

Prawomocnym postanowieniem z dnia 22 marca 2017 r. (k. 748-749)

uzupełniono wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie

29 marca 2017r.

Kierownik sekretariatu

I Wydziału Cywilnego

Sądu Apelacyjnego w Szczecinie

mgr Sylwia Kędziorek

Sygn. akt I ACa 827/16

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 lutego 2017 roku

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Tomasz Żelazowski (spraw.)
Sędziowie:	SA Wiesława Kaźmierska SO (del.) Agnieszka Bednarek - Moraś
Protokolant:	sekr. sądowy Beata Waclawik

po rozpoznaniu w dniu 8 lutego 2017 roku na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa A. A.

przeciwko (...) spółce akcyjnej w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 25 maja 2016 roku, sygn. akt I C 717/13

I. oddala apelację;

II. zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 1.000 zł (tysiąc złotych) tytułem kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym nie obciążając go tymi kosztami w pozostałym zakresie.

Wiesława Kaźmierska Tomasz Żelazowski Agnieszka Bednarek - Moraś

Sygn. akt I ACa 827/16

UZASADNIENIE

Powód A. A. pozwem z dnia 19 kwietnia 2013 r. (k. 2 – 8) domagał się zasądzenia od pozwanego (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W. kwoty 80.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 440 zł tytułem odszkodowania. Jednocześnie powód wniósł o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kosztów postępowania według norm przepisanych.

W uzasadnieniu podał, że po wcześniejszych badaniach i ustaleniu terminu zabiegu w dniu 22 lipca 2010 r. trafił do Kliniki Ortopedii i Traumatologii (...) Szpitala (...) (obecnie (...)) w S. z rozpoznaniem choroby zwyrodnieniowej prawego stawu biodrowego. W dniu 23 lipca 2010 r. powód poddany został operacji chirurgicznej - alloplastyce prawego stawu biodrowego i rekonstrukcji kostnej stropu panewki - przeszczepy autogenne. W dniu 28 lipca 2010 r. powód w stanie ogólnym dobrym został wypisany do domu z zaleceniami co do dalszego leczenia, m.in. usunięcia szwów w 14 dobie po zabiegu. Jednakże z uwagi na niepokojące objawy i brak gojenia się rany pooperacyjnej powód już w 12 dobie po zabiegu został ponownie przyjęty do tej samej placówki z rozpoznaniem infekcji rany pooperacyjnej po alloplastyce prawego stawu biodrowego. Podczas pobytu powoda w szpitalu powoda poddano badaniu laboratoryjnemu - wymaz z rany pooperacyjnej. W wyniku badania wykryto u powoda liczne kolonie gronkowca złocistego (*Staphylococcus aureus*). W efekcie zastosowano leczenie operacyjne polegające na płukaniu rany i usunięciu tkanek martwiczych. W dniu 9 września 2010 r. został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleci leczenia, m.in. stosowania diety wysokobiałkowej. Powód wyjaśnił, że ponownie trafił do ww. placówki w dniu 12 października 2010 r. i przebywał w niej do 14 października 2010 r.; zastosowano wobec powoda wyłącznie leczenie zachowawcze i przy wypisie zalecono regularną zmianę opatrunków jałowych prawego stawu biodrowego oraz kontynuację antybiotykoterapii ogólnej. Następnie powód wskazał, że kolejny raz trafił do tej samej placówki medycznej w dniu 22 listopada 2010 r. z rozpoznaniem zapalenia kości udowej w obrębie wszczepu protezy. Podczas pobytu powoda w szpitalu poddano go operacji chirurgicznej ponownego oczyszczenia rany pooperacyjnej i usunięcia tkanek martwiczych zmienionych zapalnie i martwiczo, płukania stawu i implantacji gąbki garamyconowej. Nadto, celem kolejnych badań, ponownie pobrano wymaz z rany prawego biodra powoda. W dniu 21 grudnia 2010 r. powód został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami co do dalszego leczenia, m.in. kontynuacji antybiotykoterapii ogólnej. Następny pobyt powoda w tej samej placówce miał miejsce już miesiąc po jej ostatnim opuszczeniu i trwał do 15 lutego 2011 r. Wówczas po raz kolejny pobrano wymaz z prawego biodra powoda celem dalszych badań laboratoryjnych. Nadto rozpoznano u powoda przetokę rany biodrowego prawego oraz infekcję górnych dróg oddechowych, z uwagi na co został on zdyskwalifikowany z zabiegu operacyjnego i wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami co do dalszego leczenia. Powód podał również, że w okresie od 15 marca 2011 r. do 23 kwietnia 2011 r. ponownie przebywał w tej samej, gdzie został poddany został kolejnej operacji chirurgicznej - realloplastyki prawego stawu biodrowego, po czym został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami co do dalszego leczenia. W ramach dalszego leczenia (antybiotykoterapii) powód został zmuszony do zakupu autoszczepionki, którą poprzez iniekcje przyjmował w okresie od 3 października 2011 r. do 2 sierpnia 2012 r. w (...) Publicznym Szpitalu (...) w S. pod kierunkiem dr n. med. M. N.. Według powoda lekarz ten zalecił usunięcie tkanek martwiczych i ciał obcych. Powód wskazał, że w wyniku przeprowadzonego leczenia operacyjnego w okresie pierwszego pobytu powoda w Klinice Ortopedii i Traumatologii (...) Szpitala (...) (obecnie (...)) w S. doszło u niego do zakażenia bakteriami gronkowca złocistego. Przed planowanym zabiegiem powód został poddany badaniom, które nie wykazały żadnego zakażenia, nie dyskwalifikowały powoda z zabiegu, ani nie wykazywały innych zastrzeżeń co do stanu zdrowia powoda uniemożliwiającego poddanie zabiegowi. Powód trafił do szpitala z chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego i wyraził wówczas zgodę na leczenie chirurgiczne, o skutkach którego został poinformowany. Natomiast zakażenie bakterią gronkowca złocistego, według powoda, nie mieści się w ramach planowanego leczenia

i stanowi zawinione niepożądane działanie personelu medycznego szpitala wyrządzające szkodę na osobie powoda. Powód podkreślił, że do wykrycia gronkowca doszło już 14 dni po pierwszym zabiegu. Powód wyjaśnił, że w wyniku zakażenia powoda uległa zmianie jego sytuacja osobista, gdyż wymaga opieki medycznej polegającej na sukcesywnej wymianie opatrunków zainfekowanej rany. Nadto koniecznym stało się stosowanie przez niego specjalnej diety, wymagającej dyscypliny żywieniowej oraz rezygnacji ze spożycia określonego rodzaju posiłków i zastąpienia ich innymi. W dalszej kolejności powód zobligowany jest do ponoszenia wydatków związanych z wykupem niezbędnych leków. Powód wyjaśnił, iż dochodzi roszczenia z tytułu odszkodowania i zadośćuczynienia za spowodowany na skutek błędu w sztuce lekarskiej ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci zakażenia bakterią gronkowca złocistego, którego można było uniknąć w sytuacji właściwego przygotowania i przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego. Jednocześnie powód wyjaśnił, że (...) Szpital (...) (obecnie (...)) w S. w okresie od 1 marca 2010 r. do 28 lutego 2011 r. objęty był ochroną ubezpieczeniową przez pozwaną na podstawie polisy ubezpieczeniowej nr: (...), jednak ubezpieczyciel odmówił wypłaty roszczeń.

W odpowiedzi na pozew z dnia 31 października 2013 r. pozwany (...) Spółka akcyjna z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz kwoty 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Pozwany wskazał, że nie przeczy, iż została zgłoszona przez powoda szkoda związana z wykryciem u powoda kolonii gronkowca złocistego, jednak w toku likwidacji szkody pozwany ustalił, że w działaniu personelu medycznego ww. szpitala nie sposób dopatrzeć się błędów czy zaniedbań. Personel działał zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz poszanowaniem wszelkich zasad aseptyki. Podkreślone zostało, że u powoda wykryto bakterie *Staphylococcus aureus* MSSA, tj. bakterie wrażliwą na wszystkie w antybiogramie antybiotyki, co świadczy o tym, że wyhodowana bakteria nie była pochodzenia szpitalnego, lecz skórno i mogła znajdować się na skórze pacjenta, skąd mogła dostać się do rany pooperacyjnej. W ocenie lekarzy prowadzących powoda w szpitalu doszło u powoda najprawdopodobniej do zarażenia bakterią żyjącą na skórze człowieka. Pozwany stwierdził również, że kompleksowa kontrola Inspekcji Sanitarnej (w okresie 8-13 marca 2010 r.) nie wykazała żadnych nieprawidłowości pod względem higieny, a w okresie hospitalizacji powoda w Klinice Ortopedii i Traumatologii w okresie 22-28 lipca 2010 r. nie stwierdzono zakażeń gronkowcowych u innych pacjentów hospitalizowanych w ww. klinice. Pozwany wskazał również, że jego odpowiedzialność powstaje wyłącznie, gdy zostanie ustalone, że istnieje odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego, a ta w przedmiotowej sprawie nie zachodzi. Z ostrożności procesowej, pozwany podniósł, że dochodzone przez powoda roszczenie o zadośćuczynienie jest rażąco wygórowane, bowiem kwota 80.000,- zł nie spełnia przesłanek opisanych art. 445 k.c.

W piśmie procesowym z dnia 10 grudnia 2013 r. pełnomocnik procesowy powoda wskazał, że wraz z dochodzonymi kwotami 80.000 zł oraz 440 zł powód dochodzi odsetek ustawowych od ww. kwot od dnia 8 kwietnia 2013 r., czyli od dnia zgłoszenia szkody pozwanemu. Jednocześnie pełnomocnik powoda wskazał, że wnosi o przyznanie wynagrodzenia za udzielenie z urzędu pomocy prawnej w wysokości dwukrotności stawki minimalnej.

W wyroku z dnia 25 maja 2016 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie oddalił powództwo, odstąpił od obciążania powoda kosztami procesu należnymi pozwanemu oraz przyznał z sum budżetowych Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Szczecinie adwokat K. M. kwotę 3600 zł powiększoną o należny podatek od towarów i usług w kwocie 828 zł tytułem kosztów zastępstwa prawnego udzielonego powodowi z urzędu.

Sąd I instancji ustalił, że powód ma obecnie skończone 79 lat, jest wdowcem, posiada dorosłego syna, pozostającego w związku małżeńskim. Powód mieszka w Ś.. Po śmierci żony powód mieszkał sam i był w pełni samodzielny, nie wymagał pomocy innych osób. Samodzielnie zajmował się wszystkimi obowiązkami domowymi, w tym robieniem zakupów oraz utrzymywaniem czystości w domu. Był osobą aktywną fizycznie – chętnie wybierał się na ryby, często chodził na długie spacery. W 2002 r. powód miał zawał serca, od tego momentu jest pod kontrolą kardiologa i zażywa leki nasercowe. W późniejszym okresie nie miał poważniejszych schorzeń. Nie przechodził również zabiegów operacyjnych. Miał nadciśnienie, chorobę prostaty, zaćmę na lewym oku, choroby kręgosłupa i zmiany w stawach. Od co najmniej 2007 r. powód pozostawał pod opieką medyczną w przychodni w Ś. prowadzonej przez lekarza T. C.. W

latach 2007 – 2010 powód przyjmował liczne leki wypisywane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Wśród tych leków były m.in. A., P., M., S., F., M., T. i inne.

Od około 2007 r. powód A. A. uskarżał się na dolegliwości bólowe prawego stawu biodrowego, które z upływem czasu coraz bardziej mu dokuczały. Mimo tego powód nie korzystał ze sprzętu ortopedycznego, w tym kuli łokciowych. Powód, z uwagi na narastające dolegliwości ze strony stawu biodrowego i ograniczona ruchomość w stawie biodrowym, przeszedł badania kwalifikacyjne do zabiegu operacyjnego, po których został mu wyznaczony termin przyjęcia do szpitala na leczenie operacyjne – alloplastykę prawego stawu biodrowego. Na wykonanie zabiegu, w lipcu 2010 r., powód czekał ok. 3 lata. Był to zabieg planowany, nie urazowy. Przed zabiegiem operacyjnym ból był dla powoda na tyle uciążliwy, że powód prawie wcale nie mógł chodzić. W chwili kiedy poddał się zbiegowi miał 74 lata. Na podstawie otrzymanego skierowania w dniu 22 lipca 2010 r. powód został przyjęty do Kliniki Ortopedii i Traumatologii (...) Szpitala (...) (obecnie: (...)) w S.. Powód przebywał w ww. placówce do dnia 28 lipca 2010 r. W trakcie pobytu u powoda rozpoznano chorobę zwyrodnieniową prawego stawu biodrowego. Po przeprowadzeniu badań diagnostycznych oraz uzyskaniu pisemnej zgody na przeprowadzenie zabiegu i udzieleniu informacji o sposobie leczenia w dniu 23 lipca 2010 r. przeprowadzono u powoda zabieg operacyjny - alloplastykę prawego stawu biodrowego (T., A.), wykonano rekonstrukcję kostną stropu panewki, zastosowano przeszczepy autogenne. W trakcie zabiegu przetoczono powodowi 2 jednostki krwi – krwinek czerwonych. Powód przed zabiegiem otrzymał premedykację 10 mg H.. Wykonano u niego znieczulenie podpajęczne (L4-L5) oraz założono cewnik do pęcherza moczowego. Podano również powodowi 500 ml PWE. O godz. 8.30, w momencie wykonywania pierwszego nacięcia, podano powodowi dożylnie antybiotyk w postaci 1g B.. Operacja była przeprowadzona przez lekarzy M. J., będącego lekarzem prowadzącym oraz K. D.. Następnie przystąpiono do wykonania u powoda alloplastyki stawu biodrowego prawego. Po przeprowadzonym zabiegu zastosowano u powoda szycie warstwowe, drenaż, a także założono opatrunek jałowy. Stan ogólny powoda po operacji był dobry. Powód był wydolny krążeniowo i oddechowo, bez dolegliwości, a rana pooperacyjna była o prawidłowym wyglądzie. Zlecono również kontrolną morfologię. W dniu 26 lipca 2010 r. stwierdzono, że stan ogólny powoda jest dobry, a powód wydolny krążeniowo i oddechowo. Temperatura ciała powoda wynosiła 36,8 oC. Badania krwi wykazały erytrocyty 2,66 mln., HB 8,0. Przetoczono powodowi 2 jednostki krew – krwinki czerwone - bez powikłań po przetoczeniu. W dniu 28 lipca 2010 r. stwierdzono, że powód znajduje się w stanie ogólnym i miejscowym dobrym oraz jest wydolny krążeniowo i oddechowo, a temperatura jego ciała wynosi 36,6 oC. W związku z tym tego dnia powód został wypisany do domu ze stwierdzonym stanem ogólnym i miejscowym dobrym. Powód otrzymał zalecenia: usunięcia szwów w 14 dobie po zabiegu, chodzenia z pełnym obciążeniem operowanej kończyny przy asekuracji kul łokciowych, stosowania profilaktyki przeciwzakrzepowej – podawanie codziennie podskórnie przez 40 dni C. 40 mg, kontroli w poradni ortopedycznej za 6 tygodni, leki: C., K. (...), C. 20 mg. Wśród zaleceń pielęgnacyjnych wskazano zmiany opatrunku raz dziennie w warunkach ambulatoryjnych. Świadczenia jakie udzielono powodowi były refundowane w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W dniach 8 – 12 marca 2010 r. (...) Szpital (...) podlegał kontroli sanitarnej przeprowadzanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w S.. W odniesieniu do Kliniki Ortopedii i Traumatologii, gdzie operowany był powód odnotowano jedynie zastrzeżenie w zakresie obecności na oddziale wanny stałej. Decyzją z dnia 10 maja 2010 r. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w S. zarządził w związku z przeprowadzoną wcześniej kontrolą usunąć wannę z łazienki pacjentów nr 12. W zakresie tej samej Kliniki wydał również polecenie odnowienia ścian w gabinecie pielęgniarki oddziałowej i wymiany umywalki oraz odnowienie sufitu w gabinecie lekarskim. Na wykonanie tych obowiązków określono termin do dnia 31 grudnia 2010 r. Ostatecznie obowiązki zostały wykonane, przy czym za zgodą Inspektora usunięcie wanny nastąpiło w terminie do 30 grudnia 2011 r. W trakcie kolejnej kontroli jaka miała miejsce w dniach 7 – 11 marca 2011 r. w Klinice Ortopedii i Traumatologii stwierdzono jedynie trwale zabrudzenia ścian i sufitu w poszczególnych pomieszczeniach, które polecono usunąć poprzez doprowadzenie do właściwego stanu sanitarno – technicznego kolejną decyzją Inspektora z dnia 10 maja 2011 r. Zalecenia zostały zrealizowane.

W Wojewódzkiej Stacji Sanitarno – Epidemio logicznej w S. wykonywane są tylko badania kontroli procesów sterylizacji.

W okresie hospitalizacji powoda w Klinice Ortopedii i Traumatologii tj. 22 lipca do 28 lipca 2010 r. nie stwierdzono zakażeń gronkowcowych u innych pacjentów hospitalizowanych w tej klinice. W szpitalu została opracowana i wdrożona Księga Procedur Higienicznych KP 7.5-02, która zawiera procedury oraz algorytmy postępowania zapobiegające rozprzestrzenianiu się zakażeń szpitalnych.

W 2010 r. w ww. szpitalu zgłoszono informację o jednym ognisku epidemiologicznym gronkowca złocistego, które występowało w Klinice (...) i dotyczyło dwóch pacjentów, u których stwierdzono występowanie gronkowca złocistego *Staphylococcus aureus* opornego na metycyklinę (MRSA). Powód nie był objęty wskazanym ogniskiem epidemiologicznym. W trakcie kontroli przeprowadzonej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego nie ustalono źródła albo prawdopodobnego źródła zakażenia w ww. źródle epidemiologicznym.

W czasie hospitalizacji powoda zgłoszeniu podlegały jedynie przypadki zakażenia gronkowcem złocistym typu MRSA, VISA albo VRSA, zaś nie podlegało zakażenie gronkowcem typu MSSA. W 2010 r. w Klinice Ortopedii i Traumatologii szpitala odnotowano 11 zakażeń gronkowcem złocistym o różnej wrażliwości.

Nie dokonano zgłoszenia zakażenia szpitalnego w przypadku powoda A. A..

Powód w dniu wypisu ze szpitala wrócił do domu i stosował się do zaleceń – przyjmował zaleczone lekarstwa, poruszał się o kulach. Przez pewien okres czasu do powoda przychodziła pielęgniarka środowiskowa. Opiekę nad powodem sprawowała ponadto rodzina – syn powoda z żoną oraz bratanica powoda. Powód pielęgnował ranę pooperacyjną zgodnie z zaleceniami, jednak zaniepokoiło go, że rana nie goi się. Powoda zaniepokoił również odczuwany z powodu tej rany ból. Z uwagi na te objawy w dniu 9 sierpnia 2010 r. powód wraz z synem udał się do przychodni w Ś.. Lekarz przyjmujący w przychodni - T. C. zalecił powodowi udanie się do szpitala w S.. Powód, zgodnie z zaleceniem lekarza, udał się tego dnia wraz z synem do S., gdzie został przyjęty ponownie do Kliniki Ortopedii i Traumatologii (...)Szpitala (...)w S.. Powód przebywał w ww. szpitalu do dnia 9 września 2010 r. U powoda rozpoznano w szpitalu infekcję rany pooperacyjnej z intensywnym wyciekami ropno-krwistym. W związku z tym ustalono, że leczenie powoda będzie polegało na ukierunkowanej antybiotykoterapii oraz ewentualnej rewizji rany pooperacyjnej. W trakcie diagnozy z odchyleniem od stanu prawidłowego stwierdzano u powoda: stan po THR w części dystalnej łoża po zabiegu z wyciekami ropno-krwistym, rana penetruje do powięzi, ułożenie w stawie biodrowym ograniczone bólowo. W dniu 9 sierpnia 2010 r. pobrano od powoda posiew oraz przepłukano ranę O., a następnie w soli fizjologicznej oraz założono opatrunek jałowy. Wynik posiewu z rany wykazał, że u powoda obecne są liczne kolonie gronkowca *Staphylococcus aureus* (MSSA); w związku z takim wynikiem sporządzono antybiogram. Po przeprowadzeniu badań laboratoryjnych, przeprowadzeniu konsultacji internistycznych, uzyskaniu pisemnej zgody powoda na zabieg w dniu 20 sierpnia 2010 r. przeprowadzono u powoda zabieg - rewizję rany, płukanie, usunięcie tkanek martwiczych.

W dniach 20 sierpnia, 25 sierpnia, 2 września oraz 9 września 2010 r. przeprowadzono u powoda kolejne badania posiewu, z których każde wykazywało ujemny wynik w kierunku bakterii tlenowych i beztlenowych. W dniu 9 września 2010 r. powód wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami: stosowanie diety wysokobiałkowej, stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej (C. 40 mg), kontrola w poradni ortopedycznej za 4 tygodnie.

Powód przebywał również w tym samym szpitalu także w późniejszym okresie. W dniach od 12 do 14 października 2010 r. powód został przyjęty z powodu infekcji rany pooperacyjnej po przebytej alloplastyce stawu biodrowego prawego. Przy przyjęciu stwierdzono ropną przetokę w okolicy stawu biodrowego prawego w ranie pooperacyjnej. W trakcie pobytu zastosowano u powoda leczenie zachowawcze, antybiotykoterapię, przetoczono 2 jednostki krwi-krwinek czerwonych. W dniach 12 oraz 13 października 2010 r. wykonano u powoda posiew z wymazu z rany, w którym wykazano liczne kolonie gronkowca *Staphylococcus aureus* (MSSA) wrażliwego na antybiotyki. Nie wyhodowano bakterii tlenowych i beztlenowych. W dniu 14 października 2010 r. powód został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami: kontynuacji antybiotykoterapii ogólnej: D. 0,3 3x1 tabl., C. 0,5 2x1 tabl., osłonowo - T. 2x1 tabl., regularnej zmiany opatrunków jałowych prawego stawu biodrowego oraz kontroli w poradni ortopedycznej za 4 tygodnie.

W dniach od 22 listopada do 21 grudnia 2010 r. powód został przyjęty ponownie do tego samego szpitala z rozpoznaniem infekcji rany pooperacyjnej po przebytej alloplastyce całkowitej prawego stawu biodrowego prawego oraz zapalenia kości udowej w obrębie wszczepu protezy. Po wykonaniu badań laboratoryjnych oraz uzyskaniu zgody w dniu 25 listopada 2010 r. wykonano u powoda zabieg oczyszczenia rany pooperacyjnej, usunięcia tkanek martwiczych zmienionych zapalnie i martwiczo, płukania stawu i implantacji gąbki garamycynowej. W trakcie zabiegu poprzez nacięcie w starej bliźnie dotarto do zbiornika ropy znajdującego się pod warstwą tkanki podskórnej. Stwierdzono łączność zbiornika ropnego z jamą stawu. Usunięto przetokę penetrującą do stawu. Staw zrewidowano, usunięto ziarninę zapalną i tkanki martwicze. Staw wypłukano roztworem O. i soli fizjologicznej. W obrębie trzpienia protezy usunięto ziarninę zapalną, wchodzącą do kości udowej. Zaimplantowano gąbkę garamycynową w jamie stawu biodrowego oraz w miejscu ropnia podskórnego. Następnie ranę zszyto warstwowo oraz założono opatrunek jałowy. Wynik posiewu pobranego w dniu 8 grudnia 2010 r. z biodra prawego nadal wykazywał obecność gronkowca MSSA wrażliwego na większość antybiotyków. Następnie kontynuowano u powoda antybiotykoterapię, oraz przetoczono 2 jednostki krwi – krwinek czerwonych oraz przeprowadzono konsultację internistyczną i wykonano RTG klatki piersiowej. W dniu 21 grudnia 2010 r. powód został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem stosowania profilaktyki przeciwzakrzepowej (42 dni C.), kontynuacji antybiotykoterapii: D. 0,6 - co 8 godzin, C. 0,5 - 1 tabl. co 12 godzin, T. 3x2 tabl. oraz kontroli w poradni ortopedycznej za 6 tygodni.

Kolejny pobyt powoda w tym samym szpitalu miał miejsce w dniach od 24 stycznia do 15 lutego 2011 r. Był to pobyt planowany. Rozpoznano u powoda wówczas przetokę rany pooperacyjnej po przebytej alloplastyce stawu biodrowego prawego oraz infekcję górnych dróg oddechowych. Wykonano u powoda badanie USG sutków oraz przeprowadzono konsultację internistyczną. Powód został zdyskwalifikowany z zabiegu operacyjnego z powodu infekcji górnych dróg oddechowych. Powód został wypisany z zaleceniem wyleczenia infekcji dróg oddechowych oraz zgłoszenia się do szpitala za 4 tygodnie celem wyznaczenia terminu operacji. Wyniki posiewu pobranego z rany był ujemny w kierunku bakterii tlenowych i beztlenowych.

Powód przebywał również w tym samym szpitalu w dniach od 15 marca do 23 kwietnia 2011 r. z rozpoznaniem choroby zwyrodnieniowej prawego stawu biodrowego oraz infekcji rany pooperacyjnej po przebytej alloplastyce stawu biodrowego prawego. Po przeprowadzeniu badań laboratoryjnych i uzyskaniu zgody powoda w dniu 19 marca 2011 r. wykonano zabieg operacyjny realloplastyki prawego stawu biodrowego. Po wycięciu przetoki o dotarciu do protezy stawu biodrowego podjęto próbę wybicia trzpienia, mimo próby odkucia trzpienia usunięcie nie powiodło się. Podjęto decyzję o pozostawieniu protezy. Staw obficie wypłukano solą fizjologiczną oraz roztworem B.. Zabieg przebiegł bez powikłań. W dniu 29 marca 2011 r. przeprowadzono u powoda scyntyografię kośćca, która wykazała zmiany regeneracyjne po niedawnym zabiegu i stanowiła o tym, że nie można wykluczyć obłuzowania lub zakażenia panewki protezy biodra prawego. W dniu 21 kwietnia 2011 r. przeprowadzono u powoda ponowny zabieg operacyjny w znieczuleniu ogólnym usunięto dren oraz wykonano implantację gąbki garamycynowej. Wykonane posiewy w kierunku bakterii tlenowych i beztlenowych były ujemne. Wyhodowano natomiast gronkowca wrażliwego na antybiotyki. Powód został wypisany do domu w dniu 23 kwietnia 2011 r. w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami: chodzenia z pełnym obciążaniem operowanej kończyny przy asekuracji kul łokciowych, usunięcia szwów w 14 dobie po zabiegu, stosowania profilaktyki przeciwzakrzepowej (C.) oraz kontroli w poradni ortopedycznej za 4 tygodnie.

Powód po powrocie do domu w dniu 10 czerwca 2011 r. wykonał kolejne badanie laboratoryjne wydzielin z rany, z którego wyhodowano MSSA o wysokim stopniu wrażliwości. W ramach dalszego leczenia powód podlegał leczeniu w Katedrze i Zakładzie (...) w (...) Publicznym Szpitalu (...) w S..

W celu leczenia powód w dniu 22 lipca 2011 r. wykonał badania w postaci wymazów z przetoki, które dały wynik dodatni w zakresie gronkowca MSSA, wrażliwego na antybiotyki. Nie wyhodowano grzybów.

Doktor M. N. z Katedry i Zakładu Mikrobiologii z Poradni Szczepionkowej przygotowała powodowi autoszczepionkę. Autoszczepionkę powód przyjmował poprzez iniekcje w okresie od 3 października 2011 r. do 2 sierpnia 2012 r. W związku z leczeniem autoszczepionką powód w okresie od lipca do grudnia 2011 r. zapłacił na rzecz PUM łączną kwotę 440,- zł tytułem: wykonania posiewu i oceny preparatu, identyfikacji bakterii i grzybów, wykonania antybiogramu,

wykonania autoszczepionki oraz konsultacji medycznych. W trakcie wizyty kontrolnej w dniu 5 grudnia 2011 r. lekarz prowadzący M. N. z uwagi na brak postępu leczenia autoszczepionką ponownie skierowała powoda na konsultację ortopedyczną pod kątem zrostu, możliwości chirurgicznego oczyszczenia zakażonej tkanki. Lekarz z Przychodni ortopedycznej nie widział możliwości takiego leczenia.

W wyniku zakażenia gronkowcem złocistym *Staphylococcus aureus* (MSSA) i niegojeniem się rany pooperacyjnej powód odczuwa ból i dyskomfort psychiczny. Rana zamyka się a następnie pęka i jest z niej wysięk. Powód musi mieć stale opatrunki na ranie, które wykonuje obecnie samodzielnie. Ze względu na dolegliwości bólowe powód przyjmuje leki przeciwbólowe, np. Ketonal. O higienę osobistą powód dba sam. Samodzielnie wykonuje również drobne prace domowe. Przy cięższych pracach i większych zakupach pomagają mu odwiedzający go członkowie rodziny. To oni również zajmują się pielęgnacją rany powoda (zmiana opatrunków, przemywanie). Na obiady powód samodzielnie wybiera się autobusem do lokalu, w którym wykupuje abonament obiadowy. Powód porusza się często z pomocą laski. Istnienie niezagojonej rany jest dla powoda problemem, który uniemożliwia mu odwiedzić najbliższych członków rodziny, w tym siostry mieszkającej na Śląsku.

Powód obecnie porusza się przy pomocy kuli łokciowej. Jego chód jest powolny i utykający na prawa kończynę. Również lewy staw biodrowy jest dotknięty chorobą zwyrodnieniową. Zgięcie stawu biodrowego prawego do 80 stopni powyżej powód odczuwa ból. Rotacja wewnętrzna stawu biodrowego prawego około 20 stopni, rotacja zewnętrzna około 30 stopni. Powód przy wykonywaniu ruchów rotacyjnych stawu biodrowego prawego odczuwa ból. Na bocznej powierzchni uda prawego ma zaczerwienioną wciągniętą bliznę pooperacyjną w osi długiej, w górnej części blizny dwie punktowe przetoki.

Powód został zakwalifikowany do alloplastyki całkowitej stawu biodrowego prawego. Uzasadnieniem zabiegu były zmiany zwyrodnieniowe, będące powodem dolegliwości bólowych oraz zmniejszenia sprawności i wydolności chodu powoda. Zabieg operacyjny alloplastyki przeprowadzono u powoda po wykonaniu badań obrazowych, laboratoryjnych i kwalifikacji anestezjologicznej do znieczulenia. Powód wyraził pisemną zgodę na operację. Po usunięciu głowy kości udowej opracowano panewkę oraz kanał kości udowej pod implantację komponent endoprotezy. Ubytki kostne w stropie panewki uzupełniono autogennym przeszczepem kostnym pobranym z głowy kości udowej. Postępowanie diagnostyczno-lecznicze w tym zakresie było prawidłowe, zgodne z zasadami sztuki medycznej. Wyraźne kliniczne objawy zakażenia w miejscu operowanym pojawiły się u powoda w krótkim czasie po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Proces ten ma charakter przewlekły i utrzymuje się do dzisiaj. Obecnie u powoda występują w bliźnie pooperacyjnej dwie małe przetoki z wydzielaniem małej ilości treści zapalnej. Leczenie powoda ma charakter ciągły. Jego forma dostosowana jest do zakresu zmian i natężenia dolegliwości. Leczenie zakażeń w układzie kostno – stawowym gdy zostało wszczepione ciało obce jest ciężkie i trudne. Z punktu widzenia mikrobiologii klinicznej optymalne (i dające największe szanse eradykacji zakażenia) jest usunięcie ciała obcego, przeleczenie zakażenia, a następnie ponowne wszczepienie protezy. Nieco gorsze (ale także dające relatywnie duże szanse) jest leczenie antybiotykami i w jego czasie wymiana protezy. Natomiast postępowanie zachowawcze (antybiotyki u powoda dobierano poprawnie), zabiegi ograniczone czy też wymiana jednoczasowa endoprotezy daje stosunkowo niskie szanse powodzenia.

Celem kolejnych hospitalizacji powoda było leczenie procesu zapalnego. Wdrożone procedury dostosowane były do rodzaju i nasilenia zmian w miejscu operowanym. Z powodu braku skuteczności leczenia, polegającego na chirurgicznym usunięciu zmian zapalnych z implantacją gąbki garamycynowej, podjęto próbę usunięcia endoprotezy. Okazała się ona nieskuteczna. W czasie przeprowadzonego zabiegu potwierdzono mocne osadzenie implantów w podłożu kostnym bez objawów ich septycznego obłuzowania. W przypadku powoda usunięcie endoprotezy byłoby niekorzystne ze względów ortopedycznych, gdyż mogłoby prowadzić do uszkodzenia kości. Nie doszło bowiem u powoda do septycznego obłuzowania implantu i to świadczy o dobrym osadzeniu implantu. Trzpień endoprotezy jest osadzony w kanale szpikowym i jest bezklejowo połączony z tkanką kostną. Wybicie trzpienia okazało się niemożliwe, a próba siłowego usunięcia wiązałaby się ze złamaniem kości. Procedury wdrożone u powoda nie były optymalne z punktu widzenia wyleczenia zakażenia, ale nie było inne możliwości. Podjęcie ryzyka usunięcia endoprotezy mogłoby

w przypadku powoda być bardziej niekorzystne. Nie było w przypadku powoda możliwości usunięcia implantu i wyleczenie zakażenia.

Zakażenie u powoda stanowi zgodnie z powszechnie przyjętą definicją „zakażenie szpitalne miejsca operowanego” (objawy wystąpiły przed upływem 1 miesiąca od zabiegu, a w związku z wszczepieniem endoprotezy jako ciała obcego czas wydłuża się do 6 miesięcy). Sam fakt zakażenia stanowi niepowodzenie w leczeniu, a obciąża szpital jedynie w przypadku błędów w profilaktyce, diagnostyce i terapii.

Gronkowiec złocisty (*Staphylococcus aureus*) może być typu MRSA oraz MSSA. Typ MRSA jest typem metycyloopornym, o ograniczonej wrażliwości na antybiotyki, jest to typowy szczep szpitalny. Gronkowiec złocisty typu MSSA nie jest oporny na metycylinę. Gronkowiec typu MSSA powszechnie występuje u ludzi w ich florze bakteryjnej. Jest on wrażliwy na powszechnie stosowane w leczeniu antybiotyki. W przypadku gronkowca MRSA jest ograniczony wybór preparatów w jego leczeniu.

Zakażenia szpitalne mogą mieć charakter egzogenny (zakażenie przez czynniki wewnętrzne) oraz endogenne (zakażenie spowodowane własną florą bakteryjną). U powoda wystąpiło zakażenie szpitalne narządowe miejsca operowanego o charakterze endogennym gronkowcem złocistym typu MSSA, bardzo wrażliwym na antybiotyki, co wskazuje że gronkowiec pochodził z flory bakteryjnej powoda.

U powoda przeprowadzany był zabieg o niskim wskaźniku zakażenia, bo to zabieg planowy i w miejscu jałowym. U powoda została zastosowana okołoperacyjna antybiotykoterapia. Prawidłowe jest podanie antybiotyku - B. wcześniej niż 1-2 godziny przed pierwszym nacięciem, ale z wyprzedzeniem (typowo podczas procedury znieczulenia pacjenta). Podanie profilaktyki w chwili nacięcia (8:30) jest niewłaściwe, tzn. mogło zwiększyć ryzyko zakażenia gronkowcem, ale w stopniu minimalnym, trudnym do jednoznacznego ustalenia. Podanie leku w momencie pierwszego nacięcia nie jest optymalne i w pełni właściwe, ale jednocześnie nie jest błędem w znaczeniu medycznym.

Jeśli chodzi o procedury sanitarne, to zawarty w aktach materiał dowodowy nie pozwala na stwierdzenie wystąpienia uchybień w tym zakresie, które miałyby być popełnione w oddziale, na którym był operowany powód.

Powód nie wymaga obecnie leczenia operacyjnego. Wymaga okresowej kontroli w poradni ortopedycznej. Nie można wykluczyć, że w przyszłości konieczna będzie jego hospitalizacja z wdrożeniem procedury zabiegowej. Będzie to zależne od ewentualnej dynamiki rozwoju procesu zapalnego.

Aktywny podostry lub łagodny stan zapalny z obecnością zmian w tkankach miękkich narzuca konieczność zmiany opatrunków, okresowej kontroli w poradni ortopedycznej celem oceny stanu miejscowego i ewentualnego wdrożenia odpowiednich procedur leczniczych - badania obrazowe, diagnostyczne badania laboratoryjne i badania bakteriologiczne z określeniem wrażliwości na antybiotyki.

Rokowania na przyszłość należy u powoda oceniać bardzo ostrożnie. W okolicy operowanego stawu utrzymuje się łagodny stan zapalny, który może ulegać okresowemu zaostrzeniu. Szanse na znaczący postęp w jego leczeniu mogłoby dać usunięcie implantów, ale podjęta w marcu 2011 r. próba (była to słuszna decyzja) nie powiodła się. Potwierdza to fakt, że pomimo procesu zapalnego nie doszło do obłuzowania komponent endoprotezy. Dodać jednak należy, że działanie chirurgiczne zbyt agresywne w celu usunięcia endoprotezy wiązałoby się ze znaczącymi uszkodzeniami kostnymi co skutkowałoby istotną dysfunkcją czynnościową i ograniczeniem mobilności pacjenta. Nie można wykluczyć, że w przyszłości wskazane będzie leczenie operacyjne z koniecznością wykonania procedur dostosowanych do zmian chorobowych - oczyszczenie chirurgiczne ogniska zapalnego, drenaż przepływowy lub usunięcie endoprotezy w przypadku jej obłuzowania.

Ból jest odczuciem subiektywnym różnie przez pacjentów relacjonowanym. Ostra forma stanu zapalnego może być powodem dolegliwości bólowych znaczących, połączonych ze zwyżkami temperatury ciała. Uciążliwość leczenia aktywnego, podostrego stanu zapalnego wynika również z konieczności zmiany opatrunków, okresowej, dostosowanej

do zaleceń, kontroli lekarskiej, wykonywania i oceny diagnostycznych badań laboratoryjnych, badań obrazowych oraz posiewów celem stosowania celowanej antybiotykoterapii.

Zakażenie szpitalne u powoda jest powikłaniem, niepowodzeniem w leczeniu zabiegu operacyjnego.

W okresie od 1 marca 2010 r. do 28 lutego 2011 r. (...) Szpital (...) (obecnie: (...)) w S. był objęty ochroną ubezpieczeniową przez pozwaną (...) spółkę akcyjną w W. na podstawie polisy nr (...). Informację o ubezpieczycielu szpital przedstawił powodowi w piśmie z dnia 10 kwietnia 2013 r. Po otrzymaniu informacji o ubezpieczycielu szpitala powód w dniu 17 kwietnia 2013 zgłosił pozwanej szkodę związaną z zakażeniem gronkowcem. Po przeprowadzeniu w postępowaniu likwidacji szkody wyjaśnień pozwana uznała, że odpowiedzialność szpitala za szkodę i krzywdę powoda nie występuje, w związku z czym pismem z dnia 6 czerwca 2013 r. poinformowała powoda o odmowie wypłaty z ubezpieczenia szpitala, powołując się na nieudowodnienie przez powoda błędu medycznego po stronie szpitala i tym samym odpowiedzialności ubezpieczonego szpitala.

W dniu 4 marca 2015 r. powód zgłosił się do (...) Szpitala (...) w S. w celu poddania się zabiegowi operacyjnego usunięcia zaćmy starczej. Powodowi odmówiono jednak przyjęcia do szpitala z powodu dyskwalifikującego go stanu zdrowia, polegającego na nosicielstwo gronkowca *Staphylococcus aureus* i aktywnego stanu zapalnego. Zalecono powodowi konsultację i kontakt w celu umówienia przyjęcia do szpitala na wykonanie zabiegu po uzyskaniu reemisji choroby.

Na podstawie tak ustalonego stanu faktycznego Sąd uznał powództwo za niezasadne. W niniejszym postępowaniu powód A. A. dochodził zapłaty zadośćuczynienia za doznaną krzywdę i cierpienia oraz odszkodowania za koszty leczenia, w związku z hospitalizacją powoda w okresie od 22 lipca 2010 r. do 28 lipca 2010 r., w objętym przez pozwaną (...) S.A. ubezpieczeniem obowiązkowym od odpowiedzialności cywilnej podmiotów świadczących opiekę zdrowotną (...) Szpitalu (...) (obecnie: (...)) w S. (Klinika Ortopedii i Traumatologii). Powód wskazywał mianowicie, że w trakcie hospitalizacji, w związku z zabiegiem alloplastyki, został zakażony gronkowcem złocistym *Staphylococcus aureus*, którego to zakażenia nie wyleczono u niego do dnia dzisiejszego. W związku z zakażeniem i leczeniem powód miał doznać krzywdy, a nadto ponieść koszty leczenia w kwocie 440,- zł.

Istota niniejszej sprawy dotyczyła zatem odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanej względem powoda. Dochodzone przez powoda roszczenia znajdowały w ocenie Sądu oparcie w reżimie deliktowej odpowiedzialności odszkodowawczej, a powód żądał de facto zadośćuczynienia i naprawienia szkody wyrządzonej z winy podwładnych szpitala ubezpieczonego przez pozwaną przy wykonywaniu powierzonych im czynności z zakresu opieki zdrowotnej. Podstawę prawną odpowiedzialności pozwanej w pierwszym rzędzie stanowiła umowa ubezpieczenia obowiązkowego, która została zawarta pomiędzy ww. szpitalem (świadczeniodawcą) a pozwaną na podstawie art. 136b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w brzmieniu obowiązującym na moment udzielania powodowi takiego świadczenia tj. 2010 r. (Dz U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) oraz wydanego na tej podstawie aktu wykonawczego w postaci rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 3, poz. 10). Sąd wskazał, że zmiana przepisów w 2011 r. – zarówno art. 136 b powołanej ustawy, jak i wejście w życie nowego rozporządzenia jest irrelevantna dla rozstrzygnięcia sprawy, gdyż do zakażenia doszło przed ich wprowadzeniem, stąd mają one zastosowanie w niezmienionym brzmieniu. Stosownie do przepisów § 2 ww. rozporządzenia ubezpieczeniem OC objęta była odpowiedzialność cywilna świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, za szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ust. 1). Ubezpieczenie nie obejmowało szkód: polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia; polegających na zapłacie kar umownych; powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru (ust. 2). Ubezpieczenie obejmowało wszystkie szkody w zakresie, o którym mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 2, bez możliwości umownego ograniczenia przez zakład ubezpieczeń wypłaty odszkodowań (ust. 3).

Sąd I instancji wskazał, że odpowiedzialność pozwanej, jako ubezpieczyciela, ma charakter niejako wtórny wobec odpowiedzialności ubezpieczonego. Dopiero występowanie odpowiedzialności cywilnego ubezpieczonego – i to w zakresie, jaki wynika z § 2 wspomnianego rozporządzenia – powoduje odpowiedzialność ubezpieczyciela. Podstawowe znaczenie dla niniejszej sprawy miało zatem ustalenie, czy szpital ubezpieczony przez pozwaną ponosi wobec powoda odpowiedzialność odszkodowawczą. Podstaw prawnych odpowiedzialności pozwanej należało upatrywać w przepisach art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. Natomiast podstawy dochodzonego przez powoda zadośćuczynienia szukać należało w art. 444 § 1 k.c. i w zw. z art. 445 § 1 k.c.

Przepis art. 415 k.c. stanowi, iż kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Z przepisu art. 430 k.c. wynika natomiast, że kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Przywołany przepis kreuje odpowiedzialność przełożonego za szkodę wyrządzoną przez podwładnego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności. Przepis art. 430 k.c. należy do tych unormowań, które przewidują odpowiedzialność odszkodowawczą innych podmiotów, niż bezpośredni sprawca szkody. Przyjęło się je określać mianem odpowiedzialności za czyny cudze, co w przypadku art. 430 k.c. nie powinno budzić wątpliwości, ponieważ na tej podstawie powierzający ponosi odpowiedzialność bez względu na swoją winę, a wyłącznie za skutek czynu niedozwolonego wykonawcy czynności, który wyrządził szkodę. Na tej właśnie podstawie szpital ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez personel medyczny, który w tym szpitalu rzeczywiście udziela świadczeń opieki zdrowotnej. Przesłankami odpowiedzialności zwierzchnika są: powierzenie na własny rachunek wykonania czynności podwładnemu, zawiniony czyn niedozwolony podwładnego, szkoda wyrządzona przy wykonywaniu powierzonej podwładnemu czynności, związek przyczynowy między czynem niedozwolonym podwładnego a szkodą (art. 361 k.c.). Dla powstania odpowiedzialności z art. 430 k.c. konieczne jest, aby powierzenie czynności nastąpiło „na własny rachunek” powierzającego, a więc w jego własnym interesie, w obszarze własnej aktywności powierzającego. W judykaturze przyjmuje się (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 listopada 2005 r., sygn. akt V CK 396/05, Pr. Bank. 2006, nr 11, s. 16), że wykonawca czynności podlega „kierownictwu” zwierzchnika przez cały okres wykonywania czynności, nawet gdy zwierzchnik nie wykonuje przewidzianych (np. umową o pracę) aktów kontroli i nadzoru, pozostawiając podwładnemu sporą samodzielność. Szczególnie istotne znaczenie społeczne ma interpretacja stosunku podległości w sprawach o naprawienie szkody wyrządzonej przy świadczeniu usług leczniczych. Mimo samodzielności lekarzy, dokonujących czynności diagnostycznych i terapeutycznych, powszechnie przyjmuje się na podstawie art. 430 k.c. odpowiedzialność jednostek organizacyjnych, na rachunek których lekarze wykonują te czynności, w tym również tych niepublicznych, na rzecz których lekarze wykonują czynności na podstawie umów cywilno-prawnych o świadczenie usług medycznych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 1965 r., sygn. akt II CR 2/65, OSP 1967, z. 9, poz. 220, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., sygn. akt IV CSK 308/10, LEX nr 784320). Powierzający ponosi odpowiedzialność, jeżeli jego podwładny wyrządził szkodę przy wykonywaniu powierzonej mu czynności. Nie ulega wątpliwości, że chodzi o przypadki, gdy szkoda została wyrządzona bezprawnym zachowaniem wykonawcy, a nadto konieczne jest, aby istniał normalny związek przyczynowy między zachowaniem bezpośredniego sprawcy (wykonawcy czynności) a szkodą.

Powierzający odpowiada na zasadzie ryzyka za szkodę wyrządzoną przez podwładnego. Wina powierzającego jest prawnie nieistotna dla kwalifikacji jego odpowiedzialności na podstawie art. 430 k.c., który jednak wprowadza dodatkową przesłankę odpowiedzialności powierzającego, w postaci winy podwładnego. Na podstawie tego przepisu powierzający odpowiada wyłącznie za szkodę wyrządzoną zawinionym czynem niedozwolonym podwładnego. Nie ponosi więc odpowiedzialności na podstawie komentowanego przepisu, jeżeli szkoda nastąpiła wskutek przypadku czy działania siły wyższej. W orzecznictwie i doktrynie wskazuje się na dopuszczalność stosowania koncepcji winy anonimowej (por. P. Machnikowski, w: System prawa prywatnego, t. 6, s. 441). Pozwala ona uznać winę określonej jednostki organizacyjnej na podstawie ustaleń niewłaściwego postępowania bliżej niezidentyfikowanych osób fizycznych, działających w danej strukturze. Nie jest więc konieczne identyfikowanie osób, które dopuściły się zaniedbań, wykonując zabiegi wobec pacjenta. Wystarczy ustalić, że z pewnością należą do tej grupy osób, której powierzono wykonanie czynności. W praktyce oznacza to, że poprzestaje się na ustaleniu bezprawności zachowania

podwładnego. Z przywołanego przepisu wynika, że dla przypisania pozwanemu odpowiedzialności deliktowej na jego podstawie, konieczne jest łączne spełnienie następujących przesłanek: powstanie szkody, czyn niedozwolony i związek przyczynowy pomiędzy czynem niedozwolonym, a powstaniem szkody, ze wskazaniem że związek ten jest wykazany, jeśli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że przyczyna szkody leży po stronie szpitala.

W niniejszej sprawie spór dotyczył tego, czy do wywołany u powoda rozstroju zdrowia doszło w następstwie zawinonego zachowania personelu medycznego, będących w owym czasie pracownikami (w szerokim znaczeniu, nie tylko przez pryzmat stosunku pracy) szpitala ubezpieczonego przez pozwaną, a tym samym, czy można przypisać im czyn niedozwolony pozostający w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą i krzywdą doznaną przez powoda. Nie było bowiem objęte sporem, że powód poddał się zabiegowi alloplastyki biodra w Klinice Ortopedii i Traumatologii (...) Szpitala (...) (obecnie (...)) w S.. Nie było również sporu co do tego, że doszło do zakażenia powoda gronkowcem złocistym. Jest to okoliczność oczywista.

Sporne w rozpoznawanej sprawie były natomiast okoliczności dotyczące tego czy do zakażenia doszło w szpitalu, czy powstanie szkody było wynikiem zawinonego zachowania się lekarzy czy inne personelu szpitalnego oraz czy szkoda była normalnym następstwem takiego zachowania się (tzn. pozostaje w sferze odpowiedzialności placówki), czy też nie pozostaje w związku przyczynowym (tzw. adekwatnym) z zawinionym zachowaniem się osób, którym powierzono wykonanie czynności.

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, jednakże jego powstanie wymaga zaistnienia wskazanych powyżej przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego. Sąd przypomniał, że lekarzowi, czy personelowi szpitala przeprowadzającemu proces leczenia pacjenta można przypisać winę w przypadku wystąpienia jednocześnie obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z wiedzy medycznej i doświadczenia, a w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Element subiektywny odnosi się natomiast do zachowania przez lekarza i personel staranności, ocenianej pod kątem odpowiedniego standardu postępowania przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu staranności każdego lekarza i pracownika szpitala jako jego staranności zawodowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., sygn. akt V CSK 287/09 oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12). Od błędu jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy szkody, odróżnić należy powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych, a także tzw. niepowodzenie medyczne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12).

Ciężar dowodu w zakresie wykazania zarówno istnienia szkody i związku przyczynowego między powstaniem szkody a działaniem lub zaniechaniem sprawcy szkody, a także faktu, iż szkoda została wyrządzona z winy osoby pociągniętej do odpowiedzialności, spoczywa na poszkodowanym (art. 6 k.c.). Obowiązek naprawienia szkody spoczywa, bowiem tylko na tym, kto ją wyrządził tzn. tylko wtedy, gdy określone działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu powierzonej czynności stało się przyczyną powstania szkody. 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 ustalony w sposób pewny, wystarczy jedynie wysoki stopień prawdopodobieństwa istnienia takiego związku (por. wyrok Sądu Najwyższego z 27 kwietnia 2012 r., sygn. akt V CSK 142/11). W sprawach dotyczących tzw. „zakażeń szpitalnych” ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza (personelu szpitala) 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.

Przeprowadzone w niniejszej sprawie postępowanie dowodowe, w tym dokumentacja medyczna oraz opinia biegłych (główna, uzupełniająca pisemna oraz uzupełniająca ustna) dają podstawy do stwierdzenia, że u powoda wystąpiły objawy zakażenia gronkowcem złocistym, a badania posiewowe wykazują, że zakażenia nastąpiło bakteriami gronkowca złocistego wrażliwego na antybiotyki, w tym na metocylikinę (*Staphylococcus aureus*, MSSA), nie zaś

szczepem opornym na metycyklinę i inne antybiotyki (MRSA). U powoda objawy zakażenia wystąpiły zaledwie kilka dni po wypisaniu go ze szpitala po zabiegu, bowiem zabiegowi alloplastyki został poddany w dniu 23 lipca 2010 r., wypisany do domu w dniu 28 lipca 2010 r., a do lekarza zgłosił się z objawami (ropienie, niegojenie i ból rany pooperacyjnej) w dniu 9 sierpnia 2010 r. Tego samego dnia powód udał się do szpitala, gdzie wykryto u powoda w badaniach posiewowych liczne kolonie gronkowca złocistego szczepu MSSA. W szpitalu powód został poddany leczeniu – antybiotykoterapii. Następnie powód podlegał dalszemu leczeniu łącznie z leczeniem rewizyjnym.

Sąd I instancji stwierdził, że biorąc pod uwagę definicję zakażenia szpitalne i uwzględniając czas ujawnienia się tego zakażenia u powoda, nie może być żadnych wątpliwości że jest to zakażenie szpitalne. To stwierdzenie jednak nie przesądza o odpowiedzialności szpitala i ubezpieczyciela. Sąd, na podstawie zgromadzonych w ramach postępowania dowodów, ustalił, że zaistniałe u powoda zakażenie gronkowcem złocistym miało charakter endogeny, a zatem przyczyną zakażenia nie było jakiegokolwiek nieprawidłowe działanie personelu szpitala, lecz przypadek, a dokładniej rzecz ujmując – do zakażenia u powoda gronkowcem złocistym doszło poprzez dostanie się bakterii do rany, przy czym zakażenie to miało charakter samozakażenia. Ustaleń owych Sąd dokonał w oparciu o opinie biegłych (główną oraz uzupełniającą) oraz zgromadzone dokumenty z leczenia powoda. Jak wynika z wyводу opinii biegłych oraz z dokumentów w postaci znajdujących się w dokumentacji medycznej wyników badań posiewowych powód doznał zakażenia gronkowcem złocistym typu MSSA, który powszechnie występuje we florze bakteryjnej każdego człowieka, w tym również występuje na skórze. Gronkowiec złocisty tego szczepu nie jest bakterią typowo szpitalną, a zatem występuje on powszechnie w środowisku pozaszpitalnym i do zakażenia nim może dojść w zasadzie w każdej sytuacji. Niewątpliwie do zakażenia powoda mogło dojść i doszło w związku z obecną u powoda raną pooperacyjną.

Kwestią sporną w tej mierze pozostawało, czy w szpitalu w okresie pobytu powoda od 22 do 28 lipca 2010 r. zaistniały takie zdarzenia, które mogłyby spowodować zakażenie gronkowcem złocistym i czy były to działania lub zaniechania personelu szpitala i pomiędzy nimi a zakażeniem istnieje związek przyczynowy, i czy zachowania te miały charakter zawiniony. W płaszczyźnie tych problemów pozostawały podnoszona przez powoda i świadków dwie okoliczności - higiena a w zasadzie brud na oddziale Kliniki oraz prawidłowość zastosowanej u powoda antybiotykoterapii.

Odnosząc się w pierwszej kolejności do drugiej kwestii, Sąd wskazał, że z standardach postępowania operacyjnego mieści się podanie pacjentowi antybiotyku, zarówno przed jak i po zabiegu. Dla ustalenia powyższego koniecznym jest wytyczenie standardów postępowania właściwego dla tego typu sytuacji, które sprowadzają się do ustalenia obiektywnego wzorca zachowań jakich należało oczekiwać od personelu medycznego. Staranność zawodowa lekarza w rozumieniu art. 355 k.c. powinna być należyta, właściwie dobrana do kwalifikacji danego lekarza (zespołu lekarzy), jego doświadczenia i sytuacji, w której udzielana jest pomoc osobie tego potrzebującej. Postępowanie lekarza w danej sytuacji należy oceniać z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili dokonywania zabiegu medycznego, a zwłaszcza tych danych, którymi lekarz dysponował albo mógł dysponować, mając na uwadze wymagania aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. Jeżeli zatem zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinięciu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganą wobec lekarza, jak to formuluje się w niektórych wypowiedziach, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania.

Niezachowanie wymaganej staranności stanowi nieumyślną postać winy, która wiąże się z niedbalstwem. Z kolei niedbalstwo zachodzi, gdy możliwym będzie postawienie zarzutu, że sprawca szkody zachował się w sposób

odbiegający od modelu wzorcowego, ujmowanego abstrakcyjnie. W przypadku lekarza będą to reguły postępowania wypracowane na gruncie nauki i praktyki medycznej. Oceny staranności, jakiej można wymagać od sprawcy szkody, dokonuje się odnosząc wzorzec postępowania do okoliczności, w jakich działał sprawca szkody. Dopiero ustalenie, że w konkretnych okolicznościach sprawca szkody mógł zachować się w sposób należyty uzasadnia postawienie mu zarzutu nagannej decyzji.

Ten aspekt sprawy wymagał niewątpliwie wiedzy medycznej. W pierwotnie wydanej opinii biegli zwrócili uwagę, że ich zastrzeżenia budzi pora podania leku c. (B.) choć zaznaczyli że sam lek został dobrany prawidłowo. Przedstawili pewien standard postępowania przy zabiegach operacyjnych, wskazując że prawidłowe jest podanie antybiotyku nie wcześniej niż 1 – 2 godziny przed pierwszym nacięciem, ale z wyprzedzeniem (typowo podczas procedury znieczulenia pacjenta). W momencie wydawania opinii biegli dysponowali wyłącznie kserokopią karty znieczulenia, z której nie dało się precyzyjnie odczytać czasu podania leku. Biegli założyli wówczas że mógł być on podany o 8.30 lub 8.50, podczas gdy znieczulenie zostało podane o 8.05. Pierwsze nacięcie wykonano o 8.30. Wyrazili wówczas stanowisko, że podanie profilaktyki antybiotykowej w chwili nacięcia jest niewłaściwe, a 20 minut później stanowi ewidentny błąd i obniża skuteczność profilaktyki i zwiększa ryzyko zakażenia.

Już po dołączeniu do akt oryginału karty znieczulenia biegli w opinii uzupełniającej wskazali, że w zakresie procedur sanitarnych stosowanych podczas zabiegu operacyjnego nie wystąpiły uchybienia. Podanie antybiotyku nastąpiło w chwili pierwszego nacięcia i fakt ten mógł zwiększyć ryzyko zakażenia, ale w stopniu minimalnym trudnym do jednoznacznego ustalenia. Podnieśli także że literatura naukowa dotycząca okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej skupia się przede wszystkim na tym, aby lek nie był podany zbyt wcześnie. W tym przypadku lek został podany w momencie pierwszego nacięcia, co nie jest postępowaniem zbyt optymalnym i w pełni właściwym, ale jednocześnie nie jest błędem. Stanowisko to zostało podtrzymane w opinii ustnej.

Według ustaleń biegłych w ubezpieczonym przez pozwaną szpitalu nie doszło także do innych nieprawidłowości w odniesieniu do podjętego w następstwie (od kolejnego pobytu powoda w szpitalu) procesu leczenia powoda, w tym metod leczniczych.

Oczywiście z punktu widzenia mikrobiologii najlepszym dla skuteczności procesu leczenia zakażenia powoda byłoby usunięcie ciała obcego w postaci wszczepionej endoprotezy, jednakże kwestię tę wyjaśnił bardzo precyzyjnie dr n.med. K. W. specjalista ortopedii i traumatologii. W przypadku powoda nie było takiej możliwości, gdyż usunięcie endoprotezy, co w Szpitalu usiłowano zrobić, wiązałoby się z koniecznością połamania kości. Stąd też działania jakie podjęto ocenione zostały jako w pełni prawidłowe i zgodne ze standardami postępowania w przypadku takich zakażeń.

W ocenie Sądu w niniejszej sprawie należy zgodzić się z opinią główną i uzupełniającymi: pisemną i ustnymi, bowiem są one rzetelne, uwzględniają wszystkie istotne okoliczności sprawy i opierają się na przedstawionej dokumentacji medycznej powoda. Biegli w sposób spójny, logiczny i szczegółowy przygotowali opinię główną, a na zastrzeżenia i wątpliwości Sądu i stron odpowiedzi w sposób rzeczowy i wyczerpujący, przedstawiając argumentację obranego stanowiska przez pryzmat posiadanej przez nich wiedzy specjalnej z zakresu medycyny. Z tych też względów opinię biegłych należało uznać za źródło ustaleń w sprawie.

Podzielenie wniosków opinii wskazuje, że nie doszło zarówno na etapie przeprowadzenia pierwszej operacji u powoda, jak też w toku jego dalszego leczenia do żadnych obiektywnych nieprawidłowości, które dawałyby podstawy do uznania że personel medyczny dopuścił się zawinionego zaniechania. Podkreślić za biegłymi także należy, że wpływ podania antybiotyku w chwili dokonywania pierwszego nacięcia nie urasta do błędu medycznego a więc tego rodzaju nieprawidłowości, które powodują wysoki stopień prawdopodobieństwa powstania zakażenia. Biegli wprost wskazali, że ten stopień jest minimalny, a nawet trudny do uchwycenia.

Sąd zatem stwierdził, iż proces leczenia powoda przebiegł prawidłowo, tj. zgodnie z zasadami sztuki oraz wiedzy medycznej.

Drugim aspektem uwypuklanym przez stronę powodową była kwestia czystości na oddziale, na którym powód był operowany. Sąd zwrócił uwagę, że twierdzenia pozwu w tej mierze są niezmiernie skąpe. Powód bowiem wskazał, że zakażenia można było uniknąć w sytuacji właściwego przygotowania i przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego. Dopiero na etapie postępowania dowodowego została przez świadków podniesiona kwestia czystości panującej na sali, na której przebywał powód. Kwestie te podnosił świadek J. A., który ojca po operacji w lipcu 2010 r. odwiedził według twierdzeń 2 – 3 krotnie i starał się bywać co tydzień. Sąd jednak wskazał, że opis świadka bardziej pasuje do kolejnego pobytu ojca w szpitalu, który był zdecydowanie dłuższy. Za pierwszym razem powód w szpitalu przebywał jedynie 6 dni od 22 do 28 lipca 2010 r. Nie mógł być zatem odwiedzany przez syna co tydzień, skoro jego pobyt nie przekroczył nawet jednego tygodnia. Poza tym Sąd zwrócił uwagę, że świadek opisując brud jaki miał panować na sali wplótł w tę wypowiedź opis innych pacjentów, którzy mieli przebywać w szpitalu również z niegojącą się raną. To także sugeruje, że opis dotyczy kolejnego a nie pierwszego pobytu u ojca w szpitalu, kiedy wiadomym już było że do zakażenia doszło. Świadek nie widział także sposobu sprzątnięcia a widział jego efekty i na tej podstawie wysnuł wniosek, że jedną wodą były myte dwie sale. Bardziej powściągliwa we wnioskach była I. A., która wskazała, że dopiero po ujawnieniu zakażenia bardziej wnikliwie przyglądała się czystości panującej w szpitalu.

Sąd wskazał, że gdyby istotnie był tak duży brud jaki wskazuje świadek J. A. nie uszłoby to uwadze I. A., kiedy po raz pierwszy przywieźli powoda do szpitala. Poza tym twierdzenia te nie znajdują żadnego odzwierciedlenia w dokumentacji. Wszak Sąd dysponuje protokołami kontroli sanitarnej, z których nie wynika by w momencie kontroli ujawniono jakiegokolwiek nieprawidłowości w zakresie czystości; co prawda kontrola odbywa się raz w roku jako planowa. Niemniej jednak pewnym wyznacznikiem może być również fakt, że w okresie zbliżonym do pobytu powoda w szpitalu, nie ujawniono żadnego zakażenia gronkowcem na oddziale, na którym przebywał powód. Również kontrole sanitarne nie wykazywały większych uchybień, zaś szpital, w którym przebywał powód miał opracowane mechanizmy mające na celu zapobieganie zakażeniom oraz wykrywanie ich, zgłaszanie i leczenie. Te procedury, co wynika z opinii biegłych, nie wykazywały nieprawidłowości. Sąd przypomniał przy tym, że u powoda stwierdzono zakażenie gronkowcem MSSA, nie MRSA.

W grudniu 2010 r. w tym samym szpitalu, choć zupełnie na innym oddziale (Klinika Neurochirurgii i Neurochirurgia Dziecięca) stwierdzono u dwóch pacjentów gronkowca złocistego opornego na metycylinę (MRSA), jednakże powód nie został objęty tym ogniskiem, bo przecież do operacji doszło kilka miesięcy wcześniej, a poza tym nie przebywał na tym oddziale. Dodatkowo zwrócić należy uwagę, że wbrew twierdzeniom strony powodowej przypadek powoda nie musiał być zgłoszony służbom sanitarnym. Po pierwsze – co wyjaśnił bardzo szczegółowo biegły A. D. składając ustną uzupełniającą opinię, jest to problem bardziej złożony i dotyczy szpitali na całym świecie, związany z tym że objawy wystąpiły u powoda już po wypisaniu ze szpitala. Poza tym na co zwrócił uwagę biegły ten rodzaj zakażenia nie musiał być zgłaszany imiennie, lecz wyłącznie w statystyce szpitalnej i jest to problem ujawniający się nawet w przodujących ośrodkach medycznych. .

Dodatkowo Sąd wskazał, że na moment kiedy doszło do zakażenia powoda, szpital zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu o zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 r. w sprawie rejestrów zakażeń zakładowych oraz raportów o występowaniu zakażeń (Dz. U. z 2005 r., poz. 484) obowiązany był do prowadzenia rejestrów o występujących w nim zakażeniach o szczególnej zjadliwości lub oporności. Rejestr obejmował zakażenie wywołane m.in. przez gronkowca złocistego (*Staphylococcus aureus*) oporny na metycylinę (MRSA) lub glikopeptydy (VISA lub VRSA). Takiego u powoda nie rozpoznano, stąd nie ujęto w statystyce nieimienniej, jaką Zespół Zakażeń Szpitalnych miał zgłaszać do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w S..

Zatem stanowisko strony powodowej nie zostało potwierdzone. Nie można uznać, że w szpitalu nawet procedury ujawniania zakażeń funkcjonowały wadliwie. W zakresie tym Sąd dał wiarę dokumentom zgromadzonym w sprawie, w szczególności pismom Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, dokumentom wewnętrznym szpitala, zeznaniom świadka M. J. oraz opiniom biegłych.

Sąd uznał przy tym, że o warunkach sanitarnych panujących w szpitalu w lipcu 2010 r., podczas pierwszego pobytu powoda w szpitalu, gdy miało dojść do zakażenia powoda, nie mogły świadczyć zeznania świadka I. A., która w zeznaniach sama stwierdziła, że nie zwracała uwagi na wygląd i czystość pomieszczeń szpitalnych i warunki sanitarne, a zaczęła na to zwracać uwagę dopiero w okresie późniejszym, przy okazji kolejnych pobytów powoda w szpitalu. Sąd nie dał wiary zeznaniom świadka J. A., który zeznawał, iż w szpitalu panował brud, na podłodze były brudne smugi, a w szpitalu przebywało wiele osób z trudno gojącymi się ranami. Sąd podtrzymując wcześniejsze uwagi do tych zeznań, dodatkowo wskazał, że z tych samych zeznań wynikało, iż personel szpitalny dbał o czystość i sterylność pomieszczeń, gdyż świadek sam zeznawał, iż ojciec (powód) mówił mu, że pracownicy szpitala przychodzili do sali i ją odkażali, co jednak świadek sam traktował jako oznakę świadcząca o złych warunkach. Powód w swoich zeznaniach nie wypowiadał się z kolei na temat warunków sanitarnych panujących w szpitalu.

W ocenie Sądu powyższe rozważania prowadzą do wniosku, że powód nie udowodnił, aby lekarzom czy innemu personelowi pracującemu na rzecz szpitala ubezpieczonego przez pozwaną można było przypisać dopuszczenie się czynu niedozwolonego, a tym samym nie ziszcila się podstawowa przesłanka odpowiedzialności deliktowej pozwanej, w konsekwencji czego brak jest również podstaw do przypisania odpowiedzialności pozwanemu zakładowi ubezpieczeń. Z tego względu nie zaistniała przesłanka odpowiedzialności pozwanej na podstawie omawianych na wstępie rozważań przepisów prawa. Z powyższych przyczyn powództwo w niniejszej sprawie podlegało oddaleniu, o czym Sąd orzekł w punkcie I sentencji.

Sąd, czyniąc ustalenia faktyczne, oparł się na całości materiału dowodowego przedstawionego przez strony. Sąd uznał za wartościowe dowodowo zgromadzone w niniejszej sprawie dokumenty, bowiem żadna ze stron nie kwestionowała ich autentyczności, a płynące z nich informacje pozwalały na rekonstrukcję spójnego stanu faktycznego. Również dowody z zeznań zawnioskowanych w sprawie świadków i przesłuchania strony powodowej Sąd uznał w zasadzie za wiarygodne, z wyjątkiem zastrzeżeń zaznaczonych wcześniej, a dotyczących świadków J. A. oraz I. A.. Postępowanie dowodowe w niniejszej sprawie Sąd oparł również na opinii biegłych oraz dwóch opiniach uzupełniających, które – jak wskazano wcześniej – nie dawały powodów, aby poddać ich rzetelność i prawidłowość w wątpliwość, bowiem były spójne, szczegółowe i opierały się na wnikliwej analizie przez biegłych danych wynikających z akt sprawy. Biegli nadto w sposób rzetelny i przekonujący tłumaczyli przedstawione w opinii wnioski w ramach opinii uzupełniających i wyjaśnili dostatecznie dodatkowe kwestie związane z leczeniem powoda.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c., i art. 102 k.p.c. Stosownie do wyrażonej w art. 98 § 1 k.p.c. zasady odpowiedzialności za wynik procesu strona przegrywająca proces obowiązana jest zwrócić stronie wygrywającej poniesione przez nią koszty procesu niezbędne do celowego dochodzenia swych praw lub celowej obrony. Zważając na to, że w rozpoznawanej sprawie żądania pozwu zostały oddalone, obowiązek zwrotu wszystkich kosztów należałoby nałożyć na powoda. Stosownie jednak do dyspozycji art. 102 k.p.c. w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. W niniejszej sprawie w ocenie Sądu takie szczególne okoliczności zachodziły, a były to okoliczności wynikające z charakteru roszczenia dochodzonego przez powoda i jego sytuacji życiowej, w tym zdrowotnej. Powód jest osobą po przebytych operacjach, od 2010 r. zmagając się z występującym u niego zakażeniem gronkowca złocistego, którego leczenie dotychczas okazuje się nieskuteczne. Po drugie, przedmiotowe rozstrzygnięcie jest również podyktowane charakterem sprawy; rozstrzygnięcie specyfiki zakażenia, źródła zakażenia i ocena działań i zaniechań lekarzy wymagała przeprowadzenia obszernego postępowania dowodowego i dopiero jego przeprowadzenie doprowadziło do wniosków, że powództwo jest niezasadne; powód mógł natomiast łączyć w chwili wniesienia pozwu fakt zakażenia z pobytami w szpitalu i pozostawać w usprawiedliwionym subiektywnym przekonaniu, że jego wystąpienie na drogę postępowania sądowego jest niezbędne oraz celowe. Z tych względów mimo oddalenia powództwa nie było zasadne zasądzenie od powoda na rzecz pozwanej kosztów procesu. W tym stanie rzeczy orzeczono jak w punkcie II sentencji.

Zawarte w pkt. III wyroku rozstrzygnięcie o kosztach udzielonej powodowi pomocy prawnej z urzędu Sąd oparł na § 6 pkt 6 w zw. z § 2 ust. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej

z urzędu (Dz. U. z 2002 r. Nr 163, poz. 1348 z późn. zm.). Sąd nadmienił, że w toku sprawy w życie weszło rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (Dz. U. z 2015 r. poz. 1801), podwyższające stawki wynagrodzenia pełnomocników – adwokatów z urzędu, jednak zgodnie z § 22 tego rozporządzenia do spraw wszczętych i niezakończonych do dnia wejścia w życie rozporządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe do zakończenia sprawy w danej instancji. Z tego względu należało przyznać reprezentującemu powoda pełnomocnikowi – adwokat K. M. wynagrodzenie na zasadach dotychczasowych. Stawka minimalnego wynagrodzenia dla wartości niniejszej sprawy wynosiła 3.600,- zł i była ona determinowana wartością przedmiotu sporu, które należało powiększyć o należny podatek VAT (23%), tj. o kwotę 828,- zł.

Apelację od powyższego wyroku złożył powód zaskarżając go w całości i zarzucając:

- naruszenie art. 233 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów i nietrafne przyjęcie wbrew zasadom wiedzy i doświadczenia życiowego iż powód nie udowodnił, aby lekarzom czy innemu personelowi lekarskiemu pracującemu na rzecz szpitala ubezpieczonego przez pozwaną można było przypisać dopuszczenie się czynu niedozwolonego a tym samym nie ziszcila się podstawowa przesłanka odpowiedzialności deliktowej pozwanej rodząca odpowiedzialność odszkodowawczą podczas gdy:

- w żaden sposób pozwany nie wykazał, aby powód trafił do szpitala będąc uprzednio zakażony gronkowcem złocistym,

- do zakażenia doszło w wyniku przeprowadzonej operacji t.j. na skutek dokonanego cięcia chirurgicznego (nie drogą krwiopochodną), co było bezsporne,

- czas ujawnienia się zakażenia i jego miejsce wskazuje, że zakażenie miało charakter szpitalny (bezsporne) tym samym indyferentne dla oceny zasadności roszczenia pozostaje zakwalifikowanie występujących u powoda bakterii gronkowca jako MMSA o charakterze endogennym, a nie bakterii gronkowca MRSA o charakterze egzogennym, albowiem zostało wykazane z dużą dozą prawdopodobieństwa, że bakterie te zdiagnozowane u powoda znajdowały się na oddziale, w którym powód przebywał, a z drugiej strony nie bez znaczenia dla oceny zasadności roszczenia są stwierdzone uchybienia w profilaktyce okołoperacyjnej,

- bezzasadne przyjęcie, że opinie biegłych były spójne, szczegółowe i opierały się na wnikliwej analizie danych wynikających z akt sprawy podczas gdy zawierały wewnętrzne sprzeczności chociażby w ocenie prawidłowej godziny podania antybiotyku przed operacją i skutków tego podania dla prawidłowej profilaktyki okołoperacyjnej (opinia pisemna różni się od opinii uzupełniającej) czy też przyjęcie przez biegłych zgodnie z definicją że zdiagnozowano u powoda zakażenie szpitalne lecz to było jedynie zdarzenie, za które nikt odpowiedzialności nie ponosi (wypadek przy pracy), co wskazuje jednoznacznie na brak bezstronności po stronie biegłych oraz brak należytego krytycyzmu po stronie sądu, który sam powinien oceniać stwierdzone fakty wymagające wiedzy specjalnej, a nie inkorporować opinie oceniające powyższe fakty, co jest zdaniem skarżącego niedopuszczalne,

- całkowite pominięcie zarzutu nierespektowania przez szpital obowiązków wynikających z zapisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008r o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi poprzez niezgłoszenie do rejestru zakażeń szpitalnych, o którym mowa w art. 14 pkt.5 zakażenia dotyczącego powoda,

- bezzasadną odmowę nadania wiarygodności i mocy dowodowej zeznaniom świadków: J. A. i I. A. co do złych warunków sanitarno -higienicznych panujących w szpitalu na oddziale, w którym przebywał powód i niezrozumiałe zakwestionowanie prawdziwości tychże zeznań z tego jedynie z tego względu, że świadek J. A.- zdaniem sądu- mówił o swoich spostrzeżeniach związanych z kolejnym, a nie pierwszym pobytem powoda w szpitalu, który trwał 6 dni od 22 do 28 lipca 2010 r. (s.27 uzasadnienia);

- nieprawidłową i nierzetelną ocenę materiału dowodowego w postaci opinii sądowo-lekarskiej z dnia 29 marca 2015 r. sporządzonej na zlecenie sądu przez biegłych (...) w K., która stwierdza że u powoda wychodowane zostały liczne kolonie bakterii gronkowca złocistego typu Staphylococcus aureus MSSA i z uwagi na czas, w którym to ono się ujawniło

zakażenie to stanowi zgodnie z powszechnie przyjętą definicją „zakażenie szpitalne miejsca operowanego” podczas gdy sąd kwalifikuje zdarzenie jako „przypadek” i posługuje się niezdefiniowanym pojęciem „samozakażenia”,

- niewyjaśnienie wątpliwości dotyczących zachowania (bądź niezachowania) prawidłowej profilaktyki okołoperacyjnej poprzedzającej zabieg poprzez zastosowanie antybiotyku cefazolina (B.) albo o 8.30 albo o 8.50, gdyż w świetle opinii pisemnej podanie antybiotyku w chwili nacięcia jest niewłaściwe, a już 20 min później stanowi ewidentny błąd gdyż działanie takie- zdaniem biegłych- obniża skuteczność profilaktyki i zwiększa ryzyko zakażenia,

- całkowite zmarginalizowanie przez sąd meriti informacji PPIS z dnia 5 lutego 2016 r. o występujących n terenie (...)ogniskach zakażenia gronkowcem złocistym *Staphylococcus aureus* MRSA „opornym na metacyklinę”;

- naruszenie przepisu prawa materialnegoart.430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. poprzez jego niezastosowanie i oddalenie roszczeń powoda, pomimo że wykazał on, iż na terenie (...) doszło do zakażenia gronkowcem złocistym, zakażenie to ma charakter szpitalny, a nade wszystko powód uprawdopodobnił również i to, że przedmiotowe zakażenie jest skutkiem zaniedbań personelu szpitalnego bądź wynikającego z panujących na oddziale niskich standardów higienicznych bądź zaniedbań ze strony personelu lekarskiego wynikających z (nieprawidłowo podanej profilaktyki antybiotykowej). Przy czym w tego typu zdarzeniach nie ma obowiązku udowodnienia tychże zaniedbań - jak to wywodzi sąd meriti - lecz co jedynie zachodzi obowiązek uprawdopodobnienia powyższej okoliczności.

Na podstawie powyższych zarzutów skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa w całości oraz zasądzenie na rzecz pełnomocnika nieopłaconych kosztów pomocy prawnej udzielonej z urzędu za II instancję. Z ostrożności procesowej powód wniósł o przeprowadzenie uzupełniającego dowodu z opinii lekarskiej na okoliczności obecnego stanu zdrowia powoda, który już po wydaniu wyroku znalazł się po raz kolejny w szpitalu w związku z problemami wynikającymi z zakażenia miejsca operowanego (dokumentacja szpitalna zostanie doręczona niezwłocznie do Sądu w postaci wniosku dowodowego po jej nadesłaniu przez powoda na adres kancelarii), nadto w celu jednoznacznego wyjaśnienia dlaczego u powoda, u którego zdiagnozowano zakażenie gronkowcem typu MMSA wrażliwego na anfybiofyoferapię, pomimo wieloletniego leczenia (ponad 5 lat) nie udało się skutecznie go pozbyć. W formie ewentualnej powód wniósł też o przeprowadzenie opinii uzupełniającej pod kątem zweryfikowania rodzaju bakterii zdiagnozowanych u powoda.

W uzasadnieniu skarżący wskazał, że Sąd z jednej strony w sposób jednoznaczny stwierdził, że „biorąc pod uwagę definicję zakażenia szpitalnego i uwzględniając czas ujawnienia się tego zakażenia u powoda nie może być żadnych wątpliwości że jest to zakażenie szpitalne”. Z drugiej strony to stwierdzenie nie przesądza (zdaniem sądu) o odpowiedzialności szpitala i ubezpieczyciela”, albowiem sąd stwierdza że „zaistniałe u powoda zakażenie gronkowcem złocistym miało charakter endogenny, zatem przyczyną zakażenia nie było jakiegokolwiek nieprawidłowe działanie personelu szpitala lecz „przypadek”. Tym samym Sąd orzekający stwierdził, że „do zakażenia gronkowcem doszło poprzez dostanie się bakterii do rany , przy czym zakażenie to miało charakter samozakażenia”. Sąd odwołał się do opinii uzupełniającej, w świetle której gronkowiec złocisty typu MMSA, powszechnie występuje we florze bakteryjnej każdego człowieka, w tym również występuje na skórze. Niewątpliwie zdaniem sądu do zakażenia powoda mogło dojść i doszło w związku z obecną u powoda raną operacyjną. Zatem nie drogą krwiopochodną, lecz na drodze tzw. kontaminacji. Sąd orzekający w sposób całkowicie dowolny i bezzasadny zdyskredytował dowody w postaci zeznań J. A., I. A., uprawdopodobniających to, że źródłem zaistniałego zdarzenia był panujący na oddziale bród, który jest główną przyczyną zakażeń szpitalnych.

Odnosząc się do pisemnej opinii biegłych z dnia 29 marca 2015 r. skarżący zwrócił uwagę, że biegli w sposób jednoznaczny zakwalifikowali stwierdzony u powoda rodzaj bakterii jako bakterię typu szpitalnego. Zdaniem skarżącego rodzaj i miejsce zakażenia przesądza już o odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego. Sąd I instancji też dostrzega ten fakt, ale wyprowadza z tego wnioski całkowicie odmienne. Mianowicie w jego ocenie powód sam się zakaził gronkowcem, a zdarzenie to nosi miano „samozakażenia”. Argumentacja sądu, że endogenny charakter zakażenia uniemożliwia przypisanie winy po stronie pozwanej pomimo wykazania przez stronę powodową okoliczności uprawdopodobniających fakt, iż wskutek zaniedbań sanitarnych i profilaktyki okołoperacyjnej doszło

do zakażenia godzi w zasadę prawdy materialnej oraz w zasadę swobodnej oceny dowodów uwzględniającej przede wszystkim zasady wiedzy i doświadczenia życiowego, a nie dowolnej oceny poczynionej z naruszeniem art. 233 k.p.c. Przede wszystkim brak jest jakichkolwiek podstaw do przyjęcia, że powód przybywając do szpitala miał na swojej skórze lub gdziekolwiek indziej np. w nosie bakterie gronkowca złocistego typu *Staphylococcus aureus* MMSA. Jediną dolegliwością na jaką się skarżał były problemy związane z poruszaniem się i z tego względu zachodziła konieczność wymiany panewki stawu biodrowego prawego (alloplastyka stawu biodrowego prawego). W krótkim okresie, a więc przed upływem miesiąca od zabiegu już po opuszczeniu szpitala stwierdzono u powoda w miejscu operowanym szczepę kolonii gronkowca złocistego. Rodzaj zakażenia zakwalifikowano w opinii jako zakażenie szpitalne. Zdiagnozowany u A. A. typ bakterii określany jest mianem bakterii wrażliwej na antybiotykoterapię jednakże pomimo długotrwałego leczenia t.j. po upływie 5-ciu lat od zakażenia gronkowca nie udało się jego wyeliminować z organizmu powoda. Budzi to uzasadnione wątpliwości czy przyjęta kwalifikacja jest prawidłowa. Sąd oparł się w sposób bezkrytyczny na opinii biegłych, którzy to opisane zdarzenie kwalifikują jako „wypadek przy pracy”. Z drugiej zaś strony sąd w sposób całkowicie nieprawidłowy wskazał, że powód nie udowodnił lekarzom czy innemu personelowi medycznemu dopuszczenie się czynu niedozwolonego. Skarżący podniósł, że w tego typu zdarzeniach medycznych wystarczy, że powód uprawdopodobni w wysokim stopniu, że do zakażenia doszło na skutek określonych zaniedbań. Fakt, iż powód jest człowiekiem w zaawansowanym wieku nie może powodować obojętności na jego ból i cierpienie. Był on człowiekiem pogodnym i aktywnym. Celem operacji było podniesienie jakości życia. Skutek jest zgoła odwrotny. Dywagacje biegłych iż jest to zjawisko powszechne również w renomowanych ośrodkach na świecie niczego nie usprawiedliwia. Odpowiedzialność cywilnoprawną ponosi bowiem w takich sytuacjach ubezpieczyciel, a usprawiedliwienie, że zakażenie miało charakter przypadkowy nie eliminuje podstaw do odpowiedzialności odszkodowawczej z uwagi na bolesne i długotrwałe skutki, które są dla pokrzywdzonego pacjenta nieodwracalne tak jak w tym przypadku.

Pozwany w piśmie procesowym z dnia 28 września 2016 r. stanowiącym odpowiedź na apelację wniósł o jej oddalenie oraz zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda okazała się niezasadna w całości.

Wstępnie zaznaczenia wymaga, że Sąd I instancji w sposób prawidłowy zgromadził w sprawie materiał dowodowy, w dalszej kolejności dokonał jego niewadliwej oceny i w konsekwencji ustalił stan faktyczny odpowiadający treści zaoferowanych przez strony dowodów. Tym samym Sąd Apelacyjny przyjął go za własny. W sytuacji bowiem, gdy sąd odwoławczy orzeka na podstawie materiału zgromadzonego w postępowaniu w pierwszej instancji nie musi powtarzać dokonanych ustaleń, gdyż wystarczy stwierdzenie, że przyjmuje je za własne (por. np. orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 1935 r., C III 680/34. Zb. Urz. 1936, poz. 379, z dnia 14 lutego 1938 r., C II 21172/37 Przegląd Sądowy 1938, poz. 380 i z dnia 10 listopada 1998 r., III CKN 792/98, OSNC 1999, nr 4, poz. 83). Niezależnie od powyższego wskazać należy, że jak jednolicie wskazuje się w judykaturze, obowiązek rozpoznania sprawy w granicach apelacji (art. 378 § 1 k.p.c.), oznacza związanie sądu odwoławczego zarzutami prawa procesowego (tak Sąd Najwyższy min. w uchwale z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07), za wyjątkiem oczywiście tego rodzaju naruszeń, które skutkują nieważnością postępowania. Sąd Apelacyjny nie dostrzegł ich wystąpienia w niniejszej sprawie. Sąd Apelacyjny w pełni aprobejuje wyrażone w pisemnych motywach rozstrzygnięcia ustalenia, nie doszukując się tym samym także naruszenia norm art. 415 k.c. i art. 430 k.c.

Jak słusznie wskazał Sąd Okręgowy, podstawę odpowiedzialności pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. stanowił art. 805 § 1 w zw. z art. 822 § 1 k.c., art. 136b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr164, poz. 1027), przepisami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2008 r. Nr 3, poz. 10) oraz umowy zawartej między stronami umowa ubezpieczenia, potwierdzonej polisą ubezpieczeniową nr (...). Zgodnie z art. 805 § 1

k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Art. 822 § 1 k.c. stanowi, że 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. Zgodnie z art. 136b ust. 1 powołanej ustawy świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej podlega obowiązkowi ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zakres ubezpieczenia określa § 2 ust. 1 powołanego rozporządzenia, który stanowi, że ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, za szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Analiza powyższych przepisów oraz polisy ubezpieczeniowej prowadzi do wniosku, że pozwany (...) S.A. z siedzibą w W. mógł ponosić odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną w wyniku przeprowadzonej u powoda operacji (...) Szpitala (...), przy czym odpowiedzialność ubezpieczyciela zależna jest od powstania odpowiedzialności po stronie Szpitala.

Odpowiedzialność Szpitala może być oparta na zasadzie odpowiedzialności deliktowej z art. 415 k.c. i 416 k.c. jeżeli podczas leczenia w pozwanej placówce służby zdrowia wskutek popełnionych zaniedbań bądź w wyniku tzw. "winy organizacyjnej" - niezapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu, niezapewnienia właściwych warunków leczenia, właściwego sprzętu, właściwego i wykwalifikowanego personelu dojdzie do szkody (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lipca 1998 r., I CKN 786/97, PiM 1999/3/133; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 czerwca 1992 r., I ACr 254/92, OSA 1993/3/21). W takiej sytuacji, zgodnie z treścią art. 6 k.c. na stronie powodowej ciąży obowiązek wykazania przesłanek tej odpowiedzialności, a więc wspomnianej winy w organizacji, powstania szkody oraz związku przyczynowego pomiędzy powstałą szkodą a zawinionym działaniem lub zaniechaniem pozwanego w sferze organizacyjnej. W przypadku natomiast błędu medycznego przesłanki odpowiedzialności placówki medycznej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., które musi również wykazać powód to 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, przy czym do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej wystarczy choćby najmniejszy stopień winy (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 3 czerwca 2014 r., sygn. akt I ACa 1494/13, LEX nr 1493819, wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 17 października 2013 r., sygn. akt I ACa 594/13, LEX nr 1391906). Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. Zaznaczenia wymaga, co prawidłowo zauważył Sąd I instancji, że sama placówka medyczna ponosi odpowiedzialność w przypadku winy podwładnego, rozumianej zgodnie z treścią art. 415 k.c. i nie jest wymagane wykazanie przez poszkodowanego wina po stronie placówki medycznej, gdyż odpowiada ona za zasadzie ryzyka w sposób bezwzględny, wyłączający możliwość ekskulpacji. Przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na podstawie powyższego przepisu wymaga więc uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., sygn. akt IV CSK 308/10, OSNC z 2011 r. Nr 10, poz. 116). Podwładnym w rozumieniu art. 430 k.c. jest członek personelu medycznego jednostki, w tym także lekarz, który mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie organizacji pracy. Wina podwładnego jest natomiast przesłanką odpowiedzialności pozwanego na podstawie art. 430 k.c. przy czym ustawa nie uzależnia tej odpowiedzialności od konkretnego stopnia winy lub jej przypisania poszczególnym członkom personelu pozwanego (wina bezimienna). Wystarczy wykazanie, choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że zakład opieki zdrowotnej (obecnie podmiot leczniczy) ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 marca 2013 r., sygn. akt I A Ca 852/12, LEX nr 1313338). Placówka lecznicza ponosi więc odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez jej personel, którego zachowanie musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione, gdyż obowiązkiem całego personelu strony pozwanej jest

dłożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., sygn. akt V CSK 287/09, niepubl., wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12 niepubl.).

W niniejszej sprawie na szczególną uwagę zasługiwała właśnie jej specyfika przejawiająca się w tym, iż należała do kategorii tzw. procesów medycznych. W orzecznictwie i doktrynie wyrażane jest zapatrywanie, że ustalenie przyczyny utraty lub pogorszenia zdrowia nie jest z reguły możliwe w sposób absolutnie pewny i dlatego wystarczy określenie z wysoką dozą prawdopodobieństwa istnienia takiego związku (zob. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA 1970/7-8, z dnia 4 listopada 2005 r., V CK 182/05, LEX nr 180901; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 17 stycznia 2006 r., I ACa 1983/04, LEX 186503). Tego ugruntowanego już od dawna nurtu poglądów w judykaturze, zgodnie z którym w przypadku tego typu procesów i roszczeń dla przesądzenia istnienia związku przyczynowego wystarcza dostatecznie wysokie prawdopodobieństwo, iż do szkody doszło w pozwanym szpitalu, nie kwestionował sam skarżący. W pełni racjonalne pozostaje zresztą założenie, które przyświeca tej zasadzie, gdyż w tego rodzaju sprawach na ogół nie jest praktycznie możliwe stwierdzenie z całkowitą pewnością, że przyczynę szkody stanowiło konkretne zdarzenie. Dopuszczalne jest zatem ustalenie tego faktu na podstawie dowodów pośrednich, o ile zachodzi wysokie prawdopodobieństwo jego zajścia (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 21 marca 1997 r., I ACa 107/97, Wokanda 1998/7/34). W wyroku z dnia 13 czerwca 2000 r. (sygn. akt V CKN 34/00, LEX nr 52689) Sąd Najwyższy stwierdził, iż wykazanie znacznego prawdopodobieństwa związku przyczynowego między określonymi działaniami szpitala a stanem zdrowia chorego pozwala zatem przyjąć, że powód spełnił obowiązek wynikający z art. 6 k.c. W tego rodzaju sprawach szczególnego znaczenia nabiera instytucja domniemania faktycznego - art. 231 k.p.c. (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2005 r., I CK 114/05, LEX nr 187000).

Sąd Apelacyjny więc wskazuje, iż w procesach odszkodowawczych lekarskich sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, poprzestać na ustaleniu odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa pomiędzy działaniem (zaniechaniem) sprawcy a powstałą szkodą (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 23 października 2002 r., II CKN 1185/00, z dnia 24 maja 2005 r., V CSK 654/04, z dnia 26 listopada 1998 r., III CKN 4/98, z dnia 17 października 2007 r., II CSK 285/07, z dnia 17 listopada 2010 r., CSK 467/10, z dnia 4 kwietnia 2012 r., CSK 402/11, czy z dnia 8 maja 2014 r., V CSK 353/13, LEX nr 1466586). Taki bowiem dowód pewności – ze względu na specyfikę procesów medycznych – często nie jest możliwy do przeprowadzenia.

W niniejszej sprawie, jak słusznie wskazał Sąd I instancji, decydująca dla rozstrzygnięcia sprawy była treść opinii powołanych biegłych, albowiem to ona determinowała ustalenia faktyczne w zakresie prawidłowości działań zarówno lekarzy, jak i pozostałego personelu medycznego, prawidłowego procesu diagnostycznego i prawidłowości wdrożonych działań medycznych.

Z treści pisemnej opinii (...) w K. z dnia 29 marca 2015 r. (karty 524 – 531 akt), pisemnej uzupełniającej opinii z dnia 13 listopada 2015 r. (karta 576 akt) oraz wyjaśnień autorów tych opinii złożonych na rozprawie w dniu 16 maja 2016 r. (karty 619 – 620v akt) wynika, jednoznacznie, że u powoda wystąpiło zakażenie szpitalne narządowe miejsca operowanego na skutek alloplastyki całkowitej stawu biodrowego. Biegli wskazali, że wyraźnie kliniczne objawy zakażenia w miejscu operowanym pojawiły się w krótkim czasie po zabiegu. Proces ten ma charakter przewlekły i utrzymuje się do dzisiaj. Co istotne, stwierdzili, że forma leczenia była dostosowana do zakresu zmian i natężenia dolegliwości, do zmian w miejscu operowanym. Z uwagi na nieskuteczność leczenia polegającego na chirurgicznym usunięciu zmian zapalnych z implantacją gąbki garamycynowej podjęto próbę usunięcia endoprotezy, co także okazało się nieskuteczne z uwagi na mocne osadzenie implantów. Biegli wszystkie czynności medyczne wdrażane w stosunku do powoda ocenili jako prawidłowe. Co najistotniejsze z punktu widzenia rozstrzygnięcia niniejszej sprawy podkreślili, że sam fakt zakwalifikowania zakażenia jako szpitalnego (objawy wystąpiły przed upływem miesiąca od zabiegu) nie przesądza o obciążeniu szpitala skutkami niepowodzenia medycznego. Nie stwierdzili bowiem błędów ani w diagnostyce, ani w profilaktyce, ani wreszcie w terapii. Dokonując analizy dokumentacji szpitalnej stwierdzili stanowczo, że nie wystąpiły uchybienia w zakresie procedur sanitarnych, które miałyby zostać popełnione w Oddziale,

na którym przebywał powód. Jednocześnie jednoznacznie zakwalifikowali zakażenie jako zakażenie narządowe o charakterze endogennym.

Jedynie wątpliwości biegłych pierwotnie wzbudzała godzina podania antybiotyku – c.. Z powodu nieczytelnych zapisów w karcie znieczulenia wskazano, że lek miał być podany o godz. 8:30 albo o 8:50. Stwierdzono, że podanie profilaktyki w chwili nacięcia nie było właściwe, a o 8:50 stanowiłoby błąd (k. 530 verte).

W pisemnej opinii z dnia 13 listopada 2015 r. sporządzonej po nadesłaniu oryginału karty znieczulenia biegli podtrzymali wszystkie swoje dotychczasowe wywody ustalając dodatkowo, że cefazolinę podano A. A. w chwili rozpoczęcia pierwszego nacięcia, tj. około 8:30. Wskazali, że fakt ten mógłby zwiększyć ryzyko zakażenia, ale w stopniu minimalnym, trudnym do jednoznacznego ustalenia. Literatura dotycząca okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej skupia się przede wszystkim, aby nie był podawany zbyt wcześnie. W przypadku A. A. lek został podany w momencie pierwszego nacięcia, co nie jest postępowaniem optymalnym, ale jednocześnie nie jest błędem (k. 576 verte, 619 verte).

W trakcie ustnych wyjaśnień do powyższej opinii złożonych na rozprawie w dniu 16 maja 2016 r. biegli w odpowiedzi na zarzuty powoda zawarte w jego piśmie procesowym z dnia 21 grudnia 2015 r. uściślili, że u A. A. został rozpoznany gronkowiec MSSA, wrażliwy na antybiotyki stosowane powszechnie w medycynie. Gronkowiec MSSA z uwagi na powszechne występowanie u ludzi jest czynnikiem endogennym. Zabieg powoda odbywał się w okolicy jałowej. Był to zabieg o najniższym wskaźniku zakażenia (k. 619 verte). Wobec podnoszonej przez powoda w przywołanym wyżej piśmie procesowym sprzeczności stanowisk biegłych oświadczyli, że taka w żadnym przypadku nie wystąpiła. Podnieśli, że podanie antybiotyku o godzinie 8.30 nie jest błędem, co sygnalizowali już w pisemnej opinii. W żadnym przypadku nie oświadczyli w niej, że dyskwalifikuje to działania personelu medycznego. Błąd ten bowiem wiązali wyłącznie z sytuacją, w której podanie antybiotyku nastąpiłoby o godzinie 8.50. Co istotne, wskazali, że w pisemnej opinii czynili pewne założenia wobec nieczytelności karty znieczulenia znajdującej się na tym etapie postępowania w aktach sprawy. Określili jedynie, że nie było to działanie optymalne. Nadto podkreślić należy, że biegli jednoznacznie stwierdzili, że zakażenie powoda jest powikłaniem, niepowodzeniem w leczeniu zabiegu operacyjnego (k. 620 verte). Nie stwierdzili jednak jednocześnie, by doszło do popełnienia błędu przez lekarzy, czy też personel medyczny. Określili, że w przypadku powoda doszło do zbiegu niekorzystnych okoliczności. Z opinii biegłych wynika również, że leczenie zakażeń w układzie kostno-stawowym, gdy pacjent ma ciało obce, jest trudne. Nie można usunąć endoprotezy, jeżeli sprzeciwiają się temu względy ortopedyczne. W zakresie leczenia ortopedycznego biegli nie stwierdzili żadnych nieprawidłowości (k. 620). Pomimo procesu zapalnego implanty są mocno osadzone u powoda. Podjęcie próby usunięcia mogłoby być ryzykowne. Wybicie trzpienia endoprotezy może być niemożliwe, a jego usunięcie wiązałoby się z usunięciem tkanki kostnej, co byłoby problemem dla pacjenta (najprawdopodobniej doszłoby do usunięcia kości z zakażeniem). Usunięcie panewki przy prawidłowym osadzeniu mogłoby się wiązać z uszkodzeniem łoża czy łożyska kości. Po śródoperacyjnym stwierdzeniu, że implanty są mocno osadzone, lekarze nie podjęli próby usunięcia implantu. Siłowe usunięcie implantu doprowadziłoby do uszkodzenia kości udowej. Wdrożone procedury nie były optymalne, ale nie można było podjąć innych działań (k. 620).

W świetle powyższych ustaleń, odnosząc się szczegółowo do zarzutów podniesionych przez stronę powodową w zakresie naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., wskazać należy, że nie mogła wpłynąć na rozstrzygnięcie okoliczność, że pozwany nie udowodnił, że powód trafił do szpitala, będąc uprzednio zakażony gronkowcem złocistym. Z opinii biegłych, w zakresie niekwestionowanym zresztą przez stronę powodową wynika, że szczep gronkowca złocistego, który spowodował zakażenie u powoda (MSSA) występuje powszechnie u ludzi. Oznacza to, że powód był ich nosicielem. W takiej natomiast sytuacji kwestia ewentualnego wcześniejszego (przed pobytem w szpitalu) zdiagnozowania ich występowania pozostaje bez znaczenia. Oczywiście okoliczność ta byłaby istotna w sytuacji, w której u powoda stwierdzono by zakażenie gronkowcem o charakterze egzogennym, a więc tego rodzaju, którego źródła poszukiwać należy poza organizmem powoda. W takim przypadku kwestia braku wcześniejszego istnienia u powoda tego rodzaju gronkowca pozwałaby ewentualnie na budowanie domniemania faktycznego co do źródła jego pochodzenia. W okolicznościach więc niniejszej sprawy istotne pozostaje jedynie, czy doszło do zaniedbań w zakresie szeroko rozumianych procedur medycznych, ewentualnie w zakresie organizacji funkcjonowania szpitala

(odnośnie kwestii sterylności, czystości, zachowania wymogów sanitarnych). Zgromadzone dowody nie dają podstaw do poczynienia ustaleń postulowanych przez skarżącego. Oczywiście nie jest kwestią sporną, że do zakażenia doszło na skutek przeprowadzonej operacji i miało ono charakter szpitalny z uwagi na jego powstanie krótko po operacji. Wbrew jednak powodowi, tego rodzaju ustalenie z jednej strony nie pozwalało na przypisanie szpitalowi odpowiedzialności za jego powstanie u powoda, a z drugiej strony nie pozwalało na automatyczne przypisanie szpitalowi odpowiedzialności za szkodę. Jak wyżej wskazano, biegli w sposób jednoznaczny zakwalifikowali zakażenie jako posiadające charakter endogenny. Wbrew twierdzeniom powoda nie jest indyferentne dla zasadności roszczenia określenie występujących u powoda gronkowca jako MMSA o charakterze endogennym, a nie bakterii gronkowca MRSA o charakterze egzogennym. Z opinii biegłych wynika jednoznacznie, że była to okoliczność zasadnicza. Właśnie z uwagi na charakter zakażenia biegli ocenili jako bardzo mało prawdopodobne, by powstało ono na skutek działania personelu medycznego. Wysoce prawdopodobne zdaniem biegłych jest natomiast, że zakażenie powstało na skutek bakterii, których powód był już nosicielem. Odwrotnie natomiast - zakażenie gronkowcem MRSA charakterystycznym dla zakażeń szpitalnych dawałoby prawdopodobieństwo zakażenia na skutek działania personelu medycznego. W tym kontekście zupełnie niezrozumiałe są wyrażane w apelacji wątpliwości odnośnie tego, jaki właściwie charakter miało zakażenie budowane w oparciu o fakt długiego gojenia i utrzymującego się nadal lekkiego stanu zapalnego. Tego rodzaju twierdzenia sformułowane zostały przez powoda już w postępowaniu przed Sądem I instancji i biegli udzielili na nie jednoznacznej odpowiedzi szczególnie w trakcie ustnych wyjaśnień złożonych na rozprawie w dniu 16 maja 2016 r. W świetle wywodów biegłych nie ulega wątpliwości, że u powoda występuje gronkowiec złocisty szczepu MMSA wrażliwy na antybiotykoterapię. Ustalenia tego rodzaju poczynili w oparciu o przedstawioną przez strony dokumentację medyczną. Jednocześnie biegli mając świadomość przyczyny zakażenia powoda wskazywali jednoznacznie, że zakażenie powstałe u powoda jest trudne do wyleczenia z uwagi na jego lokalizację w obszarze kostno-stawowym. Jednocześnie argumentowali, że optymalne byłoby usunięcie wszczepionej endoprotezy celem wyleczenia zakażenia, niemniej z uwagi na mocne osadzenie implantu uznali oni, że działanie takie w tym wypadku nie byłoby właściwe. Jednocześnie w sposób konkretny przedstawili przeciwskazania, które sprowadzały się do konieczności ponownego łamania kości powoda, ponownego wstawiania implantu, co ocenili jako działania ryzykowne dla pacjenta, związane ze znaczącymi uszkodzeniami, a sam zabieg jako bardzo trudny. To w tym kontekście biegli wywodzili, że właśnie pozostawianie implantu może podtrzymywać proces zapalny i przyczyniać się do trudności w jego wyleczeniu. Stąd też ostatecznie wając wszelkie skutki dla pacjenta uznali, że bardziej korzystne będzie godzenie się na występowanie wspomnianego lekkiego stanu zapalnego i długotrwałe jego zwalczanie, niż usuwanie implantu, oczyszczanie miejsca jego osadzenia i ponowne jego wstawienie, co może skończyć się niepowodzeniem. Argumentację w tym zakresie uznać należy za całkowicie logiczną i spójną, dającą jednocześnie jednoznaczną odpowiedź odnośnie przyczyn braku zwalczania gronkowca, pomimo jego wrażliwości na antybiotyki. Co więcej, sugestie apelującego odnośnie innego charakteru gronkowca pozostają w oczywistej sprzeczności ze zgromadzoną w sprawie dokumentacją. Przede wszystkim z wyników badania posiewu pobranego od powoda w dniu 9 sierpnia 2010 r. (a więc w trakcie drugiego pobytu w szpitalu w związku ze zgłoszonymi dolegliwościami związanymi z raną pooperacyjną) wynika jednoznacznie, że u powoda stwierdzono gronkowca (MSSA). W związku z takim wynikiem badań sporządzono antybiogram. Co więcej brak występowania gronkowca typu egzogenego wynika z wyników badań kolejnych posiewów (w dniach 20 sierpnia, 25 sierpnia, 2 września oraz 9 września 2010 r.). Także w trakcie pobytu w szpitalu w okresie od 12 do 14 października 2010 r. wykonano u powoda w dniach 12 i 13 października 2010 r. posiew z wymazu z rany, w którym ponownie wykazano kolonie gronkowca typu MSSA wrażliwego na antybiotyki. Kolejne badania laboratoryjne wykonano u powoda w trakcie jego obecności w szpitalu w okresie od 22 listopada do 21 grudnia 2010 r. Wynik posiewu wykonanego w dniu 8 grudnia wskazywał obecność tego samego rodzaju gronkowca. Także w trakcie pobytu powoda w szpitalu od dnia 24 stycznia do 15 lutego 2011 r. nie stwierdzono występowania u powoda sugerowanego w apelacji typu gronkowca. Także w związku z zabiegami przeprowadzonymi w dniach 29 marca 2011 r. oraz w dniu 21 kwietnia 2011 r. wykonano posiewy i wyhodowano gronkowca wrażliwego na antybiotyki. Podobny wynik dało badanie przeprowadzone przez powoda po powrocie ze szpitala w dniu 10 czerwca 2011 r. Kolejne badanie powód wykonał w dniu 22 lipca 2011 r., które ponownie dały wynik dodatni w zakresie gronkowca MSSA. W kontekście tego rodzaju dokumentacji uzupełnionej opinią biegłych brak jakichkolwiek podstaw do czynienia ustaleń w zakresie zakażenia powoda innym typem gronkowca, niż stwierdzono. Jak wcześniej wskazano, oporność

na antybiotyki wynikała z umiejscowienia oraz specyficznych uwarunkowań występujących w przypadku powoda, a nie występowania gronkowca MRSA.

Sąd Apelacyjny, jak już wyżej wskazywał, nie podzielił również zarzutów odnośnie oceny dowodów z opinii biegłych przeprowadzonych przed Sądem I instancji, które zdaniem skarżącego zawierają wewnętrzne sprzeczności. Wątpliwości biegłych dotyczące godziny podania antybiotyku, które jako jedyne mogłyby świadczyć o zaniedbaniach, czy wręcz błędnie medycznym były spowodowane tym, że nieczytelna była data jego podania na karcie znieczulenia. Biegli po jej uzyskaniu konsekwentnie twierdzili, że podanie antybiotyku o 8:30 (taka godzina widniała na oryginale karty znieczulenia) nie było błędem. W tym zakresie w sposób szczegółowy odnieśli się w trakcie swoich ustnych wyjaśnień. Brak jest więc podstaw do stwierdzenia, że miała ona wpływ na powstanie zakażenia u powoda. Biegli w sposób jednoznaczny stwierdzili, że choć podanie antybiotyku nieco wcześniej byłoby optymalne, jednakże podanie go w momencie znieczulenia w minimalnym stopniu mogło wpłynąć na skuteczność antybiotykoterapii i w konsekwencji wykluczyli tę okoliczność, jako mogącą wpłynąć na przedostanie się gronkowca do rany. Odnośnie sprzeczności co do stwierdzenia, że mimo że zakażenie miało charakter szpitalny, za które nikt nie podnosi odpowiedzialności, wskazać należy, że powód zdaje się nie rozumieć pojęcia zakażenia szpitalnego używanego przez biegłych. Z opinii tych wynika, że zakażenie ma charakter szpitalny z tego względu, że powstało ono po krótkim czasie od dnia operacji przeprowadzonej u powoda. Pojęcie zakażenia szpitalnego nie mieści w swoim zakresie przyczyny jego powstania, w szczególności rozumianego jako winy personelu szpitala w jego powstaniu. Nie ma więc żadnej w sprzeczności w twierdzeniu, że za zakażenie powstałe u powoda winy nie ponosi szpital. Jak słusznie wskazał Sąd I instancji, od błędu, jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania odróżnić należy powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych, a także niepowodzenie medyczne (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12).

Nie sposób również budować, do czego najwyraźniej zmierza skarżący, domniemania faktycznego dotyczącego przyczyn zakażenia powoda, ewentualnie uchybień personelu szpitala, czy też wadliwej organizacji w oparciu o okoliczności związane z brakiem zgłoszenia zakażenia powoda, w oparciu o okoliczności związane z wystąpieniem gronkowca MRSA na innym oddziale, czy wreszcie w oparciu o okoliczności związane z panującymi w szpitalu warunkami sanitarnymi.

Nie ulega wątpliwości, że niezgłoszenie do rejestru zakażeń szpitalnych zakażenia dotyczącego powoda stosownie do zapisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w żadnym razie nie mogło stanowić dowodu odnośnie wadliwości przeprowadzonego procesu medycznego, czy też wadliwej organizacji skutkującej wystąpieniem bakterii. Ewentualne niedopełnienie obowiązku wynikającego z powołanej ustawy miało miejsce, co nie było sporne, po powstaniu zakażenia u powoda, wobec czego okoliczność ta, co oczywiste, nie mogła mieć jakiegokolwiek wpływu na ocenę odpowiedzialności szpitala za powstanie szkody po stronie powoda. Konieczne byłoby wykazanie, że takie niezgłoszone przypadki występowały albo przed, albo w trakcie pobytu powoda w szpitalu. Co jednak rozstrzygające i na co już zwracano uwagę, tego rodzaju ustalenia wyklucza już sam w sobie typ ujawnionego u powoda gronkowca. Czyni to jednocześnie bezprzedmiotowym, podniesiony w apelacji zarzut zmarginalizowania przez Sąd I instancji informacji PPIS z dnia 5 lutego 2016 r. o występujących na terenie szpitala (...)o ogniskach zakażenia gronkowcem złościstym MRSA opornym na metacyklinę. U powoda zdiagnozowano zapalenie gronkowcem złościstym szczepu MMSA (o charakterze endogennym), wobec czego stwierdzenie zakażenia innym szczepem bakterii nie mogło wpłynąć na ocenę prawdopodobieństwa spowodowania zakażenia u powoda przez działania lub zaniechania szpitala. Co równie istotne zakażenie takie stwierdzono na innym oddziale, niż ten, na którym przebywał powód. Ujawniono je bowiem na oddziale neurochirurgii dziecięcej. Ponadto zakażenie takie stwierdzono dopiero w grudniu 2010 r. Miało to więc miejsce około pięciu miesięcy później. Nie jest więc możliwe uznanie, że to właśnie to zakażenie mogło również spowodować zakażenie powoda.

Odpowiedzialności szpitala za powstałe zakażenie, wbrew stanowisku skarżącego, nie można też wiązać z treścią zeznań świadków J. A. i I. A. odnośnie warunków sanitarnych panujących w szpitalu. Znamienne jest zresztą, że nawet sam powód z tą okolicznością nie wiązał uchybień szpitala i źródeł zakażenia, nie wskazywał jej także w trakcie swoich zeznań. Kwestia ta pojawiła się dopiero w zeznaniach wskazanych wyżej świadków. Ich ocena, podobnie, jak opinii

biegłych, w żadnym przypadku nie naruszała reguł oceny dowodów określonych w art. 233 § 1 k.p.c., a tym samym podniesiony w tym zakresie również uznać należało za niezasadny. W orzecznictwie Sądu Najwyższego podkreśla się, że zarzut naruszenia tej regulacji może być uznany za zasadny jedynie w wypadku wykazania, że ocena materiału dowodowego jest rażąco wadliwa czy w sposób oczywisty błędna, dokonana z przekroczeniem granic swobodnego przekonania sędziowskiego, wyznaczonych w tym przepisie. Sąd drugiej instancji ocenia bowiem legalność oceny dokonanej przez Sąd Okręgowy, czyli bada czy zostały zachowane kryteria określone w art. 233 § 1 k.p.c. Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału, dokonując wyboru określonych środków dowodowych. Jeżeli z danego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena Sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona tylko wtedy 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 (por. przykładowo postanowienie z dnia 11 stycznia 2001 r., I CKN 1072/99, Prok. i Pr. 2001 r., nr 5, poz. 33, postanowienie z dnia 17 maja 2000 r., I CKN 1114/99, nie publ., wyrok z dnia 14 stycznia 2000 r., I CKN 1169/99, OSNC 2000 r., nr 7-8, poz. 139). Podkreślić też trzeba, że w ramach swobody oceny dowodów, mieści się wybór określonych dowodów spośród dowodów zgromadzonych, pozwalających na rekonstrukcję istotnych w sprawie faktów. Powiązanie przy tym wynikających z dowodów tych wniosków w zgodzie z zasadami logiki i doświadczenia życiowego wyklucza możliwość skutecznego zdyskwalifikowania dokonanej przez Sąd oceny, tylko z tej przyczyny, że w procesie zgromadzono też dowody, prowadzące do innych, niż wyprowadzone przez Sąd pierwszej instancji, wniosków.

W rozważanej sprawie dokonana przez Sąd ocena zeznań świadków w żadnym przypadku nie naruszała przedstawionych zasad rządzących oceną dowodów. Sąd dał im wiarę uznając przy tym, że nie sposób z treści zeznań świadków poczynić postulowanych przez skarżącego ustaleń. Odnośnie świadka J. A. rację ma przede wszystkim Sąd wskazując, że nie mogą one dotyczyć pobytu powoda w szpitalu w dniach 22 – 28 lipca 2010 r. W tym względzie w całości podzielić należy argumentację zawartą w pisemnych motywach wyroku. Skoro bowiem świadek wskazywał na swoje obecności u powoda co tydzień, co automatycznie wyklucza, by zeznania mogły dotyczyć sześciodniowego pobytu powoda w dacie, w której niewątpliwie doszło do powstania zakażenia. Jak też prawidłowo stwierdził Sąd Okręgowy jego zeznania oparte były nie na własnych obserwacjach, a na opisach innych pacjentów, którzy przebywali w szpitalu tak, jak powód, w związku z niegojącymi się ranami. Świadek nie miał własnych obserwacji w zakresie sposobu sprzątnięcia, jego częstotliwości, używanych środków. Jego zeznania oparte są na przypuszczeniach, w tym tych, na które zwrócił uwagę Sąd, a związanych z myciem dwóch sal jedną wodą. Z tych przyczyn niewadliwie Sąd I instancji ustalił, że zeznania tego świadka ani nie mogą być źródłem wiarygodnych informacji w zakresie rzeczywistych warunków sanitarnych panujących w szpitalu, ani też nie dotyczą okresu, z którym powód wiąże odpowiedzialność szpitala. Zauważenia przy tym wymaga, że świadek składał zeznania przynajmniej częściowo sprzecznie z jednej strony wskazując na panujący brud, a z drugiej strony podając w oparciu o informacje uzyskane od powoda, że sale były odkazane, co przecież nie może świadczyć o braku zachowania procedur związanych z zapewnieniem właściwych warunków sanitarnych. Podobnej oceny dokonać należy zeznania świadka I. A.. Za racjonalne uznać należy stwierdzenie Sądu, że gdyby rzeczywiście w szpitalu panowały tak złe warunki, panował tak duży brud, to stwierdziłaby to już w trakcie pierwszej hospitalizacji powoda. Tymczasem także ona w istotnym dla rozstrzygnięcia okresie nie poczyniła jakichkolwiek obserwacji, a uwagę w tym zakresie zwróciła dopiero po zakażeniu powoda, co niewątpliwie wpływało na jej subiektywne postrzeganie rzeczywistości. Świadek zeznała, że nie zwracała uwagi na wygląd i czystość pomieszczeń i w ogóle warunki sanitarne. Co jednak najistotniejsze i na co ponownie prawidłowo zwrócił uwagę Sąd I instancji, twierdzenia tych świadków pozostają w sprzeczności ze zgromadzoną w sprawie dokumentacją. Ani w tym okresie nie stwierdzono na oddziale, na którym przebywał powód innego zakażenia, ani też nie potwierdziły zarzutów świadków co do złych warunków sanitarnych. Dotyczy to przede wszystkim przeprowadzanych kontroli w tym względzie. W ich trakcie nie stwierdzono poważniejszych uchybień w zakresie wymogów sanitarnych. Z protokołu kontroli przeprowadzonej w dniach 8 – 12 marca 2010 r. przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w S. wynika jednoznacznie, że nie stwierdzono jakichkolwiek uchybień w zakresie właściwego utrzymania pomieszczeń,

w zakresie ich sprzątania, czy ogólnie warunków sanitarnych panujących w całym oddziale. Jedyne uchybienie, jak prawidłowo ustalił Sąd, dotyczyło wstawienia wanny. Należy przy tym wskazać, że przeprowadzane kontrole służą właśnie czynieniu ustaleń w tym względzie, a tym samym mają na celu wychwyceniu wszelkich nieprawidłowości, które gdyby wystąpiły zostałyby ujawnione i opisane. Nieprawidłowości nie wykazała również kolejna kontrola przeprowadzona w dniach 7 – 11 marca 2011 r. poza nakazem odświeżenia ścian i sufitów. W szpitalu wreszcie opracowana i wdrożona została Księga Procedur Higienicznych KP 7.5.-02. Zresztą nawet kontrola Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w S. przeprowadzona w związku ze stwierdzeniem gronkowca MRSA nie ustaliła źródła zakażenia w tym źródle epidemiologicznym.

Reasumując, stwierdzić należało, że zgromadzone dowody, właściwie ocenione przez Sąd I instancji, nie pozwalały na ustalenie, że operacja wszczepienia endoprotezy została przeprowadzona wadliwie. Okoliczności te wykluczały możliwość przypisania ubezpieczycielowi szpitala odpowiedzialności odszkodowawczej. Stąd też również niewadliwe zastosowanie w sprawie przepisów prawa materialnego, a w szczególności art. 415 k.c., art. 430 k.c.

Należy zaznaczyć, że w sytuacji, gdy zachodzi potrzeba wyjaśnienia okoliczności sprawy wymagających wiadomości specjalnych, sąd powinien dopuścić dowód z opinii biegłego na podstawie właściwych przepisów kodeksu postępowania cywilnego (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 12 kwietnia 2002 r., I CKN 92/00, LEX nr 53932, z dnia 8 listopada 1988 r., II CR 312/88, niepubl., i z dnia 11 czerwca 1974 r., II CR 260/74, LEX nr 8940). Jest to jedyna droga ich pozyskania. Dowód z opinii biegłego nie może być zastąpiony inną czynnością dowodową, np. przesłuchaniem świadka lub eksperymentem sądowym bez udziału biegłego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 2010 r., sygn. akt IV CSK 388/09, LEX nr 1111021, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2011 r., sygn. akt II UK 339/10, LEX nr 898704). Wprawdzie sąd nie jest związany opinią biegłych i ocenia ją na podstawie art. 233 k.p.c., jednakże swoistość tej oceny polega na tym, że nie chodzi tu o kwestię wiarygodności, lecz o pozytywne lub negatywne uznanie wartości rozumowania zawartego w opinii i uzasadnieniu (wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 12 maja 2009 r., sygn. akt III AUa 270/09, OSAB 2010/1/58-64). Z jednej więc strony, konieczna jest kontrola z punktu widzenia zasad logicznego rozumowania i źródeł poznania, z drugiej - istotną rolę odgrywa stopień zaufania do wiedzy reprezentowanej przez biegłego. Sąd może oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności czy logiczności. Może pomijać oczywiste pomyłki czy błędy rachunkowe. Opinia biegłego podlega także ocenie z uwzględnieniem kryteriów oceny tego rodzaju dowodu, takich jak poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii sposób motywowania sformułowanego stanowiska, stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 maja 2009 r., sygn. akt II CSK 642/08, LEX nr 511998). W niniejszej sprawie opinie sporządzone zostały przez osoby kompetentne i w zakresie ich specjalizacji. Same opinie zostały w sposób logiczny i wyczerpujący umotywowane. Biegli odnieśli się do całości zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego. Przedstawili wywody natury teoretycznej, a w dalszej kolejności odnieśli je do okoliczności niniejszego przypadku. W opiniach znalazły się nie tylko odpowiedzi na wszystkie pytania Sądu, ale również odpowiedzi na wszystkie pytania sformułowane przez strony. Opinie są jasne logiczne, pozwalające na prześledzenie procesu myślowego biegłych. Przedstawione zarzuty odnośnie ustaleń dokonanych na podstawie opinii biegłych okazały się chybione, co było już przedmiotem szczegółowej analizy.

Sąd Apelacyjny oddalił zawarty w apelacji wniosek o przeprowadzenie uzupełniającego dowodu z opinii lekarskiej na okoliczność obecnego stanu zdrowia powoda, który po wydaniu wyroku znalazł się w szpitalu w związku z problemami wynikającymi z zakażenia miejsca operowanego, jednoznacznego wyjaśnienia dlaczego u powoda, u którego zdiagnozowano zakażenie gronkowcem typu MMSA wrażliwego na antybiotykoterapię pomimo wieloletniego leczenia, nie udało się skutecznie zakażenia wyleczyć, ewentualnie na okoliczność weryfikacji rodzaju bakterii, które wywołały zakażenie u powoda.

Wskazać należy, że sąd rozpoznający apelację od orzeczenia sądu pierwszej instancji ma wprawdzie uprawnienia merytoryczne, a zatem jest zobowiązany do przeprowadzenia oceny dowodów, dokonania ustaleń faktycznych i do ich subsumcji pod odpowiedni przepis prawa, nie oznacza to jednak, aby mógł prowadzić postępowanie dowodowe w sprawie bez jakichkolwiek ograniczeń. Z art. 381 k.p.c. wynika, że sąd drugiej instancji może pominać nowe fakty i dowody, jeżeli strona mogła je powołać w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji, chyba że potrzeba

powołania się na nie wynika później. Przez nowe fakty i dowody należy rozumieć te, które nie były stronie znane do chwili wydania wyroku przez sąd pierwszej instancji (art. 316 k.p.c.), lub te, które powstały już po wydaniu wyroku. W postępowaniu apelacyjnym można powoływać również fakty i dowody, które wprawdzie były znane stronie przed wydaniem wyroku przez sąd pierwszej instancji, lecz ich powołanie przez stronę nie było konieczne. Wprawdzie w przyjętym systemie apelacji celem postępowania apelacyjnego jest ponowne wszechstronne zbadanie sprawy pod względem faktycznym i prawnym i sąd drugiej instancji jest zobowiązany na wniosek strony materiał ten uzupełnić, jeżeli jest to konieczne dla rozstrzygnięcia sprawy, może jednak pominąć nowe fakty i dowody zgłoszone dopiero w postępowaniu apelacyjnym, gdy zachodzą przesłanki, o których mowa w art. 381 k.p.c. Przepis ten stwarza jedynie możliwość dowodzenia okoliczności wyłącznie faktycznych, wcześniej niemożliwych do wykazania z przyczyn obiektywnych. Innymi słowy, wyjątki przewidziane w art. 381 k.p.c. zostały ustanowione nie po to, aby ograniczyć apelację i zawęzić ramy odwoławcze, lecz głównie w celu dyscyplinowania stron przez skłanianie ich do przedstawiania całego znanego im materiału faktycznego i dowodowego już w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji. Tym sposobem ustawodawca zapobiega także przewlekłości postępowania. Obostrzenia zawarte w art. 381 k.p.c. nie mogą być zatem postrzegane jako demontaż konstrukcji apelacji pełnej, lecz wyłącznie jako wyraz dążenia do koncentracji materiału procesowego. Natomiast występujący w art. 381 k.p.c. zwrot: „potrzeba powołania się na nowe fakty i dowody wynika później” nie może być pojmowany w ten sposób, że „potrzeba” ich powołania może wynikać jedynie z tego, iż rozstrzygnięcie sądu pierwszej instancji jest dla strony niekorzystne, gdyż takie pojmowanie art. 381 k.p.c. przekreślałoby jego sens i rację istnienia. „Potrzeba” ta ma być następstwem zmienionych okoliczności sprawy, które są niezależne od zapadłego rozstrzygnięcia pochodzącego od sądu pierwszej instancji (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 30 listopada 2016 roku, V ACa 237/16, Lex nr 2196127; wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 14 października 2016 roku, V ACa 57/16, Lex nr 2151515).

W niniejszej sprawie powód na rozprawie w dniu 16 maja 2016 r. po uprzedzeniu przez Przewodniczącego o zamiarze zamknięcia rozprawy nie złożył wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii uzupełniającej biegłych, mimo że w mowie końcowej wyrażał zastrzeżenia co do wniosków zawartych w opiniach biegłych (k. 621). Wniosek ten należy więc, stosownie do art. 381 k.p.c. uznać za spóźniony, albowiem mógł być złożony przed Sądem I instancji. W aktach zgromadzony został cały materiał dowodowy, jasne były i jednoznaczne stanowiska stron, jasne były sporne okoliczności faktyczne, znana była treść opinii biegłych i wysnute na ich podstawie wnioski. Co więcej, kwestia rodzaju gronkowca była przedmiotem pytań i odpowiedzi biegłych. Nie istniały więc w ocenie Sądu Apelacyjnego jakiegokolwiek przeszkody w zgłoszeniu wniosku na etapie postępowania pierwszoinstancyjnego. Powód natomiast najwyraźniej potrzebę przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych utożsamia z treścią zapadłego w sprawie rozstrzygnięcia, z dokonana przez Sąd Okręgowy oceną zgromadzonych dowodów. Okoliczności te nie mogą usprawiedliwiać akcji dowodowej dopiero na etapie rozpoznawania apelacji. Nadto, jak już wcześniej wyjaśniono, ustalenia Sądu I instancji odnośnie charakteru stwierdzonego u powoda gronkowca były prawidłowe. Dokonane zostały w oparciu o opinię biegłych, o zgromadzoną w aktach dokumentację lekarską, a w szczególności badania odnośnie zakażenia powoda, badania laboratoryjne, dokonane u powoda liczne posiewy.

Nie był spóźniony natomiast wniosek o przeprowadzenie uzupełniającego dowodu z opinii lekarskiej na okoliczność obecnego stanu zdrowia powoda z tej przyczyny, że znalazł się on ponownie w szpitalu po wydaniu wyroku przez Sąd I instancji w związku z zakażeniem w miejscu operowanym. Niemniej przeprowadzenie dowodu w zakresie wnioskowanym przez stronę powodową było zbędne, albowiem przeprowadzone postępowanie dowodowe nie pozwoliło przypisać szpitalowi winy co do zasady. Tym samym ocena wielkości krzywdy oraz szkody po stronie powoda nie mogła wpłynąć na rozstrzygnięcie, wobec czego przeprowadzenie takiego dowodu było zbędne. Na marginesie wskazać należy, że przeprowadzenie dowodu w powyższym zakresie nie było możliwe również z tej przyczyny, że powód do dnia rozprawy apelacyjnej, nie przedłożył dokumentacji medycznej, która zgodnie z wnioskiem dowodowym zawartym w apelacji, miałyby stanowić podstawę sporządzenia opinii.

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

O kosztach postępowania Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 102 k.p.c., zgodnie z którym w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej

w ogóle kosztami. Przepis ten ustanawia zasadę słuszności, będącą odstępstwem od zasady odpowiedzialności za wynik procesu, jest rozwiązaniem szczególnym, niepodlegającym wykładni rozszerzającej, wykluczającym stosowanie wszelkich uogólnień, wymagającym do swego zastosowania wystąpienia wyjątkowych okoliczności. Nie konkretyzuje on ich pojęcia, pozostawiając taką kwalifikację sądowni, przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności danej sprawy. Do okoliczności branych pod uwagę przez sąd przy ocenie przesłanek zastosowania dyspozycji omawianego przepisu można zaliczyć te związane z samym przebiegiem postępowania, charakterem sprawy, a wraz z nimi te dotyczące stanu majątkowego i sytuacji życiowej strony. Dla uzasadnienia stosowania zasady słuszności wskazuje się również w orzecznictwie precedensowy charakter sprawy, występujące w sprawie istotne wątpliwości co do wykładni lub stosowania prawa czy niejednorodną praktykę różnych organów i instytucji stosujących prawo. Powszechnie w judykaturze i doktrynie przyjmuje się też, że przepis art. 102 k.p.c. zawiera uprawnienie o charakterze czysto dyskrecyjnym (vide: postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 12 października 2012 r., IV CZ 69/12, LEX nr 1232622). Wyjaśnić trzeba, że sytuacja finansowa, nawet stanowiąca podstawę zwolnienia strony od obowiązku uiszczenia kosztów sądowych, nie wyczerpuje sama w sobie przesłanek zastosowania art. 102 k.p.c. Ocena, czy zachodzą przesłanki do skorzystania z wyjątku statuowanego w tym przepisie, jest dokonywana każdorazowo przez sąd niezależnie od wcześniejszych decyzji w przedmiocie zwolnienia jej od kosztów sądowych. Zgodnie bowiem z art. 108 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jedn.: Dz. U. z 2010 r. Nr 90, poz. 594 ze zm.), zwolnienie od kosztów sądowych nie zwalnia strony od obowiązku zwrotu kosztów procesu przeciwnikowi. Celem instytucji zwolnienia od kosztów sądowych jest zagwarantowanie prawa strony dostępu do sądu, które to prawo nie powinno być ograniczane ze względu na sytuację materialną strony. Uwzględnienie tego celu odpada zatem w sytuacji, gdy sąd rozstrzyga o kosztach procesu między stronami (por. postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 25 sierpnia 2011 r., II CZ 51/11, Lex nr 949023; z dnia 27 września 2012 r., III CZ 63/12, LEX nr 1232783; z dnia 20 września 2012 r., IV CZ 54/12, LEX nr 1230157; postanowienie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 23 października 2012 r., I ACz 960/12, LEX nr 1223175). Z tych względów samo powoływanie się na trudną sytuację materialną i zarobkową nie jest wystarczające do zakwalifikowania niniejszego przypadku do „szczególnie uzasadnionych” na gruncie art. 102 k.p.c.

W rozważanej sprawie nie ulega wątpliwości, że sytuacja finansowa i majątkowa powoda stanowiła podstawę zwolnienia go od kosztów sądowych. Wyważenie tych okoliczności w powiązaniu z samym przebiegiem procesu, jego przedmiotem podstawami ostatecznego ustalenia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia przemawiało za zastosowaniem art. 102 k.p.c. Zauważyć przede wszystkim należy, że sam proces dotyczył procesów medycznych, ze swej istoty trudnych do rzeczowej oceny bez pozyskania wiadomości specjalnych. Jak już wyżej wskazano, nawet w takim przypadku ustalenia obarczone są określoną dozą prawdopodobieństwa wobec braku możliwości określenia z całą pewnością zarówno procesów biologicznych, jak i sposobu leczenia na ostateczny skutek z uwagi na współwystępowanie wielu przyczyn stanu zdrowia człowieka. Nie bez znaczenia pozostaje okoliczność, że powód swoje roszczenie wywodził z okoliczności związanych z powikłaniami po operacji wszczepienia endoprotezy. Nie ulega wątpliwości, że kwestia ustalenia przyczyny powstania zakażenia wymagała wiadomości specjalnych. W związku z tym w sprawie przeprowadzone zostały dowody z opinii biegłych. Dopiero zawarte w nich wnioski pozwalały na rzeczową ocenę całego procesu medycznego. Jednocześnie, uwzględniając niewątpliwie uzasadnione, wiązanie przez powoda powstania zakażenia z przeprowadzonym u niego zabiegiem, mógł on pozostawać w przekonaniu co do słuszności swoich racji. Nie ulega wątpliwości, że obecny stan zdrowia powoda wynika z operacji wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego. Stąd też nie sposób uznać, że wniesienie i popieranie powództwa było skutkiem niewłaściwej, nieracjonalnej oceny okoliczności sprawy, nieracjonalnego formułowania swojego stanowiska. Mieć też należy na uwadze, że przedmiotem procesu w zasadniczej części było żądanie zadośćuczynienia za krzywdę, a więc zawsze obarczone subiektywną oceną, w pewnym sensie nawet trudną do określenia. Same natomiast rozstrzygnięcia pozostawione jest uznaniu Sądu, oczywiście co nie oznacza całkowitej w tym zakresie dowolności.

Analiza więc akt sprawy prowadzi do wniosku, że poza samą sytuacją majątkową zaistniały inne wypracowane w doktrynie przesłanki stosowania art. 102 k.p.c., a związane z samym przebiegiem procesu, z charakterem żądania, znaczeniem, jakie procesowi przypisywała strona. Niemniej Sąd Apelacyjny wziął również pod uwagę, że okoliczności sprawy zostały rozpoznane w istocie przez Sąd I instancji, a apelacja miała charakter polemiki z prawidłowym

rozstrzygnięciem, wobec czego obciążył stroną powodową kosztami należnymi stronie pozwanej w niewielkiej części, tj. w kwocie 1.000 zł, podczas gdy wysokość wynagrodzenia należnego stronie powodowej, stosownie do § 2 pkt 6 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. 1804) wynosi 5.400 zł. Wobec tego, że żaden z zarzutów apelacyjnych podniesionych przez stronę powodową nie okazał się uzasadniony, Sąd Apelacyjny za celowe uznał częściowe obciążenie strony powodowej kosztami postępowania należnymi stronie przeciwnej, o czym orzeczono w pkt 2 wyroku. Znała ona stanowisko Sądu I instancji, znała poczynione ustalenia, miała świadomość treści opinii biegłych, a tym samym winna ją uwzględnić podejmując decyzję odnośnie wywiedzenia środka odwoławczego.

Wiesława Kaźmierska Tomasz Żelazowski Agnieszka Bednarek-Moraś