

Sygn. akt V ACa 722/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 czerwca 2020 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie V Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: Sędzia SA Edyta Mroczek (spr.)

Sędziowie: SA Ewa Kaniok

SO (del.) Elżbieta Wiatrzyk - Wojciechowska

Protokolant: Aneta Walkowska

po rozpoznaniu w dniu 5 czerwca 2020 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa A. O. (1)

przeciwko (...) spółce akcyjnej z siedzibą

w W.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 7 września 2018 r., sygn. akt II C 931/12

oddala apelację.

Elżbieta Wiatrzyk – Wojciechowska Edyta Mroczek Ewa Kaniok

Sygn. akt V ACa 722/18

UZASADNIENIE

Pozwem wniesionym w dniu 19 listopada 2012 r. małoletni A. O. (1) reprezentowany przez matkę A. O. (2) wniósł o:

- 1) zasądzenie od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na swoją rzecz kwoty 100 000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia powództwa do dnia zapłaty,
- 2) zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz kwoty 2 000 zł miesięcznie tytułem renty płatnej do rąk matki powoda, do dnia 15-stego każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w razie zwłoki,
- 3) ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość,
- 4) zwolnienie od ponoszenia kosztów sądowych,

5) zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu wskazano, że w dniu 27 lipca 2009 r. w E. A. O. (2) urodziła w wyniku cesarskiego cięcia syna A. O. (1). Z rozpoznaniem wcześniactwa i zaburzeń oddychania został przekazany na Pododdział Dziecięcy Anestezjologii i Intensywnej Terapii (...) Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w S., w którym przebywał od 27 lipca 2009 r. do 17 sierpnia 2009 r. z rozpoznaniem m.in. martwiczego zapalenia jelit płodu, podejrzenia niedrożności jelit, zamartwicy urodzeniowej, niewydolności oddechowej i zapalenia płuc. Z przeprowadzonych badań mikrobiologicznych z dnia 5 sierpnia 2009 r. u małoletniego A. O. (1) ujawniono obecność (...). Zdaniem powoda do zarażenia (...) doszło w (...) Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w S.. Zakażenie wywołało u powoda sepsę. Wpłynęło to na pogorszenie jego stanu zdrowia i utrudniło dalszy proces leczenia. Orzeczeniem o niepełnosprawności z dnia 13 lutego 2012 r. uznano A. O. (1) za osobę niepełnosprawną od urodzenia. Wobec czego potrzebuje on stałej opieki i terapii oraz odpowiednich warunków domowych .

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości, zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Pozwany podniósł, że powód nie udowodnił, iż zakażenie sepsą pozostaje w związku przyczynowo- skutkowym z zawinionym działaniem lub zaniechaniem personelu (...) Publicznego Szpitala w S., zgodnie z art. 6 k.c., zatem brak jest możliwości przyjęcia jego odpowiedzialności. Ponadto podniósł brak wskazania przez powoda czy dochodzi renty na zwiększone potrzeby czy renty wyrównawczej z tytułu utraconych zarobków jak również sposobu wyliczenia wysokości renty.

Pismem z dnia 6 marca 2014 r. powód wskazał, iż renta, której się domaga jest z tytułu zwiększonych potrzeb, a w piśmie z dnia 23 kwietnia 2014 r. wskazał, że w skład żądanego świadczenia renty wchodzi następujące zryczałtowane wydatki i koszty:

1. koszty specjalnego wyżywienia;
2. koszty związane ze stałą opieką nad małoletnim sprawowaną przez jego matkę od urodzenia powoda;
3. koszty przystosowania mieszkania małoletniego związane z jego niepełnosprawnością;
4. koszty zakupu urządzeń koniecznych do rehabilitacji i leczenia małoletniego;
5. koszty leczenia, tj. opieki specjalistycznej, w tym rehabilitacji i leków.

Wyrokiem z dnia 7 września 2018 r. Sąd Okręgowy w Warszawie oddalił powództwo, nieuiszczone koszty sądowe przejął na rachunek Skarbu Państwa oraz nie obciążył powoda kosztami procesu.

Z ustaleń faktycznych, jakie legły u podstaw tego rozstrzygnięcia wynikało, że w dniu 27 lipca 2009 r. A. O. (2) w 29 tygodniowej ciąży ze wskazań nagłych, z powodu przedwczesnego oddzielenia się łożyska, w wyniku cesarskiego cięcia urodziła A. O. (1) w (...) Centrum (...) ZOZ (...) w E.. Stan dziecka po urodzeniu został oceniony na 7 pkt wg skali Apgar. Ze względu na objawy zaburzeń oddychania w postaci przyspieszenia oddechów, stękania wydechowego i obniżonej saturacji, zastosowano u A. O. (1) wsparcie oddechowe typu nCPAP i przetransportowano noworodka do Oddziału Intensywnej Terapii (...) Szpitala Wojewódzkiego w S..

A. O. (1) przebywał na Pododdziale Dziecięcym Anestezjologii i Intensywnej Terapii (...) Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. (...) w S. w okresie od dnia 27 lipca 2009 r. do dnia 17 sierpnia 2009 r. Przywieziony został z rozpoznaniem martwiczego zapalenia jelit płodu i noworodka – podejrzenie niedrożności jelit, inne przypadki wcześniactwa, umiarkowana lub średniego stopnia zamartwica urodzeniowa, niewydolność oddechowa noworodka – zapalenie płuc, drożny przewód tętniczy, niedokrwistość wcześniaków. Przy przyjęciu oceniono jego stan jako ogólny ciężki, nie stwierdzono objawów infekcji.

W celu zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego, w ósmym dniu życia małego rozpoczęto jego leczenie farmakologiczne preparatem P.. Objawy niedrożności przewodu pokarmowego wystąpiły około 10 doby życia, po wprowadzeniu żywienia parenteralnego. W jedenastej dobie życia nastąpiło pogorszenie stanu ogólnego, pojawiły się klinicznie objawy niewydolności oddechowej i martwicze zapalenie jelit. Dziecko zostało zaintubowane i prowadzono wentylację mechaniczną.

W wykonanym w dniu 10 sierpnia 2009 r. badaniu RTG klatki piersiowej stwierdzono objawy radiologiczne w postaci podejrzenia zmian zapalnych w płucach. Kontynuowano wsparcie oddechowe nCPAP, włączono antybiotyki, wprowadzono żywienie parenteralne i stopniowo żywienie enteralne.

Badanie bakteriologiczne wymazu z gardła z dnia 3 sierpnia 2009 r. zidentyfikowało u małego gronkowca koagulazyjemnego o profilu oporności MRSCNS i MLSB. Badanie wykonane kilka dni wcześniej dało wynik ujemny (29 lipca 2009 r.). Badanie bakteriologiczne krwi w kierunku bakterii tlenowych z dnia 8 sierpnia 2009 r. nie wyhodowało flory bakteryjnej. Zastosowano antybiotykoterapię. Poziom (...) był zmienny, pierwszego dnia pobytu wskazywał na 0,2 mg/dl (28.07), następnie nastąpił jego wzrost, gdzie osiągnął nawet 38,71 mg/dl (10.08), zaś ostatniego dnia (17.08) wskazał na 10,19 mg/dl.

A. O. (1) został przetransportowany do Kliniki Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego (...) Szpitala (...) w B., gdzie przebywał od dnia 17 sierpnia 2009 r. do dnia 2 września 2009 r. Został przyjęty w stanie ogólnym ciężkim z objawami niedrożności przewodu pokarmowego z powodu martwicze zapalenie jelit płodu i noworodka, ciężką zamartwicą urodzeniową, ostrą niewydolnością oddechową, drożnego przewodu tętniczego. Odstąpiono od leczenia chirurgicznego wobec braku cech radiologicznych i klinicznych niedrożności mechanicznej i perforacji przewodu pokarmowego. Wdrożono intensywną antybiotykoterapię. Uzyskano poprawę stanu dziecka po leczeniu zachowawczym. Badanie bakteriologiczne krwi z dnia 19 sierpnia 2009 r. nie wykazało wzrostu drobnoustrojów. Uzyskano poprawę stanu ogólnego dziecka oraz spadek wskaźników stanu zapalnego w tym (...) (badanie z 30 sierpnia wskazywało na 3,5 mg/dl).

W dniu 2 września 2009 r. A. O. (1) został przekazany do Kliniki (...) w W. celem leczenia operacyjnego niezamkniętego przewodu tętniczego B.. W tym też dniu wykonany został zabieg podwiązujący przewód Botala. Powód został przyjęty w stanie ogólnym dobrym, na własnym oddechu oraz bez klinicznych cech infekcji. Małoletni przebywał tam do dnia 4 września 2009 r., po czym został odesłany do ośrodka kierującego.

Od dnia 4 września 2009 r. do dnia 14 września 2009 r. A. O. (1) przebywał na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej Uniwersyteckiego (...) Szpitala (...) w B.. Został przyjęty w stanie ogólnym ciężkim. Przez pierwsze trzy dni stosowano oddech wspomagany oraz podawano antybiotyki. W 6 dobie leczenia wystąpił gwałtowny wzrost (...) (badanie z 9 września 2009 r. wskazywało na 26,1 mg/dl), usunięto cewnik z żyły szyjnej wewnętrznej i zmieniono antybiotykoterapię uzyskując poprawę wskaźnika ostrej fazy.

W okresie od dnia 14 września 2009 r. do dnia 28 września 2009 r. A. O. (1) przebywał na Oddziale Pediatrycznym Szpitala (...) w E.. Przy przyjęciu stwierdzono stan ogólny bardzo dobry, świeża rana po torakotomii nie wykazywała miejscowych cech zakażenia, nie stwierdzono klinicznych objawów infekcji. W badaniach dodatkowych stwierdzono podwyższone (...) oraz leukocytozę z neutrofilią. Kontynuowano leczenie antybiotykowe.

Badanie bakteriologiczne wymazu z nosa z dnia 14 września 2009 r. zidentyfikowało bakterię (...)ujemny (...). W pobranej krwi nie stwierdzono wzrostu bakterii ani grzybów. W wymazie z odbytu z dnia 20 września 2009 r. wyhodowano bakterie (...). Małoletni został wypisany między innymi z enigmatycznym rozpoznaniem infekcji uogólnionej.

W okresie od dnia 28 września 2009 r. do dnia 12 października 2009 r. małoletni przebywał w Szpitalu (...) w O. na oddziale niemowlęcym. Przyczyną przyjęcia były podwyższone parametry stanu zapalnego i utrzymujący się stan podniedrożnościowy jelita. Zastosowano dalszą antybiotykoterapię. Zmieniono żywienie na dożylnie. Przeprowadzono

badania specjalistyczne, które m.in. wskazały (...) na poziomie – 13,31 mg/dl. Badaniem bakteriologicznym z dnia 28 września 2009 r. z krwi, odbytu, wymazu ze skóry, z gardła nie wyhodowano żadnych bakterii.

Z powodu braku poprawy, A. O. (1) został przeniesiony do Oddziału Klinicznego Chirurgii Dziecięcej, gdzie z uwagi na rozwijające się objawy niedrożności przewodu pokarmowego wykonano zabieg operacyjny w dniu 7 października 2009 r., resekcji części jelita grubego z wyłonieniem stomii. Wykonano laparotomię stwierdzającą liczne zrosty po przebyłym obumierającym zapaleniu jelit. W badaniu histopatologicznym resekowanej części jelita stwierdzono przewlekłe ropne zapalenie ściany jelita.

Następnie, od dnia 7 października 2009 r. do dnia 12 października 2009 r. małeletni przebywał na Oddziale Intensywnej Terapii Wojewódzkiego (...) w O.. W 6 dobie leczenia A. O. (1) ekstabulowano, był aktywniejszy, miał brzuch lekko poddęty, pojawiła się cicha perystaltyka jelit, gazy w worku stomijnym. Założono cewnik centralny do żyły podobojczykowej prawej. Włączono żywienie pozajelitowe. Badanie bakteriologiczne moczu ze stomii wykonane dnia 7 października 2009 r. zidentyfikowało bakterię (...) wrażliwy na (...) i (...), oporny na V.. Badanie krwi wykazało posiew ujemny (z dnia 8 i 10 października).

Z uwagi na stwierdzenie odseparowania, z oddziału OIOM został przeniesiony do Oddziału Klinicznego Patologii Noworodka i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt, na okres do dnia 26 października 2009 r. z rozpoznaniem skrajnego wcześniactwa, niedokrwistości, retinopatii wcześniaczej, stan po operacji niedrożności mechanicznej jelit, stan po ligacji PDA, NEC w wywiadzie.

Leczenie zakończono rozpoznając przewlekłą kolonizację przewodu pokarmowego (...) (...) (wyhodowanie bakterii w odbycie w badaniu z dnia 12 października 2009 r., w stomii w badaniu z dnia 20 października 2009 r., w odbycie w badaniu z dnia 20 października 2009 r.). W badaniach kontrolnych z OIT stwierdzono narastanie (...), po zastosowaniu teikoplaniny, uzyskując normalizację (...). W badaniu bakteriologicznym z dnia 20 października 2009 r. wymazu z nosogardzieli wyhodowano bakteryjną florę fizjologiczną, jako rozpoznanie wpisano posocnicę.

Wypisano A. O. (1) do domu w stanie ogólnym dobrym. Wskazano, że w razie ponownej hospitalizacji obowiązuje izolacja pacjenta i ponowne badania bakteriologiczne.

Od dnia 12 kwietnia 2010 r. do dnia 23 kwietnia 2010 r. A. O. (3) był hospitalizowany na Oddziale Klinicznym (...) Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala (...) w O. z rozpoznaniem stan po wyłonieniu stomii jelitowej. Celem hospitalizacji była likwidacja stomii i przywrócenie fizjologicznej ciągłości przewodu pokarmowego. Zabieg ten został wykonany w dniu 13 kwietnia 2010 r. prawidłowo i bez powikłań. Uzyskano wygojenie rany oraz dobry pasaż przewodu pokarmowego. W badaniu bakteriologicznym moczu z dnia 13 kwietnia 2010 r. stwierdzono obecność bakterii (...) i E. faecalis wrażliwe na wszystkie testowane antybiotyki. Badanie mikrobiologiczne kału w kierunku zakażenia rotawirusami w dniu 22 kwietnia 2010 r. potwierdziło obecność rotawirusów – szczerp alarmowy. Dziecko zostało wypisane do domu w stanie dobrym z uwagą o powikłanym przebiegu pooperacyjnym biegunką rotawirusową.

Od dnia 26 kwietnia 2010 r. do dnia 30 kwietnia 2010 r. A. O. (1) przybywał w Szpitalu (...) w E. z powodu biegunki rotawirusowej i obturacyjnego zapalenia oskrzeli. A. O. (1) przyjęto z powodu płynnych stolców, wymiotów i kaszlu. Badanie wykazało: kwasica metaboliczna wyrównana, dyselektrolitemia, niski poziom (...) w surowicy, w wymazie z nosa wzrost (...) (...) nosicielstwo. W wyniku leczenia objawy dyspeptyczne ustąpiły.

Sąd Okręgowy ustalił, że orzeczeniem z dnia 13 lutego 2012 r. A. O. (1) został zaliczony do osób niepełnosprawnych od urodzenia. Stwierdzono, iż stan zdrowia dziecka powoduje konieczność zapewnienia jemu ze strony opiekuna całkowitej opieki i pomocy w zaspokajaniu potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne w tym wieku oraz współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji do dnia 28 lutego 2016 r.

Martwicze zapalenie jelit, na które chorował A. O. (1) w okresie noworodkowym jest ciężką chorobą, szczególnie dla wcześniaków. Leczenie operacyjne jest leczeniem ratującym życie. Wszystkie czynności lecznicze spowodowane

ciężkim stanem dziecka: niewydolnością oddechową, zapaleniem płuc, przetrwałym przewodem tętniczym B. oraz niedrożnością jelit mogły spowodować niezamierzoną wtórną infekcję bakteryjną. Jednakże infekcja bakteryjna została opanowana przy dalszym leczeniu oraz w efekcie końcowym nastąpiło całkowite wyleczenie dziecka z ciężkich chorób noworodkowych. Nie mają one wpływu na dalszy rozwój dziecka.

A. O. (1) nie został zakażony posocznica. W badaniach bakteriologicznych, jakimi są posiewy krwi, nie wykryto drobnoustroju, który mógłby odpowiadać za występowanie u małego sepsy.

Z dalszych ustaleń wynika, że na oddziale neonatologicznym (...) Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w S. w roku 2009 r. nie zidentyfikowano zakażeń szpitalnych. Na oddziale anestezjologii z pododdziałem dziecięcym stwierdzono zakażenia A., S(...), (...) i (...). Funkcjonująca dokumentacja dotycząca stosowanych procedur aseptycznych i antyseptycznych była prawidłowa.

Postępowanie personelu medycznego (...) Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w S., a także innych jednostek medycznych, w których był hospitalizowany A. O. (1) było adekwatne do jego stanu zdrowia. Wszystkie decyzje, które były podejmowane wynikały z aktualnych przesłanek klinicznych.

Obecnie małe A. O. (1) po intensywnym leczeniu rozwija się poprawnie. Pozostały objawy zespołu jelita krótkiego. Wymaga specjalnej diety i opieki matki (częste karminie matki około 2 godziny dziennie). Rokowania co do całkowitego wyleczenia są dobre, w związku z powikłaniem w postaci zespołu krótkiego jelita są wątpliwe.

Powyższy stan faktyczny Sąd I Instancji ustalił na podstawie przede wszystkim dokumentacji medycznej oraz opinii biegłych różnych specjalności, tj. opinii biegłego specjalisty z zakresu chorób zakaźnych J. P. oraz opinii biegłego z zakresu pediatrii J. B.. Zdaniem Sądu opinie te mają charakter wyczerpujący i logiczny, zostały opracowane w sposób zupełny i rzetelny, przez osoby posiadające właściwe kwalifikacje. Wnioski, które postawiono w niniejszej sprawie zostały opracowane w sposób rzeczowy, poparte spójną argumentacją, którą biegli oparli na szczegółowej analizie dokumentacji znajdującej się w aktach sprawy. Zgłoszone przez stronę powodową liczne zarzuty i pytania odnośnie sporządzonych opinii, zostały w sposób szczegółowy i prawidłowy wyjaśnione w opiniach uzupełniających oraz na rozprawach w dniach 20 października 2017 r. (biegły z zakresu pediatrii) oraz 7 lutego 2018 r. (biegły z zakresu chorób zakaźnych). Sąd w całości podzielił wnioski zawarte w opinii biegłego J. P.. Opinia ta została wydana po zgromadzeniu całości dokumentacji medycznej, jest pełna, logiczna, rzetelna i stanowiła wiarygodną podstawę ustalenia stanu faktycznego w sprawie.

Sąd oparł się również na opinii biegłej z zakresu neonatologii E. H., która wskazała, na brak dowodu zarówno w przebiegu klinicznym, jak i w wykonanych badaniach, wskazującego na to, że u chłopca wystąpiła sepsa. W karcie informacyjnej leczenia szpitalnego w czasie pobytu w S. jako główne rozpoznanie widnieje martwicze zapalenie jelit. Infekcję uogólnioną, czyli sepsę, rozpoznano w czasie następnego pobytu w Oddziale Pediatrycznym (...) Centrum (...) w E.. W posiewie krwi nie znaleziono bakterii. A fakt stwierdzenia w posiewie z nosa gronkowca koagulazo-ujemnego nie stanowi dowodu na to, iż bakteria ta spowodowała sepsę. Jest to bakteria o małym potencjale chorobotwórczym, która u ludzi zdrowych nie wywołuje żadnych zmian chorobowych. U noworodków urodzonych przedwcześnie może być przyczyną sepsy ze względu na to ich niedojrzałość immunologiczną oraz ze względu na konieczność leczenia intensywnego z dostępem do naczyń centralnych, co zwiększa ryzyko takiego zakażenia. Jednakże jest to bakteria o małym potencjale chorobotwórczym, nie powodująca wstrząsu septycznego i wahań ciśnienia krwi, które mogłyby odpowiadać za trwałe następstwa w postaci zaburzeń rozwoju dziecka. Powód był leczony w wielu szpitalach, gdzie ryzyko zakażenia jest duże. Z całą pewnością był narażony na kolonizację licznymi patogennymi bakteriami, ale brak dowodów na to, że któraś z tych bakterii przedostała się do krwi i wywołała sepsę. Biegła wskazała, iż powód z uwagi na powikłania przedwczesnego urodzenia wymagał leczenia antybiotykowego, zaś na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej biegła nie stwierdziła uchybień w zakresie diagnostyki i leczenia.

Zdaniem Sądu opinia biegłych z zakresu mikrobiologii M. B. i A. D. nie była wiarygodna. Biegli wskazali jedynie, iż izolowany od powoda z nosa metycylinooporny szczep gronkowca mógł stanowić czynnik etiologiczny takiego zakażenia. W trakcie przesłuchania biegły A. D. wskazał, iż jest to bakteria powszechnie występująca, zarówno w

środowisku szpitalnym, jak i pozaszpitalnym. Biegli nie wskazali, iż nie można wnioskować w jakim miejscu i w której jednostce szpitalnej czy w S. czy w E. doszło do kolonizacji bakterią. Opinia biegłych wobec nieudzielenia odpowiedzi na zadane pytania nie była przydatna do niniejszego postępowania. Sąd nie oparł się także na opinii biegłego A. G. (1), gdyż nie uzasadnia on jasno i przejrzysto swojego stanowiska, przyjmując a priori, iż to w (...) Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w S. nastąpiło zakażenie wewnątrzszpitalne. Biegły jedynie sugeruje, iż przyczyną chorób, których doświadczył A. O. (1) było w 50% skrajne wcześniactwo, a w 50% zakażenia. Sąd zwrócił uwagę, iż w/w biegli sporządzali opinię przed zgromadzeniem całościowej dokumentacji medycznej.

Sąd dał wiarę zeznaniom A. O. (2), w takim zakresie, w jakim korespondowały z przedstawionymi w sprawie dokumentami, a w połączeniu z pozostałym zgromadzonym materiałem dowodowym dawały spójny obraz rzeczywistości.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy wskazywał, że podstawę odpowiedzialności pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. stanowi art. 822 § 1 k.c. oraz art. 822 § 4 k.c.

Pozwany (...) Zakład (...) zawarł z (...) Publicznym Szpitalem Wojewódzkim w S. umowę ubezpieczenia w ramach umowy polisy (...) nr (...).

Podstawę odpowiedzialności stanowią w tym wypadku przepisy dotyczące odpowiedzialności deliktowej, tj. art. 415 i n. k.c., kształtujące odpowiedzialność za czyny niedozwolone. Przewidziana w art. 415 k.c. odpowiedzialność, oparta jest na zasadzie winy, zaś przesłankami tej odpowiedzialności jest szkoda, stanowiąca w tym wypadku określony uszczerbek na zdrowiu (art. 361 § 2 k.c.) i czyn sprawcy (działalnie lub zaniechanie) noszący znamiona winy oraz wykazanie istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy tym czynem a szkodą. Zgodnie z art. 415 k.c. kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Natomiast w myśl art. 430 k.c. kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej czynności. Zgodnie z niekwestionowanymi i utrwalonymi poglądami przepis ten stosuje się do oceny odpowiedzialności podmiotów służby zdrowia.

Zatem odpowiedzialność (...) Zakładu (...) kształtuje się na zasadzie winy stosownie do art. 430 k.c. w zw. z 415 k.c. i zachodzi tylko wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności deliktowej. Warunkiem przypisania odpowiedzialności zakładowi opieki zdrowotnej (w sposób pochodny ubezpieczycielowi) jest ustalenie winy jednostki i związku przyczynowego między podjętymi czynnościami leczniczymi personelu medycznego i poniesionym przez powoda uszczerbkiem niemajątkowym.

Sąd zwrócił uwagę, że istnienie przesłanek uzasadniających odpowiedzialność personelu medycznego, a w konsekwencji (...) Zakładu (...) było przez pozwanego kwestionowane. W jego ocenie powód nie wykazał, by zaistniało zawinione działanie po stronie (...) Publicznego Szpitala w S., skutkujące hipotetycznym zakażeniem powoda posocznicą. Podniósł, iż pogorszenie stanu A. O. (1) było powodem martwiczego zapalenia jelit. Natomiast nie wyhodowano u małego dziecka podczas całego procesu leczenia chorobotwórczych bakterii z krwi.

Sąd Okręgowy podkreślił, że w sprawach tego rodzaju zastosowanie znajduje dowód prima facie, gdy w świetle dużych trudności w zgromadzeniu dowodów bezpośrednich zasady doświadczenia życiowego nakazują wysnuć odpowiedni wniosek w zakresie istnienia związku przyczynowego. Bowiernie jest oczywistym, że nie da się ustalić dokładnego momentu i drogi wniknięcia bakterii do organizmu pacjenta. Dowód prima facie uznaje się za środek zbliżony do domniemania faktycznego, wykształcony przez praktykę orzeczniczą. Dotyczy okoliczności, wskazujących na istnienie związku przyczynowo- skutkowego między określonymi zdarzeniami. Podstawę ustalenia takiego związku stanowi przekonanie sądu, oparte na doświadczeniu życiowym oraz wiedzy, że w typowym przebiegu zdarzeń, które po sobie nastąpiły, związek taki zwykle występuje. Jednakże do skutecznego zgłoszenia roszczenia z tego tytułu nie jest wystarczające samo stwierdzenie, że do zakażenia doszło, ale wymogiem jest wykazanie uchybień czy też błędów po stronie placówki medycznej, które mogłyby wskazywać na zakażenie bakterią w szpitalu.

W przypadku błędu lekarskiego dotyczącego przedmiotowej sprawy, powinno zostać wykazane, że szkoda, której doznał pacjent A. O. (1) na skutek zakażenia, została spowodowana niezachowaniem przez podmioty służby zdrowia, tj. lekarzy i personel medyczny wymaganej staranności w opiece nad nim, a także czy zostało zastosowane wobec niego prawidłowe leczenie. Zatem należy ocenić czy postępowanie personelu (...) Publicznego Szpitala w S. było nieprawidłowe i może zostać ocenione jako błąd medyczny.

Jak wskazał Sąd Okręgowy w braku dowodu pewnego - wystarczające jest ustalenie wysokiego, graniczącego z pewnością, stopnia prawdopodobieństwa, że zakażenie nastąpiło w szpitalu. Zdaniem Sądu jednakże zebrany w przedmiotowej sprawie materiał dowodowy w żaden sposób nie potwierdził wysokiego, czy wręcz graniczącego z pewnością stopnia prawdopodobieństwa. Sprzeciwiają się temu również ustalenia opinii biegłych sądowych.

Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że przede wszystkim z opinii biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych - J. P., który stwierdził na podstawie przeprowadzonych badań bakteriologicznych, iż u A. O. (1) zostało wyhodowane bardzo wiele różnych bakterii. Sam fakt, że powód od urodzenia przez wiele tygodni przebywał w szpitalu, spowodował, że wiele kolonizowanych bakterii było pochodzących ze środowiska szpitalnego. Jednakże wskazać należy, że nie oznacza to jednoznacznie, że mogło dojść do zakażenia. Drobnoustroje, które były hodowane u małoletniego, które dokonały kolonizacji nie wywołując objawów zakażenia, to te pochodzenia szpitalnego, a także te które występują u zdrowych ludzi, których pochodzenia szpitalnego nie można przypisać. Do bakterii pochodzenia szpitalnego, które były hodowane u powoda, jednakże nie wywołały objawów zakażenia to: (...), (...) i E. (...), S. (...), (...) (...), A. (...).

Natomiast istotnym jest fakt, że u A. O. (1) doszło także do zakażeń szpitalnych. Należało do nich zakażenie dróg moczowych – wyhodowano bakterię (...) i E. (...) oraz zakażenie bakterią E. (...) (...), skutkujący infekcją przewodu pokarmowego, które zidentyfikowano na Oddziale Klinicznym Chirurgii Dziecięcej Wojewódzkiego (...) w O..

Sąd I instancji podkreślił przy tym, że biegły stwierdził, iż nie jest oczywistym czy flora bakteryjna, która spowodowała u powoda pierwotnie infekcję i stan zapalny w czasie hospitalizacji w SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala im. (...) w S. jest tą samą jaką izolowano w Szpitalu (...) w O.. Za bardzo prawdopodobny uznał fakt, że stan zapalny, który ostatecznie doprowadził do niedrożności był związany z infekcją E. (...) (...).

Jednocześnie biegły stwierdził, iż infekcja ta nie miała charakteru posocznicy i ograniczała się do ścian jelita. Co prawda, u powoda występowały objawy laboratoryjne ciężkiego zakażenia, jednak badania bakteriologiczne krwi nie wykazały obecności bakterii w krwi. Wobec czego nie doszło do posocznicy, a przede wszystkim do posocznicy gronkowcowej. Biegły wskazał, że zmiany poziomu (...) pojawiające się u powoda w czasie choroby związane były z ropnym zapaleniem ściany jelita i mają one związek z podniedrożnościowym przebiegiem choroby oraz ze stosowaną antybiotykoterapią.

Biegły jednoznacznie stwierdził, że chronologiczna analiza wyników badań bakteriologicznych i zidentyfikowanych czynników etiologicznych i stanu klinicznego powoda A. O. (1) pozwala wykluczyć na zakażenie jego jakąkolwiek bakterią w SPZOZ Wojewódzkim Szpitalu im. (...) w S. od 27 lipca 2009 r. do 17 sierpnia 2009 r.

W sytuacji stwierdzenia braku podstaw odpowiedzialności personelu Szpitala, a zatem w konsekwencji ubezpieczyciela (...) Zakładu (...), z uwagi na nie wykazania przez powoda związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy powstaniem szkody a działaniem lub zaniechaniem Szpitala powództwo o zadośćuczynienie podlegało oddaleniu (art. 445§1 w zw. z art. 444§ k.c.).

Z tych samych względów oddaleniu podlegało żądanie o zasądzenie renty na rzecz powoda (art. 444 § 2 k.c.) oraz ustalenia odpowiedzialności na przyszłość (art. 189 k.p.c.).

O kosztach Sąd orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. mając na uwadze fakt, iż powód A. O. (1) jest 9 letnim dzieckiem, pozostającym na utrzymaniu matki, wymagającym specjalnej opieki, dlatego obciążanie go kosztami postępowania, zdaniem Sądu, byłoby sprzeczne z zasadami współzycia społecznego.

Apelację od powyższego wyroku wniósł powód, zaskarżając go w całości, zarzucając mu:

1. naruszenie przepisów prawa materialnego tj.:

a) art. 4 Ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty polegające na nieuwzględnieniu, iż leczenie powoda przeprowadzono wbrew wskazaniom aktualnej wiedzy medycznej, dostępnym metodom i środkom zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, jak również wbrew zasadom etyki zawodowej i bez należytej staranności;

b) art. 430 w zw. z 415 k.c. poprzez nieuwzględnienie powództwa mimo, iż powód wykazał winę personelu medycznego szpitala w S., skutek zaniedbania personelu medycznego w postaci zakażenia, jak też związek przyczynowy pomiędzy działaniem szpitala a powstałym uszczerbkiem na zdrowiu;

c) art. 445 § 1 w zw. z art. 444 § 1 k.c. poprzez nie zasądzenie na rzecz powoda stosownego zadośćuczynienia mimo wywołania przez personel szpitala w S. rozstroju zdrowia powoda;

2. obrazę przepisów postępowania, tj.

a) art. 233 § 1 k.p.c., tj. ocenę materiału dowodowego w sposób powierzchowny i sprzeczny z zasadami logiki formalnej, poprzez przekroczenie przez Sąd Okręgowy granic swobodnej oceny dowodów i nierozważenie całego zebranego w sprawie materiału dowodowego, a w szczególności oparcie treści orzeczenia o kwestionowaną opinię biegłego, która nie osiągnęła celu dla którego została dopuszczona.

b) art. 189 k.p.c. poprzez nieustalenie odpowiedzialności szpitala w S. względem powoda na przyszłość, mimo, iż doznany przez powoda rozstrój zdrowia spowodował długotrwały uszczerbek na jego zdrowiu.

c) art. 231 k.p.c. poprzez jego nieuwzględnienie, mimo iż powstały u powódki uszczerbek na zdrowiu związany był z błędem medycznym, zaś sposób leczenia powoda, winien budzić wątpliwości zwłaszcza, iż powód był pacjentem szczególnie wrażliwym i narażonym na negatywny wpływ czynników zewnętrznych

d) art. 278 §1 k.p.c. niedopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego lub zespołu biegłych z zakresu chorób zakaźnych, mimo, iż przeprowadzona przez biegłego P. opinia nie osiągnęła celu dla którego została dopuszczona oraz nie wyjaśniła okoliczności kluczowych dla przedmiotowej sprawy.

W konkluzji skarżący wniósł o zmianę wyroku i uwzględnienie powództwa w całości oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego za postępowanie przed Sądem I i II Instancji według norm przepisanych; ewentualnie uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi I Instancji do ponownego rozpoznania.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

Apelacja jest bezzasadna i podlega oddaleniu.

Sąd Apelacyjny podziela ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd pierwszej instancji i uznaje je za własne. Na aprobatę zasługują również rozważania prawne tegoż Sądu.

Dokonana przez Sąd Okręgowy ocena zebranych dowodów poczyniona została zgodnie z art. 233 § 1 k.p.c., w sposób nienaruszający swobodnej oceny dowodów, uwzględniający w ramach tejże oceny zasady logiki i wskazania doświadczenia życiowego.

Apelujący zarzucił, iż rozstrzygnięcie Sądu pierwszej instancji zostało oparte o kwestionowaną opinię biegłego, która jego zdaniem nie osiągnęła celu, dla którego została dopuszczona. Wskazał, iż Sąd nie odniósł się do rozbieżności występujących pomiędzy wnioskami opinii biegłego J. P., a opinią A. G. (2).

Sąd Apelacyjny nie podziela powyższego stanowiska apelującego. W pierwszej kolejności wskazać należy, iż w toku postępowania przeprowadzono dowód z kilku opinii biegłych różnych specjalności. Sąd oparł się na opiniach: biegłego specjalisty chorób zakaźnych J. P., biegłego z zakresu pediatrii – J. B. oraz prof. E. H. – specjalisty neonatologa, natomiast pozostałe opinie - w tym opinia biegłego A. G. (2) nie zostały uwzględnione, przy czym Sąd Okręgowy precyzyjnie wyjaśnił z jakich przyczyn. Przypomnieć zatem należy, iż biegły A. G. (2) opiniował na samym początku procesu wówczas, gdy w aktach sprawy nie była skompletowana pełna dokumentacja lekarska powoda. Biegły ten jedynie na podstawie szczątkowej dokumentacji m.in. wypisów z historii choroby A. O. (1) uznał, iż to w SPZOZ (...) doszło do zakażenia wewnątrzszpitalnego oraz, że w tej placówce stwierdzono sepsę. Opinia ta kategoryczna we wnioskach, nie była jednak poparta szczegółową analizą dokumentacji medycznej, ani uzasadnieniem takiego stanowiska. Biegły poprzestał na stwierdzeniu, że wczesne wcześniactwo sprzyja zakażeniu, zaś wiele czynności medycznych – ratujących życie – mnogość personelu jest czynnikiem ryzyka dla zakażenia. Natomiast pełna sterylizacja w szpitalu takim jak w S. jest praktycznie niemożliwa do wykonania. Z kolei w opinii uzupełniającej biegły wskazał, iż nie można w 100 % ustalić czy wyhodowane bakterie z nosa zostały przez powoda nabyte w SPZOZ(...)czy też „przyjechały” z M. ZOZ (...) w E..

Tymczasem po wydaniu opinii przez tego biegłego, dokumentacja lekarska została uzupełniona w tym również o wyniki badań bakteriologicznych w poszczególnych palcówkach, na terenie których leczony był powód, jak również o raporty dotyczące zakażeń szpitalnych. Biegła neonatolog - prof. E. H. podkreśliła przede wszystkim, iż nie ma żadnego dowodu, ani w przebiegu klinicznym, ani w wykonanych badaniach wskazującego na to, iż u A. O. (1) wystąpiła sepsa. Biegła zwróciła uwagę, iż sepsa została rozpoznana dopiero podczas kolejnego pobytu powoda w szpitalu w E. w okresie 14 – 28.09.2009 r. Wyjaśniła, iż w posiewie krwi powoda nie stwierdzono bakterii, zaś stwierdzenie w posiewie z nosa gronkowca koagulazo – ujemnego nie stanowi dowodu na to, że bakteria spowodowała sepsę. Biegła wskazała również, iż nie można określić, czy powód został zakażony szczepem bakteryjnym szpitalnym, a jeżeli tak, to gdzie do takiego zakażenia doszło. Z całą pewnością można natomiast stwierdzić, że w czasie zabiegu operacyjnego w Szpitalu (...) w O. wyhodowano z materiału pobranego z jamy brzusznej patogen alarmowy. Było to zakażenie wywołane przez bakterię bytującą w jelicie, która na skutek perforacji jelita przedostała się poza jego światło. Ostatecznie biegła wskazała, że ewentualną sepsę, co do której brak potwierdzenia w dokumentacji medycznej, należy traktować jako powikłanie znacznie przedwczesnego urodzenia się dziecka z czego wynikała jego niedojrzałość narządowa i deficyt odporności.

Kolejno opiniujący biegły J. P., dokonując analizy blisko 300 -stronicowej dokumentacji medycznej, opisał w jakich okolicznościach dochodzi do zakażenia bakteriami, wskazał bakterie które są pochodzenia szpitalnego, ale nie wywołują objawów zakażenia, jak również bakterie hodowane u dziecka, które nie należą do flory typowo szpitalnej. Biegły wskazał, że u powoda doszło do dwóch zakażeń szpitalnych tj.: dróg moczowych i przewodu pokarmowego, które zidentyfikowano w szpitalu w O.. Za bardzo prawdopodobne biegły uznał, że stan zapalny jelita, który doprowadził do niedrożności był związany z infekcją (...), o czym może świadczyć wyhodowanie tej bakterii ze stomii 7.10.2009 r. i ponownie 20.10.2009 r. oraz z wymazu z odbytu 12.10. i 20.10.2009 r. Jednocześnie zdaniem biegłego nie jest oczywiste, czy flora bakteryjna która spowodowała u powoda pierwotnie infekcję i stan zapalny w czasie hospitalizacji w SPZOZ (...) jest tą samą jaką izolowano w Szpitalu (...) w O.. Biegły uznał, iż postępowanie personelu medycznego we wszystkich placówkach, w których przebywał powód było adekwatne do jego stanu zdrowia. W szpitalach nie doszło do zakażenia krwi lub posocznicy, w szczególności posocznicy gronkowcowej. Infekcja ograniczała się do ściany jelita, o czym świadczą wyniki z zabiegu przeprowadzonego w dniu 7 października 2009 r. w Szpitalu (...) w O.. Ostatecznie biegły po wnikliwej analizie wyników badań bakteriologicznych i zidentyfikowanych czynników etiologicznych oraz stanu klinicznego powoda wykluczył, aby w SPZOZ (...) doszło do zakażenia jakkolwiek bakterią.

W świetle powyższego lakoniczna i nie poparta analizą dokumentacji medycznej ani szczegółowym uzasadnieniem opinia biegłego G. słusznie została uznana przez Sąd Okręgowy za nieprzydatną do rozstrzygnięcia.

Przy ocenie dowodu z opinii biegłego decyduje zgodność opinii z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, a także sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w

niej wniosków (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64 czy wyrok z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00, Lex, nr 77046). Jeżeli kwalifikacje biegłego nie zostaną podważone, sama zaś opinia nie zawiera istotnych niejasności, a zleconą okoliczność wyjaśnia w stopniu dostatecznym i pozwalającym na rozstrzygnięcie, samo niezadowolenie strony z wniosków końcowych nie jest wystarczające do zakwestionowania mocy przeprowadzonego dowodu.

Do wskazanych wyżej mierników oceny opinii biegłego J. P. skarżący nie nawiązywał. Nie wynika z apelacji, aby wiedza specjalistyczna i doświadczenie biegłego budziły jakiegokolwiek zastrzeżenia. Nie podano też konkretnych uchybień w procesie przygotowywania opinii, poddania analizie niepełnego materiału faktograficznego, sprzeczności z tym materiałem wyprowadzonych wniosków. Niejasności dostrzeżone przez skarżącego na etapie postępowania przed sądem I instancji były przedmiotem uzupełniających wyjaśnień biegłego, z odniesieniem do zapisów w dokumentacji medycznej i przytoczeniem argumentów umocowujących ocenę stopnia prawdopodobieństwa zdarzeń w konkretnym stanie sprawy. Zgodnie z utrwalonym poglądem judykatury, sąd rozpoznający sprawę powinien zażądać dodatkowej opinii innych biegłych, jeżeli występuje rozbieżność, niezupełność lub niejasność opinii, a materiał dowodowy nie daje podstawy do oparcia się wyłącznie na opinii jednego biegłego (vide: orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 18 czerwca 1952 r., C 1108/51, NP 1953, nr 10, s. 93; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 1973 r., I CR 271/73, Lex nr 7277; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r., II CR 817/73, Lex nr 7404; uzasadnienie). Uznanie przez sąd opinii jednego biegłego za wiarygodną, poparte uzasadnieniem tego stanowiska, zwalnia sąd od obowiązku wzywania jeszcze jednego biegłego (vide: orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 19 lipca 1952 r., I C 207/52; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 sierpnia 1972 r., II CR 222/72, OSP 1973, z. 5, poz. 93). Równocześnie nie można przyjmować, że Sąd obowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych w każdym przypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r., II CR 817/73, Lex nr 7404, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2001 r., II UKN 604/00). Potrzeba powołania innego biegłego powinna zatem wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1974 r., I CR 562/74, Lex nr 7607, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2011 r., II CKN 639/99, Lex nr 53135). W świetle powyższego za chybione uznać należało również zarzuty naruszenia art. 278 § 1 k.p.c. oraz art. 231 k.p.c. Wbrew twierdzeniom apelującego ze zgromadzonego materiału dowodowego nie sposób jest wywieść, iż w SPZOZ (...) doszło do błędu medycznego skutkującego uszczerbkiem na zdrowiu powoda.

Przechodząc do oceny zarzutów naruszenia przepisów prawa materialnego Sąd Apelacyjny zwraca uwagę, iż odpowiedzialność pozwanego zakładu ubezpieczeń wynika z faktu zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z SPZOZ (...). Zgodnie zatem z treścią art. 822 i następnego k.c. w pierwszej kolejności należy wykazać odpowiedzialność w/w Szpitala za szkodę wyrządzoną powodowi. Artykuł 430 k.c. reguluje odpowiedzialność z czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. Zgodnie z tym przepisem, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonych jej czynności. Przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej w oparciu o wskazany przepis wymaga zatem wykazania, że pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.), przy czym winę powód winien także udowodnić na zasadach ogólnych, a wystarczającym jest wykazanie najmniejszego stopnia winy (culpa levissima). Ustawa nie uzależnia także odpowiedzialności od 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 ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta (por. Mirosław Nestorowicz, "Prawo medyczne", Komentarz i glosy do orzeczeń sądowych. Wydawnictwo LexisNexis, Warszawa 2014 r., s. 83, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 października 2009 r. IV CSK 205/09, Legalis nr 288264, uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r. IV CSK 308/10, OSNC 2011/10/116). W świetle art. 361 § 1 k.c. do powstania odpowiedzialności odszkodowawczej konieczne jest zaistnienie trzech elementów: zdarzenia wywołującego szkodę, szkody oraz adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy tym zdarzeniem a szkodą. Jednocześnie zgodnie z art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która wywodzi z tego faktu skutki

prawne. W niniejszej sprawie zatem ciężar wykazania zaistnienia przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej strony pozwanej spoczywał na powodzie, który domagał się zapłaty przez ubezpieczyciela SPZOZ (...) zadośćuczynienia i renty z tytułu zakażenia gronkowcem i wywołania sepsy.

W tzw. procesach odszkodowawczych lekarskich nie jest konieczne wykazywanie istnienia związku przyczynowego między działaniem (zaniechaniem) personelu służby zdrowia a szkodą pacjenta w stopniu pewnym i stanowczym. Wystarczy istnienie związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia: 8 maja 2014 r., V CSK 353/13 LEX nr 1466586, z 26 marca 2015 r., V CSK 357/14, LEX nr 1682219 z 4 listopada 2016 r., I CSK 739/15, OSNC 2018/2/29). Temu służy konstrukcja dowodu prima facie czyli sposobu dowodzenia opartego na domniemaniach faktycznych (art. 231 k.p.c.), którego wynikiem jest ustalenie wysokiego prawdopodobieństwa wystąpienia szkody w następstwie określonego zdarzenia sprawczego (zob. wyroki Sądu Najwyższego z 13 czerwca 2000 r., V CKN 34/00, LEX nr 52689, z 23 marca 2007 r. V CSK 477/06, LEX nr 470003, uzasadnienie wyroku z dnia 17 listopada 2010 r. I CSK 67/10, LEX nr 688666). Dla zastosowania wniosku prima facie konieczne jest wykazanie faktów stanowiących podstawę domniemania faktycznego, które pozwalają na wnioskowanie o prawdopodobieństwie zawinionego działania personelu medycznego szpitala i jego związku przyczynowego ze szkodą i krzywdą po stronie powoda.

W niniejszej sprawie poczynione ustalenia nie pozwalają jednak na przyjęcie jakiegokolwiek prawdopodobieństwa, iż w procesie leczenia powoda na terenie SPZOZ(...) doszło do zarażenia gronkowcem i wywołania sepsy. Brak jest podstaw do formułowania takich wniosków w drodze domniemania faktycznego – art. 231 k.p.c. W badaniach bakteriologicznych jakimi są posiewy krwi nie wykryto drobnoustroju, który mógł odpowiadać za występowanie u powoda sepsy. Powód nie został zakażony posocznicą. Opinia biegłego J. P. w sposób jednoznaczny wykluczyła zakażenie jakąkolwiek bakterią w SPZOZ (...). Jednocześnie wynika z niej, że postępowanie wszystkich placówek medycznych, w których przebywał powód było prawidłowe.

Sąd Okręgowy dokonując oceny dowodu z opinii biegłych prawidłowo zakwalifikował, iż w postępowaniu placówki medycznej, za którą odpowiedzialność z racji podpisanej umowy ubezpieczenia miałby ponosić pozwany zakład ubezpieczeń, nie doszło do błędu medycznego.

Reasumując, w tak ustalonym stanie faktycznym sąd pierwszej instancji zasadnie przyjął, że SPZOZ (...)nie można przypisać jakiegokolwiek zawinionego i bezprawnego zachowania w procesie leczenia powoda, którego adekwatnym skutkiem byłoby powstanie u powoda rozstroju zdrowia lub jego pogłębienie. Tym samym nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego zakładu ubezpieczeń, co czyniło zbędnym czynienie dalszych ustaleń dotyczących zakresu i wysokości szkody poniesionej przez powoda, jak również ustalenia odpowiedzialności placówki medycznej na przyszłość.

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

Elżbieta Wiatrzyk – Wojciechowska Edyta Mroczek Ewa Kaniok