



Sygn. akt II CSK 96/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 kwietnia 2019 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Monika Koba (przewodniczący)

SSN Władysław Pawlak (sprawozdawca)

SSN Krzysztof Strzelczyk

w sprawie z powództwa M. L.

przeciwko (...) Centrum Medycznemu Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w P.

o zadośćuczynienie, odszkodowanie, rentę i ustalenie,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym

w Izbie Cywilnej w dniu 3 kwietnia 2019 r.,

skargi kasacyjnej powoda

od wyroku Sądu Apelacyjnego w (...)

z dnia 18 sierpnia 2017 r., sygn. akt I ACa (...),

**uchyla zaskarżony wyrok i sprawę przekazuje Sądowi
Apelacyjnemu w (...) do ponownego rozpoznania oraz orzeczenia
o kosztach postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Powód M. L. w pozwie skierowanym przeciwko (...) Centrum Medycznemu sp. z o.o. w P. domagał się zasądzenia następujących kwot: 30 000 zł z

ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu, tytułem zadośćuczynienia; 10 193 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu, tytułem odszkodowania za szkodę na osobie, obejmującego koszty leczenia i rehabilitacji; 22 400 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu, tytułem skapitalizowanej renty w związku z niezdolnością do pracy w okresie od 1 lipca 2011 r. do dnia 31 października 2013 r.; 17 000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu, tytułem skapitalizowanej renty na pokrycie zwiększonych potrzeb za okres od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 października 2013 r.; kwoty 1 300 zł miesięcznie, tytułem renty płatnej do 10 każdego miesiąca (z czego 800 zł za utratę zdolności do pracy i 500 zł na pokrycie zwiększonych potrzeb), poczynwszy od dnia wytoczenia powództwa, z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności. Ponadto żądał ustalenia odpowiedzialności strony pozwanej za szkody, które mogą wystąpić w przyszłości wskutek zakażenia go gronkowcem w czasie hospitalizacji w okresie od dnia 22 listopada 2010 r. do 21 grudnia 2010 r.

Wyrokiem z dnia 2 listopada 2016 r. Sąd Okręgowy w Ł. oddalił powództwo, czyniąc następujące ustalenia faktyczne. W dniu 22 listopada 2010 r. powód upadł z dachu i doznał wieloodłamowego złamania na pograniczu trzonu i przynasady dalszej lewej kości piszczelowej z przemieszczeniem trzonu kości piszczelowej ku tyłowi. Z miejsca wypadku został przewieziony karetką pogotowania ratunkowego, w unieruchomieniu szyną Kramera, do pozwanej jednostki leczniczej i umieszczony na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. Założono mu wyciąg bezpośredni za guz piętowy i wdrożono profilaktykę przeciwwzakrzepową. Po ustąpieniu obrzęku pourazowego w dniu 3 grudnia 2010 r. powód został poddany zabiegowi operacyjnemu (w osłonie antybiotykowej). Dokonano zespolenia odłamów śrubami HCS i płytą LCP oraz założono dren ssący, a następnie unieruchomiono kończynę w szynie gipsowej podudziowo-stopowej. Dren usunięto w trzeciej dobie, odnotowując, że rana pooperacyjna goi się bez powikłań przez rychłozrost. Podczas opatrunku w piątej dobie usunięto z rany ok. 10 ml hemolizowanego krwiaka. W dniach 8 i 10 grudnia 2010 r. brzegi rany były bez odczynu zapalnego. Od 6 grudnia 2010 r. powód był pionizowany przez rehabilitanta. W dniu 8 grudnia 2010 r. włączono dodatkowo amoksiklav. W obserwacjach pielęgniarskich w dniu 11 grudnia 2010 r. odnotowano, iż powód bez zalecenia lekarza zdjął opatrunek z

rany pooperacyjnej. W dniu 21 grudnia 2010 r. powód został wypisany do domu w gipsie podudziowo-stopowym. W epikryzie odnotowano obecność utrzymującego się, niewielkiego wycieku w dolnym biegunie rany; pozostała część rany wygoiła się przez rychłozrost. Zalecono powodowi chodzenie z asekuracją kul bez obciążania operowanej nogi. W dniu 22 grudnia 2010 r., podczas pobytu powoda w SP ZOZ w Ł. w celu zmiany opatrunku, stwierdzono obecność wycieku surowiczno - ropnego. W okresie świąteczno-noworocznym powód trzykrotnie zmieniał opatrunek w pozwanej placówce oraz korzystał z doraźnej pomocy medycznej w izbie przyjęć szpitala w Ł.

W dniu 10 stycznia 2011 r. podczas kolejnej wizyty w pozwanej placówce odnotowano obecność punktowej przetoki - bez wycieku. Jej istnienie stwierdzono także podczas wizyt w dniach 14, 21 i 26 stycznia 2011 r. W dniu 31 stycznia 2011 r. w historii choroby zapisano: przetoka pod strupem, a w dniach 7 i 25 lutego 2011 r. bez wycieku. W dniu 1 kwietnia 2011 r. odnotowano okresowe sączenie z przetoki.

W połowie stycznia 2011 r. lekarz w poradni w Ł. wytłumaczył I. A. - partnerce życiowej powoda jak ma zmieniać mu opatrunki, zalecając mycie rąk, zakładanie jednorazowych rękawiczek, przemywanie rany wodą utlenioną, okładanie jej gazą, a nie watą. Opatrunek miał być zmieniany jak przesiąknięcie, co najmniej raz w tygodniu.

Po opuszczeniu pozwanego szpitala powód skarżył się na ból, opatrunek na nodze stale przesiąkał - był brudny od ropy i krwi. Gdy powodowi spływała wydzielina po pięcie wycierał ją gazą lub robił to ktoś z domowników. Po zdjęciu gipsu powód czasami odwijał bandaż i sprawdzał stan nogi. Pomiędzy wizytami w poradni powód nie zmieniał opatrunku, gdyż I. A. brzydziła się wykonywaniem tej czynności, a jeśli noga puchła i wyglądała gorzej zawoziła powoda do lekarza.

W okresie od 18 do 25 maja 2011 r. powód był ponownie hospitalizowany w pozwanej placówce; usunięto mu elementy zespolenia metalowego. Wówczas też pobrano materiał na posiew i wyhodowano gronkowca złocistego MRSA.

Do zakażenia powoda gronkowcem złocistym doszło podczas pobytu w szpitalu pozwanego w grudniu 2010 r. Przyczyna zakażenia tkwiła w doznanym przez powoda urazie oraz we wprowadzonych implantach metalowych. Zakażenie

nie było błędem w sztuce medycznej, lecz powikłaniem leczenia. Stopień zniszczenia stawu przez uraz nie dawał powodowi żadnych szans na korzystny wynik leczenia bezoperacyjnego.

W czasie pobytu powoda w szpitalu pozwanego w listopadzie i grudniu 2010 r. nie doszło do jakichkolwiek zaniedbań. Wykonano wszystkie niezbędne czynności, by nie doszło do zakażenia, w tym zastosowano antybiotykoterapię. Nie było również podstaw do wykonania posiewu z rany, bowiem w dniu wypisu nie było wysięku, ani żadnych objawów zakażenia, a powód nie gorączkował, rana była zakrzepła, odbywał się rychłozrost (tj. gojenie się ran bez powikłań). Niewielki wysięk surowiczy był efektem prawidłowego leczenia. Dopiero po wypisaniu ze szpitala pojawiły się objawy zakażenia i wówczas podejmowano kolejne czynności zmierzające do opanowania stanu zapalnego. Ponadto, wykonanie posiewu w czasie pobytu powoda w szpitalu było niecelowe z uwagi na to, że zastosowanie antybiotykoterapii nie doprowadziłoby do uzyskania spodziewanych efektów wzrostu bakteryjnego. Natomiast wykonanie posiewu po zakończeniu leczenia antybiotykami pozwoliłoby na celowaną antybiotykoterapię. Powstanie przetoki było wskazaniem do wykonania badania na posiew. Wyciek surowiczo - ropny jest wskazaniem do badania bakteriologicznego.

Wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda wynosi 25%, z czego uszczerbek spowodowany samym zakażeniem to 10%, a pozostały uszczerbek został wywołany przez złamanie kończyny podczas upadku.

Sąd Okręgowy uznał, że w stanie faktycznym sprawy nie zrealizowały się przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej strony pozwanej. Zakażenie gronkowcem złocistym powoda nie było wynikiem błędu leczniczego, lecz powikłaniem, po rozległej oraz trudnej operacji trzonu i przynasady dalszej lewej kości piszczelowej, a także wiązało się ze wszczepieniem elementów metalowych. Jednak powstanie przetoki i wycieku surowiczo-ropnego było wskazaniem do wykonania badania bakteriologicznego w postaci wymazu z rany i sporządzenia antybiogramu w celu zastosowania celowanej antybiotykoterapii. Po raz pierwszy u powoda wyciek surowiczo-ropny odnotowano w dniu 22 grudnia 2010 r. i lekarz z Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Ł. zalecił stosowanie dalacinu C.

Wprawdzie powód w okresie świąteczno - noworocznym korzystał, m.in. z pomocy pozwanej placówki, lecz miała ona charakter doraźny, polegający na bieżącej zmianie opatrunku. W związku z czym, w ocenie Sądu nie można przyjąć, że to po stronie pozwanej powstał obowiązek skierowania powoda na badania bakteriologiczne. Poza tym, powód nie przedstawił dokumentacji medycznej, która pozwoliłaby na ustalenie, jakie dokładnie w tym okresie zostały w stosunku do niego podjęte czynności medyczne. Począwszy od stycznia 2011 r. powód pozostawał pod opieką Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Ł. i tam po raz pierwszy odnotowano w dniu 10 stycznia 2011 r. przetokę, co znowu potwierdzałoby konieczność wykonania badania bakteriologicznego.

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Apelacyjny w (...) oddalił apelację powoda dzielając w pełni ustalenia faktyczne i wywody prawne Sądu Okręgowego w Ł.

W skardze kasacyjnej powód zaskarżył wyrok Sądu drugiej instancji w całości wnosząc o jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania. Zarzucił naruszenie prawa procesowego, tj. art. 233 k.p.c. przez pominięcie przy dokonywaniu oceny prawnej określonego, ustalonego przez sąd faktu, że powód został zakażony drobnoustrojem chorobotwórczym MRSA w pozwanej placówce medycznej, podczas zabiegu operacyjnego, kiedy to miał pełne prawo oczekiwać zapewnienia mu warunków bezpieczeństwa pobytu, a tym samym okoliczności przesądzającej o winie pozwanej w niezapewnieniu należytych warunków sanitarnych; art. 278 § 1 k.p.c. w zw. z art. 382 k.p.c. i art. 391 § 1 k.p.c. przez pominięcie części zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego i wybiórcze potraktowanie opinii biegłych z zakresu chorób zakaźnych, a w konsekwencji przyjęcie, że w postępowaniu pozwanej nie było nieprawidłowości w zakresie działań leczniczych podejmowanych wobec powoda; naruszenie prawa materialnego, tj. art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. i art. 6 k.c. przez przyjęcie, że powód nie wykazał przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej strony pozwanej, tj. dopuszczenia się przez personel pozwanej zawinionego działania, skutkującego zakażeniem powoda w czasie zabiegu operacyjnego.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

1. Podstawą skargi kasacyjnej nie mogą być zarzuty dotyczące ustalenia faktów lub oceny dowodów (art. 398³ § 3 k.p.c.). W związku z czym, w orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że skarga kasacyjna nie może być oparta na zarzucie naruszenia art. 233 § 1 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. określającego kryteria oceny wiarygodności i mocy dowodów (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 23 września 2005 r., III CSK 13/05, OSNC 2006, nr 4, poz. 76, z dnia 24 listopada 2005 r., IV CSK 241/05 nie publ., z dnia 26 kwietnia 2006 r., V CSK 11/06, nie publ., i z dnia 8 października 2009 r., II CSK 222/09, nie publ.).

W razie popełnienia przez Sąd drugiej instancji uchybień w odniesieniu do podstawy faktycznej rozstrzygnięcia polegających na pominięciu materiału dowodowego, który zgromadził, ale nie ocenił właściwie Sąd pierwszej instancji, skarżący może skutecznie je zakwestionować, zarzucając naruszenie konkretnych przepisów prawa procesowego w powiązaniu z art. 382 oraz art. 328 § 2 k.p.c., wraz z wykazaniem, że naruszenia te mogły mieć istotny wpływ na wynik sprawy, jak tego wymaga przepis art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c.

W obowiązującym modelu apelacji pełnej rola sądu drugiej instancji nie ogranicza się jedynie do samego aktu kontroli zaskarżonego rozstrzygnięcia, ale obejmuje także powinność merytorycznego rozpoznania sprawy. Celem postępowania apelacyjnego jest bowiem ponowne i wszechstronne merytoryczne rozpoznanie sprawy (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2017 r., IV CZ 10/17, nie publ.). Przepis art. 382 k.p.c. określa podstawę merytorycznego orzekania przez Sąd drugiej instancji, która obejmuje materiał dowodowy zebrany przez sąd pierwszej instancji oraz w postępowaniu apelacyjnym. Uregulowanie to nakłada na sąd drugiej instancji obowiązek dokonania ponownie własnych ustaleń, które mogą obejmować ustalenia sądu pierwszej instancji przyjęte za własne albo różnić się od tych już poczynionych, a następnie poddania ich ocenie pod kątem prawa materialnego (zob. uchwała składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 1999 r., III CZP 59/98, OSNC 1999, nr 7-8, poz. 124), które stosuje z urzędu, niezależnie od podniesionych w apelacji zarzutów (por. uzasadnienie uchwały składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07, OSNC 2008, nr 6, poz. 55).

Powód w skardze kasacyjnej zakwestionował podstawę faktyczną rozstrzygnięcia zarzucając naruszenie art. 278 § 1 w zw. z art. 382 k.p.c. Należy podkreślić, że ustalenia faktyczne powinny korespondować z żądaniem pozwu i okolicznościami faktycznymi przytoczonymi na jego uzasadnienie, w kontekście właściwej podstawy prawnej. Powód wywodzi dochodzone roszczenia odszkodowawcze z faktu zawinionego, jego zdaniem, zakażenia go gronkowcem złocistym w pozwanym szpitalu. W skardze kasacyjnej i w apelacji wskazuje też na zaniedbania strony pozwanej, które miały miejsce już po tym zakażeniu, a polegające na braku wykonania posiewu mikrobiologicznego z rany pooperacyjnej, w sytuacji gdy istniały ku temu uzasadnione podstawy tuż po wypisaniu go po pierwszym pobycie szpitalnym, a według biegłej sądowej do spraw chorób zakaźnych E.H-S. nawet jeszcze w trakcie pobytu szpitalnego, skoro już wtedy wystąpiły pierwsze objawy zakażenia. Są to więc dwie odrębne podstawy faktyczne dochodzenia roszczeń, z których pierwsza, obejmuje zakażenie gronkowcem, a druga zaniedbania po tym zakażeniu.

Na podstawie opinii biegłych sądowych Sądy *meriti* ustaliły, że zaniechanie pobrania do badań bakteriologicznych wysięku było błędem, gdyż zawsze należy wykonać tego rodzaju badania i to wielokrotnie, jeżeli jest podejrzenie zakażenia (k. 659/2, 660, 724/2 i 744). Biegli nie byli jednak w stanie potwierdzić, że wykonanie we właściwym czasie wymazu bakteriologicznego z rany pooperacyjnej i następnie zastosowanie antybiotykoterapii celowanej doprowadziłoby do zatrzymania procesu chorobowego wywołanego zakażeniem gronkowcem (k. 724/2, 743-744). W ten sposób powód został pozbawiony jedynie szansy na opanowanie zakażenia. Skoro więc brak podstaw do przyjęcia wysokiego prawdopodobieństwa powodzenia leczniczego po wykonaniu we właściwym czasie wymazu mikrobiologicznego i wdrożeniu antybiotykoterapii celowanej, tj. że stan zdrowia powoda, w momencie faktycznego wykrycia zakażenia gronkowcem złocistym, byłyby w takiej sytuacji lepszy, to w takim przypadku można mówić jedynie o zawinionym naruszeniu prawa pacjenta w postaci pozbawienia powoda prawa do świadczeń odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjentów i rzeczniku praw pacjenta, jedn. tekst:

Dz. U. z 2017 r., poz. 1318, ze zm.), ale z tej podstawy prawnej powód nie dochodził zadośćuczynienia.

Roszczenie o zadośćuczynienie, będące następstwem naruszenia praw pacjenta, o którym stanowi art. 4 ust. 1 powołanej ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. oraz roszczenie o zadośćuczynienie wynikające z art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. mają odrębny charakter i określają zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne. W razie zatem naruszenia praw pacjenta, do powstania roszczenia o zadośćuczynienie nie jest konieczne spełnienie przesłanki uszkodzenia ciała czy pogorszenia stanu zdrowia. Jeżeli natomiast w następstwie naruszenia praw pacjenta dojdzie do uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, czy tylko pogorszenia jego stanu, to może on również wystąpić z roszczeniem o zadośćuczynienie na podstawie art. 445 § 1 k.c. oraz o odszkodowanie za szkodę majątkową i rentę (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 29 maja 2007 r. V CSK 76/2007, OSNC 2008, nr 7, poz. 91 oraz z dnia 27 kwietnia 2012 r., V CSK 142/11, nie publ.).

2. Jeśli chodzi o roszczenia związane z zakażeniem powoda gronkowcem i jego skutkami, to powód słusznie kwestionuje podstawę faktyczną rozstrzygnięcia, przez pominięcie części materiału dowodowego w postaci opinii biegłych sądowych do spraw chorób zakaźnych i niedokonanie całościowej ich oceny przy uwzględnieniu konstrukcji tzw. dowodu *prima facie*.

W tzw. sprawach medycznych, w sytuacji gdy nie jest możliwe przyjęcie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy uszczerbkiem na zdrowiu poszkodowanego poddanego leczeniu w placówce medycznej, a zachowaniem personelu medycznego, sąd dokonuje oceny, czy w świetle ustalonych w sprawie faktów zachodzi odpowiednio wysokie prawdopodobieństwo istnienia takiego związku. Podstawą dla jego konstruowania jest oparte na doświadczeniu życiowym uznanie, iż istnieją okoliczności, w świetle których tego rodzaju wnioskowanie jest uzasadnione (*res ipsa loquitur*). Dla przyjęcia odpowiedzialności odszkodowawczej konieczne jest jednak wykazanie, jak się przyjmuje w piśmiennictwie prawniczym i ugruntowanym orzecznictwie sądowym, dostatecznie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa istnienia takiego związku (zob. wyroki Sądu Najwyższego z

dnia 14 grudnia 1973 r., II CR 692/73, OSPiKA 1975 nr 4, poz. 94, z dnia 6 listopada 1998 r., III CKN 4/98, nie publ., z dnia 13 czerwca 2000 r., V CKN 34/00, nie publ., z dnia 24 maja 2005 r., V CSK 654/04, nie publ.; z dnia 4 listopada 2005 r., V CK 182/05, nie publ., z dnia 5 kwietnia 2012 r., II CSK 402/11, nie publ.; z dnia 26 marca 2015 r., V CSK 357/14, nie publ.).

Dowód z opinii biegłego sądowego ma charakter szczególny, gdyż zasadniczo nie służy ustalaniu okoliczności faktycznych, lecz ich ocenie przez pryzmat wiadomości specjalnych. Do dokonywania wszelkich ustaleń w procesie powołany jest sąd, a nie biegły (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 stycznia 2015 r., V CSK 254/14, nie publ.). Strony powinny wykazywać fakty, z których wywodzą skutki prawne, a zadaniem biegłego jest naświetlenie wyjaśnianych okoliczności z punktu widzenia wiadomości specjalnych przy uwzględnieniu zebranego w toku procesu i udostępnionego materiału dowodowego (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lipca 1969 r., I CR 140/69, OSNCP 1970, nr 5, poz. 85). Niekiedy jednak samo dokonanie ustaleń faktycznych wymaga dysponowania wiedzą techniczną oraz doświadczeniem w danej dziedzinie i może uzasadniać zasięgnięcie opinii biegłego (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 czerwca 1984 r., II CR 197/84, OSNCP 1985 nr 2-3, poz. 37). Sąd nie może oprzeć swego ustalenia wyłącznie na podstawie konkluzji opinii biegłego, lecz powinien sprawdzić poprawność poszczególnych elementów składających się na trafność jej wniosków końcowych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 listopada 1976 r., IV CR 481/76, OSNCP 1977, nr 5-6, poz. 102).

Przyjęcie przez sądy *meriti* w danym stanie faktycznym wysokiego prawdopodobieństwa związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem wyrządzającym szkodę a szkodą, lub jego braku ma z założenia charakter ocenny. Dlatego do naruszenia prawa materialnego w tej materii dochodzi w przypadkach, gdy rozumowaniu sądu można przypisać cechy dowolności, względnie kiedy występują istotne luki i sprzeczności we wnioskowaniu (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 listopada 2016 r., I CSK 739/15, OSNC - ZD 2018, nr 2, poz. 29).

Biegli sądowi w dziedzinie chorób zakaźnych stwierdzili, że najczęściej zakażenie gronkowcem złocistym jest przenoszone przez ręce personelu medycznego, tj. drogą bezpośredniego kontaktu. Zagrożeniem dla chorych hospitalizowanych mogą być zarówno drobnoustroje szpitalne, jak i własna flora bakteryjna pacjenta. Źródłem zakażenia szczepami gronkowców są ludzie - skolonizowany personel, a także zakażone materiały i sprzęt medyczny, w tym naczynia żylne, do których zostały wprowadzone cewniki - zarówno obwodowe, jak i centralne. Zakażenia endogenne (autogenne) wywoływane są przez szczepy gronkowców pochodzące z własnej flory bakteryjnej chorego. Z kolei zakażenia egzogenne występować mogą w środowisku szpitalnym. Pierwsze objawy zakażenia powoda w postaci wycieku surowiczno - ropnego, wystąpiły już następnego dnia po wypisaniu powoda z pozwanego szpitala. Zważywszy na datę powstania tych objawów, zakażenie powoda gronkowcem było zakażeniem wewnątrzszpitalnym, czyli nabytym w czasie hospitalizacji. Źródłem zakażenia nie była więc flora bakteryjna powoda, a ponadto doznany przez niego uraz nie miał charakteru złamania otwartego, a zatem nie było pierwotnych wrót zakażenia (k. 574-577, 691-694, 743/2).

W sprawie, zostało wykazane ponad wszelką wątpliwość, że zakażenie powoda gronkowcem złocistym miało charakter wewnątrzszpitalny, a w związku z czym, na stronę pozwaną przeszedł ciężar dowodu, że przyczyny tego zakażenia nie były przez jej personel medyczny zawinione, względnie, iż konkretne warunki, w jakich doszło do tego zakażenia, wykluczały zawinienie (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 27 lutego 1998 r., II CKN 625/97, PiM 1999, nr 3, poz. 130, z dnia 17 maja 2007 r., III CSK 429/06, nie publ., z dnia 2 czerwca 2010 r., III CSK 245/09, nie publ., z dnia 22 lutego 2012 r., IV CSK 245/11, nie publ.). Strona pozwana temu obowiązkowi nie sprostała, a w konsekwencji brak podstaw do przyjęcia, że w stanie faktycznym sprawy bardziej prawdopodobnym jest wystąpienie zakażenia gronkowcem złocistym jako normalnego powikłania medycznego niż jako zawinione zakażenie, za które strona pozwana ponosi odpowiedzialność.

Ustalenia faktyczne Sądów *meriti*, nie uzasadniają wniosku, że nawet najwyższa staranność epidemiologiczno-sanitarna w pozwanym szpitalu nie była w

stanie zapobiec temu zakażeniu. Wprawdzie wydający opinię biegły sądowy ortopeda przyczyn zakażenia powoda gronkowcem złocistym upatrywał w skomplikowanym charakterze operacji spowodowanej rodzajem złamania oraz reakcją organizmu na metalowe zespolenie, ale tezie tej zaprzecza dalsza część opinii tego biegłego, który wskazał, że uraz nie miał charakteru złamania otwartego, a zatem nie było pierwotnych wrót zakażenia i nie wiadomo skąd dostało się zakażenie i wskazał, że w tej materii powinni wypowiedzieć się biegli od chorób zakaźnych. Poza tym, podał że nie ma możliwości stwierdzenia, czy pacjent jest podatny na reakcje z metalem (k. 743/2).

Biegli sądowi od chorób zakaźnych wskazywali, że źródłem zakażenia wewnątrzzpitalnego może być też zakażony materiał medyczny, a zatem, mógł to być, jak w tej sprawie, zakażony metal zespalający, który zastosowano podczas operacji. Do powyższego wniosku prowadzi powstanie objawów zakażenia już w trakcie pierwszego pobytu szpitalnego powoda, tuż po operacji, a także raport roczny o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych za okres od 1 stycznia do 31 stycznia 2010 r. (k. 501-504), z którego wynika, że u pacjentów strony pozwanej leczonych w Oddziale Ortopedycznym był wykrywany sporadycznie szczep bakteryjny MRSA (k. 580). Nadto, do opanowania u powoda zakażenia gronkowcowego i wyleczenia przewlekłego zapalenia kości doszło po usunięciu metalowych części zespolenia (k. 578, 580-581), co potwierdza, że źródło zakażenia tkwiło w tym sprzęcie medycznym. Brak podstaw do przyjęcia, że przyczyna zakażenia tkwiła w charakterze złamania, gdyż nie została wdrożona we właściwym czasie antybiotykoterapia celowana, która w razie powodzenia jej zastosowania mogłaby taką tezę potwierdzić, a w konsekwencji wykluczyć zawinienie strony pozwanej w zakażeniu powoda. Wprawdzie nie wiadomo jaki byłby końcowy efekt wcześniejszej antybiotykoterapii, ale skoro zaniechanie wykonania we właściwym czasie badań na występowanie zakażenia gronkowcem było zawinione przez personel medyczny pozwanego szpitala, to taka okoliczność, w kontekście konstrukcji dowodu *prima facie*, nie może być tłumaczona na korzyść strony pozwanej. Biegli sądowi nie potwierdzili, by odnotowany w obserwacjach pielęgniarskich w dniu 11 grudnia 2010r. fakt zdjęcia przez powoda, bez zalecenia

lekarza, opatrunku z rany pooperacyjnej, miał wpływ na powstanie zakażenia gronkowcowego.

3. Według ustaleń faktycznych, zakażenie gronkowcem złocistym pogorszyło końcowy efekt leczenia, zwiększając tym samym łączny uszczerbek na zdrowiu powoda (k. 694-695, 724). Wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda wynosi 25%, z czego uszczerbek spowodowany samym zakażeniem to 10%, a pozostały 15 procentowy uszczerbek wywołany został przez charakter złamania kończyny podczas upadku. Za ten ostatni uszczerbek na zdrowiu strona pozwana nie ponosi odpowiedzialności.

Sądy obu instancji nie wyjaśniły w ramach podstawy faktycznej, jaki byłby stan zdrowia powoda, gdyby nie został on zakażony gronkowcem złocistym, a zatem przedwczesne jest przyjęcie, że strona powodowa odpowiada za skutki zakażenia w takiej proporcji, w jakiej pozostaje ustalony przez biegłego uszczerbek na zdrowiu powoda związany z zakażeniem gronkowcem (10%), w stosunku do całego ustalonego uszczerbku (25%), czyli w 40%. Dla określenia wysokości zadośćuczynienia, a także wysokości szkody majątkowej oraz roszczeń rentowych istotne jest oddzielenie skutków obu przyczyn, tj. charakteru złamania i zakażenia gronkowcem, w szczególności chodzi o ustalenie stopnia niezdolności do pracy, stopnia ogólnego inwalidztwa spowodowanego wyłącznie skutkami zakażenia gronkowcem, chyba że takie oddzielenie skutków nie jest możliwe. Według opinii biegłego od chorób zakaźnych, ostatecznie doszło do opanowania zakażenia gronkowcowego i wyleczenia przewlekłego zapalenia kości (k. 580-581).

Z art. 361 § 2 k.c. wynika, że zakres zobowiązania sprawcy do naprawienia szkody jest wyznaczony przez adekwatny związek przyczynowy, czyli odpowiada on w granicach normalnych następstw działania lub zaniechania, z których szkoda wynikła (art. 361 § 1 k.c.). Związek przyczynowy jest kategorią obiektywną i należy go pojmować jako obiektywne powiązanie ze sobą zjawiska nazwanego przyczyną ze zjawiskiem określonym jako skutek. Istnienie związku przyczynowego jako zjawiska obiektywnego jest determinowane okolicznościami faktycznymi konkretnej sprawy. Koncepcja adekwatnego związku przyczynowego przyjmuje, że następstwa normalne badanej przyczyny nie muszą stanowić jej skutków czasowo

„bezpośrednich”, bowiem obowiązek odszkodowawczy powstaje zarówno w przypadku prostych powiązań kauzalnych, jak i bardziej złożonych, w których relacje kauzalne są wieloczłonowe (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 2005 r., III CK 298/05, nie publ.).

Kwestia związku przyczynowego jako przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej może stosownie do okoliczności występować w prostym układzie zjawisk, w którym przyczyna i skutek pozostają blisko względem siebie, w niektórych jednak wypadkach stosunek między przyczyną i skutkiem jest również bezpośredni, ale oddzielony pewnym łańcuchem zjawisk, z których każde następne jest wynikiem koniecznym poprzedniego z takim skutkiem, że pierwsze i ostatnie ogniwo związku (ciągu) przyczynowego pozostają blisko i nieodłącznie od siebie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 stycznia 1974 r., II CR 730/73, nie publ.).

W tym stanie rzeczy Sąd Najwyższy orzekł na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.p.c., a o kosztach postępowania kasacyjnego w oparciu o przepisy art. 108 § 2 k.p.c. w zw. z art. 398²¹ k.p.c. i art. 391 § 1 k.p.c.

aj