

Sygn. akt II Ca 793/19

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 listopada 2019 r.

Sąd Okręgowy w Świdnicy, II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie następującym:

Przewodniczący: Sędzia Piotr Rajczakowski (spr.)

Sędziowie: Aleksandra Żurawska

Grażyna Kobus

Protokolant: Filip Łytko

po rozpoznaniu w dniu 12 listopada 2019 r. w Świdnicy

na rozprawie

sprawy z powództwa R. M.

przeciwko (...) S.A. w W.

przy udziale po stronie pozwanej interwenienta ubocznego (...) we W.

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku wstępnego Sądu Rejonowego w K.

z dnia 9 maja 2019 r., sygn. akt (...)

**oddala apelację.**

(...)

**Sygn. akt II Ca 793/19**

## UZASADNIENIE

Wyrokiem wstępnym z dnia 9 maja 2019 roku Sąd Rejonowy w sprawie z powództwa R. M. przeciwko (...) S.A. w W. przy udziale po stronie pozwanej interwenienta ubocznego (...) we W., o zapłatę 70000 zł uznał roszczenie powódki R. M. przeciwko stronie pozwanej, za usprawiedliwione w zasadzie.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny. Strona pozwana udzielała interwenientowi ubocznemu w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r. ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. W dniu 11 marca 2013 r. powódka została przyjęta na (...) w (...)z siedzibą we W., gdzie została poddana zabiegowi plastyki przykurczających blizn po rekonstrukcji piersi płatem LD i protezą. Zabieg przebiegł bez powikłań. W celu leczenia operacyjnego asymetrii piersi, powódka 28 maja 2013 r. została poddana operacji. Na skutek zgłaszanych przez powódkę zastrzeżeń, co do procesu gojenia się rany — sączącego się płynu spod piersi, lekarz stwierdził, iż puścił szew. Powódka nie miała

gorączki, ani dreszczy, rana nie była zaczerwieniona. W dniu 4 czerwca 2013 r. w stanie ogólnym dobrym wypisano powódkę z placówki z zaleceniem codziennej zmiany opatrunków oraz kontroli i usunięcia szwów po upływie 14 dni. Nie zlecono dodatkowych badań. W dniu 13 czerwca 2013 r. pobrano od powódki fragment gruczołu piersiowego prawego oraz kwadrat górny boczny piersi prawej do badania histopatologicznego. Podczas wizyty kontrolnej 18 czerwca 2013 r. odnotowano martwicę rozplywową rany. Mimo dalszych obaw powódki, co do nieprawidłowości w gojeniu się rany oraz zmiany jej rozmiaru i częstotliwości wycieku, nie podjęto stosownej interwencji. Ze względu na trudności w gojeniu się rany pooperacyjnej oraz utrzymujące się z tego powodu dolegliwości bólowe, powódka udała się do dermatologa, który stwierdził podejrzenie zakażenia gronkowcem. W dniu 21 czerwca 2013 r. wykonano u powódki posiew tlenowy wymazu z rany, w wyniku którego rozpoznano szczepy z rodzaju *S. aureus* (...), wrażliwe na antybiotyki, zlokalizowane na ranie piersi prawej. Badanie to wykonano w (...)w K., W dniu 1 sierpnia 2013 r. w trybie nagłym przyjęto powódkę na (...)w K. z powodu (...). Z pobranego wymazu z rany wyhodowano pojedyncze kolonie (...). Wdrożone leczenie szpitalne doprowadziło do zagojenia się rany. W dniu 10 września 2013 r. powódkę ponownie przyjęto na (...) w (...) z siedzibą we W., gdzie miała zostać poddana dalszej korekcji blizn. W trakcie zabiegów operacyjnych wykonanych w 2010 r. i 2011 r. nie pobrano od powódki posiewów, a jej rany goiły się bardzo dobrze. Od momentu stwierdzenia zakażenia gronkowcem nie wykonywano u powódki posiewu kontrolnego. W okresie od 28 maja 2013 r. do 4 czerwca 2013 r. nie występowały u powódki objawy kliniczne, na podstawie których można byłoby podejrzewać zakażenie (...)((...)) (...). Przed zabiegiem operacyjnym, jakego została poddana powódka w dniu (...) r., zastosowano wobec niej okołoperacyjną profilaktykę antybiotykową, podano antybiotyk zgodnie z rekomendacjami (...) (cefazolinę), lecz w nieodpowiedniej dawce. Podano 1g antybiotyku zamiast 2g. Dokumentacja medyczna powódki dotycząca antybiotykoterapii jest niespójna i nieprecyzyjna, o czym świadczy choćby okoliczność, iż nie sposób ustalić godziny podania antybiotyku. Powódka przed zabiegiem nie została poddana badaniom na nosicielstwo gronkowca złocistego. Po zabiegu personel medyczny codziennie obserwował ranę i zmieniał opatrunek. W dniu wypisu powódki ze szpitala - (...) r., nie stwierdzono w ranie pooperacyjnej powódki objawów klinicznych wskazujących na zakażenie (...), dlatego też nie wykonywano wymazu z rany pooperacyjnej. Po wyjściu do domu powódka samodzielnie przemywała ranę i zmieniała opatrunki. Czyniła to po umyciu rąk i w jednorazowych rękawiczkach, stosując gazę oraz środki dezynfekujące zakupione w aptece. Zakażenie rany pooperacyjnej powódki (...) (...) stanowi zakażenie szpitalne. Nie można natomiast jednoznacznie stwierdzić, czy był on szczepem (...) czy (...). (...), który wyhodowano u powódki nie znajduje się na liście alertpatogenów szpitalnych. Okres jego intubacji wynosi 2 godziny. Od chwili operacji do chwili pobrania wymazu minęły 24 dni, co zgodnie z definicją zakażeń szpitalnych pozwala uznać, iż było to szpitalne zakażenie powierzchni rany pooperacyjnej. Brak zaczerwienienia rany charakterystycznego dla zakażenia (...) w dniu wypisu ze szpitala, tj. 4 czerwca 2013 r. nie oznacza z kolei, iż nie doszło do zakażenia. Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry, na które cierpi powódka nie ma związku z zakażeniem (...). Proces leczenia w poradni (...)w K., po zdiagnozowaniu zakażenia był prawidłowy. W trakcie leczenia w (...) w K. zastosowano antybiotyki, na które szczep wyhodowanego (...) był wrażliwy. Wdrożona antybiotykoterapia celowana była zgodna z antybiogramem. W szpitalach w P. nie ma obowiązku standardowego wykonywania badań na obecność (nosicielstwo) (...). Zalecane jest jednak wykonywanie badań przesiewowych na nosicielstwo (...) i eradykacja nosicielstwa przed zabiegami kardiochirurgicznymi, zabiegami implantacji protez stawowych oraz zabiegami na kręgosłup. Należy je także wykonywać przed zabiegami wszczepienia ciała obcego w ośrodkach, w których zapadalność na zakażenie miejsca operowanego wywołane przez (...) jest wyższa niż oczekiwana. Dotyczy to zabiegów z neurochirurgii i chirurgii naczyniowej. W każdym szpitalu muszą natomiast być opracowane procedury zapobiegające zakażeniom szpitalnym. W 2013r. na poszczególnych oddziałach interwenta ubocznego odnotowano występowanie zakażeń. Od 2 maja 2005 r. na terenie placówki działa Zespół (...). (...) dla pracowników prowadzone w zakresie tematyki obejmującej kontrolę zakażeń odbywają się minimum raz w miesiącu. Wśród procedur obowiązujących w placówce interwenta ubocznego nie wdrożono procedur dotyczących wykrywania nosicielstwa (...). Z dokumentacji dotyczącej postępowania w przypadku wystąpienia w oddziale (...) nie wynika zaś ile przypadków nosicielstwa (...) wykryto u interwenta ubocznego w okresie przed hospitalizacją powódki. Pismem z dnia 16 stycznia 2014r. powódka poinformowała interwenta ubocznego o zakażeniu i wezwała go do zapłaty kwoty 70 000 zł tytułem zadośćuczynienia, w terminie 14 dni. W odpowiedzi na wezwanie interwenta ubocznego podał, iż podczas hospitalizacji powódki nie zanotowano na oddziale alertpatogenów lub ognisk infekcji i odmówił wypłaty żądanej kwoty. Strona pozwana w decyzji z dnia 24 marca 2014 r. nie stwierdziła podstaw do przyjęcia

odpowiedzialności za skutki przedmiotowego zdarzenia i odmówiła wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej placówki medycznej.

Rozważając tak poczynione ustalenia faktyczne Sąd Rejonowy uznał roszczenie powódki za usprawiedliwione w zasadzie. Zgodnie z art. 318 § 1 k.p.c. Sąd, uznając roszczenie za usprawiedliwione w zasadzie, może wydać wyrok wstępny tylko co do samej zasady, co do spornej zaś wysokości żądania zarządzić bądź dalszą rozprawę, bądź jej odroczenie. Wyrokiem wstępnym sąd nie rozstrzyga ostatecznie sporu, a tylko przesądza o zasadzie odpowiedzialności pozwanego, i to tylko wtedy, gdy pozwany zaprzecza nie tylko wysokości żądania pozwu, ale i kwestionuje, że ponosi określoną normami prawa, materialnego odpowiedzialność za dochodzone przez powódkę roszczenie. Tym samym, Sąd w uzasadnieniu ograniczył się jedynie do wyjaśnienia podstaw odpowiedzialności strony pozwanej. W pierwszej kolejności Sąd Rejonowy wskazał, iż wniosek strony pozwanej o przyznanie (...) z siedzibą we W. zasługiwał na uwzględnienie. Jest to placówka, w której powódce udzielano usług medycznych mających związek z wystąpieniem zakażenia(...), a zatem strona pozwana – w związku z niekorzystnym dla siebie rozstrzygnięciem – może dochodzić od interwenienta ubocznego roszczenia, o jakie występuje w niniejszej sprawie powódka. Z tego powodu Sąd wniosek uwzględnił. Powyższy stan faktyczny sprawy Sąd Rejonowy ustalił na podstawie opinii sporządzonej przez biegłą sądową z zakresu mikrobiologii medycznej i zakażeń szpitalnych, a nadto częściowo w oparciu o dokumentację medyczną powódki, przedłożoną w toku sprawy. Pisemna opinia wydana przez biegłą sądową jest wewnętrznie spójna, logiczna i nie budzi żadnych wątpliwości w świetle zasad doświadczenia życiowego, czy też wiedzy powszechnej. Sąd dał również wiarę zeznaniom powódki oraz uwzględnił jej zastrzeżenia, co do prawidłowości zapisów w dokumentacji medycznej, zwłaszcza że biegła sądowa także wyraziła swoje wątpliwości, co do jej precyzyjności. Zeznaniami przesłuchanych w sprawie świadków - M. P. oraz A. Ł., Sąd dał wiarę jedynie częściowo, gdyż lekarzem prowadzącym powódkę w okresie od 27 maja 2013 r. do 4 czerwca 2013 r. był M. C.. Sąd oddalił wniosek dowodowy interwenienta ubocznego z dnia 21 listopada 2018 r. o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii, bowiem mimo wezwania do uiszczenia zaliczki w kwocie 2000 zł na poczet wynagrodzenia biegłego sądowego, interwenient nie wpłacił zaliczki w określonym przez Sąd terminie. Sąd pominął również twierdzenia i zarzuty strony pozwanej zawarte w piśmie z dnia 10 grudnia 2018 r. Na rozprawie w dniu 8 listopada 2018r., na której pełnomocnik strony pozwanej nie był obecny, mimo prawidłowego zawiadomienia, Sąd wyznaczył pełnomocnikom stron i interwenientowi ubocznemu termin dwóch tygodni do złożenia ewentualnych zastrzeżeń do ustnych wyjaśnień biegłej sądowej z zakresu (...), pod rygorem z art. 207 § 6 k.p.c. W myśl powyższego przepisu Sąd pomija spóźnione twierdzenia i dowody, chyba że strona uprawdopodobni, że nie zgłosiła ich w pozwie, odpowiedzi na pozew lub dalszym piśmie przygotowanym, bez swojej winy lub że uwzględnienie spóźnionych twierdzeń i dowodów nie spowoduje zwłoki w rozpoznaniu sprawy albo że występują inne wyjątkowe okoliczności. Sąd Rejonowy pominął zatem zarzuty i twierdzenia strony pozwanej przedstawione w piśmie z dnia 10 grudnia 2018r., uznając je za spóźnione oraz nie uwzględnił wniosku o ich dopuszczenie. Podniesiony przez stronę pozwaną zarzut, iż nie wykonała ona zobowiązania Sądu w wyznaczonym terminie z powodu braku doręczenia zobowiązania, wydanego na rozprawie w dniu 8 listopada 2018r. nie może zostać uwzględniony. Pełnomocnik strony pozwanej pomimo prawidłowego zawiadomienia o terminie posiedzenia, jak i otrzymania postanowienia o dopuszczeniu dowodu z ustnej opinii uzupełniającej biegłej sądowej nie wziął w nim udziału. Jako podmiot profesjonalny winien natomiast być świadomy, że niestawiennictwo stron na termin nie wstrzymuje przeprowadzenia dowodu, chyba że obecność stron lub jednej z nich okaże się konieczna, co w niniejszej sprawie nie miało miejsca. Sąd w toku posiedzenia wyznaczył stronom i interwenientowi ubocznemu termin do złożenia ewentualnych zastrzeżeń do ustnych wyjaśnień biegłej i nie był zobowiązany do odrębnego informowania o powyższym nieobecności pełnomocnika. W ocenie Sądu Rejonowego poza sporem nadto było, że powódka w dniu 11 marca 2013 r. na (...) we W. została poddana zabiegowi plastyki przykurczających blizn po rekonstrukcji piersi płatem LD i protezą. Zabieg przebiegł bez powikłań. Następnie w dniu 28 maja 2013r. w wyżej wymienionej placówce wykonano u powódki operacyjne leczenie asymetrii piersi. W rozpoznawanej sprawie strona pozwana kwestionowała natomiast swoją odpowiedzialność za skutki zdarzenia, zarówno co do zasady, jak i wysokości. Wobec tego, w świetle art. 6 k.c., to na powódce spoczywał ciężar udowodnienia faktu doznania bólu i cierpienia pozostającego w adekwatnym związku przyczynowo – skutkowym z wyżej wymienionym zdarzeniem, a także wykazania wysokości szkody, gdyż powódka z tychże faktów wywodziła dla siebie korzystne skutki prawne. Zgodnie z art. 822 §

1 i 4 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może zatem dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela. Podstawy prawnej odpowiedzialności sprawcy, której zaistnienie warunkuje odpowiedzialność pozwanego zakładu ubezpieczeń, należy z kolei upatrywać w normie art. 415 k.c., zgodnie z którą kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Sąd podzielił pogląd zakładający szerokie rozumienie pojęcia szkody, a więc uszczerbku zarówno o charakterze majątkowym, jak i niemajątkowym. Odpowiedzialność strony pozwanej ma swoje źródło również w art. 430 k.c., który stanowi, że kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Zakład leczniczy odpowiada za lekarza jako za podwładnego nie tylko dlatego, że ma bardziej lub mniej rozległą kontrolę nad lekarzem, lecz dlatego, że lekarz jest pracownikiem zakładu i że działalność lekarza odnoszona jest do zakładu. Rozstrzygając niniejszą sprawę, zadaniem Sądu Rejonowego było przede wszystkim ustalenie, czy na skutek przeprowadzonego u powódki operacyjnego leczenia asymetrii piersi, w tym podjętych względem niej czynności okołoperacyjnych, jak i pooperacyjnych usług medycznych, doszło w placówce interwenienta ubocznego do zarażenia powódki bakterią (...). Do przesłanek odpowiedzialności deliktowej, o której mowa w art. 415 k.c. zaliczamy zaistnienie zdarzenia szkodzącego (czynu niedozwolonego), wystąpienie szkody (rozumianej jako uszczerbek o charakterze majątkowym, jak i niemajątkowym), zaistnienie adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem szkodzącym a szkodą, bezprawność zachowania sprawcy czynu niedozwolonego oraz winę sprawcy takiego zdarzenia. W tzw. „procesach lekarskich” ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Na powstanie szkody ma lub może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników pozostaje zaniedbanie lekarza. Podkreśla się, że żądanie absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby ani realne, ani uzasadnione. Dowód zatem, że jakieś inne przyczyny - oprócz niedbalstwa lekarza mogły, lecz nie musiały spowodować u pacjenta szkody, nie zwolni lekarza od odpowiedzialności. Ani wielość przyczyn, ani zwiększone ryzyko zabiegu - ze względu na stan zdrowia chorego, nie może wykluczyć odpowiedzialności lekarza, jeśli przynajmniej jedną z przyczyn jest niedbalstwo. Związek przyczynowy między zaniechaniem ze strony placówki medycznej, a szkodą w postaci pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, czy obniżenia rokowań na jego poprawę, nie musi być więc ustalony w sposób pewny, wystarczy jedynie wysoki stopień prawdopodobieństwa istnienia takiego związku. Dodać należy, że w orzecznictwie ugruntowany jest pogląd, iż w sprawach dotyczących tzw. zakażeń szpitalnych możliwe i uzasadnione jest przyjęcie niedbalstwa placówki służby zdrowia w drodze domniemania faktycznego, o którym mowa w art. 231 k.p.c., przy braku dowodu przeciwnego. Szkodą wyrządzoną powódce na skutek zakażenia jej chorobą zakaźną jest domniemaniem niedbalstwa szpitala, który zobowiązany był do zapewnienia jej bezpieczeństwa w placówce, w tym podjęcia wszelkich działań zmierzających do zapobieżenia spowodowania u powódki zakażenia. Cały proces leczenia powinien być prowadzony z zachowaniem należytej staranności, które eliminuje możliwość zakażenia innymi chorobami. Jeżeli w wyniku zabiegu szpitalnego dochodzi do zakażenia pacjenta, to przesądza to o uznaniu, iż tego rodzaju działania nie zostały podjęte lub nie towarzyszyła im należyta staranność ze strony członków personelu medycznego. Z kolei sam fakt zakażenia pacjenta świadczy o naruszeniu podstawowych zasad przeciwdziałania zakażeniom, do których przestrzegania placówka medyczna jest zobowiązana na mocy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 151). Wskazać należy, iż biegła sądowa z zakresu z zakresu mikrobiologii medycznej i zakażeń szpitalnych B. S. wyraziła pewne zastrzeżenia już co do samej antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej zastosowanej wobec powódki przed zabiegiem operacyjnym. Podała, iż na podstawie analizy dokumentacji medycznej uznać należy, iż powódce, co prawda podano antybiotyk zgodny z rekomendacjami, lecz zastosowano go w nieodpowiedniej dawce. Nie sposób również było ustalić, o której dokładnie godzinie go podano. W ocenie biegłej trudno jednoznacznie stwierdzić, czy (...), który wyhodowano u powódki był szczepem (...). Niemniej jednak zakażenie rany pooperacyjnej powódki (...) (...) stanowi zakażenie szpitalne, a brak zaczerwienienia rany charakterystycznego dla zakażenia (...) w dniu wypisu ze szpitala, nie oznaczał, iż do zakażenia nie doszło. Ponadto, od chwili operacji do chwili pobrania wymazu, który dał wynik

pozytywny na obecność kolonii (...) minęły 24 dni, a więc mniej niż 30 dni od zabiegu, co zgodnie z definicją zakażeń szpitalnych pozwalało uznać, iż było to powierzchowne, szpitalne zakażenie rany pooperacyjnej. Zaznaczyć dodatkowo należy, że powódka po zabiegu nie korzystała z usług medycznych świadczonych w innych placówkach. Do (...) w K. trafiła już po otrzymaniu wyników posiewu wymazu z rany. Nie sposób również uznać, iż przyczyną zakażenia była nieodpowiednia higienizacja rany. Powódka przy zmianie opatrunku korzystała bowiem z jednorazowych rękawiczek, gazy oraz środków dezynfekujących zakupionych w aptece. Nie była to także pierwsza operacja, jakiej została poddana powódka. Posiadała ona więc stosowną wiedzę na temat prawidłowej pielęgnacji rany. Analizując treść dokumentacji medycznej Sąd Rejonowy wskazał, iż w trakcie pooperacyjnej kontroli rany mającej miejsce w okresie od 29 maja 2013 r. do 14 czerwca 2013 r., wielokrotnie pojawiała się informacja, iż rana jest sucha i brak jest dodatkowych zastrzeżeń, co do procesu jej gojenia. Natomiast w trakcie kontroli w dniu 18 czerwca 2013 r. oraz 1 lipca 2013 r. pojawia się informacja o martwicy rozplywowej rany. Mimo powyższego nie zareagowano na zmiany w procesie gojenia oraz na zastrzeżenia powódki. Odnosząc się z kolei do przyczyn odstąpienia od wykonania zabiegu korekcji plastycznej blizny 10 września 2013 r. wskazać należy na istniejące rozbieżności w tej kwestii. Z dokumentacji medycznej wynika bowiem, że od zabiegu odstąpiono z powodu obiektywnego braku wskazań, co do dalszego leczenia operacyjnego. Treść zeznań przesłuchanych w sprawie świadków M. P. oraz A. Ł., także wskazuje, że od zabiegu odstąpiono ponieważ blizna była na tyle prawidłowo zagojona i estetyczna, iż nie kwalifikowała się do korekcji. Dodać przy tym należy, że żaden z wymienionych świadków nie uczestniczył bezpośrednio w kwalifikacji zabiegowej. Potwierdzają to zarówno zeznania powódki, jak i świadków, które w tym zakresie korespondują ze sobą. Powódka podała natomiast, iż przyczyną odstąpienia były obawy, co do ponownego zakażenia i takie ustalenia zostały poczynione przez Sąd. Nie bez znaczenia dla niniejszej sprawy jest okoliczność, iż w 2013r. na poszczególnych oddziałach interwenienta ubocznego odnotowano występowanie zakażeń. Zastrzeżenia budzi również okoliczność, że wśród procedur obowiązujących w placówce interwenienta ubocznego nie wdrożono procedur dotyczących wykrywania nosicielstwa (...), a z dokumentacji dotyczącej postępowania w przypadku wystąpienia w oddziale gronkowca nie wynika z kolei ile przypadków nosicielstwa (...) wykryto u interwenienta ubocznego w okresie przed hospitalizacją powódki. W ocenie Sądu zarówno strona pozwana, jak i interwenient uboczny nie wykazali w sposób dostateczny, iż procedury dotyczące wykrywania nosicielstwa zostały skutecznie wdrożone i nie doszło do żadnych zaniedbań ze strony personelu medycznego, czy też natury organizacyjnej, albo że do zakażenia doszło w innym miejscu. W myśl art. 232 zd. 1 k.p.c. to strony są zobowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów z których wywodzą skutki prawne. Zgodnie z zasadą kontradyktoryjności ciężar dowodu spoczywa więc na stronach postępowania cywilnego. To one, a nie sąd, są wyłącznym dysponentem toczącego się postępowania i one wreszcie ponoszą odpowiedzialność za jego wynik. Sąd Rejonowy uznał zatem, że w niniejszej sprawie zachodzą wszelkie przesłanki pozwalające przyjąć, iż strona pozwana ponosi odpowiedzialność za skutki zakażenia powódki (...) (...) ((...)) podczas hospitalizacji w placówce medycznej interwenienta ubocznego. Rozstrzygnięcie, co do wysokości należnego powódce zadośćuczynienia zostanie natomiast podjęte na dalszym etapie postępowania.

Apelację od powyższego wyroku wniosła strona pozwana zaskarżając go w całości i zarzucając:

- nierozpoznanie istoty sprawy i naruszenie prawa materialnego, tj. art. 430 k.c. w zw. z art. 822 k.c. poprzez jego błędne zastosowanie polegające na błędnym przyjęciu przez Sąd pierwszej instancji, że w niniejszej sprawie wykazane zostały przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej ubezpieczonego szpitala (interwenienta ubocznego), a tym samym odpowiedzialności gwarancyjnej strony pozwanej, podczas gdy nie zostało wykazane zawinione zachowanie ubezpieczonego ani związek pomiędzy tym zachowaniem a zakażeniem powódki,

- naruszenie prawa procesowego, tj. art. 231 k.p.c. poprzez błędne zastosowanie przez Sąd instytucji domniemania faktycznego bez wykazania, które dowody w przekonaniu Sądu prowadzą do wniosku, że do zakażenia powódki doszło w szpitalu wskutek zawinionego zachowania jego personelu,
- naruszenie prawa procesowego w szczególności art. 217 k.p.c., art. 227 k.p.c. i art. 233 k.p.c. poprzez nieprawidłowe pominięcie przez Sąd wniosku złożonego przez stronę pozwaną w piśmie procesowym z dnia 10 grudnia 2018 roku w przedmiocie przeprowadzenia dowodu z pisemnej opinii zespołowej biegłych lekarzy z zakresu (...), gdyż strona pozwana nie wykonała obowiązku w terminie, podczas gdy na rozprawie w dniu

8 listopada 2018 roku pełnomocnik strony pozwanej nie był obecny, a tym samym Sąd Rejonowy nie mógł skutecznie nałożyć na niego zobowiązania, a w konsekwencji uznać, że zobowiązanie nie zostało wykonane w terminie, gdy Sąd nie wezwał na piśmie do jego wykonania,

- naruszenie przepisu postępowania, tj. art. 233 § 1 k.p.c., mające wpływ na wynik postępowania, poprzez dowolną ocenę dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu (...), polegającą na przyjęciu przez Sąd, że brak objawów zakażenia, w tym zwłaszcza zaczerwienienia rany nie oznacza, iż nie doszło do zakażenia, podczas gdy biegła na rozprawie w dniu 8 listopada 2018 roku zeznała, że objawy zakażenia (...) w postaci zaczerwienienia powinno pojawić się zawsze, natomiast objawy pojawiają się maksymalnie do 72 godzin od zranienia i zakażenia rany, tymczasem operacja miała miejsce w dniu 28 maja 2013 r., a do momentu wypisania powódki ze szpitala w dniu 4 czerwca 2013 r. upłynęły 72 godziny i nie stwierdzono zaczerwienienia rany,
- naruszenie przepisu postępowania, tj. art. 233 § 1 k.p.c., mające wpływ na wynik postępowania poprzez dokonanie ustaleń sprzecznych z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, a to przyjęcie przez Sąd, że powódce podano antybiotyk w nieodpowiedniej dawce i miało to znaczenie dla powstania zakażenia, podczas gdy – jak wynika z dokumentacji medycznej powódki, a zwłaszcza karty zaleceń lekarskich – powódka przed zabiegiem operacyjnym otrzymała jedną dawkę (...) (T.), a następnie (...) (łącznie podano 6 dawek do dnia 30 maja 2013 r. łącznie), a co za tym idzie zastosowano odpowiednią profilaktykę okołoperacyjną,
- naruszenie przepisów postępowania, tj. art. 233 § 1 k.p.c. mające wpływ na wynik postępowania poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny opinii poprzez błędne przyjęcie przez Sąd, że w placówce interwenienta ubocznego nie wdrożono procedur dotyczących wykrywania nosicielstwa (...), podczas gdy wykonywanie u pacjentów posiewów na obecność (...) (...) nie regulują żadne powszechnie obowiązujące przepisy prawa ani standardy (...), natomiast sama biegła zeznała na rozprawie w dniu 8 listopada 2018 r., że powódka nie była objęta leczeniem, do którego odnosiły się zalecenia kontroli odnośnie nosicielstwa (...).

Wskazując na powyższe zarzuty skarżąca wniosła o uchylenie skarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania z uwzględnieniem kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych, ewentualnie o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości.

Sąd Okręgowy rozpoznając apelację oparł się na ustaleniach faktycznych Sądu Rejonowego, a ponadto ustalił. Zastosowany u powódki, w ramach antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, antybiotyk - (...), u pacjentów o wadze do (...) kilogramów, powinien być dawkowany w ilości 1g, a u pacjentów o wadze wyższej w ilości 2g. Zatem gdy powódka ważyła (...) kilogramy właściwa dawka wynosiła 2g. Z rekomendacji dotyczących profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej wynika, że pacjentowi należy podać cefazolinę na 0-30 minut przed nacięciem powłok skórnych. Lek nie działa jeżeli jest podany na wcześniej niż 30 minut przed nacięciem powłok skórnych. Podany powódce inny antybiotyk – (...), jak wynika z zaleceń i rekomendacji, nie działa tak dobrze jak rekomendowana (...) i może zadziałać, ale nie musi. (opinia zasadnicza biegłej z zakresu (...) – k. (...)) oraz opinia uzupełniająca, zapis elektroniczny rozprawy z dnia 8 listopada 2019r. – k. (...)).

Rozważając całość tak poczynionych ustaleń faktycznych Sąd Okręgowy zważył co następuje. Apelacja strony pozwanej nie jest uzasadniona. Sąd Okręgowy podziela dokonaną przez Sąd pierwszej instancji i ocenę dowodów, i argumentację prawną, których zarzuty apelacji i wywody jej uzasadnienia nie podważają, stanowiąc z nimi w istocie pozbawianą uzasadnionych podstaw polemikę, która w szczególności nie podważa ustaleń Sądu i wynikających z nich wniosków.

Odnosząc się do pierwszego z zarzutów apelacji, tj. naruszenia art. 430 k.c. w zw. z art. 822 k.p.c. związanego z wykazaniem przesłanek odpowiedzialności strony pozwanej, w tym zawinionego zachowania ubezpieczonego oraz związku pomiędzy tym zachowaniem a zakażeniem powódki, należy na wstępie wskazać, iż zgodnie z art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Przepis art. 361 § 2 k.c. stanowi zaś, że w powyższych granicach, w braku odmiennego przepisu ustawy lub postanowienia umowy, naprawienie szkody obejmuje straty, które poszkodowany poniósł

oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono. Powstanie cywilnej odpowiedzialności odszkodowawczej uzależnione jest od trzech przesłanek: zdarzenia szkodzącego, wystąpienia szkody oraz związku przyczynowego pomiędzy tymi zdarzeniami. Konstrukcja normalnego (adekwatnego) związku przyczynowego pozwala rozstrzygnąć, za jakie następstwa swojego działania lub zaniechania sprawca ponosi odpowiedzialność. Badanie istnienia adekwatnego związku przyczynowego ma charakter dwustopniowy. Pierwszym krokiem jest ocena, czy pomiędzy badanymi zdarzeniami istnieje związek przyczynowy (tzw. test warunku koniecznego), a zatem należy ustalić, czy bez wystąpienia zdarzenia, będącego przyczyną, wystąpiłoby drugie zdarzenie stanowiące skutek. Drugim krokiem jest badanie, czy zaistniały związek ma charakter adekwatny (tzw. "normalny" związek przyczynowy), tj. czy w łańcuchu kolejnych przyczyn i skutków mamy do czynienia tylko z takimi przyczynami, które zwykle, typowo wywołują dane skutki, a nie są rezultatem wyjątkowego zbiegu okoliczności. Należy uznać, iż dane następstwo ma charakter "normalny" wtedy, gdy pojawienie się przyczyny badanego rodzaju każdorazowo zwiększa obiektywne prawdopodobieństwo wystąpienia rozpatrywanego skutku (por. K. Osajda, Kodeks cywilny, Komentarz, C.H. Beck, 2018). W piśmiennictwie prawniczym i orzecznictwie przyjmuje się, że w tzw. procesach lekarskich ścisłe przestrzeganie zasad rozkładu dowodu oznaczałoby, że w przypadku szkód związanych z leczeniem, w szczególności szkód wywołanych zakażeniem w trakcie pobytu w szpitalu, poszkodowany nie byłby w stanie udowodnić oddziaływania czynnika szkodzącego. W orzecznictwie Sądu Najwyższego wielokrotnie podkreślano, 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. Zwracano też uwagę, 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. Dlatego też wymaganie całkowitej pewności istnienia związku

przyczynowego byłoby w znaczącej liczbie wypadków nierealne (zob. m. in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 lutego 2012 r. IV CSK 245/11, LEX nr 1164750). W celu zatem ułatwienia poszkodowanemu dochodzenia odszkodowania w orzecznictwie już od bardzo dawna przyjmowana jest konstrukcja tzw. dowodu *prima facie*, który polega na wykazaniu prawdopodobieństwa istnienia powyższego związku przyczynowego. Dlatego też w bogatym orzecznictwie za wystarczające przyjmowano wykazanie dostatecznej dozy prawdopodobieństwa wystąpienia tego związku (zob. m. in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 20 sierpnia 1968 r., II CR 310/68, LEX nr 800, z dnia 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69, LEX nr 4677, czy z dnia 12 stycznia 1977 r., II CR 571/76 (LEX nr 7900). Ten kierunek orzecznictwa był konsekwentnie kontynuowany w późniejszych latach i to także w sprawach dotyczących zakażeń żółtaczką zakaźną, gronkowcem złocistym lub wirusem HIV. Nadto na, jako wystarczające, wystąpienie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa takiego związku przyczynowego wskazywał Sąd Najwyższy w wyrokach z dnia 27 lutego 1998 r., II CKN 625/97 (LEX nr 50227), z dnia 4 listopada 2005 r., V CK 182/05 (LEX nr 180901) oraz z dnia 6 listopada 1998 r., III CKN 4/98 (LEX nr 50231). Sąd Najwyższy uznawał przy tym 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 dnia 7 stycznia 1998 r., II CKN 703/97 (LEX nr 5022), 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 1998 r., I CKN 786/97 (LEX nr 50228) Sąd Najwyższy uznał zaś, że zakażenie powódki żółtaczką wszczepienną w szpitalu wskazuje, iż szpital nie zapewnił jej bezpieczeństwa pobytu. Z kolei w wyroku z dnia 17 maja 2007 r., III CSK 429/06 (LEX nr 274129) Sąd Najwyższy 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.

Odnosząc powyższe rozważania do okoliczności niniejszej sprawy oraz do wskazanego wyżej zarzutu, a także zarzutów naruszenia prawa procesowego, tj. art. 231 i 233 § 1 kpc, należy wskazać, że Sąd Rejonowy prawidłowo ustalił, iż strona pozwana ponosi odpowiedzialność za zarażenie powódki (...). Co prawda w sprawie nie było możliwe

ściśle udowodnienie miejsca i czasu zakażenia, jednak jak już wskazano powyżej, w sprawie możliwe jest przyjęcie odpowiedzialności pozwanego oparciu o wysokie prawdopodobieństwo, że do zakażenia doszło właśnie podczas pobytu powódki w szpitalu. Za tym bardzo wysokim prawdopodobieństwem przemawia już to, że powódka przed zabiegiem z 28 maja 2013r. jak i po nim, aż do wykrycia zakażenia, nie była leczona w innych placówkach medycznych i tym samym nie dokonywano u niej ingerencji chirurgicznych w powłoki skórne, które, co wynika z opinii biegłej, najbardziej narażają na zakażenie organizmu. Biegła również w istocie wykluczyła związek zakażenia z czynnościami powódki, polegającymi na osobistym zmienieniu przez nią opatrunków po opuszczeniu szpitala, zważywszy na sposób wykonywania tych czynności przez R. M., który był przez nią wskazywany, a do czego kwestionowania nie było racjonalnych podstaw, mając na względzie, co zauważył Sąd Rejonowy, że zabieg z 28 maja 2013r., nie był pierwszym zabiegiem powódki w związku z operacjami piersi, w wyniku choroby (...). W tym miejscu zauważać również należy (a o czym szerzej także w dalszej części uzasadnienia), że zupełnie nie przekonuje powoływanie się przez skarżącą na dokumentację lekarską szpitala, czy zeznania świadków M. P. i A. Ł. – lekarzy zatrudnionych ówczesnie na oddziale – co do braku u powódki, w okresie pobytu na oddziale, jak i w czasie wizyt kontrolnych po jego opuszczeniu (m. in. 13 i 18 czerwca 2013r.), jakichkolwiek objawów zakażenia(...), w tym zaczerwienia rany, mimo zgłaszanych przez R. M. obaw w związku z nie gojeniem się i powiększaniem rany, w sytuacji gdy taki stan rzeczy nie wywołał żaden reakcji personelu szpitala najpóźniej w trakcie tychże wizyt kontrolnych, a gdy z drugiej strony u powódki w trakcie pierwszej wizyty u lekarza (...)w gabinecie w K., zdiagnozowane zostało podejrzenie zakażenia rany (...), co skutkowało skierowaniem na badanie, którego wynik obiektywnie i ostatecznie potwierdził istnienie takiego zakażenia. Nie ma przy tym też racji skarżąca podnosząc, że Sąd I instancji uchybił przepisowi art. 233 § 1 k.p.c., przyjmując, że brak objawów zakażenia, w tym zwłaszcza zaczerwienienia rany, nie oznaczał, że do zakażenia nie doszło w szpitalu . Co prawda biegła stwierdziła, iż w przypadku zakażenia (...)powinno się pojawić zaczerwienienie rany, a objawy kliniczne zakażenia (...) mogą się rozwijać w ciągu od 48 do 72 godzin. W swoich rozważaniach strona pozwana pomija jednak zupełnie, że biegła kilkakrotnie podkreślała (a co wynika także z jej ustnych wyjaśnień na rozprawie w dniu 8 listopada 2018r., których pełny zapis znajduje się na płycie CD – k. 364), iż okres pojawienia się objawów zależy od indywidualnych właściwości pacjenta i predyspozycji jego układu(...). W przypadku pacjentów obciążonych (...), których układ (...) nie jest sobie w stanie poradzić z infekcją, nie można przewidzieć przebiegu objawów zakażenia (...). Nie sposób zatem kategorycznie stwierdzić, iż zaczerwienienie rany musiało pojawić się w ciągu 72 godzin od zranienia i zakażenia rany, jak nietrafnie argumentuje strona pozwana .Jak już wcześniej wskazano, w procesach "lekarskich" 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, taki bowiem dowód - ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych - często nie jest możliwy do przeprowadzenia. Przyjęcie takiej możliwości wyznacza zarazem "linię obrony" strony przeciwnej, zagrożonej koniecznością ponoszenia odpowiedzialności odszkodowawczej. Obrona ta polega mianowicie 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 (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 lutego 1998 r. II CKN 625/97, LEX nr 50227). W okolicznościach rozpoznawanej sprawy to strona pozwana obowiązana była wykazać, że krzywda czy szkoda powstała wskutek innych przyczyn niż zaniedbania personelu szpitala (np. do zakażenia doszło wskutek zaniedbań poszkodowanej czy działań innego szpitala). Tego rodzaju dowodu strona pozwana jednak nie przeprowadziła. Wbrew twierdzeniom strony pozwanej nie sposób bowiem odmówić wiary zeznaniom powódki, o czym już wyżej, w których wskazała ona na sposób swojego postępowania w czasie zmiany opatrunków. Należy wskazać, iż przeprowadzona operacja nie była pierwszym inwazyjnym zabiegiem, jakiemu została poddana powódka, a mimo tego nie miała ona uprzednio nigdy zakażenia (...), co pozwala uznać, iż powódka wiedziała, w jaki sposób należy zachować właściwą higienę podczas zmiany opatrunków i czyniła to skutecznie. Jednocześnie co istotne w ocenie biegłego przy uwzględnieniu sposobu postępowania powódki zachodzi małe prawdopodobieństwo, iż do zakażenia mogło dojść podczas zmiany opatrunków w domu. Z tych zatem względów, wbrew stanowisku apelacji, przyjęcie co najmniej wysokiego, graniczącego z pewnością, związku przyczynowego między pobytom powódki na oddziale szpitala interwenienta ubocznego, a jej zakażeniem, było uprawnione. Wbrew także stanowisku apelującej zasadne również było przyjęcie konkretnych zaniedbań, a zatem zawinięcia personelu szpitala, w doprowadzeniu do zakażenia powódki, pomijając już nawet, wskazywaną wyżej (opartą na orzecznictwie



Sądu Najwyższego) konstrukcję domniemań 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 sytuacji gdy takie zakażenie nastąpiło w czasie pobytu pacjenta w placówce. Zabieg operacyjny powinien zostać przeprowadzony w sposób uniemożliwiający zakażenie powódki bakteriami, w tym także (...), tym bardziej - na co wskazywała biegła w swojej opinii - że nosicielami szczepu (...), którym zarażono powódkę, jest co najmniej 30-40% populacji, co wymagało przygotowania właściwych procedur, a następnie ich rygorystycznego przestrzegania. Zgromadzony materiał dowodowy nie wskazuje, aby do zarażenia powódki gronkowcem doszło na skutek nadzwyczajnych, nie dających się przewidzieć okoliczności, co rodzi uzasadnione domniemanie faktyczne, że procedury przyjęte w czasie przeprowadzania zabiegu co najmniej nie zostały przeprowadzane w sposób do końca prawidłowy, a zatem nie dający podstaw do postawienia personelowi szpitala nie dochowania należytej staranności, której przecież nawet najmniejszy stopień w prawie cywilnym uzasadnia przyjęcie zawinienia. Odpowiedzialność szpitala, a tym samym strony pozwanej, jest wynikiem nie zachowania wymaganych reguł ostrożności oraz postępowania personelu w placówce leczniczej, na skutek czego doszło do zarażenia powódki bakterią (...). Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy bowiem podjęcie takiego sposobu postępowania, które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przede wszystkim nienarażanie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia, prowadzeniu zabiegów medycznych. Wbrew zatem twierdzeniom skarżącego nie można uznać, iż Sąd dokonał sprzecznych ustaleń w przedmiocie uchybień szpitala w zakresie profilaktyki okołoperacyjnej. Jak wskazała w opiniach biegła, z przedłożonej do akt sprawy dokumentacji medycznej wynika szereg nieścisłości, które budzą wątpliwości co do prawidłowości postępowania personelu medycznego. I tak, z karty przebiegu znieczulenia wynika, iż w dniu 28 maja 2013 roku podano powódce o godz. 10.30 (...). W karcie zaleceń lekarskich odnotowano, że w dniu 28 maja 2013 roku podano powódce w godz. 7:00 do 19:00 jeden raz (...) w ilości 1 gram, a także (...). Z okołoperacyjnej karty kontrolnej wynika zaś, że w dniu 28 lipca 2013 roku wdrożono wobec powódki okołoperacyjną profilaktykę antybiotykową do 60 minut przed zabiegiem operacyjnym. W ocenie biegłej powyższe ustalenia wynikające z dokumentacji medycznej nie pozwalają stwierdzić, jaki, a przede wszystkim o której godzinie przed zabiegiem został podany powódce antybiotyk. Ma to o tyle istotne znaczenie, iż w toku składowania wyjaśnień biegła podkreśliła, że jeżeli antybiotyk zostanie podany wcześniej lub później niż wynika to z wytycznych, to lek nie wywoła pożądanego efektu bakteriobójczego. Z rekomendacji dotyczących profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej przytoczonej przez biegłego wynika, że pacjentowi należy podać (...) w ilości 1 gram na 0-30 minut przed nacięciem powłok skórnych, przy czym dla osób ważących więcej niż 80 kg dawka leku powinna wynosić 2 gramy. Natomiast jak już wskazano z dokumentacji medycznej wynika, że powódkę objęto profilaktyką okołoperacyjną na 60 minut przed zabiegiem, co jest sformułowaniem nieprecyzyjnym, niepozwalającym w istocie ustalić, czy personel medyczny dochował należytej staranności przy przestrzeganiu obowiązujących procedur, po pierwsze pod względem odpowiedniego czasu zastosowania środka. Po drugie zaś i co najistotniejsze, według zaleceń pacjentka, która ważyła 92 kg, powinna otrzymać 2 gramy(...) zaś powódce podano jedynie jeden gram tego antybiotyku. Całkowicie nieuzasadnione jest przy tym podnoszenie przez skarżącego, że nie wyjaśnione zostało, jakie znaczenie miałyby mieć niepodanie większej dawki antybiotyku dla powstania zakażenia, gdy oczywistym jest, że niewłaściwe zastosowanie jakiegokolwiek środka medycznego może doprowadzić do nieosiągnięcia zamierzonego skutku, bądź nawet spowodować skutki ujemne. Niczym nieopartą polemikę z wyjaśnianymi biegłej złożonymi na rozprawie w dniu 8 listopada 2019r. (których pełna treść, jak już wskazywano, zawarta jest w zapisie elektronicznym rozprawy – (...)), stanowi zaś podnoszenie przez skarżącą zastosowania u powódki innego antybiotyku – (...), który, jak jasno i kategorycznie wyjaśniła biegła, powołując się na zalecenia i rekomendacje nie działa tak dobrze jak rekomendowana cefazolina i może zadziałać, ale nie musi. Wskazywane przez biegłą nieścisłości, a przede wszystkim jednak błędy personelu były na tyle istotne, że wbrew stanowisku skarżącej, nie sposób stwierdzić, że wobec powódki zastosowano w sposób zupełnie prawidłowy okołoperacyjną profilaktykę antybiotykową. Reasumując, należy stwierdzić, iż w niniejszej sprawie zachodzi duża doza prawdopodobieństwa, że do zakażenia powódki (...) doszło w szpitalu na skutek uchybień personelu medycznego w zakresie przeprowadzonej antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej. Jak wskazała biegła, istnieje większe prawdopodobieństwo, że wniknięcie gronkowca złocistego nastąpi po przerwaniu tkanek, naruszeniu ich ciągłości, a zabieg operacyjny prowadził do otwarcia powłok skórnych i otwarcia tzw. wrót zakażenia. Była to z pewnością procedura bardziej inwazyjna, niż zmienianie przez powódkę opatrunków w domu. Co istotne zgromadzona dokumentacja medyczna budzi wątpliwości co do prawidłowości czasu

wdrożenia profilaktyki okołoperacyjnej i niewłaściwie zastosowanej dawki antybiotyku, co w ocenie biegłej pozwala stwierdzić, iż pacjentka nie była w pełni zabezpieczona przez zakażeniem endogennym podczas operacji. Z tego zatem już względu uzasadnione było przyjęcie nieprawidłowości działań personelu szpitala, skutkujące zakażeniem powódki.

Zatem już niezależnie od powyższych rozważań wskazać należy, że wprowadzić rację ma skarżący, wskazując, iż kwestia wykonywania wymazów u pacjentów na obecność (...) nie jest uregulowana przez żadne powszechnie obowiązujące przepisy prawa. Biegła przyznała również, że powódka nie była objęta leczeniem, do którego odnosiły się zalecenia w zakresie wykonywania tych badań. Niemniej jednak w toku składania wyjaśnień biegła wskazała, iż szpital nie dysponował usystematyzowanymi procedurami wykrywania nosicielstwa (...) u pacjentów hospitalizowanych, co uniemożliwiło poczynienie ustaleń, u jakich pacjentów, z jakich oddziałów i przed jakimi zabiegami operacyjnymi w 2013 r. przeprowadzano w szpitalu rutynowo wymazy na nosicielstwo (...). Jest to o tyle istotne, że - jak wskazała biegła - konieczność wykonywania tych badań zależy nie tylko od ogólnopolskich wytycznych, ale od sytuacji epidemiologicznej występującej w danym szpitalu. Jeśli zatem występowało wiele przypadków nosicieli (...) (...), to takie badania należało wykonywać rutynowo. Reasumując, co prawda nie można szpitalowi postawić zarzutu postępowania niezgodnego z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa czy ogólnopolskimi zaleceniami, to jednak brak usystematyzowania procedury wykrywania nosicielstwa (...) nie pozwala ocenić, czy sytuacja epidemiologiczna szpitala nie uzasadniała jednak przeprowadzenia rutynowego wymazu u powódki, co pozwoliłoby na ustalenie, czy powódka była nosicielem (...) (...), a w konsekwencji podjęcia właściwych i zgodnych z zaleceniami działań profilaktycznych. W niniejszej sprawie, jak już wskazano, uchybienie szpitala polegało przede wszystkim na niewłaściwym zastosowywaniu antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, dlatego też bez większego znaczenia dla jej istoty pozostaje, w okolicznościach tejże sprawy, pogląd wyrażony w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2016 r. I CSK 1031/14, LEX nr 1991132, że nie można zakładać, iż zakażenie pacjenta w szpitalu w toku leczenia w każdym przypadku oznacza zaniedbanie w zakresie bezpieczeństwa. Niemniej jednak stan obecnej wiedzy medycznej wskazuje na niebezpieczeństwo zakażenia bakteriologicznego pacjenta podczas zabiegu operacyjnego, istnieją również odpowiednie procedury zapobiegania tego typu zakażeniom. Wobec powyższego obowiązkiem szpitala jest zapewnienie pacjentom takich warunków, które uniemożliwiały zakażenie ich bakterią (...), w tym zapobieżenie zakażeniu o charakterze (...). Skoro wiadomym jest, że podczas tego zabiegu mogło dojść do zakażenia z własnej flory bakteryjnej pacjentki, to należało podjąć wszelkie możliwe i dostępne działania zapobiegawcze, które uniemożliwiałyby przedostanie się bakterii z flory własnej pacjentki do rany operacyjnej.

Wbrew stanowisku skarżącego Sąd Rejonowy nie naruszył również przepisu art. 217 k.p.c., art. 227 k.p.c. i art. 233 k.p.c. poprzez nieprawidłowe pominięcie twierdzeń i zarzutów oraz wniosku dowodowego złożonego przez stronę pozwaną w piśmie z dnia 10 grudnia 2018 roku. Jak słusznie zauważył Sąd Rejonowy, pełnomocnik strony pozwanej został prawidłowo zawiadomiony o terminie posiedzenia i o wydaniu postanowienia o dopuszczeniu dowodu z ustnej opinii uzupełniającej biegłej sądowej. Pomimo tego nie wziął udziału w wyznaczonym posiedzeniu, nie skorzystał z prawa zadawania pytań biegłemu, przy czym nie usprawiedliwił swojej nieobecności i nie wnosił o odroczenie przeprowadzenia rozprawy. Jako podmiot profesjonalny powinien być świadomy, iż niestawiennictwo stron i pełnomocników na termin nie wstrzymuje prowadzenia postępowania (chyba że obecność stron lub jednej z nich jest konieczna co w niniejszej sprawie nie miało miejsca) i dokonania przez sąd kolejnych czynności, a co więcej należy podkreślić, iż żaden przepis postępowania nie nakłada na Sąd obowiązku informowania z urzędu stron i pełnomocników o przebiegu samej rozprawy, na której nie byli obecni, w tym nałożonych zobowiązanych, czy wydanych rozstrzygnięciach (art. 357 § 1 i art. 362 kpc). Sąd nie był zatem tym samym zobowiązany do odrębnego informowania nieobecnego pełnomocnika o wyznaczeniu stronom i interwenientowi ubocznemu terminu do złożenia ewentualnych zastrzeżeń do ustnych wyjaśnień biegłej. Strony postępowania mają prawo, ale również i obowiązek interesowania się przebiegiem procesu i biegiem sprawy. Nie sposób zatem uznać, iż uchybienie terminowi do złożenia zastrzeżeń i będących ich konsekwencją wniosków, nastąpiło bez winy strony pozwanej i gdy zakreślony termin upływał w dniu 22 listopada 2018r., a pismo pozwanej zostało nadane 11 grudnia 2019r. (k(...)), to podniesiony zarzut nie mógł podlegać uwzględnieniu. Niezależnie już od tego zauważyć należy, że na rozprawie w dniu 9 maja 2019r. Sąd Rejonowy oddalił wniosek dowodowy interwenienta ubocznego o dopuszczenie dowodu z innego biegłego oraz pominął twierdzenia i zarzuty strony pozwanej zawarte w powyższym piśmie pozwanej z 10 grudnia 2018

roku. O terminie powyższej rozprawy pełnomocnik pozwanej został również prawidłowo zawiadomiony (k(...), a mimo tego także nie był na niej obecny. Tym samym pełnomocnik, odnośnie powyższego rozstrzygnięcia Sądu, nie zgłosił zastrzeżeń do protokołu, w trybie przepisu art. 162 kpc, a powyższa nieobecność pełnomocnika na rozprawie, skutkująca niemożnością zgłoszenia zastrzeżeń i wydanie na powyższej rozprawie przez sąd wyroku, stanowiły element ryzyka pełnomocnika. Natomiast w grę nie wchodziło przyjęcie, że naruszenie przepisów było tego rodzaju, że sąd powinien je wziąć pod rozwagę z urzędu, ani też że strona uprawdopodobniła, o czym już wyżej, iż nie zgłosiła zastrzeżeń bez swojej winy. Zważywszy też na wskazywany fakt reprezentowania pozwanej przez profesjonalnego pełnomocnika, nie było też żadnych przesłanek, które uzasadniałyby dopuszczenie dowodu przez Sąd z urzędu. Zatem obecnie z tego również względu skarżąca nie może skutecznie powoływać się na uchybienie Sądu pierwszej instancji polegające na nieuwzględnieniu wniosku dowodowego. Jest to pogląd utrwalony zarówno w orzecznictwie Sądu Najwyższego, jak i sądów powszechnych (zob. m.in. uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2008 r., III CZP 50/08, OSNC 2009/7-8/103, Biul.SN 2008/6/13; wyroki Sądu Najwyższego z dnia 26 sierpnia 2009 r., I CSK 13/09, LEX nr 1211185 i z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 234/09, LEX nr 589835, OSNC-ZD 2010/4/102; wyroki Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 7 czerwca 2013r., I ACa 36/13, z dnia 18 lutego 2009 r., I ACa 809/08, LEX nr 1120180 i z dnia 21 stycznia 2010 r., I ACa 1032/09, LEX nr 1120050; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 22 czerwca 2011 r., I ACa 617/11, LEX nr 1112457; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 10 sierpnia 2011 r., I ACa 571/11, LEX nr 1133341; wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 15 maja 2012 r., I ACa 1240/11, LEX nr 1220666; wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 4 lipca 2012 r., I ACa 304/12, LEX nr 1238476; wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 6 września 2012 r., I ACa 199/12, LEX nr 1238184; wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 12 września 2012 r., I ACa 299/12, LEX nr 1220620; wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 20 grudnia 2012 r., VI ACa 1188/11, LEX nr 1293070; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 23 stycznia 2013 r., I ACa 1142/12, LEX nr 1271921; wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 1 lutego 2013 r., V ACa 844/12, LEX nr 1280282, wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 6 czerwca 2017r., I ACa 276/16). Odnosząc się natomiast już tylko na marginesie do wniosku strony pozwanej o przeprowadzenie dowodu z opinii zespołowej biegłych sądowych z zakresu epidemiologii i chorób zakaźnych oraz chirurgii plastycznej, należy wskazać, że nie można przyjąć, iż sąd zobowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych w każdym przypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r., II CR 817/73, LEX nr 7404). Potrzeba powołania innego biegłego powinna zatem wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczasowej złożonej opinii (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1974 r., I CR 562/74, LEX nr 7607), przy czym potrzebą taką nie może być przeświadczenie strony, że dalsze opinie pozwolą na udowodnienie korzystnej dla strony tezy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2001 r., II UKN 446/00, LEX nr 76245). Również w ocenie Sądu Okręgowego, sporządzone w sprawie opinie biegłej – zasadnicza i ustana uzupełniająca, w sposób przekonujący i zgodny z zasadami logiki przedstawiają zagadnienia, które wymagały wiedzy specjalnej, a ostateczne wnioski są jasne i konkretnie rozstrzygają powyższe zagadnienia wymagające wiadomości specjalnych. W niniejszej sprawie biegła, nie będąc lekarzem, nie wypowiedziała się natomiast co do prawidłowości przebiegu samego procesu leczenia powódki, niemniej jednak przedmiotem jej opinii była kwestia zakażenia szpitalnego, zastosowanej antybiotykoterapii i występowania zaniedbań personelu medycznego w tym zakresie, co było wystarczające do ustalenia samej, co do zasady, odpowiedzialności strony pozwanej. Strona pozwana miała zaś możliwość uszczegółowienia kwestii poruszanych przez biegłą w opinii zasadniczej poprzez zadawanie pytań na rozprawie, na której biegła składała wyjaśnienia, z czego jednak, jak już wskazano, nie skorzystała. W takim zatem też stanie rzeczy, wszelka polemika pozwanej z ustaleniami poczynionymi na podstawie opinii biegłej, pozostaje nadto gołosłowna. Zauważyć też należy, że na etapie wydania wyroku wstępnego, przesądzającego jedynie o samej odpowiedzialności strony pozwanej co do zasady, za zakażenie powódki, nie było konieczne wyjaśnienie wszelkich kwestii medycznych związanych ze skutkami tego zakażenia, gdyż będą one podlegały badaniu w toku dalszego postępowania, co będzie niezbędne dla oceny rozmiaru krzywdy powódki i wysokości należnego jej zadośćuczynienia, a na które to m. in. okoliczności powódka w piśmie z 24 września 2018r. (k. (...)) wносиła o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych odpowiednich specjalności.

Mając na uwadze powyższe względy Sąd Okręgowy, na podstawie art. 385 k.p.c., oddalił apelację strony pozwanej.

(...)