

Sygn. akt I C 880/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 czerwca 2015 roku

Sąd Okręgowy w Lublinie I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący Sędzia Sądu Okręgowego Tomasz Lebowa

Protokolant protokolant sądowy P. R.

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 1 czerwca 2015 roku w L.

sprawy z powództwa R. T.

przeciwko (...) Publicznemu Szpitalowi (...) numer 1 w L.

o zadośćuczynienie, rentę i ustalenie

I. oddala powództwo;

II. nie obciąża powoda kosztami procesu poniesionymi przez pozwanego;

III. nieuiszczone koszty sądowe przejmuje na rachunek Skarbu Państwa;

IV. przyznaje adwokatowi P. M. od Skarbu Państwa (Sąd Okręgowy w Lublinie) kwotę 8856 zł (osiem tysięcy osiemset pięćdziesiąt sześć złotych) brutto tytułem wynagrodzenia za pomoc prawną świadczoną powodowi z urzędu.

Sygn. akt I C 880/12

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 31 października 2012 roku (data stempla pocztowego) R. T. działając osobiście domagał się zasądzenia od (...) Publicznego Szpitala (...) w L. kwoty 150 000 zł zadośćuczynienie za zarażenie żółtaczką wątroby typu C podczas pobytu na leczeniu w tym szpitalu oraz kwotę 50 000 zł za zarażenie gronkowcem i kwotę 1 000 zł tytułem renty z uwagi na niezdolność do pracy. Powód wskazał w uzasadnieniu swojego stanowiska, że źle się czuje, ma dolegliwości bólowe brzucha, nie pracuje, bo nie jest w stanie podjąć zatrudnienia i utrzymuje się z renty ZUS w wysokości 625 zł oraz pomocy żony w kwocie 300 zł. W dalszej części wskazał, że ponosi koszty związane z zakupem leków, żywienia i środków czystości. Żona dodatkowo utrzymuje dwoje niepełnoletnich dzieci. Odnosząc się do zgłoszonego żądania powód podał, że stara się o odszkodowanie z uwagi na fakt, iż nie może podjąć pracy, a w szpitalu nie chcą go przyjąć i musi oczekiwać w kolejce (pozew k. 2-3).

W odpowiedzi na pozew z dnia 29 marca 2013 roku (data stempla pocztowego) (...) Publiczny Szpital (...) w L. domagał się oddalenia powództwa w całości i zasądzenia od powoda kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych.

W uzasadnieniu pozwany wskazał, że powództwo jest niezasadne i powinno być w całości oddalone. Zakwestionował również zasadę samej odpowiedzialności szpitala, jak i wysokość zgłoszonego przez powoda żądania podnosząc zarzut przedawnienia oraz nieudowodnienie roszczenia. Wywodził, że powód nie wykazał, aby którekolwiek z działań lekarzy lub personelu podjętych w szpitalu doprowadziło do zarażenia żółtaczką lub gronkowcem. Co istotniejsze nie wykazał również, aby był nimi zarażony (k. 27-29).

W piśmie procesowym z dnia 2 kwietnia 2013 roku powód reprezentowany przez pełnomocnika sprecyzował powództwo wnosząc o:

- 1/ zasądzenie na podstawie art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 430 k.c. od (...) Publicznego Szpitala (...) w L. na rzecz R. T. kwoty 150 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 17 stycznia 2012 roku z tytułu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w związku z zakażeniem powoda wirusowym zapaleniem wątroby typu C podczas zabiegów leczniczych w pozwanym szpitalu;
- 2/ zasądzenie na podstawie art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 430 k.c. od (...) Publicznego Szpitala (...) w L. na rzecz R. T. kwoty 50 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 17 stycznia 2012 roku z tytułu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w związku z zakażeniem powoda gronkowcem złocistym podczas zabiegów leczniczych w pozwanym szpitalu;
- 3/ zasądzenie na podstawie art. 444 § 2 k.c. od (...) Publicznego Szpitala (...) w L. na rzecz R. T. renty w wysokości 1 000 zł miesięcznie z tytułu niezdolności do pracy powoda począwszy od dnia wytoczenia powództwa, płatną do 10 – go dnia każdego miesiąca do rąk powoda wraz z odsetkami ustawowymi w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat;
- 4/ ustalenie, że pozwany będzie odpowiedzialny za szkody jakie w przyszłości mogą powstać u powoda na skutek zakażenia go wirusem HCV oraz gronkowcem złocistym.

W uzasadnieniu przedstawionego w piśmie stanowiska strona powodowa wskazała, że w dniu 29 kwietnia 2004 roku powód R. T. z powodu zapalenia trzustki przeszedł zabieg operacyjny w (...) i Klinice (...) w L. – (...) Publicznym Szpitalu (...) w L.. W placówce przebywał od 18 kwietnia 2004 roku do 27 maja 2004 roku. W dniu 18 czerwca 2004 roku z uwagi na nagłe zapalenie trzustki przeszedł następną operację w tej samej katedrze pozwanego szpitala. Kolejną operacją jaką powód przeszedł w pozwanej placówce był zabieg przeprowadzony w dniu 2 sierpnia 2004 roku, przy czym powód przebywał w szpitalu od 30 lipca 2004 roku do 8 września 2004 roku. W dniu 27 sierpnia 2004 roku wykryto u niego gronkowca złocistego i zastosowano jego izolację. Leczenie zachowawcze powód kontynuował w (...) Publicznym Szpitalu (...) oraz w Zespole (...) w P.. Podczas hospitalizacji w dniach od 10 maja 2008 roku do 14 maja 2008 roku w placówce pozwanego powoda poddano zabiegowi wycięcia żyłaków odbytu. Wskazano, iż powód podczas wielokrotnych hospitalizacji w placówce pozwanego był poddawany różnym zabiegom medycznym. Stale pogarszający się stan zdrowia fizycznego spowodował w konsekwencji załamanie psychiczne R. T., który w okresie od 30 grudnia 2008 roku do 7 stycznia 2009 roku przebywał w Szpitalu (...) w L.. Przyczyną pobytu powoda w placówce była jego reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne. W dniu 2 stycznia 2009 roku w trakcie tego pobytu poinformowano powoda o stwierdzonym u niego dodatnim wyniku badania w kierunku przeciwciał anty – HCV. Tego dnia powód dowiedział się, że jest zakażony wirusowym zapaleniem wątroby typu C, skierowano go wówczas do Poradni Hepatologicznej w L.. Z uwagi na fakt, iż od 2004 roku powód przebył wiele zabiegów medycznych, w tym operacyjnych należy uznać w ocenie strony powodowej, że do zakażenia WZW typu C doszło w trakcie pobytu w placówce pozwanego. Po otrzymaniu informacji o zakażeniu powód podjął leczenie w (...) w L. przy ul. (...) i był tam hospitalizowany od 14 stycznia 2009 roku do 21 stycznia 2009 roku. W późniejszym czasie kontynuował leczenie w wielu innych placówkach. W styczniu 2009 roku u powoda wykryto HCV RNA jednakże nie zakwalifikowano go do leczenia interferonem, w listopadzie 2011 roku stwierdzono natomiast przewlekłe zapalenie wątroby typu C. W grudniu 2012 roku został zakwalifikowany do kuracji interferonem, zmuszony jest prowadzić oszczędzający tryb życia i lekkostrawną dietę. Powód wystąpił z wnioskiem o zawezwanie do próby ugodowej w stosunku do pozwanego domagając się wypłaty kwoty 280 000 zł tytułem zadośćuczynienia za zakażenie HCV i 80 000 zł tytułem zakażenia gronkowcem złocistym.

Pozwany odrzucił wszelkie jego roszczenia. Odnosząc się do podstawy prawnej zgłoszonego żądania strona powodowa podnosiła, że wystarczy ustalenie istnienia związku przyczynowego w przypadku zakażenia z dostateczną dozą prawdopodobieństwa. Do zakażenia powoda wirusem HCV oraz gronkowcem złocistym doszło podczas procesu leczenia w pozwanej placówce i braku właściwej opieki ze strony personelu szpitala medycznego, a także niewłaściwych warunków sanitarnych placówki oraz niewłaściwej sterylizacji narzędzi medycznych używanych w trakcie zabiegów

operacyjnych i pooperacyjnych powoda. W dalszej części wskazano, iż powód wystąpił do ubezpieczyciela, ale w odpowiedzi otrzymał informację, że została już wyczerpana suma gwarancyjna, co uzasadnia przekonanie, iż dochodziło już do zaniedbań standardów higienicznych i sanitarnych wcześniej i w znacznej skali. Uzasadniając wysokość zadośćuczynienia wskazano na adekwatność żadnych kwot do cierpień doznawanych przez R. T. w postaci osłabienia, bólów po posiłkach, nudności, konieczności przejścia terapii interferonem obarczonej powikłaniami, zmianie jakości życia, konieczności stosowania diety, konieczności wykluczenia spożywania alkoholu, ograniczeniu życia towarzyskiego. Jak wskazano zmianie uległo funkcjonowanie powoda, który ma napady złości, pogorszeniu uległy relacje z dziećmi, zdarzają mu się myśli samobójcze. Ponadto nie może pracować z powodu osłabienia organizmu chorobą, praktycznie zamarło życie intymne albowiem powód obawia się zakażenia żony i jest zmuszony leczyć się w (...) niestety terapia nie przynosi zadowalających rezultatów.

W zakresie roszczenia renty z tytułu niezdolności do pracy wskazano, że zgłoszoną w pozwie wysokość uzasadnia brak możliwości podjęcia zatrudnienia. Przed zachorowaniem powód wykonywał prace fizyczne pracując na budowie i przy pracach wykończeniowych budynków oraz osiągając z tego tytułu dochód w wysokości ok. 2 500 zł miesięcznie. Po przebytych zapaleniu trzustki i operacji R. T. miał zamiar powrócić do pracy. Uniemożliwił mu to zły stan zdrowia oraz pogarszający się stan psychiczny. Obecnie do końca lutego 2016 roku została mu przyznana renta. Uzupełnieniem renty jest kwota 1 000 zł miesięcznie jaką R. T. mógłby uzyskać pracując w swoim zawodzie, a jakiej nie uzyskał z uwagi na zakażenia HCV i gronkowcem złocistym. W zakresie terminu odsetek ustawowych strona powodowa wskazywała, iż powód wezwał pozwanego do próby ugodowej, a w swoich pismach z dnia 16 stycznia 2012 roku pozwany taką możliwość odrzucił, zasadnym jest zatem zasądzenie odsetek od dnia następnego tj. 17 stycznia 2012 roku, kiedy pozwany wyraził swoje stanowisko w tym zakresie (k. 37-64).

W piśmie procesowym z dnia 6 maja 2013 roku strona pozwana podtrzymała swoje dotychczasowe stanowisko wnosząc o oddalenie powództwa w całości (k. 536-548).

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

R. T. w dniach od 25 lipca do 13 sierpnia 1986 roku był hospitalizowany w Oddziale (...) (...) Szpitala (...) z (...)w S. z powodu urazu twarzoczaszki pod postacią złamania masywu kostnego jarzmowo – szczękowego po stronie prawej. W dniu 26 lipca 1986 roku u powoda wykonano zabieg operacyjny. Z uwagi na charakter doznanego urazu w trakcie pobytu w szpitalu powód wielokrotnie miał pobieraną krew do analizy, wykonywano mu iniekcje i dokonywano zmiany opatrunków (dokumentacja medyczna k. 104-114, 116-122).

W dniach od 15 lutego 1999 roku do 22 lutego 1999 roku R. T. był hospitalizowany celem diagnostyki w Oddziale (...) w R. z powodu obecności świeżej krwi w stolcu. Po wykonaniu badań postawiono rozpoznanie: proctitis erosiva, varices haemorrhoidales. W trakcie pobytu na oddziale u powoda dokonywano iniekcji, 2 – krotnie wykonywano mu retroskopię oraz wielokrotnie pobierano krew do analizy. Do domu powód został wypisany w stanie ogólnym dobrym. W trakcie pobytu nie przeprowadzono badań Antygeny HBs, przeciwciał anty HCV ani aktywności aminotransferaz (dokumentacja medyczna k. 71-71v, 455-461v).

Po raz kolejny powód przebywał w szpitalu w dniach od 4 maja do 8 maja 2003 roku. Hospitalizowany był w tym okresie w Oddziale (...) Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. (...) w L. z powodu urazu twarzoczaszki. W wyniku przeprowadzonych badań diagnostycznych stwierdzono złamanie kości jarzmowej prawej i krwiak zatoki szczękowej prawej. Zastosowano leczenie zachowawcze. W trakcie pobytu na Oddziale pobierano powodowi krew do badań, wykonywano iniekcje oraz dokonywano zmiany opatrunków. Wykonane badania biochemiczne w dniu 4 maja 2003 roku wykazały podwyższony poziom transaminaz: ALT – 86 j, AST – 77 j. Powód wypisany został do domu z zaleceniem kontroli w Poradni (...) (...), Poradni (...), Poradni (...) i przyjmowania zleconych leków (dokumentacja medyczna k. 123-132v, opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych J. P. k. 1162-1177v).

W dniach od 7 lipca do 17 lipca 2003 roku R. T. ponownie przebywał w szpitalu. W tym okresie znalazł się na Oddziale (...) (...) (...) Publicznego Szpitala (...) w L. celem wykonania rewizji zatoki szczękowej prawej oraz usunięcia płytki. Było to przyjęcie w trybie planowym. W trakcie hospitalizacji u powoda wykonano zabieg operacyjny rewizji prawej

zatoki szczękowej z przejściem do nosa oraz usunięto płytkę. Ponadto w trakcie tego pobytu wykonywano zabiegi związane z przerwaniem ciągłości tkanek między innymi pobierano krew na badania diagnostyczne oraz wykonywano iniekcje i zmianę opatrunków. Stosowano antybiotykoterapię. Nie badano antygenu HBs, przeciwciał anty HCV ani aktywności aminotransferaz. Powód został wypisany do domu z zaleceniem kontroli w Poradni P. (dokumentacja medyczna k.133-148v).

Po raz pierwszy w (...) i Klinice (...) w L. powód był hospitalizowany w trybie nagłym w okresie od 18 kwietnia 2004 roku do 27 maja 2004 roku z powodu dolegliwości w nadbrzuszu nasilających się od około dwóch tygodni oraz występowania wymiotów z krwią. Stan ogólny pacjenta w dzień po przyjęciu oceniono na średnio ciężki. W dniu 20 kwietnia 2004 roku stan R. T. uległ pogorszeniu i wystąpiło zasinienie kończyn dolnych oraz rąk. Stosowano intensywną wszechstronną terapię antybiotykową, która pozwoliła utrzymać go przy życiu. Nie badano antygenu HBs ani przeciwciał HCV. Z czterech posiewów krwi wykonanych w dniach: 23 kwietnia 2004 roku, 27 kwietnia 2004 roku, 28 kwietnia 2004 roku i 29 kwietnia 2004 roku nie uzyskano wzrostu bakterii. Z jamy nosowej powoda w dniu 26 kwietnia 2004 roku wyhodowano gronkowiec koaguloujemny (CoNS), a z jamy ustnej paciorkowce i pojedyncze gronkowce koagulazoujemne (CoNS). Nie były to szczepy gronkowca złocistego metycilinoopornego (MRSA) ani szczepami gronkowca kogulazoujemnego opornego na metycylinę. Z drenu jamy brzusznej w posiewie z dnia 7 maja 2004 roku wyhodowano *Citrobacter freudi* Amp. C, a dniu 17 maja 2004 roku wyhodowano *Acinetobacter* Baumami oporne na większość antybiotyków. W dniu 29 kwietnia 2004 roku u powoda przeprowadzono zabieg operacyjny metoda laparotomii. Poza tym zabiegiem R. T. miał wielokrotnie pobieraną krew na badania diagnostyczne, wykonywano mu iniekcje oraz zmianę opatrunków. Do domu powód został wypisany z zakazem całkowitego spożywania alkoholu, oszczędzającego trybu życia i stosowania diety wątrobowo – trzustkowej oraz zmiany opatrunków w P. (...) (dokumentacja medyczna k. 149-252, 290-290v, opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych J. P. k. 1162-1177v).

Po raz kolejny powód przebywał w tej samej Klinice w okresie od 18 czerwca 2004 roku do 17 lipca 2004 roku, gdzie był przyjęty w trybie planowym. W dniu 18 czerwca 2004 roku wykonano u niego zabieg operacyjny – laparotomię. Zabieg przeprowadził lek. med. M. P.. Nie wykonywano badania aktywności aminotransferaz, antygenu HBs ani przeciwciał HCV. Poza zabiegiem operacyjnym powód miał pobieraną krew do badań diagnostycznych, wykonywano u niego iniekcje i zmianę opatrunków. Wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem całkowitego zakazu picia alkoholu, stosowania diety wątrobowo – trzustkowej, oszczędzającego trybu życia i kontroli w P. (...). W trakcie hospitalizacji z drenów jamy brzusznej wyhodowano gronkowce koagulazoujemne odporne na metycylinę (MRCNS) w dniu 21 czerwca 2004 roku (dokumentacja medyczna k. 253-267v, opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych J. P. k. 1162-1177v).

W dniach od 30 lipca 2004 roku do 8 września 2004 roku powód po raz trzeci przebywał w tej samej Klinice pozwanego szpitala z rozpoznaniem *pancreatitis acuta necroticans*, *abscessus regionis coli descendentis at regionis hilus lienis*, *hydrothorax sin*, *status post laparotomiam pr. pancreatitis acuta*. W dniu 2 sierpnia 2004 roku przeprowadzono u powoda zabieg operacyjny, a następnie w dniu 9 sierpnia 2004 roku następny – relaparotomię. Wykonano badania biochemiczne krwi w których stężenie bilirubiny w surowicy wynosiło – 0,37 mg %. Ponadto oznaczono enzymy: AspAt – 21 j., AlAT – 13 j. i GGTP – 136 j. Nie badano antygenu Hbs ani przeciwciał anty HCV w surowicy. Poza wykonywanymi zabiegami operacyjnymi z uwagi na charakterystykę schorzeń będących przyczyną hospitalizacji R. T. miał pobieraną krew do badań diagnostycznych, wykonywane iniekcje oraz drenaż i zmiany opatrunków. W trakcie tego pobytu stan R. T. wymagał podawania mu antybiotyków z najwyższej grupy, do której dostęp mieli jedynie wyznaczeni lekarze. Ujemną stroną stosowania tego rodzaju terapii było hodowanie szczepów opornych. Kolejny etap leczenia obejmował stosowanie antybiotyków celowanych, przeciwko konkretnym bakteriom, których określenie umożliwił posiew mikrobiologiczny. Powód z powodu ostrego zapalenia trzustki był ciężko zakażony i nie miał już sił obronnych, poziom leukocytów w jego organizmie był niski. W przypadku ostrego zapalenia trzustki flora pacjenta może się zmienić do takiej, jaka była w szpitalu. Podczas przeprowadzonych badań bakteriologicznych w posiewach z drenu jamy brzusznej wykonanych w dniach 16 sierpnia 2004 roku, 24 sierpnia 2004 roku oraz w posiewie z drenu jamy płucnej wykonanym w dniu 6 września 2004 roku wyhodowano gronkowca złocistego szczep oporny na metycylinę .

Powód został przeniesiony na inną salę Oddziału i odizolowany od pacjentów nie zakażonych gronkowcem. Zgodnie z obowiązującymi procedurami Kliniki, w której powód przebywał pacjent zakażony gronkowcem był izolowany i informowany przez lekarza prowadzącego lub pielęgniarkę prowadzącą o przyczynach izolacji i jej powodach. Informowana była o tym również osoba upoważniona przez pacjenta. Procedura ta była przestrzegana kategorycznie wobec wszystkich zakażonych pacjentów, a izolacja służyła temu, aby nie korzystano z umywalki czy prysznicza tego samego, z którego korzystali inni nie zakażeni pacjenci. Na oddziale, na którym przebywał powód w trakcie hospitalizacji przestrzegany był najwyższy reżim z uwagi na fakt, iż trafiały tam najcięższe przypadki pacjentów z całego regionu, a informację o zakażeniu pacjentów gronkowcem musieli posiadać wszyscy łącznie z rehabilitantami, z uwagi na ryzyko jego rozprzestrzeniania się. Zgodnie z obowiązującymi procedurami Oddziału w przypadku występowania takiej samej bakterii u dwóch pacjentów dozwolone było umieszczenie ich razem na sali. Procedura obejmowała założenie karty rejestracyjnej zakażenia, przekazanie informacji o zakażeniu przez lekarza i przekazania informacji o zabiegach pielęgnacyjnych przez pielęgniarkę. Chory zakażony gronkowcem lub żółtaczką nie zawsze był przenoszony na oddzielną salę, informowano go jednakże o sposobach postępowania i zachowania się w związku z ujawnionym zakażeniem. Informacją dla personelu o osobach zakażonych było umieszczenie litery „i” przy nazwisku pacjenta. Wraz z powodem na jednej z sal Oddziału (...) pozwanego szpitala z powodu zaplenia trzustki przebywał również P. K.. Od swojej matki w trakcie pobytu na Oddziale uzyskał informację o tym, iż jest zakażony gronkowcem. Podobnie jak powód był odizolowany i przeniesiony do innej S., przy czym izolację przypisywał swojemu zakażeniu. R. T. po zakończeniu leczenia do domu został wypisany z zaleceniem okresowej kontroli w Poradni (...) i stosowania diety trzustkowej (dokumentacja medyczna k. 268-298v, zeznania P. K. k. 720 v -721, zeznania T. R. k. 721-721v, zeznania M. P. k. 1218v-1219v).

W dniach od 29 września 2004 roku do 1 października 2004 roku powód po raz czwarty był hospitalizowany w tej samej Klinice należącej do pozwanego szpitala z powodu obecności płynu w jamie opłucnej z dolegliwościami bólowymi w okolicy nadbrzusza lewego i okolicy pachowej lewej. W trakcie tej hospitalizacji wykonano u niego szereg badań w tym usg wątroby, jamy opłucnej oraz drenaż jamy opłucnej w dniach 28 i 29 września 2004 roku. Antygeny HBs ani przeciwciała anty HCV oraz stężenia bilirubiny i aktywności aminotransferaz w surowicy wówczas nie badano. Wypisany został do domu z zaleceniem konsultacji torakochirurgicznej, stosowania diety trzustkowej oraz okresowej kontroli w Poradni (...) (dokumentacja medyczna k. 291-297v).

Po raz piąty w tej samej jednostce powód przebywał w okresie od 10 kwietnia 2005 roku do 12 kwietnia 2005 roku z powodu zaostrzenia dolegliwości bólowych w śródbrzuszu. Rozpoznanie wstępne obejmowało ostre zapalenie trzustki. Stosowano leczenie zachowawcze, wykonano badania biochemiczne oznaczając stężenie bilirubiny w surowicy, które kształtowało się na poziomie 0,64 mg % oraz oznaczono enzymy w surowicy krwi : AspAT – 29 j, A1AT -46 j., ALP -171 j. Nie badano antygeny HBs ani przeciwciała HCV. Powód opuścił szpital z zaleceniem stosowania diety lekkostrawnej (dokumentacja medyczna k. 298-303v).

Od 29 czerwca 2005 roku do 7 lipca 2005 roku R. T. był hospitalizowany na Oddziale I. – (...) (...) (...) w P.. Skierowany został do szpitala z powodu uporczywych, silnych dolegliwości bólowych kręgosłupa w odcinku szyjnym oraz L-S z ograniczeniem ruchomości, promieniowaniem bólu ramion, kończyn dolnych, utrudnieniem poruszania się . Po przyjęciu powód uskarżał się również na dolegliwości okolicy kości piętowych, pobołowanie brzucha, wzdęcia i odbijania. W trakcie pobytu wykonano badania enzymów: AspAT – 39,9 j., A1AT -78,7 j. i fotostaza zasadowa -69,7 j., ponadto pobierano krew do badań i wykonywano u powoda iniekcje. Po zastosowanym leczeniu uzyskano złagodzenie dolegliwości bólowych i powód z dalszymi zaleceniami kontroli lekarskiej i przyjmowania leków został wypisany do domu (dokumentacja medyczna k. 304-314v).

W Klinice (...) pozwanego szpitala (...) w L. po raz kolejny powód przebywał od 28 lipca 2006 roku do 2 sierpnia 2006 roku. Powodem przyjęcia były przewlekłe dolegliwości bólowe w przebiegu kamicy W. jako zejścia po ostrym zapaleniu trzustki. W dniu 31 lipca 2006 roku zastosowano endoskopowe nacięcie zwieracza i brodawki V. (papillotomia). Próba usunięcia złoгу się nie powiodła. W trakcie pobytu u powoda wykonano badania biochemiczne krwi: AlAt – 92j., AspAt – 43 j., GGTP – 39 j., a nadto oznaczono stężenie bilirubiny w surowicy. R. T. został wypisany z zaleceniem

zgłoszenia się do (...) w celu leczenia objawowego, stosowania diety niskotłuszczowej, ponownego zgłoszenia się do Kliniki za okres kolejnych 2 miesięcy po wcześniejszym uzgodnieniu (dokumentacja medyczna k. 315-322v).

W dniach od 15 listopada 2006 roku do 18 listopada 2006 roku powód został przyjęty do (...) K. (...) (...) (...) nr (...) w L. w trybie planowym celem usunięcia kamieni z przewodu trzustkowego. W trakcie pobytu wykonano przeglądowe badanie usg jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej oraz badanie (...). Nie wykonywano badań w kierunku aktywności aminotransferaz, antygenu HBs i przeciwciał anty HCV w surowicy ani stężenia bilirubiny (dokumentacja medyczna k. 323-329v).

Od dnia 21 sierpnia 2007 roku do 23 sierpnia 2007 roku powód przebywał na Oddziale(...) w P. z powodu stłuczenia kręgosłupa w odcinku piersiowo lędźwiowym. U powoda zastosowano leczenie zachowawcze, założono gorset J.'a i wykonywano iniekcje oraz przeprowadzono badania morfologiczne krwi oraz badania biochemiczne. Wypisany do domu z zaleceniem dalszego leczenia w Poradni (...) oraz kontroli za okres dwóch tygodni (dokumentacja medyczna k. 365-376v).

Z powodu ostrego zespołu bólowego kręgosłupa szyjnego prawostronnego i przewlekłego zapalenia trzustki w okresie zaostrzenia powód został przyjęty na Oddział (...) (...) w P. gdzie przebywał w okresie od 24 stycznia 2008 roku do 26 stycznia 2008 roku. W trakcie hospitalizacji wykonano badania enzymatyczne. Oznaczono stężenie bilirubiny w surowicy – 0,3 mg%, aktywność AspAT – 57j., ALAT-115 j. Nie badano przy tym antygenu Hbs, ani przeciwciał anty HCV. W trakcie pobytu nastąpiło nasilenie dolegliwości bólowych brzucha. Powód został wypisany z zaleceniem dalszego leczenia w (...) Klinice (...) w L. (dokumentacja medyczna k. 330-347v).

Od dnia 10 maja 2008 roku do dnia 14 maja 2008 roku powód po raz ósmy przebywał w Klinice pozwanego szpitala. Powodem przyjęcia były dolegliwości bólowe w okolicy odbytu i przewlekłe zapalenie trzustki. W dniu 12 maja 2008 roku przeprowadzono zabieg wycięcia żylaków. Z przeprowadzonych w trakcie pobytu powoda badań dodatkowych wynika, że stężenie bilirubiny w surowicy oznaczono na poziomie 0,69 mg %, aktywność ALAT wynosiła natomiast 148 j. Wypisany do domu z zaleceniem bezwzględnego zakazu spożywania alkoholu i kontroli w Poradni (...) (dokumentacja medyczna k. 348-350v).

Z powodu przewlekłego zapalenia trzustki R. T. ponownie został przyjęty do (...) Kliniki (...) w L. w dniu 28 czerwca 2008 roku. Wykonano wówczas zabieg ERCP, usunięto złoży i przeprowadzono inne badania w tym oznaczając stężenie bilirubiny w surowicy - 0,35 i 0,8 mg %, aktywność AspAT – 26 i 44 j., ALAT – 42 i 76 j., GGTP – 43 i 44 j. Nie badano antygenu HBs ani przeciwciał HCV. Powód został wypisany do domu w dniu 8 lipca 2008 roku z zaleceniem stosowania diety trzustkowej oraz kontroli w Poradni(...) za 10 dni (dokumentacja medyczna k. 351-359v).

Kolejny pobyt powoda na hospitalizacji w tej samej Klinice pozwanego szpitala miał miejsce w okresie od dnia 7 sierpnia 2008 roku do dnia 14 sierpnia 2008 roku. Było to przyjęcie w trybie planowym celem wykonania toraskopowej splanchnectomii, którą przeprowadzono dniu 12 sierpnia 2008 roku. Wykonano również gastroscopię w której stwierdzono przepuklinę rozworu przełykowego. Stężenie bilirubiny w surowicy, jak wynika z przeprowadzonych w trakcie pobytu badań, wynosiło 0,86 mg %, dodatkowo u R. T. pobierano krew na badania diagnostyczne i wykonywano iniekcje. Wypisany do domu z zaleceniem kontroli w Poradni (...) (dokumentacja medyczna k. 360-365v).

W dniu 25 sierpnia 2008 roku powód R. T. był hospitalizowany w tej samej klinice pozwanego szpitala celem diagnostyki i leczenia dolegliwości bólowych w nadbrzuszu. W wykonanym badaniu usg stwierdzono u R. T. cechy przewlekłego zapalenia trzustki i zwłóknienia. Wykonano badania oznaczając stężenie bilirubiny w surowicy, które wynosiło 0,86 mg %. W trakcie hospitalizacji R. T. miał pobieraną krew do badań diagnostycznych oraz wykonywane iniekcje. Wypisany do domu z zaleceniem zgłoszenia się do (...) celem ustalenia leczenia i kontroli w Poradni (...) (dokumentacja medyczna k. 377-384v).

W dniu 17 grudnia 2008 roku R. T. zgłosił się do (...) Niepublicznego (...) (...) (...) w L.. Następnie od dnia 30 grudnia 2008 roku do 7 stycznia 2009 roku powód przebywał w szpitalu (...). M. K. w L. z rozpoznaniem reakcji na

ciężki stres i zaburzeń adaptacyjnych oraz współistniejącego przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu „C”. W dniu 31 grudnia 2008 roku stwierdzono w surowicy obecność przeciwciał anty HCV, ale nie stwierdzono antygeny HBs. Nie wykonywano również badania stężenia bilirubiny w surowicy. Aktywność AspAT w surowicy -103 j., ALAT – 193 j., GGTP – 92 j. Zalecono leczenie w (...), Poradni (...) oraz Poradni (...) (dokumentacja medyczna k. 91 – 94, 386-410v). Informację o obecności przeciwciał anty HCV powód otrzymał od lekarza prowadzącego tego samego dnia i telefonicznie przekazał je żonie (częściowo zeznania powoda R. T. k. 718v-720, protokół skrócony k. 1233v w znacznikach czasowych od 00:10:53 do 00:19:19).

W dniach od 14 stycznia 2009 roku do 21 stycznia 2009 roku R. T. był ponownie hospitalizowany. Przyczyną pobytu w (...)w L. była diagnostyka i leczenie wykrytego w grudniu 2008 roku zakażenia HCV. Przy przyjęciu powód zgłaszał dolegliwości ze strony brzucha oraz kręgosłupa. W trakcie pobytu w szpitalu w dniu 16 listopada 2009 roku stwierdzono HCV RNA. Ze względu na choroby współistniejące powód nie został zakwalifikowany do leczenia IFN. Wypisany do domu z zleceniem stosowania diety wątrobowo – trzustkowej, dalszego leczenia w Poradni Hepatologicznej, zgłoszenia się do lekarza rodzinnego w celu skontrolowania wyników TSH i kwasu moczowego oraz przyjmowania przepisanych leków (dokumentacja medyczna k. 416-429v).

Od marca 2009 roku powód R. T. był trzykrotnie szczepiony przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (dokumentacja medyczna k. 448-449).

W okresie od 2 marca 2010 roku do 8 marca 2010 roku R. T. przebywał na Oddziale C.(...)w P. z powodu ostrych bólów brzucha. Stosowano leczenie zachowawcze. Wypisany został do domu rozpoznaniem ostrego zapalenia trzustki i zaleceniami stosowania diety trzustkowej, przyjmowania zaleconych leków oraz kontroli w poradni (dokumentacja medyczna k. 414).

W dniach od 30 grudnia 2010 roku do 5 stycznia 2011 roku powód ponownie przebywał na Oddziale C. – (...) w P. z powodu ostrego zapalenia trzustki. Oznaczone stężenie bilirubiny w surowicy wynosiło 0,9 mg%. W trakcie pobytu na Oddziale był leczony zachowawczo i został wypisany z zaleceniami zakazu picia alkoholu, stosowania diety trzustkowej, kontroli lekarza rodzinnego (dokumentacja medyczna k. 415).

Od 14 listopada 2011 roku do 16 listopada 2011 roku powód przebywał w pozwanym szpitalu w Klinice (...) z rozpoznaniem przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C. Przyjęty na Oddział Kliniki celem wykonania badań diagnostycznych niezbędnych w celu leczenia przeciwwirusowego. W trakcie tego pobytu u powoda przeprowadzono szereg badań (dokumentacja medyczna k. 430-447v).

Od 22 stycznia 2013 roku do 30 stycznia 2013 roku R. T. był hospitalizowany na Oddziale (...) (...) (...) Szpitala (...) w L. został wypisany z rozpoznaniem przepukliny rozworu przełykowego przepony, stanu po laparotomii z powodu ostrego zapalenia trzustki (2004), wirusowego zapalenia wątroby typu „C”. W trakcie pobytu powoda w szpitalu wykonano szereg badań laboratoryjnych, nie badano przeciwciał anty HCV. Wypisany do domu z zaleceniem kontroli w Poradni (...) (dokumentacja medyczna k. 95-97)

W okresie między poszczególnymi hospitalizacjami z uwagi na ujawniające się różnorodne dolegliwości bólowe powód kontynuował leczenie w (...), w tym również Poradniach pozwanego szpitala (dokumentacja medyczna k. 72-90v, 101-103).

Orzeczeniem (...) ds. Orzekania o Niepełnosprawności w P. z dnia 5 lutego 2013 roku R. T. został zaliczony do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności ze wskazaniem, iż nie wymaga stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób ani szkolenia specjalistycznego (orzeczenie k. 69) .

Pismem z dnia 20 grudnia 2011 roku pełnomocnik powoda złożył do II Wydziału Cywilnego Sądu Rejonowego Lublin – Zachód w Lublinie wniosek o zawezwanie do próby ugodowej (wniosek k. 99-100).

W odpowiedzi na powyższe z dnia 16 stycznia 2012 roku pozwany szpital odmówił zawarcia ugody w sprawie roszczeń odszkodowawczych w związku z zachorowaniem powoda na WZW typu „C” i zakażenia gronkowcem i nie uznał swojej odpowiedzialności za wskazane zdarzenia (odpowiedź uczestnika na zawezwanie do próby ugodowej k. 67-68).

R. T. od 2004 roku przebywa na rencie i jest to jego jedyne źródło utrzymania. Przed pobytem w pozwanym szpitalu w latach 2001-2002 korzystał z usług stomatologa, systematycznie korzysta z fryzjera. Posiada wykształcenie zawodowe, jest ślusarzem mechanikiem samochodowym. Przed zachorowaniem na zapalenie trzustki pracował jako pracownik ogólnobudowlany. Pogarszający się stan zdrowia powoduje, że nie może powrócić do poprzedniego zatrudnienia. Na ograniczenie możliwości wykonywania pracy zawodowej przez powoda ma wpływ przewlekłe zapalenie trzustki oraz przewlekłe WZW typu „C”, powyższe choroby stanowią bowiem przeciwwskazania do ciężkiej pracy fizycznej. Aktualny stan zdrowia powoda umożliwia mu wykonywanie określonych prac w warunkach pracy chronionej. Powód mieszka wraz z żoną i dziećmi w miejscowości C. w domu stanowiącym jego własność. W lipcu 2014 roku został zakwalifikowany do leczenia interferonem i ribawiryną. Kuracja obejmuje 72 tygodnie. Aktualnie uskarża się na różne dolegliwości bólowe. Okresowo nie może wstać z łóżka, występują u niego plamy na ciele. Przejmuje leki zalecone przez lekarzy. Pracuje dorywczo u okolicznych gospodarzy w zamian otrzymuje głównie produkty żywnościowe. Nie wykonywał tatuaży i nie nosi kolczyków. Wiadomość o tym, że jest nosicielem żółtaczki zbiegła się w czasie z pobytem w szpitalu psychiatrycznym oraz odebraniem renty. Powód załamał się i stał się nerwowy (decyzja o waloryzacji renty k. 716-717, częściowo zeznania powoda R. T. k. 718v-720, protokół skrócony k. 1233v w znacznikach czasowych od 00:10:53 do 00:19:19, częściowo zeznania M. T. k. 721v, pisemna opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych dr n. med. J. P. k. 1162-1177v).

Jak wynika z wykazu zakażeń w (...) Publicznym Szpitalu (...) w L. sporządzonego przez Zespół ds. Monitorowania Zakażeń Zakładowych odsetek zakażeń zakładowych w 2004 roku w Klinice (...) – (...) w 2003 roku, gdzie powód przebywał na hospitalizacji w okresie od 7 lipca 2003 roku do 17 lipca 2003 roku wynosił 0,9 % (12 przypadków), a w (...) Klinice (...) w 2004 roku, gdzie powód był wielokrotnie hospitalizowany wynosił 6,4 % i dotyczył 284 zakażeń. W Klinice (...) najczęstszymi czynnikami etiologicznymi powstawania zakażeń zakładowych w 2004 roku były (...) i (...), w Klinice (...) – (...) najczęstszym czynnikiem powstawania zakażeń w 2003 roku były (...), (...), (...) (wykaz zakładowych zakażeń k. 557-635).

W latach 2003-2005 i 2008 w pozwanym szpitalu odnotowano jedno zachorowanie na wirusowe zapalenie wątroby, a w 2009 roku – 2 zachorowania na WZW typu „B”, a nie odnotowano zachorowań na WZW typu „C”, przy czym w potwierdzonych przypadkach zachorowań na WZW typu „B” nie wskazano daty ich powstania, a w potwierdzonych przypadkach WZW typu „C” Oddziału, w jakim doszło do takiego zachorowania (formularz zgłoszenia zachorowania k. 636-671).

Z wywołanej w toku postępowania opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych dr n. med. J. P. wynika, iż w protokołach kontroli sanitarnej Kliniki (...) nie stwierdzono naruszeń procedur sanitarnych przez personel sprawujący opiekę nad powodem podczas kontroli Kliniki przez Sanepid. Podczas okresowych kontroli Kliniki (...) pozwanego szpitala stwierdzono usterki organizacyjne typu: brak wydzielonych szluz przy wejściu dla zespołu operacyjnego, nie zachowanie na bloku operacyjnym zasady rozdziału ruchu „czystego”, i „brudnego”, nieprawidłową segregację i gromadzenie odpadów, przechowywanie zapasu czystej bielizny operacyjnej w przebieralni dla personelu, uszkodzenia części płytek podłogi w obrębie sal operacyjnych utrudniające dezynfekcję, niewłaściwe przechowywanie materiału i sprzętu sterylnego, brak szluz materialowej, zły stan sprzętu w pomieszczeniach mycia i dezynfekcji. Stwierdzone usterki w ocenie biegłego stanowiły czynnik ryzyka zakażeń szpitalnych w procesie leczenia chorych. Pozwany (...) Publiczny Szpital (...) w L. posiada również (...) nadane przez Radę Akredytacyjną (...)w Ochronie (...) (...) na 3 – letnie okresy łącznie obejmujące okres od 25 stycznia 2000 roku do 2013 roku. Przyznanie certyfikatów odbyło się na podstawie przeprowadzonych kontroli szpitala obejmujących między innymi dział przestrzegania higieny szpitalnej w procesie leczenia chorych i profilaktyki zakażeń szpitalnych. Biegły zaopiniował, że przyznane certyfikaty potwierdzają przestrzeganie procedur sanitarnych i przeciwdziałanie zakażeniom szpitalnym w okresie prowadzonych kilkudniowych kontroli akredytacyjnych. Certyfikaty nie są jednak gwarantem przestrzegania w pełni

zasad higieny szpitalnej w okresach po wyjeździe zespołu akredytującego ze szpitala. W 2004 roku mimo, że pozwany szpital posiadał certyfikat akredytacyjny to zarejestrowano 1451 zakażeń zakładowych (4,2 % leczonych), 1607 zakażeń pozazakładowych (4,7 % leczonych). Od dnia 10 stycznia 2006 roku do 31 stycznia 2015 roku pozwany szpital posiada Certyfikaty Systemu (...) wg (...) które obejmują między innymi profilaktykę zakażeń szpitalnych na wysokim poziomie. Mimo posiadania dwóch prestiżowych Certyfikatów w szpitalu tym nadal rejestruje się zakażenia szpitalne. W 2007 roku zarejestrowano 1030 zakażeń szpitalnych, w 2009 roku zarejestrowano 455 zakażeń szpitalnych. Posiadanie certyfikatów ma pozytywny wpływ na dążenie kadry kierowniczej szpitala do utrzymania wysokiego poziomu jakości procedur medycznych i systematycznego obniżania ilości zakażeń szpitalnych.

Biegły w dalszej części swojej opinii wykazywał, iż powód R. T. choruje na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu „C” wywołane przez genotyp 1 HCVRNA. Klinika (...) w L. jest jedną z placówek medycznych, w których mogło dojść do zakażenia powoda wirusem HCV w ocenie biegłego jest to jednak mało prawdopodobne. Jak wynika z opinii analiza oznaczeń transaminaz (ALT, AST) podczas wielu hospitalizacji R. T. wykazała, że podwyższony poziom transaminaz występował już w dniu 4 maja 2003 roku podczas hospitalizacji w Szpitalu Wojewódzkim im. (...) w L.. W ocenie opiniującego biegłego wyniki badań wskazują, iż już w maju 2003 roku istniało u powoda uszkodzenie wątroby, którego prawdopodobną przyczyną było zakażenie HCV, do którego doszło jeszcze przed tym okresem. Nie można jednak określić czasu i miejsca prawdopodobnego zakażenia powoda tym wirusem. Zakażenie wirusem HCV stwierdzono u R. T. podczas hospitalizacji w Szpitalu (...) w L. w dniu 30 grudnia 2008 roku po raz pierwszy wówczas, bowiem oznaczono przeciwciała anty – HCV. Dokonana przez biegłego analiza wszystkich badań powoda przed 2009 rokiem wykazała, że już w maju 2003 roku powód miał zapalenie wątroby o nieustalonym czynniku etiologicznym, którym mógł być wirus HCV. Biegły zaopiniował, że do zakażenia HCV mogło dojść we wszystkich szpitalach, w których powód był leczony przed majem 2003 roku, nie można także całkowicie wykluczyć, iż nastąpiło podczas licznych hospitalizacji powoda w okresie od maja 2003 roku do października 2008 roku albo podczas wizyty u stomatologa czy fryzjera, chociaż możliwość zakażenia podczas strzyżenia włosów jest bardzo znikoma. Jedną z przyczyn podwyższonego poziomu transaminaz w dniu 4 maja 2003 roku mogło być jak wynika z opinii długotrwałe nadużywanie alkoholu, które w ocenie biegłego jest jednak mało prawdopodobne, z uwagi na fakt, iż wyniki badań nie są charakterystyczne dla alkoholowego uszkodzenia wątroby, albowiem w takim przypadku stwierdza się zdecydowaną przewagę AST nad ALT, dość charakterystyczny jest ponadto podwyższony poziom GGTP. Obiektywne wskaźniki alkoholowego uszkodzenia wątroby u powoda nie istniały i nie było adnotacji o jego upojeniu alkoholowym. Biegły wskazał, że przed majem 2003 roku R. T. był hospitalizowany trzykrotnie i miał wykonywane procedury inwazyjne, które mogą być przyczyną zakażenia. Z tych trzech szpitali nie ma jednak oznaczenia transaminaz. Również brak diagnostyki w latach 90 – tych może zwiększać prawdopodobieństwo zakażenia w tamtym okresie. Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu „C” ma niewielkie nasilenie zapalne i nie wpłynęło na wydłużenie rekonwalescencji powoda po ostrym zapaleniu trzustki.

Odnosząc się do zakażenia gronkowcem złocistym MRSA stwierdzonym u powoda R. T. podczas hospitalizacji w pozwanym szpitalu w Klinice (...) w posiewach drenu z jamy brzusznej z dnia 16 sierpnia 2004 roku, 24 sierpnia 2004 roku oraz w posiewie z drenu z jamy opłucnej z dnia 6 września 2004 roku biegły zaopiniował, iż do zakażenia doszło prawdopodobnie podczas hospitalizacji w pozwanym szpitalu w okresie od 30 lipca 2004 roku do 8 września 2004 roku. Jest to bezspornie w ocenie biegłego zakażenie szpitalne, nie można jednak ustalić, czy do zakażenia gronkowcem doszło podczas zabiegów operacyjnych, czy ze środowiska szpitalnego podczas toalety ran operacyjnych. Przyczyną zakażenia gronkowcem były inwazyjne procedury medyczne (drenaż opłucnej, powtórna laparotomia) w środowisku szpitalnym zawierającym gronkowce. W dalszej części biegły sprecyzował, iż było to zakażenie losowe i nie można w przypadku powoda dać przykładu jakiegoś zaniedbania szpitala. Nie jest bowiem możliwe wdrożenie procedur które dałyby 100 % wyeliminowanie zagrożeń a w pozwanym szpitalu notowany jest systematyczny spadek zakażeń. W dalszej części biegły podnosił, że podczas leczenia z pozwanym szpitalu i wszystkich zabiegów operacyjnych u powoda stosowano antybiotykową profilaktykę okołoperacyjną zgodnie z aktualnymi zasadami zapobiegania zakażeniom, a nadto stosowano właściwe antybiotyki aktywne wobec tlenowych bakterii „Gam ujemnych” oraz bakterii beztlenowych, co znacznie minimalizowało możliwość rozwoju zakażenia gronkowcami i innymi bakteriami.

W opinii biegłego przypadek powoda wskazuje na to, że nawet intensywne wielolekowa antybiotykoterapia w przebiegu ciężkiego ostrego zapalenia trzustki nie zapobiegła zakażeniom bakteryjnym podczas wielokrotnej hospitalizacji. Na obniżenie odporności powoda w pozwanym szpitalu wpłynęła również choroba zasadnicza tj. ostre zapalenie trzustki, dodatkowym czynnikiem było nadużywanie alkoholu w przeszłości oraz prawdopodobne wirusowe zapalenie wątroby, a także sam zabieg operacyjny. W dalszej części opinii biegły zaznaczył, że ostre zapalenie trzustki powikłane ropowicą jamy brzusznej jest chorobą, która spowoduje znaczne obniżenie odporności organizmu na zakażenia bakteryjne oraz innymi drobnoustrojami. O bardzo ciężkim i nawracającym ostrym zapaleniu trzustki świadczyła konieczność trzykrotnej hospitalizacji i leczenia operacyjnego powoda w okresie od kwietnia 2004 roku do początku września 2004 roku. Ten ciężki i długotrwały przebieg zapalenia trzustki w ocenie biegłego znacznie obniżył odporność powoda i sprzyjał powikłaniom bakteryjnym. Podczas 3 – hospitalizacji stwierdzono ostre martwicze zapalenie trzustki, które bardzo często powoduje powikłania infekcyjne martwiczych tkanek trzustki oraz tkanek około trzustkowych i właśnie w sierpniu 2004 roku w posiewach z treści ropnej jamy brzusznej stwierdzono u powoda gronkowce (MRSA i MRCNS). Zakażenie powoda gronkowcem złocistym znacznie wydłużyło okres rekonwalescencji po ostrym zapaleniu trzustki na około 6 tygodni. W październiku 2004 roku została zakończona antybiotykoterapia powikłań bakteryjnych.

Zawarta w aktach sprawy dokumentacja Kontroli Zakażeń pozwanego szpitala zawiera dokumenty monitorujące ilość zakażeń zarejestrowanych przez Zespół (...) w poszczególnych latach w oddziałach i klinikach pozwanego szpitala. Nie ma w nich adnotacji co do kontrolowania usterek dotyczących uchybień sanitarnych w zakresie procedur leczniczych i pielęgnacyjnych u pacjentów oraz przebiegu dezynfekcji bieżącej w oddziałach, co uniemożliwiało w ocenie biegłego dokonanie oceny przestrzegania zasad higieny szpitalnej w pozwanym szpitalu przez personel medyczny.

Biegły zaopiniował, iż w wyniku zakażenia wirusem HCV i następczym rozwojem przewlekłego WZW – C powód R. T. doznał długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 10 %. Wskazał ponadto, że uszczerbek na zdrowiu powoda jest spowodowany również przewlekłym zapaleniem trzustki, które spowodowało upośledzenie czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki i trawienia pokarmów oraz upośledzenia czynności wewnętrzwydzielniczej, co spowodowało cukrzycę i konieczność leczenia insuliną. Doznany uszczerbek na zdrowiu w wyniku zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki biegły ocenił na 10 %, a w zakresie czynności wewnętrzwydzielniczej na 20 %. Przewlekłe zapalenie trzustki w opinii biegłego jest odpowiedzialne za 30 % uszczerbek na zdrowiu powoda. Łączny uszczerbek w wszystkich omówionych przyczyn wynosi 40 % . Obecnie nie stwierdza się żadnych trwałych następstw zakażenia gronkowcem złocistym oraz innymi bakteriami (pisemna opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych dr n. med. J. P. k. 1162-1177v, uzupełniająca ustna opinia biegłego J. P. k. 1219v-1221).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o wyżej powołane dowody z dokumentów oraz zeznania świadków P. K. i T. R. oraz M. P.. Dowody w postaci dokumentów nie budziły wątpliwości co do ich autentyczności, nie były również kwestionowane przez pełnomocników stron. Dokonując analizy zeznań wymienionych świadków Sąd nie znalazł podstaw do podważania ich wiarygodności zwłaszcza, iż są logiczne, konsekwentne i wzajemnie się uzupełniają. Częściowo podzielił również zeznania powoda R. T. i jego żony M. T. o tyle, o ile zeznania te znalazły swoje potwierdzenie w pozostałym zgromadzonym materiale dowodowym. Jako niewiarygodne oceniono zatem twierdzenia zgodnie z którymi powód uzyskał informację o tym, że był zakażony gronkowcem złocistym dopiero podczas zbierania materiałów do pozwu. Skoro bowiem P. K. wiedział o tym, iż został zakażony i z tego powodu jest odizolowany od innych pacjentów przebywając na wydzielonej sali Oddziału pozwanego szpitala, to R. T. również o zakażeniu gronkowcem złocistym został poinformowany. Nie zmienia tego faktu wskazana przez świadka okoliczność, zgodnie z którą P. K. informację o zakażeniu otrzymał od swojej matki albowiem zgodnie z uznanymi za wiarygodne zeznaniami M. P. stałą praktyką było informowanie nie tylko osoby zakażonej, ale również osoby upoważnionej do uzyskania takich informacji. W ocenie Sądu nieuprawnione jest przyjęcie, iż za cenę zatajenia informacji o zakażeniu przeszkolony personel medyczny specjalistycznego oddziału i jego lekarze ryzykowali zakażenie gronkowcem członków rodziny powoda lub innych pacjentów. W ocenie Sądu po ujawnieniu tego zakażenia podczas pobytu na hospitalizacji w okresie od 30 lipca 2004 roku do 8 września 2004 roku powód wiedział o tym, że przyczyną długotrwałego gojenia ran pooperacyjnych jest gronkowiec złocisty, a informacja o zakażeniu zgodnie z

procedurami została mu przekazana łącznie z pouczeniem co do sposobów postępowania i dalszego zachowania w trakcie hospitalizacji. Gdyby było inaczej i odpowiedni reżim nie zostałby zachowany, to z całą pewnością fakt ten znalazłby odpowiednie odzwierciedlenie w statystykach ilości zakażeń, które w pozwanym szpitalu nie odbiegały od ilości ujawnionych w innych jednostkach.

Sąd podzielił również ustalenia opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych dr n med. J. P.. Opinia ta w całości odpowiada na pytania przedstawione biegłemu w postanowieniu dowodowym, uwzględnia odpowiedzi na pytania stron, a nadto została sporządzona w sposób profesjonalny, wyczerpujący, po przeprowadzeniu wnikliwej analizy dokumentacji medycznej powoda, jak i po bezpośrednim jego badaniu. Wnioski zawarte w opinii są logiczne, zgodne ze wskazaniami wiedzy medycznej i nie zawierają wewnętrznych sprzeczności. Po opracowaniu przez biegłego opinii uzupełniającej, jej ustalenia nie były kwestionowane przez pełnomocników stron.

Podstawy dokonanych ustaleń faktycznych nie stanowiła natomiast sporządzona w toku postępowania opinia biegłego z zakresu chorób wewnętrznych Prof. dr hab. med. J. J. z uwagi na fakt, iż została w sposób skuteczny zakwestionowana przez stronę pozwaną. Wykazane w niej uchybienia, niejasności i błędy logiczne podniesione w złożonych zarzutach strony pozwanej skutkowały wywołaniem opinii dr. n med. J. P.. Wobec faktu, iż strona powodowa nie składała żadnych zastrzeżeń do opinii opracowanej przez Prof. dr hab. med. J. J., to Sąd nie znalazł podstaw do tego, aby zgodnie z jej wnioskiem wywołać opinię uzupełniającą tego biegłego. Jeśli bowiem w przedstawionej wersji nie budziła zastrzeżeń powoda, to podstaw do jej uzupełnienia nie ma. Jako nieprzydatny dla rozstrzygnięcia merytorycznego przedmiotowej sprawy Sąd ocenił również wniosek o wywołanie opinii biegłego psychologa. Co do powodów nieuwzględnienia wniosku szerzej Sąd wypowie się po przedstawieniu rozważań co do zasadności przedstawionych roszczeń.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo nie jest zasadne i nie zasługuje na uwzględnienie.

W doktrynie prawa cywilnego wymienia się następujące przesłanki odpowiedzialności cywilnej za błąd lekarza, dające podstawę do wypłaty odszkodowania: winę, szkodę oraz występujący między zawinionym postępowaniem lekarza a szkodą tzw. adekwatny związek przyczynowy. Wina obejmuje zarówno element obiektywny (bezprawność), czyli naruszenie reguł prawidłowego postępowania, jak również subiektywny w postaci na przykład niedbalstwa czy lekceważenia obowiązków. Oznacza to, że obowiązek naprawienia szkody może powstać wówczas, gdy błąd ten jest po pierwsze zawiniony przez lekarza, a po wtóre spełnione zostaną dalsze przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej. Najogólniej rzecz ujmując, błąd medyczny, nie rodzi niejako automatycznie odpowiedzialności cywilnej szpitala, ukształtowanej w oparciu o treść art.430 k.c.

Zgodnie bowiem 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 powierzonych jej czynności. Placówka lecznicza, jako powierzający wykonanie czynności (zwierzchnik) odpowiada za zawinione działania lub zaniechania swego personelu (podwładny), wyrządzające szkodę pacjentowi przy wykonywaniu powierzonych czynności. Powierzający odpowiada na zasadzie ryzyka, ale za szkodę wyrządzoną przy wykonywaniu powierzonych czynności z winy podwładnego. Według ogólnej reguły, w zakresie odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych, na poszkodowanym spoczywa obowiązek udowodnienia przesłanek tej odpowiedzialności.

Podwładny przy wykonywaniu czynności nie jest samodzielny, jednakże pojęcie podporządkowania można rozumieć jako podporządkowanie tylko ogólnoadministracyjne, dlatego też stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji, jak na przykład lekarzy w zakresie diagnozy i terapii. Lekarz podlega ogólnoadministracyjnemu kierownictwu danej placówki medycznej, na jej rachunek wykonuje czynności lecznicze (por. Mirosław Nesterowicz „Podstawy prawne odpowiedzialności cywilnej zakładu leczniczego i lekarza”, Prawo i Medycyna 1999/1/110)

Celem wykazania zasadności swego roszczenia powód winien więc dowieść istnienia określonych w art.430 k.c. przesłanek odpowiedzialności deliktowej, do których należy: wyrządzenie szkody osobie trzeciej przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności, wina podwładnego oraz adekwatny związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem podwładnego a zaistniałą szkodą.

Poza sporem pozostaje okoliczność, iż powód R. T. był zakażony w 2004 roku gronkowcem złocistym, a w dniu 31 grudnia 2008 roku wykryto u niego wirusowe zapalenie wątroby typu C skutkujące powstaniem szkody zarówno majątkowej jak i niemajątkowej (krzywdy). Szkada majątkowa na osobie obejmuje w tym przypadku uszczerbki finansowe wynikające z rozstroju zdrowia tj. wydatki związane z procesem leczenia, koszty specjalnego odżywiania się. Szkada niemajątkowa na osobie przejawia się natomiast w doznawanych przez powoda na skutek rozstroju zdrowia cierpieniach fizycznych i psychicznych, które w omawianym przypadku były przyczyną podjęcia leczenia specjalistycznego.

Konieczne jest również rozważenie w kontekście zgłoszonych roszczeń zarzutu przedawnienia zgłoszonego w odpowiedzi na pozew. Jak wynika bowiem z wyroku Sądu Najwyższego z dnia 11 sierpnia 2010 roku, a także z uchwały Sądu Najwyższego z dnia 17 lutego 2006 roku (III CZP 84/05), skuteczne podniesienie zarzutu przedawnienia jest wystarczające do oddalenia powództwa bez potrzeby ustalenia, czy zachodzą wszystkie inne przesłanki prawnomaterialne uzasadniające jego uwzględnienie. W razie podniesienia zarzutu przedawnienia badanie tych przesłanek jest zbędne, wobec czego możliwe jest oddalenie powództwa ze względu na przedawnienie roszczenia w sytuacji, w której wobec niespełnienia wszystkich przesłanek warunkujących jego byt, roszczenie nie zostało jeszcze w pełni ukształtowane. Skoro zarzut przedawnienia może być skuteczny wobec tak rozumianego roszczenia, nie ma przeszkód, żeby bieg terminu przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym mógł być liczony od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wyrządzające szkodę.

W okolicznościach tej sprawy zdarzeniem wyrządzającym szkodę miało być, według powoda zarażenie gronkowcem, a nadto zakażenie wirusem HCV wraz z następczym rozwojem przewlekłego WZW – C co doprowadziło do tych skutków, które powód wskazał jako podstawę żądania zadośćuczynienia.

Art. 442⁽¹⁾ § 1 kodeksu cywilnego obowiązuje od 10 sierpnia 2007 r. i przewiduje, że roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę. Został on dodany ustawą z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy – Kodeks Cywilny (Dz.U. Nr 80. poz. 538), która uchyliła art. 442 k.c. Przepis przejściowy zawarty w tej ustawie (art. 2), przewiduje, że do roszczeń, o których mowa w art. 442⁽¹⁾ k.c., powstałych przed dniem wejścia w życie tej ustawy, a według przepisów dotychczasowych w tym dniu jeszcze nieprzedawnionych, stosuje się przepisy art. 442⁽¹⁾ k.c.

W okolicznościach sprawy niniejszej oznacza to, że powód dowiedział się o tym, iż jest nosicielem wirusa HCV podczas pobytu w Szpitalu (...) w L. w dniu 31 grudnia 2008 roku – po przeprowadzeniu stosownych badań. Wówczas to bowiem po raz pierwszy oznaczono przeciwciała anty HCV z wynikiem dodatnim. Trzyletni termin przedawnienia roszczenia upłynął zatem w 2011 roku, a powód złożył pozew 31 października 2012 roku (vide: k. 17). Twierdzenia zawarte w sprecyzowaniu pozwu o tym, że w dniu 2 stycznia 2012 roku poinformowano R. T. o dodatnim wyniku badania nie zostały udowodnione, dodatkowo przeczą im również zeznania samego powoda : „to było na sylwestra 2008 roku, zaraz zadzwoniłem do żony”(vide k. 719). Z tych samych względów abstrahując zupełnie od zasadności roszczeń podnieść należy, iż roszczenie powoda w zakresie okoliczności dotyczących zakażenia gronkowcem złocistym jest również przedawnione. Najbardziej prawdopodobne jest wszakże to, że powód już w 2004 roku, na podstawie okoliczności związanych z przebiegiem własnej hospitalizacji podczas pobytu w pozwanym szpitalu dowiedział się o zakażeniu gronkowcem złocistym. Świadczą o tym zgromadzone w sprawie dowody, w tym uznane za wiarygodne zeznania świadków, zgodnie z którymi powód dla własnego bezpieczeństwa, bezpieczeństwa innych pacjentów, członków swojej rodziny oraz personelu medycznego musiał wiedzieć o swoim zakażeniu, chociażby po to,

aby znać zasady własnego funkcjonowania na oddziale wśród innych chorych. Okoliczność rozpoznania przez powoda uzyskanej informacji i właściwej oceny tego zagrożenia jakie niesło zakażenie gronkowcem złocistym nie ma większego znaczenia. Powód w swoich wyjaśnieniach informacyjnych, potwierdzonych w składanych zeznaniach sam wskazywał, że w trakcie tego pobytu na hospitalizacji jego stan był tak ciężki, iż „nie kontaktował i było mu wszystko jedno” (vide: k. 718v). R. T. przebywał na hospitalizacji w pozwanym szpitalu w okresie od 30 lipca 2004 roku do 8 września 2004 roku, a zatem trzyletni termin przedawnienia skutecznie upłynął w 2007 roku.

Strona powodowa wskazała, że podniesienie przez pozwanego zarzutu przedawnienia jest sprzeczne z normą wyrażoną w art. 5 k.c.; przemawia za tym „tragiczna sytuacja zdrowotna i życiowa powoda oraz jego pogarszająca się sytuacja finansowa” (k. 714). Zgodnie z art. 5 k.c. nie można czynić ze swego prawa użytku, który by był sprzeczny ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem tego prawa lub z zasadami współżycia społecznego; takie działanie lub zaniechanie uprawnionego nie jest uważane za wykonywanie prawa i nie korzysta z ochrony. W orzecznictwie zasadnie podkreśla się, że zastosowanie przepisu art. 5 k.c. ma charakter wyjątkowy, podnoszący zarzut nadużycia prawa przez przeciwnika powinien wykazać, że zaistniały wyjątkowe okoliczności, które skutki zgłoszenia tego zarzutu niweczyłyby, takie jak charakter uszczerbku jakiego doznał poszkodowany, przyczyna opóźnienia i czas trwania tego opóźnienia. Ocena, czy doszło do nadużycia prawa przy podniesieniu zarzutu przedawnienia, powinna być dokonywana w oparciu o obiektywne kryteria (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 17 października 2014 roku, sygn. I ACa 549/14, Lex nr 1544886). Strona powodowa nie wyjaśniła (ani nie udowodniła) na czym polega „tragiczna sytuacja zdrowotna i życiowa powoda”, przede wszystkim jednak strona w jakikolwiek sposób nie wyjaśniła, z jakiej przyczyny powód wniósł pozew po upływie terminu przedawnienia i to z tak znacznym przekroczeniem tego terminu. Okoliczności te nie pozwalają zastosowanie przepisu art. 5 k.c. i stwierdzenie, by doszło do nadużycia prawa przy podniesieniu zarzutu przedawnienia.

Nawet gdyby nie uwzględniono podniesionego przez pozwanego zarzutu przedawnienia roszczeń, to posiłkując się wnioskami płynącymi z opracowanej na potrzeby niniejszego postępowania opinii biegłego dr n. med. J. P. uznaje należy, że nie można ustalić, czy do zakażenia gronkowcem złocistym doszło w pozwanym szpitalu w okresie od 30 lipca 2004 roku do 8 września 2004 roku podczas zabiegów operacyjnych, czy ze środowiska szpitalnego podczas toalety ran operacyjnych. Bezspornie jednak w trakcie tej hospitalizacji badania posiewów z drenu jamy brzusznej i drenu opłucnej wykazały obecność gronkowca złocistego metycyloopornego (MRSA). W opinii biegłego było to jednak zakażenie losowe i nie można wskazać w przypadku powoda jakiegoś zaniedbania ze strony szpitala. Nie można pomijać również w ocenie Sądu okoliczności, w jakich doszło do zakażenia i stanu zdrowia powoda, który spowodował jego pobyt w szpitalu. Na szali ryzyka zakażenia gronkowcem powoda (które de facto dotyczy przy takich schorzeniach jakie rozpoznano u R. T. 70 % pacjentów) było jego życie oraz próba ratowania go wszelkimi dostępnymi środkami przez personel medyczny i lekarzy pozwanego szpitala. Leczenie ostrego zapalenia trzustki zgodnie z ustaleniami przywoływanej opinii biegłego zawsze skutkuje dużym spadkiem odporności, a nie ma możliwości zastosowania procedur, które wyeliminowałyby w 100 % zagrożenie zakażenia gronkowcem (vide: uzupełniająca ustna opinia biegłego k. 1220v).

Ponadto w protokołach kontroli sanitarnej Kliniki (...) pozwanego szpitala nie stwierdzono naruszeń procedur sanitarnych przez personel sprawujący opiekę nad powodem podczas kontroli Państwowego Powiatowego Inspektoratu Sanitarnego w L., a jedynie usterki organizacyjne. Powód nie wykazał zgodnie z ciężarem dowodu takich usterek czy uchybień, które pozwoliłyby Sądowi uznać, iż pozwany szpital nie uczynił zadość normom w zakresie sterylizacji i dezynfekcji, tak narzędzi chirurgicznych, przedmiotów używanych podczas operacji, jak i samych sal operacyjnych. Stąd też brak było podstaw do przyjęcia, iż do zakażenia powoda gronkowcem złocistym nie doszło z przyczyn losowych, a z powodu zaniedbań tej jednostki.

Odnosząc się natomiast do okoliczności w jakich doszło do zakażenia powoda wirusem HCV z uwagi na fakt, iż wymagane są w tym zakresie wiadomości specjalne Sąd ponownie oparł się na wnioskach płynących z przywoływanej opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych opracowanej na potrzeby niniejszego postępowania. Zgodnie z jej ustaleniami Klinika (...) w L. jest jedną z placówek medycznych, w której mogło dojść do zakażenia R. T. wirusem HCV - ale nie jedyną. W ocenie biegłego J. P. jest to mało prawdopodobne, aby akurat tam powód mógł zostać

zakażony albowiem podwyższony poziom transaminaz występował już w dniu 4 maja 2003 roku, a zatem jeszcze przed hospitalizacją w pozwanym szpitalu w 2004 roku z którą powód wiąże powstanie szkody. Biegły wskazywał wielokrotnie w swojej opinii na fakt, że nie można przy tym określić czasu, ani miejsca prawdopodobnego zakażenia. Tymczasem to na powódzie spoczywał obowiązek wykazania przesłanek odpowiedzialności pozwanego z [art. 444 § 1 k.c.](#) i [art. 445 k.c.](#) W ocenie Sądu powód temu nie sprostał w szczególności nie zaoferował na ten cel jakichkolwiek środków dowodowych poza własnymi twierdzeniami i przypuszczeniami.

W świetle opinii biegłego nie można uznać, że strona powodowa udowodniła, iż do zakażenia R. T. wirusem HCV doszło w trakcie wielokrotnych hospitalizacji powoda w 2004 roku w (...) i Klinice (...) w L. – (...) Publicznego Szpitala (...) w L.. Można jedynie mówić o uprawdopodobnieniu tej okoliczności - przy czym to prawdopodobieństwo określono jako małe. Zdaniem biegłego J. P. bardziej prawdopodobnym jest to, że do zakażenia doszło w innych okolicznościach i w innych placówkach leczniczych, które udzielały pomocy powodowi, a istnieją również alternatywa, zgodnie z którą do zakażenia doszło być może nawet poza jednostkami służby zdrowia (stomatolog, fryzjer).

Sąd nie neguje, że przy tym powód R. T. znajduje się w bardzo trudnej sytuacji materialnej i utrzymuje się z niewielkiej renty, a nadto zapadł na wirusowe zapalenie wątroby typu C, które wiąże się z kosztownym - jak na jego możliwości finansowe - leczeniem. Okoliczność ta nie jest jednak, zdaniem Sądu wystarczająca dla uwzględnienia roszczeń R. T. w sprawie niniejszej. Za zakażenie powoda wirusem HCV ponosi bowiem odpowiedzialność wyłącznie podmiot, który swoim zachowaniem doprowadził do tego zakażenia. Należy jeszcze raz podkreślić, iż zgodnie z treścią przepisu [art. 6 k.c.](#) ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Z przepisem powyższym odpowiednio skorelowane są [art. 3 k.p.c.](#) i [232 k.p.c.](#), które wypełniają zasadę wyrażoną w części materialnoprawnej - zgodnie z którymi to na stronach spoczywa obowiązek przedstawiania dowodów co do okoliczności sprawy oraz to, że to strony obowiązane są wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Zatem to strona ma obowiązek wyraźnego powołania konkretnego środka dowodowego. Takie stanowisko zajął Sąd Najwyższy w orzeczeniu z 17 grudnia 1996 roku, sygn. I CKU 45/96 (OSNC 1997, nr 6-7, poz. 76), w którym stwierdził, że przy rozpoznawaniu sprawy na podstawie przepisów [kodeksu postępowania cywilnego](#) zmienionych ustawą z 1 marca 1996r o zmianie [kodeksu postępowania cywilnego](#) – rzeczą Sądu nie jest zarządzenie dochodzeń w celu uzupełnienia lub wyjaśnienia twierdzeń stron i wykrycia środków dowodowych pozwalających na ich udowodnienie, ani też sąd nie jest zobowiązany do przeprowadzenia z urzędu dowodów zmierzających do wyjaśnienia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy ([art. 232 k.p.c.](#)). Obowiązek przedstawiania dowodów dla wykazania swoich racji spoczywa na stronach ([art. 3 k.p.c.](#)), a ciężar udowodnienia faktów mających dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie spoczywa na stronie, która z tych faktów wywodzi skutki prawne ([art. 6 k.c.](#)).

W rozpoznawanej sprawie to na stronie powodowej spoczywa obowiązek przedstawienia dowodów na poparcie swojego żądania, a zatem nie tylko wykazania, że został zarażony wirusem HCV i gronkowcem złocistym lecz również wykazania, iż do wyrządzenia szkody doszło w pozwanym szpitalu. Strona powodowa w niniejszej sprawie takiego dowodu skutecznie nie przeprowadziła. W ocenie Sądu samo uprawdopodobnienie i to w tak nieznacznym stopniu, nie jest wystarczające dla przyjęcia w niniejszej sprawie odpowiedzialności pozwanego. Wymagane jest bowiem udowodnienie, że za zaistniały delikt odpowiedzialność ponosi skonkretyzowany sprawca. Powód winien wykazać, że do zakażenia go wirusem HCV doszło w określonych okolicznościach, jak też że odpowiedzialność za to zakażenie ponosi określony podmiot. W niniejszej sprawie dowód na tę okoliczność nie został przeprowadzony, w związku z czym powództwo należało oddalić. Niezależnie zatem od przedawnienia roszczeń powoda, które same w sobie predestynowały do oddalenia powództwa, dodatkowo uznać należy, iż nie zostało udowodnione.

Kończąc powyższe rozważania już tylko dla porządku należy zaznaczyć, iż nawet gdyby uwzględniono korzystniejszą dla strony powodowej – co do zasady skutecznie jednak podważoną opinię biegłego prof. dr hab. med. J. J. w zakresie w jakim wskazał, iż największe prawdopodobieństwo zakażenia wirusem HCV istniało podczas trzeciej hospitalizacji powoda w pozwanym szpitalu w okresie od 30 lipca 2004 roku do 8 września 2009 roku, to nawet tak ustalony stopień prawdopodobieństwa nie jest na tyle wysoki, by graniczył z pewnością i nie stanowiłby tym samym wystarczającej podstawy do uwzględnienia pozwu.

Wykazanie winy podwładnego (lekarza bądź innego pracownika personelu medycznego pozwanego) jest jedną z przesłanek odpowiedzialności opartej na zasadzie art. 430 k.c., jednakże praktyka w istotny sposób łagodzi wymagania udowodnienia winy sprawcy szkody (podwładnego) poprzez posługiwanie się pojęciem tzw. winy anonimowej, która pozwala na przyjęcie, iż nie jest istotną kwestią ustalenie, który z podwładnych zawinił, jeżeli możliwym jest określenie że był to jeden z zespołu podwładnych danego zwierzchnika. Przepis art. 430 k.c. wymaga, podwładny wyrządził szkodę przy wykonywaniu powierzonej czynności w sposób zawiniony.

Ustalenie związku przyczynowego pomiędzy pobytem powoda w pozwanym Szpitalu, może być zatem wystarczające do zastosowania konstrukcji tzw. winy bezimiennej, nie jest bowiem konieczne wykazanie zawinionego sprawstwa oznaczonej osoby. Zawinione sprawstwo może zostać ustalone również na podstawie domniemania faktycznego, np. w następstwie ustalenia, że personel pozwanego szpitala nagminnie nie przestrzegał rygorów sanitarnych. Istota domniemania faktycznego polega na tym, że sąd wyprowadza wniosek o istnieniu określonego faktu na podstawie innych lub innego ale udowodnionego faktu. Fakt domniemany nie wymaga ani twierdzenia ani dowodzenia. Natomiast twierdzenia i dowodzenia wymagają fakty składające się na podstawę faktyczną domniemania. Wobec tego, że domniemanie faktyczne oparte jest na swobodnym wnioskowaniu, powinno odpowiadać zasadom logicznego rozumowania oraz doświadczenia życiowego. Strona powodowa nie zarzuciła (ani nie udowodniła) nieprawidłowego stanu sanitarno – higienicznego Kliniki pozwanego szpitala, braku systemu kontroli, braku stosowania sprzętu jednorazowego użytku lub prawidłowej i skutecznej sterylizacji sprzętu. Nie zdołała zatem dowieść jakichkolwiek zaniedbań w funkcjonowaniu (...) Publicznego Szpitala (...) w L., w szczególności dotyczących braku dbałości o stan sanitarny i ochronę pacjentów przed zakażeniami (por. uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 30 marca 2011 roku, sygn. I ACa 82/11, niepublikowane).

Tymczasem dochodzenie roszczeń związanych z zakażeniem jest specyficznym postępowaniem a sam powód nie musi udowodnić ponad wszelką wątpliwość, że do zakażenia doszło na pewno z winy pozwanego. Istotne jest udowodnienie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa zakażenia z winy szpitala, a nadto wykazanie, że sposób wykonywania zabiegów lekarskich i przestrzeganie zasad higieny przez personel placówki nie odpowiadał wymogom określonym we współczesnej medycynie i stwarzało zagrożenie zakażeniem powoda wirusem żółtaczkowy typu C. W ocenie Sądu powód nie przedstawił na powyższe żadnych dowodów. Przeprowadzone kontrole wprawdzie wykazały usterki techniczne i pewne uchybienia w tym zakresie, nie wykazały jednak jakichkolwiek nieprawidłowości w stanie sanitarno - - technicznym Kliniki na której Oddziale powód przebywał. Zgromadzona dokumentacja nie wskazuje również na to aby personel opiekujący się powodem postępował nieprawidłowo, popełniał błędy i nieprawidłowości. Reasumując R. T. z tego również względu nie udowodnił faktów uzasadniających wnioskowanie w drodze domniemania, z odwołaniem się do zasad doświadczenia życiowego i zasad logicznego rozumowania o niedbalstwie pozwanego i winie jego personelu. Tym samym nie było podstaw do przypisania (...) Publicznemu Szpitalowi (...) w L. odpowiedzialności zarówno na podstawie art. 430 k.c., jak i art. 516 k.c. w związku z art. 415 k.c. z tytułu tzw. winy organizacyjnej, z uwagi na ewentualny brak odpowiedniej organizacji funkcjonowania pozwanego w zakresie nadzoru nad przestrzeganiem higieny i rygorów sanitarnych.

Wobec nieudowodnienia zatem przez powoda samej zasady odpowiedzialności pozwanego, niecelowym było badanie przez Sąd wysokości rzekomo poniesionej przez powoda szkody jak też rozmiarów doznanej przez niego krzywdy. W związku z powyższym przeprowadzenie dowodów na te okoliczności w tym wnioskowanego dowodu z opinii psychologa było bezprzedmiotowe podobnie jak prowadzenie rozważań co do zasadności roszczenia renty i jego wysokości.

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu zawarte w punkcie II wyroku uzasadnia art. 102 k.p.c., zgodnie z którym w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Powód jest stroną przegrywającą proces, która powinna zwrócić koszty stronie pozwanej. R. T. jednak składając niniejszy pozew działał w poczuciu krzywdy, wskazał, że na skutek zakażenia wirusem HCV i gronkowcem złocistym jego stan zdrowia uległ znacznemu pogorszeniu. Sąd uznał, że byłoby niesprawiedliwe obarczanie powoda kosztami strony pozwanej, szczególnie mając na względzie jego sytuację majątkową i osobistą. R.

T. utrzymuje się bowiem jedynie ze skromnej renty obciążonej dodatkowo zajęciami komorniczymi, ponadto ponosi stale znaczne koszty związane z leczeniem.

Wysokość kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu przez adwokata P. M. określona w punkcie III wyroku uzasadnia treść § 6 pkt 7 w związku z § 2 ust. 1, 2 i 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (tekst jednolity Dz. U. z 2013, poz. 461). Wobec oddalenia powództwa i zwolnienia powoda od kosztów sądowych Sąd przyznał adwokatowi P. M. od Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Lublinie kwotę 8.856 zł (to jest 7.200 zł + podatek 23% VAT 1.656 zł) tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu.

Z tych przyczyn i na podstawie powołanych przepisów oraz art. 316 § 1 k.p.c. Sąd Okręgowy orzekł, jak w sentencji.