

Sygn. akt I ACa 459/20

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 1 kwietnia 2022r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Artur Kowalewski (spr.)
------------------------	------------------------------------

po rozpoznaniu w dniu 1 kwietnia 2022r., na posiedzeniu niejawnym, w Szczecinie

sprawy z powództwa B. D.

przeciwko „Szpitalowi w S.” spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w S.

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie

z dnia 13 sierpnia 2020r., sygn. akt I C 313/19

I. uchyla zaskarżony wyrok w punkcie 2, w części oddalającej powództwo B. D. co do kwoty 126.666,67 zł. wraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 10 października 2013 r., w punkcie 3 w całości, zaś w punkcie 4 w części dotyczącej obowiązku pokrycia nieuiszczonych kosztów sądowych przez powódkę B. D. i pozwanego i w tym zakresie sprawę przekazuje do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Koszalinie, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego;

II. oddala apelację w pozostałym zakresie.

SSA Artur Kowalewski

Sygn. akt I ACa 459/20

UZASADNIENIE

L. D. (1) wniósł o zasądzenie od „Szpitala w S.” sp. z o.o. w S. na jego rzecz kwoty 500.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty. Nadto domagał się zasądzenia od pozwanego na jego rzecz kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu podał, że dochodzone przez niego żądanie jest związane z błędem w sztuce lekarskiej, mającym miejsce podczas leczenia chirurgicznego w pozwanym szpitalu w okresie od grudnia 2012 r. do stycznia 2013 r., w wyniku którego doszło do martwicy moczowodu, co skutkowało potrzebą przeprowadzenia kolejnych zabiegów chirurgicznych, w trakcie których usunięto lewą nerkę oraz zarażono L. D. (1) bakterią gronkowca złocistego opornego na antybiotyki M..

W odpowiedzi na pozew pozwany domagał się oddalenia powództwa w całości zaprzeczając, aby w trakcie leczenia powoda doszło do błędu w sztuce lekarskiej.

Postanowieniem z dnia 26 marca 2019 r. Sąd Okręgowy w Koszalinie zawiesił postępowanie w sprawie z uwagi na śmierć powoda L. D. (1).

20 maja 2019 r. B. D., A. W. i J. D., reprezentowani przez profesjonalnego pełnomocnika, wnieśli o podjęcie zawieszono postępowania, wskazując iż na mocy aktu poświadczenia dziedziczenia z dnia 27 maja 2019 r. nabyli spadek po zmarłym L. D. (1) w częściach równych, tj. po 1/3.

Postanowieniem z dnia 31 maja 2019 r. Sąd Okręgowy w Koszalinie podjął zawieszono postępowanie w sprawie z udziałem spadkobierców L. D. (1) – B. D., A. W. i J. D. po stronie powodowej.

W toku procesu pełnomocnik spadkobierców podtrzymał stanowisko wyrażone w pozwie, wskazując iż żąda zasądzenia od pozwanego wskazanej w pozwie sumy w wysokości po 1/3 żądanej kwoty dla każdego z powodów, stosownie do ich udziałów spadkowych, a nadto zasądzenia od pozwanego na rzecz powodów zwrotu kosztów postępowania według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego. Natomiast pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od strony powodowej na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Wyrokiem z dnia 13 sierpnia 2020 roku Sąd Okręgowy w Koszalinie w punkcie I. zasądził od pozwanego „Szpital w S.” spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w S. na rzecz każdego z powodów B. D., J. D. i A. W. kwoty po 10.000 złotych wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie, w trybie art. 481 § 2 k.c. za okres od dnia 10 października 2013 roku do dnia zapłaty; w punkcie II oddalił powództwo w pozostałym zakresie; w punkcie III odstąpił od obciążenia powodów kosztami zastępstwa procesowego pozwanej spółki; w punkcie IV. Nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Koszalinie od pozwanego „Szpital w S.” spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w S. kwotę 2.102,88 złotych zaś od każdego z powodów B. D., J. D. i A. W. po 543,26 złotych tytułem zwrotu części kosztów sądowych wyłożonych tymczasowo przez Skarb Państwa; w punkcie VI. Nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Koszalinie od pozwanego „Szpital w S.” spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w S. kwotę 1350 złotych tytułem części opłaty sądowej od uwzględnionego żądania pozwu, od uiszczenia którego strona powodowa była zwolniona.

Sąd Okręgowy ustalił, że w dniach 6-12 września 2012 r. L. D. (1) przebywał na leczeniu w Oddziale Chorób Wewnętrznych „Szpitala w S.” sp. z o.o. w S. z powodu niewydolności zastoinowej serca, przewlekłego migotania przedsionków, nadciśnienia tętniczego, otyłości. Przy przyjęciu do szpitala, L. D. (1) został zaliczony do pierwszej grupy, jeśli chodzi o ryzyko zakażenia.

W listopadzie 2012 r. po badaniach urologicznych, stwierdzono u L. D. (1) nowotwór złośliwy odbytnicy, w związku z czym, w dniu 22 listopada 2012 r. został skierowany do leczenia chirurgicznego w szpitalu w S..

W pierwszych dniach grudnia 2012 r., w ramach przygotowania do leczenia operacyjnego z powodu choroby nowotworowej, L. D. (1) został poddany radioterapii przedoperacyjnej.

W dniach od 9 grudnia 2012 r. do 16 stycznia 2013 r., L. D. (1) był leczony zachowawczo i operacyjnie w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej „Szpitala w S.” sp. z o.o. z powodu guza złośliwego odbytnicy. Przed rozpoczęciem leczenia w przedmiotowym szpitalu pacjent został zaliczony do III grupy ryzyka (ilość punktów 3) narażenia na powikłania infekcyjne.

W dniu 11 grudnia 2012 r. L. D. (1) został poddany w znieczuleniu ogólnym zabiegowi operacyjnemu guza jelita grubego (wstępnicę), poprzedzoną radioterapią z powodu naciekania tkanki otaczającej i podejrzenia przerzutów do dwóch węzłów chłonnych. Wykonano ileostomię, gdyż warunki (otyłość) nie pozwoliły na przywrócenie ciągłości przewodu pokarmowego.

Po kilku dniach stwierdzono wyciekanie moczu przez dreny. Z powodu podejrzenia uszkodzenia moczowodu lewego wykonano urografię i cystoskopię. Stwierdzono uszkodzenie moczowodu. W dniu 24 grudnia 2012 r. w trybie pilnym wykonano operację. Ze względu na martwicę długiego (11 cm) odcinka moczowodu niemożliwe było odtworzenie ciągłości moczowodu. Zbyt krótki odcinek zdrowego moczowodu z powodu grubej warstwy podskórnej tkanki tłuszczowej uniemożliwił wyłonienie moczowodu, dlatego konieczne było usunięcie nerki lewej.

W czasie operacji w dniu 11 grudnia 2012 r. nie doszło do przecięcia czy też nacięcia moczowodu lewego, gdyż wyciekanie moczu z moczowodu wystąpiłoby natychmiast i byłoby zauważone w trakcie operacji albo bezpośrednio po operacji. Wyciekanie moczu z drenów zauważono w późniejszym czasie, co świadczyło o utracie szczelności moczowodu. Badanie histopatologiczne wykazało, że przyczyną wyciekania moczu z moczowodu była jego rozległa martwica. Przyczyną martwicy było niedokrwienie moczowodu w następstwie odczynu popromiennego w gałązkach odchodzących od tętnicy nerkowej i jądrowej, zaopatrujących w krew ten odcinek moczowodu (odcinek brzuszny moczowodu jest ukrwiony przez gałązki odchodzące od tętnicy nerkowej i jądrowej, w których wskutek odczynu popromiennego doszło do niedrożności). Napromienienie było skierowane właśnie na ten odcinek moczowodu, gdyż guz jelita grubego znajdował się w tej okolicy. Większość pacjentów z nowotworem odbytnicy zlokalizowanym w odległości nie większej niż 10 cm od odbytu otrzymuje przedoperacyjną radioterapię. Przed planowanym zabiegiem operacji nowotworu odbytnicy po radioterapii nie przeprowadza się żadnych badań mających określić stan napromieniowanych tkanek. Powikłania w postaci uszkodzenia lub martwicy moczowodu obserwowane są wyjątkowo rzadko. Najczęściej wtedy, gdy nałożą się na siebie różne przyczyny. Zabieg operacyjny u L. D. (1) został przeprowadzony zgodnie ze standardami w tego typu operacjach, jednak zaistnienie jednocześnie niekorzystnych czynników takich jak uszkodzenia po radioterapii, otyłość, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia ukrwienia tkanek związane z miażdżycą oraz niszczenie tkanek przez naciekający nowotwór spowodowało u niego martwicę moczowodu.

Terapia związana z nowotworem złośliwym polega na zniszczeniu lub wycięciu nowotworu z odpowiednim marginesem tkanek zdrowych. Leczenie to ma na celu ratowanie życia chorego, dlatego przeprowadza się je używając wszelkich dostępnych metod, nawet jeżeli może przy tym dojść do uszkodzenia otaczających tkanek. W wyniku leczenia onkologicznego może dojść do szeregu powikłań łącznie ze śmiercią chorego. Rozpoczynając terapię, lekarze nie są w stanie przewidzieć wszystkich skutków przeprowadzonego leczenia, przy czym jest pewne, że zaniechanie tego leczenia doprowadzi do śmierci pacjenta. Dlatego można wykonać prawidłowo i bezbłędnie operację, a mimo to może dojść do powikłań. Martwicę moczowodu u L. D. (1) należy traktować jako powikłanie związane z procesem leczenia nowotworu złośliwego, czyli z ratowaniem ludzkiego życia.

Chory został prawidłowo zakwalifikowany (uwzględniając korzyści i straty wynikające z takiego leczenia) do przedoperacyjnej radioterapii. U chorego wybrano schemat leczenia nazywany w terminologii medycznej „krótkim”, który w tym przypadku był prawidłowy i który jest powszechnie stosowany w krajach europejskich, rzadziej w Stanach Zjednoczonych. W niniejszym schemacie stosuje się dawki dzienne w wysokości 5 Gy, które są podawane do dawki całkowitej 25 Gy. Powyższe dawki zastosowano u chorego w trakcie leczenia. Przewidziana i zaplanowana dawka oraz napromieniana objętość były zgodne z obecnym stanem wiedzy medycznej. Technika radioterapii - 3 D - trójwymiarowa konformalna oraz jej przeprowadzenie były standardowymi, jakie stosuje się w takim przypadku. Opieka i monitorowanie w trakcie leczenia napromienianiem były prawidłowe i nie odbiegały od standardu, jaki stosuje się w trakcie tak prowadzonej radioterapii. Zalecenia po zakończeniu radioterapii były również standardowymi w takim przypadku klinicznym. Czas, w jakim przeprowadzono zabieg operacyjny po przebytej radioterapii, był typowym, jaki stosuje się w praktyce klinicznej w sytuacji kojarzenia obu metod. Nie istniała żadna nieprawidłowość w postępowaniu medycznym lekarzy i zespołu pomocniczego zajmującego się przygotowaniem oraz realizowaniem radioterapii, która mogłaby skutkować zawnionym powikłaniem w postaci martwicy moczowodu.

Przeprowadzenie drugiego zabiegu operacyjnego było niezbędne by zapobiec dalszym powikłaniom związanym z martwicą moczowodu. Ten zabieg operacyjny został przeprowadzony w sposób prawidłowy.

Pod koniec operacji w dniu 24 grudnia 2012 r. wystąpiły objawy ostrej niewydolności oddechowo-kръżeniowej i chory okresowo oraz przez krótki okres przebywał w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii pozwanego szpitala.

W trakcie dalszego pobytu i leczenia w pozwanym szpitalu L. D. (1) był konsultowany ponadto psychiatrycznie z powodu zaburzeń nastroju na podłożu dotykających jego osobę problemów zdrowotnych.

Leczenie operacyjne L. D. (1), który w okresie trzynastu dni miał wykonane dwa bardzo poważne zabiegi chirurgiczne, zostało powikłane zakażeniem miejsca operacyjnego dwoma różnymi patogenami bakteryjnymi.

W dniu 24 grudnia 2012 r. o godz. 13 pobrano od chorego wymaz z rany operacyjnej, z którego w warunkach tlenowych wyhodowano paciorkowce Gram-dodatnie, rodzaju - Enterococcus faecalis, klasyfikowane dawniej jako paciorkowce kałowe - Streptococcus faecalis (grupa „D”), których siedliskiem u człowieka jest głównie przewód pokarmowy. Wyhodowane patogeny okazywały wrażliwość na następujące antybiotyki: C. oraz na A. w połączeniu z kwasem klawulanowym (m.in. na specyfik o nazwie handlowej - A.), natomiast posiew wymazu w warunkach beztlenowych (tj. w kierunku bakterii beztlenowych rodzaju Clostridium) okazał się ujemny.

W dniu 27 grudnia 2012 r. pobrano od pacjenta kolejny wymaz z rany pooperacyjnej, uzyskując w warunkach tlenowych wynik dodatni, bowiem na pożywkach tlenowych wyhodowano gronkowca złocistego, Staphylococcus aureus MRSA (methicillin-resistant Staphylococcus aureus), czyli gronkowca o dużej patogenności, opornego na antybiotyki M., a także inne antybiotyki z grupy Beta-laktamowej. Patogen ten okazał się wrażliwy jedynie na dwa rzadziej stosowane w medycynie antybiotyki: K. i W.. Wynik posiewu z tego samego dnia w kierunku obecności bakterii beztlenowych był ujemny.

Wynik posiewu wymazu pobrany w dniu 15 stycznia 2013 r. z końcówki wkłucia centralnego był negatywny, jednak badanie to nie ma istotnego związku epidemiologicznego ani klinicznego z przypadkiem chorobowym L. D. (1), a także z wcześniej uzyskanymi wynikami posiewów, gdyż było wykonane w dość odległym czasie od terminów zabiegów operacyjnych, którym poddany był L. D. (1).

U L. D. (1) przez kilka dni przed dniem 29 grudnia 2012r., w którym dokonano po raz pierwszy zapisu o powikłaniach infekcyjnych, utrzymywał się stan ropny. Ropienie rany po nefrektomii (tj. operacji usunięcia nerki) utrzymywało się u chorego do połowy stycznia 2013 r.

Zastosowana u L. D. (1) celowana antybiotykoterapia oraz leczenie miejscowe zakażonej rany przyniosły pożądany skutek, bowiem w dniu 16 stycznia 2013 r. L. D. (1) został wypisany ze szpitala do dalszego leczenia oraz kontroli w trybie ambulatoryjnym z wygojonymi ranami pooperacyjnymi (jedynie z protekcyjną stomią jelitową). Pacjent opuścił szpital w S. wyleczony z zakażenia okołoperacyjnego enterokokami kałowymi, a także gronkowcami złocistymi MRSA.

W późniejszym czasie nie doszło u L. D. (1) do wznowy stanu zapalnego w miejscu przeprowadzonej u chorego operacji urologicznej.

Powstałe u L. D. (1) zakażenia miały wpływ na wydłużenie się okresu leczenia szpitalnego. Zakażenie rany pooperacyjnej gronkowcem złocistym powodowało znaczne wydłużenie procesu jej gojenia. Powstałe u L. D. (1) zakażenia wywołały u niego cierpienie, ból.

Dwukrotne pojawienie się u L. D. (1) zakażeń o różnej etiologii w wyniku dwóch przeprowadzonych zabiegów operacyjnych pozwala przyjąć, że w tamtym czasie zawiodła w pozwanym szpitalu realizacja procedur sanitarno-higienicznych i przeciwepidemicznych. L. D. (1) znajdował się w grupie wzmożonego ryzyka na powikłania okołoperacyjne i wzmożone ryzyko wystąpienia tego rodzaju powikłań wymaga zwykle zwiększonej troski o chorego w trakcie leczenia zabiegowego. Stan wzmożonego ryzyka u pacjenta jedynie usposabia do występowania septycznych powikłań, nie może jednak usprawiedliwiać wystąpienia stanu zapalnego, najczęściej ropnego, bowiem

warunkiem niezbędnym do wystąpienia zakażenia operacyjnego jest translokacja do pola operacyjnego biologicznego i niepożądanego czynnika chorobotwórczego.

W dniu 15 kwietnia 2013 r. pełnomocnik L. D. (1) wystąpił do pozwanego szpitala z żądaniem przedstawienia informacji w zakresie polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnoprawnej, informując, iż będzie dochodzone zadośćuczynienie w związku z popełnieniem błędu w sztuce lekarskiej przez lekarzy pozwanego szpitala. W odpowiedzi z dnia 19 kwietnia 2013 r. pozwany wskazał, iż szpital zawarł umowę ubezpieczenia z (...) S.A.

W dniu 23 kwietnia 2013 r. pełnomocnik L. D. (1) skierował do ubezpieczyciela (...) S.A pismo z wezwaniem do zapłaty zadośćuczynienia w wysokości 500.000 zł w związku ze spowodowaniem krzywdy u L. D. (1) przez „Szpital w S.” sp. z o.o. Ubezpieczyciel odmówił zapłaty podając, iż pracownicy ubezpieczonego szpitala podczas udzielania świadczeń medycznych nie popełnili błędu medycznego. Dodał, iż świadczenia medyczne udzielane były L. D. (1) zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, przy użyciu dostępnych metod i środków zapobiegania, rozpoznawania, leczenia chorób.

Z uwagi na nieuwzględnienie roszczenia przez (...) S.A., w dniu 27 sierpnia 2013 r. pełnomocnik L. D. (1) wystąpił do pozwanego szpitala z żądaniem zapłaty 500.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, jednak nie otrzymał na to wezwanie odpowiedzi.

W dniu (...) r. zmarł L. D. (1).

W dniu 27 maja 2019 r., w formie aktu notarialnego, został sporządzony akt poświadczenia dziedziczenia po zmarłym L. D. (1). Stwierdzono tam, iż spadek po L. D. (1) nabyli na podstawie ustawy: B. D. w udziale wynoszącym 1/3 część, A. W. w udziale wynoszącym 1/3 część, J. D. w udziale wynoszącym 1/3 część.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy uznał powództwo za częściowo uzasadnione.

Wstępnie Sąd Okręgowy przypomniał, że zgodnie z treścią art 430 k.c., ten kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie podlegającej przy jej wykonywaniu jego kierownictwu i mającej obowiązek stosować się do jego wskazówek, odpowiada za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby. Z przywołanego przepisu art. 430 k.c. wynika, że dla przypisania danemu podmiotowi odpowiedzialności deliktowej na jego podstawie, konieczne jest łączne spełnienie następujących przesłanek: powstanie szkody, czyn niedozwolony i związek przyczynowy pomiędzy czynem niedozwolonym a powstaniem szkody oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności, przy czym do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej wystarczy choćby najmniejszy stopień winy.

Dalej Sąd Okręgowy wskazał, że w myśl art. 415 k.c. kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. W związku z wyrządzeniem szkody na osobie można wyodrębnić trzy kategorie roszczeń, które mogą być w takim wypadku podniesione i których poszkodowany może domagać się kompensacji poniesionego uszczerbku przed sądem. Są to w szczególności: 1) roszczenie poszkodowanego o naprawienie szkody majątkowej (art. 444 k.c. – o zwrot poniesionych kosztów, o zasądzenie renty); 2) roszczenie pokrzywdzonego z tytułu doznanej krzywdy niemajątkowej (art. 445 k.c. - o zadośćuczynienie pieniężne). O wyborze podstawy roszczenia zawsze decyduje poszkodowany.

Sąd Okręgowy nadmienił również, że zakres obowiązku odszkodowawczego wyznacza treść art. 361 § 2 k.c., zgodnie z którym w granicach określonych adekwatnym związkiem przyczynowym, w braku odmiennego przepisu ustawy lub postanowienia umowy, naprawienie szkody obejmuje straty, które poszkodowany poniósł, oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono. Sąd Okręgowy wskazał przy tym, że wobec trudności dowodowych i dla ochrony uzasadnionych interesów poszkodowanych w orzecznictwie i piśmiennictwie coraz częściej uważa się wymóg wykazania przesłanki związku przyczynowego za spełniony, jeżeli poszkodowany udowodnił bardzo wysoki stopień prawdopodobieństwa, że zdarzenie i szkoda pozostają w adekwatnym związku przyczynowym.

W dalszej części uzasadnienia Sąd Okręgowy odniósł się do zasad ustalania wysokości zadośćuczynienia. W tym zakresie wskazał w szczególności, że zadośćuczynienie przyjmuje postać jednorazowej zapłaty sumy pieniężnej. Powinno zatem uwzględniać wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne zarówno już doznane przez poszkodowanego, jak i te, które będzie on w przyszłości odczuwać, a które dadzą się przewidzieć w chwili wyrokowania z dużym prawdopodobieństwem. Ma ono stanowić rekompensatę pieniężną za całą krzywdę doznaną przez poszkodowanego. Sąd Okręgowy wskazał zatem, że zadośćuczynienie ma kompensować w istocie szkody niepoliczalne, ustalenie jego wysokości jest zależne od szeregu czynników wpływających na ogólną ocenę stopnia i trwałości bólu i cierpienia, stanowiących składowe szkody. Określając wysokość zadośćuczynienia, powinno się zatem wziąć pod uwagę wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy, a zwłaszcza stopień i czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych (pobyt w szpitalu, bolesność zabiegów, dokonywane operacje, leczenie sanatoryjne itp.), trwałość skutków czynu niedozwolonego (kalectwo, oszpecenie, bezradność życiowa), prognozy na przyszłość, wiek poszkodowanego (z reguły większą krzywdą jest szkoda na osobie młodszej), niemożność wykonywania ulubionych zajęć (wykonywania pracy, chodzenia np. do teatru, wyjazdów, realizacji planów), niemożność zawarcia związku małżeńskiego, posiadania dzieci. Zadośćuczynienie ma przede wszystkim charakter kompensacyjny i jego wysokość musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość. Nie może stanowić sumy symbolicznej, choć jednocześnie nie może być nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy. Powinna również odpowiadać aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa.

W dalszej części uzasadnienia Sąd Okręgowy przypomniał również, że na spadkobierców przechodzi, stosownie do posiadanego udziału w spadku, roszczenie o zadośćuczynienie wytoczone za życia osoby poszkodowanej. Na miejsce zmarłego powoda wstępują do sprawy jego spadkobiercy, zgodnie z art. 180 § 1 pkt 1 k.p.c. i art. 445 § 3 k.c. Przedmiotem dziedziczenia jest roszczenie o kwotę dochodzoną w pozwie wytoczonym przez osobę poszkodowaną. Przedmiotem dziedziczenia nie jest więc samo prawo do zadośćuczynienia, lecz konkretne roszczenie o kwotę dochodzoną w powództwie wytoczonym przed sądem przez poszkodowanego powoda. W dniu (...) r. zmarł pierwotny powód L. D. (1), a w dniu 27 maja 2019 r., w formie aktu notarialnego, został sporządzony akt poświadczenia dziedziczenia po zmarłym L. D. (1), w którym stwierdzono, iż spadek po L. D. (1) nabyli na podstawie ustawy: B. D. w udziale wynoszącym 1/3 część, A. W. w udziale wynoszącym 1/3 część, J. D. w udziale wynoszącym 1/3 część (k. 642). Należy zatem uznać, iż B. D., A. W. i J. D. byli uprawnieni do występowania z roszczeniem o kwotę dochodzoną w pozwie tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną przez L. D. (1) (legitymacja procesowa czynna).

Przechodząc do zasadniczej dla rozstrzygnięcia sprawy kwestii, czy osoby, które uczestniczyły w procesie leczenia L. D. (1) dopuściły się błędu medycznego, Sąd Okręgowy pierwszoplanowo wyjaśnił, że przez błąd medyczny, który stanowi podstawę odpowiedzialności personelu medycznego należy rozumieć błędne z medycznego punktu widzenia rozpoznanie lub leczenie w wyniku bądź braku wiadomości przeciętnie wymaganych od praktykującego personelu medycznego, bądź braku należytej staranności, przy zachowaniu której nie nastąpiłyby skutki ujemne dla zdrowia lub życia pacjenta. Ponownie podkreślił, że sam związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem personelu szpitala a szkodą pacjenta nie musi być ustalony w sposób pewny. Dla przyjęcia odpowiedzialności pozwanego wystarcza jedynie wysoki stopień prawdopodobieństwa, gdyż na ogół nie jest możliwe uzyskanie pewności co do istnienia związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem personelu medycznego a szkodliwym skutkiem na osobie pacjenta. Jak zauważył Sąd Okręgowy wynika to w szczególności z niedoskonałości poziomu nauki i wiedzy medycznej stale rozwijającej się, a także z faktu, że proces chorobowy zachodzący w organizmie pacjenta nie zawsze da się przewidzieć z całkowitą pewnością. Dlatego badając zaistnienie normalnego związku przyczynowego, orzecznictwo w takich przypadkach nakazuje odwoływać się do prawdopodobieństwa takiego związku - przy czym przyjmuje się, że wystarczające jest ustalenie wysokiego, graniczącego z pewnością, stopnia prawdopodobieństwa (prawdopodobieństwa wysokiego stopnia, dostatecznej dozy prawdopodobieństwa). Tym bardziej, że proces leczenia jest dynamiczny i nie do końca przewidywalny w zależności od cech osobowych danego organizmu, a pewne skutki nie zawsze pozostają w adekwatnym związku z przeprowadzonymi zabiegami leczniczymi.

W rozpatrywanej sprawie, aby ustalić czy podczas leczenia pacjenta L. D. (1) doszło do błędu medycznego po stronie personelu medycznego pozwanego szpitala i związanej z tym krzywdy po stronie L. D. (1), Sąd Okręgowy dopuścił

dowód z opinii biegłego z zakresu chirurgii onkologicznej (k. 215-216 wraz z opiniami uzupełniającymi k. 263, 306 i przesłuchaniem uzupełniającym k. 365-366), opinii biegłego z zakresu urologii (k. 245-246 wraz z opinią uzupełniającą k. 282-283 i przesłuchaniem uzupełniającym k. 364-365, 367), opinii biegłego z zakresu radioterapii onkologicznej (k. 438-442), opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii (k. 483-494 wraz z opiniami uzupełniającymi k. 534-541, 573-580, 619-626 i przesłuchaniem uzupełniającym k. 683-685), albowiem ustalenie powyższych okoliczności wymagało skorzystania z wiadomości specjalnych, posiadanych przez biegłych.

W oparciu o dostępny materiał dowodowy Sąd Okręgowy uznał, iż nie doszło do błędu medycznego w związku z martwicą długiego (11 cm) odcinka moczowodu i usunięciem nerki lewej. Sąd Okręgowy odwołując się do opinii biegłych ustalił bowiem w tym zakresie, że w trakcie operacji w dniu 11 grudnia 2012 r. nie doszło do przecięcia czy też nacięcia moczowodu lewego, gdyż wyciekanie moczu z moczowodu wystąpiłoby natychmiast i byłoby zauważone w trakcie operacji albo bezpośrednio po operacji. Wyciekanie moczu z drenów zauważono w późniejszym czasie, co świadczyło o utracie szczelności moczowodu. Sąd Okręgowy nadto wskazał, że badanie histopatologiczne wykazało, że przyczyną wyciekania moczu z moczowodu była jego rozległa martwica, a przyczyną martwicy było niedokrwienie moczowodu w następstwie odczynu popromiennego w gałązkach odchodzących od tętnicy nerkowej i jądrowej, zaopatrujących w krew ten odcinek moczowodu. Sąd Okręgowy zauważył przy tym, iż napromienienie było skierowane właśnie na ten odcinek moczowodu, gdyż guz jelita grubego znajdował się w tej okolicy. Sąd Okręgowy jednocześnie podkreślił, że większość pacjentów z rakiem odbytnicy zlokalizowanym w odległości nie większej niż 10 cm od odbytu otrzymuje przedoperacyjną radioterapię, a przed planowanym zabiegiem operacji raka odbytnicy po radioterapii nie przeprowadza się żadnych badań mających określić stan napromienionych tkanek. Powikłania w postaci uszkodzenia lub martwicy moczowodu obserwowane są wyjątkowo rzadko. Najczęściej wtedy, gdy nałożą się na siebie różne przyczyny. W ocenie Sądu Okręgowego, zabieg operacyjny u L. D. (1) został przeprowadzony zgodnie ze standardami w tego typu operacjach, jednak zaistnienie jednocześnie niekorzystnych czynników tj. uszkodzenia po radioterapii, otyłość, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia ukrwienia tkanek związane z miażdżycą oraz niszczenie tkanek przez naciekający nowotwór spowodowało u niego martwicę moczowodu. Sąd Okręgowy dalej podkreślił, iż terapia związana z nowotworem złośliwym polega na zniszczeniu lub wycięciu nowotworu z odpowiednim marginesem tkanek zdrowych. Leczenie to ma na celu ratowanie życia chorego, dlatego przeprowadza się je używając wszelkich dostępnych metod, nawet jeżeli może przy tym dojść do uszkodzenia otaczających tkanek. Co jest istotne, w wyniku leczenia onkologicznego może dojść do szeregu powikłań łącznie ze śmiercią chorego i rozpoczynając terapię, lekarze nie są w stanie przewidzieć wszystkich skutków przeprowadzonego leczenia, przy czym jest pewne, że zaniechanie tego leczenia doprowadzi do śmierci pacjenta. Można zatem wykonać prawidłowo i bezbłędnie operację, a mimo to może dojść do powikłań. Zdaniem Sądu Okręgowego martwicę moczowodu u L. D. (1) należy traktować jako powikłanie związane z procesem leczenia nowotworu złośliwego, czyli z ratowaniem ludzkiego życia. L. D. (1) został prawidłowo zakwalifikowany (uwzględniając korzyści i straty wynikające z takiego leczenia) do przedoperacyjnej radioterapii. Wybrano u niego schemat leczenia nazywany w terminologii medycznej „krótkim”, który w tym przypadku był prawidłowy i który jest powszechnie stosowany w krajach europejskich. W tym schemacie stosuje się dawki dzienne w wysokości 5 Gy, które są podawane do dawki całkowitej 25 Gy. Takie dawki zastosowano u L. D. (1) w trakcie leczenia. W ocenie Sądu Okręgowego, przewidziana i zaplanowana dawka oraz napromieniana objętość były zgodne z obecnym stanem wiedzy medycznej. Technika radioterapii - 3 D - trójwymiarowa konformalna oraz jej przeprowadzenie były standardowymi, jakie stosuje się w takim przypadku. Zdaniem Sądu Okręgowego opieka i monitorowanie w trakcie leczenia napromienianiem były prawidłowe i nie odbiegały od standardu, jaki stosuje się w trakcie tak prowadzonej radioterapii. Zalecenia po zakończeniu radioterapii były również standardowymi w takim przypadku klinicznym. Czas, w jakim przeprowadzono zabieg operacyjny po przebytej radioterapii był typowym, jaki stosuje się w praktyce klinicznej w sytuacji kojarzenia obu metod. Za biegłymi Sąd Okręgowy uznał, iż nie istniała zatem żadna nieprawidłowość w postępowaniu medycznym lekarzy i zespołu pomocniczego zajmującego się przygotowaniem oraz realizowaniem radioterapii, która mogłaby skutkować zawnionym powikłaniem w postaci martwicy moczowodu.

Sąd Okręgowy zaakcentował przy tym, że w dniu 24 grudnia 2012 r. w trybie pilnym wykonano operację, a przeprowadzenie tego zabiegu było niezbędne by zapobiec dalszym powikłaniom związanym z martwicą moczowodu.

W ocenie tego Sądu, ten zabieg operacyjny został przeprowadzony w sposób prawidłowy. Ze względu na martwicę długiego (11 cm) odcinka moczowodu niemożliwe było odtworzenie ciągłości moczowodu. Zbyt krótki odcinek zdrowego moczowodu z powodu grubej warstwy podskórnej tkanki tłuszczowej uniemożliwił wyłonienie moczowodu, dlatego konieczne było usunięcie nerki lewej. Sąd Okręgowy wyjaśnił przy tym, że niewątpliwie usunięcie nerki stanowi trwały uszczerbek na zdrowiu, jednak - w jego ocenie - w przedmiotowym przypadku wynikało to z prawidłowego postępowania personelu medycznego pozwanego szpitala, więc nie może być traktowane jako błąd medyczny. Sąd Okręgowy dalej wskazał, że z uwagi na to, że strona powodowa nie wykazała (art. 6 k.c., art. 232 k.p.c.), iż w tym zakresie doszło do błędu medycznego i że istnieje adekwatny związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem personelu medycznego pozwanego szpitala a szkodą L. D. (1), to w tym przypadku Sąd Okręgowy odstąpił od analizy przesłanki szkody, uznając ją za zbędną.

Jednocześnie Sąd Okręgowy uznał, że do błędu medycznego po stronie personelu medycznego pozwanego szpitala doszło z uwagi na zakażenie miejsca operacyjnego dwoma różnymi patogenami bakteryjnymi. Powyższe zdaniem sądu I instancji wynika przede wszystkim z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii (k. 483-494 wraz z opiniami uzupełniającymi k. 534-541, 573-580, 619-626 i przesłuchaniem uzupełniającym k. 683-685). Ten biegły wskazał bowiem, iż w dniu 24 grudnia 2012 r. o godz. 13 pobrano od L. D. (1) wymaz z rany operacyjnej, z którego w warunkach tlenowych wyhodowano paciorkowce Gram-dodatnie, rodzaju - *Enterococcus faecalis*, klasyfikowane dawniej jako paciorkowce kałowe - *Streptococcus faecalis* (grupa „D”), których siedliskiem u człowieka jest głównie przewód pokarmowy. Wyhodowane patogeny okazywały wrażliwość na następujące antybiotyki: C. oraz na A. w połączeniu z kwasem klawulanowym (m.in. na specyfik o nazwie handlowej - A.), natomiast posiew wymazu w warunkach beztlenowych (tj. w kierunku bakterii beztlenowych rodzaju *Clostridium*) okazał się ujemny. Następnie w dniu 27 grudnia 2012 r. pobrano od pacjenta kolejny wymaz z rany pooperacyjnej, uzyskując w warunkach tlenowych wynik dodatni, bowiem na pożywkach tlenowych wyhodowano gronkowca złocistego, *Staphylococcus aureus* MRSA (methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*), czyli gronkowca o dużej patogenności, opornego na antybiotyki M., a także inne antybiotyki z grupy Beta-laktamowej. Patogen ten okazał się wrażliwy jedynie na dwa rzadziej stosowane w medycynie antybiotyki: K. i W.. Wynik posiewu z tego samego dnia w kierunku obecności bakterii beztlenowych był ujemny. Sąd Okręgowy zauważył przy tym, że biegły z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii wskazał, iż dwukrotne pojawienie się u L. D. (1) zakażeń o różnej etiologii w wyniku dwóch przeprowadzonych zabiegów operacyjnych pozwala przyjąć, że w tamtym czasie zawiodła w pozwanym szpitalu realizacja procedur sanitarno-higienicznych i przeciwepidemicznych. L. D. (1) znajdował się w grupie wzmózonego ryzyka na powikłania okołoperacyjne i wzmózone ryzyko wystąpienia tego rodzaju powikłań wymaga zwykle zwiększonej troski o chorego w trakcie leczenia zabiegowego. Sąd Okręgowy kierując się wnioskami opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii przyjął, iż stan wzmózonego ryzyka u pacjenta jedynie usposabia do występowania septycznych powikłań, nie może jednak usprawiedliwiać wystąpienia stanu zapalnego, najczęściej ropnego, bowiem warunkiem niezbędnym do wystąpienia zakażenia operacyjnego jest translokacja do pola operacyjnego biologicznego i niepożądanego czynnika chorobotwórczego. Oceniając krzywdę powstałą w tym zakresie po stronie L. D. (1), Sąd I instancji wziął pod uwagę, iż u L. D. (1) przez kilka dni przed dniem 29 grudnia 2012 r., w którym dokonano po raz pierwszy zapisu o powikłaniach infekcyjnych, utrzymywał się stan ropny i ropienie rany po nefrektomii (tj. operacji usunięcia nerki) utrzymywało się u chorego do połowy stycznia 2013 r. Zastosowana u L. D. (1) celowana antybiotykoterapia oraz leczenie miejscowe zakażonej rany przyniosły pożądany skutek, bowiem w dniu 16 stycznia 2013 r. L. D. (1) opuścił szpital w S. wyleczony z zakażenia okołoperacyjnego enterokokami kałowymi i gronkowcami złocistymi MRSA oraz z wygojonymi ranami pooperacyjnymi (jedynie z protekcyjną stomią jelitową), a w późniejszym czasie nie doszło u L. D. (1) do wznowy stanu zapalnego w miejscu przeprowadzonej u chorego operacji urologicznej. Sąd Okręgowy jednocześnie wziął pod uwagę, że powstałe u L. D. (1) zakażenia niewątpliwie miały wpływ na wydłużenie się okresu leczenia szpitalnego. Zakażenie rany pooperacyjnej gronkowcem złocistym powodowało znaczne wydłużenie procesu jej gojenia. W ocenie Sądu Okręgowego, powstałe u L. D. (1) zakażenia wywołały u niego cierpienie, ból, a stopień doznanej przez niego krzywdy uzasadnia uwzględnienie roszczenia o zadośćuczynienie w zakresie 30.000 zł. W wyroku należało zatem zasądzić na rzecz każdego z powodów po 10.000 zł, zgodnie z udziałem każdego z nich w spadku.

W zakresie żądania zasądzenia odsetek ustawowych, Sąd Okręgowy podzielił pogląd wyrażony w wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 28 października 2011 r. (VI ACa 247/11, LEX nr 1103602), że w razie wyrządzenia szkody czynem niedozwolonym odsetki należą się poszkodowanemu już od chwili zgłoszenia przezeń roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia. Zgodnie z art. 455 k.c. w tej bowiem chwili staje się wymagalny obowiązek sprawcy szkody do spełnienia świadczenia. Termin spełnienia świadczenia przez dłużnika powinien być „niezwłoczny” rozumiany jako „realny”, to jest taki w którym dłużnik przy uwzględnieniu wszelkich okoliczności sprawy będzie w stanie dokonać zapłaty. Sąd Okręgowy zasądził odsetki ustawowe za opóźnienie, w trybie art. 481 § 2 k.c., zgodnie z żądaniem strony powodowej, tj. od dnia wniesienia pozwu, czyli od dnia 10 października 2013 r. (k. 75), gdyż w dniu 27 sierpnia 2013 r. pełnomocnik L. D. (1) wezwał pozwanego do uiszczenia na rzecz L. D. (1) kwoty 500.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę i niniejsze wezwanie do zapłaty zostało pozwanemu doręczone (k. 50-51).

Na zakończenie Sąd Okręgowy wyjaśnił, że dał wiarę w całości dowodom z dokumentów stanowiącym podstawę ustaleń faktycznych, gdyż w sposób przekonujący, rzeczowy dostarczyły okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia i w swojej treści nie budziły wątpliwości Sądu. Swe rozważania Sąd Okręgowy oparł przede wszystkim na opinii biegłego z zakresu chirurgii onkologicznej (k. 215-216 wraz z opiniami uzupełniającymi k. 263, 306 i przesłuchaniem uzupełniającym k. 365-366), opinii biegłego z zakresu urologii (k. 245-246 wraz z opinią uzupełniającą k. 282-283 i przesłuchaniem uzupełniającym k. 364-365, 367), opinii biegłego z zakresu radioterapii onkologicznej (k. 438-442), opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii (k. 483-494 wraz z opiniami uzupełniającymi k. 534-541, 573-580, 619-626 i przesłuchaniem uzupełniającym k. 683-685), gdyż opinie te były jasne, logiczne oraz w sposób wyczerpujący odpowiadały zleceniu.

Zeznaniom w charakterze świadka: R. P. (k. 111 v.), A. L. (k. 111 v.), B. D. (k. 111 v.), J. U. (k. 120 v.), H. S. (k. 120 v.), J. D. (k. 120 v.) oraz przesłuchaniu w charakterze strony powodowej L. D. (1) (k. 120 v.-121) Sąd Okręgowy dał wiarę w części, tj. w takim zakresie, w jakim ich twierdzenia były zgodne z wnioskami opinii biegłych.

Odnosząc się do rozstrzygnięcia o kosztach procesu Sąd Okręgowy wskazał, że wprawdzie powodowie jako przegrywający w przeważającej części, winni zwrócić stronie pozwanej poniesione przez nią koszty zastępstwa procesowego, jednak Sąd w punkcie 3. sentencji wyroku, na podstawie art. 102 k.p.c., nie obciążył ich tymi kosztami. W niniejszej sprawie Sąd Okręgowy wziął pod uwagę, iż sytuacja majątkowa powodów B. D., A. W. i J. D. nie jest zbyt dobra. Co istotne także, powodowie B. D., A. W. i J. D. mogli mieć subiektywne przekonanie o zasadności swego roszczenia. Obciążenie więc B. D., A. W. i J. D., którzy przegrali proces w przeważającej części, kosztami zastępstwa procesowego strony pozwanej byłoby w ocenie Sądu sprzeczne z powszechnym odczuciem sprawiedliwości oraz zasadami współżycia społecznego.

W punkcie 4. sentencji wyroku, na podstawie art. 100 zdanie pierwsze k.p.c. w zw. z art. 83 ust. 2 w zw. z art. 113 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, Sąd nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Koszalinie tytułem zwrotu części kosztów sądowych wyłożonych tymczasowo przez Skarb Państwa: od pozwanego kwotę 2.102,88 zł (35.047,91 zł x 6 %), natomiast od każdego z powodów po 543,26 zł (150 zł x 9 + 47 zł + 105,84 zł + 126,95 zł = 1.629,79 zł : 3). Na te koszty sądowe w łącznej wysokości 35.047,91 zł składały się: kwota 50 zł tytułem zwrotu kosztów przejazdu świadka H. S. (k. 123 v., 204); kwota 751,64 zł (k. 229 v.) i kwota 166,35 zł (k. 317 v.) oraz kwota 135,05 zł (k. 371 v.) obejmujące wynagrodzenia i wydatki biegłego P. Ł.; kwota 793,16 zł (k. 268 v.) i kwota 180,16 zł (k. 284 v.) oraz kwota 112,60 zł (k. 370 v.) obejmujące wynagrodzenia i wydatki biegłego J. A.; kwota 29.154,44 zł obejmujące wynagrodzenie i wydatki biegłego z CEiOS (k. 455-456, 470 v.); kwota 1.670,47 zł (k. 522 v.), kwota 980,51 zł (k. 551-552), kwota 835,95 zł (k. 589 v.) oraz kwota 217,58 zł (k. 703) obejmujące wynagrodzenia i wydatki biegłego W. G.. Sąd uwzględnił, iż strona powodowa była zwolniona od kosztów sądowych w części, a mianowicie od ponoszenia wymaganych tokiem postępowania każdorazowo ponad kwotę 150 zł (k. 76 v.).

W punkcie 5. sentencji wyroku, na podstawie art. 100 zdanie pierwsze k.p.c. w zw. z art. 83 ust. 2 w zw. z art. 113 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, Sąd nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego

w Koszalinie od pozwanego kwotą 1.350 zł tytułem części opłaty sądowej od uwzględnionego żądania pozwu, od uiszczenia którego strona powodowa była zwolniona (k. 76 v.; 25.000 zł x 6 % – 150 zł).

Apelację od powyższego wyroku wnieśli wszyscy powodowie, zaskarżając go w części oddalającej powództwo powyżej zasądzonej na ich rzecz łącznej kwoty 30.000 zł. i zarzucając:

1/ sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z zebrany materiał dowodowy polegająca na uznaniu, iż do martwicy przewodu moczowego, prowadzącej do amputacji lewej nerki, nie doszło wskutek błędu medycznego i przyjęciu, że zabieg operacyjny u L. D. (1) został przeprowadzony zgodnie ze standardami w tego typu operacjach, a jedynie niekorzystne czynniki takie jak uszkodzenia po radioterapii, otyłość, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenie ukrwienia tkanek związane z miażdżycą oraz niszczenie tkanek przez naciekający nowotwór spowodowało u chorego martwicę moczowodu w sytuacji, gdy z opinii biegłych prof. dr hab. n.m. P. M. specjalisty radioterapii onkologicznej, lekarza medycyny W. G. specjalisty chorób zakaźnych i epidemiologii oraz częściowo opinii dr n.m. P. Ł. wynika, iż do martwicy moczowodu mogło dojść w wyniku błędu medycznego zaistniałego w toku pierwszego zabiegu operacyjnego, natomiast martwica moczowodu nie mogła wystąpić z powodu radioterapii i pominięcia przez Sąd twierdzeń wskazanych w opinii przy ocenie materiału dowodowego, a co z kolei powinno prowadzić do uznania powództwa w całości;

2/ błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę wydanego orzeczenia i mający istotny wpływ na jego treść polegający na oparciu ustaleń Sądu jedynie na częściach materiału dowodowego tj. wybranych fragmentach opinii biegłych J. A. oraz dr n.m. P. Ł. z całkowitym pominięciem opinii lek. Med. W. G. i prof. dr hab. n.m. P. M. w sytuacji, gdy Sąd widział celowość powołania powyższych biegłych lek.med. W. G. i prof. dr hab. n.m. P. M. a opinie te wyraźnie wskazują na popełnienie błędu medycznego przez pozwanego Szpital i istnienie związku przyczynowego między pierwotnym zabiegiem operacyjnym a stwierdzoną martwicą przewodu moczowego co w rezultacie powinno prowadzić do wniosku, że powództwo jest uzasadnione i winno być uwzględnione w całości ze względu na rozmiar wyrządzonej L. D. (1) szkody;

3/ błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę wydanego orzeczenia i mający istotny wpływ na jego treść polegający na uznaniu, iż stwierdzony przez Sąd błąd medyczny dotyczący zakażenia miejsca operacyjnego dwoma różnymi patogenami bakteryjnymi wywołał skutki u L. D. (1) uzasadniające uwzględnienie zadośćuczynienie w zakresie kwoty 30.000 zł, gdy w rzeczywistości rozmiar wyrządzonej szkody biorąc pod uwagę okres wydłużenia leczenia, ból i związane z tym cierpienie, uzasadniają uwzględnienie roszczenia w tym zakresie co do kwoty 90.000 zł, a więc wyższej o 60.000 zł od uznanej przez Sąd;

Skarżący, po ostatecznym sprecyzowaniu wniosków apelacyjnych w piśmie z dnia 27 października 2020 r., domagali się zmiany zaskarżonego wyroku przez zasądzenie od pozwanego na rzecz każdego z nich kwot po 156.666,67 zł., w ramach których zawierały się kwoty po 30.000 zł. tytułem zadośćuczynienia w związku z zakażeniem L. D. (1) dwoma różnymi patogenami bakteryjnymi, z ustawowymi odsetkami za opóźnienie za okres od dnia 10 października 2013 r. do dnia zapłaty, ewentualnie uchylenia zaskarżonego orzeczenia i przekazania sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania, przy uwzględnieniu kosztów postępowania apelacyjnego jako części kosztów procesu.

Prawomocnym postanowieniem z dnia 13 stycznia 2021 r. Sąd Apelacyjny w Szczecinie odrzucił apelacje powodów A. W. i J. D..

W odpowiedzi na apelację powódki B. D. pozwany wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od tej powódki na jego rzecz kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja powódki B. D. okazała się zasadna w zakresie, w jakim skarżąca zakwestionowała rozstrzygnięcie dotyczące roszczenia o zadośćuczynienie, które wiązała z błędem w sztuce lekarskiej mającym miejsce podczas leczenia chirurgicznego L. D. (1) w pozwanym szpitalu w okresie od grudnia 2012 r. do stycznia 2013 r., w wyniku którego doszło

do martwicy moczowodu i związanej z tą martwicą koniecznością kolejnych operacji, w tym usunięcia lewej nerki. Materiał procesowy zgromadzony w sprawie winien bowiem, zdaniem Sądu II instancji, prowadzić w tym zakresie do odmiennych wniosków niż te, które stanowiły podstawę wydania zaskarżonego wyroku.

Sąd Apelacyjny wstępnie wskazuje, że w obecnie obowiązującym systemie apelacji sąd drugiej instancji rozpoznający sprawę na skutek apelacji nie jest związany przedstawionymi w niej zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa materialnego, wiążą go natomiast zarzuty dotyczące naruszenia prawa procesowego; w granicach zaskarżenia bierze z urzędu pod uwagę jedynie nieważność postępowania (zob. uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07, której nadano moc zasady prawnej). W obowiązującym systemie apelacji pełnej sąd drugiej instancji jest sądem merytorycznym rozstrzyga na podstawie całokształtu zgromadzonego w sprawie materiału procesowego stosując właściwe prawo materialne. Sąd drugiej instancji nie może przeto poprzestać tylko na ustosunkowaniu się do zarzutów strony skarżącej, lecz musi - niezależnie od ich treści - dokonać ponownych własnych ustaleń, a następnie dokonać ich kwalifikacji prawnej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 2015 r. III CSK 203/14, LEX nr 1678964).

Główna oś sporu na etapie postępowania apelacyjnego koncentrowała się wokół całokształtu oceny materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie, dokonanej przez Sąd Okręgowy, zwłaszcza co do wniosków jakie Sąd I instancji wywiódł w zakresie braku podstaw do stwierdzenia, że podczas hospitalizacji L. D. (1) w grudniu 2012 r. zaistniały jakiegokolwiek nieprawidłowości w przebiegu leczenia, które mogłyby skutkować zawnionym powikłaniem w postaci wystąpienia u L. D. (1) martwicy moczowodu.

Sąd Apelacyjny uznał zarzuty apelacji w tym zakresie za zasadne. W ocenie Sądu Apelacyjnego w analizowanej sprawie faktycznie doszło do naruszenia przez Sąd I instancji art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej oceny zebranego materiału dowodowego w taki sposób, że doprowadziło to ten Sąd do wadliwego uznania, iż strona powodowa nie wywiązała się z obowiązku udowodnienia faktu iż do martwicy moczowodu u L. D. (1) doszło na skutek tzw. błędu medycznego a w konsekwencji do błędnego przyjęcia, że pozwany nie ponosi odpowiedzialności za wystąpienie u L. D. (1) rozstroju zdrowia w tym zakresie.

W orzecznictwie przyjmuje się, że ramy swobodnej oceny dowodów muszą być określone wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego, regułami logicznego myślenia oraz pewnego poziomu świadomości prawnej, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i wając ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego (tak np.: uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 1980r., II URN, OSNC 1980 nr 10 poz.200).

W realiach niniejszej sprawy, o ile nie budzi zastrzeżeń sposób przeprowadzenia postępowania dowodowego w sprawie, o tyle ocena dowodów została dokonana przez Sąd Okręgowy w sposób dowolny, co przejawiało się w szczególności w nieuzasadnionym jej ograniczeniu jedynie do części zgromadzonego w sprawie materiału procesowego. Pominięcie przy tej ocenie jego istotnej części, odbiera tej ocenie walor wszechstronności i komplementarności, a tym samym samoistnie świadczy o naruszeniu reguł określonych w art. 233 § 1 k.p.c. Zgodzić należy się w konsekwencji należy ze stanowiskiem apelującej, że ocena dowodów przeprowadzona przez Sąd Okręgowy nie jest oceną swobodną, lecz dowolną, dokonaną wbrew zasadom prawidłowego rozumowania, wiedzy i doświadczenia życiowego. Sąd Okręgowy dokonując oceny zasadności tej części roszczenia strony powodowej, która wiązana była z wystąpieniem u L. D. (1) martwicy moczowodu w czasie jego hospitalizacji związanej z operacją usunięcia nowotworu, nie uwzględnił treści wszystkich wydanych w sprawie opinii biegłych. Sąd Okręgowy w zakresie związku operacji onkologicznej z wystąpieniem u L. D. (1) martwicy moczowodu skupił się wyłącznie na kwestii braku popełnienia błędu manualnego – mechanicznego uszkodzenia moczowodu - w trakcie zabiegu operacyjnego przeprowadzonego u L. D. (1) w dniu 10 grudnia 2012 r. i dodatkowo zagadnieniu wpływu na tą martwicę odczynu popromiennego całkowicie pomijając wnioski opinii biegłych z zakresu radiologii, a w szczególności chorób zakaźnych i epidemiologii, który wskazał, że istotnie prawdopodobną przyczyną martwicy moczowodu był rozwój w operowanym miejscu enterokoków kałowych.

Po przeanalizowaniu dostępnego materiału dowodowego oraz zarzutów apelacji Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania – odmiennie niż Sąd I instancji - że strona powodowa wykazała, iż pozwany szpital ponosi odpowiedzialność nie tylko za samo zakażenie L. D. (1) dwoma różnymi patogenami bakteryjnymi, ale nadto ponosi odpowiedzialność za rozstrój zdrowia L. D. (1) polegający na wystąpieniu u niego martwicy moczowodu, która skutkowałą koniecznością przeprowadzenia kolejnego zabiegu podczas którego usunięto L. D. (1) lewą nerkę.

Przed przystąpieniem do omówienia tego zagadnienia należało przypomnieć, iż odpowiedzialność pozwanego Szpitala jest oparta na zasadzie odpowiedzialności deliktowej z art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., stąd powódka zgodnie z art. 6 k.c. była obowiązana wykazać wszystkie jej przesłanki. Na powódce spoczywał zatem w szczególności ciężar wykazania, iż do rozstroju zdrowia L. D. (1) polegającego na wystąpieniu u niego martwicy moczowodu, która skutkowałą koniecznością przeprowadzenia kolejnego zabiegu podczas którego usunięto L. D. (1) lewą nerkę doszło podczas leczenia w pozwanej placówce służby zdrowia wskutek popełnionych zaniedbań bądź ewentualnie w wyniku tzw. "winy organizacyjnej" - niezapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lipca 1998 r., I CKN 786/97, PiM 1999/3/133; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 czerwca 1992 r., I ACr 254/92, OSA 1993/3/21).

Według koncepcji winy, przyjętej w kodeksie cywilnym, łączy ona w sobie element obiektywny z subiektywnym. Pierwszy z nich oznacza niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania, czyli każde zachowanie niewłaściwe, a więc niezgodne z przepisami prawa bądź naruszające obowiązujące reguły wynikające z zasad wiedzy medycznej i doświadczenia zawodowego bądź sprzecznego z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia. Element subiektywny winy wyraża się w nastawieniu psychicznym sprawcy szkody przejawiającym się w postaci umyślności lub nieumyślności. W zakresie dotyczącym techniki medycznej może ona wyrażać się w niewiedzy lekarza czy personelu medycznego, nieostrożności w postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie, polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Nie może przecież ulegać wątpliwości, iż obowiązkiem lekarza i całego personelu placówki medycznej jest dołożenie należytej staranności w leczeniu pacjenta, z uwzględnieniem cech każdego indywidualnego przypadku. Podstawowym obowiązkiem zakładu leczniczego jest zapewnienie odpowiedniego standardu świadczonych usług, a oprócz umiejętności i biegłości zawodowej także troski o chorego i staranności. Wina organizacyjna zakładu leczniczego może się więc przejawiać w zaniedbaniach w zakresie organizacji, bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym. Bez znaczenia jest przy tym, który z pracowników szpitala dopuścił się niedbalstwa, gdyż przyjmowana jest w takim wypadku reguła winy anonimowej. Brak należytej staranności personelu pacjent musi udowodnić. Ustalenia w tym zakresie mogą być oparte na notoryjności (art. 228 k.p.c.), przyznaniu (art. 229, 230 k.p.c.) lub domniemaniu faktycznym (art. 231 k.p.c.).

W niniejszej sprawie uwzględnić należało jej specyfikę, przejawiająca się w tym, iż należy ona do kategorii tzw. procesów medycznych. Tymczasem w orzecznictwie i doktrynie wyrażane jest zapatrywanie, że ustalenie przyczyny utraty lub pogorszenia zdrowia nie jest z reguły możliwe w sposób absolutnie pewny i dlatego wystarczy określenie z wysoką dozą prawdopodobieństwa istnienia takiego związku (zob. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA 1970/7-8, z dnia 4 listopada 2005 r., V CK 182/05, LEX nr 180901; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 17 stycznia 2006 r., I ACa 1983/04, LEX 186503). Dopuszczalne jest zatem ustalenie tego faktu na podstawie dowodów pośrednich, o ile zachodzi wysokie prawdopodobieństwo jego zajścia (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 21 marca 1997 r., I ACa 107/97, Wokanda 1998/7/34).

W tego rodzaju sprawach szczególnego znaczenia nabiera instytucja domniemania faktycznego przewidziana w art. 231 k.p.c. Nie wdając się szerzej w rozważania natury teoretycznej wyjaśnić jedynie w tym kontekście należy, iż możliwość skorzystania z tego rodzaju domniemania aktualizuje się wówczas, gdy ustalenie niewątpliwych faktów daje podstawę do przeprowadzenia rozumowania oceniającego, czy stopień prawdopodobieństwa zaistnienia faktu będącego skutkiem domniemania jest tak duży, jak duży jest stopień prawdopodobieństwa, że nie zachodziły okoliczności wykluczające zaistnienie tego faktu (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2005 r., I CK 114/05, LEX nr 187000).

Kontynuując wywód Sąd Apelacyjny ponownie akcentuje, iż w tzw. medycznych procesach odszkodowawczych sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, poprzestać na ustaleniu odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa pomiędzy działaniem (zaniechaniem) sprawcy a powstałą szkodą (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 23 października 2002 r., II CKN 1185/00, z dnia 24 maja 2005 r., V CSK 654/04, z dnia 26 listopada 1998 r., III CKN 4/98, z dnia 17 października 2007 r., II CSK 285/07, z dnia 17 listopada 2010 r., CSK 467/10, z dnia 4 kwietnia 2012 r., CSK 402/11, czy z dnia 8 maja 2014 r., V CSK 353/13, LEX nr 1466586). Związek przyczynowy między zachowaniem pozwanego a szkodą, w postaci pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, nie musi być zatem ustalony w sposób pewny, wystarczy wysoki stopień prawdopodobieństwa istnienia takiego związku, a w przypadku wielości możliwych przyczyn - przeważające prawdopodobieństwo związku przyczynowego szkody z jedną z tych przyczyn.

W judykaturze prezentowany jest nadto pogląd, że w procesach odszkodowawczych - lekarskich, nie wymaga się, aby związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy wadliwym zastosowaniem określonej procedury medycznej a szkodą miał charakter bezpośredni. I tak w orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 1946 r. przyjęto, że do pomyślenia jest związek przyczynowy między szkodą a zdarzeniem, jeżeli zdarzenie to pośrednio stworzyło warunki przychylne albo ułatwiło powstanie zdarzenia innego lub nawet szeregu innych zdarzeń, z których ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody (PiP 1946, nr 7, s. 114). Podobne stanowisko zajął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 21 czerwca 1976 r., IV CR 193/76, (OSPİKA 1977, z. 6, poz. 106).

Przenosząc powyższe uwagi do realiów niniejszej sprawy należało stwierdzić, iż rolą powódki było wykazanie istnienia takich okoliczności, w świetle których można przyjąć, że zachodzi dostatecznie wysoki (wystarczająco wysoki, wysoki, graniczący z pewnością, jak różnie ujmuje się to w kolejnych judykatach) stopień prawdopodobieństwa takiego związku przyczynowego pomiędzy wystąpieniem u L. D. (1) martwicy moczowodu (skutkującej koniecznością usunięcia u niego lewej nerki w dniu 24 grudnia 2012 r.), a pobytem przez niego w pozwanym szpitalu w związku z poddaniem się przez niego operacji usunięcia nowotworu w dniu 10 grudnia 2012 r., co kwestionował pozwany szpital. Natomiast „obrona” przez stronę przeciwną polega w takim przypadku na osłabianiu wspomnianego prawdopodobieństwa - przede wszystkim przez dowodzenie, że zaistniały inne prawdopodobne przyczyny infekcji, względnie, że konkretne warunki w jakich - według twierdzeń poszkodowanego - doszło do powstania martwicy moczowodu, wykluczały taką możliwość (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 lutego 1998 r., II CKN 625/97, PiM 1999/3/130, poz. LEX nr 50227).

Po dogłębnej i szczegółowej analizie całokształtu materiału dowodowego zgromadzonego w przedmiotowej sprawie, konfrontując ten materiał również z twierdzeniami podniesionymi w apelacji przez powódkę, Sąd odwoławczy - odmiennie niż Sąd I instancji - doszedł do przekonania, że taki związek przyczynowy wystąpienia u L. D. (1) martwicy moczowodu (skutkującej koniecznością usunięcia u niego lewej nerki w dniu 24 grudnia 2012 r.) z zawinionym i bezprawnym działaniem pozwanego Szpitala został wykazany z dostatecznie wysokim stopniem prawdopodobieństwa.

Z uzasadnienia zaskarżonego wyroku wynika, że w kwestii ustalenia przyczyn zdiagnozowanej u L. D. (1) martwicy moczowodu, oraz istnienia ewentualnego związku przyczynowego pomiędzy powstaniem tej martwicy, która skutkowałą koniecznością przeprowadzenia kolejnego zabiegu, podczas którego usunięto L. D. (1) lewą nerkę, a działaniem pozwanego szpitala Sąd Okręgowy oparł się - pomimo formalnego odwołania się do wszystkich sporządzonych w sprawie opinii - wyłącznie na opiniach biegłych z zakresu urologii i onkologii. Kierując się wnioskami tychże opinii Sąd Okręgowy przyjął, że strona powodowa nie wykazała, że podczas operacji onkologicznej doszło do popełnienia błędu manualnego - mechanicznego uszkodzenia moczowodu skutkującego powstaniem martwicy moczowodu.

O ile faktycznie biegli z zakresu urologii oraz ortopedii nie znaleźli podstaw do stwierdzenia, że do martwicy moczowodu mogło dojść z uwagi na błąd medyczny polegający na mechanicznym uszkodzeniu moczowodu podczas operacji, którą wykonano u L. D. (1) w dniu 10 grudnia 2012 r., o tyle w analizowanym przypadku należało mieć na uwadze, że w sprawie został nadto przeprowadzony dowód z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii lek. med. W. G., który w sporządzonych przez siebie opiniach z dnia 30 czerwca 2018 r. z dnia 19

listopada 2018 r. oraz z dnia 9 lutego 2019 r., a także ustnej opinii uzupełniającej z dnia 17 grudnia 2019 r. wskazał, że w analizowanym przypadku istnieje podstawa do przyjęcia, że wystąpienie powikłania w postaci martwicy moczowodu pozostaje w związku z zakażeniem L. D. (1) enterokokami kałowymi podczas operacji usunięcia nowotworu odbytnicy. Uzasadniając ten wniosek biegły wskazał, że w dniu 24 grudnia 2012 r. pobrano od L. D. (1) wymaz z rany operacyjnej, z którego w warunkach tlenowych wyhodowano paciorkowce Gram-dodatnie, rodzaju - *Enterococcus faecalis*, klasyfikowane dawniej jako paciorkowce kałowe - *Streptococcus faecalis* (grupa „D”), których siedliskiem u człowieka jest głównie przewód pokarmowy. Po przeanalizowaniu przebiegu leczenia L. D. (1), tak w aspekcie klinicznym jak i epidemiologicznym biegły doszedł do przekonania, iż nie można wykluczyć, że przedmiotowe zakażenie enterokokami kałowymi miejsca operowanego mogło być przyczyną zasadniczą odcinkowej martwicy lewego moczowodu. Biegły wskazał przy tym, że paciorkowce z grupy D, do której należy *Enterococcus faecalis* są zdolne do lizy komórek, a także posiadają zdolność do powodowania stanów ropnych z martwicą tkanek. Można więc uznać, że są zdolne do powodowania tego rodzaju zmian miejscowych w tkankach, które wystąpiły w obrębie lewego moczowodu L. D. (1). Zdaniem biegłego potwierdzona dodatnim posiewem obecność enterokoków w miejscu przeprowadzonej operacji bardziej przemawia za powstaniem martwicy moczowodu w wyniku zakażenia, niż o wiele mniej uchwytne powody jatrogenne.

Sąd Okręgowy w uzasadnieniu wyroku w żaden sposób nie odniósł się do wniosków tej opinii skupiając się - w zakresie związku operacji onkologicznej z wystąpieniem u L. D. (1) martwicy moczowodu - wyłącznie na kwestii braku popełnienia błędu manualnego (mechanicznego uszkodzenia moczowodu) w jej trakcie, powodującego samodzielnie wystąpienie martwicy moczowodu.

Z całokształtu wydanych w sprawie opinii biegłych wynika jednoznacznie, że mechanizm powstawania martwicy moczowodu u L. D. (1) mógł być bardzo złożony i nie ograniczał się on – jak zasadniczo akcentował Sąd I instancji – do kwestii uszkodzenia moczowodu w trakcie zabiegu operacyjnego, czy skutków przeprowadzonej u pacjenta radioterapii. Specyfika przedmiotowej sprawy przejawiała się w tym, że w opiniach biegłych rozważane były różne przyczyny powstałego u L. D. (1) powikłania. Wymagało to szczegółowego przeanalizowania poszczególnych opinii z punktu widzenia oceny, które z tych przyczyn – z punktu widzenia przedstawionego całokształtu wiedzy specjalnej – zostały wykluczone, które zaś pozostawać mogły – z wysokim prawdopodobieństwem – w adekwatnym związku przyczynowym z zaistniałym powikłaniem, wyłączając tym samym – jako tego rodzaju przyczynę – czynniki jatrogenne.

Biegły z zakresu chirurgii onkologicznej dr n.med. P. Ł. w opinii z dnia 20 listopada 2014 r. wskazał, że bezpośrednią przyczyną tego typu powikłania może być zarówno mechaniczne uszkodzenie, jak również, że pośrednią przyczynę mogła stanowić przedoperacyjna radioterapia, która powoduje uszkodzenie nie tylko tkanek nowotworowych, ale również okolicznych tkanek zdrowych. W opinii uzupełniającej z dnia 30 maja 2015 r. biegły ten dodatkowo podał, że powikłania w postaci uszkodzenia lub martwicy moczowodu obserwowane są wyjątkowo rzadko, najczęściej wtedy gdy nałożą się na siebie różne przyczyny. Biegły ten podał przy tym, że najprawdopodobniej zaistniały jednocześnie niekorzystne czynniki takie jak uszkodzenie po radioterapii, otyłość, zaburzenia ukrwienia tkanek wywołane miażdżycą oraz niszczenie tkanek przez naciekający nowotwór.

Wbrew treści apelacji, opinia tego biegłego nie potwierdza forsowanych przez powódkę wniosków. Twierdzenie z opinii głównej sporządzonej przez tego biegłego, że do uszkodzenia moczowodu mogło dojść w trakcie operacji wykonanej w dniu 11 grudnia 2013 r., ma charakter spekulatywny, o czym świadczy cytowany w apelacji zwrot „mogło być”. Nie stwarza ono, w kontekście jednoznacznej treści opinii uzupełniającej z dnia 30 maja 2015 r., wystarczających podstaw do przyjęcia, że do popełnienia błędu w trakcie operacji doszło.

Biegły z zakresu urologii dr med. J. A. w opinii głównej z dnia 20 marca 2015 r. oraz uzupełniającej z dnia 28 lipca 2015 r., a także ustnej opinii uzupełniającej z dnia 13 maja 2016 r., także wykluczył możliwość wystąpienia błędu polegającego na przecięciu, czy też nacięciu w czasie operacji w dniu 11 grudnia 2012 r. moczowodu lewego prowadzącego do jego martwicy. Wskazał on, że mechaniczne uszkodzenie moczowodu nie mogłoby doprowadzić do jego martwicy, gdyż nie powoduje ono samo w sobie rozległego niedokrwienia moczowodu. Biegły ten uznał, że

przyczyną martwicy mogło być niedokrwienie moczowodu w następstwie odczynu popromiennego. Wbrew przy tym apelacji, biegły ten logicznie wyjaśnił, dlaczego wykluczył tego rodzaju błąd w czasie zabiegu już w opinii głównej: skoro bowiem miałyby on polegać na spowodowaniu w trakcie operacji utraty szczelności moczowodu, to gdyby do tego doszło, to nieszczelność taka ujawniłaby się już w trakcie zabiegu lub bezpośrednio po nim. W kontekście tej opinii zauważyć należy i to, że biegły A. nie rozważył jako czynnika sprawczego, zakażenia L. D. (1) enterokokami kałowymi, wskazując wyłącznie na zakażenie gronkowcem w trakcie drugiego zabiegu, co dla ustalenia etiologii powstania przedmiotowego powikłania pozostaje oczywiście obojętne.

Istnienie czynnika sprawczego w postaci odczynu popromiennego, co sugerowali ww. biegli, zdyskredytował biegły radiolog, którego stanowiska – jako osoby dysponująca specjalistyczną wiedzą w zakresie oceny skutków stosowania radioterapii – Sąd Okręgowy z niezrozumiałych przyczyn zupełnie nie uwzględnił. Biegły z zakresu radioterapii onkologicznej prof. dr hab. n.med. P. M. w opinii głównej z dnia 30 stycznia 2018 r. wskazał wprost, że schemat leczenia w przypadku L. D. (1) był prawidłowy. Przewidziana i zaplanowana dawka oraz napromieniana objętość była zgodna z obecnym stanem wiedzy. Biegły ten jednocześnie zauważył, że w przypadku L. D. (1) samodzielnie radioterapia w zastosowanych dawkach nie byłaby w stanie sama wywołać martwicy popromiennej, a jedynie mogła w jakimś stopniu zwiększyć ryzyko takiego powikłania z innych przyczyn. Biegły ten podał, że zakładając, że martwica nastąpiła tylko po jednej stronie (w jednym moczowodzie) to można pośrednio stwierdzić, że inne czynniki musiały spowodować ten stan rzeczy, czyli były decydujące. Biegły w tym zakresie wskazał, że istnieje szereg stanów klinicznych, które mogą nasilić ryzyko powikłań po leczeniu operacyjnym jak cukrzyca, miażdżyca, radioterapia i szereg innych dotychczas nieujawnionych czynników molekularno-genetycznych.

O ile z opinii biegłych: urologa, onkologa oraz radiologa wynikało w konsekwencji, że w przypadku L. D. (1) radioterapia w zastosowanych dawkach nie byłaby w stanie sama wywołać martwicy popromiennej, jak również takiej martwicy nie mogłoby wywołać samodzielnie samo mechaniczne uszkodzenie moczowodu podczas operacji, to jednocześnie należało mieć na uwadze, że w analizowanym przypadku wystąpił dodatkowy nieuwzględniony przez tych biegłych czynnik, który niewątpliwie wywoływać mógł ryzyko wystąpienia powikłań po leczeniu operacyjnym. W analizowanym przypadku, w związku z leczeniem operacyjnym, doszło bowiem do zakażenia miejsca operacyjnego patogenami bakteryjnymi. Biorąc zatem nawet pod uwagę, że sama w sobie radioterapia czy nacięcie moczowodu nie doprowadziłyby jeszcze do martwicy moczowodu, to ewentualne osłabienie tkanki czy to po radioterapii, czy też w następstwie niewielkiego choćby naruszenia jej struktury w trakcie operacji, w powiązaniu z działaniem bakterii enterokoka kałowego, do takiej martwicy doprowadzić już mogło i wysokim stopniem doprowadziło, co wynikało z niepodważonej skutecznie opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych. Z niekwestionowanego w tym zakresie materiału procesowego wynika bowiem, że pole operacyjne miało charakter wysoce kolizyjny z tą częścią ciała pacjenta. Narażona była ona zatem na uszkodzenia, które nie musiały polegać na przecięciu, czy też nacięciu moczowodu, ale mogły przejawiać się w minimalnym naruszeniu integralności powłoki tego organu. W tym kontekście rozważeniu podlegała zasadnicza dla kierunku rozstrzygnięcia analizowanego zagadnienia kwestia, a mianowicie czy z punktu widzenia ujawnionej w procesie wiedzy specjalnej, zaistniały przyczyny związane z procesem samego leczenia przyczyny, które mogły pozostawać w wysoce prawdopodobnym związku przyczynowym ze skutkiem w postaci martwicy moczowodu. Pomocne jest w tym zakresie wnioskowanie o tym, czy bez takich przyczyn (a zatem z przyczyn wyłącznie jatrogennych) z równie wysokim prawdopodobieństwem skutek taki by nastąpił

Uwzględniając zgromadzony w sprawie materiał dowodowy należało przyjąć, że do zakażenia L. D. (1) bakterią *Enterococcus faecalis*, klasyfikowaną dawniej jako paciorkowiec kałowy - *Streptococcus faecalis* (grupa „D”) doszło w trakcie pobytu powoda w pozwanym szpitalu w związku z poddaniem pacjenta zabiegowi operacyjnemu nowotworowego guza złośliwego odbytnicy oraz niedochowaniem należytej procedury okołoperacyjnej. Opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych stwierdza z przeważającym prawdopodobieństwem wskazuje, iż do zakażenia bakterią doszło w trakcie hospitalizacji powoda w wyniku operacji zasadniczej, tj. usunięcia guza odbytnicy i wyłonienia stomii jelitowej. Biegły ten wskazał wprawdzie, że z uwagi na brak kompletu dokumentacji medycznej, brak jest możliwości jednoznacznego ustalenia początku pojawienia się stanu zapalnego. Jednocześnie podał jednak, że z epidemiologicznego punktu widzenia bardzo istotnym faktem jest to, że już w dniu 24 grudnia 2012 r. tj. w trakcie

operacji naprawczej, pobrano od pacjenta wymaz do badania mikrobiologicznego, który okazał się dodatni, bowiem wyhodowano z niego paciorkowce kałowe. Biegły wskazał przy tym, że w praktyce niemal regułą jest, że badania mikrobiologiczne wykonuje się z określonych wskazań lekarskich. Dalej podał, że w leczeniu operacyjnym, posiewy mikrobiologiczne wykonuje się głównie w okresie po wykonanym zabiegu, w celu zidentyfikowania patogenu, który by przyczyną wystąpienia powikłań zapalnych oraz określenia wrażliwości tego patogenu na antybiotyki, bowiem pozwala to na racjonalne i skuteczne leczenie powikłań infekcyjnych. Z tych względów do pobierania przedmiotowych wymazów dochodzi najczęściej dopiero po wykonanych operacjach i po pojawieniu się objawów klinicznych zapalenia albo przynajmniej po wystąpieniu sygnałów prodromalnych przemawiających za możliwością rozwoju zakażenia. Biegły wskazał dalej, że jest to postępowanie naturalne, bowiem objawy kliniczne zakażenia pojawiają się po zabiegach w różnie długim i zależnym od wielu czynników czasie. Biegły zasignalizował przy tym, że czas ten jest niezbędny do namnożenia się patogenów, które z kolei z różnych powodów i tylko w pewnym procencie wykonanych zabiegów przenikają, najczęściej w małych ilościach (m.in. z uwagi na stosowanie procedur sanitarno-higienicznych i przeciwepidemicznych) do wcześniej jałowych tkanek miejsca operacji. Biegły wskazał, że uwzględniając okoliczności i czas ujawnienia zakażenia enterokokami można z dużym prawdopodobieństwem domniemywać, że w pozwanym szpitalu musiały zaistnieć jakieś przesłanki, wskazujące na zasadność pobrania materiału biologicznego do badań mikrobiologicznych już w trakcie drugiego zabiegu przeprowadzonego u L. D. (1) w dniu 24 grudnia 2012 r.

Zdaniem biegłego przebieg leczenia oraz wynik wykonanego u L. D. (1) w dniu 24 grudnia 2012 r. badania mikrobiologicznego przemawiają z medycznego punktu widzenia za przyjęciem, że do zakażenia enterokokami kałowymi doszło w wyniku operacji zasadniczej, tj. usunięcia guza odbytnicy i wyłonienia stomii jelitowej.

Biegły nadmienił przy tym dodatkowo, że wyhodowane na pożywkach kolonie enterokoków kałowych, które pochodziły z wymazu pobranego w czasie drugiej operacji (w dniu 24 grudnia 2012 r.) oceniono na dwa plusy, co odpowiada w diagnostyce mikrobiologicznej dość zaawansowanemu wzrostowi kolonii bakteryjnych. Biegły wykluczając jakieś zupełnie niecodzienne okoliczności tak stosunkowo intensywnego zakażenia, do którego - jak się wskazał - raczej nie doszło w wyniku przeprowadzonego w dniu 24 grudnia 2012 r. zabiegu chirurgicznego, zauważył przy tym, że od dnia operacji zasadniczej zaistniał wystarczająco długi okres na rozwój zakażenia (13 dni) i namnożenie się enterokoków kałowych, które są bakteriami komensalnymi dla człowieka, to znaczy, że stają się szkodliwymi patogenami dopiero wtedy, kiedy znajdują się poza przewodem pokarmowym i przenikną albo zostaną przeniesione np. w czasie operacji do tkanek ciała ludzkiego. Biegły wskazał, że z uwagi na to, iż w posiewach nie było pojedynczych kolonii bakteryjnych można uznać, że analizowany wynik posiewu nie jest charakterystyczny dla początkowej fazy zakażenia, tylko dla co najmniej w pewnym stopniu zaawansowanej fazy zakażenia, która może trwać kilkadziesiąt godzin albo kilka-kilkanaście dni.

W tym kontekście stwierdzić należy, że na fakt zakażenia L. D. (1) enterokokami kałowymi w pozwanym szpitalu wskazuje z wysokim stopniem prawdopodobieństwa korelacja czasowa pomiędzy wykonanym u niego zabiegiem usunięcia nowotworu odbytnicy i wyłonienia stomii jelitowej, a ujawnieniem zakażenia enterokokami kałowymi. W świetle zebranego w sprawie materiału dowodowego brak jest uzasadnionych podstaw do przyjęcia, że zakażenie L. D. (1) enterokokami kałowymi ujawnione podczas jego pobytu w pozwanym szpitalu w związku z dokonanym w dniu 24 grudnia 2012 r. wymazem z miejsca operowanego pozostawało w normalnym związku przyczynowym z jakąkolwiek inną okolicznością, niż nie dołożenie przez jego pracowników należytej staranności w trakcie jego leczenia w pozwanym szpitalu.

Okoliczności te przemawiają w ocenie Sądu Apelacyjnego za uznaniem, że L. D. (1) został zakażony enterokokami kałowymi w pozwanym szpitalu w trakcie pierwszego zabiegu operacyjnego.

Zgodnie z przyjętym w orzecznictwie i doktrynie poglądem, zakład leczniczy jest zobowiązany do dołożenia należytej staranności w celu ochrony pacjentów przed niebezpieczeństwem zakażenia chorobą zakaźną (art. 355 k.c.). Jeżeli naruszenie tego obowiązku powoduje zwiększenie ryzyka infekcji i z tym właśnie ryzykiem łączy się choroba zakaźna pacjenta, zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za doznaną przez pacjenta szkodę, chyba że przeprowadzi dowód, iż szkoda ta jest następstwem innych okoliczności. Jedną z podstawowych reguł należytej staranności

przy wykonywaniu zabiegów medycznych jest podjęcie wszelkich możliwych działań zmierzających do zapewnienia optymalnego stanu sanitarnego. Miernikiem właściwego zachowania odpowiedzialnego jest kryterium należytej staranności, podwyższone w stosunku do podmiotów profesjonalnych (art. 355 § 2 k.c.). W procesie leczenia należyta staranność to przede wszystkim takie wykonywanie zabiegów medycznych, które eliminuje możliwość zakażenia innymi chorobami. Jeżeli w wyniku zabiegu szpitalnego dochodzi do zakażenia pacjenta, to świadczy to, że tego rodzaju działania nie zostały podjęte lub nie towarzyszyła im należyta staranność ze strony członków personelu medycznego.

Co do zasady fakt zakażenia świadczy o nie przestrzeganiu przez pozwaną placówkę medyczną podstawowych zasad przeciwdziałania zakażeniom, do czego zobowiązana jest przepisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 z późn. zm.). Takie zaś działanie pozwanego Szpitala należy uznać za bezprawne i zawinione (uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 10 czerwca 2014 r., I ACa 1570/13, LEX nr 1477198).

Nie ulega wątpliwości, że placówka medyczna winna tak zorganizować swą pracę, by zminimalizować ryzyko zakażenia pacjentów. Obowiązek ten wynika z przepisu art. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2013 roku, poz. 947). Zgodnie z tym przepisem, na kierownikach podmiotów leczniczych oraz innych osobach udzielających świadczeń zdrowotnych ciąży obowiązek podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Działania te obejmują w szczególności: ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych; monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń; opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych; stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych; wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej; prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

Niezależnie jednak od cytowanej normy, obowiązek zapewnienia pacjentom bezpiecznych warunków w trakcie hospitalizacji bądź korzystania z usług medycznych wynika również z podstawowych zasad etycznych. Zgodnie z przyjętym w orzecznictwie i doktrynie poglądem, zakład leczniczy jest zobowiązany do dołożenia należytej staranności w celu ochrony pacjentów przed niebezpieczeństwem zakażenia chorobą zakaźną czy bakterią. Jeżeli naruszenie tego obowiązku powoduje zwiększenie ryzyka infekcji i z tym właśnie ryzykiem łączy się choroba pacjenta, zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za doznaną przez pacjenta szkodę, chyba że przeprowadzi dowód, że szkoda ta jest następstwem innych okoliczności. Konieczność zachowania należytej staranności to między innymi obowiązek szczególnej troski o sprzęt operacyjny, tak by jego użycie nie zagrażało ani życiu ani zdrowiu pacjentów (por. wyrok SN z dnia 11 maja 1983 r., IVCR 118/83, OSNCP Nr 12/1983 poz. 201).

W przedmiotowej sprawie nie ma podstaw do przyjęcia, że zakażenie L. D. (1) podczas pobytu w wyżej pozwanym szpitalu pozostawało w normalnym związku przyczynowym z jakąkolwiek inną okolicznością, niż nie dołożenie przez pracowników tej placówki służby zdrowia należytej staranności. Sąd Apelacyjny miał przy tym na względzie to, że zarówno pozwany, jak i biegli wskazywali na możliwość wpływu na stan zdrowia pacjenta czynników jatrogennych, czy też związanych z indywidualnymi właściwościami pacjenta. Godzi się wszakże zauważyć, że w sytuacji ustalenia wysokiego prawdopodobieństwa wystąpienia czynnika sprawczego wskazującego na nieprawidłowości procesu leczenia pacjenta, nie jest możliwe logiczne wnioskowanie, że czynnik taki pozostawał dla stanu zdrowia pacjenta obojętnym i odwołanie do przyczyn, w zakresie których ocena ich wpływu na jego stan zdrowia ma charakter spekulatywny, a u podstaw ich uwzględnienia legło założenie o niemożliwości wskazania innych empirycznie weryfikowalnych czynników.

Sąd Apelacyjny zwrócił przy tym uwagę, że przy przyjęciu do szpitala, L. D. (1) został zaliczony do pierwszej grupy, jeśli chodzi o ryzyko zakażenia. Podkreślić w tym miejscu zatem należy, że już przy samym przyjęciu do szpitala pacjenta obciążonego z racji wywiadu chorobowego zwiększonym ryzykiem zakażenia szpitalnego, na pozwanym

spoczywał obowiązek zachowania wzmoczonej czujności przy monitorowaniu czynników mogących w jakikolwiek sposób mieć wpływ na zdrowie pacjenta. Z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii wynika jednoznacznie, iż stan wzmoczonego ryzyka u pacjenta jedynie usposabia do występowania septycznych powikłań, nie może jednak usprawiedliwiać wystąpienia stanu zapalnego, najczęściej ropnego, bowiem warunkiem niezbędnym do wystąpienia zakażenia operacyjnego jest translokacja do pola operacyjnego biologicznego i niepożądanego czynnika chorobotwórczego. Fakt zakażenia L. D. (1) bakterią *Enterococcus faecalis* świadczy zatem o nie przestrzeganiu przez placówkę medyczną podstawowych zasad przeciwdziałania zakażeniom i takie zaś działanie pozwanego szpitala należy uznać za bezprawne i zawinione. Zakażenie to było z kolei przyczyną komplikacji związanych z wystąpieniem u L. D. (1) martwicy moczowodu.

Z uwagi na przytoczone wyżej okoliczności roszczenia powódki z tytułu wystąpienia u L. D. (1) rozstroju zdrowia w postaci martwicy moczowodu skutkującej ostatecznie koniecznością usunięcia u niego lewej nerki, uznać należało co do zasady za uzasadnione. W świetle opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii nie ulega bowiem wątpliwości, że w niniejszej sprawie zachodzi wystarczający związek przyczynowy pomiędzy zawinionym zaniechaniem pracowników pozwanej placówki służby zdrowia, które doprowadziło do zakażenia L. D. (1) enterokokami kałowymi podczas hospitalizacji w pozwanym szpitalu, a wynikiem z zakażenia tymi bakteriami rozstrojem zdrowia w postaci martwicy moczowodu skutkującej ostatecznie usunięciem lewej nerki.

Biorąc przy tym pod uwagę zakres wiedzy specjalistycznej biegłego, sposób motywowania sformułowanego stanowiska, stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, logikę wywodu i przejrzystość wyjaśnienia zagadnienia wymagającego wiadomości specjalnych Sąd Apelacyjny uznał opinię biegłego G. za rzetelną i w pełni przydatną dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy. Wbrew pozwanemu (vide: pismo procesowe z dnia 26 czerwca 2019 r.), wniosków wynikających z tej opinii nie mogło niweczyć stanowisko lek. B. Ł., instytucjonalnie związanej z pozwanym szpitalem Z punktu widzenia procesowego miało ono walor wyłącznie twierdzenia faktycznego strony P. nadania temu stanowisku waloru równoważnego do opinii biegłego sądowego dowodu i konstruowanie w oparciu o taką równoważność wniosku o powołanie biegłego - arbitra, mającego ocenić poprawność tak opinii biegłego jak i twierdzeń pozwanego uzewnętrznionych w stanowisku B. Ł., była oczywiście nieskuteczna.

Na zakończenie tej części wywodu Sąd Apelacyjny zwraca uwagę, że strona powodowa w uzasadnieniu swojego roszczenia przede wszystkim powoływała się na możliwość popełnienia błędu manualnego podczas operacji skutkującego mechanicznym uszkodzeniem moczowodu, nie wskazywała natomiast na możliwość powiazania martwicy moczowodu dodatkowo z ewentualnym zakażeniem bakteriami patogennymi. Okoliczność ta nie powinna jednak mieć decydującego wpływu na kierunek rozstrzygnięcia. Strona powodowa niewątpliwie nie posiadała wiedzy medycznej pozwalającej jej samodzielnie dokonać ustalenia przyczyn wystąpienia martwicy moczowodu. Zatem fakt, że subiektywnie była przekonana o takiej przyczynie uszkodzenia moczowodu u L. D. (1), nie wykluczał możliwości dokonania ustalenia, że do rozstroju zdrowia L. D. (1) w tym zakresie doszło z zupełnie innej przyczyny, za którą odpowiedzialność ponosi pozwany szpital.

W związku z uznaniem przez Sąd Apelacyjny, że pozwany szpital ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą nie tylko za samo zakażenie L. D. (1) patogenami bakteryjnymi, ale nadto za rozstrój jego zdrowia wynikający z martwicy moczowodu skutkującej ostatecznie usunięciem lewej nerki, zaistniała potrzeba uchylecia zaskarżonego wyroku w tej części, w odniesieniu do roszczenia dochodzonego przez powódkę B. D. i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd I instancji.

Sąd Apelacyjny w tym miejscu wskazuje, że wprawdzie co do zasady, w systemie apelacji pełnej wszelkie nieprawidłowości dotyczące naruszeń prawa materialnego czy procesowego, poza wskazanymi w art. 386 § 2 i art. 386 § 4 k.p.c., powinny być załatwiane bezpośrednio w postępowaniu apelacyjnym. Jednak do nierozpoznania istoty sprawy dochodzi również w sytuacji, gdy sąd pierwszej instancji dokonał oceny prawnej roszczenia bez oparcia jej o właściwie ustaloną podstawę faktyczną i w sprawie zachodzi potrzeba poczynienia po raz pierwszy niezbędnych ustaleń faktycznych. Przenoszenie w takiej sytuacji procesowej ciężaru konstruowania podstawy faktycznej rozstrzygnięcia do sądu drugiej instancji wypaczałoby sens dwuinстанcyjnego postępowania sądowego

zagwarantowanego stronom w art. 176 ust. 1 Konstytucji (por. m.in. postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 20 lipca 2006 r., V CSK 140/06, niepubl., z dnia 5 grudnia 2012 r., I CZ 168/12, OSNC 2013, nr 5, poz. 68, z dnia 13 listopada 2014 r., V CZ 73/14, niepubl., z dnia 22 maja 2014 r., IV CZ 26/14, niepubl., z dnia 26 marca 2015 r., V CZ 7/15, niepubl., i z dnia 7 października 2015 r., I CZ 68/15, niepubl.).

Skoro - w ocenie Sądu Apelacyjnego - w analizowanym przypadku uznać należało odpowiedzialność pozwanego szpitala za szkodę w postaci rozstroju zdrowia L. D. (1) polegającego na wystąpieniu u niego martwicy moczowodu skutkującej ostatecznie koniecznością usunięcia lewej nerki, to Sąd ten byłby zobligowany dokonać, po raz pierwszy, wszystkich kluczowych dla rozstrzygnięcia sprawy ustaleń związanych z rozmiarem krzywdy związanej z tym rozstrojem zdrowia, wprost wpływających na wysokość należnego z tego tytułu zadośćuczynienia, czego strony nie mogłyby już kwestionować w ewentualnym postępowaniu kasacyjnym (art. 398³ § 3 i 398¹³ § 2 k.p.c.). Sąd pierwszej instancji przyjmując, że nie wykazano, iż do martwicy doszło w wyniku błędu medycznego, które to ustalenie zostało skutecznie zakwestionowane w postępowaniu apelacyjnym, nie zbadał w istocie materialnej podstawy żądań pozwu w zakresie zasadności roszczenia o zadośćuczynienie, co sam wprost w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku przyznał. W szczególności nie poczynił jakichkolwiek ustaleń faktycznych, w oparciu o które można byłoby ustalić, na czym polegała krzywda L. D. (1) w związku z błędem w leczeniu i jaki był jej rozmiar. W konsekwencji nie poddał tego roszczenia jakiegokolwiek materialnoprawnej ocenie z punktu widzenia treści art. 445 § 1 k.c. Uwzględniając, że wartość dochodzonego przez B. D. roszczenia w tym zakresie wynosi kwotę 126.666,67 zł. (156.666,67 zł. - 30.000 zł.), konieczne stało się rozstrzygnięcie jak w punkcie I sentencji, w oparciu o art. 386 § 4 k.p.c.

Sąd Apelacyjny wskazuje w tym miejscu, że współuczestnictwo powodów w niniejszej sprawie miało charakter współuczestnictwa formalnego, o którym mowa w art. 72 § 1 pkt 2 k.p.c. Wykluczało to możliwość rozpoznania sprawy z urzędu przez Sąd odwoławczy, także na rzecz powodów A. W. i J. D., którzy skutecznie wyroku Sądu I instancji nie zaskarżyli, w oparciu o dyspozycję art. 378 § 2 k.p.c. Przepis ten, stanowiący wyjątek od zasady dyspozycyjności oraz zasady związania granicami apelacji, może mieć bowiem zastosowanie wyłącznie w stosunku do takich współuczestników, których będące przedmiotem zaskarżenia prawa są wspólne. Zakres znaczeniowy tego przepisu odpowiada zatem definicji współuczestnictwa materialnego z art. 72 § 1 pkt 1 k.p.c., które w przypadku powodów niewątpliwie nie zachodziło.

Przy ponownym rozpoznaniu sprawy, przyjmując za punkt wyjścia istnienie odpowiedzialności pozwanego co do zasady w opisanym wyżej zakresie, czynności Sądu Okręgowego ukierunkowane być winny w pierwszej kolejności na poczynienie stanowczych ustaleń faktycznych, relewantnych dla określenia rozmiaru krzywdy L. D. (1), przede wszystkim w oparciu o już przeprowadzone w sprawie dowody. Mając na względzie prawo stron do przedstawienia - z uwagi na kierunek niniejszego rozstrzygnięcia - aktualnego stanowiska także co do ewentualnego zakresu postulowanego uzupełniającego postępowania dowodowego, pod rozważę Sądu I instancji poddać przy tym należy decyzję co do potrzeby zobowiązania ich do złożenia stosownych pism przygotowawczych, zawierających ewentualne wnioski dowodowe, z rygiorem pominięcia wniosków złożonych z uchybieniem terminu wyznaczonego do złożenia pisma. Nie można zatem a priori wykluczyć potrzeby uzupełnienia postępowania dowodowego. W dalszej kolejności aktualizować się będzie konieczność materialnej relatywizacji krzywdy L. D. (1) z punktu widzenia prawidłowo i wyczerpująco przedstawionych już przez Sąd Okręgowy przesłanek, przewidzianych w art. 445 § 1 k.c.

W pozostałym zakresie apelacja B. D. okazała się bezzasadna.

W kwestii wysokości zasądzanego na rzecz strony powodowej zadośćuczynienia związanego z samym faktem zakażenia L. D. (1) bakteriami zauważyć należy, iż powszechnie przyjmuje się, że wysokość zadośćuczynienia za krzywdę niemajątkową (art. 445 § 1 k.c.) pozostawiona jest sędziowskiemu uznaniu i stanowi atrybut sądu pierwszej instancji. Choć zarówno okoliczności wpływające na wysokość zadośćuczynienia jak i kryteria ich oceny muszą być uwzględniane indywidualnie tj. w związku z konkretną osobą poszkodowanego (np. jej młody wiek) i pomimo, że nie da się zadośćuczynienia ustalić z matematyczną dokładnością, sąd rozstrzygając o tym roszczeniu powinien oprzeć swoją ocenę nie na subiektywnych, lecz na obiektywnych, sprawdzonych w toku kontroli instancyjnej, kryteriach. Korygowanie przez sąd drugiej instancji zasądzanego zadośćuczynienia może mieć miejsce tylko wtedy, gdy przy

uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy jest ono niewspółmiernie nieodpowiednie, tj. albo rażąco wygórowane, albo rażąco niskie (por. wyroki Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 29.11.2011 r., I ACa 540/11, LEX nr 1095800 oraz z dnia 10.11.2009 r., I ACa 523/09, LEX nr 1163111, wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 12.12.2007 r., I ACa 552/07, LEX nr 1163320, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8.07.2005 r., II CK 771/04, LEX nr 603857, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18.11.2004 r., I CK 219/04, LEX nr 146356, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27.02.2004 r., V CK 282/03, LEX nr 183777). O postawieniu skutecznego zarzutu naruszenia art. 445 § 1 k.c. można mówić tylko wtedy, gdy dochodzi do dysonansu pomiędzy poprawnie sformułowanymi przesłankami w ujęciu ogólnym (uniwersalnym) a zindywidualizowanymi przesłankami, dotyczącymi konkretnej osoby pokrzywdzonej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7.07.2011 r., II CSK 682/10, LEX nr 951296).

W ocenie Sądu Apelacyjnego potrzeba takiej interwencji w niniejszej sprawie, w zakresie przyznanego skarżącej zadośćuczynienia w kwocie 10 000 zł (stanowiącej 1/3 sumarycznego zadośćuczynienia przyznanego z tego tytułu wszystkim spadkobiercom zmarłego L. D. (1)) związanego z samym faktem zakażenia bakteriami nie zaistniała.

O wysokości zadośćuczynienia w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia decyduje rozmiar doznanej krzywdy wyrażony stopniem cierpień fizycznych i psychicznych. Ze względu na niewymierny charakter krzywdy, oceniając jej rozmiar, bierze się pod uwagę całokształt okoliczności sprawy, w tym m.in.: czas trwania i intensywności cierpień fizycznych i psychicznych, nieodwracalność skutków urazu, rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, wiek poszkodowanego, poczucie nieprzydatności społecznej, stopień winy i postawę sprawcy oraz inne okoliczności podobnej natury. Zadośćuczynienie powinno uwzględniać nie tylko krzywdę istniejącą w chwili orzekania, ale również taką, którą poszkodowany będzie w przyszłości na pewno odczuwać oraz krzywdę dającą się z dużym prawdopodobieństwem przewidzieć. Długotrwałość cierpień i rodzaju skutków ma istotne znaczenie dla określenia wysokości zadośćuczynienia (tak: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 1975 roku, II CR 18/75, LEX nr 7669). Jednocześnie wysokość zadośćuczynienia powinna być utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, aczkolwiek z drugiej strony w żadnym razie nie powinna być symboliczna.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy, zdaniem Sądu Apelacyjnego zasadnie Sąd pierwszej instancji ustalił wysokość zadośćuczynienia należnego zmarłemu L. D. (1) na kwotę łączną 30.000 zł jako adekwatną dla kompensaty krzywdy niematerialnej, której doznał on w związku z samym faktem zakażenia go bakteriami. Sąd przedstawił swoją argumentację w sposób szczegółowy, wyjaśnił jakie względy nim kierowały, wziął pod uwagę zarówno rozmiar przeżytych cierpień związanych z bólem fizycznym, długotrwałość leczenia oraz trwałość skutków.

W ocenie Sądu Apelacyjnego słusznie Sąd pierwszej instancji uznał zgłoszone przez pierwotnego powoda roszczenia o zadośćuczynienie w kwocie 90.000 zł w związku z samym faktem zakażenia go bakteriami za wygórowane. Nie kwestionując rozmiaru doznanej przez L. D. (1) (szczegółowo przedstawionej w uzasadnieniu Sądu pierwszej instancji) krzywdy – Sąd Apelacyjny musi zauważyć, iż oczywistym jest, iż z punktu widzenia osoby poszkodowanej żadna kwota zadośćuczynienia nie jest zbyt wysoka, aby mogła zrekompensować doznaną krzywdę. Jednakże rolą sądów jest racjonalne wyważenie pomiędzy racjami obydwu stron procesu i ocena słuszności żądań osób poszkodowanych z uwzględnieniem zobiektywizowanej odpowiedzialności sprawców bądź podmiotów odpowiedzialnych za naprawienie szkody. Dlatego też w realiach niniejszej sprawy łączne zadośćuczynienie ustalone przez Sąd pierwszej instancji na kwotę 30.000 zł z tytułu skutków związanych z samym faktem zakażenia L. D. (1) bakteriami jest adekwatne dla skompensowania doznanej przez niego w tym zakresie krzywdy, uwzględniające zarówno kryteria obiektywne, jak i subiektywne przy ocenie tego rodzaju roszczenia.

Sąd Apelacyjny zwrócił przy tym uwagę, że faktycznie zakażenie rany pooperacyjnej gronkowcem złocistym spowodowało wydłużenie procesu jej gojenia u L. D. (1). Stan ropny i ropienie rany po nefrektomii (tj. operacji usunięcia nerki) utrzymywało się u chorego do połowy stycznia 2013 r. Jednocześnie w analizowanym przypadku należało mieć na uwadze, że zastosowana u L. D. (1) celowana antybiotykoterapia oraz leczenie miejscowe zakażonej rany przyniosły pożądany skutek, bowiem w dniu 16 stycznia 2013 r. L. D. (1) opuścił szpital w S. wyleczony z zakażenia okołoperacyjnego enterokokami kałowymi i gronkowcami złocistymi MRSA oraz z wygojonymi ranami

pooperacyjnymi (jedynie z protekcyjną stomią jelitową), a w późniejszym czasie nie doszło u L. D. (1) do wznowy stanu zapalnego w miejscu przeprowadzonej u chorego operacji urologicznej. W ocenie Sądu Apelacyjnego kwota zadośćuczynienia ustalona na łącznym poziomie 30 000 zł w związku z wydłużonym o 3 tygodnie procesem leczenia nie może w żaden sposób zostać uznana za rażąco zaniżoną. Wręcz przeciwnie, została ona wyznaczona w górnych granicach świadczeń przyznawanych w sprawach o zbliżonych uwarunkowaniach faktycznych.

Na zakończenie Sąd Apelacyjny wyjaśnia, że zgodnie z obowiązującym od dnia 2 lipca 2021 r. art. 15z^zs⁽¹⁾ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, w brzmieniu ustalonym ustawą z dnia 28 maja 2021 r. o zmianie ustawy – kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2021.1090), w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii ogłoszonego z powodu COVID-19 oraz w ciągu roku od odwołania ostatniego z nich, w sprawach rozpoznawanych według przepisów kodeksu postępowania cywilnego w pierwszej i drugiej instancji sąd rozpoznaje sprawy w składzie jednego sędziego. Zasada ta, zgodnie z art. 6 powołanej ustawy z dnia 28 maja 2021 r. znajduje zastosowanie do wszystkich spraw wszczętych i niezakończonych przed dniem jej wejścia w życie. Taki stan prawny, zważywszy na datę wydania niniejszego orzeczenia, uzasadniał wydanie wyroku w przedmiotowej sprawie w składzie jednego sędziego.

Artur Kowalewski