

Sygn. akt I ACa 1787/16

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 sierpnia 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Paweł Rygiel
Sędziowie:	SSA Teresa Rak SSA Marek Boniecki (spr.)
Protokolant:	sekr.sądowy Katarzyna Rogowska

po rozpoznaniu w dniu 23 sierpnia 2017 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa F. Z.

przeciwko Zespołowi (...) w O.

o zapłatę i rentę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Kielcach

z dnia 20 października 2016 r. sygn. akt I C 2306/14

1. **oddala apelację;**

2. **odstępuje od obciążenia powoda kosztami postępowania apelacyjnego.**

SSA Marek Boniecki SSA Paweł Rygiel SSA Teresa Rak

Sygn. akt I ACa 1787/16

Uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie

z dnia 23 sierpnia 2017 r.

Powód F. Z. domagał się zasądzenia od pozwanego Zespołu (...) w O. kwoty 120.000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu, kwoty 75.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu tytułem odszkodowania za utracone zarobki oraz renty uzupełniającej w kwocie po 407 zł miesięcznie. Swoje roszczenia powód wywodził z faktu zakażenia go podczas hospitalizacji u pozwanego w dniach od 3 do 12 maja 2012 r.

bakterią gronkowca złocistego, co doprowadziło do infekcyjnego zapalenia wsierdza oraz niedomykalności mitralnej, a w konsekwencji utraty zdolności do pracy.

Pozwany Zespół (...) w O. wniósł o oddalenie powództwa, zarzucając, że personel szpitala wykazał się należyłą starannością podczas hospitalizacji powoda, a zakażenie bakterią gronkowca złocistego w sytuacji ogólnego osłabienia organizmu jest zjawiskiem typowym i nie ma żadnego związku z leczeniem w pozwanej placówce.

Wyrokiem z dnia 20 października 2016 r. Sąd Okręgowy w Kielcach oddalił powództwo i odstąpił od obciążania powoda kosztami procesu.

Sąd Okręgowy ustalił stan faktyczny szczegółowo zaprezentowany w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, z którego to uzasadnienia wynika, że powód w dniu 2 maja 2012 r. na skutek upadku ze schodów w stanie po spożyciu alkoholu przewieziony został karetką na Szpitalny Oddział R. (...) w O.. Nie wyraził zgody na leczenie oraz szycie rany głowy. Powód zgłosił się do pozwanego szpitala następnego dnia

i przyjęty został na Oddział (...). U powoda wykonano badanie (...) głowy, które wykazało istnienie krwiaka podtwardówkowego okolicy płata ciemieniowego lewego. Ranę zdezynfekowano i oczyszczono, wykonano badania, powód konsultowany był neurologicznie. Na Oddziale (...) powód przebywał do 12 maja 2012 r. Poddawany był leczeniu zachowawczemu, wypisany został w stanie ogólnym dobrym. Po powrocie do domu

w godzinach popołudniowych powód zaczął gorączkować. Ręka w miejscu wklucia dożylnego była zaczerwieniona i opuchnięta. Z uwagi na utrzymywanie się gorączki powód zgłosił się do lekarza rodzinnego, który przepisał mu antybiotyk. Stan zdrowia powoda nie uległ poprawie i w dniu 15 maja 2012 r. powód został skierowany do szpitala przez lekarza (...) Centrum (...), który rozpoznał zapalenie żył, prawdopodobnie od wenflonu. Lekarz szpitalnego Oddziału R. stwierdził zapalenie przedramienia od wenflonu, zaordynował leczenie farmakologiczne i nie przyjął do leczenia szpitalnego. Następnego dnia powód ponownie trafił do szpitala, w trybie nagłym przyjęty został na Oddział Wewnętrzny. Wykonane u powoda badania krwi wykazały bakterię gronkowca. Ręka w miejscu wklucia była zaczerwieniona i opuchnięta. Na Oddziale przebywał do dnia 25 maja 2012 r. w trakcie pobytu na Oddziale włączono antybiotykoterapię zgodnie z posiewem. Wykonane badanie echo serca wzbudziło podejrzenie infekcyjnego zapalenia wsierdza i powód został przeniesiony na Oddział K.. Na Oddziale tym przebywał do dnia 28 maja 2012 r. Zdiagnozowano u powoda infekcyjne zapalenie wsierdza oraz niedomykalność mitralną. W dniu 28 maja 2012 r. powód został skierowany do (...) Szpitala (...) II celem kontynuowania leczenia na Oddziale K.. U powoda rozpoznano infekcyjne zapalenie wsierdza oraz niedomykalność mitralną IV^(o). W dniu 5 czerwca 2012 r. powód poddany został operacji kardiologicznej. W szpitalu przebywał do dnia 28 maja 2012 r., po czym skierowany został do ZOZ w O., gdzie przebywał na Oddziale K. do 4 lipca 2012 r. Wypisany został z zaleceniem kontynuowania leczenia w poradni rodzinnej

i kardiologicznej, zakazem palenia papierosów, zalecono cotygodniowe badania krwi.

W ustalonym przez siebie stanie faktycznym, po dokonaniu analizy zebranego w sprawie materiału dowodowego, Sąd Okręgowy uznał powództwo za nieuzasadnione w świetle przepisów art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. oraz art. 361 § 1 k.c. Powołując się na opinię biegłego W. W., Sąd Okręgowy przyjął, że do zakażenia powoda bakterią gronkowca złocistego doszło w okresie hospitalizacji u pozwanego. W ocenie Sądu pierwszej instancji wykazany został także związek przyczynowy pomiędzy zakażeniem bakterią gronkowca a infekcyjnym zapaleniem wsierdza i jego dalszymi następstwami. Materiał dowodowy zgromadzony w sprawie nie dawał natomiast w przekonaniu Sądu Okręgowego podstaw do przyjęcia, że zakażenie powoda bakterią gronkowca nastąpiło na skutek zawinionego działania personelu medycznego pozwanego szpitala. Powód nie wykazał winy lekarzy i innego personelu medycznego w toku wykonywania czynności leczniczych, także w jej tzw. organizacyjnej wersji. Brak było dowodów, które pozwalałyby przyjąć co najmniej wysokie prawdopodobieństwo, że do zakażenia szpitalnego doszło z przyczyn obciążających pozwanego szpitala.

Wyrok powyższy w całości zaskarżył apelacją powód, wnosząc o jego zmianę poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda: kwoty 120.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia powództwa do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia; kwoty 72.500 zł

z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia powództwa do dnia zapłaty tytułem odszkodowania; kwot po 407 zł tytułem renty uzupełniającej płatnej do 10 dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w przypadku zwłoki w płatności którejkolwiek z rat, ewentualnie uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji.

Apelujący zarzucił: 1) naruszenie przepisów prawa procesowego, tj. art. 231 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie, podczas gdy w świetle orzecznictwa należy stosować domniemanie faktyczne niedbalstwa placówki medycznej w sytuacji, kiedy brak jest dowodów przeciwnych, a samo ustalenie faktyczne wynika z logicznego wniosku wywiedzionego na podstawie prawidłowo ustalonych faktów stanowiących jego przesłanki,

a w konsekwencji 2) sprzeczność istotnych ustaleń Sądu I Instancji z materiałem dowodowym zebrany w sprawie wyrażającą się w błędnym przyjęciu, że w niniejszej sprawie powód nie wykazał, by zarażenie wewnątrzszpitalne było konsekwencją zawinionego działania lub zaniechania personelu szpitalnego, podczas gdy dogłębna analiza materiału dowodowego wskazuje, iż nie istnieją okoliczność pozwalające na przyjęcie braku winy (także pod postacią nieumyślności) personelu medycznego przy zakażeniu powoda bakterią gronkowca w czasie hospitalizacji w ZOZ w O.; 3) naruszenie przepisów prawa procesowego, tj. art. 232 zdanie 2 k.p.c. w zw. z art. 212 § 1 k.p.c. poprzez brak aktywności dowodowej sądu w sytuacji, kiedy była ona wskazana z uwagi na to, że roszczenie powoda było oczywiście usprawiedliwione co do samej zasady, a która to wyrażała się

w niedopuszczeniu z urzędu dowodu z kontrolnej opinii biegłych z zakresu chorób zakaźnych w sytuacji, kiedy pomiędzy opiniami biegłych lekarzy powołanych przez Sąd I Instancji istnieją rozbieżności; 4) naruszenie prawa procesowego, tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie oceny mocy i wiarygodności dowodów zgromadzonych w sprawie dotyczących zdolności powoda do pracy i dochodów, jakie osiągał przed zakażeniem bakterią gronkowca w sposób niezgodny z dyrektywą tegoż przepisu, co wyrażało się odebraniem wiary twierdzeniom powoda oraz przedłożeniu ustnej opinii lekarza kardiologa nad orzeczenie K..

Apelujący wniósł również o uzupełnienie postępowania dowodowego poprzez dopuszczenie dowodu z opinii kontrolnej lekarza specjalisty ds. chorób zakaźnych na okoliczność, czy zachowanie wszelkich zasad higienicznych przez personel medyczny pozwanej placówki w chwili założenia wkłucia dożylnego w zgięciu łokciowym powoda i prawidłowe monitorowanie sterylności miejsca wkłucia w czasie hospitalizacji wyeliminowałyby w sposób całkowity możliwość zakażenia pacjenta wirusem gronkowca,

a tym samym, czy możliwe jest zakażenie pacjenta bakterią gronkowca złocistego pomimo zachowania standardów higienicznych tylko z uwagi na wybór sposobu leczenia poprzez wkłucie i założenie wenflonu (np. w celu podłączenia kroplówki, pobierania krwi) i czy

o ryzyku tym należy każdorazowo informować pacjenta przed założeniem wkłucia.

Pozwany wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

W pierwszej kolejności wskazać należy, iż Sąd Okręgowy prawidłowo, z poszanowaniem reguł wyrażonych w przepisie art. 233 §1 k.p.c. ustalił stan faktyczny sprawy, co sprawiło, że Sąd Apelacyjny przyjął go za własny. W ocenie Sądu drugiej instancji, wobec treści opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych, ustalenia powyższe wymagały uzupełnienia w zakresie skali zakażeń bakterią gronkowca złocistego w pozwanej placówce w czasie, w którym przebywał w niej powód.

Na podstawie pisma (...) Państwowego(...)

w K., którego wartość dowodowa nie została w żaden sposób podważona, Sąd Apelacyjny ustalił dodatkowo, że w wykonaniu ustawowego obowiązku strona pozwana w styczniu 2013 r. przekazała do (...) w K. „Raport Okresowy o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala za okres od 01.01.2012 do 31.12.2012 roku”, w którym nie wykazano przypadków zakażeń o etiologii gronkowiec złocisty (...) z Oddziału (...). Ponadto w 2012 r. do organu Państwowej (...) nie wpłynął żaden raport o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego o etiologii gronkowiec złocisty (...) lub innej na Oddziale (...) ZOZ w O. (k. 277).

Przechodząc do zarzutów sformułowanych przeciwko ustaleniom faktycznym Sądu Okręgowego, zauważyć w pierwszej kolejności należy, że w istocie kwestionowano w nich nie tyle poszczególne elementy stanu faktycznego, ile wyciągnięte z niego przez Sąd pierwszej instancji wnioski. Niezależnie od tego wskazać trzeba, że zebrany w sprawie materiał dowodowy nie dawał podstaw do sformułowania wniosków odmiennych.

Nieskuteczny okazał się zarzut obrazy art. 231 k.p.c. Na wstępie tej części rozważań podnieść wypada, że Sąd pierwszej instancji prawidłowo przyjął, że odpowiedzialność pozwanego należy rozpoznać w kontekście art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. Odpowiedzialność placówki medycznej na podstawie tych przepisów jest odpowiedzialnością na zasadzie winy i zachodzi tylko wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie: wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonych czynności. Ciężar wykazania wszystkich przesłanek odpowiedzialności zgodnie z art. 6 k.c. spoczywa na powodzie (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 28 czerwca 2016 r., I ACa 364/16). Nie można przy tym zakładać, że zakażenie pacjenta w szpitalu w toku leczenia w każdym przypadku oznacza zaniedbanie w zakresie bezpieczeństwa sanitarnego. Nie sposób zatem zasadnie wywodzić, że w takiej sytuacji szpital naruszył ogólny obowiązek zapewnienia pacjentowi maksimum bezpieczeństwa sanitarnego i tym samym istnieją podstawy do przypisania pozwanemu odpowiedzialności odszkodowawczej na podstawie art. 430 k.c. w związku z wystąpieniem winy członków personelu medycznego w postaci niedbalstwa (art. 355 §2 k.c.). Niezbędne byłoby bowiem wykazanie skonkretyzowanych uchybień personelu operacyjnego i pomocniczego. Sugerowany przez powoda obowiązek zapewnienia pacjentowi maksimum bezpieczeństwa w toku leczenia szpitalnego nie może prowadzić do zmiany zasady odpowiedzialności lekarza z zasady winy (ujmowanej także jako tzw. wina anonimowa)

w zasadę ryzyka. Jeżeli personelowi medycznemu Instytutu nie można przypisać uchybień wskazujących na ich winę, nie można także dostrzegać między tymi czynnościami

a uszczerbkiem niemajątkowym powoda adekwatnego związku przyczynowego

w rozumieniu art. 361 §1 k.c. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2016 r.,

I CSK 1031/14). W świetle przywołanego wyżej poglądu, który Sąd Apelacyjny w obecnym składzie w pełni podziela, nie sposób również sformułować zasadnie domniemania faktycznego zaniedbania personelu szpitala prowadzącego do zakażenia. Przy braku wskazania jakiegokolwiek przejawu niedbalstwa, czy to przy samym zakładaniu wenflonu, czy to w sferze organizacyjnej, zaakceptowanie koncepcji apelującego prowadziłoby w istocie bądź to do uznania, że pozwany ponosi odpowiedzialność na zasadzie ryzyka, bądź co najmniej do przyjęcia domniemania winy szpitala, którego w art. 415 k.c. brak.

W rozpoznawanej sprawie nie było zdaniem Sądu odwoławczego podstaw do przyjęcia domniemania faktycznego określonego w art. 231 k.p.c. dla przyjęcia zaniedbań strony powodowej. Jak wynika z opinii biegłego w zakresie chorób zakaźnych, pomimo prawidłowego realizowania wszystkich opracowanych i obowiązujących w szpitalach procedur przeciwepidemicznych zapobiegających powikłaniom bakteryjnym, zakażenia wewnątrzszpitalne stale występują. Jednocześnie biegły wskazał, że w przypadku braku powtarzających się zakażeń gronkowcowych w 2012 r. u pacjentów leczonych na Oddziale (...), zakażenie takie uznać należałoby za sporadyczne, będące trudnym do przewidzenia niezamierzonym powikłaniem działań medycznych, a nie błędem medycznym (k. 152 – 153). Uzyskana przez Sąd Apelacyjny informacja organu zajmującego się gromadzeniem danych o zakażeniach szpitalnych nie pozwala natomiast przyjąć założenia

o powtarzających się przypadkach zakażeń bakterią gronkowca. Wątpliwość budzi co prawda niezgłoszenie przypadku zakażenia samego powoda, lecz wątpliwość ta, przy braku jakiegokolwiek dowodu świadczącego o innym przypadku zakażenia, nie może zostać uznana za wystarczającą do przyjęcia domniemania faktycznego winy personelu pozwanej placówki. Oceny powyższej nie zmieniają także dostrzeżone przez biegłego uchybienia w zakresie prowadzenia dokumentacji wkluc obwodowych (k. 152), albowiem trudno dopatrzeć się związku przyczynowego między brakiem szczegółowego opisu wklucia a zakażeniem.

Nieskuteczny okazał się także zarzut naruszenia art. 232 k.p.c. w zw. z art. 212 §1 k.p.c. Przede wszystkim zarzut ten zasadał się na błędnym założeniu, że zasada odpowiedzialności została udowodniona. Tymczasem w sprawie wykazany został jedynie fakt zakażenia powoda w pozwanym szpitalu oraz związek przyczynowy między zakażeniem bakterią a obecnym stanem zdrowia. Niezbędnym elementem uznania odpowiedzialności pozwanego była jednak także jego wina, która udowodniona nie została. Nie można także zgodzić się z zarzutem sprzeczności w opiniach biegłych. Kwestia sposobu zakażenia bakterią oraz prawidłowości postępowania personelu szpitala leżała poza kompetencją i zakresem opinii biegłego kardiologa. Poza tym stwierdzenie tego biegłego dotyczące oczyszczenia otarć i zagojenia skóry dotyczyły innego miejsca (k. 220 v.). Jak zresztą wskazał jednoznacznie biegły z zakresu chorób zakaźnych, nawet dochowanie wszystkich zalecanych procedur, a zatem również co oczywiste wyjałowienie miejsca wklucia, nie eliminuje całkowicie ryzyka zakażenia bakteryjnego. Z tych także względów Sąd Apelacyjny uznał za nieuzasadniony wniosek dowodowy zgłoszony przez powoda po raz pierwszy w postępowaniu apelacyjnym. Wskazać tym miejscu należy, że powód nie wywodził swojego roszczenia z okoliczności nie poinformowania go o ryzyku medycznym związanym z wkluciem wenflonu, co mogłoby stanowić o naruszeniu art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 1318) oraz art. 32 ust. 1 i art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (t. jedn. Dz. U. z 2017, poz. 125). Zgłoszenie takiego żądania dopiero przed Sądem odwoławczym uznać należałoby za niedopuszczalne w świetle art. 383 k.p.c.

Wobec niewykazania zasady odpowiedzialności strony pozwanej, nie mógł także odnieść zamierzonego skutku zarzut wadliwej oceny materiału dowodowego i ustaleń faktycznych w zakresie następstw zakażenia w zakresie jego sytuacji majątkowej.

Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację jako bezzasadną.

Za podstawę rozstrzygnięcia o kosztach postępowania apelacyjnego przyjęto art. 102 k.p.c. w zw. z art. 391 §1 k.p.c. Wzięto przy tym pod uwagę zarówno ciężką sytuację materialną powoda, jak i charakter sprawy. Skarżący mógł mieć subiektywnie uzasadnione podstawy do uznania, że jego roszczenia są słuszne, tym bardziej, że wydanie orzeczenia przez Sąd drugiej instancji wymagało uzupełnienia postępowania dowodowego.

SSA Marek Boniecki SSA Paweł Rygiel SSA Teresa Rak

-