja medyczna k. 33- 268v, 570-743 w tym: karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 41- 42, karta przebiegu choroby – k. 49, karta wyniku badania nr (...) – k. 85, karta opisu przebiegu operacji oraz rozpoznania pooperacyjnego – k. 93, opinia biegłego chirurga k. 910 – 917, opinia biegłego z zakresu zakażeń k. 959 – 968, zeznania A. K. (1) k. 15434 – 1539v)

W okresie od **24 listopada 2013 r.** do 06 grudnia 2013 r. powód ponownie przebywał na Oddziale Chirurgicznym Ogólnym pozwanego Szpitala. Powodowi na Sali wybudzeń i później – gdy przeniesiono go do izolatki - nadal podawano (...), zaś od 26 listopada do 17 grudnia 2013 r. ponownie stosowano (...). Rozpoznano u niego stan po pęknięciu śledziony z przemieszczeniem żołądka do lewej jamy opłucnowej oraz stan po pęknięciu śledziony i jej usunięciu. U C. K. (1) przeprowadzono badanie na podstawie którego stwierdzono brak występowania toksyny C. difficile w jego krwi. W czasie pobytu na oddziale stosowano wobec powoda leczenie zachowawcze: podawano płyny infuzyjne oraz leki, u powoda wykonywano zabiegi przeciwodleżynowe i przeciwobrzękowe, również przez dzieci powoda za zgodą ordynatora. Powód pozostawał od przyjęcia do szpitala w pozycji leżącej w związku z czym miał (...) prowadzoną higienę przez personel medyczny oraz rodzinę. (dokumentacja medyczna k. 33- 268v, 570-743 w tym karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 95, opinia biegłego z zakresu zakażeń k. 959 – 968, zeznania A. K. (1) k. 15434 – 1539v, zeznania C. K. (2) k. 1547-1533).

Następnie, w dniach od **06 grudnia 2013** roku do 24 grudnia 2013 r. C. K. (1) ponownie przebywał na Oddziale Ortopedii i Chirurgii Urazowej. Podjęto rehabilitację wewnątrzłózkową, stosownie do stanu zdrowia pacjenta w tym momencie. Również córka powoda zapewniała mu dodatkową rehabilitację, także wewnątrzłózkową i za zgodą ordynatora. W dniu **09 grudnia 2013 r.** wykonano badanie TK klatki piersiowej powoda – w badaniu ujawniono stan po wieloodłamowym złamaniu panewki lewego stawu biodrowego, kości łonowej i kulszowej jak również stan pod złamaniem przedniej części panewki stawu biodrowego oraz stan po złamaniu lewej części kości krzyżowej. Hospitalizacja była powikłana odleżyną kości krzyżowo ogonowej. Dnia **13 grudnia 2013 r.** wykonano u powoda badanie na obecność antygeny i toksyny C. difficile - z wynikiem ujemnym. Niemniej do 17 grudnia podawano powodowi (...). W dniu **18 grudnia 2013 r.** wykonano RTG miednicy w projekcji PA, w którym złamanie w obrębie prawego stawu biodrowego jest niewidoczne. W dniach 18 i 22 grudnia 2013 r. przeprowadzano kolejne badania (...)powoda – w obu przypadkach stwierdzono brak występowania antygenów lub toksyn C. difficile. Po pobycie na oddziale powód został wypisany do domu **24 grudnia 2013 r.** w stanie ogólnym dobrym. (dowód: dokumentacja medyczna k. 33- 268v, 570-743 w tym karta historii choroby – k. 126-126v., karta przebiegu choroby – k. 130, raporty z badań – k. 139, 140, opinia biegłego chirurga k. 910 – 917, opinia biegłego z zakresu zakażeń k. 959 – 968, zeznania A. K. (1) k. 15434 – 1539v).

W dniu **30 grudnia 2013 r.** u powoda ponownie wykonano badanie kału w wynikiem ujemnym. (okoliczność bezsporna, a nadto dowód: raport z badania – k. 147).

W dniach od **11 do 28 stycznia 2014 r.** C. K. (1) został przywieziony karetką pogotowia z powodu biegunek i odwodnienia i przyjęty na Oddział Chorób Wewnętrznych Szpitala Powiatowego w M., gdzie rozpoznano u niego rzekomobłoniaste zapalenie jelit – zakażenie C. difficile, na podstawie badań wykonanych 15 stycznia 2014 r. W toku hospitalizacji w ww. placówce, na skutek badania kolonoskopii przeprowadzonego 20 stycznia 2014 r. u powoda rozpoznano także guza na tylny-dolny ścianie pęcherza moczowego, zmiany naciekowo-obrzękowe odbytnicy i esicy oraz cechy zapalenia odbytnicy i esicy. W badaniu na antygeny C. difficile z **24 stycznia 2014 r.** uzyskano wynik ujemny. W dniu **28 stycznia 2014 r.** powód został przekazany do Oddziału Gastroenterologii Szpitala nr (...) w S. celem kontynuacji diagnostyki i leczenia, gdzie przebywał do **21 lutego 2014 r.** Nie obserwowano stolców biegunkowych. Ze względu na afazję występującą u powoda wykonano TK głowy, w którym stwierdzono przewlekłe krwiaki podtwardówkowe, ale po konsultacji neurochirurgicznej nie zdecydowano się na leczenie operacyjne. Powód został wypisany do domu ze wskazaniem dalszego leczenia pod nadzorem lekarza rodzinnego oraz odbycia rehabilitacji neurologicznej (termin jej rozpoczęcia ustalono na 23 marca 2014 r.). (dokumentacja medyczna k. 33-

268v, 570-743 w tym: karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 149 - 246v, opinie biegłego z zakresu zakażeń k. 959 - 968).

W późniejszym okresie, od **09 do 14 marca 2014 r.** C. K. (1) ponownie przebywał w Szpitalu (...) w M. w związku z rozpoznaną zakrzepicą żył głębokich, odnośnie do której wdrożono koniecznie leczenie. (dokumentacja medyczna k. 33- 268v, 570-743, a nadto dowód: karta historii choroby – k. 248-248v., opinia biegłego z zakresu zakażeń k. 959 - 968)

Następnie, w dniu **26 marca 2014 r.**, powód stawił się w Szpitalu nr (...) w S. celem odbycia planowanej rehabilitacji, której jednak wówczas nie odbył z uwagi na nawrót infekcji *C. difficile*. Od **kwietnia 2014 r.** u C. K. (1) nie występowały kolejne nawroty zakażenia ww. bakterią. Efektem zakażenia *C. difficile* były biegunki, gorączka, utrata apetytu, nudności i bóle brzucha oraz późniejsze rzekomoblioniaste zapalenie jelit. Od rozpoczęcia hospitalizacji powoda w listopadzie do 28 stycznia 2014 r. powód schudł 35 kg, powoda nękał także jadłowstręt. Dolegliwości te trwały dłużej niż przy prawidłowo prowadzonym leczeniu (...), bez opóźnień i powikłań związanych także z pozostałymi urazami odniesionymi przez powoda. Sytuacja związana z koniecznością (...) musiała być także częstsza co wiązało się z koniecznością manewrowania wyciągiem, na którym była umieszczona lewa noga – powodowało to u powoda ból. W szpitalu nie było materaców przeciwoleżynowych, natomiast odbywały się zabiegi przeciwoleżynowe, oklepywanie. Odleżyna, która pojawiła się u powoda sprawiała mu dodatkowy ból i cierpienie.

Powód został w kwietniu 2014 r. spionizowany, zdolność chodzenia odzyskał w związku z prowadzoną rehabilitacją w maju - czerwcu 2014 r. Nie ma możliwości, aby powód odzyskał sprawność w stopniu w jakim miał ją przed wypadkiem – złamanie panewek stawów biodrowych zawsze będzie powodować osłabienie stawu i ograniczenie ruchomości. (dokumentacja medyczna k. 33- 268v, 570-743, opinia biegłego z zakresu zakażeń k. 959 – 968, opinia biegłego ortopedy k. 1088 – 1090, opinia biegłego rehabilitanta k. 874 – 899, k. 1172 – 1177, zeznania A. K. (1) k. 15434 – 1539v, zeznania C. K. (2) k. 1547-1553).

W okresie od 29 września 2013 r. do 10 stycznia 2014 r. na Oddziale Chirurgii z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego (...)z siedzibą w C. występowało ognisko epidemiczne zakażenia bakterią *C. difficile*. W ww. okresie zakażeniu powyższą bakterią uległo na tym oddziale 18-stu pacjentów (okoliczności bezsporne, a nadto dowód: raport końcowy z wygaszenia ogniska epidemiologicznego – k. 331-333).

Występujące u powoda podczas pobytu w pozwanym szpitalu w listopadzie i w grudniu 2013 r. zakażenie bakterią *C. difficile* miało charakter zakażenia szpitalnego, Występujące u powoda zakażenia *C. difficile* zostały całkowicie wyleczone i nie pozostawiły żadnego długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Występowanie zakażenia *C. difficile* u powoda wprawdzie opóźniło rehabilitację poszpitalną jak i wzmogło odczuwane przez niego bóle ale nie miało wpływu na ogólną aktualną sprawność powoda, która wynika z obrażeń powstałych na skutek wypadku z 06 listopada 2013 r. (dowód: karta przebiegu choroby – k. 69, karty zleceń lekarskich – k. 71, k. 109-112, opinia biegłego chorób zakaźnych – k. 959-969, opinie uzupełniające ww. biegłego – k. 1318-1325, 1377-1381, opinia biegłego ortopedy k. 1044- 1048, 1088 – 1090, opinia biegłego rehabilitanta k. k. 876 – 899, 1172 - 1177).

Do czasu wypadku z 6 listopada 2013 r. C. K. (1) był osobą w pełni samodzielną, aktywną życiowo, rodzinie i społecznie. Wraz z żoną mógł bez pomocy osób trzecich zaspokajać potrzeby życia codziennego. Od czasu ww. zdarzenia i następującego po nim przedłużonego okresu leczenia, które to przedłużenie wynikało z zakażenia bakterią *C. difficile*, powód zmagał się z zaburzeniami adaptacyjnymi pod postacią zaburzeń o charakterze depresyjno – lękowym. Po przejściu rehabilitacji porusza się samodzielnie, o lasce, jednak nie jest w stanie przejść za jednym razem więcej niż kilkuset metrów. Nie powrócił jednak do pełnej sprawności ani aktywności fizycznej czy też psychicznej sprzed wypadku – nie podróżuje samodzielnie samochodem, nie wychodzi na zakupy, nie jest w stanie sam przygotowywać posiłków. Wymaga w związku z tym pomocy osób najbliższych. Jazda samochodem wzbudza u powoda lęk – podczas jazdy zajmuje miejsce z tyłu, nie patrzy na drogę, nie chce przejeżdżać obok miejsca gdzie doszło do wypadku. Towarzyszy mu też lęk o zdrowie i życie jego małżonki. Powód od 20 lat przebywa na emeryturze. Wcześniej był samodzielny wraz z żoną, ale po wypadku doszło do obniżenia jakości życia C. K. (1). Brak jest też możliwości by

powrócił on do stanu sprzed zdarzenia. Obecnie powód korzysta z codziennej pomocy członków najbliższej rodziny, tj. żony i syna. Nie wymaga on jednak stałej i uzasadnionej pomocy i opieki osób trzecich z punktu widzenia rehabilitacji medycznej. Na stałe zażywa leki, w tym związane z (...), pozostaje pod opieką poradni (...), konsultowany był także przez (...). U powoda występują choroby współistniejące w postaci (...). (dowód: opinia biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej – k. 874-899, opinia uzupełniająca ww. biegłego – k. 1172-1177, zeznania świadka D. K. – k. 1526 - 1531, zeznania świadka A. K. (1) – k. 1533-1539v, zeznania powoda C. K. (1) – k. 791-792v, zeznania świadka C. K. (2) k. 1547 – 1553)

Powód korzysta na co dzień ze sprzętów i urządzeń koniecznych do prowadzenia domowej opieki i rehabilitacji. Należą do nich: rowerek do ćwiczeń, kule, materac przeciwodleżynowy, bieżnia, łóżko z regulacją. Po wypadku C. K. (1) poniósł koszty w kwocie 16.809,93 zł na którą złożyły się wydatki na leki, suplementy diety, środki pielęgnacyjne i opatrunkowe, a także na sprzęty i urządzenia do rehabilitacji (ich zakup lub wypożyczenie) oraz koszty dojazdów oraz uzyskania kserokopii dokumentacji medycznej. (dowód: faktury VAT i paragony – k. 337-495, opinia biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej – k. 874-899, opinia uzupełniająca ww. biegłego – k. 1172-1177, zeznania D. K. – k. 1526-1531, zeznania A. K. (1) k. 15434 – 1539v.)

Powód zgłosił w dniu 08 maja 2015 r. szkodę ubezpieczycielowi w związku z czym przeprowadzono postępowanie likwidacyjne nr (...) – powodowi nie wypłacono w związku z tym zadośćuczynienia (bezsporne, odpowiedź na pozew k. 535 – 536v)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w pierwszej kolejności w oparciu o dokumenty oraz kserokopie dokumentów zgromadzonych w aktach sprawy. Sąd uznał dowody z dokumentów za wiarygodne, bowiem ich autentyczność nie została zakwestionowana przez żadną ze stron.

Sąd Okręgowy przeprowadził dowód z zeznań świadków D. K. oraz A. K. (1) oraz C. K. (2).

Zeznania pisemne świadka D. K. (k. 1525 – 1531) – żony powoda - Sąd Okręgowy oceniał biorąc pod uwagę że świadek nie kontaktowała się bezpośrednio z personelem medycznym pozwanego Szpitala, sama była ofiarą wypadku z 06 listopada 2013 r. i podlegała hospitalizacji, czynności przy powodzie wykonywała córka i syn strony powodowej. Zatem świadek co do zasady posiadała informacje na temat hospitalizacji pośrednie i jedynie w ograniczonym zakresie była osobiście zaangażowana w obserwacje stanu powoda w czasie hospitalizacji Sąd dał wiatę świadkowi w zakresie, w jakim wskazywał on stan powoda po powrocie do domu ze Szpitala a także po powrocie z kolejnych Szpitali – w zakresie w jakim dotyczyło to okresu do kwietnia 2014 r. tj. kiedy u powoda usunięte zostały skutki zakażenia. Sąd dał wiarę zeznaniom świadka w zakresie w jakim świadek posiadał informacje od córki A. oraz własne odnośnie do wykonywanej u powoda rehabilitacji dodatkowej w okresie hospitalizacji w Szpitalu, oraz potwierdził, że była to jedynie rehabilitacja wewnątrzłóżkowa, z możliwością siadania. Sąd dał także wiarę świadkowi w zakresie w jakim opisywał ograniczenia dietetyczne, które występują u powoda od czasu powrotu ze Szpitala i w związku z występującymi u powoda także innymi schorzeniami (...). Sąd dał wiarę świadkowi odnośnie do dodatkowej prywatnej rehabilitacji i ponoszonych kosztów w części w jakiej znajdowało to potwierdzenie w złożonych rachunkach i fakturach. Sąd nie dał wiary zeznaniom świadka w zakresie w jakim świadek wkraczał w zagadnienia związane z prawidłowością procesu leczenia bowiem świadek nie posiada specjalistycznej wiedzy w tym zakresie.

Sąd oparł się także na zeznaniach pisemnych A. K. (1) (k. 15434 – 1539v), córki powoda. Świadek była osobiście obecna przy powodzie w Szpitalu, kontaktowała się z personelem medycznym placówki, opiekowała się powodem w czasie jego hospitalizacji i była bezpośrednim, naocznym świadkiem opisywanych zdarzeń. Świadek w sposób wiarygodny opisywała skutki zakażenia C. difficile odczuwalne dla powoda, w tym kwestie konieczności częstszej zmiany pieluchomajtek niżby miało to miejsce bez występowania zakażenia, ból powoda z tym związany, faktem że powód początkowo przebywał na Sali trzyosobowej z innymi chorymi. Zeznania świadka były także wiarygodne w zakresie w jakim opisywał pracę personelu medycznego, dodatkowo w warunkach trwającego strajku, zakres udzielanych świadczeń medycznych i pielęgnacyjnych bowiem były one co do zasady zgodne z dokumentacją medyczną zgromadzona w aktach sprawy. Wiarygodnie też świadek opisywał pielęgnację powoda po jego powrocie ze

Szpitala, konieczność udzielania mu wsparcia w czynnościach codziennych, problemy powoda związane z nastrojami depresyjnymi po wypadku. Natomiast zeznania świadka nie były wiarygodne w zakresie w jakim świadek ocenił skutki rehabilitacji dla powoda bowiem wymaga to wiedzy specjalistycznej i w tym zakresie wypowiedział się biegły rehabilitant oraz biegły ortopeda.

Sąd Okręgowy oparł się też na zeznaniach pisemnych świadka C. K. (2) (k. 1547 – 1553), które były co do zasady spójne i zbieżne z zeznaniami A. K. (1). Świadek także osobiście przebywał w Szpitalu i bezpośrednio miał styczność z powodem w trakcie procesu leczenia, mógł go bezpośrednio obserwować przebieg leczenia, zgłaszał do niego uwagi personelowi medycznemu Szpitala. Zeznania świadka Sąd wziął pod uwagę na tyle na ile były niesprzeczne z ustaleniami wynikającymi z opinii biegłych oraz spójne z pozostałymi wiarygodnymi zeznaniami świadków.

Sąd Okręgowy oparł się także na zeznaniach słuchanego w charakterze strony z ograniczeniem do powoda - C. K. (1) (k. 791-792v). Sąd Okręgowy dał wiarę powodowi w zakresie w jakim opisywał on przebieg procesu leczenia w takiej mierze w jakiej dotyczyło to odczuć powoda, możliwych wg jego ówczesnego stanu fizycznego i percepcji. Wiarygodna była też relacja powoda w części w jakiej przedstawił on swoje obecne funkcjonowanie w domu w stosunku do tego jak miało to miejsce przed wypadkiem.

Ze względu na wnioski stron oraz konieczność zasięgnięcia wiedzy specjalistycznej Sąd Okręgowy dopuścił i przeprowadził dowód z opinii biegłych, w tym:

1) J. P. (1) – biegłego z zakresu chirurgii i chirurgii naczyniowej (k. 910 – 917) wraz z ustnymi wyjaśnieniami opinii (k. 1245 - 1246- biegły opierając się na dokumentacji medycznej zgromadzonej w aktach w sposób klarowny i logiczny ocenił prawidłowość czynności medycznych w zakresie chirurgicznym w tym kwestie związane z operacją przeprowadzoną u powoda na skutek rozerwania przepony wraz z przemieszczeniem się wnętrzości powoda do klatki piersiowej, w tym kwestie związane z uszkodzeniem śledziony i jej usunięciem; Biegły wskazywał, że niewykonanie badania histopatologicznego usuniętej śledziony mogło być błędem diagnostycznym, jednakże badanie takie zostało wykonane (k. 952 - 953) w związku z czym zastrzeżenie biegłego nie zaktualizowało się. Sąd nie podzielił także stanowiska biegłego zajętego w toku ustnych wyjaśnień opinii ze usunięcie śledziony było niepotrzebne – w tym zakresie wyjaśnienia pozwanego Szpitala odnośnie do prawidłowości tego działania były dla Sądu przekonujące, w połączeniu z wnioskami z opinii biegłego że usunięcie śledziony nie powoduje zmiany w stanie ogólnym powoda, bowiem jej funkcje przejmuje wątroba. Pozwany także udzielił przekonującego wyjaśnienia na zastrzeżenia biegłego odnośnie do sposobu dostępu do jamy brzusznej powoda, wskazując iż było to niezbędne dla oceny pozostały narządów jamy brzusznej po przebytych urazie (pismo k. 951v) – w pozostałym zakresie na podstawie tak sformułowanej opinii Sąd Okręgowy był w stanie poczynić ustalenia niezbędne do rozstrzygnięcia sprawy i wskazywane przez biegłego wątpliwości oraz zastrzeżenia były irrelewantne z punktu widzenia orzeczenia.

2) B. K. – biegłej z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej (opinia k. 832 – 843), wraz z opinii uzupełniającą (k. 1157 – 1167) – biegły w sposób bardzo szczegółowy, w oparciu o analizę przedstawionych wyników badań załączonych na płytach oraz o dokumentację medyczną przedłożoną przez strony, logiczny i przekonujący, szeroko powołując argumentację wskazał przebieg leczenia powoda, rozległość jego obrażeń w dniu przyjęcia do Szpitala oraz przebieg procesu diagnostycznego i celowość oraz zasadność podejmowanych w związku z tym czynności przez personel medyczny pozwanego Szpitala. Biegły ocenił także badania TK i RTG załączone do akt sprawy na płytach, ustalając i omawiając szczegółowo ich wyniki, przywołał także aktualną literaturę fachową celem wsparcia przedstawionych przez siebie wniosków które są spójne, logiczne i przekonujące. W świetle powyższego Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że opinia jest rzetelna, i zgodna z zakresem pytań przedstawionych biegłemu, odpowiada w sposób pełny i zgodny z aktualną wiedzą medyczną na kwestie będące przedmiotem niniejszego procesu. Opinia także jest spójna z opiniami pozostałych biegłych w zakresie w jakim Sąd Okręgowy uznał je za przydatne do rozstrzygnięcia, w szczególności biegłego ortopedy. Opinie powyższe wyjaśniały kwestie diagnostyczne w sposób przekonujący i pełny, w związku z czym Sąd Okręgowy pominął wnioski powoda o kolejne uzupełnienie ww. opinii postanowieniem z 07 grudnia 2023 r. (k. 1557 znacznik 00:05:58);

3) M. G. - biegłego ortopedy traumatologa (k. 1044 – 1048) wraz z opinią uzupełniającą (k. 1088 – 1090), ustne wyjaśnienia opinii na rozprawie 14 maja 2018 r. (protokół k. 1147 – 1149v); Biegły w sposób niebudzący wątpliwości wyjaśnił przebieg leczenia powoda z zakresu ortopedycznego. Biegły w oparciu o dokumentację medyczną, w tym wyniki badań załączone na płycie, potwierdził także prawidłowość wniosków radiologa, odnośnie braku możliwości rozpoznania złamania prawej panewki u powoda. Przedstawione przez biegłego wyjaśnienia odnośnie do braku wpływu nieleczenia prawej panewki na jego obecny stan, a także że nawet w przypadku rozpoznania go, leczenie polegałoby na leżeniu pacjenta (konieczność odciążenia) co i tak miało miejsce ze względu na inne obrażenia, są przekonujące, logiczne i powiązane zarówno z opiniami pozostałych biegłych jak i materiałem dowodowym zgromadzonym w aktach sprawy. Dodatkowe uwagi zgłoszone przez stronę powodową do opinii podstawowej zostały także w sposób pełny objaśnione w opinii uzupełniającej i ustnych wyjaśnieniach opinii, w szczególności w zakresie w jakim biegły wskazał, że leczenie lewej nogi powoda było prawidłowe poprzez zastosowanie wyciągu, że stan obu panewek nie był jednakowy, stąd nie było podstaw do stosowania tej samej metody leczenia dla obu z nich, oraz że zakażenie *C. difficile* nie miało wpływu na leczenie ortopedyczne ani na obecny stan zdrowia powoda;

4) A. W. – biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej (opinia k. 874 – 899) wraz z opinią uzupełniającą (k. 1172 – 1177) i ustnymi wyjaśnieniami opinii na rozprawie – biegły w sposób wyczerpujący udzielił odpowiedzi na pytania sądu postawione w tezie dowodowej, dopuszczającej ten dowód w sprawie, wskazał na przyczyny dla których nie było podstaw i możliwości prowadzenia u powoda intensywnej rehabilitacji w zakresie narządu ruchu i że nie miało to związku z zaniedbaniami Szpitala, a ze skalą urazów odniesionych w wypadku, wiekiem oraz ogólnym stanem zdrowia powoda, w tym ze względu na choroby współistniejące. Biegły również wskazał jakie czynności u powoda można podejmować w celu poprawienia jego funkcjonowania, aczkolwiek nie mają one związku z przebytym przez niego zakażeniem a pozostałymi urazami odniesionymi na skutek wypadku. Z tego względu irrelevantne dla orzeczenia było wskazanie przez biegłego jakie potrzeby rehabilitacyjne obecnie występują u powoda. Przy tym biegły wskazywał, że zasadniczo zaspokoić je można poprzez korzystanie z publicznej służby zdrowia w ramach NFZ a zapewnienie opieki prywatnej może mieć miejsce w przypadku ograniczenia dostępności opieki publicznej;

5) J. P. (2) – biegłego z zakresu chorób zakaźnych (opinia k. 959 – 968) wraz opinią uzupełniającą (k. 1318 – 1325), który w sposób przekonujący, spójny i logiczny wskazał na źródła, przebieg zakażenia *C. difficile* u powoda, wdrożone procedury diagnostyczne oraz lecznicze podjęte przez Szpital, Biegły przeanalizował dokumentację medyczną dostępną w aktach sprawy oraz ustalił zakres zaniedbań Szpitala w leczeniu powoda, a także brak aktualnych skutków dla zdrowia powoda i fakt jego całkowitego wyleczenia z zakażenia. Wprawdzie przedmiotowa opinia zawierała drobne omyłki, takie jak wynik badania z 30.12.2013 r. ale w ocenie Sądu nie miały one wpływu na jej przydatność dla ustalenia stanu faktycznego w sprawie. Pozwany w odpowiedzi na opinię biegłego załączył dokumentację zleceń podawania powodowi (...) przeciwko *C. difficile* pomiędzy 22 a 24 listopada 2013 r. jednakże okoliczność ta nie wpływała na prawidłowość wniosków postawionych przez biegłego – pacjent powinien wówczas otrzymywać(...), bowiem leczenie (...) okazało się nieskuteczne już w dniu 20 listopada 2013 r. co biegły wyraźnie stwierdził w swojej opinii;

6) W. D. – biegłą z zakresu psychologii (k. 1006 – 1010) – biegłą została decyzją Prezesa Sądu Okręgowego w Częstochowie zwolniona z funkcji biegłego z dniem 17 maja 2019 r. (decyzja k. 1220) w związku z czym jej opinia została pominięta w toku postępowania,

7) M. A. – biegłą z zakresu psychologii (k. 1409 – 1414) opinii uzupełniającej (k. 1437 – 1439), drugiej opinii uzupełniającej (k. 1464) – biegłą wskazała, że stan powoda ogólnie jest pogorszony, jednakże nie było możliwości, aby oddzielić dolegliwości powoda i obecnego stanu psychicznego wynikłego na skutek wypadku i leczenia od stanu powoda na skutek zakażenia *C. difficile*. Z tego względu opinia biegłego była nieprzydatna dla rozstrzygnięcia w sprawie. Wobec takiego stanowiska biegłego Sąd Okręgowy pominął wniosek pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii Instytutu, bowiem wobec braku możliwości rozdzielenia skutków poszczególnych zdarzeń na funkcjonowanie powoda możliwość sporządzenia takiej opinii byłaby wątpliwa, o ile w ogóle możliwa.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Roszczenie powoda zasługiwało na uwzględnienie jedynie w zakresie, w jakim wyniki procesu doprowadziły do ustalenia zawinienia pozwanego Szpitala w zakażeniu powoda bakterią *C. difficile* i szkodami niemajątkowymi z tym związanymi.

W sprawie bezsporne były fakt hospitalizacji powoda na skutek wypadku komunikacyjnego z 06 listopada 2013 r. oraz odtworzony na podstawie dokumentacji medycznej przebieg leczenia, w tym procedury diagnostyczne i lecznicze zastosowane w stosunku do C. K. (1).

Sporne było natomiast czy zastosowane procedury były właściwe w szczególności, czy po stronie pozwanego Szpitala nie wystąpił błąd diagnostyczny w zakresie ustalenia stanu zdrowia powoda przy przyjęciu do Szpitala, w szczególności w zakresie ustalenia istnienia złamania panewki biodra prawego, istnienia rozerwania przepony które skutkowało przemieszczeniem organów z jamy brzusznej do klatki piersiowej oraz prawidłowość przebiegu operacji z dnia 22 listopada 2013 r. Sporne było także zakażenie powoda *C. difficile* w pozwanej placówce medycznej a także prawidłowość czynności diagnostycznych i leczniczych podejmowanych przez pracowników Szpitala w związku z zakażeniem, tudzież wpływ tego zakażenia na pozostałe czynności medyczne i aktualny stan zdrowia powoda w chwili obecnej.

Powód w pozwie podnosił zarzuty związane z popełnieniem przez Szpital błędu medycznego oraz naruszeniem jego praw jako pacjenta do świadczeń medycznych odpowiadających współczesnej wiedzy medycznej, przedstawił szereg żądań związanych z jego aktualnym stanem zdrowia, w tym domagał się zadośćuczynienia, odszkodowania, renty na zwiększone potrzeby jak również ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość - jako podstawy prawne swoich żądań C. K. (1) wskazywał art. 448 k.c. w zw. z art. 445 §1 k.c. co do zadośćuczynienia, art. 444 §1 k.c. co do odszkodowania, art. 444 §2 k.c. w zakresie żądania renty związanej ze zwiększonymi potrzebami oraz art. 442¹ §3 k.c. w zakresie ustalenia odpowiedzialności za szkody mogące powstać w przyszłości.

Obowiązek udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych przez Szpital, który ma status publicznego zakładu opieki zdrowotnej wynika z ustawy – z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.), nie z umowy, zatem w konsekwencji odpowiedzialność jego ma charakter deliktowy. Zakład leczniczy natomiast odpowiada na podstawie art. 430 k.c. za lekarza jako podwładnego nie tylko dlatego, że ma bardziej lub mniej rozległą kontrolę nad nim, lecz także dlatego, iż lekarz ten jest pracownikiem zakładu i że jego działalność odnoszona jest do zakładu. Dla uznania zaistnienia błędu medycznego niezbędne jest przypisanie winy oraz istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zawinieniem personelu medycznego Szpitala, a szkodą poniesioną przez powoda, na zasadzie art. 415 k.c. w zw. z art. 361 k.c.

Lekarz odpowiada na zasadzie winy i nawet wysokie wymagania stawiane personelowi medycznemu nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Przez błąd lekarski należy rozumieć obiektywny element winy. Stwierdzenie błędu lekarza dokonywane jest na podstawie naukowych kryteriów oceny postępowania lekarza i oznacza, że postępowanie lekarza wywołuje określone zastrzeżenia z naukowego punktu widzenia, stanowi teoretyczną ocenę tego postępowania, którą następnie należy skonfrontować z pełnym zakresem powinności lekarza i konkretnymi warunkami, w jakich miało miejsce jego postępowanie. Natomiast przez pojęcie „w należyty sposób” należy rozumieć dołożenie takiej staranności, jaka w określonej sytuacji była należna, wymagana i potrzebna. 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, 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 (art. 355 § 2 k.c.). Jeżeli więc zachowanie lekarza odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania, 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 dokształcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 7.03.2019 r., V ACa 151/18, LEX nr 3052792).

Pojęcie „błędu w sztuce lekarskiej” odnosi się nie tylko do błędu terapeutycznego (błąd w leczeniu, w tym błędu operacyjnego), ale również do błędu diagnostycznego (błąd rozpoznania). W wypadku konieczności poprzedzenia zabiegu operacyjnego specjalistycznymi badaniami błąd diagnostyczny może się odnosić do etapu tych badań, a jego konsekwencją może być błędna diagnoza schorzenia prowadząca do błędnej decyzji o zabiegu operacyjnym, lub o zakresie takiego zabiegu (por. wyrok Sądu Najwyższego z 24.10.2013 r., IV CSK 64/13, LEX nr 1413156, wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 31.03.2015 r., V ACa 713/14, LEX nr 1668591).

Powód domagał się zadośćuczynienia na krzywdę mu wyrządzoną na podstawie art. 448 k.c. w zw. z art. 445 §1 k.c. ale jako podstawę swojego roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia wskazał również naruszenie jego praw jako pacjenta. Podstawą do formułowania żądania zadośćuczynienia w takim przypadku jest art. 448 k.c. w zw. z art. 4 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 z późn. zm., dalej: ustawa o p.p.).

W myśl art. 6 ust. 1 ustawy o p.p., pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Zgodnie z art. 7 ust. 1 ustawy o p.p., pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Za naruszenie tego prawa można uważać opóźnienie w diagnostyce. Z kolei art. 8 powołanej ustawy stanowi, że pacjent ma prawo do świadczeń udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych. Postępowanie z którego wynikałoby zaniedbanie diagnostyczne, zbagatelizowanie objawów oraz nieuwzględnienie choroby powoda należałoby ocenić jako naganne i łamiące standardy postępowania lekarza.

Zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta może być przyznane za sam fakt ich naruszenia i nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia szkody na osobie; ma charakter samodzielny i niezależny od roszczenia przewidzianego w art. 445 § 1 k.c. Przepis art. 445 § 1 k.c. rekompensuje skutki uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, natomiast art. 4 ust. 1u. o p.p. chroni godność, prywatność i autonomię pacjenta. Oznacza to, że na podstawie faktycznej uzasadniającej rozpoznanie sprawy w kierunku zakreślonym hipotezą normy prawnej zawartej w art. 445 § 1 k.c., nie można dowolnie kwalifikować oceny prawnej, bądź pod kątem tego przepisu, bądź pod kątem art. 4 ust. 1 ustawy o p.p. w zw. z art. 448 k.c. Subsumpcja pod art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, musi wynikać ze źródła tkwiącego w podstawie faktycznej żądania. O ile więc art. 4 ust. 1 ustawy o p.p. nie musi być wyraźnie powołany w treści pozwu, o tyle nieodzowne jest sformułowanie zarzutu naruszenia praw pacjenta (por. Wyrok SN z 12.05.2023 r., II CSKP 885/22, OSNC-ZD 2023, nr 4, poz. 52).

Nie ulega jednak wątpliwości, że wysokość zadośćuczynienia zasądzanego na podstawie art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 k.c. uwzględnia także krzywdę związaną z naruszeniem dobra osobistego jakim jest zdrowie (por. postanowienie Sądu Najwyższego z 29.09.2023 r., I CSK 232/23, LEX nr 3611706, wyrok Sądu Najwyższego z 12.05.2023 r., II CSKP 885/22, OSNC-ZD 2023, nr 4, poz. 52).

Powód wskazywał także na podstawy odpowiedzialności Pozwanych na podstawie art. 444 §1 k.c. ze względu na poniesione przez niego koszty leczenia, dojazdów, pozyskania dokumentacji medycznej, na którą okoliczność przedstawił faktury, paragony oraz inne zaświadczenia.

Pozwem w sprawie Powód objął także rentę z tytułu zwiększonych potrzeb w oparciu o art. 444 § 2 k.c. Po myśli tego przepisu, jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Odnotowania wymaga, iż wedle utrwalonego stanowiska judykatury, przyznanie renty z tytułu zwiększonych potrzeb nie jest uzależnione od wykazania, że poszkodowany te potrzeby zaspokaja i ponosi związane z tym wydatki. Przesłanką wystarczającą do zasądzenia renty z tego tytułu jest bowiem samo istnienie takich,

zwiększonych potrzeb (por.m.in. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 11 marca 1976 r., IV CR 50/76 i z dnia 8 lutego 2012 r., V CSK 57/11).

Kolejną podstawą roszczeń powoda był art. 442¹§3 k.c. dopuszczający ustalenie odpowiedzialności Pozwanych na przyszłość za szkody w zakresie w jakim mogą się ujawnić w związku z nieudzieleniem lub nieodpowiednim udzieleniem powodowi przez pozwany Szpital właściwych świadczeń opieki zdrowotnej. Odnotować należy, że uchwałę Sądu Najwyższego wydanej w składzie siedmiu sędziów do sygnatury akt III CZP 34/69, której nadano moc zasady prawnej, w sprawie o naprawienie szkody wynikłej z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia zasądzenie określonego świadczenia nie wyłącza jednoczesnego ustalenia w wyroku odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości z tego samego zdarzenia. Sąd apelacyjny zwrócił uwagę, iż od czasu wydania uchwały doszło do zmiany stanu prawnego w zakresie przedawnienia roszczeń. Mimo wprowadzenia art. 442¹ § 3 k.c., w dalszym ciągu strona może mieć interes w ustaleniu odpowiedzialności innego podmiotu w przyszłości.

Odpowiedzialności Ubezpieczyciela należy upatrywać w art. 822 § 1 k.c., zaś zgodnie z art. 822 § 4 k.c., uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od Ubezpieczyciela. Bezspornym jest w sprawie, że w okresie kiedy powód przebywał w Szpitalu tj. od 06 listopada 2013 r. do 24 grudnia 2013 r. obowiązywała umowa ubezpieczenia obowiązkowego OC zawarta z pozwanym (...) S.A. w W., potwierdzona polisą nr (...) do kwoty gwarancyjnej 416.310 zł za jedno zdarzenie.

Przeprowadzone postępowanie prowadziło do przekonania o braku winy po stronie pozwanego Szpitala, a co za tym idzie o braku odpowiedzialności pozwanego Ubezpieczyciela oraz braku adekwatnego związku przyczynowego w zakresie zarzutów podnoszonych przez Powoda, dotyczących błędów medycznych i diagnostycznych w czasie pobytu powoda w pozwanej placówce tj. w okresie 06.11.2013 – 24.12.2013 r.

Natomiast w odniesieniu do żądania związanego z zadośćuczynieniem za zawinięcie personelu medycznego Szpitala w zakresie w jakim powód poniósł szkody niematerialne związane z zakażeniem go *C. difficile*, Sąd Okręgowy uznał je za udowodnione co do zasady, aczkolwiek nie co do wysokości. Z tego względu uwzględnił jedynie żądanie w części.

Powód trafił do Szpitala w ogólnym bardzo ciężkim stanie klinicznym – w dniu 06 listopada 2013 r. powód uczestniczył w wypadku drogowym. Powód miał liczne stłuczenia i złamania kości głowy oraz w obrębie miednicy, występowały u niego liczne zmiany krwotoczne w mózgu, istniało zagrożenie jego życia. W czasie pobytu powoda w Szpitalu wystąpiły też nasilające się objawy przepukliny przeponowej, które ostatecznie rozprzeczniły do rozpoznania rozerwania przepony i konieczności przeprowadzenia operacji ratującej życie powoda odprowadzenia wewnątrzności powoda z powrotem do jamy brzusznej i zszycia rozerwanej pękniętej przepony.

Powód podnosił w pierwszej kolejności popełnienie błędów diagnostycznych w pozwanym Szpitalu ze względu na nierozpoznanie złamania prawej panewki nogi oraz spóźnione rozpoznanie rozerwania przepony.

Odnosząc się do zarzutu **nierozpoznania złamania prawej panewki biodrowej** Sąd doszedł do przekonania w wyniku przeprowadzonego procesu iż zarzuty w tym zakresie nie wskazują na winę Szpitala oraz brak jest adekwatnego związku przyczynowego z obecnym stanem powoda.

Jak wskazują opinie biegłych, na podstawie których Sąd poczynił ustalenia w sprawie, w szczególności biegłego ortopedy oraz biegłego rehabilitanta, w Szpitalu nie popełniono błędów związanych z niewykryciem złamania prawej panewki biodra, również leczenie zastosowane do lewej panewki biodrowej było prawidłowe. Ponadto przebyte przez C. K. (1) zakażenie bakterią *C. difficile*, nie wpłynęło na jego leczenie ortopedyczne i nie spowodowało opóźnień w tym leczeniu.

W dacie przyjęcia powoda do szpitala w badaniach TK uwidoczniło się złamanie panewki kości udowej lewej z przemieszczeniem, w związku z czym umieszczono nogę powoda na wyciągu szkieletowym. Zastosowanie wyciągu w związku ze złamaniem lewej panewki biodra powoda było prawidłowe i zasadne oraz zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Było także optymalną metodą leczenia powoda, który nie kwalifikował się w ówczesnym stanie do żadnego

innego sposobu leczenia, takiego jak zespolenie płytami czy stabilizację zewnętrzną. Zastosowanie tego wyciągu nie łączyło się z dodatkowym zbędnym cierpieniem, bowiem wyciąg zmniejsza napięcie mięśni, przez co działa przeciwbólowo. Również w toku leczenia lewej nogi powoda nastąpiła na tyle poprawa, że po konsultacji z lekarzem specjalizującym się w leczeniu złamań miednicy postanowiono o zakończeniu stosowania wyciągu po ok. 4 tygodniach. Jest to naturalny proces korygowania leczenia w stosunku do aktualnego na daną chwilę stanu zdrowia pacjenta i w żadnym przypadku nie świadczy o jakichkolwiek zaniechaniach po stronie pozwanej – wręcz przeciwnie, o staranności i dokładności z jaką prowadzono terapię ortopedyczną.

W odniesieniu do stanu prawej panewki nie było możliwości rozpoznania tego uszkodzenia, będącego skutkiem wypadku na wykonanych 06 listopada i 08 listopada 2013 r. badaniach TK i RTG, a nawet gdyby to uszkodzenie rozpoznano przy przyjęciu powoda do Szpitala – jego leczenie nie różniłoby się od leczenia, któremu pacjent był poddany w placówce. Sam powód zaczął sygnalizować ból prawego biodra dopiero 19 listopada 2013 r. co zostało odnotowane w karcie szpitalnej. Wyniki badań radiologicznych nie dawały obrazu, który umożliwiłby zidentyfikowanie złamania panewki prawej, nawet biorąc pod uwagę atypowe przejaśnienie uwidocznione na zdjęciu. Zgodnie zaś z aktualną wiedzą medyczną nie było podstaw dla radiologa o uznaniu, iż mamy do czynienia ze złamaniem. Konstatację tę stanowczo wywiódł biegły radiolog w swojej opinii głównej i uzupełniającej – uznanie na podstawie powyższych zdjęć, że jest to złamanie byłoby daleko idącą spekulacją. Powód był przywieziony do Szpitala w stanie ogólnym ciężkim, równoległe przebiegało szereg zdarzeń o charakterze krytycznym dla jego życia wymagających zajęcia się nimi w pierwszej kolejności, zaś wynik badań nie dawał uzasadnionego przekonania o złamaniu. W związku z tym w ocenie Sądu nie było podstaw do kwestionowania stanowiska biegłego i dalsze indagacje oraz dopuszczanie dowodu z kolejnej opinii uzupełniającej, o co wносиła strona powodowa, było bezprzedmiotowe. Szczególnie w połączeniu z wyjaśnieniami udzielonymi przez biegłego ortopedę, który wskazywał, że tego typu złamanie także podlega zmianom w toku procesów choroby i gojenia się, i zwyczajną rzeczą jest że może uwidocznić się dopiero na skutek procesu tworzenia się kostniny.

Co istotne złamanie prawej panewki uda miało także charakter odmienny, niż złamanie lewej panewki – było ono bez przemieszczenia, obejmowało jedynie niewielki fragment kości i bez żadnego wgłobienia. Takie złamanie nie wymagało leczenia wyciągiem ani jakiegokolwiek interwencji. Jego leczenie w przypadku zidentyfikowania go, byłoby analogiczne o postępowania które i tak miało miejsce w stanie powoda. Jak wyjaśnili biegli – w szczególności biegły ortopeda - leczenie złamania prawej panewki polegałoby na jej odciążeniu i nakazaniu leżenia, przez okres nawet do 4 miesięcy. Nie wpływał także na taki sposób leczenia fakt, że powód był poddawany zabiegom pielęgnacyjnym i odwracaniu na boki, zmianie pozycji ciała w celach przeciwdoleźynowych, przeciwozbrękowych a także w celu uruchamiania w obrębie łóżka (rehabilitacja wewnątrzłóżkowa). Takie też zabiegi były u powoda wykonywane, niezależnie od niezdiagnozowania uszkodzenia prawej panewki biodra. Fakt, że powód poddawany powyższym zabiegom nie miał żadnego przemieszczenia dodatkowego w obrębie panewki wskazuje na prawidłowość wykonywanych czynności medycznych. Jak też wynika z dokumentów oraz opinii biegłych fakt wystąpienia złamania panewki prawej nie spowodował odroczenia leczenia ortopedycznego. Należy mieć na względzie że powód trafił do szpitala z szeregiem uszkodzeń w obrębie miednicy, opisanych przez biegłych radiologa, ortopedę i rehabilitanta, zatem na proces leczenia go należy patrzeć poprzez pryzmat nie tylko wyrzutowo ocenianych problemów z obiema panewkami ale także biorąc pod uwagę pozostałe uszkodzenia w tym obrębie. Leczenie ortopedyczne nie było także odroczone na żadnym etapie pobytu powoda w Szpitalu, niezależnie od występującego u powoda równoległe zakażenia C. difficile. Po 23 grudnia 2013 r. powód nie wymagał już hospitalizacji z przyczyn ortopedycznych – wyciąg na lewej nodze został usunięty w prawidłowym terminie po 4 tygodniach – nie było już wówczas zagrożenia, że dojdzie do wtórnego przemieszczenia, zaś leczenie lewej nogi również należało uznać za prawidłowe.

Jak wskazał biegły tzw. szybki skan TK całego ciała powoda nie był zalecany w jego sytuacji – powód wprawdzie był splątany z licznymi obrażeniami ale pozostawał w kontakcie słownym, zaś skan wykonuje się w sytuacji, gdy z chorym nie ma kontaktu i nie ma możliwości ustalenia jego obrażeń. Ponadto skan taki nie daje dokładnego obrazu i w żaden sposób nie ma podstaw do uznania że ujawniłby istnienie złamania prawej panewki biodra.

Obecnie leczenie usprawniające wymagałoby wszczepienia endoprotezy biodra, aczkolwiek należy mieć na uwadze, że powód cierpi na szereg schorzeń współistniejących. Z tego powodu dla ogólnego stanu zdrowia powoda wykonanie tego zabiegu nie rokuje istotnej poprawy całokształtu zdrowia powoda.

Reasumując w zakresie diagnostyki a następnie leczenia złamania panewki prawej biodra u powoda nie doszło do błędów medycznych – ani na etapie diagnostycznym ani na etapie terapeutycznym.

Wbrew zarzutom strony powodowej w czasie pobytu C. K. (1) w pozwanym Szpitalu, nie można stwierdzić że doszło do zaniedbań **w zakresie prowadzonej rehabilitacji.**

Przy udzielaniu powodowi świadczeń zdrowotnych z zakresu radiologii i diagnostyki, personel medyczny Szpitala Specjalistycznego (...) z siedzibą w C. nie dopuścił się uchybień i przy stawianiu kolejnych rozpoznań nie popełnił błędów diagnostycznych, nie wystąpiły także uchybienia w zakresie terapeutycznym - rehabilitacyjnym. Biorąc pod uwagę ciężki stan powoda zagrażający jego życiu a nie związany z uszkodzeniami w obrębie narządu ruchu odroczenie rehabilitacji nie było błędem ani zaniedbaniem. Nie można wprowadzać intensywnego leczenia usprawniającego zanim miejsca złamań nie zostaną zaopatrzone lub wygojone, a tym bardziej wprowadzać intensywną rehabilitację w stanie ostrym jakim jest zakażenie. Dopiero opanowanie ogólnego stanu zdrowia pacjenta i zgoda ortopedy traumatologa na podjęcia rehabilitacji usprawniającej ukierunkowanej na przywrócenie funkcjonalności uszkodzonych części narządów ruchu. Pomimo powikłanego stanu zdrowia powoda rehabilitacja wewnątrzłózkowa była stosowana, nie tylko przez personel medyczny pozwanego Szpitala ale także za zgodą ordynatora – przez córkę i syna powoda. Przypuszczać można jedynie, że rehabilitacja i działania pielęgnacyjne podejmowane przez dzieci powoda, o których zeznawali wiarygodni A. K. (2) i C. K. (2), poprawiały dodatkowo jego stan fizyczny. Aczkolwiek nie sposób przy tym twierdzić, że nastąpiły jakiegokolwiek zaniedbania po stronie Szpitala w zakresie w jakim powinny być przez niego świadczone usługi opieki medycznej. Niemniej fakt prowadzenia rehabilitacji wewnątrzłózkowej również w zakresie wykraczającym poza świadczenia szpitalne, prowadzi do wniosku iż poprawnie biegły wskazywał że to ogólny stan powoda i pozostałe uszkodzenia organizmu (w tym zakażenie C. difficile) powodowały niemożliwość wdrożenia intensywniej rehabilitacji we wcześniejszym okresie.

Powód nie rokuje większej poprawy w obrębie narządu ruchu z uwagi na utrwalony stan, a także jego wiek i stan sprawności ogólnej. Konieczność okresowego leczenia usprawniającego jest głównie po to, aby zapobiec dalszemu pogarszaniu się faktycznego stanu zdrowia Powoda. Długotrwały przyłózkowy tryb życia, wyniszczenie organizmu nawracającymi infekcjami nie wpływa korzystnie nie tylko na narząd ruchu ale na cały organizm, dlatego w miarę regularna rehabilitacja nie ma na celu przywrócenia sprawności sprzed wypadku – bo taka jest niemożliwa do osiągnięcia – ale przeciwdziałanie pogłębianiu się deficytów narządów ruchu w stawach w kończynach dolnych, osłabieniu siły mięśniowej, oprawy wydolności krążeniowo oddechowej oraz zmniejszeniu dolegliwości bólowych i maksymalnej możliwej wydolności ogólnej powoda. Wiek powoda oraz choroby współistniejące i być może konieczność endoprotezoplastyki biodra lewego w przyszłości nie rokują poprawy zdrowia powoda.

Reasumując brak jest zawinienia po stronie pozwanego Szpitala w realizacji świadczeń rehabilitacyjnych, opóźnienie wdrożenia intensywniej rehabilitacji nie było błędem medycznym. Nie ma także adekwatnego związku przyczynowego, pomiędzy aktualnym stanem prawej panewki biodra powoda a nierozpoznanie jej złamania – stan jak obecny nastąpiłby niezależnie od działań lub zaniechań Pozwanego i jest skutkiem wypadku samochodowego z 06 listopada 2013 r. i obrażeń w nim odniesionych przez powoda. Okoliczność że powód zaczął chodzić w maju/czerwcu 2014 r. a nie wcześniej, nie wpływałaby na jego sprawność ruchową ani nie zwiększyłaby szans na powrót do zdrowia, ponieważ uszkodzenia jakie odniósł w wypadku są nieodwracalne. Rehabilitacja uległa przesunięciu i wydłużeniu ze względu na zakażenie C. difficile, jednakże również i ta okoliczność nie wpływa na aktualny stan zdrowia powoda i rokowania jego poprawy.

Kolejno powód podnosił zarzuty popełnienia błędów diagnostycznych i terapeutycznych w zakresie leczenia uszkodzeń jamy brzusznej – spóźnienia diagnozy rozerwania przepony a w trakcie operacji ratującej życie z 22 listopada 2013 r. bezzasadnego usunięcia śledziony u powoda.

Na podstawie opinii biegłego radiologa, biegłego chirurga naczyniowego Sąd Okręgowy uznał że zarzut **spóźnionej diagnozy rozerwania przepony** jest niezasadny. Powód od chwili przyjęcia do Szpitala był monitorowany pod kątem uszkodzeń powstałych w jego kłace piersiowej w czasie wypadku – w związku z tym przeprowadzono badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej. Wyniki wykonanego badania prawidłowo zostały zinterpretowane wg stanu w jakim powód znajdował się w tym momencie – jako przepuklina przeponowa. Objaw przepukliny przeponowej nie jest tożsamy z obrazem rozerwania przepony i żaden z lekarzy w opisach tego obrazu – ani w szpitalu ani biegły radiolog nie użył na podstawie przedłożonego materiału dowodowego określenia „rozerwania przepony”. To dopiero pogarszający się stan kliniczny powoda z objawami przepukliny przeponowej w kolejnych badaniach TK dał podstawy do postanowienia takiego rozpoznania. U powoda od przyjęcia stosowano tlenoterapię, w sytuacji nasilenia duszności 09 listopada 2013 r. wykonano gazometrię. Zmiany utleniania interpretowano adekwatnie do występującego wówczas obrazu klinicznego jako skutek pourazowy stłuczenia płuc oraz odmy z postępującą niedodmą opisywaną w TK klatki piersiowej. Ze względu na konieczność kontrolowania odmy oraz pojawiające się kolejne objawy jej rozwoju dnia 11 listopada 2013 r. wykonano powodowi RTG klatki piersiowej w projekcji AP – obraz wówczas również nie świadczył o rozerwaniu przepony, a jedynie o postępującej przepuklinie. Drenaż prawej jamy opłucnowej usunięto 13 listopada 2013 r. – po jego usunięciu nie obserwowano nasilenia duszności. Następową poprawa zdrowia powoda w zakresie objętym leczeniem w Oddziale w związku z czym 19 listopada 2013 r. został on przeniesiony na Oddział Ortopedyczny. Po przeniesieniu powoda jego stan zaczął się ponownie pogarszać, ze względu na narastanie przepukliny przeponowej. Wykonane u powoda w dniu 22 listopada 2013 r. badanie tomografii klatki piersiowej oraz brzucha, uwidocznilo brak ciągłości przepony po stronie lewej z widocznym ubytkiem w miejscu jej rozerwania oraz przemieszczenie żołądka, jelit i torby sieciowej do jamy lewej klatki piersiowej. Zmianom towarzyszył płyn w jamie opłucnej oraz niedodma bierna płuca lewego. Również w badaniu RTG z tego dnia obraz sugerował obecność rozerwania przepony z masywną przepukliną przeponową trzewi do jamy klatki piersiowej. Wobec powyższego powoda w trybie pilnym zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego, który przeprowadzono na Oddziale Chirurgii Ogólnej. W trakcie laparotomii, stwierdzono w obrębie lewej kopuły przepony otwór, przez który doszło do całkowitego przemieszczenia żołądka do lewej jamy opłucnowej. Żołądek odprowadzono do jamy brzusznej, jednak w czasie translokacji żołądka doszło do uszkodzenia więzadła żołądkowo – śledzionowego, w związku z czym usunięto śledzionę powoda. Powyższa sekwencja zdarzeń oceniona przez biegłego chirurga wskazuje, że czynności podejmowane przez personel Szpitala – zarówno diagnostyczne jak i lecznicze w zakresie rozpoznania rozerwania przepony było prawidłowe. Jak wskazywali biegli zdiagnozowanie rozerwania przepony najczęściej ma miejsce po otwarciu jamy brzusznej, ponieważ objawy jej towarzyszące nie są charakterystyczne dla tego typu urazu. Powód na skutek wypadku miał pęknięte żebro oraz przepuklinę przeponową, która została prawidłowo zdiagnozowana na podstawie RTG i TK przy przyjęciu. Na datę wykonania ww. badań rozerwanie nie było widoczne, zdiagnozowana zaś przepuklina była obserwowana przez lekarzy i w związku z tym podejmowano adekwatne czynności medyczne w tym trening oddechowy, tlenoterapia. Należy mieć na uwadze że powód na skutek wypadku miał obrażenia wielonarządowe, obrażenia te także nie występują wszystkie na raz w takim samym stopniu ale mogą się nasilać lub ujawniać nie bezpośrednio po wypadku ale także w pewnym odstępie czasowym. W chwili przyjęcia powoda nie stwierdzono także uszkodzenia śledziony, żołądka czy jelit, pomimo istniejących uszkodzeń miednicy. Jak podkreślili biegli powołując się na literaturę naukową rozpoznanie rozerwania przepony bezpośrednio po urazie jest możliwe w 30–40% przypadków. Przyczyną tego są bardzo często współistniejące obrażenia wielonarządowe i wstrząs, jak miało to miejsce u powoda. W 60% przypadków przedoperacyjnego rozpoznania urazu lewej kopuły przepony można dokonać na podstawie zdjęć RTG klatki piersiowej. W przypadku powoda przeprowadzone badania TK i RTG, w tym w pozycji AP (na wprost) nie dały obrazu rozerwania przepony – sam fakt też narastania przepukliny nie daje podstaw do uprzedzającej interwencji chirurgicznej. Dopiero rozwijające się masywne narastanie przepukliny wraz z narastającymi dusznościami oraz pozostałymi objawami, w tym wskazującymi na przemieszczenie narządów wewnętrznych do jamy klatki piersiowej dało podstawę do stwierdzenia rozerwania przepony. W ocenie biegłego chirurga skierowanie powoda na pilną operację nastąpiło w sposób prawidłowy i adekwatny do jego stanu – wyjaśnienia zawarte w opinii oraz ustne wyjaśnienia na rozprawie przez niego udzielone są dla Sądu Okręgowego przekonujące, logiczne i spójne z wnioskami płynącymi z opinii pozostałych biegłych. Jak należy podkreślić, za

biegłymi, każda interwencja chirurgiczna w ówczesnym stanie powoda przy rozległości i charakterze jego obrażeń jest dodatkowym obciążeniem dla organizmu i musi wynikać z konkretnych wskazań medycznych.

Reasumując, skoro objawy uszkodzenia przepony występują najczęściej w kilkudniowym okresie od uszkodzenia, co powoduje że znaczna część tego rodzaju uszkodzeń jest rozpoznawana z opóźnieniem i nie stanowi to błędu diagnostycznego, postępowanie Szpitala w tym zakresie było prawidłowe i nie stanowi błędu medycznego.

W zakresie zarzutu **bezzasadnego usunięcia śledziony** u powoda Sąd Okręgowy również doszedł do przekonania, iż nie znajduje on usprawiedliwionych podstaw. W toku operacji ratującej życie powoda przeprowadzonej 22 listopada 2013 r. dokonano wycięcia śledziony (splenektomia), co było okolicznością bezsporną. Jak wskazywał sam biegły z zakresu chirurgii ostatecznie rozpoznanie pęknięcia śledziony stawia chirurg podczas weryfikacji operacyjnej danego narządu u pacjenta i to na podstawie takiej diagnozy powstaje decyzja o usunięciu śledziony, której pęknięcie jest stanem zagrożenia życia dla pacjenta. Powód był w stanie ogólnym ciężkim z powodu zaawansowanych zmian krwotocznych w mózgu i narastającej przepukliny przeponowej z powodu rozdarcia przepony. Odnośnie do stanu śledziony co do którego można było sądzić o jej uszkodzeniu w toku laparotomii z powodu konieczności odprowadzenia przepukliny, to jej usunięcie było decyzją jak najbardziej odpowiednią. Także uszkodzenie więzadła żołądkowo – śledzionowego było w przypadku powoda powikłaniem śródoperacyjnym nie mającym cech błędu medycznego – takowe uszkodzenie było bowiem związane z ryzykiem zabiegu operacyjnego. Biegły sądowy wskazywał w ustnych wyjaśnieniach opinii, że wyniki badania histopatologicznego zdają się wskazywać na brak podstaw do usunięcia śledziony, jednakże Sąd miał w pierwszej kolejności na względzie, że badanie ex post nie zaprzeczyło uszkodzeniu więzadła, zatem w świetle wcześniejszych wyjaśnień opinii biegłego nie można uznać iż miało to charakter błędu medycznego. Z tych przyczyn roszczenia oparte na przedmiotowym zarzucie nie mogły zostać uwzględnione.

W dalszej kolejności należało rozważyć zarzuty powoda odnośnie do żądania zadośćuczynienia za **zakażenie go bakterią C. difficile** oraz wpływ tego zakażenia na ewentualne opóźnienie rehabilitacji lub zabiegów ortopedycznych oraz aktualny stan psychiczny powoda.

Do błędów w sztuce lekarskiej w zaprezentowanym na wstępie rozważań prawnych zalicza się również tzw. zakażenia szpitalne, czyli 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 związane są roszczenia odszkodowawcze. Dla ustalenia odpowiedzialności za powstałe szkody wystarcza odpowiednio wysoki stopień prawdopodobieństwa zakażenia w okolicznościach danej sprawy. Ścisłe bowiem 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 17.10.2007 roku, II CSK 285/07, Lex nr 490418).

W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że 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 17.05.2007 roku, III CSK 429/06, PiM2010/2/135). W jednostkach służby zdrowia zachodzi bowiem podwyższone 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. Doktryna i orzecznictwo określiły szereg okoliczności uzasadniających zastosowanie domniemania faktycznego. Są nimi fakt, że pacjent w czasie przyjmowania do szpitala nie był zarażony chorobą, stwierdzenie w tym samym czasie w tym samym szpitalu innych przypadków zakażenia, negatywne oceny sanitarno-epidemiologiczne, niezachowywanie wymagań czystości sprzętu i personelu medycznego, „szpitalny” lub

„pozaszpitalny” typ bakterii będącej źródłem choroby, upływ czasu od pobytu w szpitalu do stwierdzenia objawów zakażenia, odpowiadający przyjętym w medycynie okresom inkubacji choroby.

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 (art. 355 k.c.). Jeżeli naruszenie tego obowiązku powoduje zwiększenie ryzyka infekcji i z tym właśnie ryzykiem łączy się choroba zakaźna pacjenta, zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za doznaną przez pacjenta szkodę, chyba że przeprowadzi dowód, iż szkoda ta jest następstwem innych okoliczności. Jedną z podstawowych reguł należytej staranności przy wykonywaniu zabiegów medycznych, w szczególności zabiegów połączonych z możliwością naruszenia naczyń krwionośnych pacjenta, jest podjęcie wszelkich możliwych działań zmierzających do zapewnienia optymalnego stanu sanitarnego. Miernikiem właściwego zachowania odpowiedzialnego jest kryterium należytej staranności (art. 355 k.c.). W procesie leczenia należyta staranność to przede wszystkim takie wykonywanie zabiegów medycznych, które eliminuje możliwość zakażenia innymi chorobami. Jeżeli w wyniku zabiegu szpitalnego dochodzi do zakażenia pacjenta, to świadczy to, że tego rodzaju działania nie zostały podjęte lub nie towarzyszyła im należyta staranność ze strony członków personelu medycznego. Co do zasady fakt zakażenia świadczy o nieprzestrzeganiu przez pozwaną placówkę medyczną podstawowych zasad przeciwdziałania zakażeniom, do czego zobowiązana jest przepisami ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1284 z późn. zm.). Takie zaś działanie pozwanego Szpitala należy uznać za bezprawne i zawinione (por. także wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 10 czerwca 2014 r., I ACa 1570/13, LEX nr 1477198).

Nie ulega wątpliwości, że placówka medyczna winna tak zorganizować swą pracę, by zminimalizować ryzyko zakażenia pacjentów. Obowiązek ten wynika z przepisu art. 11 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń. 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 (por. wyrok Sądu Najwyższego z 27.04.2012 r., V CSK 142/11, LEX nr 1222168).

Sąd na podstawie całokształtu okoliczności sprawy, a w szczególności opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych, ale także zeznań świadków przesłuchanych w sprawie doszedł do przekonania, że zachodzi wysokie, graniczące z pewnością prawdopodobieństwo, że powód został zakażony w pozwanej placówce bakterią *C. difficile*, co jednak nie miało wpływu na przebieg pozostałego leczenia powoda w Szpitalu.

W Szpitalu znajdowało się ognisko zakażenia tą bakterią w okresie kiedy powód tam przebywał. Powód przed przywiezieniem go do Szpitala nie miał objawów zakażenia. W 2013 r. wystąpiło endemiczne ognisko zakażeń *C. difficile* między 29 września 2013 r. a 03 stycznia 2014 r. w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z pododdziałem

chirurgii naczyniowej, gdzie powód przebywał między 06 listopada 2013 r. a 19 listopada 2013 r. i tam w ocenie Sądu Okręgowego doszło do zakażenia go *C. difficile*. U powoda występowały czynniki ryzyka tj. wiek powyżej 65 roku życia, oraz lub zabieg operacyjny do 30 dni od zachorowania oraz przyjmowanie antybiotyków. Powodują one zmianę naturalnej flory jelit co sprzyja mnożeniu się *C. difficile* w jelitach. Powodowi podawano dożylnie antybiotyk (...) czyli cefalosporynę w okresie 06 listopada do 17 listopada 2013 r. co mogło przyczynić się do rzekomobłoniastego zapalenia jelit. Jednakże podawanie tego leku znajdowało uzasadnienie kliniczne u powoda jako pacjenta z urazem wielonarządowym. Na etapach diagnostyki wykonywanych w Szpitalu prawidłowo i we właściwym czasie oznaczono antygen *C. difficile* i antygeny toksyn potwierdzające ich obecność – diagnostyka powoda była prowadzona prawidłowo.

Nieprawidłowo natomiast i niekonsekwentnie prowadzono leczenie powoda w zakresie ww. zakażenia, co miało negatywny wpływ na skuteczność tego leczenia. W dniach od 20 do 26 listopada 2013 r. leczenie powoda w związku z doznany przez niego zakażeniem ww. bakterią, nie było zgodne z wytycznymi Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków w Leczeniu Zakażeń Umiarkowanych *C. difficile*. Powód przez pierwszych sześć dni nie był leczony zgodnie z wytycznymi, a zatem z aktualną wiedzą medyczną i to w sytuacji, gdy pozwanemu znane były właściwe zasady postępowania w takich przypadkach. Występujące u powoda nawroty zakażenia nie miały związku z początkowymi zaniechaniami we wdrożeniu leczenia – częstość nawrotów choroby wywołanej przez powyższą bakterię jest wysoka nawet w przypadkach szybko rozpoznanych i prawidłowo leczonych. Występujące u powoda zakażenia *C. difficile* zostały całkowicie wyleczone i nie spowodowały u niego żadnego długotrwałego uszczerbku na zdrowiu.

Uznać należy, że w tym aspekcie zostały złamane standardy postępowania lekarza. Wina obejmuje zarówno aspekt obiektywny - czyn jest niezgodny ze standardami postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz subiektywny - lekarze bez istotnej przyczyny nie dołożyli wymaganej staranności przy leczeniu pacjenta (niedbalstwo), co należy ocenić jako zachowanie naganne.

Zadośćuczynienie przyznawane na podstawie art. 445 § 1 k.c. ma charakter kompensacyjny, stanowi sposób naprawienia szkody niemajątkowej wyrażającej się krzywdą w postaci doznanych cierpień fizycznych i psychicznych. O rozmiarze należnego zadośćuczynienia pieniężnego powinien zatem decydować w zasadzie rozmiar doznanej krzywdy: stopień cierpień (ich intensywność, czas trwania, nieodwracalność następstw i inne podobne okoliczności). Niewymierny w pełni charakter tych okoliczności sprawia, że sąd przy ustalaniu rozmiaru krzywdy i tym samym sumy zadośćuczynienia ma pewną swobodę. (postanowienie Sądu Najwyższego z 30.08.2023 r., I CSK 5221/22, LEX nr 3602824, postanowienie Sądu Najwyższego z 19.12.2023 r., I CSK 1976/23, LEX nr 3651990).

Zdaniem Sądu Okręgowego, krzywdy doznanej przez powoda nie można ocenić jako znikomej, jednakże zgłoszone przez niego roszczenie jest nadmierne. Zdaniem Sądu I instancji w zakresie krzywdy powoda za wywołanie rozstroju zdrowia należało uznać, że odpowiednią jest kwota 50.000 zł.

Sąd określając wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia uwzględnił okoliczność, że w wyniku zaniedbań personelu medycznego powód doświadczył cierpień fizycznych spowodowanych zaostrzeniem jego objawów chorobowych w istniejącym stanie urazu wielonarządowego, w tym krwiałków podpajeczynówkowych, przepukliny przeponowej a następnie rozerwania przepony z przemieszczeniem wewnątrzności do klatki piersiowej, złamaniu obu panewek bioder z czego lewej z przemieszczeniem w związku z czym u powoda zastosowano wyciąg szkieletowy. Zakażenie spowodowało pogorszenie się stanu zdrowia fizycznego i psychicznego ze względu na odczuwanie wstydu i dyskomfortu u powoda związanego z licznymi biegunkami. Zakażenie spowodowało konieczność częstszych zmian pieluch, co przy ogólnym stanie zdrowia powoda wiązało się z dodatkowym cierpieniem, nawracającymi zakażeniami wyniszczającymi organizm powoda, co przejawiało się także gwałtowną utratą wagi, jadłowstrętem, ogólnym pogorszeniem stanu organizmu powoda. Powód w związku z zakażeniem musiał być dalej leczony, ze względu na rzekomobłoniaste zapalenie jelit.

Skala natomiast cierpień psychicznych powoda na skutek zakażenia *C. difficile* nie była także duża jak wskazywała to strona powodowa w swoich stanowiskach. Na skutek opinii biegłego z zakresu psychologii Sąd Okręgowy doszedł

do przekonania, że ogólny stan psychiczny powoda jest w głównie mierze skutkiem samego wypadku i utraconej w związku z tym sprawności, zmianie trybu życia, przypisaniem powodowi winy za spowodowanie wypadku co skutkuje strachem przed kierowaniem samochodem, obawą o życie żony, ogólnym poczuciem bezradności i bezużyteczności. Biegły nie był w stanie wyodrębnić skutków zakażenia od skutków wypadku jako takiego dla psychiki powoda, zatem w świetle pozostałych opinii biegłych sąd przyjął iż miały one charakter pogłębiający ogólny stan powoda, ale przemijający, adekwatnie do zakończenia leczenia zakażenia C. difficile.

Z drugiej strony Sąd miał na uwadze, że skutki błędu medycznego nie miały charakteru trwałego i nie wpłynęły istotnie na stan zdrowia powoda, który doznawał cierpień związanych z zakażeniem przez okres od 19 listopada 2013 r. do 30 kwietnia 2014 r. Czas trwania skutków błędu medycznego trwał ok. 5 miesięcy.

Zgodnie z art. 481 § 1 k.c., jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi.

Powód w pozwie domagał się zasądzenia odsetek od każdego z pozwanych od dnia następnego po doręczeniu odpisu pozwu – Sąd Okręgowy żądanie to uwzględnił. W niniejszej sprawie nie było kwestionowane, że powód zwrócił się do pozwanego Ubezpieczyciela z żądaniem spełnienia żądanych pozwem roszczeń pismem z 08 maja 2015 r. natomiast nie wzywał Szpitala do zapłaty. Odpis pozwu został doręczony pozwanemu Szpitalowi 11 maja 2015 r. zaś Ubezpieczycielowi 08 maja 2015 r. – w ocenie Sądu Okręgowego pozwani mieli możliwość przynajmniej w części zadośćuczynić żądaniu powoda już w dacie doręczenia odpisu pozwu, bowiem żądanie dotyczące zadośćuczynienia za zakażenie powoda jest co do zasady oczywiste do uwzględnienia zaś kwestią sporną była wysokość takiego zadośćuczynienia. Żaden z pozwanych nie wypłacił na rzecz powoda nawet częściowych kwot które by pokryły jego żądanie. Z tego względu Sąd Okręgowy uwzględnił żądanie pozwu i zasądził odsetki od dnia następnego po dniu doręczenia odpisu pozwu każdemu z pozwanych.

W związku z okolicznością, że odpowiedzialność pozwanych jest odpowiedzialnością in solidum, Sąd zastrzegł, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia z tego obowiązku drugiego z nich do wysokości spełnionego świadczenia, o czym orzeczono jak w sentencji w punkcie I.

Ze względu na opisane powyżej ustalenie braku winy po stronie Szpitala, braku błędów medycznych (diagnostycznych i terapeutycznych), braku adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy aktualnym stanem zdrowia powoda, a zarzucanymi Szpitalowi zaniechaniami, i co za tym idzie brakiem naruszeń praw pacjenta w zakresie art. 6 ust. 1 ustawy o p.p. powyżej opisane żądania powoda podlegały oddaleniu. Z tych samych przyczyn nie było podstaw do uwzględnienia roszczenia o odszkodowanie oraz o ustalenie odpowiedzialności na przyszłość – żądania te podlegały oddaleniu, o czym Sąd Okręgowy orzekł jak w sentencji w punkcie II.

Stosownie do art. 108 §1 k.p.c. Sąd jest obowiązany do rozstrzygnięcia o kosztach procesu w orzeczeniu kończącym. W przedmiotowej sprawie powód korzystał ze zwolnienia od kosztów sądowych w całości na podstawie postanowienia referendarza sądowego z 24 kwietnia 2015 r. W ocenie Sądu należało odstąpić od obciążania powoda obowiązkiem zwrotu kosztów na podstawie art. 102 k.p.c. Przepis ten urzeczywistnia zasadę słuszności i jako wyjątkowy - stanowiący wyłom w zasadzie odpowiedzialności za wynik procesu - nie podlega wykładni rozszerzającej. Nie konkretyzuje on pojęcia „wypadków szczególnie uzasadnionych”, toteż ich kwalifikacja należy do sądu, który - uwzględniając całokształt okoliczności konkretnej sprawy - powinien kierować się własnym poczuciem sprawiedliwości. Jego zastosowanie nie wymaga wniosku strony, bowiem Sąd może zastosować go z urzędu, biorąc pod uwagę zarówno fakty związane z samym przebiegiem procesu, jak i będące „na zewnątrz” procesu, zwłaszcza dotyczące stanu majątkowego i sytuacji życiowej strony. Okoliczności te powinny być oceniane przede wszystkim z uwzględnieniem zasad współżycia społecznego. W przekonaniu Sądu Okręgowego obciążenie powoda w jego sytuacji finansowej i zdrowotnej kosztami niniejszego procesu byłoby niesłuszne. Powód jest w podeszłym wieku, nie jest w pełni sprawny, wymaga rehabilitacji oraz pomocy w czynnościach dnia codziennego, opiekę nad nim sprawuje żona oraz córka i syn, kosztem własnych finansów i poświęconego czasu. Obciążenie strony powodowej kosztami procesu nie tylko pochłonęłoby zasądzoną

kwotę ale także wiązałyby się z koniecznością wyłożenia dalszych środków finansowych, których powód nie posiada. Nie można także uznać iż słuszne byłoby odziedziczenie przez jego dzieci długów względem pozwanych z tytułu kosztów procesu czy też względem Skarbu Państwa. W ocenie Sądu powód w chwili wytaczania powództwa pozostawał także w uzasadnionym przeświadczeniu o zasadności swoich żądań, dopiero zaś przeprowadzenie szeregu dowodów, doprowadziło do rozstrzygnięcia w sprawie w kształcie jak powyżej.

Z powyższych względów orzeczono jak w sentencji w punkcie III, zaś odnośnie przejęcia kosztów wynagrodzenia biegłych Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 113 ust. 1 u.k.s.c. w pkt IV wyroku.

Z tych przyczyn orzeczono jak w wyroku.

Sędzia Bożena Chłopecka