

Sygn. akt: I C 23/12

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 lipca 2013 r.

Sąd Okręgowy w Tarnowie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Irena Choma
Protokolant:	st. sekr. sądowy Jolanta Kulpa

po rozpoznaniu w dniu 16 lipca 2013 r. w Tarnowie

sprawy z powództwa A. S.

przeciwko (...) S. A. w W. i Szpital (...)w T.

o zapłatę

I. Oddala powództwo;

II. Odstępuje od obciążania powoda A. S. obowiązkiem zwrotu kosztów na rzecz strony pozwanej.

Przewodniczący

Sygn. akt I C 23/12

## UZASADNIENIE

***wyroku Sądu Okręgowego w Tarnowie***

***z dnia 16 lipca 2013 roku***

Powód A. S. w pozwie skierowanym przeciwko pozwanym: (...) S. A. w W. i Szpitalowi (...)w T., domagał się zasądzenia od pozwanych solidarnie na swoją rzecz kwoty 200.000 zł. tytułem zadośćuczynienia z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 7 lipca 2011 roku do dnia zapłaty, kwoty 78.210,05 zł. tytułem odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 7 lipca 2011 roku do dnia zapłaty, kwoty 1.926,86 zł. miesięcznie, począwszy od daty wniesienia pozwu, powiększanej corocznie o wskaźnik inflacji tytułem dożywotniej renty, oraz kosztów procesu wedle norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Na uzasadnienie powód podał, że w dniu 18 lipca 2008 roku będąc pasażerem motocykla, został poszkodowany w wypadku. Na skutek odniesionych obrażeń powoda przewieziono do Szpitala (...)w T.. W szpitalu stwierdzono wieloodłamowe otwarte złamanie nadkłykciowej kości udowej lewej oraz goleni lewej, a następnie wykonano zabieg opracowania chirurgicznego rany uda lewego oraz repozycji stabilizacji kości udowej za pomocą stabilizatora zewnętrznego (...). Dnia 22 lipca 2008 roku pobrano treść z rany pourazowej na posiew - wynik posiewu ujemny. W wyniku operacji powstały powikłania w postaci rozejścia się rany pourazowej. W dniu 4 sierpnia 2008 roku wykonano zabieg operacyjny zespolenia kości piszczelowej prawej gwoździem śródszpikowym ryglowanym. W trakcie

kolejnej hospitalizacji w dniach 5-6 listopada 2008 roku wykonano zabieg kompresji odłamów udowych. Powód został wypisany w stanie ogólnym dobrym. Powód był również poddany hospitalizacji w dniach 3-9 grudnia 2008 roku z powodu przykurczu wyprostnego kolana prawego, podczas której wykonano zabieg redresji kolana prawego, a także usunięto stabilizator zewnętrzny z uda prawego i założono gips udowy. W czasie hospitalizacji w dniu 8 grudnia 2008 roku pobrano materiał do badania bakteriologicznego z rany łydki, które wykazało obecność bakterii enterococcus faecalis. W okresach pomiędzy kolejnymi hospitalizacjami powód odbywał regularne wizyty w (...) w (...)w T.. W trakcie hospitalizacji i wizyt w (...)lekarze (...)w T. zapewniali, iż leczenie zmierza w dobrym kierunku, kości się zrastają i w niedługim czasie będzie możliwe rozpoczęcie rehabilitacji. Niestety dalszy przebieg leczenia był zupełnie odmienny od planowanego. W okresie dwóch tygodni od wypisu w dniu 9 grudnia 2011 roku nastąpiło znaczne pogorszenie stanu zdrowia powoda. Odczuwał on silny ból w nodze oraz złe samopoczucie, do którego wkrótce doszły gorączka, wymioty oraz biegunka. Ponieważ okres Świąt Bożego Narodzenia utrudniał umówienie się na wizytę, dopiero w dniu 7 stycznia został przyjęty do Poradni, skąd natychmiast został odesłany na oddział ortopedyczno-urazowy, gdzie stwierdzono zapalenie kości udowej oraz brak postępów w zroście kości i wykonano zabieg ewakuacji zbiornika treści ropnej. W dniu 8 stycznia 2009 roku pobrano materiał do badania bakteriologicznego z ropy w udzie prawym oraz z ropienia. Wyniki badania otrzymane w dniu 12 stycznia 2009 roku wykazały obecność bakterii Staphylococcus aureus MS metycylino-wrażliwego. Po zabiegu założono szynę gipsową, a następnie skierowano na dalsze leczenie w Oddziale (...) Szpitala (...) w O.. Tam stwierdzono złamanie wykonanej szyny na wysokości kolana co spowodowało nachodzenie kości nogi na siebie. Wykonano stabilizację dalszego końca kości udowej prawej, a także przeprowadzono zabieg restabilizacji aparatu K., korekcji osi kości oraz oczyszczono ognisko zapalne. Po dwóch tygodniach wykonano operację stabilizacji kości udowej poprzez nałożenie stabilizatora.. Powód był do tej pory kilkakrotnie hospitalizowany w szpitalu (...). Podczas każdego pobytu w szpitalu usuwane było ognisko zapalne, jednak nawroty zapalenia regularnie następowały. Między pobytami w szpitalu powód musi przyjeżdżać do O. na kontrolne wizyty w Poradni (średnio co dwa miesiące, początkowo nawet co miesiąc). W dalszym ciągu leczony jest staw rzekomy kości udowej prawej. Ostatni zabieg miał miejsce w dniu 28 listopada 2011 roku. W trakcie hospitalizacji wielokrotnie wykonywano wymazy z uda, ziarniny, ognisk zapalnych w celu przeprowadzenia badań bakteriologicznych. Po każdorazowym wyleczeniu antybiotykoterapią skupiska bakterii, regularnie wybudzają się ponownie, atakując udo powoda. Ostatnie badanie bakteriologiczne z dnia 10 lutego 2011 roku wykazało obecność Staphylococcus himinis metycylino-wrażliwego. Leczenie powoda nie zostało jeszcze zakończone, jego stan zdrowia nie poprawia się, nawroty zapalenia kości wywołane obecnością gronkowca złocistego w dalszym ciągu następują. Można przyjąć, iż gdyby nie zakażenie gronkowcem, leczenie złamania uda powoda zakończyłoby się wraz z rehabilitacją w przeciągu roku, obecnie trwa już ponad trzy lata, a wybudzająca się bakteria powoduje, iż trudno jest rokować czy kiedykolwiek powód powróci do zdrowia.

W ocenie powoda do zakażenia bakterią doszło w pozwanym Szpitalu jednakże wykazanie tego w sposób nie pozostawiający wątpliwości jest niemożliwe ze względu na charakter sprawy. Zgodnie jednak z utrwalonym orzecznictwem wystarczy w tym zakresie wykazanie prawdopodobieństwa a ciężar wykazania innej, co najmniej równie lub bardziej prawdopodobnej, przyczyny zakażenia powoda obciąża stronę pozwaną. W okresie pomiędzy lipcem a grudniem 2008 roku powód był hospitalizowany bądź leczony jedynie w Szpitalu (...)w T.. Była to jedyna placówka, gdzie mogło dojść do zakażenia powoda, przechodził on tam bardzo wiele zabiegów wiążących się z przerwaniem tkanek, zmianą opatrunków, które zwiększają znacznie ryzyko zakażenia.

Ponadto powód wskazał, że sam proces leczenia w pozwanym Szpitalu nie był prawidłowy. Powikłania w postaci rozejścia się rany, powstania przykurczu kolana wymagającego reoperacji, czy stwierdzone w szpitalu w O. złamanie szyny na wysokości kolana powodujące nachodzenie na siebie kości i konieczności kolejnej reoperacji, świadczą że do leczenia powoda nie dołożono należytej staranności, co spowodowało kolejne powikłania i konieczność kolejnych zabiegów operacyjnych. Ponadto okres świąteczny nie powinien wpływać na termin przyjęcia powoda do Szpitala, pomimo iż odczuwał dolegliwości spowodowane zakażeniem, poinformował o tym telefonicznie swojego lekarza prowadzącego, a jednak z powodu ograniczonej liczby przyjęć w poradni w tym terminie, został przyjęty dopiero na początku 2009 roku.

Wedle powoda na skutek zakażenia bakteriami gronkowca proces gojenia nogi został zaburzony skutkiem czego były i są ogromne cierpienia fizyczne i psychiczne co uzasadnia wypłatę zadośćuczynienia. Bakteria gronkowca utrudnia dalsze zrastanie się kości. Powód jest w trakcie długotrwałego leczenia, rokowania co do powrotu do zdrowia są niepewne. Skuteczne wyleczenie zakażenia jak dotąd, pomimo trwającego ponad trzy lata leczenia, nie udało się, bakteria w dalszym ciągu odradza się. Powód przebył do tej pory kilka operacji czyszczenia rany, jednak długo nie przynosiły one zamierzonego efektu. W krótkim czasie po operacji pojawiały się wysięki ropne. Przez okres 16 miesięcy od stycznia 2009 roku do kwietnia 2010 roku zapalenie nie ustępowało, z wielu miejsc wypływała treść ropna, opatrunki należało zmieniać nawet 10 razy dziennie. Dopiero po zabiegu w kwietniu 2010 roku ropienie ustało na dłuższy okres. Podczas ostatniej hospitalizacji w lutym 2011 roku powodowi wszczepiono czynnik wzrostu kości. Ponadto po raz kolejny usunięto ognisko zapalne. Kontrola przeprowadzona w kwietniu 2011 roku wykazała jednak brak zrostu kości. W grudniu 2011 roku ponownie wszczepiono czynnik wzrostu kości. Nieprzerwanie od stycznia 2009 roku powód zażywa leki przeciwbólowe, zażywał również z dużą częstotliwością antybiotyki. W konsekwencji zakażenia oraz innych powikłań złamania skutkujących kolejnymi reoperacjami, upośledzony został zrost kości.

Powód podniósł, że przed zakażeniem był osobą młodą, prowadził aktywny tryb życia, wyjeżdżał ze znajomymi na koncerty, wędkował, był bardzo towarzyską osobą. Zakażenie bakterią gronkowca nie dające szans na całkowite wyleczenie diametralnie zmieniło życie powoda. W maju 2009 roku powód miał przystąpić do egzaminu maturalnego a potem chciał rozpocząć studia na kierunku archeologii, jednak ze względu na stan zdrowia przygotowanie do egzaminu było niemożliwe. Przez większość roku szkolnego powód nie był w stanie uczęszczać na lekcje. W okresie od wykrycia zakażenia do daty złożenia pozwu powód był 8 razy hospitalizowany, spędził 192 dni w szpitalu, przebył 9 operacji. Powód chciał studiować w trybie zaocznym, a w ciągu tygodnia podjąć pracę w celu utrzymania siebie i rodziny. Ma małe dziecko, musi je utrzymywać. Obecnie powód skazany jest na pracę stacjonarną, siedzącą. W tym celu podjął naukę w policealnej szkole zawodowej - specjalność technik informatyk. Planowy termin zakończenia szkoły to 31 sierpnia 2012. Nauka nie przynosi powodowi żadnej radości, nie jest zainteresowany tematyką informatyczną, a naukę kontynuuje tylko z tego względu, iż będąc osobą o ograniczonej mobilności chce mieć zawód możliwy do wykonywania w sposób stacjonarny. Negatywne skutki zakażenia odcisnęły się w psychice powoda, stał się on zależny od pomocy innych, co wywołało w nim poczucie bezradności, zniechęcenia i spadek samooceny. Obecnie powód porusza się o jednej kuli. Noga w dalszym ciągu nie jest wyleczona, z uda wystają metalowe pręty. Nadal jest uzależniony od pomocy innych przy wykonywaniu pewnych czynności życia codziennego. Powód dokonał zgłoszenia szkody powstałej w wyniku wypadku drogowego (...) gdyż sprawca nie był ubezpieczony. Wypłacone zadośćuczynienie w kwocie 24.000 zł. pokrywa jedynie w część krzywdy spowodowanej wypadkiem i nie może stanowić zadośćuczynienia za powikłania spowodowane nieprawidłowym leczeniem i zakażeniem.

Powód ze względu na długotrwałe leczenie spowodowane zakażeniem musiał ponieść bardzo wysokie koszty leczenia, przejazdów, dodatkowej opieki. Utracił także możliwość zarobkowania w okresie pomaturalnym. Uzasadnionym jest zatem żądanie zapłaty kwoty 78.210,05 zł tytułem odszkodowania, które obejmuje wszelkie wydatki pozostające w związku z wywołanym zakażeniem rozstrojem zdrowia. Na powyższą kwotę składają się koszty dojazdu powoda do szpitala w O. w kwocie 7.578,80 zł. Od stycznia 2009 roku powód był ośmiokrotnie hospitalizowany w Szpitalu w O.. Przejazd z B., gdzie mieszka powód, do O. jest bardzo utrudniony. Powód musiał każdorazowo dojechać autobusem do K., przesiąść się do pociągu do W., a następnie do pociągu do O.. Musiał także korzystać każdorazowo z usług Taxi aby dostać się z dworca do Szpitala w O.. Uśredniony koszt przejazdu jednej osoby w latach 2009-2011 na trasie B.-O. w jedną stronę wynosi około 115 zł. (obecnie: 14 zł. B.-K., 50-120 zł. K.-W., 10 zł. W.-O., 12 zł. - taksówka) w zależności od różnic w cenie biletów, przyjmując, iż obecne ceny biletów są o 3-5 zł. droższe niż w 2009 roku. Ponadto, powód zgodnie z zaleceniami lekarzy podróżuje wraz z osobą towarzyszącą (koszt podróży osoby towarzyszącej to około 100 zł. (bez opłat za taksówkę). Ponadto siedmiokrotnie po każdej z hospitalizacji, poza ostatnią, powód musiał korzystać z taksówki w celu dotarcia z dworca w B. do swojego miejsca zamieszkania - koszt jednego przejazdu to około 12 zł. Powód był osiem razy hospitalizowany w O., a także odbył jedenaście wizyt kontrolnych, co daje łącznie 38 przejazdów plus 36 przejazdów osoby towarzyszącej oraz dodatkowo 7 przejazdów taksówką, a tym samym kwotę 8.054 zł. poniesionych kosztów. (...) pokrył szkodę z tego tytułu w wysokości 475,20 zł. Do zapłaty pozostaje zatem 7.578,80 zł. Ponadto na szkodę składają się koszty leków, opatrunków, specjalnej diety w kwocie 4547,61 zł. Powód

od lutego 2009 roku do dnia dzisiejszego ponosi duże koszty leczenia. Stały element jego wydatków do kwietnia 2010 roku stanowiły środki przeciwbólowe - 20 zł. miesięcznie, opatrunki - 100 zł. miesięcznie, wzbogacona dieta - 60 zł. miesięcznie, co stanowiło stały koszt 180 zł. miesięcznie. Od maja 2010 roku powód nie musi już tak często zmieniać opatrunków, zażywa jedynie środki przeciwbólowe, środki antyzapalne, pozostaje nadal na specjalnej diecie - wysokowapniowej i witaminowej, co stanowi stały koszt 90 zł. miesięcznie (60 zł. - specjalna dieta, 20 zł. - środki przeciwbólowe, 20 zł. - opatrunki). Konieczność stosowania specjalnej diety sprawia, że powód musi codziennie jeść jogurty, „danonki” - średnio 2 opakowania dziennie (ok. 50 zł. na miesiąc) oraz zażywać wapń - 2 tabletki dziennie (ok. 10 zł. na miesiąc). Wydatki w kwocie 180 zł. powód ponosił przez okres 10 miesięcy (odliczając ok. 5 miesięcy pobytu w szpitalu), natomiast w kwocie 90 zł. przez okres 19 miesięcy (odliczając ok. 1 miesiąca pobytu w szpitalu), co uzasadnia roszczenie o wypłatę kwoty 3.510 zł. (...) pokrył szkodę za ten okres do wysokości 268,80 zł. Do zapłaty pozostaje zatem 3241,20 zł. Powód ponosił ponadto bardzo duże koszty zakupu leków zleczanych przez lekarzy szpitala w O.. Zakupione leki obejmowały: F. 2,5 op. miesięcznie przez 2 miesiące - 108 zł., C. 3 op. miesięcznie przez 1 miesiąc - 30 zł., D. 2 op. miesięcznie przez 1 miesiąc - 81,36 zł., D. 12 op. miesięcznie przez 5 miesięcy - 459,40 zł., T. 4,5 op. miesięcznie przez 6 miesięcy - 457,65 zł., A. 5 op. miesięcznie przez 1 miesiąc - 90 zł., F. 2,5 op. miesięcznie przez 5 miesięcy - 80 zł. W sumie daje to kwotę 1.306,41zł. a szkoda z tego tytułu nie została dotąd pokryta. Koszty związane z przyjazdami osób bliskich w celu odwiedzin powoda w szpitalu wyniosły 4.290 zł. W ciągu siedmiu hospitalizacji, trwających nawet do trzech miesięcy, powód był odwiedzany przez swoich bliskich dwanaście razy (przez dwóch członków rodziny) - 24 przejazdy przez dwie osoby za kwotę 110 zł. dają w sumie koszt 5.280 zł. (...) pokrył szkodę z tego tytułu w wysokości 990 zł. Do zapłaty pozostaje zatem 4.290 zł. Koszty związane ze sprawowaniem opieki nad powodem wyniosły 28.616 zł. Po każdym z siedmiu pobytów w szpitalu w O. powód wymagał stałej opieki przez okres tygodnia (osiem godzin dziennie). Przyjmując ryczałt w wysokości 20 zł. za godzinę daje to kwotę 7.840 zł. Ponadto w całym okresie od opuszczenia w szpitalu w O. w kwietniu 2009 roku, do kwietnia 2010 roku był zdany na pomoc osób trzecich, gdyż z racji na ograniczoną ruchomość i zakaz obciążania kończyny, nie był on w stanie sam wychodzić z domu, robić zakupów, załatwiać spraw urzędowych, wykonywać prac porządkowych, poruszać się samodzielnie środkami komunikacji miejskiej. Obecnie porusza się o jednej kuli, ale nadal potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności wymagających większej sprawności czy też wymagających dłuższego przemieszczania się w terenie. Z tej racji należałoby przyjąć ryczałt za opiekę w zakresie 2 godzin dziennie w okresie od kwietnia 2009 roku do kwietnia 2010 roku oraz w zakresie 1 godziny dziennie w okresie od maja 2010 do grudnia 2011 roku (bez 7 tygodni stałej opieki po hospitalizacji) co przy kwocie 20 zł. za godzinę daje łącznie 21.840 zł. (36 tygodni x 7 dni x 2 godz. x 20 zł. + 84 tygodni x 7 dni x 1 godz. 20 zł.). (...) Pokrył szkodę z tego tytułu w wysokości 1.064 zł. Do zapłaty pozostaje zatem 28.616 zł. Koszty związane z nauką w liceum wieczorowym wyniosły 3.250 zł. W wyniku wypadku powód nie mógł zakończyć nauki w liceum ogólnokształcącym, nie zdał matury, kontynuuje naukę w technikum wieczorowym. Zmuszony jest ponosić koszty chesnego, które wynoszą 130 zł. miesięcznie co przez okres 25 miesięcy daje kwotę 3.250 zł. Utrata zarobków daje kwotę 29.927.64 zł. Powód planował zdać maturę w maju 2009 roku. Brat powoda jest matematykiem, przygotowywał do matury także znajomych powoda, w tym jego obecną konkubinę, przygotowałyby do matury także powoda, nie obawiał się o rezultat egzaminu. Na skutek długotrwałego pobytu w Szpitalu w O. na skutek zakażenia (od stycznia do kwietnia 2009 roku) powód nie był w stanie przygotować się do egzaminu maturalnego. W związku z powyższym nie mógł podjąć ani pracy ani studiów w zamierzonym czasie, tj. od roku akademickiego 2009/2010. Powód zamierzał podjąć studia zaoczne, a w ciągu tygodnia pracować. Był bardzo sprawny fizycznie, szybko się uczył, z całą pewnością więc udałoby mu się znaleźć pracę w krótkim czasie po maturze. Powód utracił więc możliwość zarobkowania w okresie od lipca 2009 roku do grudnia 2011 roku. Przyjmując, iż otrzymywałby w tym czasie wynagrodzenie minimalne zasadnym jest roszczenie o wypłatę 29.927,64 zł. (6m x 954,96 zł + 12m x 984,15 zł + 12m x 1032,34 zł).

Uzasadniając żądanie renty powód powołał się na art. 444 § 2 k.c. i wskazał, że jego stan zdrowia w dalszym ciągu jest bardzo ciężki. Mimo upływu 3 lat od zakażenia, nie odzyskał on sprawności. Powód jeszcze przez długi okres będzie zmuszony ponosić koszty leków i opatrunków - ok. 40 zł. miesięcznie, dojazdów na wizyty kontrolne na Oddziale (...) Szpitala (...) w O. - jedna wizyta na 2 miesiące - tj. 115 zł. miesięcznie (koszt dojazdu w obie strony - 230 zł./2 miesiące), wzbogaconej diety - 60 zł. miesięcznie, do tego powód kontynuuje naukę w technikum wieczorowym gdzie chesne wynosi 130 zł. miesięcznie. Powód regularnie szuka jakiegokolwiek pracy, jednakże bezskutecznie. Do pracy

fizycznej, nawet lekkiej nie jest przyjmowany przez pracodawców ze względu na stan jego zdrowia, natomiast do pracy stacjonarnej nie ma na chwilę obecną odpowiednich kwalifikacji. Gdyby był zdrowy mógłby uzyskać przynajmniej minimalne wynagrodzenie w kwocie 1111,86 zł. netto miesięcznie. Powód wymaga także pomocy przy czynnościach życia codziennego, jest ograniczony ruchowo. Zasadnym wydaje się przyjęcie, iż potrzebuje pomocy osób najbliższych w średnim wymiarze 1 godziny dziennie, co przy przyjęciu ryczałtu 20 zł. za godzinę uzasadnia żądanie wypłaty comiesięcznej renty w kwocie 600 zł. z tytułu zwiększonych potrzeb - opieki. Powyższe okoliczności uzasadniają, w ocenie powoda w łącznej kwocie 1926,86 zł. miesięcznie.

Strona pozwana (...) S. A.w w. wniosła o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych.

Na uzasadnienie strona pozwana wskazała, że powództwo nie zostało należycie udowodnione a ponadto brak jest podstaw dla przyjęcia solidarnej odpowiedzialności pozwanych. Nie ma ani przepisu ustawy ani postanowienia umowy (art. 369 k.c.), z których taka solidarność pozwanych wobec powoda miałyby wynikać. W ocenie strony pozwanej powód nie wykazał przesłanek odpowiedzialności deliktowej pozwanego Szpitala, co skutkuje również brakiem przesłanki do przyjęcia odpowiedzialności ubezpieczeniowej (gwarancyjnej) pozwanego ubezpieczyciela. Strona pozwana zakwestionował również wysokość wszystkich roszczeń powoda zarzucając, że są bardzo zawyżone i nieudowodnione. Strona pozwana wskazała również, że przed wniesieniem pozwu ubezpieczyciel w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z polisą Serii (...) nr (...) prowadził postępowanie likwidacyjne ujęte w aktach nr (...) i odmówił wypłaty powodowi jakichkolwiek świadczeń. Przyczyny odmowy zostały podane w piśmie strony pozwanej do powoda z dnia 21 września 2011 roku i obecnie strona pozwana podtrzymuje stanowisko wyrażone w tym piśmie. Ponadto strona pozwana podniosła, że jej odpowiedzialność ograniczona jest do określonej w polisie wysokości sumy polisie sumy gwarancyjnej na jedno zdarzenie oraz sumy gwarancyjnej ogólnej do wyczerpania w całym okresie ubezpieczenia. Suma gwarancyjna na jedno zdarzenie wynosi równowartość 46.500 euro, a suma gwarancyjna do wyczerpania na wszystkie zdarzenia zaistniałe w okresie ubezpieczenia wynosi równowartość 275.000 euro. Przeliczając wskazane kwoty euro na złote należy przyjąć kurs średni euro ogłoszony przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku 2008 tj. w roku w którym umowa ubezpieczenia została zawarta. Strona pozwana powołała się również na wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczeniowej przewidziane w § 2 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 3 poz. 10). Zgodnie z tym przepisem ubezpieczenie OC nie obejmuje szkód polegających na utracie mienia. Na powołane ograniczenia swojej odpowiedzialności pozwany ubezpieczyciel może się skutecznie powoływać wobec powoda, kierującego swoje roszczenia bezpośrednio do ubezpieczyciela (art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych - Dz. U. Nr 124 poz. 1152 z późn. zm.).

Strona pozwana Szpital (...)w T. wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego wedle norm przepisanych.

Na uzasadnienie swojego stanowiska strona pozwana wskazała, że przeczy wszystkim twierdzeniom pozwu z wyjątkiem tych, które wyraźnie sama przyznaje. Wskazała, że powód w okresie od 19 lipca 2008 roku do 14 sierpnia 2008 roku, od 5 listopada 2008 roku do 6 listopada 2008 roku, od 3 grudnia 2008 roku do 9 grudnia 2008 roku i od 7 stycznia 2009 roku do 15 stycznia 2009 roku przebywał na Oddziale (...) pozwanego Szpitala. Przyczyną pierwszego pobytu był wypadek motocyklowy w trakcie którego powód, jako pasażer, doznał wieloodłamowego otwartego złamania nadkłykciowego kości udowej prawej oraz prawej goleni. W trakcie udzielania pomocy medycznej w (...) Oddziale (...) w B. , wykonano u powoda badania m.in. biochemiczne w wyniku których stwierdzono we krwi powoda etanol w ilości 68,41 mmol/l. W czasie pierwszego pobytu w pozwanym Szpitalu (łącznie 27 dni) wykonano: w dniu 19 lipca 2008 roku krwawą repozycję kości udowej prawej i stabilizację za pomocą stabilizatora zewnętrznego (...), w dniu 22 lipca 2008 roku stwierdzono w ranie pourazowej ślad wydzieliny ropnej, puszczono jeden szew i pobrano wymaz z uda prawego na posiew, w dniu 28 lipca 2008 roku otrzymano wynik ujemny, do dnia 1 sierpnia 2008 roku tj. do dnia usunięcia szwów rana goiła się prawidłowo, w dniu 4 sierpnia 2008 roku wykonano repozycję

i stabilizację kości piszczelowej prawej gwoździem śródszpikowym podwójnie ryglowanym, w dniu 6 sierpnia 2008 roku wykonano na dł. około 3 cm doszło do rozejścia się rany uda prawego i w dniu 12 sierpnia 2008 roku założono na ranę uda prawego szwy wtórne. W czasie drugiego pobytu (łącznie 2 dni) wobec stwierdzenia braku zrostu uda prawego w dniu 5 listopada 2008 roku w warunkach bloku operacyjnego, pod kontrolą rtg dokonano bezkrwawego zabiegu naprawczego złego zrostu lub braku zrostu kości udowej prawego. W czasie trzeciego pobytu (łącznie 7 dni) u powoda wykonano: w dniu 4 grudnia 2012 roku w związku ze stwierdzeniem przykurczu wyprostnego kolana prawego w znieczuleniu ogólnym redresję kolana prawego uzyskując zgięcie do 70° i w dniu 8 grudnia 2008 roku usunięto stabilizator zewnętrzny z uda prawego i wobec wycieku treści posokowato mętnej okolicy grotów stabilizatora zewnętrznego) obrano materiał na posiew, wynik badania - enterococcus faecalis. W czasie czwartego pobytu (łącznie 9 dni) u powoda wykonano: w dniu 9 stycznia 2009 roku nakłuto zbiornik ropy w okolicy złamania prawej kości udowej, pobrano treść do badania, wynik - staphylococcus ureus, w dniu 15 stycznia 2009 roku przewieziono powoda do Kliniki (...) w celu dalszego leczenia.

Wszystkie czynności medyczne przy powodzie były wykonywane zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej i zasadami aseptyki. Blok operacyjny i inne sale zabiegowe spełniają wymagania określone obowiązującymi przepisami. Miejsce operowane było prawidłowo pielęgnowane i zaopatrzone opatrunkiem. Do wszelkich zabiegów takich jak np. iniekcje dożylnie i domięśniowe, kroplówki, transfuzje krwi i preparatów krwiopochodnych, punkcje jam ciała i tkanek, biopsje itp. a także do badań analitycznych np. krwi, moczu używa od początku funkcjonowania Szpitala używano sprzętu jednorazowego. Po użyciu, sprzęt jednorazowy jest niszczonej w sposób zapewniający całkowitą skuteczność - spalanie. Narzędzia oraz wszelkie materiały używane podczas zabiegów, poddawane są sterylizacji parowej w autoklawach typu (...) i (...), pracujących w centralnej sterylizatorni. Autoklawy te są codziennie sprawdzane testami pod kątem parametrów technicznych zapewniających skuteczność sterylizacji. Testy te wykazują jednoznacznie, w sposób nie budzący wątpliwości, skuteczność sterylizacji w autoklawach pozwanego przez cały okres funkcjonowania Szpitala. Raz w miesiącu w Centralnej Sterylizatorni prowadzi się kontrolę biologiczną skuteczności sterylizacji testami (...). Kontrola ta obejmuje skuteczność sterylizacji parowej autoklawów. Wyniki badań wykazują jednoznacznie, w sposób nie budzący wątpliwości, skuteczność sterylizacji parowej. Sterylizacji w autoklawach poddawane są wszelkie narzędzia używane do zabiegów w Szpitalu, a także zestawy operacyjne tj. ubrania, podkłady, kompresy, prześcieradła, fartuchy, maski, rękawice itp. Jałowe zestawy używane są wyłącznie jednorazowo. Do każdego zestawu pakietów oraz kontenerów z narzędziami przed rozpoczęciem procesu sterylizacji, każdorazowo wkładany jest do środka test, który zmienia barwę pod wpływem osiągnięcia wszystkich czynników tj. temperatury, czasu trwania i skuteczności sterylizacji. Od początku funkcjonowania Szpitala do chwili obecnej testy te są ujemne tj. wykazują całkowitą skuteczność sterylizacji narzędzi i bielizny operacyjnej. Ponadto, do każdego materiału poddanego sterylizacji używane są testy paskowe do sterylizacji. Testy te umieszczane są na zewnątrz pakietów i kontenerów. Zmiana zabarwienia świadczy o skuteczności sterylizacji, jeszcze przed otwarciem pakietu lub kontenera. Wszystkie, do tej pory poddane sterylizacji kontenery z narzędziami i pakiety zostały skutecznie wysterylizowane. Materiały po sterylizacji tj. pakiety i kontenery są plombowane i otwierane przy zabiegu. Zarówno bezpośrednio przed ich otwarciem jak również po ich otwarciu wiadomo czy sterylizacja jest skuteczna, gdyż wskazują na to testy paskowe - umieszczane na zewnątrz pakietu lub kontenera oraz testy umieszczane wewnątrz pakietu lub kontenera. W centralnej sterylizatorni działa kontrola wewnętrzna, celem której jest niedopuszczenie do wyjścia na zewnątrz materiałów nieskutecznie wysterylizowanych. W tej sytuacji, skoro cały proces sterylizacji przeprowadzanej u pozwanego od momentu uruchomienia Szpitala do chwili obecnej jest skuteczny, zakażenie powoda za pomocą nieaseptycznych narzędzi lub innego sprzętu wielorazowego użytku było niemożliwe. Używanie sprzętu jednorazowego przez cały okres pobytu powoda w Szpitalu, wyklucza również zakażenie tą drogą. Strona pozwana podniosła, że przeprowadzana w Szpitalu sterylizacja parowa z wymuszonym obiegiem powietrza jest najskuteczniejszą z dostępnych w Polsce. Potrójne testowanie każdego materiału tj. pakietu lub kontenera poddawanych sterylizacji zapewnia jej całkowitą skuteczność. Wykonywanie kosztownych testów biologicznych (...)raz w miesiącu potwierdza również skuteczność sterylizacji w autoklawach. Żaden z obowiązujących przepisów sanitarnych nie nakłada obowiązku stałego testowania skuteczności sterylizacji. Wykonując stałe, potrójne testowanie strona pozwana zachowuje najwyższą staranność, a nie

wymaganą jedynie należytą staranność. Powód nie wskazał i nie wykazał dowodnie istnienia zaniedbań w pozwanym Szpitalu wskazujących na niedołożenie należytej staranności w zapewnieniu ochrony pacjentów przed zakażeniem .

Strona pozwana podniosła, że w trakcie urazu w czasie wypadku drogowego doszło u powoda do przebiccia odłamu bliższego kości udowej przez skórę, co z kolei spowodowało pierwotne zakażenie kości udowej - zanieczyszczenie florą fizjologiczną pacjenta, zanieczyszczenia z gleby, drogi, kurzu, ubrania itp. Istotnym jest również fakt, że powód w trakcie wypadku był pod wpływem alkoholu, który poprzez swoje działanie tj. poszerzenie naczyń krwionośnych zwiększa wrota infekcji tkanki kostnej w przypadku złamania otwartego. Zabiegi operacyjne wykonywane w miejscu operowanym brudnym, skażonym a z taki przypadek zachodził w niniejszej sprawie obarczone są dużym ryzykiem nabycia zakażenia, około 40 %. Co istotne, wyhodowany gronkowiec złocisty u powoda odznaczał się wrażliwością na wszystkie antybiotyki. Gronkowiec taki stanowi u części populacji naturalną florę bakteryjną człowieka. W trakcie pobytu powoda w pozwanym Szpitalu stosowano antybiotykoterapię według obowiązujących procedur, w tym antybiotykoterapię celowaną. Do zakażenia powoda mogło dojść: w momencie przerywania ciągłości tkanek, a więc w trakcie wypadku drogowego, w trakcie udzielania pierwszej pomocy medycznej w warunkach pozaszpitalnych - osoby trzecie, straż pożarna, policja, pogotowie ratunkowe, w trakcie transportu sanitarnego z miejsca wypadku do (...) w B., w trakcie czynności ratunkowych prowadzonych w (...) w B., w trakcie transportu z (...) w B. do pozwanego Szpitala, który był ostatnim w tym łańcuchu. Objawy zakażenia wystąpiły bardzo szybko, co potwierdza możliwość zakażenia powoda we wszystkich źródłach wyżej wskazanych.

Strona pozwana zaprzeczyła jakoby podczas leczenia powoda nie dochowano należytej staranności, czego efektem miałyby być zakażenie i rzekome błędy medyczne. Zespół ds. Zakażeń pozwanego Szpitala rozpoznał zakażenie miejsca operowanego i wypełnił „kartę zakażenia szpitalnego„ przy czym z uwagi na niepewne pochodzenie zakażenia w rubryce kwalifikacja miejsca zakażenia wpisano -„niesklasyfikowane". Operacji dokonano z zachowaniem zasad aseptyki. Blok operacyjny spełnia wymagania określone obowiązującymi przepisami i jest stale monitorowany przez służby sanitarne zewnętrzne i wewnętrzne, które nie stwierdziły jakichkolwiek zaniedbań mogących mieć wpływa na powstanie zakażenia. To samo dotyczy Oddziału (...). Zarówno na Oddziale jak i na bloku operacyjnych przestrzegane są rygorystycznie wszelkie procedury sanitarne. Centralna sterilizatornia spełnia wymagania określone obowiązującymi przepisami, jest wyposażona w myjnie dezynfekcyjne mechaniczne oraz myjki ultradźwiękowe oraz jest na bieżąco monitorowana przez służby sanitarne, nadzór nad wszelkimi działaniami w przypadku podejrzenia lub wystąpienia zakażenia sprawuje Komitet i Zespół ds. Zakażeń. I

Ponadto powód zgłosił się do poradni ortopedycznej w dniu 7 stycznia 2009 roku z dolegliwościami bólowymi i gorączką utrzymująca się od dwóch tygodni i natychmiast został przyjęty do Szpitala. Gdyby powód zgłosił się zaraz po wystąpieniu objawów szanse na wyleczenie byłyby zdecydowanie większe. Zatem to sam powód przyczynił się do zwiększenia rozmiaru szkody pomimo, iż w karcie informacyjnej z dnia 6 listopada 2008 roku w zaleceniach zapisano, że należy zgłosić się w poradni ortopedycznej za sześć tygodni lub natychmiast w razie potrzeby a w karcie z dnia 9 grudnia 2008 roku zlecono termin kontroli w poradni za 7 dni lub doraźnie. Mając na uwadze fakt, iż powód nie wykazał, że postępowanie personelu medycznego wykonującego przy nim czynności medyczne było bezprawne, oraz nie wykazał związku przyczynowego między szkodą a bezprawnym działaniem personelu medycznego powództwo powinno być oddalone w całości. Z ostrożności procesowej strona pozwana wskazała, że żądana przez powoda kwota zadośćuczynienia i odszkodowania, w tym w zakresie rzekomo utraconych zarobków a także renta są rażąco wygórowane.

Strona pozwana Szpital (...)w T. wnosila o zawiadomienie o toczącym się procesie wymienionych lekarzy: W. Z., M. B., K. S., i T. W. i wezwanie ich w trybie art. 84 k.p.c. do wzięcia w sprawie albowiem pozwanemu Szpitalowi w przypadku niekorzystnego rozstrzygnięcia sprawy będzie przysługiwać roszczenie w stosunku do tychże lekarzy w związku z udzielaniem przez nich w pozwanym Szpitalu świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy cywilnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Zawiadomieni o sprawie W. Z., M. B., K. S., i T. W. i pouczeni o możliwości przystąpienia do sprawy w charakterze interwientów ubocznych nie zajęli stanowiska.

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

W dniu 18 lipca 2008 roku w miejscowości O. doszło do wypadku drogowego podczas którego D. P. naruszył zasady bezpieczeństwa w ruchu lądowym kierując motocyklem (...) (...), będąc w stanie nietrzeźwości, podczas wykonywania manewru skrętu w lewo na łuku drogi głównej nie zachował szczególnej ostrożności i zjechał na lewy pas ruchu doprowadzając, do zderzenia z prawidłowo poruszającym się drogą główną samochodem osobowym marki (...) kierowanym przez M. M.. W wyniku czego pasażer motocykla – powód A. S. doznał obrażeń ciała w postaci otwartego wieloodłamowego złamania prawej kości udowej z przemieszczeniem oraz złamania spiralnego trzonu prawej kości piszczelowej. Wyrokiem Sądu Rejonowego w Brzesku z dnia 28 października 2008 roku sprawca wypadku został skazany za przestępstwo z art. 177 § 1 k.k. w zw. z art. 178 § 1 k.k. oraz za przestępstwo z art. 178a § 1 k.k. W chwili zdarzenia kierujący motocyklem miał stężenie 1,4 promila alkoholu we krwi.

Dowód:

wyrok z dnia 28 października 2008 r. (k.23)

dokumentacja zalegająca w aktach o sygn. V K 487/08 SR w Brzesku

Po zdarzeniu na miejsce przybyła karetka pogotowia i przewieziono powoda do ambulatorium (...)– Szpitala (...)w B.. Opatrzono ranę, umyto z zabrudzeń bowiem na ranie i na kości były widoczne ślady ziemi. Założono opatrunek. Po zaopatrzeniu ran powoda przetransportowano do Szpitala (...)w T.. Tam na Oddziale (...)powód przebywał od dnia 19 lipca 2008 roku do dnia 14 sierpnia 2008 roku. W trakcie przyjęcia powoda dyżur pełnił lekarz M. B.. Konsultował się telefonicznie z lekarzem z B. gdzie wstępnie opatrywano powoda. Rana na udzie była dużych rozmiarów, kość udowa wystawała na długość kilkunastu centymetrów. Rana krwawiła. Lekarz M. B. podjął zatem decyzję o przygotowaniu powoda do zabiegu.

Rozpoznano wieloodłamowe otwarte złamanie nadkłykciowe kości udowej prawej z przemieszczeniem odłamów. Złamanie spiralne trzonu kości piszczelowej prawej. W wywiadzie odnotowano, że powód nie doznał urazu głowy, jechał bez kasku, nie stracił przytomności, wszystko pamięta, spożywał alkohol. W dniu 19 lipca 2008 roku wykonano krwawą repozycję kości udowej prawej i stabilizację za pomocą stabilizatora zewnętrznego (...)plus opracowanie chirurgiczne rany uda prawego. Zabieg przeprowadzał lekarz M. B. i lekarz W. Z.. Rana została wyczyszczona ponieważ były na niej jeszcze drobne zabrudzenia. Wycięto brzegi rany oraz fragmenty mięśnia czterogłowego uda, które były poszarpane. Wycięto też tkankę podskórną i przepłukano ranę a kość wyszczotkowano. Dno rany zostało wypłukane i zrewidowane. Rana została poszerzona. Następnie po zmianie rękawiczek założono stabilizator zewnętrzny. Zabieg odbywał się na sali operacyjnej. Na oddziale powód otrzymał antybiotyki.

W dniu 22 lipca 2008 roku stwierdzono: „bez istotnych dolegliwości, zgorączkował do 38,2°, zmiana opatrunku - ślad wydzieliny ropnej w ranie pourazowej na przedniej powierzchni uda - puszczo jeden szew, pobrano treść na posiew". W dniu 24 lipca 2008 roku wykonano wymaz z rany uda prawego stwierdzając brak wzrostu drobnoustrojów. W dniu 4 sierpnia 2008 roku wykonano repozycję i stabilizację kości piszczelowej prawej gwoździem śródszpikowym podwójnie igłowanym. Leczenie podudzia – wykonanie zabiegu – było zależne od gojenia się złamania kości udowej. Zabieg wykonano bowiem rana pourazowa goiła się dobrze. W dniu 12 sierpnia 2008 roku założono szwy wtórne na ramię uda prawego. W dniu 14 sierpnia 2008 roku stwierdzono, że powód nie gorączkuje, zmieniono opatrunki, rana uda prawego bez odczynu zapalnego.

Po wypisaniu ze Szpitala powód leczył się w przyszpitalnej poradni. Odbył kilka wizyt. Następnie w dniu 5 listopada 2008 roku ponownie trafił na Oddział (...)gdzie przebywał do 6 listopada 2008 roku. Rozpoznano powikłane zrostem opóźnionym i wykonano kompresję odłamów udowych. Następnie powód ponownie kontynuował leczenie w przyszpitalnej poradni. W dniach od 3 grudnia 2008 do 9 grudnia 2008 roku powód ponownie przebywał na Oddziale (...)Szpitala. Stwierdzono m.in. że w okolicy grotów stabilizatora zewnętrznego jest zacerwienie, ubytek masy mięśniowej uda prawego. Zgięcie kolana prawego do 30 stopni. W dniu 4 grudnia 2008 roku wykonano



redresję kolana prawego. W dniu 5 grudnia 2008 roku stwierdzono niewielki wyciek treści posokowato mętnej okolicy stabilizatora zewnętrznego. W dniu 8 grudnia 2008 roku usunięto stabilizator zewnętrzny i założono pełny gips udowy. W dniu 8 grudnia 2008 roku rozpoznano *Enterococcus faecali* i wdrożono leczenie. Następnie powód ponownie leczył się w poradni przyszpitalnej i w dniu 7 stycznia 2009 roku ponownie został przyjęty na Oddział(...)gdzie przebywał do dnia 15 stycznia 2009 roku. Rozpoznano wówczas zapalenie dalszego końca kości udowej prawej. Odnotowano, że od dwóch tygodni utrzymuje się gorączka a powód nie był u lekarza, tylko przyjmował środki przeciwgorączkowe. Po zdjęciu opatrunku stwierdzono, że udo prawe jest obrzęknięte, twarde, zwłaszcza na wysokości złamania kości, rany po grotach zamknięte, brak przetok, ucieplenie prawidłowe, podudzie prawe bez patologii. Wykonano USG i rozpoznano ropień. Zakłuto zbiornik ropny w okolicy złamania prawej kości udowej i pobraną treść przesłano na posiew. Wykonano nacięcie i drenaż zbiornika treści ropnej z okolicy dalszego końca kości udowej prawej. Zastosowano antybiotykoterapię celowaną B. 500, T. 1,2 g.

Następnie skierowano powoda na leczenie w Klinice (...) w O.. Tam powód przebywała od 15 stycznia 2009 roku do 3 kwietnia 2009 roku. Rozpoznano zapalenie kości udowej prawej, zrost opóźniony dalszego końca trzonu i udowej prawej. Podczas leczenia w dniu 12 lutego 2009 roku wykonano zabieg operacyjny – rewizję ogniska zapalnego kości udowej prawej. W dniu 3 marca 2009 roku zabieg operacyjny - restabilizację aparatu K., korekcję osi kości. Zapisano szereg leków. Ponownie powód przebywał w Klinice (...) w O. w dniach od 8 czerwca do 8 lipca 2009 roku. W dniu 23 lipca 2009 roku wycięto ognisko zapalne z uda prawego. Ponownie powoda leczono w Klinice w O. w dniach od 17 września 2009 roku do 8 października 2009 roku. W dniu 23 września 2009 roku wykonano zabieg operacyjny usunięcia aparatu I., rewizję ogniska zapalnego i zespolenie na aparacie K.. W dniu 28 września 2009 roku stwierdzono bakteriologia - ziarnina z kości udowej prawej - *St. aureus* MSSA. Ponownie powód leczony był w Klinice w O. w dniach od 1 lutego 2010 roku do 15 lutego 2010 roku. W dniu 4 lutego 2010 roku wycięto ognisko zapalne z kości udowej prawej, usunięto ap. K.. W dniu 15 lutego 2010 roku w drodze do domu w dniu wypisu powód doznał złamania kości udowej prawej ości ogniska. Ponownie trafił do Kliniki i założono gips udowy i powód pozostał w Szpitalu do 22 lutego 2010 roku. Ponownie trafił do Kliniki w dniu 8 kwietnia 2010 roku i przebywał do dnia 23 kwietnia 2010 roku. Wykonano rewizję stawu rzekomego, stabilizację w ap. K.. Następnie powód leczył się w Klinice w O. w dniach od 3 lutego 2011 roku do 21 lutego 2011 roku. W dniu 10 lutego 2011 roku wycięto staw rzekomy, operacja m. J., przeszczepy kości zamrożonej i czynników wzrostu, przestabilizowanie ap. K.. Analizując materiał z ogniska zapalnego stwierdzono - *St.himinis* metycylino-wrażliwy. Ponownie powód trafił do Kliniki w O. w dniach od 27 listopada 2011 roku do 1 grudnia 2011 roku w dniu 28 listopada 2011 roku wykonano destabilizację ap. zewnętrzne K.. Podano płytkowy czynnik wzrostu do stawu rzekomego kości udowej prawej. Leczenie powoda w związku z wypadkiem z dnia 18 lipca 2008 roku nadal jest kontynuowane.

Dowód:

dokumentacja medyczna (k.24-68, 176,184-193)

zeznanie świadka M. B.(k.199-200)

zeznanie świadka W. Z. (k.203-204)

Obecnie w wyglądzie widoczne jest znaczne wyszczuplenie kończyny dolnej prawej, zwłaszcza w zakresie uda. Liczne, pozaciągane blizny w udzie prawym - po przetokach oraz po dojsciach chirurgicznych. Obecnie bez przetok. Powód nosi stabilizator udowo-podudziowy o typie tutora. Porusza się chodem utykającym, wydolnym w badaniu na pansie krótkim, przy pomocy kuli łokciowej w ręce lewej. Prawa kończyna dolna ma 90 cm - mierzona od kolca biodrowego a lewa kończyna dolna ma 94 cm - mierzona od kolca biodrowego. Prawy staw kolanowy - ślad zgięcia, wyprost pełny.

Leczenie zastosowane w pozwanym Szpitalu (...)w T. było zgodne z zasadami sztuki lekarskiej. Od momentu wypadku, do przyjęcia powoda w Szpitalu upłynęły około dwie godziny. Powoda operowano w godzinach nocnych pomiędzy 3 a 6 rano po wykonaniu niezbędnych badań i przygotowaniu. Taki przebieg leczenia otwartego złamania jest prawidłowy, zgodny z wiedzą medyczną. Krótki czas pomiędzy wypadkiem, a przeprowadzeniem zabiegu pozwala na zmniejszenie ryzyka zakażenia. W niniejszym przypadku niestety, pomimo podjętych wszelkich

działań profilaktycznych (antybiotykoterapia, oczyszczenie rany i miejsca złamania, krótki czas pomiędzy urazem, a zaopatrzeniem chirurgicznym) nie udało się uniknąć się rozwinięcia zakażenia miejsca operowanego. Zdarzenia takiego nie można rozpatrywać w kategoriach błędu. Jest to niestety niepowodzenie lecznicze związane z rodzajem przebytego złamania (złamanie otwarte, wybitnie zabrudzone). Powód był pacjentem wysokiego ryzyka rozwoju zakażenia. Przy ranie brudnej ryzyko zakażenia jest bardzo wysokie, pomimo prawidłowego leczenia operacyjnego-ortopedycznego i wdrożonej antybiotykoterapii. Według danych literatury fachowej częstość zakażeń sięga 25-40 %. W pozwanym Szpitalu nie dokonano żadnych zaniedbań w zakresie sprawowanej opieki medycznej.

Wedle wiedzy medycznej możliwym jest że dwukrotnie wykonywane w trakcie leczenia powoda posiewy z ran mogły nie wykazać obecności bakterii gronkowca złocistego przy istniejącym zakażeniu tą bakterią. Pomimo występowania zakażenia rany nie zawsze udaje się w posiewie wymazu z rany uzyskać wzrostu drobnoustrojów. Podczas hospitalizacji na Oddziale (...)w O. czterokrotnie wykonane badania nie wykazały wzrostu drobnoustroju. Dopiero przy piątym badaniu potwierdzono obecność gronkowca złocistego. Wystąpienie objawów zapalnych i stwierdzenie zakażenia bakterią gronkowca złocistego dopiero w dniu 9 stycznia 2009 roku, to jest aż 6 miesięcy po wypadku i dopiero z trzeciego posiewu z rany powoda nie wskazuje, iż do zakażenia doszło w trakcie leczenia w Szpitalu w T..

Szczep bakterii gronkowca stwierdzony u powoda nie był szczepem jakie charakterystyczne są dla bakterii stwierdzanych w szpitalach a nie w środowisku pozaszpitalnym. Trudności w leczeniu powoda wynikały przede wszystkim z rodzaju zakażenia (zapalenie kości). Występowanie w organizmie alkoholu może mieć wpływ na zwiększenie narażenia na zakażenie bakterią gronkowca złocistego. Alkohol powoduje rozszerzenie naczyń krwionośnych, zwiększa tym samym wrota infekcji. Ponadto w ankiecie anesteziologicznej z dnia 6 listopada 2008 roku powód podaje, iż regularnie spożywa, co u osoby w czasie rekonwalescencji powypadkowej nie wpływa korzystnie na proces zdrowienia. Występujący u powoda szczep gronkowca złocistego może być szczepem bakterii jaki u części populacji stanowi naturalną florę bakteryjną człowieka. Nosicielstwo w populacji ogólnej gronkowca złocistego jest bardzo wysokie. Przebieg zakażenia w bardzo dużym stopniu zależy od odporności osoby, u której doszło do zakażenia.

Rozejście się rany i przykurcz u powoda nie są wynikiem nieprawidłowego leczenia. Związane są z możliwymi powikłaniami pourazowymi. Powód nie stosował się do zaleceń lekarskich w kwestii rehabilitacji powypadkowej prawego stawu kolanowego (nie wykonywał zaleconych ćwiczeń), co również mogło przyczynić się do zaistniałego przykurczu i wymagało przeprowadzenia redresji. W Szpitalu w T. stosowano prawidłową profilaktykę antybiotykową.

Po usunięciu stabilizatora zewnętrznego, przy wypisie ze Szpitala w dniu 9 grudnia 2008 roku powód pouczony został o konieczności kontroli w poradni ortopedycznej za 7 dni, do której zgłosił się w dniu 18 grudnia 2008 roku. Powód nie zgłaszał wówczas dolegliwości sugerujących zakażenie miejsca operowanego. Parametry zapalne w tym czasie nie były podwyższone. Następnie powód zgłosił się w dniu 7 stycznia 2009 roku z gorączką 38,6°C. W kolejnym dniu odnotowano 39,2°C i w tym też dniu ewakuowano ze zbiornika ropy ok. 500 ml ropnej treści, założono gąbkę gentamycynową, założono drenaż ssący. Wszystkie te czynności wykonano prawidłowo.

Lekarze pozwanego Szpitala prawidłowo rozpoznali stan pacjenta i podjęli adekwatne, zgodne z wiedzą medyczną działania, skutkujące poprawą stanu klinicznego pacjenta. Jest wysoce prawdopodobne, że powikłania ropne i zapalenie kości jakie wystąpiły w leczeniu powoda, będące wynikiem długotrwałego braku zrostu kości wiążą się z zakażeniem seryjnym gronkowcem złocistym. Jednakże rodzaj złamania jakiego doznał powód obarczony jest wysokim prawdopodobieństwem powikłania w postaci zakażenia miejsca operowanego. Nie jest możliwe z medycznego punktu widzenia rozstrzygnięcie jaki byłby przebieg leczenia i gojenia złamań u powoda, w przypadku gdyby nie doszło do zakażenia i jaki byłby wówczas funkcjonalny stan prawej kończyny dolnej. Domniemywać można jedynie że fakt zakażenia w stopniu znaczącym zwiększył procentowy uszczerbek na jego zdrowiu. W chwili obecnej procentowy uszczerbek na zdrowiu powoda wynikający z następstw złamania prawej kości udowej wraz z powikłaniami wynosi 50%. W obecnym stanie zdrowia powód jest zdolny do pracy, jako osoba niepełnosprawna. Powód nie może jednak podjąć się pracy wymagającej stania, długiego chodzenia tj. pracy z obciążeniem kończyn dolnych. Powód może wykonywać pracę siedzącą z zaangażowaniem kończyn górnych. Rokowania na przyszłość są negatywne. Powód nigdy nie odzyska już pełnej sprawności kończyny dolnej prawej. Skrót kończyny wymaga

zaproteżowania odpowiednim obuwiem ortopedycznym i jego stałego używania. Nie zastosowanie się do tego zalecenia skutkować będzie agresją zmian zwyrodnieniowo-wytwórczych kręgosłupa. Również co do wygaszenia ogniska zapalnego rokowanie jest wątpliwe. Jakkolwiek w chwili obecnej nie stwierdza się czynnych przetok, to doświadczenie kliniczne pokazuje, że często dochodzi do wznowy, co ostatecznie może prowadzić nawet do konieczności amputacji kończyny.

Dowód:

opinia (...) w K. (k.220-239)

Przeprowadzane w pozwanym Szpitalu kontrole nie wykazały naruszenie reżimu sanitarnego, z dokumentacji szpitalnej nie wynika również, aby w czasie hospitalizacji powoda odnotowano inne przypadki zakażenia gronkowcem złocistym o profilu zbliżonym i szczepu stwierdzonego u powoda. W szpitalu przestrzega się wymaganych procedur sanitarnych. Sale oraz sprzęt zabiegowy jest prawidłowo sterylizowany, powszechnie używa się sprzętu jednorazowego. Każdy pacjent ma oddzielny zestaw do zabiegów. Każda sterylizacja jest potwierdzana testem. Regularne kontrole przeprowadza Sanepid. Personel przechodzi regularne szkolenia sanitarne.

Dowód:

wykaz procedur sanitarno – epidemiologicznych (k.177)

wykaz dokumentacji zintegrowanego systemu zarządzania (k.160-164)

zeznanie świadka S. R. (k.166-167)

zeznanie świadka B. W. (k.167)

zeznanie świadka M. W. (k.168)

Kierujący motocyklem nie posiadał ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Powód zwracał się o świadczenie w związku z wypadkiem do (...). W 2011 roku powodowi przyznano łącznie kwotę 29.128, 20 zł. w tym: zadośćuczynienie w kwocie 24.000 zł., pokrycie kosztów leczenia w kwocie 576 zł., rentę za okres od 1 czerwca 2010 roku do 31 czerwca 2011 roku z uwagi na zwiększone potrzeby w kwocie 663 zł. dodatek z tytułu opieki w kwocie 2.280 i pokrycie kosztów dojazdu do placówek medycznych w kwocie 1.609,20 zł.

Dowód:

pisma z dnia 12 kwietnia 2011 roku, 2 kwietnia 2011 roku, (k.72-74)

Orzeczeniem (...)w B. z dnia 24 sierpnia 2010 roku zaliczono powoda do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności na okres od 5 sierpnia 2010 roku do 31 sierpnia 2013 roku. Zakwalifikowano powoda do pracy w warunkach chronionych z przyuczeniem stanowiskowym. Wskazano, że powód nie wymaga stałej lub długotrwałej opieki i pomocy osób trzecich w związku z samodzielną egzystencją. W dniu 31 sierpnia 2012 roku powód ukończył (...)w B. o profilu technik informatyk. Za czesne w szkole powód płacił 130 zł. miesięcznie. Przed wypadkiem powód był w szkole średniej w klasie maturalnej. Planował pójść na studia. W związku z leczeniem powód ponosił szereg wydatków, na leki, na dojazd do placówek medycznych i tp.

W okresie od 17 maja 2008 roku do 16 maja 2009 roku pozwany Szpital był ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w (...) S. A.w W.. Pismem z dnia 6 czerwca 2011 roku powód wezwał pozwanego ubezpieczyciela do wypłaty odszkodowania i zadośćuczynienia. Po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego ubezpieczyciel odmówił powodowi wypłaty jakiegokolwiek świadczenia.

Dowód:

orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (k.70)

zaświadczenie (k.69)

polisa Seria (...) Nr (...) (k.155-156)

pisma z dnia 6 czerwca 2011 roku, 11 lipca 2011 roku, 21 września 2011 roku (k.96-104)

akta szkody (...)

faktury, bilety, rachunki (k.75-91, 94-95)

Powyższy stan faktyczny ustalił Sąd na podstawie powołanych powyżej i zalegających w aktach sprawy dokumentów dopuszczonych w charakterze dowodu przez Sąd, a wskazanych powyżej przy opisie stanu faktycznego, w tym także opinii (...) w K. – (...)a także na podstawie zeznań świadków: S. R., B. W., M. W., M. B.i W. Z.. Pozostałe dowody zalegające w aktach a nie wymienione powyżej Sąd pominął jako nie mające istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, dotyczy to również zeznań świadka K. S., który nie posiadał żadnej wiedzy istotnej z punktu widzenia przedmiotu postępowania.

Dokumenty dające podstawę dla poczynienia ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie Sąd uznał za autentyczne i wiarygodne. Ich treść i forma nie budziły zastrzeżeń i wątpliwości uczestników postępowania, nie ujawniły się też takie okoliczności, które należałoby brać pod uwagę z urzędu, a które podważałyby wiarygodność tych dowodów i godziły w ich moc dowodową od strony materialnej czy formalnej. Za wiarygodne uznał również Sąd zeznania wskazanych powyżej świadków. W zakresie faktów ujętych w opisie stanu faktycznego zeznania te pozostawały w zgodzie z pozostałym, zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym i odpowiadały zasadom logiki i doświadczenia życiowego.

Sąd podzielił wnioski płynące z opinii (...) w K. – (...). Opinia ta spełniała wszystkie kodeksowe wymogi w zakresie opiniowania. Cechowała się rzetelnością, fachową wiedzą w opiniowanym przedmiocie i brak było skutecznych przesłanek mogących podważać zasadność wniosków zawartych w opinii. Biegli w obszernych analizach przedstawili podstawy, na których opierali się wydając opinie, jak i wskazali przesłanki prowadzące do końcowych wniosków. Wnioski zawarte w opinii wyczerpująco odpowiadały na wszystkie pytania Sądu skierowane do biegłych. Godzi się zauważyć, że obie strony postępowania nie zgłosiły zarzutów odnośnie opinii.

Zwrócić również należy uwagę, że na ostatniej rozprawie w dniu 16 lipca 2013 roku nie stawił się zarówno powód jak i jego pełnomocnik. Zawiadomienie o rozprawie zostało w dniu 14 czerwca 2013 roku doręczone pełnomocnikowi powoda rady prawnemu J. G. (k.264). W dniu 4 lipca 2013 roku do Sądu wpłynęło pismo nowego pełnomocnika powoda rady prawnego K. F. z informacją o wypowiedzeniu dotychczasowego pełnomocnictwa i umocowaniu nowego pełnomocnika. Zgodnie z art. 94§1 k.p.c. wypowiedzenie pełnomocnictwa procesowego przez mocodawcę odnosi skutek prawny w stosunku do sądu z chwilą zawiadomienia go o tym. Zatem zawiadomienie o rozprawie w dniu 16 lipca 2013 roku skierowane do dotychczasowego pełnomocnika powoda było skuteczne.

### **Sąd Okręgowy rozważył, co następuje:**

Powód wystąpił z roszczeniami wynikającymi z odpowiedzialności deliktowej przeciwko Szpitalowi (...)w T. i w oparciu o łączący tę stronę pozwaną stosunek ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej także przeciwko ubezpieczycielowi (...)S. A.w W.. Powód nie kierował roszczeń bezpośrednio wobec żadnego lekarza prowadzącego proces leczenia. Podstawa prawna odpowiedzialności pozwanego Szpitala opiera się zatem na przepisie art. 430 k.c. Podstawa taka zachodzi w szczególności w zakresie odpowiedzialności za delikty popełnione w ramach świadczenia usług zdrowotnych realizowanych w ramach gwarantowanej opieki medycznej objętej powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, kiedy pacjent opiera swoje prawo do tych usług na podstawie obowiązujących przepisów ustawowych. Jak wynika z okoliczności ujawnionych w sprawie, oraz twierdzeń samego powoda, świadczenia medyczne z

którymi powód wiąże odpowiedzialność pozwanego szpitala, były realizowane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Odnośnie przesłanek odpowiedzialności deliktowej z tytułu tzw. błędu lekarskiego, zwrócić należy uwagę, że przesłankami tymi są: zawinienie lekarza (czy też szerzej personelu medycznego), szkoda, oraz związek przyczynowy pomiędzy szkodą a zawnionym działaniem lub zaniechaniem lekarza. Podkreślić należy, że pomiędzy szkodą a zawnionym działaniem lekarza musi zachodzić tzw. adekwatny związek przyczynowy (art. art. 361 § 1 k.c.). Podobne przesłanki muszą zaistnieć w przypadku żądania zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (art. 445 § 1 k.c.) z tą jedynie różnicą, że w miejsce szkody wykazana musi być owa krzywda a żądanie zadośćuczynienia ograniczone jest do przypadków deliktowych skutkujących uszkodzeniem ciała lub wywołaniem rozstroju zdrowia (art. 444 § 1 k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c.). Pomijając szersze wywody odnośnie definicji winy w prawie cywilnym, dla jasności obecnych rozważań zwrócić należy jedynie uwagę, iż na pojęcie winy lekarza w sytuacji tzw. błędu medycznego składa się zarówno element obiektywny w postaci naruszenia reguł prawidłowego postępowania, jak również element subiektywny (tzw. przypisywalność winy) w postaci przynajmniej niedbalstwa, czy też lekceważenia obowiązków. Podkreślić należy że tylko zawniony błąd lekarski może skutkować odpowiedzialnością lekarza, czy też placówki medycznej względem pacjenta. Działanie lub zaniechanie lekarza musi nosić znamiona bezprawności. Dopiero wówczas gdy zaistnieją przesłanki pozwalające na przypisanie odpowiedzialności deliktowej lekarzowi, możliwe jest przypisanie tej odpowiedzialności (art. 430 k.c.) również szpitalowi w strukturze którego lekarz ten wykonuje swoją praktykę lekarską.

Jak wynika z treści art. 430 k.c. odpowiedzialność szpitala za zawniony błąd medyczny lekarza opiera się **na zasadzie ryzyka**. Szpital nie może się więc uwolnić od odpowiedzialności powołując się np. na brak winy w wyborze lekarza, winy w zakresie nadzoru nad wykonywaniem powierzonych czynności, itp. Obowiązek odszkodowawczy po stronie szpitala nie powstaje jednak w przypadku, gdy lekarzowi nie można przypisać winy, bądź w razie braku którejkolwiek z pozostałych przesłanek odpowiedzialności np. związku przyczynowego między zawnionym działaniem lekarza a wyrządzoną szkodą.

Zwarzywszy na powyższe, ocena zasadności roszczeń powoda, kierowanych względem pozwanego szpitala, wymagała rozróżnienia na dwa konteksty, otóż powód swoją szkodę i krzywdę identyfikował z faktem zakażenia go w pozwanym szpitalu bakterią gronkowca i wynikłymi z tego komplikacjami zdrowotnymi ale również powód wskazywał na niezgodny ze sztuką medyczną proces leczenia urazów jakich powód nabawił się na skutek wypadku z dnia 18 lipca 2008 roku. Jednakże materiał dowodowy zgromadzony w sprawie jednoznacznie prowadzi do przekonania, że oba rodzaje zarzutów stawianych przez powoda są bezzasadne. Z przeprowadzonej w sprawie opinii medycznej jednoznacznie wynika, że leczenie zastosowane w pozwanym Szpitalu(...)w T. było zgodne z zasadami sztuki lekarskiej. Co więcej leczenie wdrożony w krótkim od wypadku czasie a zabieg wykonywano w godzinach nocnych zaraz po przywiezieniu powoda. Krótki czas pomiędzy wypadkiem, a przeprowadzeniem zabiegu pozwalał na zmniejszenie ryzyka zakażenia. Jak wskazali biegli powód był pacjentem wysokiego ryzyka rozwoju zakażenia a w pozwanym szpitalu nie dokonano żadnych zaniedbań w zakresie sprawowanej opieki medycznej. Biegli w stawianych tezach szczegółowo uzasadnionych fachową wiedzą w istocie wykluczyli możliwość, iż do zakażenia powoda bakterią gronkowca mogło dojść na skutek ewentualnych nieprawidłowości w pozwanym szpitalu. Oczywiście w orzecznictwie Sądu Najwyższego głoszone poglądy, iż w przypadku procesów lekarskich kiedy powód domaga się naprawienia szkód pozostających w związku z leczeniem konieczne jest ograniczenie wymagań dowodowych co sprowadza się do wykazania jedynie prawdopodobieństwa zaistnienia danego zdarzenia (por. wyrok SN z dnia 23 marca 2007 roku, V CSK 477/06, Lex nr 470003). Jednakże wnioski zawarte w przeprowadzonej opinii jak również pozostały zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie pozwalają na przyjęcie wystarczającego prawdopodobieństwa, iż do zakażenia powoda doszło na skutek nieprawidłowości w procesie medycznym. Wręcz przeciwnie tezy stawiany przez biegłych wskazują, że bardziej prawdopodobną przyczyną zakażenia znajdowała się poza działaniami pozwanego szpitala. Oczywiście przyczyny tej nie wskazano w stanowczy sposób, jednakże nie oznacza to, iż odpowiedzialnym za zakażenie powinien być pozwany szpital. Jak wynika z okoliczności sprawy w pozwanym szpitalu w okresie pobytu

powoda przestrzegane są normy sanitarne, sterylizacja jest prowadzona na wysokim poziomie a podjęte względem powoda czynności medyczne zgodne były ze sztuką lekarską.

Biegli wyraźnie wskazali, że wystąpienie objawów zapalnych i stwierdzenie zakażenia bakterią gronkowca złocistego dopiero w dniu 9 stycznia 2009 roku, to jest aż 6 miesięcy po wypadku i dopiero z trzeciego posiewu z rany powoda nie wskazuje, iż do zakażenia doszło w trakcie leczenia w Szpitalu w T.. Szczep bakterii gronkowca stwierdzony u powoda nie był szczepem jakie charakterystyczne są dla bakterii stwierdzanych w szpitalach. Ponadto występowanie w organizmie powoda alkoholu mogło mieć wpływ na zwiększenie narażenia na zakażenie bakterią gronkowca złocistego. W pozwanym szpitalu stosowano prawidłową profilaktykę antybiotykową.

Również pozostałe czynności medyczne i diagnoza były zgodne ze sztuką medyczną. Lekarze pozwanego szpitala prawidłowo rozpoznali stan pacjenta i podjęli adekwatne, zgodne z wiedzą medyczną działania, skutkujące poprawą stanu klinicznego pacjenta. Ponadto rodzaj złamania jakiego doznał powód obarczony jest wysokim prawdopodobieństwem powikłania w postaci zakażenia miejsca operowanego. Pomimo zatem braku powrotu powoda do pełni zdrowia nie można pozwanemu szpitalowi przypisać odpowiedzialności deliktowej.

Podkreślić należy że za tzw. błąd w sztuce lekarskiej uznane może być takie postępowanie lekarza, które jest obiektywnie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i praktyki medycznej. Jak wynika z okoliczności ujawnionych w sprawie zakres przeprowadzonych wobec powoda czynności medycznych przez personel pozwanego szpitala w okresie leczenia powoda w pozwanym szpitalu był zgodny z uznanymi zasadami wiedzy i sztuki medycznej. Zwrócić należy także uwagę, że nie każda błędna diagnoza może być podstawą odpowiedzialności deliktowej lekarza, czy też szpitala. Do przypisania odpowiedzialności deliktowej konieczne jest w tym względzie wykazanie nienależytej staranności podczas czynności podjętych podczas diagnozowania pacjenta. Błąd terapeutyczny zachodzi wtedy, gdy została wybrana obiektywnie niewłaściwa z punktu widzenia medycznego metoda leczenia. Jak wynika z opinii biegłych działania pozwanego szpitala w pełni odpowiadały właściwym standardom medycznym i nie można wskazać w tym zakresie jakiegokolwiek uchybienia mogącego skutkować odpowiedzialnością deliktową.

Wobec braku przesłanek w postaci zawinionego działania personelu medycznego diagnozującego i leczącego powoda w pozwanym szpitalu i w konsekwencji braku podstaw do przypisania odpowiedzialności deliktowej po stronie pozwanego szpitala, nie mogą być uwzględnione roszczenia podnoszone przez powoda. Przesłanką zasadności tych roszczeń jest bowiem w pierwszej kolejności możliwość przypisania odpowiedzialności deliktowej po stronie pozwanego szpitala. Z powyższego wynika również bezzasadność roszczeń wobec pozwanego ubezpieczyciela. Stosownie do treści art. 822 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczyciel zobowiązany jest do zapłaty odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczony. Przy czym jak stanowi art. 822 § 4 k.c. uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela. W tym stanie rzeczy powód mógł swoje roszczenia wynikające z odpowiedzialności deliktowej pozwanego szpitala kierować również przeciwko pozwanemu ubezpieczycielowi który był związany z pozwanym szpitalem umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Jednakże warunkiem odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela jest spełnienie przesłanek odpowiedzialności deliktowej pozwanego szpitala a te jak wskazano powyżej nie zaistniały. W tym stanie rzeczy powództwo względem obu stron pozwanych nie zasługiwało na uwzględnienie.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy oddalił powództwo.

O kosztach postępowania orzeczono po myśli art. 102 k.p.c. Zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania powód – jako strona przegrywająca sprawę – powinien zwrócić stronom pozwanim koszty procesu. Sąd miał jednakże na względzie trudną sytuację materialną i życiową w jakiej znalazł się powód. Nie ulega wątpliwości, że przypadek powoda mieści się w kategorii wypadków szczególnie nieszczęśliwych. Obciążenie powoda kosztami procesu byłoby dla niego zbyt uciążliwe i mogłoby znacznie pogorszyć jego trudną sytuację życiową, natomiast strony pozwane są podmiotami dysponującymi znacznymi środkami materialnymi i uszczerbek w postaci braku należnych kosztów procesu nie będzie dla nich istotnym uszczerbkiem.

SSO Irena Choma

Sekr.:

- odnotować uzasadnienie,
- odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi powoda,
- kal. 14 dni.

Sędzia