

Sygn. akt I C 661/15

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 4 czerwca 2019 r.

Sąd Rejonowy w Piszcu I Wydział Cywilny w składzie:

|                 |                             |
|-----------------|-----------------------------|
| Przewodniczący: | SSR Anna Lisowska           |
| Protokolant:    | sekr. sąd. Judyta Masłowska |

po rozpoznaniu w dniu 21 maja 2019 r. w Piszcu na rozprawie

sprawy z powództwa M. W.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

przy udziale interwenienta ubocznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSW w O.

o zapłatę

o r z e k a :

I. Zasądza od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powoda M. W. kwotę 40 000 zł (czterdzieści tysięcy złotych) wraz z ustawowymi odsetkami od kwoty 1 000 zł (jeden tysiąc złotych) od dnia 2 lipca 2015r. do dnia zapłaty i od kwoty 39 000 zł (trzydzieści dziewięć tysięcy złotych) od dnia 23.01.2018r. do dnia zapłaty.

II. Oddala powództwo w pozostałej części.

III. Zasądza od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powoda M. W. kwotę 4 600 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

IV. Nakazuje ściągnąć od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Piszcu kwotę 2 158,18 zł tytułem brakujących zaliczek pokrytych tymczasowo ze środków Skarbu Państwa.

Sygn. akt I C 661/15

## UZASADNIENIE

M. W. w dniu 2 lipca 2015 roku wytoczył powództwo przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. o zapłatę kwoty 1 000 złotych wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, tytułem częściowego zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Nadto wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanej kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

Następnie w piśmie procesowym z 18 stycznia 2018 roku, doręczonym stronie pozwanej w dniu 23 stycznia 2018 roku, powód rozszerzył powództwo i wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanej kwoty 40 000 złotych, wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od daty wniesienia pozwu do dnia zapłaty, oraz kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że w 2009 roku zaobserwował u siebie guza w żuchwie. Przebywał wówczas w Islandii. Po wizycie u lekarza pierwszego kontaktu został skierowany do Centrum Onkologicznego MSWiA w O., gdzie w dniu 2 października 2009 roku usunięto mu węzeł chłonny podżuchwowy po stronie prawej. Badanie histopatologiczne wykazało chłoniaka grudkowego. W dniu 29 października 2009 roku w tej samej placówce powoda poddano trepanobiopsji szpiku kostnego, a następnie w okresie od 10 do 16 listopada 2009 roku wykonano mu badania tomograficzne twarzoczaszki, klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy. W dniu 11 grudnia 2009 roku w (...) Centrum (...) w W. powód poddał się badaniom PET-TC, które potwierdziło powiększenie węzłów chłonnych w organizmie. W okresie od 18 do 23 grudnia 2009 roku powód przebywał w Centrum Onkologii MSWiA w O., gdzie podano mu jeden cykl chemioterapii. Następne cykle powód przyjął 12 stycznia, 2 lutego, 23 lutego, 2 marca, 14 maja, 4 czerwca 2010 roku. W dniach 26 i 27 sierpnia 2010 roku powodowi wykonano badania tomograficzne, a 22 września 2010 roku w Centrum Onkologii w B. Zakładzie (...) wykonano badanie PET-CT, które potwierdziło regres chłoniaka. W dniu 14 października 2010 roku lekarz w O. stwierdził, że choroba nowotworowa ustąpiła i zalecił okresową kontrolę w poradni onkologicznej. W dniu 6 listopada 2010 roku powód wyjechał w celach zarobkowych do R. w Islandii. W pierwszych dniach grudnia dokuczał mu kaszel i ciągle przeziębienia. Coraz słabiej się czuł, dlatego 7 grudnia 2010 roku zgłosił się na pogotowie w R., gdzie przebywał trzy dni. W nocy z 9 na 10 grudnia 2010 roku w stanie krytycznym przewieziony został do szpitala w G., gdzie 13 grudnia 2010 roku poddany został przeszczepowi wątroby, albowiem okazało się, że uległa ona uszkodzeniu. Po operacji stan jego zdrowia był ciężki, był półprzytomny. Na początku marca 2011 roku od lekarza kontrolującego stan zdrowia powód dowiedział się, że problemy z wątrobą oraz przeszczep są konsekwencją zarażenia wirusem żółtaczkowy typu B. Lekarze wskazali, że najbardziej prawdopodobną sytuacją zarażenia była chemioterapia, która często wywołuje immunosupresję, co sprzyja zakażeniu.

Powód podniósł, że Polska do niedawna była krajem o dużej zapadalności na infekcję wirusowego zapalenia wątroby typu B. Od czasu, gdy wprowadzono ogólnokrajową profilaktykę, na chorobę tą zapada co raz mniej ludzi. Obecnie uważa się, że nowe zachorowania są spowodowane głównie niewystarczającą sterylizacją sprzętu medycznego. Analiza wykazała, że wprowadzenie szczepień przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B do kalendarza szczepień pozwala na osiągnięcie ochronnego stężenia przeciwciał u większości pacjentów przed rozpoczęciem chemioterapii. W piśmiennictwie wskazuje się dwie drogi zakażenia w lecznictwie otwartym, mianowicie: egzogenna (niedostateczna aseptyka narzędzi używanych podczas badań i zabiegów medycznych, niedostateczna aseptyka pomieszczeń i wyposażenia, zakażenia krzyżowe) oraz endogenna (wskutek przeniesienia patogenu w obrębie pacjenta zwykle podczas wykonywanych zabiegowych procedur medycznych).

W ocenie powoda, w świetle wyników badań i objawów występujących bezpośrednio po zabiegu, stwierdzić należy, że do zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B doszło w ZOZ MSWiA z (...) - (...) Centrum Onkologii w O., która to placówka medyczna w tym czasie ubezpieczona była u pozwanej.

Pozwana (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. w odpowiedzi na pozew wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na jej rzecz od powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu przyznała, że łączyła ją z ZOZ MSWiA z (...) - (...) Centrum Onkologii w O. umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Wskazała, że z dokumentacji medycznej powoda wynika, iż w okresie od 02.10.2009r. do 22.09.2010r. powód znajdował się pod opieką ubezpieczonej u pozwanej placówki medycznej w wyniku wykrycia, usunięcia, zastosowania terapii, aż do stwierdzenia regresu chłoniaka grudkowego umiejscowionego w okolicy węzła chłonnego podżuchwowego. Jednakże we wskazanym wyżej okresie powód poddawany był także badaniom w (...) Centrum (...) w W. i w Centrum Onkologii w B.. Następnie pomimo przebytej choroby i chemioterapii, która znacznie obniża odporność organizmu, powód wyjechał za granicę. W okresie leczenia w placówce ubezpieczonej u pozwanej, powód nie zgłaszał żadnych uwag odnośnie zaniedbań czy nieprawidłowości w zakresie opieki medycznej. Żółtaczka wszczepienna to najczęstsza forma wirusowego zapalenia wątroby. Wirus ten jest bardziej zakaźny od wirusa HIV. Pobyt w szpitalu jest jednym z możliwych źródeł zakażenia, wśród których wymienia się także zabiegi stomatologiczne, kosmetyczne, tatuowanie, kontakty seksualne, a nawet niewielkie krwawiące

skaleczenia. Ponadto czas, w jakim choroba ta się rozwija i doprowadza do niewydolności wątroby, może przebiegać różnie, czyli rozwijać się latami w sposób utajniony bądź szybko doprowadzić do wyniszczeń w organizmie.

Z uwagi na powyższe, w ocenie pozwanej nie można wykluczyć, że zarazić się żółtaczką wszczepienną powód mógł przed zabiegiem, w trakcie leczenia onkologicznego, poza szpitalem, a także po chemioterapii, kiedy odporność organizmu ulega znacznemu pogorszeniu.

Pozwana zakwestionowała swoją odpowiedzialność co do zasady. Podniosła zarzut braku dowodów, iż personel ubezpieczonej placówki dopuścił się błędu lub nie dołożył należytej staranności udzielając świadczeń medycznych oraz że do zakażenia doszło w ubezpieczonej placówce.

Nadto z ostrożności procesowej pozwana podniosła zarzut przedawnienia roszczenia.

Na wniosek strony pozwanej, Sąd Rejonowy w Pieszku postanowieniem z 22 października 2015 roku zawiadomił o toczącym się postępowaniu ZOZ MSWiA z (...) - (...) Centrum Onkologii w O..

Pismem procesowym nadanym 19 listopada 2015 roku, ZOZ MSWiA z (...) - (...) Centrum Onkologii w O. zgłosił interwencję uboczną po stronie pozwanej i wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na jego rzecz od powoda kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu podniósł zarzut przedawnienia roszczenia. Wskazał, że powód już w marcu 2011 roku dowiedział się o szkodzie i osobie odpowiedzialnej do jej naprawienia, natomiast pozew został wniesiony 2 lipca 2015 roku.

Ponadto zakwestionował swoją odpowiedzialność co do zasady. Przyznał, że w okresie od 02.10.2009r. do 22.09.2010r. powód znajdował się pod jego opieką medyczną. Zaznaczył, że w tym okresie w szpitalu interwenienta zachowane zostały wszelkie standardy sanitarne oraz dotyczące aseptyki narzędzi, pomieszczeń i wyposażenia. Przestrzegane były i są wszelkie wymagane protokoły i procedury dotyczące sterylizacji. Działania szpitala poddawane są okresowym kontrolom zarówno Państwowego Inspektora Sanitarnego, jak i audytorów wewnętrznych i zewnętrznych Zintegrowanego Systemu Zarządzania i Akredytacji. Żadna z tych kontroli nie stwierdziła jakichkolwiek zaniedbań czy nieprawidłowości. Również personel szpitala jest wysoce wykwalifikowany oraz świadom ciężącej na nim odpowiedzialności i starannie wykonuje swoją pracę. Przeprowadzane kontrole nie wskazały na ewentualne uchybienia personelu. Procedury pobierania krwi, trepanobiopsji oraz podawania leków cytostatycznych przeprowadzane są przy użyciu narzędzi jednorazowego użytku, co znacznie obniża ryzyko zakażenia i powoduje, iż jest ono mało prawdopodobne. Sterylizacja monitorowana jest za pomocą testów fizycznych i chemicznych. W spornym okresie w szpitalu interwenienta nie doszło do zaniedbań ze strony przestrzegania norm i procedur postępowania sanitarno-higienicznego, jak i przestrzegania zasad aseptyki.

Ponadto interwenient podkreślił, że już przy pierwszej hospitalizacji powoda, to jest w październiku 2009 roku, w wykonanych wówczas badaniach laboratoryjnych stwierdzono u powoda podwyższony poziom (...). Można zatem wnioskować, że do zakażenia wirusem żółtaczki doszło przed rozpoczęciem leczenia w szpitalu interwenienta. Ponadto z wywiadu lekarskiego przeprowadzonego z powodem wynikało, iż pracował on w zawodzie malarza i narażony był na stały kontakt ze środkami malarskimi, które ze względu na swój chemiczny skład z pewnością mogły, zdaniem interwenienta, przyczynić się do uszkodzenia wątroby. Znamienny jest także fakt, że powód korzystał z usług medycznych świadczonych przez inne podmioty (m.in. POZ G. i Centrum Onkologii w B., (...) Centrum (...)), a ponadto posiada europejską kartę ubezpieczenia, co może wskazywać na leczenie powoda w placówkach medycznych w Europie. Wszystkie powyższe okoliczności zdaniem interwenienta powodują, że powód nie udowodnił, że został zarażony wirusem właśnie w szpitalu interwenienta.

### **Sąd ustalił, co następuje:**

W dniu 1 października 2009 roku M. W. został przyjęty na oddział chirurgii onkologicznej ZOZ MSWiA z (...) - (...) Centrum Onkologii w O. z rozpoznaniem powiększonego węzła chłonного okolicy podżuchwowej prawej. W szpitalu

tym w dniu 2 października 2009 roku poddany został zabiegowi operacyjnemu, podczas którego w znieczuleniu miejscowym dokonano wycięcia węzła chłonного okolicy podżuchwowej prawej. Badanie histopatologiczne wykazało chłoniaka grudkowego.

W dniu 29 października 2009 roku M. W. został przyjęty na oddział chirurgii onkologicznej ZOZ MSWiA z (...) - (...) Centrum Onkologii w O. w celu przeprowadzenia diagnostyki. Wykonano trepanobiopsję szpiku kostnego. Przebieg zabiegu był niepowikłany.

W pracowni tomografii komputerowej MSWiA w O. w dniu 10 listopada 2009 roku wykonano M. W. badanie tomograficzne twarzoczaszki, w dniu 13 listopada 2009 roku badanie tomograficzne klatki piersiowej, a w dniu 16 listopada 2009 roku badanie tomograficzne jamy brzusznej i miednicy.

W celu oceny zaawansowania choroby, M. W. w dniu 11 grudnia 2009 roku w (...) Centrum (...) w W. poddany został badaniu PET-CT tułowia, które wskazało na obecność aktywnego metabolicznie procesu rozrostowego w pakietach węzłów chłonnych szyjnych (obustronnie) i pachwowych prawych, pojedynczych węzłach chłonnych nadobojczykowych lewych i śledzionowych oraz migdałku podniebiennym prawym, śledzionie. Stwierdzono III stopień zaawansowania choroby.

(dowód: dokumentacja medyczna powoda k. 10-15)

W dniu 18 grudnia 2009 roku M. W. został przyjęty na oddział chemioterapii ZOZ MSWiA z (...) - (...) Centrum Onkologii w O. w celu uzupełnienia diagnostyki i leczenia chłoniaka grudkowego. Został zakwalifikowany do chemioterapii. Podano mu pierwszy cykl chemioterapii. W dniu 23 grudnia 2009 roku został wypisany do domu z zaleceniami.

W dniu 12 stycznia 2010 roku M. W. we skazanej wyżej placówce otrzymał drugi cykl chemioterapii, a w dniu 2 lutego 2010 roku trzeci cykl chemioterapii. W dniu 23 lutego 2010 roku został przyjęty na oddział chemioterapii w celu kontynuacji leczenia, jednakże chemioterapię odroczone o 7 dni z uwagi na cechy uszkodzenia wątroby. Wykonano badanie kontrolne TK klatki piersiowej. Chorego w dobrym stanie wypisano do domu z zaleceniami – termin następnego cyklu chemioterapii w dniu 2 marca 2010 roku. W dniu 2 marca 2010 roku M. W. podano czwarty cykl chemioterapii, w dniu 23 marca 2010 roku piąty cykl, w dniu 13 kwietnia 2010 roku szósty cykl, a w dniu 14 maja 2010 roku siódmy cykl.

W dniu 4 czerwca 2010 roku M. W. przyjął ósmy, ostatni cykl chemioterapii. Leczenie zostało zakończone. Następnego dnia został wypisany do domu z zaleceniem wykonania kontrolnego badania TK twarzoczaszki, szyi i klatki piersiowej oraz zgłoszenia się z wynikami do wojewódzkiej poradni onkologicznej. Badania te wykonano 26 i 27 sierpnia 2010 roku w pracowni tomografii komputerowej MSWiA w O..

W dniu 6 listopada 2010 roku powód wyjechał w celach zarobkowych do Islandii.

W dniu 8 grudnia 2010 roku został przyjęty do szpitala w R. w związku z podejrzeniem ostrej infekcji WZW B. W dniu przyjęcia do szpitala jego stan był stabilny, a następnie raptownie się pogorszył i doszło do rozwoju ostrej, o przebiegu piorunującym, niewydolności wątroby oraz encefalopatii. Okazało się, że pacjent ma ostrą niewydolność wątroby na skutek WZW B. W dniu 12 grudnia 2010 roku w stanie krytycznym został przewieziony do szpitala uniwersyteckiego w Islandii. Po przyjęciu został umieszczony na liście oczekujących na pilny przeszczep wątroby. Zabieg przeszczepu wątroby przeszedł 13 grudnia 2010 roku. Był to zabieg ratujący życie. Na oddziale intensywnej opieki przebywał do 20 grudnia 2010 roku, wówczas został przeniesiony na oddział transplantacyjny. Bezpośrednio po przeszczepie jego stan był stabilny. Początkowo miało miejsce słabe funkcjonowanie przeszczepionego organu, ale ostatecznie parametry wątrobowe uległy poprawie i wątroba funkcjonuje normalnie. Pacjenta przebadano także hematologicznie w kierunku chłoniaka – nie wykazano oznak nawrotu choroby.

(dowód: dokumentacja medyczna powoda z leczenia w Polsce k. 16-45; 199-384; dokumentacja medyczna powoda z leczenia w Islandii wraz z tłuczonymi zaświadczeniami k. 46-95, 390, 618-619)

Leczenie onkologiczne M. W., przeprowadzone w ZOZ MSWiA z (...) - (...) Centrum Onkologii w O., realizowane było bez zachowania wymaganych standardów i procedur medycznych zapewniających należyłą staranność i bezpieczeństwo leczenia. Podstawowym błędem w procesie diagnostyczno-leczniczym było nieprzeprowadzenie wyjściowych i monitorujących badań wirusologicznych (w kierunku przebytego lub aktywnego zakażenia wirusami HIV, HCV, EBV, CMV i zwłaszcza HBV), co należy do kanonu postępowania diagnostycznego w każdym przypadku przed podjęciem decyzji o rozpoczęciu immunochemioterapii i które to zalecenia wynikają z rekomendacji krajowych i międzynarodowych towarzystw naukowych, a ich nieprzestrzeganie należy kategoryzować w charakterze błędu w sztuce lekarskiej, który spowodował bezpośrednio narażenie powoda na niebezpieczeństwo utraty życia lub poważnego uszczerbku na zdrowiu. Określenie wyjściowego statusu wirusologicznego w zakresie przebytego lub czynnego zakażenia HBV u osób z planowaną lub rozpoczętą terapią immunosupresyjną, w tym biologiczną lub chemioterapią przeciwnowotworową, jest szczególnie istotne ze względu na groźące konsekwencje przeprowadzenia tej terapii – możliwość reaktywacji wirusa HBV. Wynika to z faktu, iż całkowita eliminacja wirusa HBV z organizmu jest nieosiągalna ze względu na jego postać przetrwalnikową, którą tworzy zamknięta, kolistą nić DNA. Chorzy leczeni z powodu chłoniaków znajdują się w grupie najwyższego ryzyka, albowiem z jednej strony sam chłoniak zaburza funkcję układu immunologicznego, z drugiej zaś strony w terapii tej grupy chorób stosuje się leki silnie immunosupresyjne (w przypadku powoda był to rytuksymab) w dużych dawkach, to jest leki osłabiające i spowalniające proces wytwarzania przeciwciał i komórek odpornościowych. Dlatego w każdym przypadku podejmowania decyzji o leczeniu immunosupresyjnym, należy u każdego pacjenta przeprowadzić panel podstawowych badań wirusologicznych dotyczących HBV i w przypadku potwierdzenia wynikami tych badań przebytego lub czynnego zakażenia HBV, należy rozpocząć leczenie przeciwwirusowe.

(dowód: opinia biegłego sądowego z zakresu onkologii klinicznej k. 629-643; opinia uzupełniająca k. 694-698 i 728-730v)

Wskutek transplantacji narządu, M. W. do końca życia musi przyjmować leki zapobiegające odrzuceniu przeszczepu (co jest uciążliwością i naraża go na znacznie cięższy przebieg chorób wirusowych, które u osób młodych mogą przebiegać łagodnie) oraz musi pozostawać pod opieką ośrodka monitorującego pracę wątroby i monitorującego leczenie przeciwko odrzuceniu przeszczepu.

(dowód: opinia biegłej sądowej z zakresu chorób zakaźnych k. 439-440)

W okresie leczenia M. W. na oddziale onkologicznym i chemioterapii ZOZ MSWiA z (...) - (...) Centrum Onkologii w O., szpital ten objęty był ochroną ubezpieczeniową w zakresie odpowiedzialności cywilnej w (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W..

(okoliczność bezsporna)

M. W. zawiadomił ubezpieczyciela o szkodzie pismem z 19 lutego 2014 roku, doręczonym ubezpieczycielowi najpóźniej w dniu 27 lutego 2014 roku, i wniósł o przyznane kwoty 500 000 złotych tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Decyzją z 8 kwietnia 2014 roku (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. odmówił przyznania świadczenia uznając, iż brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności ubezpieczonego.

(dowód: pismo powoda z 19.02.2014r., pismo ubezpieczyciela z 27.02.2014r., decyzja z 08.04.2014r. – znajdujące się w aktach szkody numer (...))

**Sąd zważył, co następuje:**

Na wstępie stwierdzić należy, że podniesiony przez pozwanego i interwenienta ubocznego zarzut przedawnienia roszczenia jest chybiony.

Generalna zasada przedawnienia roszczeń z umów ubezpieczenia uregulowana jest w art. 819 § 1 k.c., który stanowi, że roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem lat trzech. Będą to umowy ubezpieczenia mienia (autocasco, ubezpieczenie mieszkania), czy też ubezpieczenia na życie, kosztów leczenia, następstw nieszczęśliwych wypadków itp. Natomiast wyjątkiem od generalnej zasady trzyletniego okresu przedawnienia są roszczenia z umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Zgodnie z brzmieniem art. 819 § 3 k.c., w wypadku ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej termin roszczeń poszkodowanego wobec zakładu ubezpieczeń o odszkodowanie lub zadośćuczynienie przedawnia się z upływem okresu przewidzianego dla tego roszczenia w przepisach o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym lub niewykonaniem bądź nienależytym wykonaniem zobowiązania.

Zgodnie z brzmieniem art. 442<sup>1</sup> § 1 k.c. roszczenia z tytułu czynów niedozwolonych przedawniają się po upływie 3 lat od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia, nie później jednak niż 10 lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wyrządzające szkodę. Przez pojęcie zdarzenia wyrządzającego szkodę należy rozumieć moment czasu, w którym ustaje działanie (zaniechanie) osoby odpowiedzialnej za wyrządzoną szkodę.

Stosownie do ogólnych zasad prawa cywilnego, bieg przedawnienia przerywa się także przez każdą czynność przed sądem lub innym organem powołanym do rozpoznawania spraw lub egzekwowania roszczeń danego rodzaju albo przed sądem polubownym, przedsięwziętą bezpośrednio w celu dochodzenia lub ustalenia albo zaspokojenia lub zabezpieczenia roszczenia, jak również przez uznanie roszczenia przez osobę, przeciwko której roszczenie przysługuje, oraz przez wszczęcie mediacji. Ponadto, co jest bardzo istotne dla terminu przedawnienia roszczeń wobec zakładu ubezpieczeń, to reguła zawarta w art. 819 § 4 k.c., zgodnie z którą bieg przedawnienia roszczeń o świadczenie przerywa się także przez zgłoszenie ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem. W takich przypadkach bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie świadczenia. Należy także pamiętać o tym, iż datą, od której przedawnienie roszczeń rozpoczyna bieg na nowo jest udzielenie przez zakład ubezpieczeń pierwszej odpowiedzi, a kolejne odwołania biegu przedawnienia już nie przerywają.

Jak wynika z akt szkody, powód zawiadomił pozwaną o szkodzie pismem z 19 lutego 2014 roku, które doręczono pozwanej najpóźniej 27 lutego 2014 roku, co potwierdza sporządzone tego dnia pismo pozwanej skierowane do pełnomocnika powoda w sprawie przedłożenia wymienionych w tym piśmie dokumentów, która to czynność przerwała bieg przedawnienia, natomiast z przedmiotowym powództwem wystąpił w dniu 2 lipca 2015 roku. Zatem roszczenie powoda nie uległo przedawnieniu.

Poza sporem w niniejszej sprawie pozostawała legitymacja bierna pozwanego. (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. w okresie leczenia powoda w ZOZ MSWiA z (...) - (...) Centrum Onkologii w O. miała zawartą z tymże szpitalem umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Przedmiotem ubezpieczenia była odpowiedzialność cywilna Szpitala za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego.

Powód swoje roszczenie wywodził z treści art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c., zgodnie z którym w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Wysokość zadośćuczynienia pozostawiona jest uznaniu Sądu.

Odpowiedzialność odszkodowawczą pozwanego ubezpieczyciela należy oceniać na podstawie i w granicach odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego, zatem w świetle art. 430 k.c., co oznacza odpowiedzialność szpitala, jako osoby prawnej na zasadzie ryzyka, ale za zawinione działania personelu medycznego (art. 415 k.c.), bądź własne działania bądź zaniechania, których skutkiem była niewłaściwa organizacja pracy mogąca prowadzić do

zakażenia - art. 416 k.c. Naturalnie szpital nie ponosi odpowiedzialności za każde powikłanie w toku prowadzonego leczenia, a jedynie za działania zawinione, przy czym z art. 415 k.c. nie wynika domniemanie winy. Należy jednak nadmienić, zgadzając się ze stanowiskiem, że ciężar dowodu przesłanek odpowiedzialności obciąża powoda, iż w przypadku roszczenia o naprawienie szkody wyrządzonej przy leczeniu, zwłaszcza zaś będącej następstwem zakażenia szpitalnego, ten rygorizm jest w znacznym stopniu złagodzony.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego, a także sądów powszechnych wielokrotnie prezentowane było stanowisko, że w sprawach o naprawienie szkód medycznych wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest zadaniem ogromnie trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. Sąd Najwyższy zauważał też, że istnienie związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą z reguły nie może być – gdy chodzi o zdrowie ludzkie – absolutnie pewne, gdyż związków zachodzących w dziedzinie medycyny nie da się sprowadzić do prostego wynikania jednego zjawiska z drugiego. W szczególności nie można wymagać od poszkodowanego wykazania, że przyczynę zakażenia stanowiło konkretne zaniedbanie, ani w sposób absolutnie pewny związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą. Wystarczające jest wykazanie dostatecznej dozy prawdopodobieństwa jego wystąpienia.

I tak, w wyroku z 5 lipca 1967 roku wydanym w sprawie I PR 174/67, Sąd Najwyższy podkreślił, że w procesie nie zawsze da się przeprowadzić każdy dowód „bez reszty”. Jest to częstokroć utrudnione ze względu na uwarunkowanie aktualnym stanem wiedzy medycznej, która nie zawsze jest w stanie dać stanowczą odpowiedź na każde pytanie. W takiej sytuacji sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy uznać dowód za przeprowadzony, mając na uwadze wysoki stopień prawdopodobieństwa (zob. OSNCP 1968, nr 2, poz. 26).

Z kolei w wyrokach: z 20 sierpnia 1968 roku w sprawie II CR 310/68 (OSNCP 1969, nr 2, poz. 38), z 17 czerwca 1969 roku w sprawie II CR 165/69 (OSPİKA 1970, nr 7-8, poz. 155) i z 12 stycznia 1977 roku w sprawie II CR 571/76 (nie publ.) Sąd Najwyższy przyjął za dowód istnienia związku przyczynowego wykazanie dostatecznej dozy prawdopodobieństwa jego wystąpienia. Zapoczątkowany w powołanych wyrokach kierunek orzecznictwa był konsekwentnie kontynuowany w późniejszych latach i to także w sprawach dotyczących zakażeń żółtaczką zakaźną, gronkowcem złocistym lub wirusem HIV, czego przykładem są wyroki Sądu Najwyższego z dnia 14 października 1974r., II CR 415/74 (nie publ.), z dnia 7 stycznia 1998r., II CKN 703/97 (nie publ.), z dnia 27 lutego 1998r., II CKN 625/97 (PiM 1999, nr 3, s. 130), z dnia 10 lipca 1998r., I CKN 786/97 (nie publ.), z dnia 6 listopada 1998r., III CKN 4/98 (PiM 1999, nr 3, s. 135), z dnia 16 czerwca 1999r., II CKN 412/98 (nie publ.), z dnia 13 czerwca 2000r., V CKN 34/00 (nie publ.), z dnia 13 lutego 2002r., IV CKN 596/00 (nie publ.), z dnia 17 maja 2007r., III CSK 429/06 (nie publ.), z dnia 2 czerwca 2010r., III CSK 245/09 (nie publ.) i z dnia 17 listopada 2010r., I CSK 67/10 (nie publ.).

W orzeczeniach tych Sąd Najwyższy podkreślał, że nie można stawiać pacjentowi nierealnego wymogu ścisłego udowodnienia, w jakim momencie i jaką drogą jego organizm został zainfekowany. Dlatego też uznawał za dopuszczalne korzystanie z konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.) i to nie tylko w odniesieniu do miejsca zakażenia i związku przyczynowego między zakażeniem a pobytem pacjenta w placówce leczniczej, lecz także w odniesieniu do niedbalstwa personelu tej placówki w zakresie zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu. W wyroku z 7 stycznia 1998 roku wydanym w sprawie II CKN 703/97, Sąd Najwyższy stanął na stanowisku, że rozstrzygające dla przyjęcia związku przyczynowego jest ustalenie zainfekowania powódki wirusem HBV w trakcie pobytu w szpitalu i wynikające z tego ustalenia domniemanie niedbalstwa personelu szpitala w zakresie dbałości o aseptykę, jako przyczyny sprawczej infekcji. W wyroku z dnia 10 lipca 1998r., I CKN 786/97, skonstatował, że zakażenie powódki żółtaczką wszczepienną w szpitalu wskazuje, iż szpital nie zapewnił jej bezpieczeństwa pobytu. Z kolei w wyroku z dnia 17 maja 2007r., III CSK 429/06, stwierdził, że w sprawach dotyczących tzw. zakażeń szpitalnych możliwe i uzasadnione jest przyjęcie niedbalstwa placówki służby zdrowia w drodze domniemania faktycznego, przy braku dowodu przeciwnego.

Przedstawiony kierunek orzecznictwa, który tutejszy Sąd podziela w całości, uzyskał również aprobatę doktryny, jest bowiem zgodny z poglądami prezentowanymi w tej materii w nauce prawa.

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy stwierdzić należy, iż powód powinien był zatem wykazać jedynie to, że do zakażenia doszło podczas jego pobytu w ZOZ MSWiA z (...) - (...) Centrum Onkologii w O.. Już to bowiem, zgodnie z przedstawionymi powyżej poglądami orzecznictwa, wystarcza do przyjęcia, że było to spowodowane zaniedbaniem ze strony personelu szpitalnego.

W kwestii zakażenia powoda wirusem WZW typu B wypowiedział się biegły sądowy z zakresu hematologii (onkologii klinicznej), K. W., który w sporządzonej na piśmie opinii stwierdził jednoznacznie, że przeprowadzone w ZOZ MSWiA z (...) - (...) Centrum Onkologii w O., realizowane było bez zachowania wymaganych standardów i procedur medycznych zapewniających należytą staranność i bezpieczeństwo leczenia. Podstawowym błędem w procesie diagnostyczno-leczniczym było nieprzeprowadzenie wyjściowych i monitorujących badań wirusologicznych (w kierunku przebytego lub aktywnego zakażenia wirusami HIV, HCV, EBV, CMV i zwłaszcza HBV), co należy do kanonu postępowania diagnostycznego w każdym przypadku przed podjęciem decyzji o rozpoczęciu immunochemioterapii i które to zalecenia wynikają z rekomendacji krajowych i międzynarodowych towarzystw naukowych, a ich nieprzestrzeganie należy kategoryzować w charakterze błędu w sztuce lekarskiej, który spowodował bezpośrednie narażenie powoda na niebezpieczeństwo utraty życia lub poważnego uszczerbku na zdrowiu.

Biegły wskazał, że określenie wyjściowego statusu wirusologicznego w zakresie przebytego lub czynnego zakażenia HBV u osób z planowaną lub rozpoczętą terapią immunosupresyjną, w tym biologiczną lub chemioterapią przeciwnowotworową, jest szczególnie istotne ze względu na groźące konsekwencje przeprowadzenia tej terapii – możliwość reaktywacji wirusa HBV. Wynika to z faktu, iż całkowita eliminacja wirusa HBV z organizmu jest nieosiągalna ze względu na jego postać przetrwalnikową, którą tworzy zamknięta, kolistą nić DNA. Chorzy leczeni z powodu chłoniaków znajdują się w grupie najwyższego ryzyka, albowiem z jednej strony sam chłoniak zaburza funkcję układu immunologicznego, z drugiej zaś strony w terapii tej grupy chorób stosuje się leki silnie immunosupresyjne (w przypadku powoda był to rytuksymab) w dużych dawkach, to jest leki osłabiające i spowalniające proces wytwarzania przeciwciał i komórek odpornościowych. Dlatego w każdym przypadku podejmowania decyzji o leczeniu immunosupresyjnym, należy u każdego pacjenta przeprowadzić panel podstawowych badań wirusologicznych dotyczących HBV. U kandydatów do tego rodzaju terapii należy oznaczyć HBsAg i anty-HBc-total przed jej rozpoczęciem. Osoby HBsAg-dodatnie muszą mieć oznaczony HBV-DNA i w razie wyniku dodatniego powinny otrzymać leczenie przeciwwirusowe przez cały okres immunochemioterapii i przynajmniej 6 miesięcy po jej zakończeniu, a w przypadku leków o wysokim ryzyku reaktywacji HBV, do którego należy między innymi tytuksymab zastosowany u powoda, czas ten należy wydłużyć do 12 miesięcy. Chorzy HBsAg-dodatni bez wykrywalnego HBV-DNA oraz HBsAg-ujemni ze stwierdzoną obecnością anty-HBc-total powinni również rozpocząć stosowanie leczenia przeciwwirusowego przez rozpoczęciem terapii immunosupresyjnej. W trakcie terapii należy oznaczać HBV-DNA i aktywność ALAT co 3 miesiące, niezależnie od tego, czy leczenie przeciwwirusowe jest jednocześnie stosowane. U chorych nie otrzymujących leczenia przeciwwirusowego, w razie wykrycia obecności HBV-DNA powinno się jak najszybciej wdrożyć takie leczenie. W przypadku spodziewanego dłuższego okresu oczekiwania na wynik badania HBV-DNA, należy rozważyć włączenie leczenia przeciwwirusowego wkrótce po stwierdzeniu wzrostu aktywności ALAT. Nadto, u osób anty-HBs-ujemnych, u których planowane są terapie o wysokim stopniu ryzyka reaktywacji HBV, a do takich należy schemat R-CHOP zastosowany u powoda, należy rozważyć przeprowadzenie szczepienia przeciwko HBV. Gdy podejrzewa się uszkodzenie wątroby lub jej marskość, wskazane jest wykonanie biopsji wątroby z oceną histopatologiczną.

Biegły wskazał, że powyższa diagnostyka wirusologiczna nie została przeprowadzona u powoda przed lub na jakimkolwiek innym etapie immunochemioterapii lub po jej zakończeniu, co jest tym bardziej zaskakujące, że powód miał przed rozpoczęciem immunochemioterapii podwyższoną aktywność ALAT, którego aktywność systematycznie rosła aż do wartości 3-cyfrowej w okresie realizacji 3-5 cyklu chemioterapii. Mimo wystąpienia powyższych odchyłek w badaniach laboratoryjnych nie zdecydowano się na przeprowadzenie diagnostyki różnicowej przyczyn do nich prowadzących i zbyt pochopnie powiązано ich wystąpienie z toksycznym oddziaływaniem chemioterapii.



Zdaniem biegłego, za wysoce prawdopodobną należy przyjąć tezę, iż zaburzenia biochemiczne obserwowane u powoda przed leczeniem i w trakcie immunochemioterapii (wzrost aktywności ALAT) zwiastowały reaktywację zakażenia HBV i późniejsze piorunujące WZW typu B, które jest znanym powikłaniem immunochemioterapii występującym najczęściej kilka miesięcy po jej zakończeniu i nierzadko mającym przebieg piorunujący, z ciężką niewydolnością wątroby, encefalopatią i zespołem wątrobowo-nerkowym. Świadczą o tym czas pojawienia się u powoda ostrego WZW typu B od zakończenia immunochemioterapii i typowy przebieg kliniczny, a także dane epidemiologiczne (k. 629-643).

W dwóch opiniach uzupełniających biegły hematolog w całości podtrzymał swoje stanowisko oraz rzeczowo odniósł się do zarzutów pozwanego i interwenienta ubocznego (k. 694-698 i 728-730v).

Alternatywą dla przedstawionego wyżej scenariusza reaktywacji zakażenia HBV, pozostaje nowe zakażenie HBV, w trakcie lub po zakończeniu immunochemioterapii, czego dowodem są opinie podstawowa i opinie uzupełniające biegłej sądowej z zakresu chorób zakaźnych, J. Z., sporządzone na potrzeby niniejszej sprawy (k. 436-440, 484-487, 523-524, 569). Jednakże, jak wskazał biegły hematolog, nowe zakażenie HBV jest mniej prawdopodobne niż reaktywacja, albowiem jeszcze przed rozpoczęciem immunochemioterapii powód miał wykrywane podwyższone wartości ALAT, co należało wiązać z wyjściowym uszkodzeniem komórki wątrobowej. Szpital nie przeprowadził jednak w tym zakresie ani szczegółowego wywiadu chorobowego, ani badań wirusologicznych, a tym samym udowodnienie bezpośredniego związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nieprzeprowadzeniem badań wirusologicznych w kierunku zakażenia HBV przed i w trakcie immunochemioterapii w ubezpieczonym u pozwanej szpitalu, a wystąpieniem u powoda piorunującego WZW typu B w cztery miesiące po zakończeniu terapii jest niemożliwe.

Sąd w pełni podziela opinię podstawową i opinie uzupełniające biegłego hematologa, bowiem spełniały one stawiane im wymogi, odzwierciedlały staranność i wnikliwość w badaniu zleconego zagadnienia, odpowiadały w sposób wyczerpujący, stanowczy i zrozumiały na postawione pytania, a przytoczona na ich uzasadnienie argumentacja jest w pełni przekonująca. Zauważyć należy, iż opinia biegłego podlega, jak i inne dowody, ocenie według art. 233 § 1 k.p.c, lecz odróżniają je szczególne kryteria oceny. Stanowią je zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej wniosków. Przedmiotowe opinie sporządzone zostały zgodnie z wymaganiami fachowości i niezbędną wiedzą specjalną. W szczególności biegły przy wydawaniu opinii dysponował całą dokumentacją lekarską powoda.

Interwenient uboczny ostatecznie nie kwestionował opinii biegłego hematologa, natomiast pozwany w piśmie procesowym z 26.04.2019r. wniósł o dopuszczenie dowodu ze wspólnej opinii biegłych sądowych z zakresu chorób zakaźnych i onkologii klinicznej celem przygotowania wspólnych wniosków końcowych. Wniosek ten Sąd oddalił na rozprawie 21.05.2019r., jako nie mający znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy i zmierzający wyłącznie do przedłużenia postępowania. Pozwany nie zgłosił zastrzeżeń do protokołu w trybie art. 162 k.p.c.

Wobec powyższego należy przyjąć, że wykazane zostały wszystkie obciążające powoda przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej szpitala, a w związku z tym także pozwanego: szkoda, związek przyczynowy i zawinienie, z których dwie ostatnie są domniemywane.

W rozpoznawanej sprawie oczywistym jest, iż poprawne funkcjonowanie placówki służby zdrowia winny tak zorganizować swą pracę i zapewnić takie środki, by zminimalizować ryzyko zakażenia pacjentów. Obowiązek podejmowania takich działań wynika z przepisu art. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008r., Nr 234, poz. 1570). Kierownicy zakładów opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych przez ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych; monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń; opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych; wykonywanie

badania laboratoryjnych w celu optymalizacji profilaktyki i terapii; prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji tych działań.

Ponownie przytoczyć należy stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w wyroku z dnia 27 lutego 1998 roku wydanym w sprawie II CKN 625/97 (PiM 1999/3/130), w którym zawarto tezę, iż sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać za wystarczający wysoki stopień prawdopodobieństwa, nie wymagając od poszkodowanego ścisłego i pewnego udowodnienia, jaką drogą jego organizm został zainfekowany. Obrona pozwanego polega natomiast na osłabianiu wspomnianego prawdopodobieństwa, przede wszystkim przez dowodzenie, że zaistniały inne prawdopodobne przyczyny infekcji, względnie, że konkretne warunki w jakich - według twierdzeń poszkodowanego - doszło do zarażenia, wykluczały taką możliwość. W ocenie Sądu materiał dowodowy zgromadzony w sprawie nie dostarcza jakichkolwiek podstaw do oceny, iż w przypadku powoda zachowano wymagane standardy i procedury medyczne zapewniające należytą staranność i bezpieczeństwo leczenia. Dlatego też Sąd przyjął co do zasady odpowiedzialność pozwanego ubezpieczyciela za wystąpienie u powoda piorunującego WZW typu B.

Krzywdą, której naprawienia może domagać się poszkodowany na podstawie art. 445 k.c., stanowi niemajątkowy skutek naruszenia dóbr osobistych, wywołany przede wszystkim rozstrojem zdrowia, co może opierać się bądź na fizycznych dolegliwościach bądź psychicznych cierpieniach bezpośrednio związanych ze stanem zdrowia i dalszymi następstwami w postaci odczuwanego dyskomfortu, strachu, poczucia osamotnienia, nieprzydatności społecznej i innych negatywnych odczuć. Przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia należy uwzględnić przede wszystkim nasilenie cierpień, trwałość następstw zdarzenia oraz konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w życiu osobistym i społecznym, a także wiek poszkodowanego i czas trwania jego cierpień (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 1999r. II UKN 681/98 i wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 1972r., II CR 57/72). Zważyć dodatkowo trzeba, że zadośćuczynienie winno mieć charakter kompensacyjny i przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość. Kompensata majątkowa z kolei winna mieć na celu przewyciężenie przykrych doznań i wobec tego winna być rozumiana szeroko, albowiem obejmuje zarówno cierpienia fizyczne, jak i sferę psychiczną poszkodowanego. Wysokość zadośćuczynienia odpowiadająca doznanej krzywdzie powinna być odczuwalna ekonomicznie, a ponadto przynosić równowagę emocjonalną, naruszoną przez doznane cierpienia psychiczne (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 2008r. sygn. akt II CSK 536/07), jednakże wysokość ta nie może być nadmierną w stosunku do doznanej krzywdy, albowiem musi być utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2001r. sygn. III CKN 427/00).

Ustalając wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia z tytułu krzywdy, jakiej doznał na skutek wystąpienia u niego piorunującego WZW typu B, Sąd uwzględnił zarówno jego cierpienia fizyczne, jak i psychiczne. Bez wątplenia powód doznał znacznych cierpień i dolegliwości bólowych, przeszedł zabieg transplantacji ratujący mu życie, został czasowo ograniczony w wykonywaniu wielu czynności życia codziennego oraz w aktywności zawodowej i życiowej zgodnej z posiadanymi umiejętnościami i pragnieniami, a przede wszystkim musi teraz do końca życia przyjmować leki zapobiegające odrzuceniu przeszczepu (co jest uciążliwością i naraża go na znacznie cięższy przebieg chorób wirusowych, które u osób młodych mogą przebiegać łagodnie) oraz musi pozostawać pod opieką ośrodka monitorującego pracę wątroby i monitorującego leczenie przeciwko odrzuceniu przeszczepu. Określając wysokość zadośćuczynienia Sąd miał na względzie również młody wiek poszkodowanego.

W ocenie Sądu ustalone w sprawie okoliczności przemawiają za przyznaniem powodowi kwoty 40 000 złotych tytułem zadośćuczynienia pieniężnego. Kwota ta posiada zdaniem Sądu realną, odczuwalną wartość, nie jest nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy, jest utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c., z którego wynika, że jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Na podstawie art. 817 § 1 k.c. ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty

otrzymania zawiadomienia o szkodzie. Uzasadnionym było zatem przyznanie powodowi odsetek ustawowych od dnia 2 lipca 2015 roku (data wytoczenia powództwa) liczonych od początkowo dochodzonej kwoty 1 000 złotych oraz od dnia 23 stycznia 2018 roku (data doręczenia pozwanemu pisma procesowego powoda o rozszerzeniu powództwa) liczonymi od rozszerzonej kwoty 39 000 złotych. Dlatego też w pozostałym zakresie dotyczącym roszczenia odsetkowego Sąd powództwo oddalił.

O kosztach procesu Sąd rozstrzygnął w oparciu o przepisy § 6 pkt 5 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 (Dz.U. z 2013 r., poz. 461 j.t.) oraz art. 98 k.p.c., zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. W tym przypadku jest to kwota 2 400 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego, kwota 2 000 złotych tytułem zwrotu opłaty sądowej od pozwu oraz kwota 200 złotych tytułem zwrotu zaliczki uiszczony na poczet wynagrodzeń biegłych sądowych.

Koszt sporządzenia opinii przez powołanych w niniejszej sprawie biegłych sądowych wyniósł łącznie 5 958,18 złotych i do wysokości 3 800 złotych pokryty został z wpłaconych zaliczek (200 zł – powód, 1 900 zł – pozwany, 1 700 zł – interwenient uboczny), zaś do wysokości 2 158,18 złotych tymczasowo pokryty został ze środków budżetowych Skarbu Państwa.

Zważywszy na wynik procesu Sąd na podstawie art. 83 ust. 2 w zw. z art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. z 2005r., Nr 167, poz. 1398 ze zm.) nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa Sądu Rejonowego w Pieszku kwotę 2 158,18 złotych tytułem brakujących zaliczek na pokrycie kosztów opinii biegłych sądowych.