

Sygn. akt I C 191/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 stycznia 2016r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie I Wydział Cywilny

w składzie następującym: Przewodniczący: SSO Juliusz Ciejek
Protokolant: stażysta Aleksandra Bogusz- Dobrowolska

po rozpoznaniu w dniu 5 stycznia 2016r. w Olsztynie

na rozprawie

sprawy z powództwa P. K.

przeciwko (...) S.A z siedzibą w S.
o zapłatę

I. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 100.000 zł (sto tysięcy złotych) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 5 stycznia 2016r. do dnia zapłaty;

II. w pozostałym zakresie powództwo oddala;

III. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 5.360 zł (pięć tysięcy trzysta sześćdziesiąt) zł tytułem zwrotu kosztów procesu;

IV. nakazuje ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa (Sądu Okręgowego w Olsztynie) kwotę 6.110 zł 54 gr (sześć tysięcy sto dziesięć złotych pięćdziesiąt cztery grosze) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

Sygn. akt I C 191/13

UZASADNIENIE

Powód P. K. wniósł o zasądzenie od (...) S.A. z siedzibą w S. kwoty 100.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 10 lipca 2012 r. do dnia zapłaty oraz o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego kosztów procesu.

W uzasadnieniu swego żądania wskazał, że w dniu 7 grudnia 2010 r. przeszedł w (...) Centrum (...) w G. operację repozycji zamkniętej kości udowej z zespoleniem DHS. W trakcie zabiegu został zarażony bakterią *Escherichia coli*, która spowodowała całkowite zniszczenie kości biodrowej, wskutek czego przeszedł operację jej resekcji, a następnie wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego. Wskazał, że od operacji towarzyszył mu ogromny ból, bez przerwy przyjmował leki, z tego powodu zaprzestał jakiegokolwiek aktywności fizycznej i wyłączył się z życia towarzyskiego. Także aktywność zawodowa została przez niego tymczasowo zawieszona. Po resekcji mimo poczucia ulgi odczuwa nadal obawę przed kolejnymi operacjami, przed nieodzyskaniem sprawności (k. 3-5).

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) S.A. z siedzibą w S. wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu. Pozwany przyznał, że w grudniu 2010 r. łączyła go z (...) Centrum (...) w G. umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Pozwany zaprzeczył, aby u powoda w czasie zabiegu operacyjnego doszło do zakażenia bakterią *E.coli*. Wskazał, że w trakcie zabiegu i pobytu powoda w ubezpieczonym szpitalu zachowano wszelkie niezbędne procedury. Dodał, że na wypadek przyjęcia odpowiedzialności szpitala co do zasady, kwestionuje wysokość żądania powoda jako rażąco wygórowaną (k. 88-90).

Sąd ustalił, co następuje:

W dniu 5 grudnia 2010 r. P. K. uległ urazowi w wyniku upadku z dużej wysokości. Wymieniony po zdarzeniu został przetransportowany do (...) Centrum (...) w G..

P. K. był hospitalizowany w Oddziale Klinicznym Ortopedii C szpitala (...) w G. (obecnie (...) sp. z o.o. w G.) w dniach 5 grudnia 2010 r. do 13 grudnia 2010 r. U powoda rozpoznano złamanie przezkrętarzowe kości udowej prawej. W dniu 7 grudnia 2010 r. u powoda wykonano zabieg zamkniętej repozycji złamania i jego zespolenia typu DHS, polegającego na wprowadzeniu śruby dynamicznej dł. 100 mm w osi szyjki kości udowej oraz zespoleniu płyty trzyotworowej z trzonem kości udowej przez trzy śruby korowe. W kwestionariuszu epidemiologicznym wypełnionym przed zabiegiem nie odnotowano żadnych zdarzeń, poza szczepieniem przeciwko WZW typu B. Złamanie przezkrętarzowe kości udowej prawej było zamknięte i nie było innych czynników ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego ze strony powoda. Czas zabiegu wyniósł mniej niż 2 godziny, podczas zabiegu zastosowano okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową. Podczas zabiegu u powoda doszło do zakażenia bakterią E.coli wokół śruby umieszczonej w szyjce kości udowej. P. K. został wypisany ze szpitala w dniu 13 grudnia 2010 r. z zaleceniami dalszej rehabilitacji i chodzenia o kulach bez obciążania kończyny prawej. Powód po opuszczeniu szpitala cały czas przyjmował silne leki przeciwbólowe tj. ketonal. Ból stawał się coraz większy, samopoczucie powoda w związku z tym ulegało pogorszeniu.

(dowód: historia choroby k. 14-44, karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 13, dokumentacja medyczna k. 283, opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych k. 638-640v)

Jedynym źródłem przeniesienia bakterii E.coli na jałową śrubę szyjkową był personel (...) Centrum (...). Jest wysoce prawdopodobne, że to na skutek niedochowania należytej staranności przez personel szpitala powierzchnia śruby została podczas manipulacji przenoszenia jej na stół operacyjny skontaminowana bakteriami E.coli. Pozostałe elementy zespolenia typu DHS (tj. płytka i 3 śruby korowe) pozostały jałowe. Nie jest możliwe aby doszło do kontaminacji jałowej śruby bakteriami E.coli zasiedlającymi przewód pokarmowy powoda.

(dowód: opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych k. 638-640v)

Konsekwencją zakażenia miejsca operowanego bakterią e.coli u powoda była destrukcja głowy i szyjki kości udowej prawej oraz panewki stawu biodrowego prawego. Zniszczenia te wymagały leczenia odtwórczego z zastosowaniem implantów.

(dowód: opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych k. 638-640v)

Rutynowo przy zabiegu typu repozycji złamania i jego zespolenia typu DHS przed umyciem się do operacji personel wykonuje repozycję zamkniętą złamania na stole wyciągowym. Następnie personel idzie się myć, instrumentariuszka zakłada lekarzowi operatorowi i asystentowi jałowe ubrania,, myte są miejsca operowane stężonym alkoholem i obkładane jest pole operacyjne jałowymi serwetami. Następnie przykleja się folię antybakteryjną na odkryte pole operacyjne i wykonuje nacięcie. Po wykonaniu dojścia wprowadza się w szyjkę kości udowej drut kierunkowy i po tym drucie wiercony jest otwór na śrubę. Następnie prowadzi się śrubę doszyjkową i mocuje płytę do kości udowej za pomocą śrub korowych. Na samym końcu robi się kompresję odłamów śrubą kompresyjną. Kolejno należy przepłukać ranę, zakładany jest drenaż i szwy warstwowe. Rana i jej okolice są dezynfekowane. Zakłada się opatrunek jałowy, dopiero wtedy zdejmowane jest obłożenie jałowe i puszczany jest wyciąg pośredni.

(dowód: zeznania świadka P. R. k. 489-490)

Podczas rutynowego zabiegu DHS kontakt z ciałem pacjenta ma operator, asystent i instrumentariuszka tzw. pielęgniarka czysta. Lekarz operator i asystent myją się jałowo, sterylnie. Do obsługi urządzenia RTG przy zabiegu nie musi być trzeciego lekarza ubranego na jałowo, gdyż ta osoba nie dotyka do miejsca operowanego, a stoi za aparatem RTG, który jest zabezpieczony jałowo. Przy zabiegu bierze też udział tzw. pielęgniarka „lotna” inaczej „brudna” której rolą jest przekazywanie instrumentariuszce jałowych części, implantów, nici, gazików. Pielęgniarka

„lotna” nie ma kontaktu ze stołem operacyjnym. Gdyby pacjentowi podczas zabiegu odkleiły się elektrody to przyklejałyby je instrumentariuszka brudna. Narzędzia służące do operacji powinny być przechowywane bądź w jałowych pojemnikach bądź w jałowych opakowaniach.

(dowód: zeznania świadków R. C. k. 462-464, T. G. k. 464-465, W. Z. k. 551-552, G. M. k. 593-994)

W wypisie z rejestru zakażeń szpitalnych w oddziale ortopedii (...) Centrum (...) w 2010 r. zidentyfikowani 8 zakażeń szpitalnych typu ZMO (zakażenie miejsca operowanego). Spośród nich w 6 przypadkach przyczyną były bakterie grupy Enterobacteriaceae, a bakterię e coli zidentyfikowano trzykrotnie.

(dowód: rejestr zakażeń szpitalnych k. 392, protokół kontroli k. 393-394, 397-398, 403-404, ocena oddziału k. 395-396, ocena bloku operacyjnego k. 399-402, ocena w zakresie kontroli zakażeń k. 405-409, opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych k. 638-640v)

W dniach od 18 marca do 13 kwietnia 2011 r. P. K. przebywał w ośrodku rehabilitacji dziennej Szpitala (...) w O.. Wymieniony skarżył się na bóle stawu biodrowego. W badaniu radiologicznym opisano wówczas pełny zrost oraz zwężenie szpary stawowej stawu biodrowego prawego. U powoda rozpoznano m.in. przykurcz stawu biodrowego prawego po złamaniu przezkrętarzowym kości udowej prawej.

(dowód: karta informacyjna k. 49, historia choroby k. 259, k. 272-273, skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne k. 275-277, dokumentacja medyczna k. 278-280)

W dniach od 18 do 27 października 2011 r. powód był hospitalizowany na oddziale (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w O.. W dniu 20 października wykonano zabieg usunięcia płyty DHS i śruby korowej. W łoży po śrubie szyjkowej stwierdzono obecność ziarniny zapalnej i niewielkiej ilości ropnej wydzieliny oraz znacznego stopnia zniszczenia kostne. W pobranych z łoży po śrubie szyjkowej posiewach, izolowano bakterie Escherichia coli, które nie posiadały żadnego mechanizmu lekoodporności.

Wobec powoda wdrożono antybiotykoterapię celowaną i założono miejscowo gąbki z antybiotykiem. Mimo podjętych działań u powoda nie stwierdzono poprawy w obrazie radiologicznym i w wyniku scyntygrafii. Wobec powyższego powoda skierowano do oddziału zapaleń kości szpitala w O..

(dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 45, historia choroby k. 340, 341-345, protokół zabiegu operacyjnego k. 346, wynik badania scyntografii k. 267-268)

W dniach 5 marca do 22 marca 2012 r. P. K. przebywał na oddziale (...) (...) Publicznego Szpitala (...) w O., gdzie w dniu 19 marca przebył zabieg usunięcia stawu biodrowego prawego i ognisk zapalnych końca bliższego kości udowej prawej. W badaniu histopatologicznym tkanki maziowej stawu biodrowego stwierdzono obecność ognisk martwicy z ziarniną zmienioną zapalnie z mikromartwiakami kostnymi oraz w badaniu głowy kości udowej z szyjką, liczne ogniska osteolizy, ziarninę częściowo w stanie ropienia i martwicę. Powód wypisany został ze szpitala z licznymi zaleceniami, w tym dotyczącymi przyjmowania szeregu leków i chodzenia o dwóch kulach z częściowym obciążaniem operowanej kończyny.

(dowód: karta leczenia szpitalnego k. 60, historia choroby k. 288-297, k.314-319)

Podczas ponownej hospitalizacji na oddziale Zapaleń Kości (...) Publicznego Szpitala (...) w O. w dniach od 16 do 24 sierpnia 2012 r., powód został przyjęty na oddział z rozpoznaniem stawu wiszącego biodra prawego. Dnia 17 sierpnia wykonano zabieg alloplastyki rewizyjnej stawu biodrowego prawego (zabieg operacyjny polegający na wymianie stawu biodrowego poprzez założenie elementów endoprotezy do kości udowej).

(dowód: dokumentacja medyczna k. 298-313,321-331)

W wyniku przebytego leczenia operacyjnego złamania przezkrętarzowego kości udowej prawej powikłanego stanem zapalnym skutkującym resekcją stawu biodrowego oraz wszczęciem endoprotezy rewizyjnej u powoda powstał trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 40 %. Obecnie powód ma skróconą prawą nogę o 6 cm, chodzi we wkładce ortopedycznej wyrównującej skrócenie kończyny dolnej. Powód ma ograniczoną ruchomość czynną i bierną stawu biodrowego, rotacja zewnętrzna wynosi 30 stopni, zaś rotacja wewnętrzna jest zniesiona.

Przebyte zakażenie oraz następstwa utraty biodra spowodowały utratę zdrowia w znacznym stopniu, a skutki tego faktu są rozległe i trwałe w przyszłym życiu i funkcjonowaniu powoda. Powód musi zrezygnować z długotrwałego chodzenia z pełnym obciążeniem kończyny. Samo przebyte złamanie przezkrętarzowe kości udowej spowodowałoby uszczerbek w wysokości 20 %. Gdyby nie doszło do zakażenia bakterią E.coli najbardziej prawdopodobny przebieg leczenia nie wymagałby wszczęcia endoprotezy stawu biodrowego. Leczenie trwało by kilka miesięcy krócej (6-8) i wyeliminowane byłyby dolegliwości bólowe. Nastąpiłaby jedynie konieczność usunięcia metalu zespalającego. Nie doszło by do wyraźnego trwałego skrócenia kończyny dolnej w wyrównywaniu tego skrócenia wkładką ortopedyczną. Z chwilą uzyskania zrostu kostnego przebyty przez powoda uraz spowodowałby niewielkie ograniczenia w funkcjonowaniu kończyny bez odległych następstw tego urazu i kończyna powoda powróciłaby do pełnej sprawności. Okres pomiędzy zespoleniem kości śrubą DHS a resekcją stawu biodrowego to okres ogromnej bolesności w obrębie stawu. Powód w tym okresie nie mógł funkcjonować bez środków przeciwbólowych.

(dowód: opinia biegłego z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii k. 698-699, opinia uzupełniająca k. 791-792 v)

Przed zdarzeniem P. K. był aktywny fizycznie, grał w piłkę nożną, w koszykówkę.

(dowód: zeznania świadka W. K. k. 340v, zeznania powoda k. 782v-783v)

Przed zabiegiem z dnia 7 grudnia 2010 r. P. K. współpracował z A. S., wymienieni razem tworzyli komiks edukacyjny, za którego stronę graficzną odpowiadał powód. Po zabiegu A. S. namawiał powoda na dalszą współpracę, jednak powód nie był w stanie realizować wspólnych projektów, które wymagały pozycji stojącej typu: murale, graffiti, obrazy ścienne. W trakcie choroby A. S. od czasu do czasu zlecał powodowi wykonanie jakichś prac, które nie były terminowe.

(dowód: zeznania świadka A. S. k. 341)

Przed wypadkiem powód studiował i mieszkał w G.. W 2010 r. ukończył (...)rok życia. W marcu 2011 r. wrócił do O. do domu rodziców, gdyż nie był samodzielny i potrzebował pomocy. W lipcu 2011 r. powód obronił pracę licencjacką. Po zabiegu z dnia 7 grudnia 2010 r. powód chodził o kulach przez 17 miesięcy. Po zabiegu powód odczuwał ból, przyjmował silne środki przeciwbólowe, przez długi czas odczuwał stres związany ze strachem przed nieznanymi konsekwencjami usunięcia biodra. Martwił się czy będzie w stanie normalnie funkcjonować. Codziennosc powoda stała się monotonna, wstawał około 12, jadł śniadanie i pracował nad swoją pracą licencjacką. Powód początkowo wymagał pomocy osób trzecich przy takich czynnościach jak pranie, przygotowywanie posiłków, udanie się na wizytę do lekarza. W trakcie leczenia powód często sięgał po alkohol, gdyż znajdował w nim ukojenie, alkohol wywoływał efekt znieczulający. Stan psychiczny P. K. poprawił się po resekcji biodra. Do pełnej samodzielności powód wrócił około 3 miesiące po wszczęciu endoprotezy. Powód nie wrócił do dawnej sprawności fizycznej. Nie może grać w piłkę, biegać, skakać. Obecnie wymieniony jeździ na rowerze, pływa krótkie dystanse. W 2013 r. powód wyjechał do W., gdzie kontynuuje studia w systemie wieczorowym. P. K. pracuje obecnie jako grafik kreatywny w W.. W sumie powód po zdarzeniu z dnia 5 grudnia 2010 r. przeszedł 4 operację biodra. Po operacjach zostały mu blizny – 25 i 13 centymetrów, które są umiejscowione w okolicy prawego biodra i pośladka.

(dowód: zeznania powoda k. 782v-783v)

Powód posiada orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności do dnia 28 lutego 2013 r. wydane w dniu 8 lutego 2012 r.

(dowód: kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności k. 48)

W funkcjonowaniu powoda nie ma przesłanek do rozpoznania zaburzeń psychicznych, dekompensacji emocjonalnych, zaburzeń koncentracji i uwagi. Powód w dalszym ciągu odczuwa poczucie krzywdy spowodowane efektami leczenia. Martwi się, że nie może wrócić do pełnej sprawności oraz, że ograniczenia mają charakter trwały. W sferze aktywności psychicznej powoda nie zaszły istotne zmiany, zdarzenie z dnia 7 grudnia 2010 r. i jego konsekwencje nie wpłynęły na zmianę cech jego osobowości.

(dowód: opinia psychologiczno-sądowa k. 741-749)

W grudniu 2010 r. (...) S.A. w S. łączyła z (...) Centrum (...) w G. umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej stwierdzona polisą nr (...).

(bezsporne, nadto: kserokopia polisy k. 112)

Powód dokonał zgłoszenia szkody za pismem z dnia 6 czerwca 2012 r. Zgłoszenie szkody obejmowało opis podstawy faktycznej żądania oraz wnioski o wszczęcie postępowania likwidacyjnego i wypłatę świadczenia tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Do zgłoszenia dołączono kserokopie dokumentacji medycznej powoda. Przedmiotowe pismo pozwany otrzymał w dniu 16 czerwca 2012 r.

(bezsporne, nadto: pismo z dnia 6 czerwca 2012 r. k. 115-116)

W odpowiedzi na zgłoszenie szkody pozwany w piśmie z dnia 29 czerwca 2012 r. wniósł o sprecyzowanie i udokumentowanie roszczenia przez powoda.

W piśmie z dnia 13 lipca 2012 r. pełnomocnik powoda wskazał, że wysokość zadośćuczynienia P. K. szacuje na kwotę około 150.000 zł, zaś trwały uszczerbek na zdrowiu lekarze oceniają na minimum 65 %. Pismo to wpłynęło do pozwanego w dniu 18 lipca 2012 r.

(bezsporne, nadto: pismo z dnia 29 czerwca 2012 r. k. 214, pismo z dnia 13 lipca 2012 r. k. 111)

Pismem z dnia 9 sierpnia 2012 r. pozwany poinformował powoda, że nie znajduje podstaw do przyjęcia odpowiedzialności cywilnej po stronie ubezpieczonego, a w konsekwencji ubezpieczyciela. Powód odwołał się od powyższej decyzji i wniósł o ponowne rozpatrzenie sprawy. Przedmiotowe odwołanie nie zostało uwzględnione.

(bezsporne, nadto: pismo z dnia 9 sierpnia 2012 r. k. 103-105, pismo z dnia 24 sierpnia 2012 r. k.101, pismo (...) k. 95-97)

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo w zakresie żądania głównego zasługiwało w całości na uwzględnienie. Jedynie w zakresie żądania odsetkowego powództwo zostało częściowo oddalone.

Przed przystąpieniem do merytorycznej oceny powództwa należy przede wszystkim zauważyć, że w uzasadnieniu pozwu pełnomocnik powoda nie określił podstawy prawnej dochodzonego żądania. Podnosił jedynie, że w trakcie pobytu w szpitalu dopuszczono się zaniedbań skutkujących zakażeniem go bakterią E. coli, co spowodowało całkowite zniszczenie stawu biodrowego.

Sąd nie jest związany podaną przez strony podstawą prawną roszczenia, dokonując samodzielnej oceny zgłoszonych roszczeń pod kątem prawnym w oparciu o przytoczone fakty. Podstawa faktyczna powództwa indywidualizuje żądanie i wyznacza jego granice, natomiast inna kwalifikacja prawna przedstawionego pod osąd roszczenia zgodnie z zasadą da mihi factum dabo tibi ius nie jest naruszeniem art. 321 k.p.c. (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 18 sierpnia 2011r., sygn. akt I CSK 44/11, LEX nr 1164717).

W pierwszej kolejności należy podkreślić, iż w realiach niniejszej sprawy podstawę prawną odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego jako ubezpieczyciela Szpitala stanowi przepis art. 471 k.c. w zw. z art. 474 i art. 822 k.c. przy zbiegu z odpowiedzialnością deliktową. Stosunek świadczenia zdrowotnego ma bowiem charakter zobowiązaniowy w związku z instytucją obligatoryjnego ubezpieczenia zdrowotnego, z którym wiąże się m. in. obowiązek świadczenia opieki zdrowotnej. Świadczeniodawca usług z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, jako kontrahent Narodowego Funduszu Zdrowia, ponosi odpowiedzialność cywilnoprawną w razie wyrządzenia pacjentowi szkody przy udzielaniu tych usług. Do jego odpowiedzialności stosuje się zatem reżim kontraktowy, co wynika z natury i charakteru zobowiązaniowego stosunku opieki zdrowotnej między świadczeniodawcą a pacjentem. Między pacjentem korzystającym z usług samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej a tym zakładem świadczącym określoną usługę dochodzi w drodze czynności konkludentnych do zawarcia umowy. Z reguły jest to umowa o świadczenie usług, do której – zgodnie z art. 750 k.c. – stosuje się odpowiednio przepisy o zleceniu. Lekarz, który faktycznie wykonuje zabieg lub świadczy inny rodzaj usługi, nie ponosi kontraktowej odpowiedzialności za jego skutki w stosunku do zamawiającego, tj. pacjenta zakładu opieki zdrowotnej. Z mocy art. 474 k.c. odpowiedzialność tę ponosi wyłącznie właściciel niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej lub wyposażony w osobowość prawną samodzielny zakład opieki zdrowotnej, który zawarł z pacjentem umowę o wykonanie zabiegu leczniczego. Lekarz i inny personel medyczny są osobami, którymi zakład opieki zdrowotnej się posługuje i za którą ponosi pełną odpowiedzialność jak za własne działania i zaniechania. Niejednokrotnie przecież pacjent nie wie nawet, jakie stosunki prawne łączą lekarza z zakładem opieki zdrowotnej i ma wówczas prawo sądzić, że zawiera umowę tylko z zakładem, a lekarz jest wykonawcą zobowiązań zakładu, w szczególności w sytuacji, gdy w relacjach z pacjentem występuje tylko zakład opieki zdrowotnej, np. stosując karty choroby lub leczenia szpitalnego z oznaczeniem tego właśnie zakładu.

Poza tym należy zwrócić uwagę na fakt, że szkoda na osobie, niezależnie od tego, czy powstała wskutek niewykonania czy nienależytego wykonania zobowiązania, jest jednocześnie czynem niedozwolonym, dlatego też podstawą odpowiedzialności pozwanego jest zbieg odpowiedzialności deliktowej i kontraktowej (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 6 lutego 1963r., sygn. akt II CR 96/62, OSNC 1964/5/95). Nienależyte wykonanie zabiegu medycznego, sprzeczne z zasadami sztuki lekarskiej, stanowi jednocześnie czyn niedozwolony, rodzący odpowiedzialność na podstawie art. 415 k.c. lub art. 430 k.c. Trzeba bowiem pamiętać, że zgodnie z art. 443 k.c. okoliczność, że działanie lub zaniechanie, z którego szkoda wynikła, stanowiło niewykonanie lub nienależyte wykonanie istniejącego uprzednio zobowiązania, nie wyłącza roszczenia o naprawienie szkody z tytułu czynu niedozwolonego, chyba że z treści istniejącego uprzednio zobowiązania wynika co innego.

Powyższe uwagi prowadzą do wniosku, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność za działania lub zaniechania lekarzy i personel medyczny, którym na podstawie umowy cywilnoprawnej powierzył wykonanie zabiegu lub innej usługi medycznej.

Trzeba przy tym podkreślić, że Sąd Najwyższy dopuścił możliwość żądania zadośćuczynienia w ramach reżimu kontraktowego, pomimo iż służy ono wyrównaniu szkody o charakterze niemajątkowym. W wyroku z dnia 9 sierpnia 2005r. (sygn. akt IV CK 69/05, LEX nr 371781) stwierdzono, że przy pojmowaniu szkody każdego uszczerbku w dobrach prawem chronionych, w tym w dobrach o charakterze niemajątkowym, można rozważać także kontraktową odpowiedzialność za szkody niemajątkowe. Odnosi się to zwłaszcza do pewnych typów umów, w tym także umów o świadczenie usług medycznych. Natomiast bez znaczenia będzie, czy są to umowy kreujące zobowiązanie starannego działania, a nie zobowiązanie rezultatu. Tym samym w przypadku umów o świadczenie usług medycznych możliwe jest dochodzenie na podstawie przepisów o nienależytym wykonaniu zobowiązań także roszczeń za szkodę niemajątkową.

Oczywistym jest, że do przyznania odszkodowania lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, rozumianą jako szkodę niemajątkową na osobie, spełnione być muszą podstawowe przesłanki pozwalające na przypisanie odpowiedzialności podmiotowi, która jest do jej naprawienia zobowiązana. Przyjęcie kontraktowej odpowiedzialności za szkodę powstałą przy świadczeniu usług medycznych powoduje odmienny rozkład ciężaru dowodu. Na dochodzącym odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu nienależytego wykonania zobowiązania – zgodnie z regułą określoną w art. 6 k.c. – spoczywa obowiązek wykazania trzech okoliczności – po pierwsze, że doszło do nienależytego

wykonania zobowiązania z umowy o świadczenie usług medycznych, po drugie, że na skutek nienależytego wykonania zobowiązania powstała szkoda, a po trzecie, że między faktem nienależytego wykonania zobowiązania a poniesioną szkodą zachodzi związek przyczynowo-skutkowy.

Podstawową okolicznością, za którą szpital może ponieść odpowiedzialność jest – zgodnie z art. 472 k.c. – niezachowanie należytej staranności. Jednocześnie należy pamiętać, iż przepis art. 471 k.c. przewiduje domniemanie, że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które dłużnik ponosi odpowiedzialność, a więc okoliczności powstałych najczęściej z jego winy lub niedołożenia należytej staranności przez osoby, za które ponosi on odpowiedzialność. Dla zwolnienia się zatem od odpowiedzialności dłużnik winien obalić to domniemanie przeciwdowodem, czyli poprzez wykazanie, że niewykonanie lub nienależyte wykonanie nastąpiło z przyczyn, za które nie ponosi odpowiedzialności.

W przedmiotowej sprawie Sąd badał czy w szpitalu, który posiadał umowę ubezpieczenia z pozwanym, doszło do zakażenia powoda bakterią E.coli, gdyż powyższe miało zasadnicze znaczenie dla rozstrzygnięcia przedmiotowej sprawy. W świetle utrwalonej judykatury nie było konieczności udowodnienia zawinienia ze strony konkretnej osoby, za którą odpowiedzialność ponosi szpital, lecz wystarczyło wykazanie tzw. winy organizacyjnej, przejawiającej się np. w zaniedbaniach w zakresie organizacji, bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym w stosunku do standardów, jakich wymagał stan pacjenta i zasady wiedzy medycznej. Oczywistym jest nadto, że konieczne było przy tym wykazanie, że to właśnie wskutek zaniedbań w tym zakresie powstało lub zwiększyło się ryzyko zakażenia (por. m.in. wyroki SN z 25-01-2001 r., IV CKN 232/00, Lex nr 52527, z 11-05-2005 r., III CK 652/04, Lex nr 151668).

W ocenie Sądu Okręgowego powód wykazał, że z najwyższym prawdopodobieństwem doszło do zakażenia go bakterią E.coli w związku z wykonywanym w dniu 7 grudnia 2010 r. zabiegiem zamkniętej repozycji złamania i jego zespolenia typu DHS w szpitalu, który był ubezpieczony w pozwanym Towarzystwie.

Powyższa konstatacja wynika z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych, hepatologii i epidemiologii szpitalnej. Przedmiotowa opinia jest pełna (udziela odpowiedzi na wszystkie postawione biegłemu pytania), jasna (w sposób zrozumiały wskazuje uzasadnienie wniosków końcowych), a przez to są merytorycznie zasadna.

Przedmiotowa opinia była negowana przez pozwanego początkowo jedynie w zakresie dotyczącym ustalonego przez biegłego trwałego uszczerbku na zdrowiu u powoda. Zasadniczych zatem wniosków opinii, a odnoszących się stwierdzonego przez biegłego wysokiego prawdopodobieństwa zakażenia powoda bakterią E.coli podczas zabiegu w dniu 7 grudnia 2010 r. w terminie zakreślonym stronom na ustosunkowanie się do opinii, nie negowała żadna ze stron procesu.

W przedmiotowej opinii biegły w sposób klarowny opisał tok myślowy, poparty odpowiednimi dowodami, który doprowadził go do ostatecznych wniosków sformułowanych w opinii. Wywód biegłego jest logiczny, jasny i znajduje oparcie w jego fachowej wiedzy. Biegły podał, iż zgodnie z definicją zakażenia szpitalnego Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób głębokie zakażenie miejsca nacięcia należy rozpoznać wówczas gdy objawy zakażenia pojawiły się w ciągu 30 dni po zabieg operacyjnym, jeżeli nie wszczepiono implantu lub w ciągu jednego roku, jeśli użyto implantu. U powoda objawy pojawiły się po 30 dniach od zabiegu ale przed upływem roku. Tym samym spełnione zostały kryteria zakażenia szpitalnego czyli zakażenia związanego z opieką szpitalną, ponieważ w leczeniu powoda zastosowano implant.

Biegły szczegółowo wyjaśnił z jakich względów uznał, że oprócz zakażenia szpitalnego nie było innych czynników ryzyka wystąpienia tego zakażenia ze strony pacjenta ani ze strony szpitala. W sposób jasny krok po kroku wskazał w opinii na podstawie których badań, wyników powoda doszedł do przekonania, iż jedynie śruba szyjkowa użyta przy zabiegu była skontaminowana bakteriami E.coli, co z kolei w konkluzji doprowadziło go do przekonania, iż istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zabiegiem repozycji wykonanym w ww. szpitalu a zakażeniem bakteryjnym kości udowej prawej. Jednocześnie biegły wskazał, że izolowane z rany bakterie E.coli nie posiadały żadnego mechanizmu lekoodporności i trudno je zaliczyć do flory szpitalnej. Nie było też możliwe, aby do kontaminacji jałowej śruby bakteriami E.coli doszło przez te bakterie zasiedlające przewód pokarmowy powoda. Powyższe znajduje oparcie

w zeznaniach świadków w osobach lekarzy i instrumentariuszy biorących udział w zabiegu, a także w protokołach procesów sterylizacji narzędzi używanych w dniu 6 i 7 grudnia 2010 r. Ostatecznie biegły w sposób jednoznaczny wskazał, że w tak ukształtowanych okolicznościach jedynym możliwym źródłem przeniesienia bakterii E.coli na jałową śrubę szyjkową był personel szpitala. Jest wysoce prawdopodobnie, że to na skutek niedochowania należytej staranności przez personel powierzchnia śruby została podczas manipulacji przenoszenia jej na stół operacyjny skontaminowana bakteriami E.coli. Za argumentem tym przemawia także nietypowy rozkład procentowy zakażeń typu ZMO w oddziale szpitala w 2010 r., co zdaniem biegłego, wskazuje jako przyczynę tych zakażeń szpitalnych niedociągnięcia personelu w przestrzeganiu higieny rąk. Zarazem biegły wskazał, że trudno ustalić dokładnie w jakich okolicznościach doszło do zainfekowania jałowej śruby, niemniej przyczyna był przypadkowy kontakt tej śruby z powierzchnią skolonizowaną bakteriami E.coli. O przypadkowości świadczy zaś fakt, że pozostałe elementy zespolenia tj. płytki i trzy śruby korowe nie uległy skażeniu bakteryjnemu. Przy tym, co istotne, biegły dodał, że prawidłowość wypełnienia kwestionariusza przez powoda przed zabiegiem nie miała żadnego znaczenia ponieważ u P. K. nie występowały czynniki podwyższające ryzyko wystąpienia zakażenia szpitalnego.

Kwestionowany przez pozwanego procentowy uszczerbek określony przez tego biegłego na 60% nie miał w gruncie rzeczy znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy w tym sensie, że nie zaważył on na ostatecznie przyjętej przez Sąd wysokości zadośćuczynienia. To samo tyczy się ujawnionej rozbieżności między opinią ww. biegłego a opinią biegłego z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii. Ostatecznie jak wynika z opisanego wyżej stanu faktycznego Sąd doszedł do przekonania, że bardziej merytoryczna i tym samym wiarygodna w zakresie dotyczącym powstałego u powoda trwałego uszczerbku na zdrowiu jest opinia biegłego z zakresu chirurgii i ortopedii. Powyższe wynika jedynie z faktu, że w tym zakresie opinia ww. biegłego jest pełniejsza, albowiem biegły S. D., oprócz zapoznania się z dokumentacją medyczną powoda przeprowadził także jego badanie. Ten czynnik czyni ową opinię w tym zakresie bardziej wiarygodną. Podkreślenia jednak wymaga, iż przy ocenie jaka kwota należna jest osobie poszkodowanej z tytułu zadośćuczynienia uszczerbek na zdrowiu stanowi tylko jeden z czynników, na podstawie których tej oceny się dokonuje.

Kolejno wskazać należy, iż zarzuty do przedmiotowej opinii w pozostałym zakresie zostały podniesione przez pozwanego już po upływie wyznaczonego przez Sąd terminu. Zarzuty te (sformułowane w piśmie z dnia 22 kwietnia 2015 r. k. 689-690), wobec jednoznaczności wniosków końcowych opinii i logiczności tych wniosków są całkowicie bezzasadne. Stąd też, Sąd na podstawie art. 217 § 3 k.p.c. wniosek o dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii biegłego z zakresu hepatologii i epidemiologii oddalił. Dodatkowo wskazać należy, że usprawiedliwieniem dla opieszałości pozwanego w zgłaszaniu zarzutów do opinii i wnioskowaniu dowodów nie może być fakt braku stałej współpracy z lekarzami specjalizacji zakaźnej. Powyższe nie zasługuje na uwzględnienie tym bardziej, że pozwany nie wnosił nawet o zakreślenie mu dłuższego terminu do ustosunkowania się do opinii.

W rezultacie, w ocenie Sądu, powód wykazał istnienie łańcucha poszlak prowadzącego do niepodważalnej konkluzji, że do zakażenia doszło na skutek niedochowania należytej staranności przez personel szpitala.

O zawinionym zaniechaniu świadczy też wystąpienie w tej placówce w 2010 r. aż 8 zakażeń szpitalnych typu zakażenia miejsca operowanego (ZMO). Spośród nich aż w 6 przypadkach przyczyną były bakterie grupy Enterobacteriaceae. Jak to podkreślił biegły „... nietypowy rozkład procentowy zakażeń ZMO w oddziale jest powodem do niepokoju i wskazuje jako przyczynę niedociągnięcia personelu w przestrzeganiu higieny rąk.” (k.640).

Statuuje to odpowiedzialność odszkodowawczą szpitala, a w konsekwencji pozwanego jako jego ubezpieczyciela.

Zgodnie z postanowieniami art. 822 przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody, będące następstwem przewidzianego w umowie zdarzenia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia. Uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela.

Wobec przesądzenia kwestii odpowiedzialności pozwanego co do zasady, konieczne stało się omówienie wysokości należnego zadośćuczynienia.

Na podstawie art. 445 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Kwestią sporną nie jest samo roszczenie o zadośćuczynienie, mające swe podstawy prawne w art. 445 §1 k.c., ale wysokość tego roszczenia.

W wyniku przeprowadzonego postępowania dowodowego udowodniono fakt uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia powoda i określono na 40% trwałe uszczerbek na zdrowiu. Ze względu na niewymierność krzywdy określenie wysokości zadośćuczynienia pozostawił ustawodawca uznaniu sędziowskiemu, aczkolwiek przy uwzględnieniu wypracowanych przez orzecznictwo Sądu Najwyższego kryteriów. Kryteria istotne przy ustalaniu "odpowiedniej" sumy zadośćuczynienia to: rodzaj naruszonego dobra, zakres i rodzaj rozstroju zdrowia, czas trwania cierpień, wiek pokrzywdzonego, intensywność ujemnych doznań fizycznych i psychicznych, rokowania na przyszłość, stopień winy sprawcy (wyrok SN z dn. 20.04.2006r., sygn. akt IV CSK 99/05, publ. LEX nr 198509)

W ostatnim czasie w judykaturze podkreśla się jednak, iż stopa życiowa ma uzupełniający charakter w stosunku do kwestii zasadniczej, jaką jest rozmiar szkody niemajątkowej. Powołanie się na nią przez Sąd przy ustalaniu zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, nie może prowadzić do podważenia kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 stycznia 2004 r., sygn. akt I CK 131/03). Zasada umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia nie może również oznaczać przyzwolenia na lekceważenie takich bezcennych wartości jak zdrowie czy integralność cielesna, a okoliczności wpływające na określenie tej wysokości, jak i kryteria ich oceny muszą być zawsze rozważane indywidualnie w związku z konkretną osobą poszkodowanego i sytuacją życiową, w której się znalazł (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007r., sygn. akt I CSK 384/07, LEX nr 351187).

Istotą zadośćuczynienia jest złagodzenie doznanej przez poszkodowanego krzywdy, które przedstawiać winno wartość ekonomicznie dla poszkodowanego odczuwalną a jednocześnie adekwatną do jej rozmiarów. Z jednej strony zadośćuczynienie musi przedstawiać wartość ekonomicznie odczuwalną, z drugiej zaś powinno być utrzymane w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej. Należy podkreślić, iż przy przyjęciu, że w ramach odpowiedzialności kontraktowej dopuszczalne jest dochodzenie zadośćuczynienia za doznaną szkodę na osobie, zasadne jest odwołanie się do kryteriów, w oparciu o które jest ono zasądzane na podstawie przepisów o czynach niedozwolonych. W myśl przyjętego w doktrynie i ugruntowanego w orzecznictwie Sądu Najwyższego poglądu, zadośćuczynienie określane na podstawie art. 444 § 1 k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c. winno mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny. Jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać wartość ekonomicznie odczuwalną. Zadośćuczynienie powinno być środkiem pomocy dla poszkodowanego i pozostawać w odpowiednim stosunku do rozmiaru krzywdy i szkody niemajątkowej. Na krzywdę poszkodowanego składają się z kolei cierpienia fizyczne w postaci bólu i innych dolegliwości oraz cierpienia psychiczne polegające na ujemnych uczuciach przeżywanych bądź w związku z cierpieniami fizycznymi, bądź w związku z następstwami uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, zwłaszcza trwałymi i nieodwracalnymi. Kwota zadośćuczynienia nie może być jednak nadmierna, winna być należycie wyważona i utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 kwietnia 1985 r., sygn. akt II CR 94/85). Tak więc z jednej strony zadośćuczynienie musi przedstawiać wartość ekonomicznie odczuwalną, z drugiej zaś powinno być utrzymane w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej. Pogląd, że zadośćuczynienie powinno być umiarkowane, zapoczątkowany wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 24 czerwca 1965 r., I PR 203/65, podtrzymywany w późniejszym orzecznictwie, zachował aktualność również w obecnych warunkach społeczno-ekonomicznych. Zasada umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia trafnie łączy wysokość zadośćuczynienia z wysokością stopy życiowej społeczeństwa, gdyż zarówno ocena, czy jest ono realne, jak i czy nie jest nadmierne, pozostawać musi w związku z poziomem życia (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 września 2002 r., sygn. akt IV CKN 1266/00).

Ustalając wysokość zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, Sąd miał przede wszystkim na uwadze, konkluzję wywiedzioną z opinii biegłego A. K.. Rażące i powtarzające się braki organizacyjne w zakresie przestrzegania zasad higieny i dezynsekcji rąk personelu oddziału zniweczyły trud całego zespołu operacyjnego. Powód – młody sprawny człowiek utracił szansę na zdrowe i pełne życie, na perspektywę powrotu do normalnego i aktywnego życia. Przeszedł bardzo bolesną, kilkunastomiesięczną drogę, w której biegły ortopeda jego cierpienia jako ogromnie bolesne. Jak to wynika z opinii biegłego psychologa, w dalszym ciągu odczuwa poczucie krzywdy spowodowane efektami leczenia. Biegły ortopeda wyszacował aktualny uszczerbek na zdrowiu powoda na 40 % , przy przyjęciu, że i tak doznany uraz (gdyby nie doszło do zakażenia) dałby uszczerbek na poziomie 20 %.

Ustalając aktualny stan powoda nie sposób dokonać tego poprzez tylko arytmetyczne porównanie obu wielkości. 20 % uszczerbek nie niósł konieczności przeprowadzenia endoprotezoplastyki, nie powstałby staw wiszący, nie rodziłby skrócenia kończyny i innych negatywnych perspektyw dla stanu zdrowia powoda i jakości jego życia.

Biegły ortopeda S. D. w sposób wyczerpujący w opinii i przesłuchaniu go na rozprawie odpowiedział na wszystkie istotne dla potrzeb rozstrzygnięcia kwestie. Sąd przyjął za biegłym zakaźnikiem A. K., że doszło w przypadku powoda do zrostu kości. Twierdzenia biegłego D., co do tej okoliczności były tu nieistotne, albowiem nie było to przedmiotem pytań postawionych temu biegłemu i kwestii tej on nie badał. Zgodnie z tezą dowodową miał ocenić aktualny stan zdrowia powoda i różnice gdyby doszło do prawidłowego wygojenia się nogi bez zakażenia. W sprawie mechanizmu i przyczyn zakażenia wypowiadał się zakaźnik i na jego wnioskach Sąd oparł się w tym przedmiocie.

Z tej przyczyny oddalono pytania pozwanego skierowane do ortopedy, celem obejścia skutków sprekludowania zastrzeżeń do zakaźnika. Oddalono też wnioski pełnomocnika powoda o dopuszczenie dowodu z opinii innego ortopedy jako nieistotne dla rozstrzygnięcia i zmierzające do przewleczenia postępowania jak i wnioski pozwanego o uzupełniające przesłuchanie biegłego K..

Mając powyższe na uwadze oraz uwzględniając fakt, że stan zdrowia powoda na skutek zawinionego niedbalstwa placówki medycznej, która miała przynieść mu pomoc, a doprowadziła go do trwałego poważnego kalectwa, Sąd uznał, że kwotą, która winna w pełni zaspokajać uzasadnione roszczenie z tytułu należnego mu zadośćuczynienia za doznaną w następstwie zaniedbań w trakcie operacji krzywdę, jest kwota 100.000 złotych. W realiach niniejszej sprawy oszacowanie krzywdy powoda było niezmiernie trudne. Z jednej strony powód utracił możliwość prowadzenia normalnego życia i perspektywy dla jego dobrostanu w przyszłości są dość ponure. Perspektywy, które z uwagi na młody wiek powoda byłyby dość dobre gdyby nie owo zakażenie. Ustalone zadośćuczynienie – w ocenie Sądu – jest rozsądnym kompromisem między rozmiarem krzywdy doznanej przez powoda a stopniem zawinienia placówki medycznej. Uwzględnia też swoistą powtarzalność tych uchybień ze strony Szpitala. Kwota ta będzie jednocześnie stanowiła dla powoda realną pomoc, rekompensującą doznane krzywdy. Tak określone zadośćuczynienie jest, zdaniem Sądu, należycie wyważone i pozostaje w odpowiedniej relacji do aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa i do poniesionej przez powoda szkody niemajątkowej. Dlatego też Sąd zasądził od pozwanego ubezpieczyciela Szpitala na rzecz powoda powyższą kwotę na podstawie art. 822 w zw. z art. 471 k.c. w zw. z art. 474 k.c. Oczywiście ustalony stan faktyczny pozwala na oparcie rozstrzygnięcia i na podstawie art. 822 k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. i art. 415 k.c.).

Odsetki od zasądzonej tytułem zadośćuczynienia kwoty 100.000 złotych orzeczono od daty zamknięcia rozprawy to jest 5 stycznia 2016 r. Nie było podstaw do zasądzenia odsetek od daty 10 lipca 2012 r. jak chciał tego powód. Aby ustalić zasadę odpowiedzialności pozwanego i wysokość należnego powodowi roszczenia konieczne było przeprowadzenie dowodu z przesłuchania świadków i opinii wbiegłych oraz zeznań samego powoda. Pełna ocena zasadności żądania była więc możliwa dopiero na datę zamknięcia rozprawy. Z tego względu Sąd przyjął , że dopiero od tej daty pozwany znalazł się w opóźnieniu i dlatego dopiero od tego dnia zasądzono odsetki od przyznanego zadośćuczynienia. Dalej idące roszczenie odsetkowe Sąd oddalił, o czym orzekł jak w pkt. II sentencji wyroku.

Na podstawie art. 100 k.p.c. tytułem zwrotu kosztów Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda całość poniesionych przez niego kosztów to jest kwotę **5.360** zł, uznając, że powód uległ tylko co do nieznaczącej części swego żądania.

Powód wygrał sprawę w 100%, co do żądania głównego, a przegrał jedynie co do części odsetek.

Na sumę wydatków niezbędnych do celowych kosztów procesu składają się: uiszczona część opłaty sądowej od pozwu – 400 zł, wynagrodzenie pełnomocnika procesowego 3.600zł, zaliczki uiszczone w toku procesu - 1.360 zł (160+400+400+400). Należy tu zaznaczyć, że Sąd nie znalazł podstaw do uwzględnienia spisu kosztów złożonego przez pełnomocnika powoda (k.781). Niniejsza sprawa jest typową sprawą związaną z zakażeniami szpitalnymi i nie wymagała jakichś szczególnych czy też precedensowych analiz. Z tego względu przyznano wynagrodzenie pełnomocnika powoda w stawce podstawowej.

Z uwagi na zakres zwolnienia powoda od kosztów procesu, i częściowe pokrycie wydatków zaliczkowo przez Skarb Państwa do rozliczenia pozostała kwota brakującej części opłaty sądowej - **4.600 zł** i niepokryte zaliczkami wydatki na opinie biegłych, koszt dokumentacji i stawianictwa świadka – **1.510 zł 54 gr** (suma wszystkich wydatków = 3.943,70 zł – zaliczki wpłacone przez powoda 1.360 zł – zaliczki wpłacone przez pozwanego 1.073, 20 zł)

Kosztami w tej części obciążono pozwanego, jako stronę przegrywającą proces, nakazując ściągnąć je od niego na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych kwotę **6.110 zł 54 gr**.