

Sygn. akt I ACa 399/18

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 maja 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Hanna Nowicka de Poraj (spr.)
Sędziowie:	SSA Józef Wąsik SSO (del.) Izabella Dyka
Protokolant:	sekr. sądowy Krzysztof Malinowski

po rozpoznaniu w dniu 9 maja 2019 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa G. K.

przeciwko Zespołowi Opieki Zdrowotnej w K.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Kielcach

z dnia 22 stycznia 2018 r. sygn. akt I C 731/17

1. oddala apelację;

2. nie obciąża powoda kosztami postępowania apelacyjnego.

SSO (del.) Izabella Dyka SSA Hanna Nowicka de Poraj SSA Józef Wąsik

Sygn. akt I ACa 399/18

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w Kielcach wyrokiem z dnia 22 stycznia 2018 roku, sygn. akt IC 731/17, oddalił powództwo G. K. przeciwko Zespołowi Opieki Zdrowotnej w K. o zapłatę 80 000 zł, tytułem zadośćuczynienia i odstąpił od obciążania powoda kosztami procesu.

W uzasadnieniu Sąd Okręgowy ustalił, że w nocy w dniu 25 kwietnia 2010 roku, (...) G. K., zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy w K. jako osoba bezrobotna oraz pobierający z tego tytułu zasiłek dla bezrobotnych, doznał urazu prawego stawu skokowego. Następnego dnia, z uwagi na zasinienie, obrzęk i zniekształcenie stawu,

zgłosił się i został przyjęty do Oddziału(...) Szpitala (...)ZOZ w K.. U powoda stwierdzono wówczas złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem odłamów kostnych oraz złamanie strzałki w połowie trzonu. Powód wyraził zgodę na zabieg, który wykonano metodą zamkniętą, czyli z wykorzystaniem monitora rentgenowskiego, bez rozcinania skóry. Zreponowano wówczas odłamy złamania i przezskórnie ustabilizowano trzema drutami Kirschnera, których końce schowano pod skórą. Powodowi podano także okołoperacyjnie (...)

Po wykonanym zabiegu, powód znajdował się pod dalszą opieką ambulatoryjną w poradni (...) w K.: dnia 08 czerwca 2010 roku, powodowi zdjęto resztki gipsu; w dniu 29 czerwca 2010 roku, wydano skierowanie na zdjęcie drutów; dnia 13 lipca 2010 roku, powód zgłosił, że wysoko gorączkuje, operowana okolica jest zaczerwieniona, a z miejsca operowanego sączy się ropa. W związku z tym zgłoszeniem powodowi zlecono(...) i przyjęto go do Oddziału (...) pozwanej placówki. Przy przyjęciu opisano przetokę o wielkości 1/1 cm, z wyciekami treści surowiczoroopnej. Tego samego dnia, powodowi usunięto druty Kirschnera, a w trakcie zabiegu ewakuowano obfitą ilość treści ropnej, pobrano posiew, a przetokę wielokrotnie przepłukano. Ponadto, powodowi podano (...) (3 x 600 mg), a z posiewu wyhodowano liczne gronkowce złociste (Staphylococcus aureus) MSSA (wrażliwe na antybiotyki). Powód był hospitalizowany do dnia 16 lipca 2010 roku.

Po opuszczeniu pozwanej placówki, powód podlegał dalszej opiece w poradni (...) w K.. W dniu 20 lipca 2010 roku powodowi zdjęto szwy. 11 sierpnia 2010 roku, powód zgłosił się do pozwanego ZOZ w związku z wystąpieniem ponownego obrzęku, zaczerwienienia stawu oraz jego znacznej bolesności. Powód został ponownie zoperowany. Podczas zabiegu, u powoda natrafiono na znaczną ilość treści ropnej, wypływającej pod ciśnieniem, ewakuowano ropę, usunięto martwicze tkanki, przepłukano oraz założono dwa dreny przepływowe. Pobrano posiew, w którym wyhodowano ten sam szczep gronkowca złocistego. Powód był następnie leczony (...) (2 x 600mg), a także (...) do przepływu w drenach. Hospitalizacja G. K. zakończyła się dnia 23 sierpnia 2010 roku. Po wypisie ze szpitala, powód objęty został dalszą opieką Poradni(...) w K.. Podczas wizyt w dniu 02 września (rana sucha, bez obrzęku, zlecono ćwiczenia), 22 października (kontrola – nie podaje dolegliwości ilość treści ropnej, martwiaki i ognisko kostne z nasady kości piszczelowej. Powodowi założono także gąbki (...) oraz leczono go dożylnie(...) Powód został wypisany w dniu 30 listopada 2010 roku na leczeniu antybiotykowym (...)

Do 31 stycznia 2011 roku, powód podlegał obserwacji ortopedycznej w K.. Następnie, kontynuował leczenie w Klinice (...) w O., na Oddziale(...) Dnia 04 lutego 2011 roku, powoda poddano zabiegowi operacyjnemu rewizji i usunięcia ogniska zapalnego ze stawu skokowego. U powoda stwierdzono rozległą martwicę chrząstki stawowej, wykonano synowektomię. Następnie, powód był leczony antybiotykami (...). Następnie, powód podlegał dalszej opiece ambulatoryjnej także w Klinice (...) w O., podlegając obserwacji do lipca 2011 roku. W 2015 roku, u G. K. rozpoznano ropne zapalenie stawu przewlekłe.

W wyniku urazu z dnia 27 kwietnia 2010 roku, powód został poddany kilku zabiegom operacyjnym oraz długiemu leczeniu antybiotykami i środkami przeciwbólowymi. W trakcie leczenia w pozwanej placówce u powoda stwierdzono występowanie gronkowca złocistego. Zakażenie powoda gronkowcem miało charakter szpitalny, ponieważ wystąpiło w związku z podjętą procedurą leczenia. Ponadto, stan zapalny stawu skokowego powoda powikłał cały proces jego leczenia. Powód wymagał stosowania antybiotyków oraz długotrwałego zwolnienia lekarskiego. Musiał również korzystać z rehabilitacji, celem usprawnienia i poprawienia funkcji wydajności stawu skokowego. Przed długi okres przyjmował także leki przeciwbólowe, a w chwili obecnej zażywa je w okresach nasilonego bólu. Przez około 9 tygodni, powód potrzebował również pomocy w wykonywaniu czynności życia codziennego, tj. podczas mycia, jedzenia i ubierania.

W związku z wypadkiem z dnia 27 kwietnia 2010 roku, u powoda wystąpił stały, trzydziestoprocentowy uszczerbek (pkt 162c - Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r). Określony uszczerbek na zdrowiu jest połączeniem urazu stawu skokowego ze stanem zapalnym. Gdyby nie było zapalenia to uszczerbek na zdrowiu mógłby być mniejszy. Staw skokowy jest znacznie uszkodzony, nie ma możliwości, aby powód wrócił do sprawności sprzed wypadku. W chwili obecnej, u powoda doszło do znacznych dysfunkcji w obrębie stawu skokowego prawego, z ograniczeniem jego ruchomości, bolesnością przy ruchach czynno-biernych. Rokowanie powoda na

przyszłość jest niepomysłne, bowiem, w przypadku ropnego zapalenia stawu skokowego, niebezpiecznego dla funkcji i struktury stawu, istnieje zagrożenie możliwością nawrotu i ponownego stanu zapalnego. Powód nadal uskarża się na bóle, utyka, a od sierpnia 2017 roku przebywa na zwolnieniu chorobowym w związku z problemami kręgosłupa.

W pozwanym ZOZ w K., istnieją procedury mające na celu minimalizację zakażeń szpitalnych. Należą do nich między innymi procedura PO/H/2 „Monitorowanie zakażeń zakładowych i drobnoustrojów alarmowych”, PO/H/5 „Procedura mycia i dezynfekcji rąk”, PO/M/14 „Procedura leczenia i pielęgnacji rany”, PO/M/34 „Procedura monitorowania miejsca operowanego”. Pozwany prowadzi monitorowanie czynne w zakresie procedur medycznych i higienicznych oraz standardów akredytacyjnych, przestrzega norm ISO9001, ISO14000, ISO18000, również w zakresie monitorowania zakażeń i patogenów alertowych. Ponadto, oddział urazowo – ortopedyczny pozwanej placówki spełnia kryteria zawarte w procedurach, a w 2010 roku podlegał kontroli. Drobnoustrój stwierdzony u powoda nie został zakwalifikowany przez pozwanego jako zakażenie szpitalne, bowiem wynik posiewu powoda nie był patogenem alertowym.

Pozwana placówka udziela swoim pacjentom informacji na temat stanu ich zdrowia, tłumacząc nazwy łacińskie na język polski oraz informując o przyczynach umieszczenia w izolatce. Z ortopedycznego punktu widzenia, wszystkie zabiegi wykonane w pozwanej placówce były prawidłowe, zasadne i staranne. Postępowanie z tego typu złamaniem w pozwanym szpitalu było jak najbardziej zasadne. Wszystkie procedury prowadzono z zachowaniem prawideł medycznych, nie było żadnych odchyień od standardów. Szpital, który leczył powoda zrobił również wszystko, aby doprowadzić do wygojenia nacieku ropnego. Doszło do poprawy stanu miejscowego, tj. zatrzymania i zahamowania procesu zapalnego.

Pismem datowanym na 19 lutego 2016 roku, Powód wezwał pozwanego do polubownego spełnienia świadczenia, tj. zapłaty kwoty 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia, w terminie 14 dni od daty jego otrzymania. Powyższe wezwanie zostało doręczone pozwanemu w dniu 25 lutego 2016 roku. Jednakże, do chwili wytoczenia powództwa, pozwany nie spełnił dobrowolnie świadczenia, zawierając swoje stanowisko w piśmie z dnia 07 marca 2016 roku.

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił, przede wszystkim, w oparciu o dowody z dokumentów, w oparciu o które Sąd ustalił, przede wszystkim, proces przebiegu leczenia powoda, a także rodzaje procedur stosowane w pozwanej placówce. Podstawą ustaleń faktycznych była też opinia biegłych sądowych z zakresu chorób zakaźnych oraz ortopedii, przeprowadzonych na okoliczność prawdopodobieństwa zakażenia powoda bakteriami w pozwanej placówce, prawidłowości dokonanych zabiegów, następstwa dla zdrowia powoda, ewentualnych szkód, rokowań na przyszłość, konieczności leczenia, ewentualnego uszczerbku na zdrowiu oraz konieczności korzystania przez powoda z rehabilitacji. Sąd ocenił te opinie jako miarodajne. Co prawda, strony postępowania zgłosiły uwagi i pytania do opinii biegłych, jednakże podczas rozprawy w dniu 15 grudnia 2017 roku, biegli w sposób wyczerpujący ustosunkowali się do zgłoszonych uwag, a strony nie zgłosiły kolejnych uwag i pytań do biegłych. Opinie biegłych stanowiły w istocie podstawę merytorycznego rozstrzygnięcia sprawy. Kolejno Sąd Okręgowy omówił szczegółowo zeznania przesłuchanych świadków i powoda, które jednak dla istoty sprawy miały znaczenie drugorzędne.

Ocena powyższych ustaleń doprowadziła Sąd okręgowy do wniosku, że powództwo G. K. jest bezzasadne.

Jako podstawę ewentualnej odpowiedzialności pozwanego Sąd Okręgowy wskazał przepisy art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c., które przytoczył in extenso. Sąd zaznaczył, że przesłankami odpowiedzialności deliktowej są powstanie szkody, zdarzenie, z którym ustawa łączy obowiązek odszkodowawczy oznaczonego podmiotu (czyn niedozwolony) oraz związek przyczynowy pomiędzy tym zdarzeniem a szkodą. Zgodnie zaś z art. 6 k.c., ciężar udowodnienia istnienia powyższych przesłanek odpowiedzialności pozwanego spoczywał na powodzie, ponieważ pozwane placówki służby zdrowia konsekwentnie zaprzeczały jakoby istniał związek przyczynowy pomiędzy działaniem lub też zaniechaniem ich pracowników a szkodą i w konsekwencji aby zakażenie rany na prawej kończynie dolnej powoda gronkowcem nastąpiło z ich winy.

Przesłanką odpowiedzialności pozwanego – wywiódł następnie Sąd Okręgowy – jest m.in. wykazanie winy podwładnych – personelu medycznego szpitala w zakażeniu powoda bakterią gronkowca. Wymaganie udowodnienia

winy sprawcy szkody (podwładnego) złagodzone jest przez posługiwanie się przez doktrynę oraz praktykę sądową pojęciem tzw. winy anonimowej (beziemiennej). Ma to miejsce w wypadku, w którym osoba sprawcy szkody nie jest ustalona, lecz daje się określić z pewnością jako należąca do grona podwładnych danego zwierzchnika. Z kolei do przyjęcia winy nie jest potrzebne wykazanie, że osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego; wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku.

Odwołując się do poglądów orzecznictwa Sądu Najwyższego, Sąd I instancji przypomniał, że w sprawach o naprawienie szkód medycznych, wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest – ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych – zadaniem ogromnie trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. 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. Dlatego też wymaganie całkowitej pewności istnienia związku przyczynowego byłoby w znaczącej liczbie wypadków nierealne.

Sąd Okręgowy miał jednak na uwadze, że pacjent wyrażając zgodę na zabieg bierze na siebie ryzyko zwykłych powikłań pooperacyjnych, przy założeniu, że nie zostaną one spowodowane z winy, najlżejszej choćby, lekarza. Z tego, między innymi, powodu ocena, iż określona szkoda jest skutkiem niepowodzenia medycznego, objętego wyłącznym ryzykiem pacjenta, wymaga niebudzących wątpliwości odnośnie do przyczyn szkody, w całym łańcuchu zdarzeń, które ją spowodowały. Sąd podzielił też stanowisko, że brak konkretnych okoliczności polegających na naruszeniu przez personel szpitalny zasad postępowania z chorymi i nieprzestrzeganiu zalecanych, i powszechnie stosowanych środków higieny i antyseptyki nie pozwala na wiązanie zachorowania powoda z jego pobytem w szpitalu, dającym podstawę do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego za to zachorowanie. Wiązanie przez skarżącego odpowiedzialności pozwanego za zachorowanie powoda z samym jego pobytem w szpitalu uzasadniałoby tę odpowiedzialność tylko wówczas, gdyby jej podstawą była zasada ryzyka.

W ocenie Sądu Okręgowego zebrany w sprawie materiał dowodowy nie pozwalał na postawienie personelowi pozwanego zarzutu błędu w sztuce medycznej, działania na niekorzyść pacjenta, czy wystąpienia po stronie personelu jakiegokolwiek działania lub zaniechania, które miałyby cechy niedołożenia należytej staranności podczas opieki medycznej, a zatem przypisania mu winy. Sąd odwołał się do opinii biegłego sądowego z zakresu chirurgii urazowo-ortopedycznej, z której wynika, że wszystkie zabiegi wykonane w pozwanej placówce były z ortopedycznego punktu widzenia prawidłowe, zasadne i staranne, a na ich skutek, doszło do poprawy stanu miejscowego, tj. zatrzymania i zahamowania procesu zapalnego. Co prawda, przeprowadzenie 4 zabiegów operacyjnych powoda, nie było dla niego korzystne, ale stanowiło konsekwencję tego co się wydarzyło oraz miało na celu minimalizację skutków zdarzenia. Postępowanie z tego typu złamaniem w pozwanym szpitalu było zasadne, a wszystko prowadzone było z zachowaniem prawideł medycznych oraz nie doszło do żadnych odchyśleń od standardów. Decyzja o usunięciu materiału zespalającego, w związku z wystąpieniem problemów oraz stwierdzonym stanem zapalnym również pozostawała w pełni zasadna. Pozwany szpital zrobił wszystko, aby doprowadzić do wygojenia nacieku ropnego. Sąd odwołał się też do opinii biegłego ds. chorób zakaźnych i wskazał, że antybiotyki które zastosował szpital były zgodne z ogólnie przyjętymi zasadami leczenia tego schorzenia. Zakażenie powoda wywołane zostało najprawdopodobniej florą bakteryjną samego G. K., mając charakter szpitalny, ponieważ związane było z leczeniem operacyjnym. Biegła podała, iż w niniejszej sprawie nie można odnosić się do prawidłowości postępowania szpitala na podstawie badania wykonanego 10 miesięcy później. Co więcej, podług opinii biegłej, zakażenia szpitalne zdarzają się w najlepszych oddziałach szpitalnych w świecie i mogą wystąpić nawet po zachowaniu staranności i zachowaniu wszystkich procedur. Biegła nadmieniła również, iż miejsce, które ma być operowane jest dezynfekowane, przy czym nie powoduje to faktu, że skóra pacjenta jest całkowicie jałowa, bowiem, jakaś ilość bakterii może pozostać na skórze, i właśnie tak mogło się zdarzyć również w niniejszym wypadku. Biegła podkreśliła także, iż zakażenie szpitalne nie stanowi błędu medycznego, a jedynie zdarzenie medyczne. Trudno także powiedzieć o zaniedbaniu personelu, ponieważ nie jest możliwe wyjałowienie skóry, a jedynie jej zdezynfekowanie.

Nie budzi wątpliwości, że w trakcie leczenia powoda w pozwanej placówce stwierdzono u powoda występowanie gronkowca złocistego. Zakażenie powoda gronkowcem miało charakter szpitalny, ponieważ wystąpiło u powoda w związku z podjętą procedurą leczenia. Jednakże, na podstawie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, nie sposób było ustalić ażeby pozwany (tj. personel, za którego odpowiedzialność ponosi pozwany szpital), dopuścił się jakichkolwiek naruszeń lub zaniedbań mogących skutkować powstaniem rzeczonego zakażenia. Nie sposób też uznać za udowodnione, że pozwane jednostki służby zdrowia w czasie, gdy powód przebywał pod ich opieką naruszyły reżim sanitarny. Z dostępnej dokumentacji oraz opinii biegłych nie wynika, aby pozwany prowadził nieprawidłową profilaktykę sanitarno-epidemiologiczną. Przeciwnie pozwany monitoruje i rejestruje zakażenia szpitalne a z opinii biegłych wynika, że do przedmiotowego zdarzenia medycznego mogło dojść także wówczas, gdyby personel dopełnił wszelkich procedur, związanych z zachowaniem higieny. Nie jest bowiem, zdaniem biegłej ds. chorób zakaźnych nie jest możliwe wyjąłowanie skóry człowieka, a jedynie jej dezynfekcja. W związku z powyższym, pomimo, iż do zakażenia powoda gronkowcem złocistym (stanowiącym najprawdopodobniej bakterię pochodzącą ze skóry samego G. K.), doszło w istocie w związku z jego leczeniem w pozwanej placówce, to jednak, wobec braku jakichkolwiek dowodów barku należytej staranności ze strony pozwanego szpitala, nie sposób było przypisać pozwanemu winy za rzeczone zdarzenia medyczne oraz krzywdę powoda, stanowiącą jego konsekwencję.

Mając powyższe na względzie Sąd Okręgowy uznał, że pozwany Szpital nie ponosi odpowiedzialności za zakażenie powoda gronkowcem złocistym, co musiało skutkować oddaleniem powództwa i pominięciem ustaleń i rozważań dotyczących rozmiaru krzywdy powoda. W oparciu o dyspozycję art. 102 kpc, Sąd nie obciążył powoda kosztami procesu. Sąd miał na względzie trudną sytuację osobistą i majątkową powoda oraz jego subiektywne przekonanie, że do zakażenia bakterią gronkowca, doszło z winy personelu pozwanego Szpitala. Z tych samych przyczyn, zgodnie z dyspozycją art. 113 ust. 4 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych z dnia 28 lipca 2005 roku (Dz. U. 2018.300 j.t.), Sąd odstąpił od obciążania powoda nieuiszczonymi kosztami sądowymi.

Wyrok Sadu Okręgowego **zaskarżył w całości apelacją powód**, zarzucając co następuje:

I/ naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. przez dowolna a nie swobodna ocenę dowodów, co przejawiało się w:

1/ w odniesieniu do opinii biegłej ds. chorób zakaźnych:

a/ w pominięciu istotnych kwestii wynikających z tej opinii, tj, że zakażenie powoda było zakażeniem szpitalnym, zaś bakteria, którą został zakażony powód musiała znaleźć się w czasie zabiegu operacyjnego,

b/ wadliwym ustaleniu, że wszystkie procedury prowadzono z zachowaniem prawideł medycznych, że nie było żadnych odchyłeń od standardów oraz, że szpital robił wszystko, by doprowadzić do wygojenia nacieku ropnego, podczas gdy takie wnioski nie wynikają z jakiegokolwiek przeprowadzonego dowodu a biegła wskazała wprost, że nie jest w stanie ocenić, czy w niniejszej sprawie doszło do odstępstw od odpowiednich procedur,

c/ błędne wnioskowanie, jakoby stwierdzenie biegłej, że „miejsce, które ma być operowane jest dezynfekowane, przy czym nie powoduje to faktu, że skóra pacjenta jest całkowicie jałowa, jakaś ilość bakterii może pozostać na skórze, mogło być tak w tym przypadku” świadczy o tym, że nie doszło do zaniedbania personelu pozwanego, podczas gdy z cytowanego fragmentu opinii nie wynika jakakolwiek kategoryczna informacja odnosząca się do postępowania personelu pozwanego in concreto;

2/ w odniesieniu do opinii biegłego z zakresu ortopedii – na wadliwej konstatacji, że wszystkie zabiegi powoda w pozwanym Szpitalu były prawidłowe i staranne, podczas gdy biegły ortopeda dokonywał oceny postępowań szpitala wyłącznie w kontekście swojej specjalizacji, tj. z ortopedycznego punktu widzenia, co skutkowało nieprawidłowymi ustaleniami, co do braku zawinięcia personelu pozwanego szpitala;

3/ pominięciu następujących okoliczności wynikających ze zgromadzonych w sprawie dowodów:

a/ pozwany szpital nie przedstawił szczegółowego wykazu zakażeń zakładowych w oddziale ortopedycznym w roku 2010, brak jest także oceny stanu sanitarno-epidemiologicznego oddziału na podstawie kontroli – co wynikało z opinii biegłej, która podała, iż nie może się odnieść do staranności szpitala w zapobieganiu zakażeniom,

b/ treści wykazu zakażeń szpitalnych, gdzie bezsporny fakt zakażenia powoda nie został ujęty, co świadczy o niedbałym i wybiórczym prowadzeniu wykazu i wystawia negatywną ocenę staranności pozwanego,

co w konsekwencji prowadziło do błędnego ustalenia, że z opinii biegłych wynika, że pozwany szpital monitoruje i rejestruje zakażenia szpitalne i prowadzi profilaktykę sanitarno-Epidemiologiczną;

II/ naruszenie art. 231 k.p.c. przez jego niezastosowanie polegające na nieuwzględnieniu istniejących domniemań faktycznych dotyczących: miejsca zakażenia, związku przyczynowego pomiędzy zakażeniem a pobytem pacjenta w placówce leczniczej, a także domniemania w odniesieniu do niedbalstwa personelu tej placówki w zakresie zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu w placówce, co prowadziło do naruszenia art. 232 k.p.c. wyrażającego się w nieuprawnionym przerzuceniu ciężaru udowodnienia niedbalstwa pozwanego na powoda, podczas gdy w związku z powyższymi domniemaniami ciężar dowodu polegający na obaleniu w/w domniemań leżał po stronie pozwanej;

III/ naruszenie art. 415 k.c. przez niewłaściwe jego zastosowanie w przypadku, gdy zarówno z materiału dowodowego jak również z nieobalonych domniemań faktycznych wynikały przesłanki odpowiedzialności pozwanej względem powoda.

Podnosząc powyższe zarzuty powód domagał się zmiany zaskarżonego wyroku przez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 80 000 zł, z ustawowymi odsetkami od dnia 11.03.2016 r, do dnia zapłaty i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu.

SĄD APELACYJNY ZWAŻYŁ CO NASTĘPUJE.

Apelacja jest bezzasadna.

Przed przystąpieniem do oceny zarzutów apelacyjnych przypomnieć raz jeszcze należy, że odpowiedzialność pozwanego ZOZ w K. jest oparta na zasadzie odpowiedzialności deliktowej, której podstawę stanowi przepis art. 415 k.c. Tym samym powód, stosownie do zasady ciężaru dowodu z art. 6 k.c., był obowiązany wykazać wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności. Na powodzie spoczywał zatem ciężar wykazania, iż do jego zakażenia doszło podczas leczenia w pozwanej placówce służby zdrowia z jej winy – to jest wskutek zaniedbań, popełnionych przez konkretne osoby, bądź w wyniku tzw. "winy anonimowej", „winy organizacyjnej” polegającej na niezapewnieniu pacjentowi przez personel szpitala bezpieczeństwa pobytu, polegającego, między innymi, na nienarażaniu na zakażenie chorobą (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lipca 1998 r., I CKN, 786/97, PiM 1999/3/133; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 czerwca 1992 r., I ACr 254/92, OSA 1993/3/21).

Według koncepcji przyjętej w kodeksie cywilnym, wina łączy w sobie element obiektywny z subiektywnym. Pierwszy z nich oznacza niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania, czyli każde zachowanie niewłaściwe, a więc niezgodne z przepisami prawa bądź naruszające obowiązujące reguły wynikające z zasad wiedzy medycznej i doświadczenia zawodowego bądź sprzecznego z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia. Element subiektywny winy wyraża się w nastawieniu psychicznym sprawcy szkody przejawiającym się w postaci umyślności lub nieumyślności. W zakresie dotyczącym techniki medycznej może ona wyrażać się w niewiedzy lekarza czy personelu medycznego, nieostrożności w postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie, polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Nie może przecież ulegać wątpliwości, iż obowiązkiem lekarza i całego personelu placówki medycznej jest dołożenie należytej staranności w leczeniu pacjenta, z uwzględnieniem cech każdego indywidualnego przypadku. Podstawowym obowiązkiem zakładu leczniczego jest zapewnienie odpowiedniego standardu świadczonych usług, a oprócz umiejętności i biegłości zawodowej także troski o chorego i staranności. Wina organizacyjna zakładu leczniczego może się więc przejawiać w zaniedbaniach w zakresie

organizacji, bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym. Bez znaczenia jest przy tym, który z pracowników szpitala dopuścił się niedbalstwa, gdyż przyjmowana jest w takim wypadku reguła winy anonimowej. Brak należytej staranności personelu pacjent musi udowodnić.

Racje ma apelujący, że ustalenia co do istotnych przesłanek odpowiedzialności jednostki leczniczej za szkodę wywołaną błędem medycznym mogą być oparte na domniemaniach faktycznych (art. 231 k.p.c.). Specyfika procesów medycznych przejawia się bowiem w tym, że ustalenie przyczyny utraty lub pogorszenia zdrowia nie jest z reguły możliwe w sposób absolutnie pewny i dlatego wystarczy określenie z wysoką dozą prawdopodobieństwa istnienia takiego związku (zob.m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA 1970/7-8, z dnia 4 listopada 2005 r., V CK 182/05, LEX nr 180901; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 17 stycznia 2006 r., I ACa 1983/04, LEX 186503). Szeroki przegląd orzecznictwa w tym przedmiocie został przedstawiony w apelacji powoda. Poglądy te należy mieć na uwadze pamiętając jednak, że podstawą domniemania winy szpitala muszą być konkretne fakty wykazane w procesie przez poszkodowanego, a to naruszenie przez personel medyczny zasad postępowania z chorym, w szczególności (w sprawach dotyczących zakażenia) nieprzestrzeganie zasad antyseptyki. Przyjęcie odpowiedzialności szpitala, mimo niewykazania tego rodzaju okoliczności go obciążających, oznaczałoby oparcie tej odpowiedzialności na zasadzie ryzyka, co nie może mieć miejsca (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lipca 1998 roku, III CKN 590/97).

Dla oceny przesłanek odpowiedzialności pozwanego w rozpoznawanej sprawie istotne znaczenie ma mechanizm i możliwe źródła zakażenia bakterią *Staphylococcus aureus*. Źródłem zakażenia tą bakterią może być nie tylko inna osoba lub przedmiot (środowisko zewnętrzne) lecz i sam chory (zakażenie endogenne). Obecność bakterii stwierdza się we florze bakteryjnej u około 20-30% populacji. Informacje te wynikają z opinii biegłej ds. chorób zakaźnych i nie były kwestionowane przez żadną ze stron. W apelacji powód akcentuje to, że zakażenie go bakterią gronkowca miało bez wątpienia charakter szpitalny. Powód ma rację – szpitalny charakter zakażenia wynika z jednoznacznie z opinii biegłej E. S.. Biegła rozważała ten problem również w opinii uzupełniającej, a to w związku ze stanowiskiem pozwanego, który twierdził, że do zakażenia mogło dojść poza szpitalem na skutek zachowania samego powoda, który nie przestrzegał zaleceń lekarskich i uszkodził opatrunek gipsowy, usuwając znaczną jego część. Mimo iż tak rażące naruszenie zasad higieny jawiło się, w sposób oczywisty, jako potencjalne źródło zakażenia, biegła zakwestionowała tę tezę i wskazała że do zakażenia powoda doszło najpewniej w pozwanym szpitalu w trakcie leczenia operacyjnego. Nawet jeśli powód po wyjściu ze szpitala zachowywał się niewłaściwie (niehigienicznie) to prawdopodobieństwo ówczesnego zakażenia jest mniejsze, gdyż rana była już wtedy zamknięta. Powyższego rozumowania nie sposób zakwestionować, zwłaszcza że tezy biegłej – w braku wiadomości specjalnych, dyskusyjnej – nie próbował w żaden sposób podważyć pozwany szpital.

W ocenie Sądu Apelacyjnego samo ustalenie, że zakażenie powoda miało charakter szpitalny nie przesądza jednak odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego. Przede wszystkim biegła H. S. wyraziła stanowczy pogląd, iż samym źródłem zakażenia była flora bakteryjna powoda. Tej z kolei tezy nie zwalczał w żaden sposób sam powód, Sąd Apelacyjny przyjmuje ją za udowodnioną. Oznacza to jednak, że przypisanie odpowiedzialności pozwanemu szpitalowi wymagałoby przyjęcia, że istnieje duże prawdopodobieństwo, że w trakcie samej operacji, czy też leczenia pooperacyjnego, personel szpitala nie zachował obowiązujących reguł postępowania z chorym powodem, w zakresie higieny i antyseptyki. Przy wykazywaniu tego rodzaju okoliczności szczególnego znaczenia nabiera instytucja domniemania faktycznego art. 231 k.p.c., co za tym idzie każda ze stron winna przedstawiać dowody zdadne do wykazania takich okoliczności, które są istotne dla wykazania łamania, bądź też zachowywania procedur medycznych. Sąd na wniosek powoda przeprowadził dowód z opinii biegłego z zakresu chirurgii urazowo-ortopedycznej, na okoliczność prawidłowości wykonanych u powoda zabiegów operacyjnych. Biegły A. K. przeanalizował dostępną dokumentację medyczną i w oparciu o nią wskazał, iż wszystkie zabiegi wykonane w pozwanej placówce były z ortopedycznego punktu widzenia prawidłowe, zasadne i staranne. Prawdą jest, że powyższa ocena dotyczy przede wszystkim dotrzymania zasad samej sztuki chirurgii ortopedycznej, jednakże biegły oceniał zachowanie określonych procedur również w zakresie antyseptyki. Istniejąca dokumentacja, przeanalizowana i oceniona przez biegłego, nie dała podstaw do zakwestionowania postępowania szpitala również na tym polu.

Apelujący zarzuca, że pozwany nie przedstawił pełnej dokumentacji dotyczącej stanu sanitarnego szpitala oraz dokumentacji związanej z innymi zakażeniami. Zarzut ten nie jest w pełni uzasadniony. W piśmie z dnia 10 października 2017 roku pozwany wyjaśnił, że w roku 2010 Oddział (...) ZOZ nie był kontrolowany przez Państwową Powiatową Inspekcję Sanitarną, natomiast Zespół (...) ZOZ w K. nie zanotował w 2010 roku ognisk epidemicznych lub zakażeń punktowych, które świadczyłyby o zaniedbaniach sanitarno-epidemiologicznych. Do pisma procesowego dołączono wykaz drobnoustrojów wyizolowanych z zakażeń szpitalnych i pozaszpitalnych w 2010 roku w Oddziale (...)ZOZ w K.. W wykazie tym, obejmującym 11 pozycji bakterii staphylococcus aureus, wymieniona jest trzykrotnie (pozycja 5, 8, 10 – k. 259). Odpis powyższego pisma i dokumentu został doręczony pełnomocnikowi powoda, jednakże w trakcie przesłuchania biegłych, na rozprawie w dniu 15 grudnia 2017 roku, nie wnioskował on o zinterpretowanie tych informacji przez biegłych, z uwzględnieniem wiadomości specjalnych. W konsekwencji nie zostało też wyjaśnione czy i dlaczego w przedłożonym przez pozwanego dokumencie (k. 259) nie uwzględniono przypadku powoda i jakie znaczenie w tym przedmiocie miało to, że Szpital stał na stanowisku, iż do zakażenia doszło wskutek braku elementarnych zasad higieny w postępowaniu powoda z założonym gipsem. W trakcie przesłuchania biegła ds. chorób zakaźnych kategorycznie podtrzymała swoją pierwotną opinię, co do tego, iż przypadek zakażenia powoda nie może być postrzegany w kategorii błędu medycznego, to jest wskutek zawinionego (choćby niedbałego) postępowania personelu szpitala. Akcentowała, że zakażenie miało charakter endogeny, tj. jego źródłem była flora bakteryjna samego powoda oraz to, że całkowite wyjałowienie pola operacyjnego nie było możliwe. Wynika z tego, iż nawet staranne i zgodne z procedurami postępowanie personelu medycznego mogło nie uchronić powoda od zakażenia. Żadna ze stron nie kwestionowała tej opinii, nie wносиła też o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego. Jak wynika z prawidłowych ustaleń Sądu w pozwanym ZOZ istnieje szereg procedur mających na celu minimalizację zakażeń szpitalnych. Brak dostatecznych dowodów na to, by przyjąć, że procedury te nie były przestrzegane. Trudno też przyjąć, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy daje możliwość przyjęcia, z wysoką dozą prawdopodobieństwa, że do zakażenia powoda doszło z winy personelu medycznego strony pozwanej.

Podsumowując Sąd Apelacyjny uznał, że zawarte w apelacji zarzuty naruszenia art. 231 k.p.c. i 233 k.p.c. są bezpodstawne i nie mogą doprowadzić do zmiany prawidłowych ustaleń faktycznych Sądu I instancji. W konsekwencji uznać należy, że zaskarżony wyrok nie prowadzi do naruszenia art. 415 k.c. a apelacja powoda musi zostać oddalona, jako bezzasadna.

Mając powyższe na względzie Sąd Apelacyjny orzekł jak w punkcie I w oparciu o przepis art. 385 k.p.c.

Sąd Apelacyjny nie obciążał powoda kosztami postępowania Apelacyjnego. Zdecydowały o tym te same okoliczności, które wskazywał Sąd I instancji w uzasadnieniu własnego rozstrzygnięcia o kosztach procesu, to jest sytuacja majątkowa i zdrowotna powoda oraz osobiste usprawiedliwione okolicznościami przekonanie o słuszności dochodzonego roszczenia.

SSO (del.) Izabella Dyka SSA Hanna Nowicka de Poraj SSA Józef Wąsik