

UZASADNIENIE

W dniu 25 kwietnia 2017 r. E. K. wystąpiła przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) im. (...) w Ł. – (...) Szpital (...) o zapłatę kwot: 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia, 10.000 zł tytułem odszkodowania za skutki błędu medycznego - zakażenia gronkowcem, wraz z odsetkami od tych kwot od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty. Ponadto wystąpiła o zasądzenie renty miesięcznej po 1.000 zł, płatnej z góry od dnia wniesienia pozwu.

(pozew k. 2, uzupełnienie pozwu k. 14).

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powódki kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według nom przepisanych. Ponadto wniósł o wezwanie do udziału w sprawie (...) S.A. w W., Oddział w Ł.. Pozwany nie negował faktu wystąpienia u powódki podczas hospitalizacji sepsy gronkowcowej, jednak podniósł, iż zakażeniu sprzyjały zaniedbania higieniczne powódki i jej niezdyscyplinowanie podczas przebywania na oddziale szpitalnym (odpowiedź na pozew k. 19-21).

W dniu 04 sierpnia 2017 r. powódka sprecyzowała i rozszerzyła żądanie w zakresie odsetek, domagając się odsetek ustawowych za opóźnienie od kwot dochodzonych pozvem od dnia 01 lutego 2017 r. Ponadto wystąpiła o zasądzenie od pozwanego zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według nom przepisanych (pismo procesowe k. 39-42).

Na rozprawie w dniu 03 października 2019 r. pozwany wniósł o oddalenie powództwa po jego sprecyzowaniu (protokół rozprawy 00:34:01).

Sąd ustalił, co następuje:

E. K. była hospitalizowana w (...) Szpitalu (...) im. (...) w Ł. – (...) Szpital (...) w dniach 23 listopada – 09 grudnia 2016 r. z powodu dekompensacji cukrzycy typu 2 i chorób przewlekłych: nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca, przewlekłej niewydolności krążenia (...), przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, padaczki. Leczone ją insuliną w pompie dożylniej, następnie podskórnej. W trakcie leczenia wystąpiła u niej uogólniona reakcja zapalna. W badaniu posiewu krwi wykryto staphylococcus aureus. Zdiagnozowano sepsę gronkowcową. W procesie leczenia reakcji zapalnej zastosowano amoksyycylinę z kwasem klawulanowym oraz ciprofloksacynę (dokumentacja medyczna k. 3-6).

W okresie od października do grudnia 2016 r. placówka medyczna nie zgłosiła Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu w Ł. ognisk epidemicznych, podejrzenia czy rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej. Placówka ta ma obowiązek bieżącego zgłaszania zakażeń szpitalnych w przypadku podejrzenia ogniska epidemiologicznego – na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz. U. z 2011 r., Nr 294, poz. 1741) – (informacja k. 49).

Przy wyjściu ze szpitala powódka narzekała na ból mięśni i stawów. Nie mogła spać, nasiliła się jej depresja, ataki padaczki stały się częstsze (w protokole rozprawy z dnia 03 października 2019 r. zeznania świadka S. W. 00:10:19, zeznania powódki 00:25:12).

Po opuszczeniu placówki medycznej powódka przyjmowała A. 3 x 625 mg (recepta k.7, dokumentacja medyczna k.8).

Powódka kontynuowała leczenie w Poradni Chorób Metabolicznych oraz była leczona ambulatoryjnie – chirurgicznie w Poradni w B. (dokumentacja medyczna k.8-10).

Przed hospitalizacją w pozwanej placówce powódka była samodzielna – robiła w domu wszystko sama. Obecnie matka i mąż pomagają jej przy ubieraniu, toalecie, przygotowywaniu jedzenia. Narzeka na ból, który jest większy w czasie jazdy (w protokole rozprawy z dnia 03 października 2019 r. zeznania świadka S. W. 00:10:19, zeznania powódki 00:21:56-00:25:12).

Powódka obecnie skarży się na osłabienie i częstsze zapadanie na infekcje górnych i dolnych dróg oddechowych, gorsze samopoczucie, niż przed hospitalizacją (zeznania powódki 00:25:12 w protokole rozprawy z dnia 03 października 2019 r. w zw. z 00:05:49 w protokole rozprawy z dnia 04 sierpnia 2017 r.).

Powódka leczy się psychiatrycznie od 2002 r. z powodu zaburzeń nastroju i zaburzeń osobowości; była hospitalizowana w dniach 04 grudnia 2015 r. – 27 stycznia 2016 r. na Oddziale Psychiatrycznym (...) Centrum Psychiatrycznego (dokumentacja medyczna k.103-105, k.106-123).

Z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością doszło u powódki do zakażenia szpitalnego pod postacią zapalenia skóry i tkanki podskórnej a także zakażenia krwi – sepsy gronkowcowej. Wskutek tego zdarzenia powódka nie doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu. Cierpienia fizyczne i psychiczne powódki wskutek tego zdarzenia były duże, trwały od dnia 30 listopada 2016 r. do marca 2017. Powódka miała problemy z zakupami, pracami domowymi – gotowaniem, sprzątaniami, przez okres 3 miesięcy – w tym okresie wymagała pomocy osób trzecich.

Z oceny biegłego z dziedziny chorób zakaźnych powódka wskutek zdarzenia nie odniosła uszczerbku na zdrowiu, więc rozpatrywanie kosztów leczenia w przyszłości jest bezzasadne. Nie istniała i nie istnieje potrzeba specjalnej diety u powódki w związku ze zdarzeniem.

W pozwanej placówce został stworzony system zapobiegania zakażeniom szpitalnym oraz działań kluczowy w tym systemie Zespół kontroli Zakażeń Szpitalnych, powołany przez dyrekcję. Nie ma przesłanek do wystąpienia błędu organizacyjnego. Działania zespołu szpitala nie były całkowicie zgodne z założeniami ustawowymi, w szczególności zapisanymi w zarządzeniu Dyrekcji – szkolenie personelu w zakresie zakażeń szpitalnych oraz prowadzenie kontroli ... oraz przedstawienie wyników i wniosków z tej kontroli. Działania zespołu koncentrowały się głównie na działalności sprawozdawczej, a zabrakło niezbędnych, następnych działań korygująco-naprawczych.

Gdyby nawet gronkowiec złocisty stanowił składnik własnej flory bakteryjnej powódki, to po to są procedury higieniczne i system zapobiegania zakażeniom, by do takich sytuacji nie dochodziło. Objawy infekcji pojawiły się w piątej dobie po założeniu wkłucia, choć początek był co najmniej 2 doby wcześniej - co wyklucza zakażenie podczas jego zakładania. Ponadto na rękach personelu pielęgniarskiego i to na salach operacyjnych wyhodowano gronkowce, co jest niedopuszczalne. Z tych względów najbardziej prawdopodobny scenariusz to droga zakażenia poprzez niezachowanie procedur higienicznych. Okoliczności związane z zachowaniem powódki jej niezdyscyplinowanie (oddalanie się z oddziału, nadużywanie leków z grupy benzodiazepin) nie mają znaczenia. Po stwierdzeniu zakażenia powódka leczona była prawidłowo (opinia biegłego sądowego z dziedziny chorób zakaźnych A. M. k. 55, pisemna opinia uzupełniająca k.93-95).

W trakcie hospitalizacji powódki nie wdrożono leczenia chirurgicznego. Powódka była leczona ambulatoryjnie – chirurgicznie w Poradni w B., po zakończeniu hospitalizacji.

W trakcie hospitalizacji powódki nastąpiło zakażenie odcewnikowe, w miejscu wkłucia kaniuli dożylnego typu V. do żył powierzchownych okolicy prawego dołu łokciowego. Nastąpił naciek zapalny tkanek miękkich tej okolicy, a następnie zapalenie zakrzepowe żyły odpromieniowej i łokciowej prawej. W placówce szpitalnej wdrożono prawidłowe postępowanie, polegające na zmianie miejsca wkłucia dożylnego, a potem na rezygnacji z nakłuwania żył obwodowych i wytworzeniu wkłucia centralnego do żyły głównej górnej. Przyczyną rezygnacji z dalszego nakłuwania żył obwodowych u powódki była konieczność utrzymywania u powódki stałego dostępu naczyniowego oraz chęć uniknięcia podobnych powikłań w innej okolicy ciała u powódki.

Zastosowano leczenie miejscowe nacieku zapalnego prawego dołu łokciowego. W posiewie wykryto bakterie gronkowca złocistego i gronkowca naskórkowego – oba szczepy wykazywały antybiotykowrażliwość. U powódki wdrożono antybiotykoterapię, uzyskano eradykację infekcji. W leczeniu zastosowano także preparaty heparyny drobnocząsteczkowej. Uzyskano poprawę, nie wystąpiły powikłania zapalenia zakrzepowego żył powierzchownych prawej kończyny górnej. Leczenie pozostałości nacieku zapalnego tkanek miękkich kontynuowano do dnia 08 marca 2017 r. ambulatoryjnie w Poradni Chirurgicznej w B. – uzyskano wyleczenie. Nie wiadomo, dlaczego w trakcie hospitalizacji nie wdrożono leczenia chirurgicznego. Być może w trakcie leczenia chirurgicznego udało się zintensyfikować leczenie odczynu zapalnego i nacieku zapalnego prawego dołu łokciowego, być może wcześniej by ustalono wskazania do nakłucia lub nacięcia zmian w prawym dole łokciowym.. Pozostałe aspekty leczenia tych zmian u powódki były prawidłowe.

Wskutek leczenia szpitalnego u powódki nie wystąpił stały ani długotrwały uszczerbek na zdrowiu. Skutki zakażenia odcewnikowego zostały zidentyfikowane i wyleczone. U powódki nie wystąpiły żadne znane w medycynie późne powikłania infekcji gronkowcowej.

Zapalenie zakrzepowe żyły odpromieniowej i łokciowej prawej było skutkiem utrzymywania kaniuli dożylnnej w żyłach powierzchownych okolicy prawego dołu łokciowego oraz infekcji odcewnikowej. Łańcuch przyczynowo-skutkowy przedstawiał się następująco: mechaniczne drażnienie tkanek i odczyn zapalny jako reakcja na wprowadzone ciało obce (kaniulę), potem infekcja bakteryjna nałożona na odczyn zapalny tkanek i ściany żyły. Zapalenie zakrzepowe należy traktować jako wystąpienie nowej choroby, która wylała już istniejące u powódki. Powódka była narażona na wystąpienie stanu zapalnego żyły również z powodu chorób towarzyszących – głównie cukrzycy i otyłości.

Nasilenie cierpienia powódki wyłącznie z powodu infekcji odcewnikowej oraz zapalenia zakrzepowego żył było średnie.

U powódki nie wystąpiły błędy w leczeniu. Zakażenie odcewnikowe i poinfekcyjne zapalenie żył stanowiły powikłanie terapii chorób samoistnych u powódki. Stan zapalny tkanek miękkich i zapalenie żył dodatkowo powikłały okres leczenia w pozwanym placówce medycznej, wydłużyły okres leczenia powódki o 3 miesiące, nasiliły cierpienia powódki. Leczenie szpitalne prowadzono na koszt NFZ. W leczeniu ambulatoryjnym stosowano antybiotyk augmentin w dawce 625 mg – koszt leku 10,06, heparynę wielocząsteczkową C. 0,6 mg – koszt to 38,38 zł po refundacji, preparaty dezynfekcyjne i materiały opatrunkowe – koszt to około 100 zł.

Z przyczyn i wskazań chirurgicznych u powódki nie zachodziła potrzeba stosowania specjalnej diety. Stan zapalny tkanek prawej kończyny górnej i zapalenie zakrzepowe żył powierzchownych prawej kończyny górnej dodatkowo nasiliły niepełnosprawność powódki w okresie od grudnia 2016 r. do marca 2017 r. Powódka wymagała zwiększonej pomocy przez 2 godziny dziennie od 09 grudnia 2016 r. do 08 marca 2017 r. Z przyczyn chirurgicznych nie zmniejszyły się widoki powrodożenia powódki na przyszłość. Następstwa zakażenia odcewnikowego prawej kończyny górnej oraz zapalenia zakrzepowego żył powierzchownych prawej kończyny górnej wyleczono. Rokowania co do życia i wyleczenia powódki są dobre (opinia biegłego sądowego z dziedziny chirurgii naczyniowej M. G. k. 67-70, pisemna opinia uzupełniająca k. 83-85).

Wskutek leczenia powódki w pozwanym szpitalu nie rozwinęły się zaburzenia nerwicowe w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego lub po ciężkim uszkodzeniu ciała, pozostających w związku przyczynowo-skutkowym z leczeniem. Brak jest podstaw do orzekania uszczerbku na zdrowiu (opinia biegłego sądowego z dziedziny psychiatrii A. R. k. 151).

W dacie zdarzenia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Szpital (...) im. (...) w Ł. korzystał z ochrony ubezpieczeniowej w zakresie o.c. świadczonej przez (...) S.A. w W. (bezsporne).

E. K. pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z mężem i pełnoletnią córką. Nie jest właścicielką nieruchomości, cennych ruchomości, papierów wartościowych. Nie zgromadziła oszczędności. Dochody miesięczne jej rodziny to: 1.170 zł renty chorobowej powódki, 1.040 zł zasiłku chorobowego jej męża, 620 zł zasiłku opiekuńczego

córki. Powódkę obciążają kredyty bankowe, którego raty miesięczne wynoszą łącznie 1.800 zł i kredyt konsumencki – 200 zł, ponadto przeciwko niej prowadzone jest postępowanie egzekucyjne, w którym zajęto część świadczenia rentowego (oświadczenie o stanie rodzinnym, majątku, dochodach i źródłach utrzymania k. 11-12, zeznania powódki 00:25:12 w protokole rozprawy z dnia 03 października 2019 r.).

Sąd dokonał ustaleń w oparciu o powołane dowody z dokumentów oraz zeznania świadka i przesłuchanie powódki, które nie budziły wątpliwości co do swojej prawdziwości, były zbieżne z pozostałym materiałem dowodowym i nie były kwestionowane przez strony.

Dla oceny, czy zakażenie gronkowcem było wynikiem nieprawidłowości w placówce medycznej oraz oceny skutków tego zdarzenia dla zdrowia powódki Sąd posłużył się ocenami biegłych sądowych z zakresu chorób zakaźnych, chirurgii naczyniowej, psychiatrii.

Opinia biegłego z dziedziny chorób zakaźnych została zakwestionowana przez pozwanego, który wniósł o wydanie opinii uzupełniającej (pismo procesowe k.63-64). Opinia biegłego z dziedziny chirurgii naczyniowej została zakwestionowana przez powódkę, która wniosła o wydanie opinii uzupełniającej (pisma procesowe k.77-78, k.99). Biegli wyczerpująco odpowiedzieli na pytania i wątpliwości stron w treści opinii uzupełniających.

Wszystkie wydane w sprawie opinie biegłych, jako fachowe, rzetelne i wykonane zgodnie z obowiązującymi zasadami, wiedzą i doświadczeniem biegłych zostały przyjęte przez Sąd, jako pełnowartościowe dowody w sprawie spełniające wszystkie warunki do uznania ich za podstawę wydania orzeczenia.

Sąd zważył, co następuje:

Podstawą odpowiedzialności placówki medycznej, w której odbywała się hospitalizacja powódki, jest art. 415 k.c., zgodnie z którym kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia oraz 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. Personel medyczny, w tym także lekarz, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie przykładowo- grafików operacji, dyżurów (zob. wyrok A. Apelacyjny w Ł. z dnia 16 marca 2016 r., sygn.. I ACa 1363/15, opubl. Portal Orzeczeń Sądów Powszechnych).

Dla oceny odpowiedzialności pozwanej placówki medycznej w niniejszej sprawie powódka musiała wykazać, iż zostały spełnione wszelkie przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej, tj. błąd w sztuce medycznej, uszkodzenie jej ciała lub rozstrój zdrowia, zawinione działanie lub zaniechanie personelu medycznego oraz adekwatny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem (zaniechaniem) a jej szkodą.

Poszukując definicji błędu medycznego, w ocenie Sądu należy sięgnąć do przepisów ustawy z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r, poz. 159 z późn. zm.). W przepisie art. 67a ustawa ta definiuje pojęcie zdarzenia medycznego, za które uważa się zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozą, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby; leczeniem, w tym wykonaniem zabiegu operacyjnego; zastosowaniem produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Ustawa ta wprawdzie nie używa sformułowania „błąd medyczny”, jednakże treść tego przepisu w sposób jednoznaczny wskazuje, jakie zdarzenia muszą wystąpić, aby uznać, iż doszło do powstania zdarzenia medycznego, w ocenie Sądu tożsamego z pojęciem błędu medycznego.

Między stronami było bezsporne, iż u powódki w trakcie hospitalizacji w pozwanej placówce medycznej doszło do wystąpienia zakażenia odcewnikowego prawej kończyny górnej, zapalenia zakrzepowego żył powierzchownych prawej

kończyny górnej oraz sepsy gronkowcowej. Wpłynęło to na przebieg leczenia, skutkowało antybiotykoterapią. Strony różniły się w zakresie przyczyny tego zdarzenia oraz oceny skutków tego faktu dla zdrowia powódki.

Aby można było w sposób jednoznaczny stwierdzić, iż wystąpił błąd medyczny, należy zbadać, czy lekarz bądź inny członek personelu medycznego dopuścił się zawinionego działania bądź zaniechania; odpowiedzialność cywilna za błędy medyczne opiera się na zasadzie winy. Wysokie wymagania stawiane lekarzowi nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania (tak wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 16 marca 2016 r. sygn. I ACa 1363/15, opubl. Portal Orzeczeń Sądów Powszechnych). Wystarczające zatem jest ustalenie w procesie chociażby winy nieumyślnej (zaniedbania, rażącego niedbalstwa), aby można było danej osobie przypisać odpowiedzialność cywilną. Nie należy także pomijać faktu, iż personel placówek medycznych, w tym lekarzy obowiązuje co najmniej taki (jak nie wyższy) stopień staranności jak ten określony w przepisie art. 355 § 1 k.c. Zachowanie personelu medycznego powinno być zatem oceniane przez pryzmat profesjonalizmu oraz zachowania staranności obowiązującej w danym zawodzie. Wymaga się zatem staranności podwyższonej, dalej idącej niż przeciętna z uwagi na profesjonalny charakter działań i ich przedmiot - zdrowie i życie ludzkie (w polskiej i obcej literaturze przedmiotu wskazuje się na professional standard, tj. standard fachowca).

Wyznaczenie zakresu powiniennych działań personelu medycznego i stawianych mu wymagań pozwala zbadać, czy lekarzowi można postawić zarzut, że gdyby zachował należytą staranność i wykorzystał wszelkie dostępne w danych okolicznościach metody i środki, mógł błędu uniknąć i tym samym nie dopuścić do wyrządzenia szkody.

Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 lutego 2010 r. (sygn. V CSK 287/09) wskazał, że dla ustalenia winy lekarza (personelu medycznego) oraz oceny niedołożenia należytej staranności (art. 355 § 1 k.c.) sąd korzysta z wiadomości specjalnych przedstawionych przez biegłych. Opinią biegłych nie jest jednak związany w zakresie, który jest zastrzeżony do wyłącznej kompetencji sądu, to znaczy do oceny, czy spełniona jest przesłanka obiektywna i przesłanki subiektywne winy.

Należy tu podzielić pogląd Sądu Najwyższego przedstawiony w wyroku z dnia 01 lutego 2004 r. w sprawie sygn. I CK 222/03 (opubl. LEX nr 175945), że w sytuacji, w której przyczynę szkody ma stanowić zaniechanie, a zatem kiedy ocena związku przyczynowego przebiega w oparciu o hipotetyczne założenie, iż określone działanie, gdyby zostało podjęte, zapobiegałoby szkodzie, należy wskazać to niezbędne działanie zapobiegawcze oraz wykazać, że istniała obiektywna potrzeba i możliwość jego podjęcia.

W oparciu o dokumentację medyczną i dowody z opinii biegłych sądowych powódka wykazała, że w okresie jej hospitalizacji po stronie pozwanej placówki wystąpiło zaniechanie przestrzegania określonych procedur higienicznych, wbrew wdrożonemu systemowi zapobiegania zakażeniom szpitalnym w pozwanej placówce medycznej, a zakażenie gronkowcem, jakie u niej zdiagnozowano podczas hospitalizacji pozostaje w związku przyczynowym nieprawidłowościami w zakresie przestrzegania tych procedur.

Tym samym można przejść do zagadnienia należnego powódce zadośćuczynienia i odszkodowania.

Ze względu na niewymierność krzywdy, określenie w danym przypadku odpowiedniej sumy zadośćuczynienia pozostawione zostało sądowi, który dysponuje w takim wypadku większym zakresem swobody niż przy ustalaniu szkody majątkowej i odszkodowania koniecznego do jej naprawienia. 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 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 (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 kwietnia 1985 r., sygn. 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 24 czerwca 1965 r. (sygn. 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 (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 września 2002 r. (sygn. IV CKN 1266/00)). W judykaturze podkreśla się przy tym, że 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 (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 stycznia 2004 r., sygn. 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 2007 r., sygn. I CSK 384/07, opubl. LEX nr 351187).

Na podstawie opinii biegłych wykazano, że zakażenie gronkowcem powikłało okres leczenia w pozwanej placówce medycznej, wydłużyło okres leczenia powódki o 3 miesiące, nasiliło cierpienia powódki, dodatkowo nasiliły niepełnosprawność powódki w okresie od grudnia 2016 r. do marca 2017 r. przez co wymagała ona zwiększonej pomocy osób trzecich. Nie bez znaczenia był jednak przy tym stwierdzony u powódki w toku postępowania sądowego brak skutku zakażenia w postaci trwałego bądź długotrwałego uszczerbek na zdrowiu oraz fakt, że skutki zakażenia zostały wyleczone bez dalszych następstw dla zdrowia powódki, co skutkowało znacznym zmiarkowaniem sumy zadośćuczynienia.

Mając na uwadze całokształt wyżej wskazanych okoliczności, Sąd uznał, że kwotą, która winna w pełni zaspokoić uzasadnione roszczenie powódki z tytułu należnego jej zadośćuczynienia, jest 10.000 zł. Kwota ta zrekompensuje krzywdę doznaną w następstwie zdarzenia jakie miało miejsce podczas hospitalizacji.

Roszczenie z tego tytułu ponad 10.000,- zł, jako rażąco wygórowane, Sąd oddalił.

O odszkodowaniu orzeczono na podstawie art. 444 § 1 k.c., a obejmuje ono koszty opieki nad powódką w związku ze stanem zapalnym tkanek prawej kończyny górnej oraz zapaleniem zakrzepowym żył tej kończyny, które zasądzono w kwocie 1600 zł z zastosowaniem art. 322 k.p.c. (89 dni opieki po 2 godziny dziennie przy uwzględnieniu stawki 9 zł za godzinę opieki).

Żądanie zasądzenia odszkodowania ponad 1600 zł, jako nieudowodnione, Sąd oddalił.

Jednocześnie za nietrafny należy uznać zarzut zgłoszony przez pozwanego dotyczący przyczynienia się powódki do powstania zakażenia. Z opinii biegłych wynika, że zachowanie powódki podczas przybywania na oddziale szpitalnym, określone przez pozwanego jako „niezdyscyplinowane” nie miały żadnego wpływu na powstanie i rozwój sepsy gronkowcowej. Brak jest więc podstaw prawnych do zmniejszenia należnych kwot zadośćuczynienia i odszkodowania w oparciu o art. 362 k.c.

O odsetkach ustawowych od zasądzonych kwot Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 i § 2 k.c. w zw. z art. 455 k.c., uznając, że odsetki należne są od dnia następnego do doręczeniu pozwanemu odpisu pozwu (zob. k.17).t.j. od dnia 26 maja 2017 r.

Oddaleniu w całości podlega roszczenie o zasądzenie renty. Podstawę prawną roszczenia o rentę stanowi art. 444 § 2 k.c., w myśl którego poszkodowany, którego potrzeby zwiększyły się, może żądać od zobowiązanego do naprawienia

szkody odpowiedniej renty. Z opinii biegłych wynika, że proces leczenia skutków tego zakażenia zakończył się, zakażenie nie skutkowało powstaniem uszczerbku na zdrowiu powódki. W sprawie nie wykazano, by na skutek zakażenia gronkowcem podczas hospitalizacji w pozwanej placówce medycznej zwiększyły się potrzeby powódki.

Na podstawie art. 113 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 300) w zw. z art. 102 k.p.c. Sąd odstąpił od obciążania stron nieuiszczonymi kosztami sądowymi.

Przyznanie wynagrodzenia za pomoc prawną udzieloną w urzędzie nastąpiło przy uwzględnieniu poświęconego czasu i nakładu pracy pełnomocnika z urzędu, na podstawie § 2 i § 4 ust. 1 i 3 w zw. z § 8 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 03 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (t. j. Dz. U. 2016 poz. 1714).

O zwrocie niewykorzystanej zaliczki orzeczono na podstawie art. 80 ust. 1 i 2 w zw. z art. 84 ust. 2 u.k.s.c.

Zarządzenie: Odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć zgodnie z wnioskiem.