

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 15 marca 2018 r., wydanym w sprawie z powództwa I. Ś. przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. o zapłatę, Sąd Rejonowy w Brzezinach oddalił powództwo, nie obciążył stron kosztami procesu, a nieuiszczone koszty sądowe przejął na rachunek Skarbu Państwa.

Sąd I instancji ustalił, że od 25 lutego 2008 r. do 3 marca 2008 r. powódka, będąc w 34 tygodniu ciąży, przebywała w szpitalu w Ł., gdzie stosowano u niej leczenie zachowawcze, a następnie w dniu 3 marca 2008 r. przeniesiono ją do Instytutu Centrum (...), gdzie rozpoznano: ciążę II, poród II, cholestazę ciążową, zaczynający się zespół (...) i zagrażającą zamartwicę wewnątrzmaciczną płodu. Zastosowano leczenie lekami zapobiegającymi zespołowi (...), a badania wykonane w dniu 5 marca 2008 r. ujawniły narastające parametry cholestazy, spadek poziomu płytek krwi i pogorszenie parametrów koagulacyjnych. Wobec powyższego, za zgodą powódki, ciąża została rozwiązana przez cesarskie cięcie w dniu 5 marca 2008 r., a ze względu na parametry koagulacyjne pozostawiono dwa dreny w jamie brzusznej i w tkance podskórnej. Po operacji włączono leczenie antybiotykowe, przeciwzakrzepowe i wątrobowe, a I. Ś. została wypisana ze szpitala w dniu 10 marca 2008 r. w stanie ogólnym dobrym z raną zagojoną przez rychłozrost. W dniu 13 marca 2008 r. ponownie przyjęto ją do Instytutu z podejrzeniem krwaka w ranie pooperacyjnej, zastosowano antybiotyki i wykonano ewakuację krwaka, a w pobranym tego dnia wymazie z rany wyhodowano bakterię gronkowca naskórkowego *S. epidermidis* (nie zaś – jak omyłkowo ujął to Sąd swoim uzasadnieniu – *S. epidermidis*). W dniu 17 marca 2008 r. w badaniu USG zdiagnozowano dwa niewielkie krwaki w linii pośrodkowej. W badaniach laboratoryjnych z dnia 18 i 19 marca 2008 r. nie obserwowano podwyższenia parametrów mogących świadczyć o obecności stanu zapalnego i w dniu 20 marca 2008 r. wypisano pacjentkę do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem leczenia ambulatoryjnego. W dniach 26 marca – 1 kwietnia 2008 r. powódka przebywała w szpitalu w Ł., gdzie rozpoznano naciek zapalny w bliźnie pooperacyjnej po cięciu cesarskim, pobrano wymaz z nacieku i wyhodowano bakterię *P. aeruginosa*; wykonano drenaż i zastosowano antybiotykoterapię.

W dniach 12-18 lipca 2009 r. I. Ś. przebywała w szpitalu w Ł. z rozpoznaniem zapalenia przydatków, a podczas pobytu w szpitalu w B. w dniu 16 listopada 2009 r. ponownie rozpoznano u niej zapalenie przydatków i nadżerkę części pochwowej szyjki macicy. Pobrano wycinki z nadżerki oraz wyskrobiny z kanału szyjki macicy, a badaniem histopatologicznym stwierdzono dysplazję nabłonka tarczy szyjki macicy oraz cechy infekcji wirusowej w nabłonku tarczy i kanału szyjki macicy. W dniach 19-21 listopada 2009 r. powódka ponownie przebywała w szpitalu w B. z rozpoznaniem obustronnego zapalenia przydatków, a podczas pobytu w tymże szpitalu w dniach 28-29 stycznia 2010 r. (w uzasadnieniu wyroku omyłkowo – 2009 r.) wykonano u niej zabieg elektrokonizacji szyjki macicy i stwierdzono nadżerkę macicy w fazie gojenia z cechami dysplazji nabłonka małego stopnia. W dniach 9-14 grudnia 2010 r. powódka ponownie była hospitalizowana w szpitalu w B. z rozpoznaniem obustronnego zapalenia przydatków, miała wykonane badanie tomograficzne, które nie wykazało zmian patologicznych w obrębie narządów jamy brzusznej i miednicy. W dniach 6-9 maja 2013 r. I. Ś. przebywała w szpitalu w Ł. z rozpoznaniem „mała torbiel jajnika prawego, negatywna obserwacja w kierunku endometriozy, zrosty w jamie otrzewnej. Wykonano laparoskopię jamy brzusznej. W czasie zabiegu stwierdzono zrosty przedniej ściany macicy z pęcherzem w miejscu blizny po cięciu cesarskim oraz zrosty otrzewnej ściany z przyczepkiem sieciowym, drobną torbiel pęcherzykową prawego jajnika, jajowody prawidłowe, narządy jamy brzusznej niezmiennione”. Do chwili obecnej powódka leczy się z powodu przewlekłego zapalenia przydatków w prywatnym gabinecie lekarskim, a leczenie polega na przyjmowaniu antybiotyków kilka razy w roku; czasami łączy się to z pobytem w szpitalu.

Z wymazu z rany pooperacyjnej powódki pobranego w dniu 13 marca 2008 r. wyhodowano bakterię Gronkowca naskórkowego (*S. epidermidis*) metacylinoodpornego (...). Gronkowce są drobnoustrojami kolonizującymi najczęściej skórę i błony śluzowe u około 30 % zdrowych ludzi, a przejściowo nawet u 70-90 %. W warunkach prawidłowego działającego systemu odpornościowego człowieka do objawów klinicznych zakażenia nie dochodzi, jednak u powódki przyczyną rozwoju zakażenia było wnikięcie drobnoustroju do miejsca operowanego, gdzie zaistniały szczególnie warunki do namnożenia się bakterii i rozwoju stanu zapalnego. Najczęściej do powstania

szczepów bakteryjnych opornych na metycylinę ((...)) dochodzi w warunkach szpitalnych, ale wobec szeroko rozpowszechnionego leczenia antybiotykami coraz częściej powstają szczepy odporne krążące w otaczającym środowisku i obecnie uważa się, że utożsamianie zakażeń bakteriami (...) z zakażeniem szpitalnym jest niesłuszne. W badaniu bakteriologicznym powtórnym w dniu 26 marca 2008 r. stwierdzono drobnoustroje z grupy *P. aeruginosa* – jeden z najistotniejszych czynników chorobotwórczych człowieka – których naturalnym środowiskiem jest gleba i woda. U pacjentów osłabionych lub z niedoborem odporności mogą one powodować zakażenie (zakażenia oportunistyczne) np. ran pooperacyjnych. Zakażenie powstałe w miejscu operacji, tj. cesarskiego cięcia, należy uznać za zakażenie szpitalne, ale brak jest podstaw do twierdzenia, że doszło do niego z winy szpitala. Zakażenia szpitalne występują na całym świecie w 8-12 % hospitalizacji. W (...) w Ł. prawidłowo działa Zespół do Spraw Zakażeń Szpitalnych, prowadzone są szkolenia personelu w zakresie zapobiegania zakażeniom szpitalnym, a okresowe badania (...) nie wykazują istotnych usterek groźących tego rodzaju zakażeniami. Szpital (...) jest jednym z niewielu, który posiada własny oddział do spraw zakażeń szpitalnych kierowany przez lekarzy. W 2008 r. w Instytucie na 11.101 hospitalizacji stwierdzono 16 przypadków bakterii mogących powodować zakażenie szpitalne, a wśród wyhodowanych patogenów nie stwierdzono gronkowców naskórkowych i *P. aeruginosa*. Raport Instytutu o zakażeniach szpitalnych za 2008 r., wykazujący poniżej 2 % zakażeń jest zaniżony, gdyż przeciętnie zdarza się to w 10-15 % przypadków – może to wynikać z chęci ukrycia faktycznej liczby zakażeń. Dezynfekowanie rany po cesarskim cięciu wykonuje się tuż po zabiegu i matka powódki nie mogła tego widzieć. Może się tak zdarzyć, iż mimo zdezynfekowania rany pojawia się ropa – tak się zdarza w 10-15 % przypadków w Polsce i na świecie, nawet w wysoko wyspecjalizowanych ośrodkach. W przypadku powódki stan jej zdrowia sprzyjał zakażeniu, bo wystąpiła zagrażająca martwica płodu, ale nie było potrzeby wprowadzania wobec niej specjalnych procedur ze względu na stan zdrowia – oprócz tych, które faktycznie zostały zastosowane. I. Ś. była leczona antybiotykami, na które wyhodowane bakterie były wrażliwe, a więc w zakresie chorób zakaźnych i epidemiologii leczenie było prowadzone prawidłowo. W okresie obu pobytów w (...) powódka otrzymywała antybiotyki i leki przeciwbakteryjne odpowiadające wrażliwości na antybiotyki wykrytych bakterii. Długotrwały uszczerbek na zdrowiu powódki – z punktu widzenia specjalizacji z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii – należy ocenić na około 20-30 %. Aktualnie stan zapalny uległ wygojeniu i obecnie nie stwierdza się uszczerbku na zdrowiu z tego powodu.

Sąd meriti ustalił dalej, że bakteria wyhodowana z wydzieliny pobranej w dniu 13 marca 2008 r. nie jest patogenem, lecz florą saprofityczną, czyli występuje u ogółu populacji i nie daje objawów chorobowych, a jedynie w przypadku spadku odporności u pacjentów może spowodować objawy zakażenia polegające na obniżonej liczbie płytek krwi i zaburzeniach w układzie krzepnięcia bez wzrostu temperatury – właśnie te objawy wystąpiły u powódki. Po zabiegach operacyjnych w trybie pilnym, a takim było cesarskie cięcie, mogą wystąpić powikłania np. pod postacią krwiałków w ranie pooperacyjnej, szczególnie gdy przed zabiegiem występują zaburzenia w układzie krzepnięcia potwierdzone badaniami laboratoryjnymi. W okresie poprzedzającym zabieg cesarskiego cięcia z dnia 5 marca 2008 r. u I. Ś. wystąpiły zmiany związane z nieprawidłowo przebiegającą ciążą w postaci narastającej cholestazy i zespołu (...) – jest to stan bezpośrednio zagrażający życiu zarówno matki i płodu, stanowiący wskazanie do wykonania zabiegu cesarskiego cięcia. Podczas zabiegu wystąpiły trudności z zatamowaniem krwawienia z mięśnia i w związku z tym założono drenaż jamy otrzewnej i tkanki podskórnej. Początkowo przebieg położu był prawidłowy, a rana goiła się przez rychłozrost. Po wypisaniu do domu po pięciu dniach wystąpiły objawy zakażenia rany pooperacyjnej i można łączyć wystąpienie tego powikłania z przebytem zabiegiem, co nie świadczy jednoznacznie o wystąpieniu zakażenia jako nabytego podczas zabiegu operacyjnego, tzn. nie jest równoznaczne z dowodem na zakażenie śródoperacyjne. Dnia 13 marca 2008 r. stwierdzono krwiałek w ranie pooperacyjnej, a w posiewie obecność gronkowca naskórkowego. Powstanie krwiałka w ranie mogło być spowodowane zaburzeniami krzepnięcia krwi typowymi dla zespołu (...), a wyhodowany szczep bakterii występuje powszechnie na skórze i na błonach śluzowych ludzi i w warunkach fizjologicznych nie jest patogenem, jednak obecność krwiałka opóźnia proces gojenia ran i sprzyja powstawaniu zakażeń miejscowych. Z. krwiałek powłok brzusznych w ranie po cięciu cesarskim był zlokalizowany powierzchownie i nie penetrował do jamy otrzewnej. W kolejnym badaniu stwierdzono nadkażenie rany przez bakterie szczepu *P. aeruginosa*. Jest to bakteria pospolicie występująca w przyrodzie, a powodująca zakażenia źle gojących się ran, szczególnie u osób z obniżoną odpornością. Do momentu wygojenia rany w związku z powstającym zropieniem powódka odczuwała ból, ale po ustąpieniu zmian zapalnych i wygojeniu rany dolegliwości ustąpiły, nie pozostawiając

trwałego uszczerbku na zdrowiu. Zakażenie nie spowodowało u I. Ś. trwałego uszczerbku na zdrowiu, a w okresie choroby wymagała ona opieki osób trzecich do końca leczenia ambulatoryjnego oraz dwóch tygodni dłużej w wymiarze jednej godziny dziennie. Rokowania na przyszłość w związku z procesem pooperacyjnym z punktu widzenia chirurga są dobre i nie należy spodziewać się innych komplikacji łączonych z zagojoną ropiejącą raną pooperacyjną, a powódkę należy obecnie traktować jako wyleczoną w związku z doznanym zakażeniem rany operacyjnej.

W późniejszym czasie I. Ś. była wielokrotnie hospitalizowana w szpitalu w B. z powodu nadżerki szyjki macicy i zapalenia przydatków. W grudniu 2009 r. podczas kolejnego pobytu w szpitalu w badaniu histopatologicznym z wycinków z tarczy szyjki macicy i materiału z kanału szyjki macicy rozpoznano infekcję wirusową, nie określając rodzaju wirusa, a w 2010 roku wykonano zabieg konizacji szyjki macicy metodą elektrokonizacji. Kolejne schorzenia ginekologiczne powódki, z których była leczona w latach 2009-2010, tj. obustronne zapalenie przydatków oraz nadżerka z dysplazją szyjki macicy nie mają związku z przebyłym cięciem cesarskim i jego powikłaniami. Zapalenie przydatków jest chorobą często spotykaną u kobiet w okresie rozrodczym, a nadżerka części pochwowej szyjki macicy jest również zjawiskiem często występującym u młodych kobiet. Dysplazja jest spowodowana infekcją wirusową, a wywołujący ją w nabłonku szyjki macicy wirus (...) przenoszony jest drogą płciową i nie ma związku z przebyłym cięciem cesarskim. Pobytu w szpitalu w Ł. w 2013 roku nie były następstwem przebytego cięcia cesarskiego i nie są nimi także obecnie odczuwane przez powódkę dolegliwości w postaci stanów zapalnych, wzdęć brzucha oraz pobolewania w dole brzucha nie są skutkiem przebytego cięcia cesarskiego. Nawracające stany zapalne narządów rodnych u powódki powodują problemy ze współżyciem. Wystąpiła u niej dysfunkcja seksualna pod postacią dyspareunii, czyli bolesnych kontaktów płciowych, czego przyczyną są czynniki psychogenne np. niewłaściwe relacje partnerskie i organiczne (schorzenia narządów rodnych np. zapalenie przydatków, dysplazja szyjki macicy); zakażenie rany pooperacyjnej ma znaczenie marginalne dla powyższych zaburzeń. Z punktu widzenia seksuologa nie wystąpił uszczerbek na zdrowiu. Po zabiegu cesarskiego cięcia I. Ś. nie leczyła się psychiatrycznie i nie korzystała z terapii psychologicznej, nie wystąpił u niej także uszczerbek na zdrowiu psychicznym. Sąd ustalił ponadto, że w marcu 2008 r. Instytut Centrum (...) był ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej u pozwanego ubezpieczyciela.

Sąd Rejonowy przytoczył treść art. 444 § 1 k.c. i art. 445 § 1 k.c. w związku z art. 430 k.c. i art. 415 k.c. i doszedł do przekonania, że w niniejszej sprawie nie została wykazana wina szpitala, w szczególności nie znalazły potwierdzenia zarzuty użycia do zabiegu niesterylnych narzędzi lub niezdezynfekowania rany pooperacyjnej, zaś strona powodowa nie przedstawiła na tę okoliczność żadnego wiarygodnego dowodu poza własnymi twierdzeniami. Możliwość użycia niesterylnych narzędzi uznał za nieprawdopodobną biegły epidemiolog, podnosząc, iż procedury w zakresie reżimu sanitarno-epidemiologicznego są jasne, a pracownicy Instytutu są w tym zakresie okresowo szkoleni. Powódka nie udowodniła, ani nawet nie uprawdopodobniła powoływanych przez siebie okoliczności, w szczególności za dowód tak nie można uznać jej twierdzeń, iż lekarz ze szpitala w Ł. powiedział jej, że jej problemy zdrowotne są efektem zakażenia spowodowanego użyciem niesterylnych narzędzi. Sąd I instancji wskazał, że zeznania matki powódki są w tym zakresie gołosłowne, skoro odkażenia pola operacyjnego przed zabiegiem a następnie rany pooperacyjnej po zabiegu, dokonuje się na sali operacyjnej i świadek nie mogła tego widzieć, więc jej twierdzenia w tym zakresie należy traktować jako przypuszczenia niemające odzwierciedlenia w faktach. Okoliczność, że przez wiele lat świadek pracował jako salowa w szpitalu, nie oznacza, iż ma fachową wiedzę do oceny przebiegu zabiegu. Materiał dowodowy daje niewątpliwe podstawy, by przyjąć, że u I. Ś. doszło do zakażenia szpitalnego, jednakże nie wykazano, iż było ono spowodowane zawinionym zachowaniem pracowników Instytutu. Wyizolowana w dniu 13 marca 2008 r. w wymazie z rany bakteria *S. epidermidis* nie występowała w sporządzonym w Instytucie raporcie epidemiologicznym za 2008 r. i jest elementem flory saprofitycznej, a fakt, iż wyhodowany szczep był odporny na metycylinę, nie oznacza jeszcze, iż musiała to być bakteria szpitalna, gdyż szczepy takie – wskutek coraz powszechniejszego używania antybiotyków – występują także poza szpitalami, choć w szpitalach częściej. U powódki rozpoznano narastającą cholestazę i zespół (...), co było wskazaniem do przeprowadzenia zabiegu cesarskiego cięcia. Powstanie krwaka mogło być spowodowane zaburzeniami krzepnięcia krwi typowymi dla stwierzonego u niej zespołu (...), a z kolei obecność krwaka sprzyja powstaniu powikłań, zaś zaniedbania po stronie personelu medycznego nie zostały wykazane.

W ocenie Sądu meriti podniesione przez biegłego lekarza epidemiologa wątpliwości co do rzetelności raportu bakteriologicznego za 2008 r. nie mogą przesądzać o winie szpitala. Wątpliwości swe biegły opiera jedynie na danych statystycznych, wskazując, iż odsetek zakażeń poniżej 2 % jest niewiarygodny, gdyż średnio wynosi on do 12 % zarówno w Polsce, jak i w wysokospecjalizowanych ośrodkach zagranicznych, podkreślając jednak przy tym, iż Instytut jest jednym z niewielu szpitali, gdzie działa odrębny, kierowany przez lekarzy, oddział do spraw zakażeń szpitalnych, a kontrole ośrodka zewnętrznego – (...) – przeprowadzone w Instytucie nie wykazały istotnych uchybień. Zastosowane przez personel Instytutu po stwierdzeniu krwika w ranie pooperacyjnej w dniu 13 marca 2008 r. leczenie było prawidłowe, gdyż wykonano ewakuację krwika, zastosowano odkażenie rany i wdrożono antybiotykoterapię antybiotykami, na które wyhodowana bakteria była wrażliwa. W efekcie w trakcie pobytu w szpitalu w Ł. w dniach 26 marca – 1 kwietnia 2008 r. nie wyhodowano już gronkowca naskórkowego, tylko bakterię *P. aeruginosa*, która powszechnie występuje w otoczeniu człowieka (w wodzie, w glebie). Nie został także wykazany związek przyczynowy pomiędzy obecnym stanem zdrowia I. Ś. a zakażeniem rany pooperacyjnej i brak jest podstaw w opiniach biegłych do połączenia występujących obecnie dolegliwości z zakażeniem rany. Zdaniem Sądu, w sprawie niniejszej nie ma przesądzającego charakteru wskazanie przez biegłego epidemiologa, iż wystąpił u powódki długotrwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości około 20-30 %, skoro sam biegły zaznaczył, że słuszniejszą ocenę w tym przedmiocie może wydać biegły lekarz ginekolog – i ani wskazany biegły, ani żaden z pozostałych takich wniosków nie sformułował – zaś rozmiar tego uszczerbku budzi uzasadnione zastrzeżenia w kontekście faktu, iż rana pooperacyjna została wyleczona w okresie do 6 miesięcy, a obecnie dolegliwości nie są skutkiem zakażenia szpitalnego. W konsekwencji tych rozważań Sąd Rejonowy oddalił powództwo.

Od powyższego wyroku apelację wniosła powódka, zaskarżając go w części oddalającej powództwo i zarzucając mu naruszenie:

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną, a nie swobodną, ocenę materiału dowodowego, dokonaną z naruszeniem zasad logiki i doświadczenia życiowego, a w konsekwencji błąd w ustaleniach faktycznych polegający na:
- przyjęciu, że strona powodowa nie udowodniła braku należytej staranności procesu leczenia powódki w (...) w Ł.;
- oparciu rozstrzygnięcia na nieprawidłowym ustaleniu, że nie doszło do złamania warunków higienicznych przez personel szpitala, co umożliwiło przedostanie się bakterii do operowanego miejsca podczas hospitalizacji powódki w (...) w Ł.;
- bezzasadnym przyjęciu przez Sąd I instancji, że świadek E. A. twierdzi, iż była obecna przy operacji cesarskiego cięcia powódki, podczas gdy z zeznań świadka wynika, iż była ona obecna na sali pooperacyjnej, gdzie nie zachowano odpowiednich warunków sanitarnych i nie dokonano należytej dezynfekcji rany powódki;
- bezzasadnej odmowie wiarygodności zeznaniom świadka E. A. w zakresie twierdzeń, iż nie została należycie odkażona rana po operacji powódki oraz braku należytej opieki po zabiegu cesarskiego cięcia nad położnicą przez personel medyczny szpitala w sytuacji, gdy zeznania te nie pozostają w sprzeczności z zeznaniami pozostałych świadków oraz powódki, a także są spójne i logiczne;
- bezzasadnym pominięciu okoliczności wynikających z pisemnej opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii, iż w trakcie pobytu powódki w (...) w Ł. doszło do zakażenia szpitalnego;
- oparciu rozstrzygnięcia na raporcie bakteriologicznym za 2008 r. sporządzonym przez (...) w Ł., z którego wynika, iż w powyższej placówce wystąpiło poniżej 2 % zakażeń szpitalnych, w sytuacji gdy biegły z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii w sporządzonej opinii wskazał, iż jest to wartość zaniżona, gdyż przeciętnie zdarza się to w 10-15 % przypadków pobytów;
- bezzasadnym przyjęciu, iż nie został wykazany związek przyczynowy pomiędzy obecnym stanem zdrowia powódki a zakażeniem rany pooperacyjnej w sytuacji, gdy biegły z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii

w sporządzonej opinii stwierdził u powódki wystąpienie długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości ok. 20-30 %;

- art. 231 k.p.c. poprzez pominięcie nieobalonego przez pozwaną domniemania faktycznego niedbalstwa placówki służby zdrowia w zakresie zakażenia powódki i nieprawidłowego opatrzenia rany, co miało istotny wpływ na wydane orzeczenie;
- art. 322 k.p.c. poprzez nierozważenie wszystkich okoliczności sprawy, mających znaczenie dla ustalenia odpowiedzialności pozwanego i wysokości szkody, w szczególności w zakresie rozwoju u powódki zakażenia szpitalnego szczepem pałeczek ropy błękitnej *P. aeruginosa* i *E. foecalis*, co miało wpływ na treść wydanego orzeczenia;
- art. 325 k.p.c. w związku z art. 328 § 2 k.p.c. poprzez wewnętrzne sprzeczności uzasadnienia wyroku polegające na ustaleniu, że z pisemnej opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii wynika, iż w trakcie pobytu powódki w (...) w Ł. doszło do zakażenia szpitalnego powódki przy jednoczesnym ustaleniu braku odpowiedzialności szpitala za stwierdzone u niej zakażenie;
- art. 6 k.c. poprzez przyjęcie, że powódka nie wykazała odpowiedzialności (...) w Ł.;
- art. 446 § 4 k.c. w związku z art. 430 k.c. i art. 415 k.c. poprzez ich niezastosowanie i przyjęcie, że nie została spełniona żadna z przesłanek odpowiedzialności pozwanego w sytuacji, gdy z okoliczności sprawy wynika, iż personel medyczny dopuścił się wielu nieprawidłowości mających wpływ na zakażenie, powikłania i przedłużające się leczenie powódki.

W oparciu o tak zakreślone zarzuty powódka wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie powództwa w całości i zasądzenie od pozwanego na jej rzecz kwoty:

a) 60.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z odsetkami ustawowymi od kwoty 50.000,00 zł od 16 maja 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od kwoty 10.000,00 zł od dnia doręczenia stronie pozwanej odpisu pisma z dnia 14 grudnia 2016 r. zawierającego rozszerzenie powództwa do dnia zapłaty;

b) 3.420,00 zł tytułem odszkodowania za poniesione koszty opieki wraz z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pozwanemu odpisu pozwu do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

a także zasądzenie od pozwanego na jej rzecz kosztów postępowania przed Sądami obu instancji.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja okazała się bezzasadna i jako taka podlegała oddaleniu.

Przechodząc do zarzutów naruszenia prawa procesowego ocenić należało, że w całości okazały się chybione. Przede wszystkim nietrafny był zarzut naruszenia przez Sąd I instancji art. 233 § 1 k.p.c., co miało polegać na błędzie w ustaleniach faktycznych wynikającym z nieprawidłowo przeprowadzonej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego. Powódka nie zdołała wykazać błędów logicznych w rozumowaniu Sądu I instancji, ani też przekonać Sądu odwoławczego, że dokonana ocena dowodów stała w sprzeczności z zasadami doświadczenia życiowego. Argumentacja apelacji ma charakter polemiczny i oparty wyłącznie na subiektywnej i odmiennej ocenie materiału dowodowego sprawy. Sąd rozpoznający sprawę jest wyłącznie uprawniony do przeprowadzenia wiążącej oceny zgromadzonego materiału dowodowego, a sama możliwość wyprowadzenia odmiennych ustaleń faktycznych w oparciu o te same dowody, nie prowadzi jeszcze do stwierdzenia, że ocena dokonana w zaskarżonym wyroku była nieprawidłowa; konieczne jest bowiem wykazanie w ramach złożonego środka zaskarżenia, iż oceny tej dokonano w sprzeczności z regułami wyznaczonymi przez dyspozycję art. 233 § 1 k.p.c. Szeroko zakreślony przez autorkę apelacji

zakres rzekomych błędów dotyczących stanu faktycznego w znacznej mierze sprowadza się do tego, iż uważa ona, że to zeznania świadka E. A. powinny mieć walor decydujący dla ustalenia naruszenia warunków higienicznych w Instytucie Centrum (...) w Ł., a co za tym idzie – dla przyjęcia, że zakażenie, którego poszkodowana doznała w związku z zabiegiem cesarskiego cięcia, wynikało z braku należytej staranności procesu leczenia, a w efekcie było przez podmiot ubezpieczony przez pozwanego zawinione. W tym zakresie Sąd Rejonowy jednak w sposób logiczny i przekonujący wykazał, że materiał dowodowy w postaci dokumentacji lekarskiej oraz opinii biegłych (zwłaszcza z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii) lepiej nadaje się do oceny prawidłowości postępowania szpitala w zakresie procedur medycznych zastosowanych wobec powódki. Zebrana w sprawie dokumentacja medyczna nie daje żadnych podstaw do uznania, iż zabieg wykonany u powódki lub opieka pooperacyjna wobec niej były niezgodne z normami postępowania wobec pacjenta i by w jakikolwiek sposób mogły zwiększyć zagrożenie zakażenia. Również biegli lekarze, którzy wypowiadali się w niniejszej sprawie (z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii, ginekologii i położnictwa, chirurgii) wykluczyli prawdopodobieństwo tego, by rana powódki nie była w sposób należyty zdezynfekowana. Z ich opinii wynika, że choć do zakażenia doszło w szpitalu, to jednak bakterie, które je wywołały, najprawdopodobniej stamtąd nie pochodziły (na co wskazuje również wskazuje raport epidemiologiczny z 2008 r., który nie był sporządzany na potrzeby niniejszej sprawy, a z którego wynika, że w Instytucie Centrum (...) w Ł. nie stwierdzono bakterii będących źródłem przedmiotowego zakażenia); są to bakterie pospolicie występujące u znacznej części populacji oraz w wodzie i glebie, a wywołane przez nie zakażenie pozostaje w związku ze spadkiem odporności pacjentki spowodowanym samą operacją i przebytą ciążą.

Oczywiście, mimo to wina pracowników szpitala nie byłaby co do zasady wykluczona – ale jedynie w sytuacji, gdyby skarżącej udało się skutecznie wykazać, że zostały tam naruszone wobec niej zasady higieny i antyseptyki wynikające ze wskazań wiedzy medycznej, jak również że nie dochowano procedur przewidzianych w celu należytego zabezpieczenia pacjentów przed zakażeniem. I. Ś. przedstawiła na tę okoliczność – obok własnych wyjaśnień – jedynie zeznania świadka E. A. i wypada podzielić negatywną ocenę tego materiału dokonaną przez Sąd meriti. Powódka twierdziła, że gdy leżała pod respiratorem po wybudzeniu z narkozy po cesarskim cięciu nikt nie dezynfekował jej rany, że cała była brudna, we krwi i nie miała zmienionej koszuli. Z kolei zeznania świadka dotyczące stanu higienicznego pacjentki po operacji są niezwykle ogólnikowe: „(...) to jak córka wyglądała to jak błoto, nie do opowiedzenia. Ulana koszula (...) To, co zobaczyłam, to było okropne (...) Jako matka nie jestem w stanie o tym mówić (...) Stan mojej córki był dużo gorszy niż przeciętnej pacjentki po cięciu (...) Nie pamiętam już, jak długo leżała z tą brudną raną. W końcu przyszła jakaś położna ją umyć (...)”. Oceniając moc dowodową i wiarygodność materiału dowodowego w świetle dyrektyw art. 233 § 1 k.p.c., Sąd musi się kierować zasadami logiki i doświadczenia życiowego z uwzględnieniem całokształtu zebranego materiału dowodowego. W tym kontekście przyznać trzeba, że zarówno wiarygodność, jak i moc dowodowa tych dowodów, jakimi skarżąca zamierzała wykazać zawinione uchybienia po stronie szpitala skutkujące powstaniem szkody, pozostawiają wiele do życzenia. Oczywiście jest, że przy ocenie dowodów Sąd winien ze szczególną ostrożnością traktować relacje osób bezpośrednio zainteresowanych wynikiem procesu, w tym przede wszystkim strony, która z określonych faktów wywodzi korzystne dla siebie skutki prawne oraz jej najbliższej rodziny; co do zasady, nie mogą one być przyjmowane bezkrytycznie, zwłaszcza jeśli dotyczą okoliczności możliwych do wykazania także za pomocą innych środków dowodowych, których strona jednak nie powołuje, a tym bardziej jeśli inne dowody przeprowadzane w sprawie wprost im przeczą lub choćby wskazują na fakty radykalnie zmniejszające wiarygodność takich relacji. Z taką sytuacją mamy do czynienia w sprawie niniejszej, gdzie twierdzenia I. Ś. co do fatalnego stanu higienicznego panującego w szpitalu poparte są wyłącznie zeznaniami jej matki, choć nie było przeszkód, by powołać na świadków także inne osoby mogące zaobserwować taki stan rzeczy i przedstawić Sądowi swoje relacje – pacjentki leżące na tej samej sali, inne – poza matką – osoby odwiedzające powódkę czy pracowników personelu szpitala, zwłaszcza tych, którzy nie byli odpowiedzialni za stan higieny powódki. Trudno też przypuścić, aby – jeśli rzeczywiście doszło do tak rażących zaniedbań po stronie szpitala, jak twierdzi skarżąca – nie wynikały one z braku staranności pracowników szpitala o charakterze „systemowym” i nie zdarzały się częściej, ale z nieznanymi bliżej powodów i wskutek niezwyklego zbiegu okoliczności dotknęły wyłącznie I. Ś.. Zatem gdyby nawet powódka z jakichś przyczyn akurat nie mogła wykazać, jak w szczegółach wyglądała sprawowana nad nią opieka, mogła wszakże dążyć do udowodnienia, że w okresie czasu, kiedy była pacjentką (...), zaniedbania w zakresie zachowania odpowiednich warunków sanitarnych zdarzały się powszechnie lub choćby nadmiernie często, co z pewnością znacząco uprawdopodobniłoby jej wersję

wydarzeń – jednak i takie dowody nie zostały przedstawione. Skoro więc strona, mając co do zasady możliwość wykazania faktów, na które się powołuje, dowodami o zdecydowanie większym walorze obiektywizmu, poprzestaje na poparciu własnych wyjaśnień jedynie zeznaniami swojej matki, trudno przyznać wystarczający stopień wiarygodności – w świetle logiki i doświadczenia życiowego – temu materiałowi dowodowemu.

Za taką oceną dowodów przemawia także daleko posunięta ogólnikowość relacji powódki i świadka, które nie przywołują jakichkolwiek szczegółów w zakresie okoliczności świadczących o niezachowaniu po operacji I. Ś. podstawowych zasad higieny i ograniczają się do powtarzanych twierdzeń, że pacjentka była brudna i nikt się nią nie zajmował, co w ocenie Sądu II instancji w istotny sposób redukuje przede wszystkim moc dowodową, ale także i wiarygodność tych dowodów. Wreszcie nie sposób nie zauważyć w kontekście całokształtu zebranego materiału – na co zwracał też uwagę Sąd Rejonowy i co podniesiono już w toku powyższych rozważań – że dokumenty składające się na historię pobytu skarżącej w szpitalu, dokumentacja dotycząca obowiązujących w szpitalu procedur postępowania w celu uniknięcia zakażeń, wnioski kontroli podmiotów zewnętrznych i wreszcie sformułowane na podstawie tych dokumentów konkluzje opinii biegłych, w szczególności z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii, nie pozwalają w żaden sposób uprawdopodobnić wersji wydarzeń przedstawionej przez I. Ś., ale przeciwnie – relacja ta natomiast wydaje się pozostawać w sprzeczności z wnioskami, jakie można wysnuć w kwestii przestrzegania zasad higieny w oparciu o pozostały materiał dowodowy. W konsekwencji przyjąć trzeba, że Sąd I instancji trafnie ocenił przedłożone mu dowody i słusznie przyjął na gruncie art. 6 k.c. i art. 233 § 1 k.p.c., że powódka nie wykazała, by po zabiegu nie dokonano dezynfekcji rany po cesarskim cięciu, a następnie nie opiekowano się nią w należyty sposób i z właściwą starannością, wskutek czego doszło do niezapewnienia odpowiednich wymogów higieny i przedostania się bakterii do operowanego miejsca. Nie do końca zrozumiałą jest dla Sądu odwoławczego zarzut przyjęcia w ramach ustaleń faktycznych, że świadek E. A. twierdziła, że była obecna podczas operacji córki, który wynikać może chyba jedynie z niezbyt uważnej lektury uzasadnienia zaskarżonego orzeczenia. Z uzasadnienia tego (s. 12) wynika jasno, że Sąd takich ustaleń nie poczynił, zaznaczając wprost, że świadka na sali operacyjnej nie było i właśnie na tej okoliczności opierając swoją konkluzję, iż skoro na podstawie innych wiarygodnych dowodów stwierdzono, że do odkażenia rany po operacji dochodzi zawsze na sali operacyjnej, to świadek nie mógł poczynić żadnych obserwacji w tym zakresie; podkreślić zresztą należy, że strona powodowa konsekwentnie w toku postępowania forsowała tezę o niezdezynfekowaniu rany pooperacyjnej bezpośrednio po wykonanym zabiegu (np. w piśmie procesowym z dnia 25 maja 2015 r.), wobec czego Sąd zobowiązany był do oceny tych twierdzeń i wiarygodności dowodów przedstawionych na ich poparcie.

Nie można zgodzić się z apelacją, że Sąd I instancji bezzasadnie pominął wnioski wynikające z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii, iż w trakcie pobytu powódki w (...) w Ł. doszło do zakażenia szpitalnego. Sąd nie tylko okoliczności tej nie pominął, ale wręcz zawarł ją w poczynionych ustaleniach faktycznych, które stanowiły podstawę wyrokowania. Słusznie jednak rozdzielił przy tym pojęcie zakażenia szpitalnego od kwestii stwierdzenia zakażenia z winy szpitala, skoro – jak wynika z opinii biegłego – pojęć tych nie można ze sobą utożsamiać. Warunki przesądzające, iż dane zakażenie może zostać uznane za zakażenie szpitalne w znaczeniu medycznym, nie powodują jeszcze automatycznego przypisania zawinienia w jego powstaniu po stronie szpitala, jak wydaje się zakładać autorka apelacji. Dla wykazania, że zakażenie miało charakter zawiniony, konieczne było ustalenie w pierwszej kolejności, iż istnieje co najmniej wysokie prawdopodobieństwo, że postępowanie pracowników szpitala było w tym wypadku niezgodne z wypracowanymi procedurami i aktualną wiedzą medyczną, co skutkowało lub z przeważającym prawdopodobieństwem skutkowało zaistnieniem zakażenia. W ocenie Sądu II instancji, strona powodowa nie podołała tak zakreślonymu ciężarowi dowodzenia, zaś przytoczony powyżej materiał dowodowy nie dał podstaw do dopatrzenia się po stronie placówki medycznej jakichkolwiek zaniedbań w stosunku do pozwanej, a zwłaszcza o takim charakterze, które mogłyby skutkować przyjęciem odpowiedzialności za powstałe zakażenie i to bez względu na to, że prawdopodobnie doszło do niego w czasie pobytu w szpitalu i że można je określić mianem zakażenia szpitalnego. Nie można też zgodzić się ze skarżącą, iż nieprawidłowe było dokonanie ustaleń faktycznych w sprawie również w oparciu o raport bakteriologiczny z 2008 r. Przede wszystkim należy zauważyć, że wbrew, jak się zdaje, twierdzeniom apelacji, raport ten nie był samodzielną podstawą dokonywanych ustaleń, ale miał raczej charakter pomocniczy i w swojej istocie potwierdzał jedynie stanowisko biegłych co do nieprawdopodobieństwa zakażenia bakterią szpitalną oraz braku zdezynfekowania rany pooperacyjnej powódki. Sąd meriti analizował przy tym wątpliwości biegłego z

zakresu chorób zakaźnych i epidemiologicznych co do jednej z danych liczbowych zawartych w raporcie, jednak słusznie przyjął, że dokonana ocena tej kwestii pozostawała bez zasadniczego wpływu na wartość dowodową raportu, gdyż problematyczna była nie tyle liczba zakażeń szpitalnych w Instytucie Centrum (...) w Ł. (a to właśnie budziło wątpliwości biegłego), co kwestia warunków higienicznych w szpitalu i przestrzegania w nim procedur medycznych, czyli okoliczności świadczących o niedochowaniu należytej staranności w dziedzinie profilaktyki antyseptycznej i związanej z tym ewentualnej winie szpitala za zaistniałe zakażenia – a w tym zakresie przedmiotowy raport nie podlegał negatywnej weryfikacji w ramach wniosków opinii. Zwrócić należy uwagę, że biegły podkreślał wręcz, iż zakażenia na poziomie 10-15 %, jakich należałoby spodziewać w raporcie, są zjawiskiem normalnym i nieuniknionym nawet w wysoko wyspecjalizowanych ośrodkach medycznych i same przez się nie świadczą jeszcze o jakichkolwiek nieprawidłowościach w pracy szpitala.

Nie sposób podzielić zapatrywania apelującej, iż Sąd Rejonowy bezzasadnie przyjął, że nie został wykazany związek przyczynowy pomiędzy obecnym stanem zdrowia powódki, a zakażeniem rany pooperacyjnej. Trafnie Sąd ten zauważył, że żaden z powołanych w sprawie biegłych nie łączy występujących obecnie schorzeń I. Ś. z przebyłym zakażeniem rany, a jest wręcz przeciwnie – wszyscy oni zgodnie podnoszą, że obecne dolegliwości nie mają z tym faktem żadnego związku. Choć powódka zgodnie z prawdą wskazała, że w opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii pojawiło się twierdzenie o wystąpieniu u niej długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości ok. 20-30 %, niemniej jednak pominęła przy tym niezwykle istotny fakt, iż biegły wyraźnie zastrzegł, że jego wniosek nie ma charakteru kategoriowego („wydaje się, że długotrwały uszczerbek na zdrowiu należy ocenić na około 20-30 %”) z powodu braku informacji o leczeniu ambulatoryjnym chorej po okresie ostatniej hospitalizacji, a zwłaszcza dlatego, że biegły ten nie czuł się kompetentny do należytej oceny tej problematyki w zakresie swojej specjalizacji i sam uznał, iż w tym zakresie winien się wypowiedzieć biegły z zakresu położnictwa i ginekologii. Bezsprzecznie, trudno nie zgodzić ze stwierdzeniem, że należyte kompetencje do tego, by wypowiedzieć się w kwestii wpływu na stan zdrowia powódki dolegliwości ginekologicznych, na jakie się ona skarży, ma właśnie biegły lekarz ginekolog, nie zaś specjalista z zakresu chorób zakaźnych, a zatem Sąd I instancji postąpił właściwie, przypisując opinii biegłego lekarza ginekologa zdecydowanie większą moc dowodową w zakresie ustalenia przedmiotowej okoliczności. Podkreślić zresztą trzeba, że – wbrew treści zarzutu zawartego w apelacji – nawet gdyby Sąd ten oparł się (do czego nie ma uzasadnionych podstaw) na opinii biegłego lekarza z zakresu leczenia chorób zakaźnych, to w żadnej mierze nie mogłoby to posłużyć ustaleniu związku przyczynowego pomiędzy zakażeniem i obecnym stanem zdrowia powódki, skoro tenże biegły jasno zaznaczył, iż „(...) stan zapalny uległ wygojeniu i obecnie nie stwierdza się uszczerbku na zdrowiu z tego powodu (...)”, czego skarżąca również wydaje się nie zauważać.

W kontekście powyższych rozważań nie sposób podzielić wywiedziony w apelacji zarzut naruszenia art. 231 k.p.c. poprzez pominięcie nieobalonego przez pozwaną domniemania faktycznego niedbalstwa placówki służby zdrowia w zakresie zakażenia powódki i nieprawidłowego opatrzenia rany, co miałyby mieć istotny wpływ na wydane orzeczenie. W procesach medycznych kwestia domniemania faktycznego stanowi bardzo istotne ułatwienie dowodowe, bowiem jednoznaczne wykazanie, że to w określonej placówce medycznej doszło do zakażenia, jest często niemożliwe i dlatego też w sytuacji, gdy ustalone fakty wskazują na wysokie prawdopodobieństwo umiejscowienia zakażenia w danym szpitalu, to przy zastosowaniu takiego domniemania faktycznego możliwe jest przerzucenie na stronę pozwaną ciężaru dowodzenia, iż to nie u niej zakażenie miało miejsce. W niniejszej sprawie nie można jednak mówić o jakimkolwiek problemie z ustaleniem miejsca, w którym doszło do zakażenia, skoro biegli jednoznacznie wskazali w tym przedmiocie na ubezpieczony przez pozwanego szpital – ustalenie to nie wymaga więc czynienia jakichkolwiek domniemań, ale wynika wprost z niebudzącego wątpliwości materiału dowodowego. Nie można jednak na gruncie niniejszej sprawy – jak usiłuje to uczynić apelująca – wywodzić z samego faktu, że do zakażenia doszło w Instytucie Centrum (...) w Ł., domniemania, iż postępowano tam wobec powódki niezgodnie z procedurą medyczną i bez zachowania zasad higieny. Potencjalne zastosowanie przez Sąd art. 231 k.p.c. wymaga, aby przekonanie o zaistnieniu takiej okoliczności stanowiło wniosek wynikający z logicznie ustalonych faktów stanowiących przesłanki domniemania, najbardziej zbliżony do zasad doświadczenia życiowego, a zatem – na gruncie sprawy niniejszej – by ustalenie, że doszło do zakażenia szpitalnego, nasuwało uzasadnioną logiką i doświadczeniem życiowym konkluzję, iż musiało to stanowić konsekwencję zaniedbań personelu szpitala w dziedzinie antyseptyki. Jak wynika z materiału sprawy, a

w szczególności z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii, taki wniosek nie byłby uprawniony, skoro do zakażeń dochodzi w 10-15 % hospitalizacji, a zatem co do zasady nie daje się tego uniknąć nawet przy podwyższonym stopniu staranności. Przedmiotową okoliczność należało więc udowodnić, a z wyjątkiem negatywnie ocenionych zeznań świadka oraz własnych wyjaśnień, powódka nie zaoferowała dla wykazania tej okoliczności żadnego wiarygodnego materiału dowodowego; zarzut naruszenia art. 231 k.p.c. nie jest więc uzasadniony.

Całkowicie chybiony jest zarzut naruszenia przez Sąd I instancji art. 322 k.p.c., a wskazany w apelacji sposób naruszenia powołanego przepisu nie odpowiada zakresowi jego zastosowania. Nie można na jego podstawie zarzucać Sądowi meriti, że nie rozważył wszystkich okoliczności sprawy, gdyż ta kwestia w zasadzie podlega ocenie w kontekście ewentualnego zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Na gruncie art. 322 k.p.c. można twierdzić co najwyżej, że nie doszło do prawidłowej oceny sędziowskiej w zakresie wysokości odszkodowania (zadośćuczynienia) w sytuacji, gdy ściśle udowodnienie wysokości żądania jest niemożliwe lub nader utrudnione. W niniejszej sprawie przedmiotem rozważań w ogóle nie była kwestia zastosowania przepisu pozwalającego określić wysokość roszczenia, gdyż Sąd uznał – co dość jasno wynika z treści uzasadnienia zaskarżonego wyroku – iż powództwo nie zostało wykazane co do zasady, a w szczególności strona powodowa nie udowodniła zawinienia po stronie personelu ubezpieczonego szpitala. W tej sytuacji nie było podstaw do zastosowania powołanego unormowania, gdyż aby móc czynić rozważania w oparciu o wszystkie okoliczności sprawy w rozumieniu art. 322 k.p.c. przede wszystkim należałoby uznać zasadność samego roszczenia, co w sprawie niniejszej nie miało miejsca. Dodać można jeszcze, że nawet gdyby Sąd Rejonowy pozytywnie przesądził o zasadzie odpowiedzialności pozwanego, to nadal trudno byłoby dostrzec podstawy do zastosowania przedmiotowej normy, skoro rozmiar żądanego odszkodowania i zadośćuczynienia mógłby z powodzeniem zostać ustalony w oparciu o dowody, które powołała lub mogłaby powołać powódka.

Nie ma też podstaw wywiedziony w apelacji zarzut naruszenia art. 325 k.p.c. w związku z art. 328 § 2 k.p.c. Przede wszystkim apelująca w żaden sposób nie wyjaśnia dlaczego kwestionuje obecność w sentencji zaskarżonego wyroku jej elementów wymienionych w tym przepisie, gdyż ta właśnie kwestia jest przedmiotem regulacji art. 325 k.p.c. Przepis ten mógłby zostać naruszony wówczas, gdyby w owej sentencji zabrakło jednego z koniecznych i wymienionych w tym unormowaniu składników, jednak ani skarżąca nie powołuje się na takie uchybienie, jak również nie sposób – nawet po uważnej lekturze zaskarżonego orzeczenia – stwierdzić, aby ono rzeczywiście istniało. Podobnie, jeśli chodzi o ewentualne naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. to również i w tym wypadku trudno zrozumieć, na czym ono miałyby polegać, skoro uzasadnienie orzeczenia zawiera wszelkie niezbędne elementy, które umożliwiają kontrolę instancyjną zaskarżonego wyroku, a tylko naruszenia tego rodzaju mogłyby być skutecznie podnoszone w ramach naruszeń powołanego przepisu. W istocie – jak wynika z treści zarzutu – reprezentujący skarżącą pełnomocnik wydaje się utożsamiać to naruszenie z rzekomą wewnętrzną sprzecznością wywodów sporządzonego uzasadnienia. Sąd II instancji nie pierwszy raz odnosi wrażenie, że profesjonalni pełnomocnicy uważają każde stanowisko Sądu, którego w interesie swego mocodawcy nie podzielają, za uchybienie przez ów Sąd wynikającemu z powołanego przepisu obowiązкови w zakresie wskazania podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, w tym faktów, które uznano za udowodnione, dowodów, na których się oparto, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówiono wiarygodności i mocy dowodowej, jak również wyjaśnienia podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa. Cierpliwie należałoby więc wyjaśnić, że kwestia logiki czy jej braku przy prezentowaniu przez Sąd motywów rozstrzygnięcia nie ma wiele wspólnego z problematyką obecności lub nieobecności opisanych wyżej elementów uzasadnienia wyroku; doświadczenie procesowe Sądu wskazuje zresztą, że powoływanie w tym kontekście zarzutu naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. nie jest najczęściej kwestią braku wiedzy profesjonalnych pełnomocników w tym przedmiocie, ale wiąże się raczej z ich trudną do wytłumaczenia niechęcią do poszukiwania właściwego przepisu prawa, na tle którego rzeczywiście można byłoby rozpatrywać kwestię jego naruszenia przez Sąd poprzez wyprowadzenie nielogicznych wniosków z poczynionych ustaleń faktycznych. W rozpoznawanej sprawie owa sprzeczność z zasadami logiki miałyby, zdaniem autorki apelacji, polegać na tym, że z ustalenia, iż u powódki doszło do zakażenia szpitalnego, Sąd I instancji nie wywiódł wniosków o zaistnieniu odpowiedzialności szpitala za to zakażenie i w konsekwencji oddalił powództwo. Przy tak na sformułowanym zarzucie pozostaje tylko powtórzyć, że zdarzenie w postaci zakażenia szpitalnego, będące typowym powikłaniem zabiegowym, nie oznacza automatycznie konieczności ustalenia przez Sąd odpowiedzialności deliktowej szpitala za to, że do takiego zakażenia doszło, a przyjęcie takiej odpowiedzialności na gruncie przepisów

prawa materialnego, w szczególności art. 415 k.c. i 430 k.c., wymaga ponadto ustalenia winy po stronie szpitala jako jednej z jej przesłanek. Ujmując rzecz najprościej, pomiędzy faktem ustalenia zaistnienia zdarzenia szkodzącego (zakażenia szpitalnego), a nawet jego związku przyczynowego ze szkodą zaistniałą u pacjentki, oraz przyjęciem braku odpowiedzialności szpitala nie zachodzi jakakolwiek sprzeczność (wewnętrzna ani zewnętrzna), o ile nie zostały jednocześnie wykazane i ustalone okoliczności wypełniające przesłankę winy po stronie podmiotu, który szkodę wyrządził.

Chybione były wywiedzione w apelacji zarzuty naruszenia przepisów prawa materialnego, które co do istoty miały charakter wtórny względem zgłoszonych naruszeń proceduralnych. W zaskarżonym wyroku nie sposób dopatrzeć się naruszenia art. 6 k.c., gdyż Sąd meriti prawidłowo rozłożył ciężar dowodzenia pomiędzy stronami, w szczególności trafnie uznał, że to na powódce spoczywał obowiązek wykazania przesłanek odpowiedzialności deliktowej szpitala (oraz tego, że za szpital ów w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej odpowiada pozwany ubezpieczyciel). Materiał dowodowy przedstawiony w tym zakresie przez strony pozwolił na przyjęcie, iż I. Ś. nie w pełni podołała temu obowiązkowi, a w szczególności nie wykazała zawinienia szpitala przy zaistnieniu zdarzenia szkodzącego. W konsekwencji uznać trzeba też, że nietrafnie skarżąca zarzuciła naruszenie art. 446 § 4 k.c. w związku z art. 430 k.c. i art. 415 k.c. Jak wynika z całości przeprowadzonego wyżej wyводу, Sąd Rejonowy prawidłowo przyjął, iż nie zachodzi podstawa do zastosowania wobec pozwanego przepisów prawa materialnego dotyczących odpowiedzialności za czyn niedozwolony. Należy przy tym podnieść, że wbrew twierdzeniu apelującej Sąd ten nie uznał, iż nie została spełniona żadna z przesłanek odpowiedzialności pozwanego, skoro w rzeczywistości – jak wprost wynika z uzasadnienia zaskarżonego wyroku – przyjął, iż spośród tych przesłanek nie można przyjąć wyłącznie zawinienia ze strony personelu ubezpieczonego szpitala, niemniej jednak bezsprzecznie już wystąpienie jednej z przesłanek odpowiedzialności deliktowej uniemożliwia jej przypisanie określonemu podmiotowi na gruncie art. 415 k.c. i art. 430 k.c. Powołanie w ramach tego zarzutu art. 446 § 4 k.c. jest efektem wyłącznie niestaranności redagującego apelację pełnomocnika skarżącej, gdyż przepis ten reguluje prawo do domagania się zadośćuczynienia za krzywdę wywołaną śmiercią osoby najbliższej, co oczywiście nie ma nic wspólnego ze stanem faktycznym sprawy niniejszej.

W toku kontroli instancyjnej nie stwierdzono również, aby przy rozpoznawaniu sprawy przez Sąd meriti doszło do uchybień, które należałoby wziąć pod uwagę z urzędu poza zakresem zaskarżenia, zaś stan faktyczny sprawy ustalony w postępowaniu pierwszoinstancyjnym należy ocenić jako w pełni prawidłowy, wobec czego nie ma przeszkód, by Sąd odwoławczy w całości przyjął go za własny. Na marginesie można jedynie wskazać, że ustalając podstawę prawną roszczenia wywiedzonego w sprawie, Sąd I instancji powinien był powołać również art. 822 § 1 i 4 k.c., jako że pozwanym w sprawie był ubezpieczyciel, którego ewentualna odpowiedzialność za szkodę, której powódka dopatrywała się ze strony szpitala, opierała się na umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Biorąc pod uwagę powyższe, stwierdzić należało, że apelacja była nieuzasadniona i stosownie do art. 385 k.p.c. podlegała oddaleniu.