



Sygn. akt IV CSK 245/11

**WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 22 lutego 2012 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Krzysztof Strzelczyk (przewodniczący)

SSN Irena Gromska-Szuster

SSN Barbara Myszka (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa Lecha Ś.

przeciwko Centrum Klinicznemu w G.

z udziałem interwenienta ubocznego po stronie pozwanej Zakładu Ubezpieczeń SA
w W.

o zapłatę, rentę i ustalenie,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej

w dniu 22 lutego 2012 r.,

skargi kasacyjnej powoda

od wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 12 października 2010 r.,

**uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi
Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania,**

Uzasadnienie

Wyrokiem z dnia 11 sierpnia 2009 r. Sąd Okręgowy w G. zasądził od pozwanego Centrum Klinicznego w G. na rzecz powoda Lecha Ś. kwotę 100 000 zł tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, rentę w kwocie 500 zł miesięcznie płatną od dnia uprawomocnienia się wyroku, ustalił, że pozwany będzie ponosił odpowiedzialność za szkodę mogącą powstać w przyszłości w następstwie zakażenia powoda w czasie jego pobytu w pozwanym szpitalu w 2001 roku gronkowcem złocistym MRSA z zastrzeżeniem przyczynienia się powoda do powstania szkody w 50%, natomiast dalej idące powództwo oddalił.

Sąd Okręgowy ustalił, że w dniu 11 stycznia 2001 r. powód uległ wypadkowi drogowemu i został przewieziony do pozwanego szpitala, gdzie stwierdzono u niego złamanie prawej kości udowej z dużym krwiakiem podskórnym, otwarte, wieloodłamowe złamanie prawej kości goleni z krwiakiem podskórnym i rozległym stłuczeniem skóry oraz stłuczenie okolicy kręgosłupa szyjnego. Powód był pod wpływem alkoholu i początkowo nie wyrażał zgody na leczenie, ostatecznie jednak złamaną kończynę wstępnie zaopatrzono za pomocą wyciągów szkieletowych, dokonano chirurgicznego zaopatrzenia rany i podano powodowi antybiotyki. W dniu 16 stycznia 2001 r. przeprowadzono operację, polegającą na zespoleniu kości udowej i wieloodłamowego złamania kości piszczelowej, po czym założono powodowi gips. Rana wygoiła się, ale po upływie miesiąca wystąpiła treść ropna w górnym biegunie rany na goleni, a w dnie rany uwidoczniła się śruba zespalająca. Przeprowadzone badanie treści ropnej nie wykazało zakażenia gronkowcem złocistym, jednak infekcja utrzymywała się. W tej sytuacji usunięto z kości piszczelowej materiał zespalający, założono drenaż przepływowy z antybiotykiem i w dniu 5 kwietnia 2001 r. wypisano powoda ze szpitala.

W dniu 17 kwietnia 2001 r. powód ponownie zgłosił się do pozwanego w związku z wyciekiem treści ropnej z przetoki goleni. Poddany został operacji oczyszczenia przetoki i implantacji gąbki garamycynowej w celu opanowania infekcji. Ujawniono wówczas zakażenie gronkowcem złocistym. Podano powodowi antybiotyki i w dniu 15 maja 2001 r. wypisano go ze szpitala.

Z powodu utrzymującej się przetoki goleni powód w okresie od 19 czerwca 2001 r. do 18 lipca 2001 r. ponownie przebywał w pozwanym szpitalu. W badaniu bakteriologicznym ponownie stwierdzono u niego obecność gronkowca złocistego.

W sierpniu 2001 r. powód został skierowany do Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej na leczenie w komorze hiperbarycznej w celu opanowania infekcji nogi. Przebywał tam do 13 sierpnia 2001 r. W pobranej w dniu 2 sierpnia 2001 r. treści do badań bakteriologicznych stwierdzono obecność w dwóch ranach gronkowca złocistego MSSA i MRSA.

Od dnia 13 września 2001 r. do 12 stycznia 2003 r. powód odbywał karę pozbawienia wolności. Podczas pobytu w zakładzie karnym dwukrotnie, w okresie od 31 października do 26 listopada 2001 r., a następnie od 27 listopada 2002 r. do 9 stycznia 2003 r., przebywał w Zakładzie Opieki Zdrowotnej Aresztu Śledczego z powodu przewlekłego zapalenia prawej kości piszczelowej z przetokami ropnymi i brakiem zrostu złamania kości podudzia. Był leczony zachowawczo, ponieważ nie zgadzał się na założenie gipsu udowego, twierdząc, że wystarczającym unieruchomieniem jest założona longeta gipsowa. Ostatecznie, ze względu na to, że powód samowolnie odwijał longetę, założono mu gips udowy.

W dniu 17 lutego 2003 r. powód został ponownie przyjęty do pozwanego szpitala. Był w złym stanie, gdyż w obrębie goleni powstały nowe przetoki ropne, w których stwierdzono obecność gronkowca MRSA. W dniach 14 i 20 marca 2003 r. operacyjnie usunięto martwicze tkanki, oczyszczono rany, po czym w dniach od 28 lutego 2003 r. do 10 marca 2003 r. poddano powoda leczeniu hiperbarycznemu w Instytucie Medycyny Morskiej i Tropikalnej. Po powrocie, w dniu 9 maja 2003 r. wykonano zabieg wycięcia stawu rzekomego piszczeli i założono stabilizator, a w dniu 26 czerwca 2003 r. przeszczepiono skórę na ubytek w obrębie prawej goleni. W dniu 8 lipca 2003 r. powód został wypisany ze szpitala.

Po raz kolejny powód przebywał w pozwanym szpitalu w dniach od 2 listopada do 27 listopada 2003 r. w związku ze złamaniem płytki zespalającej kość udową oraz ponownym złamaniem w miejscu pierwotnego złamania kości udowej. W dniu 7 listopada 2003 r. został poddany operacji usunięcia złamanej płytki AO oraz usunięcia stawu rzekomego powstałego w miejscu złamania.

Badania bakteriologiczne przeprowadzone w dniu przyjęcia powoda do szpitala wykazały obecność kolonii MRSA.

W okresach od 2 marca do 8 marca 2004 r., od 26 maja do 9 czerwca 2004 r. i od 23 września do 5 października 2004 r. powód przebywał w pozwanym szpitalu w związku z bólami nogi. Stwierdzono wówczas obrzęk wokół grotów stabilizatorów zewnętrznych na poziomie uda oraz goleni, wyciek ropny na poziomie uda i zakażenie gronkowcem złocistym.

Ze względu na utrzymujący się proces zapalny powód został skierowany do dalszego leczenia w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym w O., zajmującym się leczeniem powikłań zapalnych w obrębie kości. Przebywał tam od 10 listopada 2004 r. do 6 stycznia 2005 r., a następnie od 4 maja do 17 sierpnia 2005 r. W trakcie pobytu przebył 4 operacje, w tym wycięcia ognisk zapalnych i stabilizacji prawego uda oraz przeszczepu skóry na prawe podudzie.

W dniu 20 stycznia 2006 r. powód, ponownie przyjęty do szpitala w O., został poddany amputacji prawej kończyny na poziomie uda. W przebiegu pooperacyjnym doszło do obrzęku kikuta uda, w związku z czym w dniu 26 stycznia 2006 r. wykonano rewizję rany pooperacyjnej z usunięciem zmian martwiczych.

Gronkowiec złocisty MRSA jest patogenem, który w znaczącej większości ma rodowód szpitalny; w środowisku pozaszpitalnym jest rzadkością. Jest to szczep bardzo odporny na najczęściej stosowane antybiotyki, gdyż jest wyposażony w wiele mechanizmów zjadliwości i inwazyjności. Potrafi przetrwać poza organizmem nawet kilka miesięcy, nie tracąc swej zjadliwości. Środowisko szpitalne sprzyja rozwojowi infekcji MRSA ze względu na częste stosowanie antybiotyków o szerokim spektrum działania.

Zakażenie kości podudzia gronkowcem złocistym MRSA, które rozwinęło się u powoda w 2001 r., ma bezpośredni związek z jego pobytem w pozwanym szpitalu. Miało ono charakter egzogeny, gdyż powód nie był uprzednio nosicielem MRSA, natomiast rozpoznane w 2003 r. zakażenie kości udowej miało charakter endogeniczny.

Odroczenie postępowania terapeutycznego w pierwszych godzinach po wypadku przyczyniło się w dużej mierze do skażenia bakteryjnego i rozwoju stanu

zapalnego. Prawdopodobieństwo nabycia MRSA było w związku z tym o 40% większe, niż w przypadku, gdyby powód został zaopatrzony w ciągu pierwszych dwóch godzin po wypadku.

Powód wymaga obecnie stałej opieki, gdyż kikut uda nie zagoił się, co z kolei uniemożliwia założenie protezy.

Istota sporu – stwierdził Sąd Okręgowy – sprowadzała się do rozstrzygnięcia kwestii, kiedy i gdzie doszło do zakażenia powoda gronkowcem złocistym typu MRSA. Zebrany materiał, w szczególności opinie biegłych lek. med. Elżbiety A. i lek. med. Henryka K., wskazują na bardzo wysokie prawdopodobieństwo zakażenia powoda gronkowcem MRSA w pozwanym szpitalu w styczniu 2001 r. w związku z operacją nogi. Natomiast zakażenie gronkowcem złocistym na poziomie uda, które ujawniło się w 2003 r., miało charakter endogeniczny. W konsekwencji zachodzą podstawy by przyjąć, że pozwany nie zapewnił powodowi bezpiecznych i higienicznych warunków leczenia.

Konkludując Sąd Okręgowy uznał, że pozwany na podstawie art. 430 k.c. ponosi odpowiedzialność za zakażenie powoda gronkowcem złocistym z tym, że powód przyczynił się do rozwoju zakażenia w 50%, w tym w 40% przez odmowę wyrażenia zgody na zaopatrzenie uszkodzonej nogi w ciągu pierwszych godzin po wypadku i w 10% przez samowolne odwijanie longety gipsowej i odmowę wyrażenia zgody na założenie gipsu udowego. Przyjmując, że odpowiednią sumą zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę jest kwota 200 000 zł, a rentą z tytułu utraty zdolności do pracy oraz z tytułu zwiększonych potrzeb – kwota 1 000 zł miesięcznie, Sąd Okręgowy, po uwzględnieniu stopnia przyczynienia się powoda do powstania szkody, orzekł, jak w wyroku.

Na skutek apelacji pozwanego oraz interwenta ubocznego po stronie pozwanej w osobie Zakładu Ubezpieczeń S.A. w W., Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 12 października 2010 r. zmienił wyrok Sądu Okręgowego w ten sposób, że powództwo oddalił.

Sąd Apelacyjny stwierdził, że spór ogniskuje się wokół kwestii czy szkoda jakiej doznał powód została wyrządzona z winy osoby, za którą pozwany ponosi odpowiedzialność na podstawie art. 430 k.c. Z dokumentacji medycznej wynika, że

powód został przywieziony z miejsca wypadku w stanie upojenia alkoholowego około godz. 23.00, o godz. 1.10 podpisał oświadczenie o odmowie poddania się leczeniu, do godzin rannych pozostawał w swojej odzieży, zanieczyścił się odchodami i dopiero w dniu 12 stycznia 2001 r. w godzinach rannych poddał się leczeniu. Zespół biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej stwierdził, że w przypadku urazowego zmiżdżenia tkanek miękkich i wieloodłamowego otwartego złamania kości dochodzi do masywnego, pierwotnego zakażenia całego miejsca dotkniętego urazem. Środowisko „ulicy”, odzież i skóra zawierają różne bakterie, w tym gronkowce. Sytuacja, w której podczas wypadku dochodzi do urazowego zniszczenia powłok skórnych, uszkodzenia tkanek miękkich z otwartą raną i przemieszczenia na zewnątrz odłamów kostnych, stanowi naturalną predylekcję do różnego rodzaju postaci stanów zapalnych w obrębie miejsc objętych urazem. Ze względu na to, że powód nie wyraził zgody na natychmiastowe podjęcie leczenia, upłynęło kilka godzin zanim chirurg mógł przystąpić do zaopatrzenia złamania. W tym czasie bakterie skórne i te znajdujące się na tkaninie spodni przedostały się do rany. Zakażona rana pourazowa stanowiła później wrota zakażenia dla innych bakterii, w tym lekoopornych bakterii szpitalnych, przede wszystkim MRSA. W świetle opinii biegłej Małgorzaty R., do zakażenia kości podudzia doszło niewątpliwie w okresie bezpośrednio po doznanym urazie kończyny, mogło do tego dojść w trakcie wypadku, podczas transportu jak też podczas pierwszych godzin pobytu w szpitalu lub podczas zabiegu operacyjnego. Z dużym prawdopodobieństwem nastąpiło to jednak w krótkim czasie od wypadku. Odmowa poddania się zabiegowi oczyszczenia rany przez kilka pierwszych godzin pobytu w szpitalu w znacznym stopniu przyczyniła się więc do penetracji bakterii w głąb rany podudzia i zasiedlenia przez nie odłamów kostnych. Również biegła Elżbieta A. utrzymywała, że moment do godziny, dwóch po wypadku jest decydujący dla opanowania procesu infekcyjnego. Stwierdziła przy tym, że szczep MRSA jest spotykany nie tylko w środowisku szpitalnym. Zakażenie nim w środowisku pozaszpitalnym stanowi wprawdzie wyjątek wśród zakażeń MRSA, niemniej możliwość tę należy wziąć pod uwagę. Podobnie biegli z Zakładu Medycyny Sądowej oraz lek. med. Małgorzata R. stwierdzili, że cecha oporności gronkowca na metycylinę nie przesądza o szpitalnym pochodzeniu zakażenia.

Konkludując Sąd Apelacyjny stwierdził, iż brak podstaw do przyjęcia ze 100% pewnością, że wykrycie u powoda gronkowca złocistego MRSA świadczy o zakażeniu w pozwanym szpitalu. Nawet przyjęcie tezy, że wykryty u powoda MRSA ma rodowód szpitalny, nie świadczy o zawinieniu pozwanego, a w konsekwencji o istnieniu związku przyczynowego między zakażeniem powoda a szkodą, jakiej doznał, i to z dwóch powodów. Po pierwsze, skolonizowanie przez bakterie MRSA miejsc objętych urazem mogło nastąpić bezpośrednio po przywiezieniu powoda do szpitala, a z powodu opóźnienia postępowania terapeutycznego doszło do zakażenia rany przez kolonizujące ją bakterie, co z kolei uniemożliwiło skuteczne penetrowanie leków w obrębie zakażonej tkanki kostnej. Po drugie, bakterie gronkowca bytujące na skórze powoda, w tym bakterie MSSA – w wyniku opóźnienia leczenia – zakażyły miejsce urazu, a następnie na skutek antybiotykoterapii nabyły cech szczepu opornego na metycylinę MRSA. Pozwany wykazał więc, że zaistniały inne, bardziej prawdopodobne przyczyny zakażenia powoda bakterią MRSA aniżeli zawinione zachowanie podwładnego oraz że przyczyny te leżą po stronie powoda.

W konsekwencji, Sąd Apelacyjny zmienił zaskarżony wyrok i oddalił powództwo. Stwierdził przy tym, że bezzasadność dochodzonego roszczenia usuwa z pola zainteresowania kwestie dotyczące przedawnienia roszczenia.

W skardze kasacyjnej od wyroku Sądu Apelacyjnego powód, powołując się na podstawę określoną w art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c., wniósł o jego uchylenie i orzeczenie co do istoty sprawy przez zasądzenie od pozwanego kwoty 100 000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, renty w kwocie 500 zł miesięcznie płatnej od dnia uprawomocnienia się wyroku z odsetkami za opóźnienie, i ustalenie odpowiedzialności pozwanego za przyszłą utratę zdrowia ewentualnie – przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania. Wskazał na naruszenie art. 430 w związku z art. 6 k.c. przez przyjęcie, że nie udźwignął spoczywającego na nim ciężaru udowodnienia, iż do zakażenia gronkowcem MRSA doszło w pozwanym szpitalu, a tym samym, że wina personelu pozwanego szpitala nie została przez niego udowodniona, art. 362 k.c. przez przyjęcie, że przez odmowę poddania się leczeniu w pierwszych godzinach pobytu w szpitalu przyczynił się do zakażenia gronkowcem MRSA, art. 445 w związku z art. 444 k.c. przez przyjęcie, że nie

należy mu się zadośćuczynienie za doznaną krzywdę, i art. 444 § 2 k.c. przez przyjęcie, że nie przysługuje mu renta z tytułu utraty zdolności do pracy.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Punktem wyjścia do rozważań Sądu Apelacyjnego przedstawionych w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku była trafna konstatacja, że w świetle okoliczności faktycznych przytoczonych przez powoda w uzasadnieniu dochodzonego żądania odpowiedzialność odszkodowawczą pozwanego należy oceniać na podstawie art. 430 k.c. Prawidłowo też Sąd Apelacyjny określił przesłanki tej odpowiedzialności i wskazał, że ciężar ich wykazania obciąża powoda. Przed odniesieniem się do pozostałych rozważań Sądu Apelacyjnego trzeba przypomnieć konstrukcje prawne przyjęte w orzecznictwie Sądu Najwyższego dotyczącym naprawienia szkód wyrządzonych przy leczeniu, które w znacznym stopniu złagodziły konsekwencje ciężaru dowodu, spoczywającego na stronie powodowej.

Sąd Najwyższy niejednokrotnie podkreślał, że w sprawach o naprawienie szkód medycznych wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest – ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych – zadaniem ogromnie trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. Zauważał też, że istnienie związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą z reguły nie może być – gdy chodzi o zdrowie ludzkie – absolutnie pewne, gdyż związków zachodzących w dziedzinie medycyny nie da się sprowadzić do prostego wynikania jednego zjawiska z drugiego. Dlatego też wymaganie całkowitej pewności istnienia związku przyczynowego byłoby w znaczącej liczbie wypadków nierealne.

Przykładowo, w wyroku z dnia 5 lipca 1967 r., I PR 174/67, Sąd Najwyższy podkreślił, że w procesie nie zawsze da się przeprowadzić każdy dowód „bez reszty”. Jest to częstokroć utrudnione ze względu na uwarunkowanie aktualnym stanem wiedzy medycznej, która nie zawsze jest w stanie dać stanowczą odpowiedź na każde pytanie. W takiej sytuacji sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy uznać dowód za przeprowadzony, mając na uwadze wysoki stopień prawdopodobieństwa (zob. OSNCP 1968, nr 2, poz. 26).

Z kolei w wyrokach z dnia 20 sierpnia 1968 r., II CR 310/68 (OSNCP 1969, nr 2, poz. 38), z dnia 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69 (OSPİKA 1970, nr 7-8, poz. 155) i z dnia 12 stycznia 1977 r., II CR 571/76 (nie publ.) Sąd Najwyższy przyjął za dowód istnienia związku przyczynowego wykazanie dostatecznej dozy prawdopodobieństwa jego wystąpienia.

Zapoczątkowany w powołanych wyrokach kierunek orzecznictwa był konsekwentnie kontynuowany w późniejszych latach i to także w sprawach dotyczących zakażeń żółtaczką zakaźną, gronkowcem złocistym lub wirusem HIV, czego przykładem są wyroki Sądu Najwyższego z dnia 14 października 1974 r., II CR 415/74 (nie publ.), z dnia 7 stycznia 1998 r., II CKN 703/97 (nie publ.), z dnia 27 lutego 1998 r., II CKN 625/97 (PiM 1999, nr 3, s. 130), z dnia 10 lipca 1998 r., I CKN 786/97 (nie publ.), z dnia 6 listopada 1998 r., III CKN 4/98 (PiM 1999, nr 3, s. 135), z dnia 16 czerwca 1999 r., II CKN 412/98 (nie publ.), z dnia 13 czerwca 2000 r., V CKN 34/00 (nie publ.), z dnia 13 lutego 2002 r., IV CKN 596/00 (nie publ.), z dnia 17 maja 2007 r., III CSK 429/06 (nie publ.), z dnia 2 czerwca 2010 r., III CSK 245/09 (nie publ.) i z dnia 17 listopada 2010 r., I CSK 67/10 (nie publ.).

W orzeczeniach tych Sąd Najwyższy podkreślał, że nie można stawiać pacjentowi nierealnego wymogu ścisłego udowodnienia, w jakim momencie i jaką drogą jego organizm został zainfekowany. Dlatego też uznawał za dopuszczalne korzystanie z konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.) i to nie tylko w odniesieniu do miejsca zakażenia i związku przyczynowego między zakażeniem a pobytem pacjenta w placówce leczniczej, lecz także w odniesieniu do niedbalstwa personelu tej placówki w zakresie zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu. W wyroku z dnia 7 stycznia 1998 r., II CKN 703/97, Sąd Najwyższy stanął na stanowisku, że rozstrzygające dla przyjęcia związku przyczynowego jest ustalenie zainfekowania powódki wirusem HBV w trakcie pobytu w szpitalu i wynikające z tego ustalenia domniemanie niedbalstwa personelu szpitala w zakresie dbałości o aseptykę, jako przyczyny sprawczej infekcji. W wyroku z dnia 10 lipca 1998 r., I CKN 786/97, skonstatował, że zakażenie powódki żółtaczką wszczepienną w szpitalu wskazuje, iż szpital nie zapewnił jej bezpieczeństwa pobytu. Z kolei w wyroku z dnia 17 maja 2007 r., III CSK 429/06, stwierdził, że w sprawach

dotyczących tzw. zakażeń szpitalnych możliwe i uzasadnione jest przyjęcie niedbalstwa placówki służby zdrowia w drodze domniemania faktycznego, przy braku dowodu przeciwnego.

Przedstawiony kierunek orzecznictwa uzyskał aprobatę doktryny, jest bowiem zgodny z poglądami prezentowanymi w tej materii w nauce prawa.

Powracając do rozważań Sądu Apelacyjnego, które legły u podstaw zaskarżonego wyroku, trzeba stwierdzić, że abstrahują one od przedstawionej pokrótce i utrwalonej już linii orzecznictwa Sądu Najwyższego. Jawnym wyrazem tego jest konstatacja, iż w sprawie brak podstaw „do przyjęcia ze 100% pewnością, że wykrycie u powoda gronkowca złocistego opornego na metycylinę MRSA świadczy o zakażeniu go w pozwanym Szpitalu”.

W uzasadnieniu zaskarżonego wyroku Sąd Apelacyjny wyeksponował fragmenty opinii biegłych, w których jest mowa o tym, że środowisko „ulicy”, odzież i skóra zawierają na swojej powierzchni różne bakterie, w tym gronkowce, że do zakażenia kości podudzia mogło dojść zarówno w trakcie wypadku, podczas transportu, jak i pierwszych godzin pobytu czy zabiegu operacyjnego, że trudności z gojeniem się rany mogły prowadzić do skażenia drobnoustrojami pochodzącymi ze środowiska szpitalnego, a w następstwie do rozwoju infekcji MRSA oraz że szczep MRSA ma wprawdzie w znaczącej większości rodowód szpitalny, a w środowisku pozaszpitalnym jest rzadkością, to jednak zakażenie tym szczepem w środowisku pozaszpitalnym też występuje i choć stanowi wyjątek wśród zakażeń MRSA, możliwość taką należy wziąć pod uwagę. Zmieniając na tej podstawie wyrok Sądu pierwszej instancji, którego podstawę stanowiło ustalenie, że do zakażenia gronkowcem złocistym doszło w związku z zabiegiem operacyjnym złamanej nogi, przeprowadzonym w czasie pierwszego pobytu powoda w pozwanym szpitalu w 2001 r., Sąd Apelacyjny uchylił się od ustalenia miejsca zakażenia powoda. Nie przeprowadził przy tym własnej argumentacji, która przemawiałaby za przyjęciem, że inne niż wskazane przez Sąd pierwszej instancji źródło zakażenia jest bardziej prawdopodobne. Sąd Apelacyjny nie przytoczył zresztą w ogóle własnych, całościowych ustaleń faktycznych, które posłużyły mu za podstawę podjętego rozstrzygnięcia co do istoty sprawy, w związku z czym do

końca nie wiadomo, w jakim zakresie zaaprobował i uznał za własne ustalenia Sądu pierwszej instancji. W tej sytuacji nie można odmówić racji zarzutom skarżącego, który kwestionuje prawidłowość dokonanej przez Sąd Apelacyjny oceny prawnej, że zaistniały inne bardziej prawdopodobne przyczyny zakażenia powoda bakterią MRSA aniżeli zawinione działanie personelu pozwanego szpitala.

Nie można też odmówić racji zarzutom dotyczącym prawidłowości rozważań Sądu Apelacyjnego, prowadzonych przy założeniu, że wykryty u powoda patogen MRSA ma rodowód szpitalny, kiedy zauważa, że opóźnienie wdrożenia właściwego leczenia mogło wprawdzie mieć wpływ na rozmiar doznanej szkody, lecz nie było wyłączną przyczyną zakażenia.

W konsekwencji, podniesiony w skardze kasacyjnej zarzut naruszenia art. 430 w związku z art. 6 k.c. trzeba uznać za uzasadniony.

Z tych względów Sąd Najwyższy na podstawie art. 398¹⁵ § 1 oraz art. 108 § 2 w związku z art. 398²¹ k.p.c. orzekł, jak w sentencji.