

Sygn. akt I ACa 313/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 października 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSA Krystyna Golinowska (spr.)

Sędziowie: SSA Lilla Mateuszczyk

SSA Alicja Myszkowska

Protokolant: stażysta Paulina Działońska

po rozpoznaniu w dniu 27 października 2017 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa K. E.

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

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 13 stycznia 2017 r. sygn. akt II C 1021/15

1. oddala apelację;

2. nie obciąża powoda obowiązkiem zwrotu kosztów postępowania

apelacyjnego na rzecz strony pozwanej.

Sygn. akt. I ACa 313/17

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 13 stycznia 2017 r. Sąd Okręgowy w Łodzi oddalił powództwo K. E. skierowane przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. o zapłatę zadośćuczynienia w kwocie 80000 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od 8 maja 2015 r. do dnia zapłaty za krzywdę powstałą na skutek rozstroju zdrowia związanego z zakażeniem szpitalnym oraz o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za skutki zakażenia jakie mogą wystąpić w przyszłości. Nadto orzekł o nieobciążeniu powoda kosztami postępowania.

Sąd pierwszej instancji poczynił następujące ustalenia faktyczne, które Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje za własne.

W dniu 17 marca 2012 r. K. E. trafił do Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z. z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego i tego samego dnia został poddany zabiegowi operacyjnemu w trybie pilnym. Po otwarciu jamy brzusznej, stwierdzono obecność mętnego płynu oraz zgorzelinowo zmieniony wyrostek. Wyrostek został wycięty w sposób typowy, w okolicy kątnicy założono dren. Pobrany z drenu posiew wykazał obecność bakterii E. coli (pałeczka

okreźnicy) i *E. faecalis* (paciorkowiec fekalny), wobec czego zastosowano leczenie antybiotykami (biotraksonem i metronidazolem). W dniu 23 marca 2012 r. powód został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym.

Od 27 marca 2012 r., zgodnie z zaleceniem kontynuował leczenie ambulatoryjnie w Poradni Chirurgicznej w A.. W dniu 11 kwietnia 2012 r. z powodu utrzymującego się wycieku z rany, w poradni pobrano od powoda wymaz z rany pooperacyjnej, celem wykonania posiewu. W wyniku przeprowadzonego badania, wyhodowano bakterię *E. faecalis* (szczep wysoce oporny na antybiotyki) oraz gronkowca złocistego (...) (metrylinowrażliwego).

W dniach 15 – 19 kwietnia 2012 r. powód ponownie przebywał w (...) w Z., z rozpoznaniem ropowicy powłok po wycięciu zgorzelinowo zmienionego wyrostka robaczkowego. Zdecydowano wówczas o nacięciu operacyjnym ropowicy powłok brzucha. Ze zmiany skórnej pobrano posiew, w wyniku czego wyhodowano gronkowca naskórkowego (...) (szczep metycylinooporny). Zastosowano leczenie antybiotykami augmentin.

Od 30 listopada do 11 grudnia 2012 r., powód przebywał w Oddziale Chirurgicznym (...) Centrum (...) w P., z rozpoznaniem zapalenia tanki łącznej tułowia oraz przetoki ropnej w bliźnie po operacji wyrostka. Zmianę wycięto i oczyszczono. Z pobranego wymazu z rany wyhodowano *S. Aureus* (...) (gronkowiec złocisty wrażliwy na antybiotyki).

Powód chorował wcześniej na cukrzycę oraz chorobę wieńcową serca, z której powodu przechodził uprzednio leczenie inwazyjne (zakładanie stentów).

W 2012 r. w Oddziale (...) Ogólnej (...) w Z. stwierdzono 12 przypadków zakażeń szpitalnych. Podczas kontroli sanitarnej, jaka miała miejsce na tym oddziale w dniu 6 września 2012 r., nie stwierdzono większych nieprawidłowości, jedynie wskazano na konieczność wykończenia prac remontowych nałożonych na placówkę decyzją z dnia 29 września 2010 r.

Następnie Sąd Okręgowy stwierdził, że długotrwałe ropienie rany u powoda nie miało charakteru zakażenia szpitalnego, związanego z leczeniem w szpitalu w Z.. Wykryte podczas pierwszej hospitalizacji powoda bakterie *E. coli* i *E. faecalis* są bakteriami typowymi dla przewodu pokarmowego. Znajdując się w przewodzie pokarmowym nie czynią szkód człowiekowi, w przeciwieństwie do sytuacji, gdy się z niego wydostaną. Zakażenie miejsca operowanego u powoda wynikało z ciężkiego, zgorzelinowego zapalenia wyrostka, co sprzyjało przedostaniu się tych bakterii z jego przewodu pokarmowego do jamy brzusznej. Przyczyną przedostania się zawartości układu pokarmowego do jamy otrzewnej było właśnie rozlanie wyrostka robaczkowego. Dodatkowo prawidłowe gojenie rany utrudniał oporny szczep *E. faecalis*, który mógł pozostać u powoda w wyniku kolonizacji po wcześniejszych pobytach szpitalnych. Elementem podtrzymującym długotrwałe ropienie rany była także cukrzyca oraz choroba wieńcowa.

Wykryty podczas drugiej hospitalizacji w (...) w Z., w kwietniu 2012 r., gronkowiec naskórkowy oporny na antybiotyki, również nie stanowi zakażenia szpitalnego, a raczej nadkażenie rany powstałe już w czasie leczenia ambulatoryjnego.

Został on u powoda wykryty dopiero po kilkunastu dniach leczenia ambulatoryjnego. Gdyby do zakażenia gronkowcem doszło wcześniej, tj. na etapie leczenia szpitalnego leczenie ambulatoryjnie powoda od samego początku nie przebiegałoby w sposób prawidłowy. Podmiotem odpowiedzialnym za przedostanie się tego gronkowca do rany nie jest zatem szpital, bo nie tam odbywało się leczenie ambulatorjne. Gronkowiec lekooporny mógł przejść ze skóry chorego do rany (gdyż sącząca się wydzielina stanowi pokarm dla bakterii) oraz nabrać oporności na skutek działania antybiotyku. Mógł mieć wpływ na gojenie się rany, ale nie można go łączyć z zakażeniem szpitalnym. Ponadto w późniejszych okresach już nie wyhodowano omawianego gronkowca, a mimo to rana się w dalszym ciągu się nie goiła.

Dalej Sąd meriti ustalił, że w okresie hospitalizacji powoda w (...) w Z., placówka ta objęta była ochroną ubezpieczeniową pozwanego, na podstawie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. W postępowaniu likwidacyjnym pozwany pismem datowanym na dzień 8 maja 2014 r. stwierdził brak podstaw do przyjęcia odpowiedzialności za skutki zakażenia powoda i odmówił wypłaty na jego rzecz rekompensaty pieniężnej.

Dokonując oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego Sąd Okręgowy uznał, że sporządzona przez biegłego sądowego lekarza specjalisty z zakresu chorób zakaźnych wyjaśniła konieczne do rozstrzygnięcia kwestie oraz zgłoszone wątpliwości.

W złożonej opinii biegła spójnie i w sposób niebudzący wątpliwości wyjaśniła, dlaczego zaistniałe u powoda trudności gojenia się rany, spowodowane niewątpliwym zakażeniem bakteryjnym, z wysokim prawdopodobieństwem nie pozostaje w związku przyczynowym z jego hospitalizacją w (...) im. M. S. – Curie w Z. i nie jest zakażeniem szpitalnym. Uznając powyższą opinię za wystarczającą i pełną, Sąd I instancji oddalił wniosek powoda o powołanie innego biegłego z zakresu chorób zakaźnych. Wskazał, że sam fakt niezadowolenia strony z wyników opinii nie jest wystarczającą przesłanką dopuszczenia dowodu z opinii innego biegłego tej samej specjalności.

W konsekwencji, na podstawie art. 227 k.p.c., Sąd meriti oddalił pozostałe wnioski dowodowe powoda, które dotyczyły rozmiaru szkody, a więc nie miały znaczenia dla rozstrzygnięcia, skoro nie wykazano zasady odpowiedzialności strony pozwanej.

Dokonując oceny prawnej zgłoszonego roszczenia, Sąd meriti zaznaczył, że pozwany zakład ubezpieczeń nie kwestionował, że w dacie hospitalizacji powoda, (...) w Z. objęty był ochroną ubezpieczeniową ze strony pozwanego. Zauważył, że odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ma charakter wtórny w stosunku do odpowiedzialności bezpośredniego sprawcy szkody, który ponosi odpowiedzialność deliktową. Granice odpowiedzialności ubezpieczonego kształtują przy tym granice odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

W tych warunkach Sąd meriti stwierdził, że odpowiedzialność pozwanego zakładu ubezpieczeń należało rozważać przez pryzmat odpowiedzialności ubezpieczonego (...) w Z., w oparciu o treść art. 430 k.c. Przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na wskazanej podstawie wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.). Między osobą powierzającą wykonanie czynności, a tym komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania, przy czym w doktrynie i judykaturze przyjmuje się, że chodzi o pojęcie podporządkowania ogólnooorganizacyjnego. W konsekwencji, stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii czy też innego personelu medycznego. Wobec tego zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność za błędy organizacyjne i zaniedbania personelu medycznego oraz za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego są poważne szkody doznane przez pacjenta. Gdy przedmiotem rozważań jest zakażenie powstałe u pacjenta przez błędy organizacyjne i zaniedbania personelu medycznego, których nie sposób przypisać konkretnej osobie (wina anonimowa) bez znaczenia pozostaje stosunek prawny, na podstawie których czynności wykonują w danym szpitalu lekarze operujący danego pacjenta.

Przechodząc do oceny, czy podczas hospitalizacji powoda miał miejsce zarzucany błąd organizacyjny szpitala bądź zawinione działanie lub zaniechanie jego personelu, a nadto czy istnieje związek przyczynowy między zawinionym działaniem lub zaniechaniem a szkodą powoda, Sąd I instancji uznał, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie pozwala na przyjęcie, iż do bakteryjnego zakażenia u powoda doszło na skutek niewłaściwego postępowania personelu medycznego w procesie leczenia w (...) szpitalu. Sąd meriti podkreślił, że do przyjęcia istnienia związku przyczynowego między zaniedbaniami personelu medycznego a szkodą pacjenta wystarcza ustalenie wysokiego czy też przeważającego prawdopodobieństwa jego istnienia, nie zaś pewności. W takiej sytuacji ciężar wykazania innej, co najmniej równie lub bardziej prawdopodobnej, przyczyny zakażenia pacjenta obciąża stronę pozwaną. Pogląd powyższy, utrwalony w orzecznictwie, wynika z faktu praktycznej niemożliwości – ze względu na właściwości procesów biologicznych – przeprowadzenia dowodu bezpośredniego i uzyskania pewności konkretnego źródła i momentu zainfekowania organizmu człowieka. Z tego względu możliwe jest posłużenie się konstrukcją domniemania faktycznego przewidzianego w przepisie art. 231 k.p.c. Jednakże, aby ustalić w ten sposób związek przyczynowy, musi istnieć szereg okoliczności na związek ów wskazujących i w ten sposób czyniących go wysoce prawdopodobnym,

a jednocześnie ustalone okoliczności muszą wskazywać na małe prawdopodobieństwo powstania szkody w wyniku innych czynników.

W rozpoznawanej sprawie, jak wynika z pozytywnie ocenionej opinii biegłego sądowego, przyjęć należało z wysoką dozą prawdopodobieństwa, że do zakażenia bakteryjnego operowanego miejsca, nie doszło na skutek działalności personelu (...) w Z., który udzielał powodowi pomocy medycznej. Jak wskazała biegła, przyczyną długotrwałego ropienia rany operacyjnej powoda, było działanie typowej dla przewodu pokarmowego bakterii *E. faecalis*. Przyczyną zaś kolonizacji tego szczepu bakterii rany operacyjnej nie było zachowanie personelu objętej ochroną ubezpieczeniową placówki medycznej, lecz ciężkie, zgorzelinowe zapalenie wyrostka robaczkowego, którego przebieg, sprzyjał przedostaniu się zawartości układu pokarmowego (wraz z rezydującymi w nim bakteriami) do jamy otrzewnej. Zatem trudno powiązać fakt zakażenia w/w bakterią z nieprawidłowym zachowaniem placówki objętej ochroną ubezpieczeniową ani jej stanem sanitarnym.

W ocenie Sądu Okręgowego, odpowiedzialności pozwanego nie przesądza również okoliczność wyhodowania u powoda, w kwietniu 2012 r., podczas ponownej hospitalizacji w (...) szpitalu, bakterii gronkowca naskórkowego lekoopornego, ponieważ upływ czasu oraz przebieg leczenia ambulatoryjnego powoda, wykluczają możliwość powiązania faktu nadkażenia rany bakterią gronkowca, z jego pierwotnym pobytem w (...) szpitalu. Sąd meriti zauważył, że nieprawidłowości w zakresie gojenia rany, które dały asumpt do wykonania posiewu treści surowiczej, na okoliczność obecności szkodliwych drobnoustrojów, pojawiły się po ok. 3 tygodniach od wyjścia powoda ze szpitala, w trakcie leczenia już w warunkach ambulatoryjnych. Gdyby źródłem zakażenia był pierwotny pobyt w szpitalu, wówczas, jak kategorycznie podaje biegła, od samego początku, leczenie ambulatoryjne przebiegałoby u powoda nieprawidłowo. Reasumując, upływ czasu zmniejsza prawdopodobieństwo, a wręcz wyklucza jako przyczynę zakażenia gronkowcem pobyt powoda w szpitalu w Z., który nie prowadził leczenia ambulatoryjnego powoda. Sąd podkreślił, że nie powinno umknąć uwadze, iż skuteczna eliminacja bakterii gronkowca z organizmu powoda, nie doprowadziła w rezultacie do polepszenia się stanu rany, co jedynie utwierdza w przekonaniu, co do słuszności, w zakresie stwierdzonej wyżej przyczyny oraz źródła zakażenia. Gdyby bowiem przyczyną cierpień powoda był gronkowiec, jego eliminacja dałaby tym cierpieniom kres, a tak się nie stało. Pamiętać również trzeba, że powód, u którego doszło do samoistnego „rozłania się treści” wyrostka robaczkowego do otrzewnej dodatkowo narażony jest na gorszy przebieg rekonwalescencji pooperacyjnej z powodu samoistnych schorzeń w postaci cukrzycy i schorzenia układu krążenia.

W tym stanie rzeczy Sąd I instancji uznał, że powód nie wykazał, iż wysoce prawdopodobnym jest, że do zakażenia bakteryjnego rany operacyjnej doszło u niego w wyniku pobytu w (...) szpitalu i zaniedbań jego personelu, w następstwie czego oddalił powództwo.

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu Sąd Okręgowy uzasadnił treścią art. 102 k.p.c., wskazując na trudną sytuację majątkową i życiową K. E., charakter przedmiotu postępowania, jak również okoliczność, że ewentualność zweryfikowania zasadności wysuniętego roszczenia była możliwa dopiero po przeprowadzeniu dowodu z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych. W efekcie powód nie został obciążony obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz strony pozwanej.

W apelacji od powyższego wyroku powód zaskarżył go w całości, zarzucając mu naruszenie przepisów prawa procesowego, a mianowicie:

1. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie zasad swobodnej oceny dowodów, w

tym wskutek:

- błędnej oceny opinii biegłego jako rzetelnej, spójnej i fachowej, wyjaśniającej wszelkie konieczne do rozstrzygnięcia kwestie w sposób niebudzący wątpliwości, pomimo oczywistych sprzeczności wynikających z opinii oraz oparcia na wewnętrznie niespójnej opinii całości wydanego rozstrzygnięcia, w sytuacji gdy wspomniana opinia została w

całości zakwestionowana szczegółowymi zastrzeżeniami, czego Sąd I instancji nie uwzględnił wydając zaskarżone rozstrzygnięcie,

- braku wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego i dokonania jego oceny z pominięciem istotnych części tego materiału, to jest zeznań powoda, które nie dają się pogodzić z opinią biegłego,

- sprzecznego z zasadami logiki i doświadczenia życiowego wyprowadzenia faktu o dobrym stanie sanitarnym obiektu szpitala z dowodu w postaci dokumentacji uzyskanej od Powiatowego Inspektora Sanitarnego, w następstwie czego błędnie ustalono, że stan sanitarny szpitala nie miał wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zakażenia powoda drobnoustrojem chorobotwórczym, mimo że wzmiankowana dokumentacja stanowi jednoznaczny dowód na zły stan sanitarny obiektu, a w konsekwencji na zwiększenie prawdopodobieństwa zakażenia powoda, a nie jego zmniejszenia;

2. art. 217 § 1 i 2 w zw. z art. 227 i w zw. z art. 278 k.p.c. poprzez niedopuszczenie prawidłowo zgłoszonych dowodów z opinii biegłych lekarzy specjalistów z zakresu chirurgii ogólnej, chirurgii plastycznej i psychiatry na okoliczność uszczerbku na zdrowiu powoda, a także prawidłowości przebiegu operacji przeprowadzonej u powoda, w szczególności czy rany pooperacyjne powinny być ranami długo gojącymi się. Ponadto przez oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego specjalisty chorób zakaźnych, mimo zgłoszenia i wykazania niedających się pogodzić sprzeczności w treści opinii wydanej w sprawie.

W uzasadnieniu apelacji powód podniósł, że biegła w złożonej opinii stara się wykazać, że skoro drugie badanie laboratoryjne została wykonana dopiero w dniu 11 kwietnia 2012 r., to dowodzi to, że skarżący zaraził się gronkowcem złocistym krótko przed tą datą, jako że wcześniej takie badanie nie było potrzebne. Takie rozumowanie jest nielogiczne, gdyż jest to dowód tylko na to, że wcześniej takie badanie nie zostało przeprowadzone, co świadczy jedynie o niefrasobliwym postępowaniu personelu szpitala. Z pewnością jednak nieprzeprowadzenie takiego badania przez personel szpitala nie może stanowić dowodu negatywnego na hipotezę zakażenia powoda w tej placówce medycznej. Wprawdzie biegła wskazała na krótki okres inkubacji gronkowca (1 – 2 dni), jednakże nie oznacza to, że powód zaraził się na 1 – 2 dni przed badaniem laboratoryjnym, kiedy wykonano posiew. Ocena twierdzeń biegłej w powyższym aspekcie musi być zatem negatywna. Tym bardziej, że powód w złożonych zeznaniach twierdził, iż wysięk z rany nie zmienił swoich właściwości od chwili wypisania go ze szpitala, a leczenie ambulatoryjne od początku nie przebiegało prawidłowo. Poza tym wnioski opinii są sprzeczne z innym twierdzeniem biegłej, a mianowicie że zakażenie szpitalne to takie, które nie występowało, gdy chory był przyjmowany do szpitala. Biegła nie przeanalizowała również skutków ewentualnego nadkażenia rany gronkowcem, a skoro wszystkie drobnoustroje mogły mieć wpływ na utrudnienie gojenia, należało zbadać ich wzajemne relacje. Ponadto nie jest prawdą, że gronkowiec został z organizmu powoda wyeliminowany, gdyż nadal leczy się on z powodu jego obecności w nosie i oczach. Wreszcie niezrozumiałe jest stanowisko biegłej, że potwierdzony dokumentacją (...) zły stan sanitarny szpitala nie musiał mieć żadnego wpływu na zakażenie powoda.

W oparciu o tak sformułowane zarzuty apelujący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania, ewentualnie o wydanie wyroku reformatoryjnego i uwzględnienie powództwa w całości oraz zasądzenie kosztów procesu za obie instancje.

Na rozprawie apelacyjnej strona pozwana wniosła o jej oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie.

Punktem wyjścia do rozważań Sądu Okręgowego przedstawionych w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku była trafna konstatacja, że w świetle okoliczności faktycznych przytoczonych przez powoda w uzasadnieniu dochodzonego żądania odpowiedzialność odszkodowawczą pozwanego należy oceniać na podstawie art. 430 k.c. co oznacza

odpowiedzialność szpitala, jako osoby prawnej na zasadzie ryzyka, ale za zawinione działania personelu medycznego (art. 415 k.c.). Prawdłowo też Sąd pierwszej instancji określił przesłanki tej odpowiedzialności i wskazał, że ciężar ich wykazania obciąża powoda, choć jak to ma miejsce w sprawach o naprawienie szkody wyrządzonej przy leczeniu, zwłaszcza zaś będącej następstwem zakażenia szpitalnego, ten rygoryzm jest w znacznym stopniu złagodzony.

Wynika to z faktu, że w tego rodzaju sprawach nie sposób wykazać w sposób pewny drogi zakażenia określonymi patogenami, bowiem dzisiejsza wiedza medyczna nie pozwala na jednoznaczne ustalenie źródła zakażenia. Powoduje to, że wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest zadaniem praktycznie niewykonalnym. Dotyczy to również możliwości wykazania w sposób jednoznaczny, że przyczynę zakażenia stanowiło konkretne zaniedbanie, jak i w sposób absolutnie pewny związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym, a szkodą. Dlatego w judykaturze przyjmuje się za wystarczające do przyjęcia odpowiedzialności z art. 430 k.c. wykazanie dostatecznej dozy prawdopodobieństwa jego wystąpienia. Wobec powyższego, na co trafnie zwraca uwagę skarżący, uznaje się 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 przy braku dowodu przeciwnego.

Dowodu takiego nie można jednak uznać za wystarczający, w razie wykazania okoliczności uprawdopodobniającej inną przyczynę zakażenia. Specyfika dowodzenia przyczynowości szkody w omawianych procesach i szerokie stosowanie dowodu prima facie nie pozwala bowiem oderwać oceny takich spraw od kwestii zawinionego zachowania personelu szpitalnego oraz obiektywnego przebiegu procesu chorobowego.

Zaprobować należy pogląd, wedle którego konieczne jest przynajmniej przybliżone określenie charakteru bezprawnego zachowania anonimowego członka personelu medycznego jako wysoce prawdopodobnej przyczyny szkody. Nasilenie owego prawdopodobieństwa nie może więc być mierne, czy nawet średnie, ale powinno oscylować wokół prawdopodobieństwa znacznego, bo tylko takie może być uznane za prawnie istotne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 2007 r., sygn. akt V CSK 477/06).

W niniejszej sprawie brak jest podstaw do stwierdzenia zobowiązania pozwanego z tytułu czynu niedozwolonego, gdyż nie udowodnione zostało, że szkoda i zarazem krzywda powoda w postaci skutków zakażenia bakteryjnego ze wszystkimi tego konsekwencjami jest rezultatem zaniedbania pracowników (...) w Z.. Powód, co jest bezsporne, doznawał i doznaje cierpień psychicznych i fizycznych w związku z zakażeniem bakteryjnym, ale pozostałe przesłanki odpowiedzialności pozwanego nie zostały udowodnione.

Przechodząc do oceny zarzutów podniesionych w apelacji, w odniesieniu do obszernie artykułowanych w apelacji zarzutów przekroczenia w skarżonym orzeczeniu granic swobodnej oceny dowodów, na wstępie podkreślić należy, w ślad za powszechnie aprobowanym poglądem judykatury, że jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów w rozumieniu art. 233 § 1 k.p.c. i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo-skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 września 2002 r., sygn. akt II CKN 817/00).

Dokonując analizy argumentacji zaprezentowanej w motywach zaskarżonego rozstrzygnięcia oraz w uzasadnieniu zarzutów apelacji, zaznaczyć należy, że w realiach rozpoznawanej sprawy było niesporne, iż po wykonanej w trybie pilnym operacji usunięcia wyrostka robaczkowego u powoda wystąpiła infekcja rany pooperacyjnej, następnie ropowica powłok i przetoka w ranie pooperacyjnej. W sprawie nie budzi również wątpliwości wynikające z treści dokumentacji medycznej, niekwestionowane ustalenie, że w trakcie operacji stwierdzono obecność mętnego płynu w jamie brzusznej i zmiany zgorzelinowe w ewakuowanym wyrostku robaczkowym (k. 112 odw). Oznacza to, że zabieg

dotyczył tzw. rozlanego wyrostka robaczkowego. Przede wszystkim zaś bezsporna jest okoliczność, że posiew z rany pobrany w dniu 19 marca 2012 r. wykazał obecność bakterii E. coli (pałeczki okrężnicy) i E. faecalis (paciorkowiec fekalny) o wysokiej oporności na antybiotyki (k. 100 odw.). Jak wyjaśniła biegła sądowa specjalista z zakresu chorób zakaźnych, co również nie jest kwestionowane przez apelującego, oba powyższe wyhodowane w trzeciej dobie po operacji szczepy bakteryjne są typowe dla przewodu pokarmowego. Ich przedostanie się do rany pooperacyjnej należy tłumaczyć zgorzelinowym charakterem zapalenia wyrostka, z powodu którego powoda poddano operacji natychmiast po zgłoszeniu się do szpitala, w trybie pilnym. Rozsiew bakterii kolonizujących układ pokarmowy pacjenta nie można uznać za zawiniony, skoro operację przeprowadzano na wyrostku zmienionym zgorzelinowo i można go klasyfikować jako powikłanie, którego nie da się uniknąć nawet w prawidłowo diagnozowanych i leczonych procesach chorobowych. Nie można też pomijać, że powód jako osoba cierpiąca na cukrzycę należał do pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia bakteryjne, co jest szczególnie istotne, w kontekście występowania dodatkowego czynnika osłabiającego odporność, a mianowicie silnego ostrego stanu zapalnego wyrostka i przejścia zabiegu operacyjnego.

W tym miejscu stwierdzić należy, że Sąd Apelacyjny w pełni podziela pozytywną ocenę dowodu z opinii sporządzonej przez dr E. S. biegłą z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologicznych, która wbrew stanowisku apelującego, odniosła się do zarzutów stawianych przez strony procesu i wyjaśniła w sposób należyty mechanizmy i źródła wystąpienia przedmiotowej infekcji. Biegła przekonująco podała, że okoliczności faktyczne sprawy, związane z charakterem i przebiegiem zabiegu (rozlany wyrostek), wyhodowaniem bezpośrednio po jego zakończeniu (w okresie typowym dla inkubacji gronkowca, czyli 1 – 2 dni) wyłącznie szczepów typowych dla układu pokarmowego człowieka, a także okresem w jakim ujawniło się zakażenie gronkowcem (2 tygodnie po rozpoczęciu leczenia ambulatoryjnego), sugeruje z największym stopniem prawdopodobieństwa wystąpienie zakażenia endogennego. Za tego rodzaju zakażenie nie można zaś przypisać odpowiedzialności szpitalowi, z uwagi na brak adekwatnego związku przyczynowego między postępowaniem jego personelu a powstaniem infekcji.

W tym miejscu zauważyć należy, że zindywidualizowany katalog potencjalnych zaniedbań pracowników (...) w Z. nie został przez apelującego nakreślony szeroko, a na pewno nie został skonkretyzowany w sposób uprawniający do przypisania winy, choćby bezimiennej personelowi szpitala. Powód wskazywał przede wszystkim na treść protokołu inspekcji sanitarnej i ustalenie, że w 2012 r. (kiedy miała miejsce jego pierwsza hospitalizacja) w oddziale chirurgicznym odnotowano 12 zakażeń szpitalnych. Wnioskowanie skarżącego nie może odnieść zamierzonego skutku. Sam fakt, że w danym roku doszło do zakażenia innych pacjentów z przyczyn zawinionych przez personel medyczny szpitala nie uzasadnia wnioskowania, że w danej placówce wszelkie zakażenia były wynikiem zaniedbań szpitala. Biorąc pod uwagę niewątpliwie wielką liczbę zabiegów operacyjnych przeprowadzanych w oddziale chirurgicznych

12 zakażeń szpitalnych stanowi niewysoki procent. Dostrzec też należy, że trafnie zauważył pozwany, iż w protokołach kontroli Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Z., nie wskazano na posiewy potwierdzające występowanie w szpitalu bakterii wyhodowanych z posiewu rany pooperacyjnej powoda, zaś negatywny wynik kontroli sprowadzał się do wskazania na zły stan techniczny oddziału, czego skutkiem był też niewątpliwie jego niezadowalający stan sanitarny. Jednakże jedynym zaleceniem Powiatowego Inspektora Sanitarnego było przeprowadzenie remontu oddziału, nie zaś wdrożenie właściwych procedur przeciwdziałających zakażeniom. Powyższe ustalenia inspekcji sanitarnej, nie dają podstawy do uznania, w kontekście bezspornego charakteru patogenów ujawnionych w ranie pooperacyjnej zgorzelinowego wyrostka, że to zły stan techniczny oddziału jest bardziej prawdopodobny jako czynnik sprawczy zakażenia. Co więcej, to nie biegłej można zarzucić brak logiki i zupełności wyводу, to w argumentacji zaprezentowanej przez powoda pominięto okoliczność wystąpienia zakażenia endogennego, nie podejmując nawet próby podważenia wyводу biegłej w tym zakresie.

Następny zarzut podniesiony w apelacji został skonstruowany na podstawie twierdzenia, że to szpital w Z. (ubezpieczony) obciąża okoliczność, iż na zakończenie hospitalizacji nie wykonano u powoda kolejnego badania posiewowego, co pozwoliłoby na wykazanie, czy w tej dacie nadal nie występował w razie gronkowiec. Rzecz jednak w tym, że skarżący nie wykazał istnienia obowiązku wykonania takiego badania mikrobiologicznego. Zauważyć przy tym należy, że materiał dowodowy zebrany w sprawie nie wskazuje również na niewłaściwe zastosowanie wobec powoda

przez personel pozwanego procedur medycznych, w tym w zakresie zastosowanej antybiotykoterapii oraz pielęgnacji rany pooperacyjnej w czasie hospitalizacji.

W ustalonym stanie faktycznym jest niesporne, że w wymazie pobranym w poradni chirurgicznej przychodni w A., pod opieką której powód pozostawał po wyjściu ze szpitala, w dniu 11 kwietnia 2012 r. ujawniono gronkowca złocistego. Jednakże, co pomija skarżący, był to szczep wrażliwy na antybiotyki (k. 14). Dlatego jako niewadliwy jawi się pogląd biegłej, że to nie ten patogen stworzył zagrożenie złego gojenia się rany, lecz posiadający naturalną oporność na antybiotyki enterokok pod postacią paciorkowca fekalnego, czyli szczep będący elementem flory bakteryjnej układu pokarmowego (opinia uzupełniająca k. 191 - 192). W tej sytuacji nie ma decydującego znaczenia dla rozstrzygnięcia kwestia momentu nadkażenia rany gronkowcem, choć podkreślić należy, że analiza zapisów w dokumentacji leczenia ambulatoryjnego w przychodni w A., poczynając od 27 marca 2012 r. (data pierwszego zgłoszenia się powoda) potwierdza stanowisko biegłej, że lekarz prowadzący przez kilkanaście dni leczenia nie dostrzegł gwałtownie pogarszającego się stanu rany pooperacyjnej i dopiero 11 kwietnia zdecydował się na wykonanie posiewu (historia choroby k. 27 - 28). Zasadnie argumentuje biegła, że gdyby stan rany wywoływał wątpliwości co do skuteczności leczenia (antybiotykoterapii) już w chwili zgłoszenia się do przychodni zlecenie badania bakteriologicznego nastąpiłoby wcześniej. Ustaleń tych w żadnym razie nie podważają zeznania powoda, który co charakterystyczne, w swoich wyjaśnieniach informacyjnych w ogóle nie odnosił się do przebiegu leczenia w przychodni po pierwszej hospitalizacji (e - protokół rozprawy z dnia 8 stycznia 2016 r., 00:01:50 - 00:17:36). Oporny na metycylinę gronkowiec naskórkowy został wyhodowany dopiero podczas kolejnego badania bakteriologicznego, przeprowadzonego podczas drugiej hospitalizacji powoda w dniu 16 kwietnia 2012 r. (czyli miesiąc po operacji wyrostka). Usprawiedliwione są zatem wyjaśnienia biegłej, że skoro takiego metycylinoopornego (a więc charakterystycznego dla środowiska szpitalnego) szczepu nie ujawniono w dwóch poprzednich posiewach (w tym 11 kwietnia 2012 r.), nie ma podstaw do wiązania go z leczeniem szpitalnym, zwłaszcza że nie pojawił się on w kolejnych badaniach. W badaniu (...) w P. przeprowadzonym w dniu 12 września 2012 r. wyhodowano bowiem gronkowca złocistego wrażliwego na antybiotyki (k. 19). Tymczasem polemizując z opinią biegłej skarżący całkowicie pomija charakterystykę (metycylinowrażliwość lub oporność) bakterii wyhodowanych w poszczególnych badaniach, a nawet ich rodzaj (gronkowiec złocisty bądź naskórkowy), forsując tezę, że skoro ostatecznie wyhodowano jakikolwiek rodzaj gronkowca dowodzi to zakażenia szpitalnego.

Powyższej konstatacji nie zmienia również podniesiona w apelacji okoliczność, że u powoda nadal stwierdza się bakterie gronkowca w nosogardle, czy oczach. Jak wyjaśniła biegła gronkowiec złocisty w postaci nieantybiotykoopornej jest jednym z najważniejszych patogenów bakteryjnych człowieka, przy czym najczęściej zasiedla przedsionek nosa (opinia uzupełniająca biegłej k. 190). Istnienie takiej flory bakteryjnej w warunkach stabilnej odporności danego organizmu jest zaś czynnikiem obojętnym dla funkcjonowania człowieka.

Z tych wszystkich względów logicznemu wywodowi Sądu Okręgowego nie można przeciwstawić odmiennego wniosku apelującego opartego na dowolnym założeniu, że zakażenie pacjenta w szpitalu (czy też w ciągu 30 dni od zabiegu) oznacza w każdym przypadku zaniedbanie w zakresie stworzenia stanu jego bezpieczeństwa sanitarnego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2016 r., I CSK 1031/14).

Podkreślić należy, że powód kwestionując opinię biegłej w zastrzeżeniach do niej nie przedstawił argumentów osłabiających jej wymowę. Zgodnie z ugruntowanym poglądem judykatury opinia biegłego podlega ocenie na podstawie kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania i stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r., sygn. akt I CKN 1170/98 i z dnia 15 listopada 2002 r., sygn. akt V CKN 1354/00 oraz Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 3 czerwca 2014 r., sygn. akt I ACa 1949/13). Oceniana przy użyciu tych kryteriów opinia biegłej E. S. jawi się jako stanowcza, należycie umotywowana oraz logiczna. W tych warunkach niezasadny okazał się zarzut naruszenia art. 217, 227 i 278 k.p.c. sformułowany w kontekście oddalenia wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego z zakresu chorób zakaźnych. Jak trafnie wskazał Sąd I instancji samo

niezadowolenie strony z oceny przedstawionej przez biegłego nie uzasadnia potrzeby dopuszczenia przez sąd dowodu z opinii innych biegłych (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 6 października 2009 r., sygn. akt II UK 47/09).

Reasumując, argumentacja zaprezentowana w apelacji, w ocenie Sądu odwoławczego, nie podważa skutecznie przyjętych przez Sąd Okręgowy, przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności sprawy, ostatecznych wniosków, co do oceny braku przesłanek odpowiedzialności pozwanego. Analizując przesłanki odpowiedzialności cywilnoprawnej w rozpoznawanej sprawie Sąd I instancji oparł się na wszechstronnej ocenie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, trafnie wskazując na szereg okoliczności przemawiających za wystąpieniem zakażenia endogennego, a nie egzogenego (szpitalnego) wywołanego zawinionym działaniem personelu medycznego szpitala.

W okolicznościach rozpoznawanej sprawy nie ma zatem podstaw do stwierdzenia, że istnieje wysokie prawdopodobieństwo, iż do zakażenia powoda doszło z przyczyn leżących po stronie szpitala.

Skoro nieudowodniona została sama zasada odpowiedzialności pozwanego, to niecelowym było badanie przez Sąd wysokości poniesionej przez powoda szkody, jak też rozmiarów doznanego przez niego krzywdy na gruncie art. 444 § 1 i 445 § 1 k.c. a przeprowadzenie dowodów na te okoliczności było bezprzedmiotowe. W konsekwencji powyższego rozstrzygnięcia, zbędne było dopuszczenie dowodów z opinii biegłych lekarzy innych specjalności.

Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny oddalił apelację na podstawie art. 385 k.p.c. jako niezasadną.

Z przyczyn które wskazał Sąd pierwszej instancji, również w odniesieniu do rozstrzygnięcia o kosztach postępowania apelacyjnego zastosowano zasadę słuszności (art. 102 k.p.c.).