

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 listopada 2019 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie II Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący:	sędzia del. Barbara Pyz-Kędzierska
Protokolant:	Ewa Pigul

po rozpoznaniu w Warszawie na rozprawie w dniu 7 listopada 2019 r.

sprawy z powództwa A. O. (1)

przeciwko Skarbowi Państwa – Ministrowi Sprawiedliwości

o zapłatę

I. oddala powództwo;

II. nie obciąża powoda obowiązkiem zwrotu pozwanemu kosztów zastępstwa procesowego.

sędzia del. Barbara Pyz-Kędzierska

## UZASADNIENIE

Pozwem z 10 lutego 2010 r. (data stempla pocztowego k. 3) A. O. (1) wniósł o zasądzenie od pozwanego Skarbu Państwa – Ministra Sprawiedliwości w W. kwoty 90 000 zł tytułem odszkodowania i zadośćuczynienia za trwałe uszczerbek na zdrowiu, cierpienie psychiczne i fizyczne będące wynikiem powikłań wynikłych po zabiegu chirurgicznym oraz zakażenia podczas operacji gronkowcem złocistym na Oddziale Chirurgicznym (...) przy ul. (...) w W.. Powód wniósł również o zasądzenie od pozwanego zwrotu kosztów postępowania.

W uzasadnieniu wskazał, że w 2006 r., jako tymczasowo aresztowany, przebywał w Oddziale Chirurgicznym Szpitala (...) w W. przy ul. (...), gdzie został poddany operacji (...), w wyniku której doznał wielu powikłań, a w konsekwencji stwierdzono u niego wadliwie wygojone złamanie (...) i opóźniony zrost po leczeniu operacyjnym. Nadto, powód podniósł, iż stwierdzono u niego gronkowca złocistego, którym został zarażony w Areszcie. Ponadto, (pozew – k. 1-2)

Referendarz sądowy w Sądzie Okręgowym w Warszawie postanowieniem z dnia 10 czerwca 2010 r. zwolnił powoda A. O. (1) od kosztów sądowych w zakresie opłaty od pozwu (postanowienie k. 22)

W odpowiedzi na pozew Skarb Państwa – Minister Sprawiedliwości wniósł o oddalenie powództwa i o zasądzenie zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwany podniósł zarzut przedawnienia roszczenia. Ponadto, podał, że powód w żaden sposób nie wykazał, że zarażenie gronkowcem mogło nastąpić w okresie pobytu na oddziale chirurgicznym Szpitala (...), ani w innej jednostce penitencjarnej. (odpowiedź na pozew k. 34-37)

Na rozprawie z 6 grudnia 2012 r. Sąd postanowił w miejsce Ministra Sprawiedliwości oznaczyć statio fisci Skarbu Państwa właściwe do jego reprezentowania w tym postępowaniu – na Dyrektora (...) W.-M..

Powód sprecyzował swoje roszczenie i wskazał, że z tytułu odszkodowania domaga się 3 000 zł, po połowie w związku z każdym z urazów, kwoty 50 000 zł zadośćuczynienia w związku z zakażeniem gronkowcem oraz kwoty 47 000 zł zadośćuczynienia w związku z uszkodzeniem narządu ruchu.(protokół rozprawy k. 235)

Postanowieniem z dnia 23 września 2019 r. Sąd ustalił, iż statio fisci Skarbu Państwa jest Minister Sprawiedliwości. Zmiana statio fisci wynikała z likwidacji (...) W. - M. oraz tego, że należności i zobowiązania (...) przejął Minister Sprawiedliwości – zgodnie z zarządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 27 marca 2018 roku w sprawie zniesienia (...) W. – M. (Dziennik Urzędowy MS z dnia 28 marca 2018 r. poz. 157) (postanowienie k. 849).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 20 maja 2006 r. A. O. (1) w stanie nietrzeźwości (1,16 mg/l w wydychanym powietrzu) kierując pojazdem mechanicznym spowodował wypadek komunikacyjny w wyniku którego doznał obrażeń ciała. Po wypadku powód został przewieziony do Oddziału Urazowo-Ortopedycznego Szpitala (...) w L..

W okresie od 20 maja 2006 r. do 23 maja 2006 r. był hospitalizowany w Oddziale Urazowo – Ortopedycznym (...) Szpitala (...) w L. z powodu wieloodłamowego przekrętarzowego złamania prawej kości udowej, którego doznał w wypadku komunikacyjnym. Rozpoznano u niego również uraz głowy z licznymi powierzchownymi ranami okolicy czołowo-ciemieniowej, liczne otarcia skóry w okolicy klatki piersiowej, brzucha, kończyn górnych i kończyn dolnych.

W dniu 23 maja 2006 r., jako tymczasowo aresztowany, został przewieziony do Szpitala w Areszcie Śledczym W. – M. gdzie przebywał do 31 stycznia 2007r.

Po wykonaniu badań diagnostycznych powód w dniu 29 maja 2006 r. był operowany w Oddziale Ortopedycznym Szpitala (...) W.-M.. W czasie zabiegu operacyjnego dokonano u powoda repozycji złamania i zespolenia odłamów.

Złamanie przekrętarzowe zespolono gwoździem S.-P. oraz płytką M. L.. Był to dość stary rodzaj zespolenia, w tym okresie już raczej wycofywany z użytku na oddziałach urazowo-ortopedycznych, chociaż był już rzadko stosowany, to jednak był przeznaczony do stabilizacji tego rodzaju złamań. Po zespoleniu złamania zmniejszył się kąt szykowo-trzonowy. Dało to obraz miernej szpotawości stawu biodrowego. Gwóźdź S.-P. stabilizujący złamanie został wprowadzony w osi szyjki kości udowej. W późniejszym czasie u powoda wykonano zabieg naprawczy polegający na wykonaniu osteotomii korekcyjnej bliższego odcinka kości udowej, której celem było zwiększenie kąta szykowo-trzonowego, wydłużenie kończyny i poprawa biomechaniki stawu biodrowego.

Zespolenie złamania przekrętarzowego w miernym ustawieniu szpotawym szyjki kości udowej nie mieści się w kategoriach błędu medycznego. Złamanie miało złożony charakter, co mogło stwarzać obiektywne trudności w odtworzeniu naturalnych stosunków anatomicznych.

Zastosowana u powoda antybiotykoterapia w okresie okołoperacyjnym w kontekście ówczesnej wiedzy medycznej nie budziła wątpliwości. W statusach chorobowych informacja o wdrożonej antybiotykoterapii jest wystarczająca. Informacje szczegółowe (rodzaj leku, dawka, częstość stosowania, droga podania, czas leczenia) zawarte są w karcie zleceń leków. (opinia uzupełniająca (...)Uniwersytetu (...)w K. k. 798-798v)

Radiogramy potwierdziły obecność umiarkowanych zmian zwyrodnieniowych stawu kolanowego prawego, mogących być powodem dolegliwości bólowych, wysięku stawowego oraz zmniejszenia ruchomości.

14 sierpnia 2006 r. nastąpiło wygojenie przetoki (k. 73) Następnie powstał krwiak, który mimo nacięcia ponownie przekształcił się w ropną przetokę

W przebiegu pooperacyjnym wystąpiło powikłanie pod postacią zropienia krwiaka. Podczas hospitalizacji dokonano dwukrotnej ewakuacji krwiaka oraz stosowano antybiotykoterapię. (świadcstwo lekarskie o stanie zdrowia osoby pozbawionej wolności k. 147-148)

W dniu 25 czerwca 2006 r. otworzyła się przetoka w górnym biegunie świeżo wygojonej blizny – ewakuowano wydzielinę krwisto – ropną. Stosowano antybiotyki, opatrunki. Przetoka zagoiła się. (k. 77)

W dniu 18 lipca 2006 r. nastąpiło ponowne otwarcie przetoki. W znieczuleniu ogólnym oczyszczono przetokę i ropień z tkanek martwiczych i ropnych, ranę wysetonowano. Wdrożono rehabilitację kończyny dolnej prawej uzyskując mierną ruchomość kończyny. Wykonane rtg kończyny wykazało zrost kostny bez pełnej przebudowy kostnej. Utrzymał się wyciek ropny z przetoki. (dokumentacja medyczna k. 42, 66 – 84, 118-120, 134-157, 612-616, 648, 657-661, 680-694, opinia (...) Uniwersytetu (...) w K. k. 574-579v, 798-798v, 825-826)

Pismem z dnia 27 października 2006 r. skierowanym do Prokuratury Rejonowej w L. (data wpływu 4 grudnia 2006 r.) obrońca A. O. (1) w sprawie karnej zgłaszał potrzebę sporządzenia opinii na temat ewentualnych błędów lekarskich przeprowadzonej operacji (...) podejrzanego (pismo k. 50)

A. O. (1) w dniach od 21 czerwca do 6 lipca 2007 r. przebywał w Wojewódzkim Szpitalu (...) w L., na oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej. Rozpoznano u niego zakażony, opóźniony zrost złamania przekrętarzowego prawej kości udowej po leczeniu operacyjnym poza oddziałem. Zastosowano leczenie operacyjne.

W dniu 25 czerwca 2007 r. powodowi usunięto gwoździopłytki z prawej kości udowej, ziarninę zapalną, zastosowano gąbkę garamycynową. Zalecono unieruchomienie gipsowe na okres 6 tygodni, przyjmowanie leków. Powód miał zostać ponownie przyjęty do oddziału za 6 tygodni w celu oceny zrostu. (karta informacyjna – k. 246, opinia (...) Uniwersytetu (...) w K. k. 574-579v, 798-798v, 825-826)

W związku z brakiem możliwości zapewnienia powodowi optymalnego leczenia postanowieniem Sądu z 30 stycznia 2007 r. udzielono mu przerwy w odbywaniu kary pozbawienia wolności. (bezsporne)

Od 2 lutego 2007 r. do 23 lutego 2007 r. powód pozostawał pod opieką Poradni Chirurgicznej (...) w L., gdzie został przyjęty z objawami przetoki ropnej na udzie prawym.

W dniu 5 lutego 2007 r. wykonano u powoda drenaż – nacięcie i płukanie przetoki ropnej. Uzyskano poprawę stanu miejscowego oraz ustąpienie ropienia. Rozpoczęto rehabilitację kolana.

W dniach 9 lutego 2007 r., 12 lutego 2007 r., 21 lutego 2007 r., 22 lutego 2007r. wykonano badania mikrobiologiczne. Uzyskano wynik ujemny (brak wzrostu bakterii). Podczas hospitalizacji dokonano wielokrotnego płukania i ewakuacji treści ropnej z przetoki.

W dniu 22 lutego 2007 r. nie uzyskano treści ropnej i usunięto dren. Powód odbywał wizyty kontrolne w Poradni Chirurgicznej (...) w L., gdzie dokonywano płukania i ewakuacji treści ropnej, usunięto dren.

10 czerwca 2007 r. w Izbie Przyjęć Wojewódzkiego Szpitala (...) w L. u powoda dokonano nacięcia ropnia okolicy prawego biodra, ewakuowano treść ropna i skierowano powoda do Poradni Chirurgicznej.

W dniach 21 sierpnia 2007 r. do 27 sierpnia 2007 r. powód był hospitalizowany w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym Wojewódzkiego Szpitala (...) w L., gdzie został poddany antybiotykoterapii.

Powód od 5 listopada 2007 r. do 7 listopada 2007 r. został poddany ponownej hospitalizacji w ww. oddziale. Rozpoznano u niego wadliwie wygojone przezkrętarzowe złamanie prawej kości udowej po leczeniu operacyjnym poza oddziałem. Zastosowano leczenie zachowawcze. Zalecono chodzenie za pomocą lasek łokciowych, kontynuację ćwiczeń oraz dalsze leczenie w poradni ortopedycznej.

Od 13 marca 2008 r do 21 marca 2008 r. powód ponownie przebywał w Wojewódzkim Szpitalu w L. na oddziale urazowo-ortopedycznym. Rozpoznano u niego wadliwie wygojone przezkrętarzowe złamanie prawej kości udowej po leczeniu operacyjnym poza oddziałem, powikłane procesem zapalnym. W dniu 14 marca 2008r. wykonano osteotomię międzykrętarzową walgizującą kości udowej prawej, stabilizację płytą kątową i śrubami. Zalecono chodzenie za pomocą lasek łokciowych, kontynuację ćwiczeń, dalsze leczenie w poradni ortopedycznej. (dokumentacja medyczna k. 42, 66 – 84, 118-120, 134-157, 612-616, 648, 657-661, 680-694)

W związku z przewlekaniem się schorzenia 13 grudnia 2008 r. powoda skonsultowano z ortopedą - prof. D.. Zaproponował m.in. usunięcie materiału zespalającego, który podtrzymywał infekcję, mimo iż trudno było ocenić zrost złamania. (k. 206)

W dniu 1 lutego 2009 r. powód zgłosił się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego przy Al. (...) w L. z powodu dolegliwości bólowych prawego biodra i uda. Wykonano nakłucie uzyskując niewielką ilość gęstej krwi. Materiał został przesłany do badania mikrobiologicznego. W badaniu bakteriologicznym z 2 lutego 2009 r. stwierdzono obecność gronkowca złocistego wykazującego wrażliwość na większość testowanych antybiotyków. (dokumentacja medyczna k. 42, 66 – 84)

Zakażenie miejsca operowanego jest najczęściej występującym powikłaniem w chirurgii. Występuje w około 3% wszystkich procedur chirurgicznych. Do rozwoju zakażenia miejsca operowanego przyczyniając się czynniki ryzyka związane z pacjentem, ze środowiskiem sali operacyjnej, procedurą i techniką jej wykonania oraz czynniki związane z chorobą podstawową i schorzeniami towarzyszącymi. Flora bakteryjna zasiedlająca skórę pacjentów członków zespołu operacyjnego jest przyczyną zakażeń chirurgicznych w ponad 50% przypadków. Gronkowiec złocisty i gronkowce koaguloujemne są najczęstszymi przyczynami zakażeń miejsca operowanego i stwierdza się je w ok. 17-25% przypadków. Gronkowce są jednymi z najważniejszych patogenów bakteryjnych człowieka, odpowiedzialnymi za wiele chorób oraz kolonizację skóry i śluzówek. Głównym rezerwuarem gronkowca złocistego jest człowiek. Nosicielstwo występuje u 20-50% populacji. Zwiększone nosicielstwo obserwuje się u przewlekle chorych. Zwiększone ryzyko zakażeń dotyczy chorych po zabiegach chirurgicznych, z ranami oparzeniowymi, z cewnikami naczyniowymi i liniami centralnymi, z wszczepionymi biomateriałami, a także poddawanych długotrwałej antybiotykoterapii. Rezerwuarem drobnoustroju w szpitalu są zarówno pacjenci, jak i personel, zwłaszcza z gronkowcowymi zmianami skóry lub zakażeniami, a także przewlekli nosiciele (opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych k. 96-97)

W maju 2006 r. A. O. (1) był alkoholikiem i cierpiał na nadciśnienie tętnicze, co powodowało, iż należał do grupy zwiększonego ryzyka wystąpienia powikłań pooperacyjnych. Dodatni wynik posiewu rany powoda z 2 lutego 2009 r. stwierdzający obecność gronkowca złocistego wykazywał wrażliwość na testowane antybiotyki. Wynik ten jednoznacznie potwierdza, że nie jest to tzw. szczep szpitalny gronkowca. Do zakażenia powoda tym szczepem gronkowca mogło dojść w każdych okolicznościach. Mógł być to własny szczep powoda, bowiem, około 50% populacji jest nosicielami gronkowca złocistego. Na podatność zarażenia wpływa szereg czynników, tj. czynniki związane z samym pacjentem, kondycja, styl życia, higiena osobista. Nadużywanie alkoholu jest jednym z czynników, które mogą

zwiększać podatność na zakażenia, bowiem bardzo ważny jest stan pacjenta i jego odporność. Brak wzrostu bakterii w kolejnych badaniach po 8 lutego 2007 r. mógł wynikać

z wrażliwości szczepu na antybiotyki, zastosowane leczenie spowodowało zniszczenie tego gronkowca. Warunki więzienne nie mają znaczenia przy zarażeniu się gronkowcem złocistym. (opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych – k. 97, uzupełniająca ustna opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych – k. 112-113)

W dniach od 16 marca 2009 r. do 23 marca 2009 r. powód został poddany kolejnej hospitalizacji w Wojewódzkim Szpitalu w L. w Oddziale Urazów Wielonarządowych

z rozpoznaniem stanu po złamaniu przezkrętarzowym prawej kości udowej i korekcji szpotawego zniekształcenia szyjki oraz ropne zapalenie prawej kości udowej z przetoką. Zastosowano leczenie polegające na resekcji przetoki, oczyszczeniu ogniska ropnego, użyto gąbki garamycynowej. Wdrożono też leczenie farmakologiczne.

W okresie od 15 października 2009 r. do 20 października 2009 r. powód ponownie przebywał w ww. Oddziale, gdzie rozpoznano u niego wygojoną osteotomię międzykrętarzową prawej kości udowej z odczynem zapalnym wokół zespolenia. Podczas hospitalizacji dokonano u powoda usunięcia śruby i płyty kątowej z prawego uda, oczyszczono łożę po płycie z wydzieliną ropnej, założono gąbkę garamycynową.

W dniu 29 października 2009 r. powód ostatnią konsultację w Poradni Urazowo-Ortopedycznej. Podczas wizyty rozpoznano wygojoną osteotomię międzykrętarzową prawej kości udowej powikłaną procesem zapalnym. Zalecono celowaną antybiotykoterapię oraz chodzenie przy pomocy lasek łokciowych przez 6 tygodni.

W dniach 14 lutego 2016 r. do 23 lutego 2016 r. A. O. (1) przebywał

w Szpitalu Wojewódzkim w L. w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. Rozpoznano u niego ropień tkanek miękkich okolicy krętarza większego uda prawego, przebyte złamanie (...), pierwotnie leczone poza Oddziałem, przewlekłe zapalenie prawej kości udowej, inne zapalenia kości i szpiku. (dokumentacja medyczna k. 42, 66 – 84, 118-120, 134-157, 612-616, 648, 657-661, 680-694)

Wynik badania bakteriologicznego z 15 lutego 2016 r. wskazuje, że z materiału pobranego od powoda wyhodowano gronkowca złocistego. (opinia (...) Uniwersytetu(...)) w K. k. 574-579v, 798-798v, 825-826)

Powód był leczony w różnych placówkach opieki medycznej. Leczenie zachowawcze oraz operacyjne nie przynosiły efektu, powodowały stałe nawracanie tych samych dolegliwości. Dopiero zabieg usunięcia u powoda materiału zespalającego kości spowodował zakończenie ich nawrotów. Przebieg choroby prawdopodobnie nie był zwiany z zakażeniem miejsca operowanego, ale głównie z obecnością materiału zespalającego, który stymulował odczyn zapalny. Zmiany miały charakter wyłącznie lokalny, bez wpływu na pozostałe narządy powoda. (opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych – k. 95-97, 112-113)

Pozew wniesiony przez powoda i zarejestrowany pierwotnie pod sygn. akt XXIVC 367/09 w Sądzie Okręgowym w Warszawie, a następnie pod sygn. I C 481/09 w Sądzie Rejonowym dla Warszawy Mokotowa w Warszawie, zarządzeniem z dnia 18 grudnia 2009r. został zwrócony (okoliczność bezsporna, zarządzenie k. 52)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się

w aktach niniejszej sprawy, opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych (opinia główna k. 95-97, opinia uzupełniająca 112-113), opinii (...) Uniwersytetu (...)

w K.. (opinia główna k. 574-579v, opinie uzupełniające 798-798v, 825-826)

Dokumenty zgromadzone w aktach sprawy nie były kwestionowane przez żadną ze stron, Sąd również nie znalazł podstaw do ich zakwestionowania z urzędu, zatem mogły stanowić podstawę ustaleń faktycznych.

Opinie złożone w niniejszej sprawie przez biegłego z zakresu chorób zakaźnych

S. K. (k. 95-97, 112-113) są jasne i pełne, w związku z czym Sąd uznał je za miarodajne dla ustaleń faktycznych.

Podobnie, jako miarodajne dla rozstrzygnięcia sprawy Sąd ocenił opinie(...) Uniwersytetu (...) w K., bowiem są one kompletne jako, że zostały złożone na podstawie całokształtu materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie, w tym dokumentacji medycznej powoda. Ponadto, (...) w K. odpowiedział na wszystkie pytania Sądu i stron wskazując także jasne uzasadnienia swojego stanowiska.

W niniejszej sprawie został przeprowadzony również dowód z zeznań świadków W. K. (k. 637-638) oraz L. M. (k. 638) – lekarzy, którzy sprawowali opiekę medyczną nad powodem w Areszcie Śledczym. Zeznania tych świadków Sąd ocenił jako wiarygodne, bowiem są spójne wewnętrznie i korespondują z pozostałymi dowodami zgromadzonymi w sprawie w postaci dokumentacji medycznej.

W ograniczonym tylko zakresie Sąd dał wiarę zeznaniom świadka A. O. (2) – żony powoda, bowiem pozostają one w sprzeczności z pozostałymi dowodami, którym Sąd nie odmówił wiarygodności – m. in. dokumentacją medyczną. Ponadto, zeznania świadka są nielogiczne i niespójne, z jednej bowiem strony świadek zeznawała o tym jak odwiedzała powoda w Areszcie Śledczym, a z drugiej nie pamiętała sprawy karnej do której był tymczasowo aresztowany.

Zeznania powoda, w ocenie Sądu, zasługują na wiarę jedynie w zakresie w jakim znajdują potwierdzenie w pozostałych dowodach.

Jako niemiarodajną dla sprawy Sąd ocenił opinię biegłego sądowego z zakresu ortopedii S. M. (k. 174-177v, 211-212), bowiem opinia ta jest niepełna. Biegły nie odnosi się do kwestii zaliczenia powoda do grupy zwiększonego ryzyka wystąpienia powikłań pooperacyjnych ani też, na ile nieprawidłowości w leczeniu powoda miały wpływ na jego stan zdrowia. Nade wszystko nie może ująć uwadze, iż opinia ta została sporządzona została zgromadzona cała dokumentacja medyczna dot. leczenia powoda, a zatem nie odnosiła się do całokształtu okoliczności.

Niepełne są też opinie biegłych z zakresu ortopedii R. K. (k. 292-293) i S. R. (k. 357-358) jako sporządzone przed zgromadzeniem pełnej dokumentacji medycznej powoda.

Opinia Uniwersytetu (...) w K. również została oceniana przez Sąd jako niemiarodajna dla sprawy, bowiem wydana została na podstawie niepełnego materiału dowodowego. Przy wydawaniu tej opinii biegli przyjęli brak antybiotykoterapii okołoperacyjnej co, zdaniem biegłych, przyczyniło się do powstania zakażenia miejsca operowanego. Natomiast dalsze postępowanie dowodowe wykazało, że u powoda została zastosowana profilaktyka antybiotykowa (k. 435-438).

Sąd oddalił wniosek strony powodowej o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego specjalisty chorób zakaźnych, bowiem opinia sporządzona przez biegłego S. K. (2) jest jasna i pełna. Biegły odpowiedział wyczerpująco na pytania stron, zaś strona powodowa nie zgłosiła sprecyzowanych zarzutów do tej opinii.

Sąd zważył co następuje:

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

W pierwszej kolejności Sąd odniesie się do zarzutu przedawnienia podniesionego przez pozwanego jako najdalej idącego.

Rację należy przyznać stronie pozwanej, iż roszczenie powoda dochodzone w niniejszej sprawie z tytułu błędu medycznego popełnionego przy operacji (...) przedawniło się. Zdarzenie, z którym powód wiąże swoje prawo do zadośćuczynienia i odszkodowania miało miejsce w okresie przebywania powoda w Oddziale Chirurgicznym (...) W. – M. w maju 2006 r.

Stosownie do treści art. 442<sup>1</sup> § 1 kc roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem trzech lat od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i sobie obowiązanej do jej naprawienia. Okoliczność czy powód miał szczegółową wiedzę co do roszczenia z jakim wystąpił

w niniejszej sprawie nie ma znaczenia dla biegu terminu przedawnienia. Termin 3-letni biegnie od daty uzyskania informacji o szkodzie i osobie obowiązanej do jej naprawienia. Już w piśmie z dnia 27 października 2006 r. obrońca powoda – będącego wówczas podejrzanym w sprawie karnej, zgłaszał do Prokuratury Rejonowej w Lublinie potrzebę sporządzenia opinii na temat ewentualnych błędów lekarskich przeprowadzonej (...) podejrzanego (wniosek k. 50)

Terminu tego nie przerwało wniesienie pozwu 19 kwietnia 2009 r. w sprawie o sygn.

I C 481/09 (poprzednia sygn. akt XXIV C 367/09), bowiem pozew ten został prawomocnie zwrócony (k. 16 akt I C 481/09). W myśl art. 130 § 2 i 3 kpc pismo procesowe zwrócone stronie nie wywołuje żadnego ze skutków, jakie art. 123 kc wiąże z wniesieniem pisma procesowego do sądu. Zatem, pozew prawomocnie zwrócony również nie wywoła skutków prawnych m. in. w postaci przerwania biegu terminu przedawnienia.

Niezalenie od przedawnienia roszczenia powoda były nieuzasadnione ze względu na brak uchybień personelu medycznego zatrudnionego w Szpitalu (...). Istota sporu w sprawie sprowadzała się do ustalenia: czy personel medyczny Szpitala (...) przy ul. (...) w związku z hospitalizacją powoda w tym Szpitalu dopuścił się błędu medycznego, polegającego na zakażeniu powoda gronkowcem złocistym lub niezgodnym z wiedzą medyczną leczeniem operacyjnym wieloodłamowego przezkrętarzowego złamania prawej kości udowej.

Areszt Śledczy przy ul. (...) w W. prowadził na potrzeby osób pozbawionych wolności działalność leczniczą, powierzając wykonywanie zadań zatrudnionemu w nim personelowi medycznemu.

Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464 tekst jedn.) lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Podstawę odpowiedzialności pozwanego Skarbu Państwa mogły stanowić art. 415

i 416 oraz art. 430 k.c. Zgodnie z art. 430 k.c. 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. Przewidziana w art. 430 k.c. odpowiedzialność zwierzchnika za podwładnego, a więc za czyn cudzy, ma charakter obiektywny i jest odpowiedzialnością za skutek, jednak opiera się na winie podwładnego. Może ona wchodzić w grę, jeżeli szkoda została wyrządzona osobie trzeciej przez podwładnego i nastąpiło to, po pierwsze z winy podwładnego (lekarza czy też szerzej personelu medycznego) i po drugie przy wykonywaniu przez niego powierzonej mu czynności. Przesłanką odpowiedzialności odszkodowawczej jest istnienie szkody pozostającej

w normalnym związku przyczynowym z działaniem personelu medycznego, to jest obejmującej normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego wynikła.

Na pojęcie winy personelu medycznego w sytuacji błędu medycznego składa się zarówno element obiektywny w postaci naruszenia reguł prawidłowego postępowania, jak również element subiektywny w postaci przynajmniej niedbalstwa, czy też lekceważenia obowiązków. W wyroku z 30 kwietnia 1975 r. (II CR 140/75) Sąd Najwyższy wskazał również, iż do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c., nie jest potrzebne wykazanie, że osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego; wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności

i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku.

Dla oceny winy decydujące znaczenie ma miernik staranności, wzór prawidłowego postępowania wyznaczony treścią art. 355 k.c., który nakazuje zachować należytą staranność wymaganą w stosunkach danego rodzaju. Taki wzorzec winien mieć charakter obiektywny – może nim być pragmatyka, czy swoisty kodeks zawodowy. Do podobnych wniosków prowadzi cytowany na wstępie art. 4 ustawy o zawodzie lekarza. Zauważyć w tym miejscu należy, że zarówno od lekarza, jak i pozostałego personelu medycznego wymaga się staranności podwyższonej. Jak podkreślił Sąd Najwyższy w orzeczeniu z 7 stycznia 1966 roku (I CR 396/65) poza przepisami ustawy lub postanowieniami

regulaminów i okólników wiążących określonych pracowników, każdego wiąże wskazania wynikające z istoty wykonywanych funkcji czy to etyki związanej z danym zawodem. Jeżeli chodzi o zawód lekarza, to wymagania te muszą być, ze względu na daleko idące skutki jego pracy, specjalnie wysokie”.

Jeżeli więc zachowanie lekarza lub reszty personelu medycznego 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. O zawinięciu 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 wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej od lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej określonej w art. 355 § 2 k.c. (wyroki Sądu Najwyższego z 18 stycznia 2013 roku, IV CSK 431/12, Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 5 marca 2014 roku, I ACa 1274/13).

Zgodnie z art. 361 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Obowiązek naprawienia szkody spoczywa tylko na tym, kto ją wyrządził tzn. tylko wtedy, gdy określone działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu powierzonych czynności stało się przyczyną powstania szkody (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 17 października 2013 r. sygn. I ACa 594/13, Lex nr 1391906). Ciężar dowodu w zakresie wykazania zarówno istnienia szkody i związku przyczynowego między powstaniem szkody a działaniem lub zaniechaniem sprawcy szkody, a także faktu, że szkoda została wyrządzona z winy osoby pociągniętej do odpowiedzialności, spoczywa na poszkodowanym (art. 6 kc).

W ocenie Sądu powód nie wykazał zasady odpowiedzialności pozwanego Skarbu Państwa.

Jak wynika ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego zarzut powoda, że podczas zabiegu operacyjnego w dniu 29 maja 2006 r. związanego z repozycją złamania i zespolenia odłamów doszło do błędu medycznego był nieuzasadniony.

Niewątpliwie powód doznał powikłań pooperacyjnych jednak z opinii biegłych znajdujących się w aktach sprawy wynika, że powikłania te nie były wynikiem winy lekarzy zatrudnionych przez pozwanego. Jak wskazał biegły z zakresu chorób zakaźnych S. K. (2) – dopiero zabieg usunięcia u powoda materiału zespalającego kości spowodował zakończenie nawrotów dolegliwości – co wskazuje, że przebieg choroby nie był wyłącznie związany z zakażeniem miejsca operowanego, ale głównie z obecnością materiału zespalającego, który stymulował odczyn zapalny. Za takim stanowiskiem przemawia również fakt, iż w 2007 r. uzyskano ujemne posiewy bakteriologiczne.

W ocenie Sądu, w realiach niniejszej sprawy, miarodajnymi dla ustalenia przesłanek odpowiedzialności pozwanego były opinie biegłego z zakresu chorób zakaźnych oraz (...) w K., którzy po dokonaniu szczegółowej analizy dokumentacji medycznej powoda jednoznacznie stwierdzili, że powód doznał powikłań pooperacyjnych, które nie wynikały

z błędu medycznego. Zdaniem biegłego jak i (...), leczenie powoda w Szpitalu w Areszcie Śledczym, w tym leczenie operacyjne z 26 maja 2006 r. było poprawne. W czasie tego zabiegu u powoda złamanie przezkrętarzowe zespolono gwoździem S.-P. oraz płytką M. L.. Był to dość stary rodzaj zespolenia, w tym okresie już raczej wycofywany z użytku na oddziałach urazowo-ortopedycznych, chociaż był już rzadko stosowany, to jednak był przeznaczony do stabilizacji tego rodzaju złamań. Biegli wskazali, że personel medyczny tej placówki wykonał u powoda badania niezbędne do wdrożenia prawidłowego leczenia i prawidłowo wykonał repozycję.



Biegły z zakresu chorób zakaźnych jednoznacznie wskazał, iż szczep gronkowca zakażeniu jakim uległ powód nie był szczepem szpitalnym, zatem brak jest podstaw do tego, aby odpowiedzialnością za zakażenie powoda obciążać Szpital Aresztu Śledczego.

Stąd też, zdaniem Sądu, nie można podzielić podnoszonego przez powoda zarzutu o błąd medyczny popełniony przez personel medyczny Szpitala Aresztu Śledczego.

W świetle opinii ww. biegłych, w działaniu personelu medycznego tego Szpitala podczas leczenia powoda nie sposób dopatrzeć się działania niestandardowego, nieprawidłowego, czy też niezgodnego z aktualną ówczesnie wiedzą medyczną. Zwrócić należy uwagę, iż radykalne leczenie operacyjne z usunięciem dalszego zespolenia i oczyszczeniem okolicy złamania podjęto dopiero w czasie kolejnych pobyków w Oddziale Ortopedii w L. (w czerwcu 2007 r.)

Wobec braku przesłanki odpowiedzialności w postaci zawinionych nieprawidłowości w działaniu personelu medycznego oraz organizacji placówki nie mogą być uwzględnione roszczenia zgłaszane przez powoda. Przesłanką zasadności tych roszczeń jest bowiem

w pierwszej kolejności możliwość przypisania odpowiedzialności deliktowej pozwanemu.

Z powyższego wynika, że zarówno roszczenia o zadośćuczynienia jak i odszkodowanie są niezasadne.

Na marginesie wskazać należy, iż powód nie zaferował żadnego miarodajnego dowodu na okoliczność szkody poniesionej w związku z rzekomym błędem medycznym.

W konsekwencji Sąd, na podstawie przytoczonych wyżej przepisów, oddalił powództwo w całości jako nieuzasadnione.

O kosztach procesu Sąd rozstrzygnął na zasadzie art. 102 k.p.c., który stanowi, iż w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Sąd nie uwzględnił wniosku Skarbu Państwa – Prokuraturii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej o przyznanie kosztów zastępstwa procesowego i nie obciążył powoda obowiązkiem zwrotu na rzecz strony pozwanej tych kosztów. Nadto, Sąd nie obciążył powoda nieuiszczonymi kosztami sądowymi. Za takim rozstrzygnięciem, w ocenie Sądu, przemawiał charakter i okoliczności niniejszej sprawy, w związku z którymi powód, do czasu przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych, mógł być przekonany o popełnieniu przez personel Szpitala Aresztu Śledczego błędu medycznego. Ponadto, sytuacja rodzinna, finansowa i możliwości zarobkowe powoda również przemawiała za nieobciążaniem powoda kosztami procesu.

Mając na uwadze powyższe Sąd orzekł jak w punkcie II. wyroku.

Wobec powyższego orzeczono jak w sentencji.

sędzia del. Barbara Pysz-Kędzierska

## ZARZĄDZENIE

(...)

sędzia del. Barbara Pysz-Kędzierska