



Sygn. akt V CSK 140/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 lutego 2014 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Marian Kocon (przewodniczący)

SSN Wojciech Katner

SSN Anna Kozłowska (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa T. Ś. i R. J.

(poprzednio: R. F.)

przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu [...] i P. Spółce Akcyjnej
w W.

o zapłatę i ustalenie,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej w dniu 5 lutego 2014 r.,

skargi kasacyjnej powodów od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...]

z dnia 7 listopada 2012 r.,

**uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi
Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania,
pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach
postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Powódka A. Ż. domagała się zasądzenia od pozwanych - Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego [...] i P. S.A. kwoty 400.000 zł z ustawowymi odsetkami tytułem zadośćuczynienia za krzywdę jakiej doznała wskutek wadliwego leczenia w pozwanym Szpitalu oraz z tego samego tytułu odszkodowania w kwocie 134.528,38 zł, renty po 1.700 zł miesięcznie i ustalenia odpowiedzialności pozwanych za wszelkie szkody, które mogą ujawnić się w przyszłości.

W toku postępowania powódka zmarła, a w jej miejsce wstąpili jej spadkobiercy – R. F. i T. Ś., wnosząc o zasądzenie na ich rzecz po 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia, po 24.714,19 zł tytułem odszkodowania, po 21.250 zł tytułem skapitalizowanej renty za okres od 1 października 2008 r. do 31 października 2010 r., z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego; w pozostałej części żądanie pozwu zostało cofnięte.

Sąd Okręgowy uwzględniając powództwo częściowo, zasądził od pozwanych (in solidum) na rzecz R. F. i T. Ś. tytułem zadośćuczynienia i odszkodowania kwoty po 119.251 zł oraz po 18.425 zł z tytułem skapitalizowanej renty, w części cofniętej umorzył postępowanie w sprawie, a w pozostałej części powództwo oddalił.

Z ustaleń Sądu Okręgowego wynikało, że A. Ż., urodzona w 1958 r., w wieku 29 lat zachorowała na nadciśnienie tętnicze. Z uwagi na dolegliwości prawej nogi zrezygnowała z pracy. Przyznano jej rentę inwalidzką. Do 1999 r. przeżyła trzykrotnie zapalenie żył w prawej nodze. Na przełomie lat 1999-2000 rozpoznano u niej cukrzycę insulino-zależną. Początkowo leczyła się w miejscu swojego zamieszkania, a od stycznia 2003 r. w poradni ortopedycznej pozwanego Szpitala. Zakwalifikowano ją wówczas do zabiegu endoprotezoplastyki prawego kolana. Po raz pierwszy na Oddziale Ortopedii pozwanego Szpitala, w związku z planowanym zabiegiem, celu kwalifikacji internistycznej i anestezyjologicznej z uwagi na współistniejące schorzenia (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, astma oskrzelowa, otyłość, wada serca), A. Ż. przebywała od 8 do 22 grudnia 2003 r. Następnie, w pozwanym Szpitalu przebywała jeszcze dziewięciokrotnie.

W czasie pobytu od 5 stycznia do 13 lutego 2004 r. wykonano zabieg endoprotezoplastyki stawu kolanowego prawego. Po zabiegu, w dniu 30 stycznia

2004 r. pobrano wymaz z rany i wyizolowano *Enterococcus faecalis*, wrażliwy na ampicylinę. Ten antybiotyk powódka otrzymywała od 4 do 9 lutego 2004 r., jednak lek odstawiono z powodu alergii. Powódka została wypisana ze szpitala w stanie ogólnym dobrym.

Z powodu złamania wieloodłamowego kości udowej prawej nad endoprotezą, powódka przebywała w Szpitalu od 13 marca do 9 kwietnia 2006 r.; wówczas dokonano zespolenia złamania sposobem DCS. Okres pooperacyjny przebiegał bez powikłań. Powódka została wypisana do domu z zaleceniem kontynuowania leczenia w Poradni Ortopedycznej. Leczyła się w trybie ambulatoryjnym w SP ZOZ O. Chodzenie przy pomocy kul łokciowych sprawiało jej ogromne kłopoty. Z tego powodu w szpitalu otrzymała chodzik, a potem wózek inwalidzki.

W dniu 14 kwietnia 2006 r. powódka przewróciła się i doznała powtórnego złamania kości udowej prawej, w związku z czym ponownie została przyjęta do pozwanego szpitala. Przebywała tam od 21 kwietnia do 30 maja 2006 r. W dniu 9 maja 2006 r. dokonano repozycji i stabilizacji złamania przy pomocy stabilizatora. W badaniach mikrobiologicznych (27 kwietnia, 30 kwietnia i 4 maja) izolowano *Corynebacterium spp* wrażliwe na wakomycynę. Z ran montujących stabilizator wyciekła ropa. Z tego powodu od 8 czerwca 2006 r. powódka była objęta długoterminową opieką pielęgniarską w SP ZOZ O.

Z powodu destabilizacji stabilizatora zewnętrznego powódka ponownie przebywała w Szpitalu, od 5 lipca 2006 r. do 10 lipca 2006 r.; stabilizator przemontowano bez znieczulenia.

Z powodu dolegliwości bólowych podudzia prawego powódka została przyjęta do szpitala kolejny raz i przebywała tam od 6 września 2006 r. do 28 września 2006 r. Stwierdzono wówczas zapalenie żył powierzchownych. Z wymazu z rany wyizolowano *Enterococcus faecalis* wrażliwy na ampicylinę i oporny na wysokie stężenia aminoglikozydów (HLAK). Nie podano jej antybiotyków; stwierdzono uczulenie na pyralginę i ampicylinę oraz pochodne. Kontrola sanitarna pozwanego Szpitala z dnia 19 września 2006 r. wykazała występowanie uchybień, m.in. przechowywanie w pojemnikach ze sterylnym materiałem medycznym materiału przeznaczonego do sterylizacji.

Kolejny pobyt w pozwanym szpitalu miał miejsce w okresie od 28 października 2006 r. do 21 grudnia 2006 r.; powódka została przyjęta z rozpoznaniem zapalenia kości udowej prawej. W dniu 6 listopada 2006 r. usunięto stabilizator zewnętrzny. Z wymazu z rany wyizolowano *Enterococcus faecalis* HLAR wrażliwy na ampicylinę. Od 6 do 26 listopada 2006 r. podawano powódce amoksycylinę (Ospamox). Wykonano ortezę kończyny dolnej prawej i buty ortopedyczne. Orteza została źle dopasowana i nie nadawała się do użytku.

Z powodu dolegliwości bólowych kończyny dolnej prawej powódka została przyjęta do szpitala w dniu 14 marca 2007 r. i przebywała tam do 10 kwietnia 2007 r.; zastosowano leczenie zachowawcze i rehabilitację.

W dniu 29 sierpnia 2007 r. ponownie została przyjęta, celem dalszej rehabilitacji i leczenia farmakologicznego, i przebywała w szpitalu do 21 września 2007 r. Zastosowano płukanie przetoki, posiewy, opatrunki. Z materiału pobranego z przetoki 23 sierpnia 2007 r. wyizolowano *Enterococcus faecalis* wrażliwy na ampicylinę, a z wymazu z rany pobranego 9 września 2007 r. *Staphylococcus aureus* oporny na metycylinę (MRSA). Zastosowano antybiotykoterapię (ospamox i doksycylina).

W okresie od 3 marca 2008 r. do 6 marca 2008 r. A. Ż. po raz ostatni przebywała w pozwanym Szpitalu. Rozpoznano stan po ropnym zapaleniu kości i zaproponowano amputację kończyny dolnej prawej. Gdy nie wyraziła zgody na amputację, leczenie w tej placówce uznano za zakończone.

W okresach pomiędzy pobytami w Szpitalu powódka pozostawała pod kontrolą przyszpitalnej Poradni Ortopedycznej w S. i jednocześnie, aż do października 2010 r., pod kontrolą SP ZOZ w O.

W okresie od 27 kwietnia 2009 r. do 30 kwietnia 2009 r. A. Ż. była leczona w [...] Klinice Serca w D. z powodu zawału mięśnia sercowego ściany bocznej. W okresie od 26 stycznia 2010 r. do 16 marca 2010 r. była hospitalizowana w Wojewódzkim Szpitalu [...]. Do tej placówki została przyjęta z rozległym ciastowatym obrzękiem limfatycznym całej kończyny dolnej prawej, z powiększonymi węzłami chłonnyymi pachwiny prawej. Rozpoznano między innymi stan po złamaniu okołoprotezowym kości udowej prawej i wielokrotnym leczeniu

operacyjnym powikłanym infekcją gronkowcem złocistym. W dniu 1 lutego 2010 r. wykonano zabieg amputacji kończyny dolnej prawej na wysokości $\frac{1}{2}$ uda. Przebieg pooperacyjny był powikłany zaburzeniami gojenia rany i stanem zapalnym. Z tej przyczyny w dniu 1 marca 2010 r. powódka była reoperowana - dokonano wycięcia tkanek martwiczych i opracowania kikuta. W okresie od 20 do 26 marca 2010 r. przebywała w Szpitalu Powiatowym w Z. celem leczenia rany pooperacyjnej; w dniu 31 października 2010 r. powódka umarła.

Od czasu opuszczenia pozwanego Szpitala w dniu 9 kwietnia 2006 r. do śmierci A. Ż. poruszała się wyłącznie na wózku inwalidzkim. Ze względu na znaczną niesprawność wymagała pomocy innych osób w spełnianiu wszelkich podstawowych czynności życia codziennego. Dolegliwości bólowe powódki i cierpienia związane ze stanem po złamaniu okołoprotezowym kości udowej prawej i wielokrotnym leczeniu operacyjnym, powikłanym infekcją gronkowcem złocistym, były tak ogromne, że pomimo istniejących przeciwwskazań do leczenia operacyjnego powódka poprosiła o wykonanie zabiegu amputacji nogi.

Podstawą dokonanych przez Sąd Okręgowy ustaleń faktycznych były między innymi opinie biegłych lekarzy, wśród nich opinia zespołu biegłych z Polskiego Towarzystwa Zakazań Szpitalnych w K. i biegłej H.P. Biegli PTZSz m.in. stwierdzili, że pierwszym zakażeniem u A. Ż. było (prawdopodobnie powierzchowne) zakażenie miejsca operowanego w styczniu 2004 r. Kolejne zakażenie (narządowe) rozpoznano podczas hospitalizacji w kwietniu/maju 2006 r., aczkolwiek nie można przesądzić istnienia powiązania między tymi zakażeniami. Wszystkie jednak hospitalizacje A. Ż., począwszy od kwietnia 2006 r., związane były z jej zakażeniem. Zakażenie w 2006 r. uniemożliwiło osiągnięcie celu (zespolenie złamania) i zniweczyło cel operacji przeprowadzonej w 2004 r., tj. pełne funkcjonowanie kolana. Okoliczność, że A. Ż. była osobą z licznymi chorobami współistniejącymi, które w istotnym stopniu zwiększały ryzyko zakażenia nie mogła jednak w żaden sposób służyć usprawiedliwieniu ewentualnych nieprawidłowości, ponieważ pacjent ma prawo do prawidłowego postępowania, niezależnie od stanu ogólnego. Nietrzymanie moczu u pacjentki mogło sprzyjać zakażeniu, ale z racji lokalizacji musiałoby się to wiązać z niewłaściwą opieką pielęgniarską nad nią.

Biegła lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii H. P. wskazała, że przygotowanie powódki do zabiegów operacyjnych było nieprawidłowe, co sprzyjało wystąpieniu negatywnych następstw urazu operacyjnego. Brak stabilizacji ciśnienia tętniczego i właściwej kontroli cukrzycy prowadził do pogłębienia się obu schorzeń i wystąpienia odległych następstw (nasilenie zmian naczyniowych, w szczególności dotyczących naczyń wieńcowych - zawał serca i naczyń mózgowych - naczyniowe uszkodzenie mózgu). Tylko znieczulenie do pierwszego zabiegu przebiegało stabilnie, kolejne wymagały już korekcji farmakologicznej, co wynikało z pogorszenia się stanu ogólnego powódki. Nadzór pooperacyjny we wszystkich przypadkach był nieprawidłowy. Zakres tych nieprawidłowości był bardzo szeroki i dotyczył zarówno braku właściwego monitorowania pooperacyjnego, jak i wynikającego z tego braku reakcji na występujące zaburzenia. Podstawowymi zaburzeniami występującymi w okresie okołoperacyjnym, mającymi wpływ na wystąpienie powikłań bezpośrednich i odległych były: niestabilność układu krążenia – spadki i zwwyżki ciśnienia tętniczego; niestabilność metaboliczna – rozchwiana cukrzyca; odwodnienie, zaburzenia jonowe, niedotlenienie tkanek. Skutkiem bezpośrednim braku właściwego postępowania okołoperacyjnego był negatywny wpływ na proces gojenia rany operacyjnej (zakażenia), a odległym przyspieszenie zmian naczyniowych towarzyszących chorobie nadciśnieniowej i cukrzycy. Zmiany te przyczyniły się do wystąpienia choroby niedokrwiennej serca (2007 r.) skutkującej zawałem serca (2009 r.) z następową niewydolnością krążenia. Dotyczyły również naczyń mózgowych, co zostało potwierdzone w badaniu neurologicznym (naczyniowe uszkodzenie mózgu). Choroby A. Ż. w postaci cukrzycy, nadciśnienia tętniczego i otyłość zwiększały prawdopodobieństwo wystąpienia zarówno powikłań bezpośrednich, związanych z operacją i znieczuleniem, jak i odległych, wynikających z progresji istniejących chorób wywołanej urazem operacyjnym. Związek pomiędzy urazem operacyjnym a postępem choroby nadciśnieniowej i cukrzycy jest niepodważalnym faktem medycznym. Podstawą opracowania i przyjęcia zasad postępowania okołoperacyjnego z pacjentami obciążonymi takimi schorzeniami jest zrozumienie patofizjologii tych zależności i ich konsekwencji. W przypadku A. Ż. zasad tych nie

przestrzegano, co miało negatywny wpływ na proces leczenia i wystąpienie powikłań odległych.

Biegły w zakresie ortopedii i chirurgii urazowej dr n. med. L. M. swoją opinię skonkludował stwierdzeniem, że zakażenie u pacjentki zostało ostatecznie wyleczone amputacją kończyny.

Biegły prof. dr hab. n. med. B. O. specjalista chorób wewnętrznych i farmakologii klinicznej wskazał, że od listopada 2006 r. u A. Ż. zaczął występować mechanizm błędnego koła: otyłość, cukrzyca, nietrzymanie moczu, palenie papierosów sprzyjały permanentnemu utrzymywaniu się zakażenia miejsca operowanego. Zakażenie uniemożliwiało zastosowanie implantu, czy innych, nowoczesnych, technik reoperacji. Z kolei pogarszający się stan kończyny i praktyczny zanik aktywności ruchowej niwelowały możliwość normalizacji masy ciała. Konsekwencją stanu fizycznego chorej, postępu schorzenia układu kostnego oraz samoistnych schorzeń współistniejących była jej śmierć.

Biegła lek. med. K. G. specjalista w rehabilitacji, po zbadaniu powódki wypowiedziała się o jej stanie zdrowia w toku procesu.

W ocenie Sądu Okręgowego wszyscy biegli w swych opiniach w sposób logiczny i jasny przedstawili tok rozumowania prowadzący do sformułowanych w nich wniosków. Motywowanie tych, w istocie, zbieżnych, wniosków było zgodne z zasadami fachowej wiedzy medycznej. Mając to na uwadze oraz stopień stanowczości wyrażonych w opiniach ocen, Sąd uznał wszystkie opinie biegłych za wyjaśniające wszelkie wątpliwości w niniejszej sprawie. Stąd też, zdaniem Sądu Okręgowego, przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe wykazało, że w wyniku pobytów A. Ż. w pozwanym Szpitalu doznała ona licznych zakażeń tak powierzchownych jak i narządowych, w tym gronkowcem złocistym, które następnie były nieskutecznie leczone i zniweczyły prowadzone leczenie ortopedyczne, a ostatecznie doprowadziły do amputacji nogi. Rozwijające się zakażenia wraz ze spowodowanymi przez nie komplikacjami ortopedycznymi, stanowiły przyczynę kolejnych hospitalizacji i konieczność wykonywania kolejnych zabiegów operacyjnych. Wadliwa opieka okołoperacyjna doprowadziła do rozchwiania parametrów ciśnienia, poziomu cukru i innych, powodując znaczne pogłębienie

schorzeń samoistnych, cukrzycy i nadciśnienia, a także powodując uszkodzenie naczyń mózgowych, ostatecznie doprowadzając do dwóch zawałów serca. Sąd Okręgowy wskazał, że ustalony stan rzeczy uzasadnia przyjęcie winy personelu szpitala i „winy organizacyjnej” zakładu leczniczego w procesie leczenia. Personelowi pozwanego można bowiem skutecznie zarzucić nieprawidłowości w postępowaniu w zakresie stosowania zasad aseptyki, niewłaściwe leczenie zakażeń, niezapewnienie pacjentce prawidłowej opieki okołoperacyjnej, zaś zakładowi leczniczemu naruszenie obowiązku starannego działania i niedbalstwa jego personelu w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa pobytu. Między zachowaniem personelu pozwanego Szpitala, a szkodą, której doznała A. Ź. istnieje związek przyczynowy co skutkowało przypisaniem pozwanemu Szpitalowi odpowiedzialności deliktowej za szkodę majątkową i niemajątkową jakiej doznała A. Ź.

W wyniku apelacji pozwanego Szpitala od wyroku Sądu Okręgowego, Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 7 listopada 2012 r. zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że powództwo oddalił. Sąd Apelacyjny nie podzielił poglądu Sądu Okręgowego, że wina personelu pozwanego Szpitala i wina organizacyjna zakładu leczniczego zostały udowodnione, a w konsekwencji, że zachodził związek przyczynowy pomiędzy stwierdzonymi przez ten Sąd uchybieniami, a uszkodzeniem ciała, czy też rozstrojem zdrowia A. Ź. Sąd Apelacyjny zdyskwalifikował opinię biegłej anestezjolog H. P. uznając ją za „niedokładną i nierzetelną, nie uwzględniającą wszystkich istotnych okoliczności, w tym stanu zdrowia A. Ź. przed jej pobytem w pozwanym Szpitalu”. Zdaniem Sądu, biegła nie wyjaśniła – poza ogólnikowym stwierdzeniem - na jakich przesłankach oparła twierdzenie, że występuje związek między urazem operacyjnym, a postępem choroby nadciśnieniowej i cukrzycy. Sąd wskazał, że nawet gdyby zgodzić się z opinią biegłej co do istnienia wymienionych przez nią nieprawidłowości, to logiczna ich ocena wskazuje, że wymienione uchybienia nie pozostawały w adekwatnym związku przyczynowym z przeprowadzeniem zabiegu i stanem zdrowia pacjentki po zabiegu. Ponadto biegła formułując swoje wnioski wykroczyła znacznie poza swoją specjalizację medyczną. Analiza reszty zebranego w sprawie materiału dowodowego, w szczególności pozostałych opinii biegłych lekarzy, nie stwarza

natomiast - zdaniem Sądu Apelacyjnego - podstaw do uznania, że w czasie leczenia A. Ź. dopuszczono się takich uchybień i zaniedbań, które wpłynęłyby na pogorszenie jej stanu zdrowia. Nie można też uznać, że winę za pogorszenie stanu zdrowia powódki ponosił personel pozwanego Szpitala, a w szczególności przyjąć, że wskutek niestosowania zasad aseptyki doszło do zakażenia powódki. Brak również podstaw do twierdzenia, że nieskutecznie leczone zakażenia powódki zniweczyły prowadzone leczenie ortopedyczne i ostatecznie doprowadziły do amputacji nogi oraz, że zakażenia te wraz ze spowodowanymi przez nie komplikacjami ortopedycznymi stanowiły przyczynę kolejnych hospitalizacji i konieczność wykonywania kolejnych zabiegów operacyjnych. Wobec braku podstawy do przypisania skarżącemu odpowiedzialności deliktowej, powództwo podlegało oddaleniu.

Wyrok Sądu Apelacyjnego zaskarżyli skargą kasacyjną powodowie, opierając ją na obu podstawach kasacyjnych z art. 398³ § 1 k.p.c. W ramach pierwszej podstawy skarżący zarzucili naruszenie art. 415, art. 442 § 2 oraz art. 445 k.c. W ramach drugiej podstawy zarzucili naruszenie art. 233 § 1, art. 278 § 1, art. 286, art. 382 oraz art. 6 w związku z art. 231 k.p.c.

We wnioskach kasacyjnych powodowie domagali się uchylenia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania, ewentualnie uchylenia zaskarżonego wyroku i orzeczenie co do istoty sprawy przez oddalenie apelacji; domagali się zasądzenia zwrotu kosztów postępowania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

W pierwszej kolejności należy odnieść się do zarzutów podniesionych w ramach podstawy naruszenia przepisów postępowania. Skuteczność tych zarzutów związana jest z wykazaniem, że uchybienie przepisom postępowania mogło mieć wpływ na wynik sprawy. Jednocześnie przypomnieć należy, że zgodnie z art. 398³ § 3 k.p.c. podstawą skargi kasacyjnej nie mogą być zarzuty dotyczące ustalania faktów lub oceny dowodów. Oznacza to, że za niedopuszczalne należy uznać zarzuty dotyczące naruszenia tych przepisów, które regulują ustalenie faktów bezdowodowo (art. 228 - 231 k.p.c.) oraz przepisów

o ustalaniu faktów dowodowo (art. 233 § 1 k.p.c. - por. np. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 13 sierpnia 2008 r. I CSK 83/08 nie publ., z dnia 24 lutego 2006 r., II CSK 136/05, nie publ., z dnia 26 kwietnia 2006 r., V CSK 11/06, nie publ.; z dnia 26 maja 2006 r., V CSK 97/06, nie publ.).

Powyższe, odniesione do zarzutów badanej skargi kasacyjnej, oznacza, że poza oceną Sądu Najwyższego musi pozostać nie tylko zarzut naruszenia art. 231 k.p.c. jako dotyczący ustalania faktów bezdowodowo, ale nadto obszernie uzasadniony zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. przez nieprawidłową ocenę dowodów, w szczególności dowodu z opinii biegłej H. P., a także dowodów z opinii innych biegłych, jako niepotwierdzających, zdaniem Sądu, nieskuteczności i wadliwości leczenia A. Ż., mimo że ocena taka, jak dowodzi skarżąca, dokonana została z naruszeniem powołanego przepisu, bo wbrew treści tych opinii, i wbrew zasadom logiki oraz doświadczenia życiowego. Dodać należy, że powołane w skardze kasacyjnej orzeczenia Sądu Najwyższego, z których wynikała możliwość podważania w kasacji prawidłowości dokonanej przez sąd oceny dowodów, zostały wydane w stanie prawnym obowiązującym przez dniem 6 lutego 2005 r., to jest przed zmianą przepisów k.p.c. dotyczących tego środka zaskarżenia. W sprawie niniejszej została wniesiona skarga kasacyjna podlegająca rozpoznaniu na podstawie przepisów obowiązujących od dnia 6 lutego 2005 r. (art. 3 ustawy z dnia 22 grudnia 2004 r. o zmianie ustawy - Kodeks postępowania cywilnego oraz ustawy - Prawo o ustroju sądów powszechnych, Dz.U. z 2005 r., Nr 3, poz. 98).

Wyłączenie z podstawy kasacyjnej zarzutów dotyczących oceny dowodów i związanie Sądu Najwyższego ustaleniami faktycznymi stanowiącymi podstawę zaskarżonego orzeczenia (art. 398¹³ § 2 k.p.c.) nie oznacza niemożności skutecznego zakwestionowania ustalonego przez sąd stanu faktycznego. Nastąpi to przez powołanie się na takie naruszenie przepisów postępowania, których ostateczną konsekwencją jest błędne ustalenie stanu faktycznego, a które nie należą do kategorii błędnej oceny dowodów, ani też błędnego wnioskowania. Za takie, w badanej skardze kasacyjnej, uznać należy zarzuty naruszenia art. 278 § 1 k.p.c., art. 286 k.p.c. i art. 382 k.p.c.

Przepis art. 278 k.p.c. nakłada na sąd obowiązek skorzystania z opinii biegłego, jeżeli dla rozstrzygnięcia sprawy wymagane są wiadomości specjalne. Po przeprowadzeniu takiego dowodu Sąd może i powinien dokonać jego oceny, jednak nie może w miejsce wniosków biegłego wprowadzać własnych twierdzeń wymagających wiadomości specjalnych. Sąd Najwyższy wielokrotnie wskazywał, że opinia biegłego, która nie przekonała sądu nie może być weryfikowana, a zwłaszcza dyskwalifikowana w całości bądź co do wniosków, bez posłużenia się wiedzą specjalistyczną. Sąd może oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności, czy logiczności. Nie może jednak nie podzielać merytorycznych poglądów biegłego lub w ich miejsce wprowadzać własnych stwierdzeń (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 grudnia 1990 r., I PR 148/90, OSP nr 11-12 z 1991 r., poz. 300). Oznacza to w szczególności, że Sąd nie jest uprawniony do rozstrzygania kwestii medycznych wbrew opinii biegłego specjalisty.

Otwarta polemika z wnioskami wynikającymi w szczególności z opinii biegłej H. P. – skoro Sąd Apelacyjny uznał je za nieprzekonujące - była zatem co najmniej przedwczesna w sytuacji, gdy Sąd Apelacyjny zaniechał wezwania tej biegłej na rozprawę celem usunięcia powstałych wątpliwości, przez zadanie pytań w kwestiach wynikłych na tle jej opinii pisemnych. Należy jednocześnie zwrócić uwagę, że na podstawie opinii pozostałych biegłych lekarzy - a więc bez uwzględnienia opinii biegłej H. P. – nie sposób było pozyskać wiadomości specjalnych dotyczących prawidłowości przygotowania powódki do zabiegów operacyjnych oraz nadzoru pooperacyjnego, a więc niezbędnych przy wyrokowaniu. Jednocześnie Sąd zanegował, w zasadzie bez podania przyczyny, wnioski zespołu biegłych z dziedziny zakażeń szpitalnych co do niezachowania standardów sanitarnych w pozwanym szpitalu, a także przyczyn kolejnych hospitalizacji A. Ż. Zgodnie z art. 286 k.p.c. sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Zwrot „może” nie oznacza jednak dyskrecyjnego uprawnienia sądu. Oznacza obowiązek zażądania wyjaśnienia lub dodatkowej opinii wówczas, gdy konieczne jest ustalenie okoliczności wymagających wiadomości specjalnych, a ocena dotychczasowej wydanej opinii prowadzi do wniosku o nieprzydatności tego środka dowodowego z uwagi na nieprzekonujące lub budzące wątpliwości

stwierdzenia (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2012 r., I UK 235/11, nie publ. oraz z dnia 3 kwietnia 2013 r., I UK 566/12, nie publ.). Sąd Apelacyjny naruszył obowiązek wynikający z art. 286 k.p.c. Jednocześnie wyrażone w uzasadnieniu Sądu Apelacyjnego oczekiwanie, by biegła H. P. „wykazała” swoje twierdzenia, jak i dokonanie przez Sąd „logicznej oceny” okoliczności sprawy, prowadzącej do wniosku odmiennego od wyrażonego przez biegłą, tj. licznych uchybieniach ze strony pozwanego Szpitala pogarszających stan zdrowia powódki, było niedopuszczalne i również stanowiło obrazę art. 278 § 1 k.p.c.

Tak więc, jak trafnie zarzucają skarżący, naruszenie art. 278 § 1 i art. 286 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. mogło mieć wpływ na wynik sprawy, albowiem istotny element ustaleń faktycznych stanowiących podstawę zaskarżonego wyroku opierał się na dyskwalifikacji opinii biegłej z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, z wykorzystaniem li tylko przekonania sądu o nietrafności opinii. Należy jednocześnie zaznaczyć, że z uzasadnienia skargi kasacyjnej wynikało niezbicie, że zarzut naruszenia art. 278 § 1 i art. 286 k.p.c. dotyczył postępowania przed Sądem Apelacyjnym; nie sposób zatem przykładać nadmierną wagę do pominięcia art. 391 §1 k.p.c. w *petitum* skargi.

Jako uzasadniony ocenić należy również zarzut naruszenia art. 382 k.p.c. Przyjmuje się, że zarzut naruszenia tego przepisu może stanowić usprawiedliwioną podstawę skargi kasacyjnej, jeżeli skarżący wykaże, że sąd drugiej instancji bezpodstawnie pominął część zebranego materiału oraz, że uchybienie to mogło mieć wpływ na wynik sprawy (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 lipca 1999 r., I CKN 504/99, OSNC 2000, Nr 1, poz. 17 oraz wyroki Sądu Najwyższego z dnia 3 lutego 2011 r., I CSK 261/10, nie publ. i z dnia 12 czerwca 2013 r., II CSK 634/12, nie publ.). Taka sytuacja wystąpiła w niniejszej sprawie. Sąd Apelacyjny nie prowadził postępowania dowodowego, a zaskarżone orzeczenie oparł wyłącznie na materiale dowodowym zebranym przez Sąd Okręgowy. W skardze kasacyjnej słusznie jednak wskazano, że Sąd Apelacyjny w sposób wybiórczy potraktował opinię biegłych z Polskiego Towarzystwa Zakazań Szpitalnych, która stanowiła podstawę dokonywanych przez Sąd Apelacyjny ustaleń. Nie można bowiem inaczej określić sytuacji, w której Sąd Apelacyjny wskazuje, że podziela opinię sporządzoną przez w/w biegłych, w której twierdzili, że wszystkie hospitalizacje

powódki, począwszy od kwietnia 2006 r. związane były z zakażeniem oraz, że zakażenie uniemożliwiało osiągnięcie celu jakim było zespolenie złamania, a jednocześnie ustala, że brak było podstaw do stwierdzenia, iż leczone nieskutecznie zakażenia zniweczyły leczenie ortopedyczne i stanowiły przyczynę kolejnych hospitalizacji i konieczności wykonywania kolejnych zabiegów operacyjnych. Nie można zatem skutecznie odeprzeć zarzutu naruszenia art. 382 k.p.c. (w związku z art. 278 § 1 k.p.c.).

Skuteczność zarzutów naruszenia przepisów postępowania powoduje, że nie ma potrzeby szczegółowego odnoszenia się do zarzutów naruszenia prawa materialnego. Ocena prawidłowości dokonanej subsumcji, czyli zastosowania bądź niezastosowania oznaczanych przepisów prawa materialnego może i powinna mieć miejsce wówczas gdy przy ustalaniu stanu faktycznego sąd nie dopuścił się uchybień procesowych, a więc wówczas gdy stan faktyczny jest niewątpliwy lub gdy zarzuty naruszenia przepisów procesowych okazały się nietrafne lub też nie zostały w skardze w ogóle podniesione (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 26 marca 1997 r., II CKN 60/97, OSNC 1997, nr 9, poz. 128, z dnia 11 marca 2003 r. V CKN 1825/00, nie publ., postanowienie z dnia 11 marca 2003 r., V CKN 1825/00, nie publ., z dnia 15 maja 2009 r. II CSK 708/08, niepubl., wyrok z dnia 15 maja 2009 r., II CSK 708/08, nie publ., wyrok z dnia 29 września 2010 r., V CSK 55/10, nie publ., wyrok z dnia 27 czerwca 2013 r. III CSK 270/12 nie publ.). W sytuacji natomiast gdy wobec dopuszczenia się przez sąd uchybień, które dotyczą postępowania (*errores in procedendo*), stan faktyczny musi być traktowany jako niezamknięty (nieustalony), przepisy prawa materialnego powołane przez sąd jako podstawa wyrokowania nie mogą być poczytane za zastosowane (niezastosowane) prawidłowo - i taką konkluzję na obecnym etapie postępowania uznać należy za wystarczającą. Jedynie w odniesieniu do zarzutu naruszenia art. 6 k.c. (niewątpliwie omyłkowo wskazanego w skardze kasacyjnej jako art. 6 k.p.c.) zauważyć należy, że nie ma żadnych podstaw do twierdzenia, iż w tzw. sprawach medycznych, na stronie powodowej nie ciąży obowiązek wykazania wszystkich przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego, w tym związku przyczynowego. Biorąc jednak pod uwagę, że w tego rodzaju procesach wykazywanie przez powoda wszystkich etapów związku przyczynowego pomiędzy

zdarzeniem wskazywanym jako sprawcze a szkodą może być nader utrudnione, a nawet niemożliwe, orzecznictwo dopuściło tzw. dowód *prima facie* oparty na konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.), co wymaga wykazania wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je jako oczywiste. 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 (m.in. wyroki SN: z dnia 5 lipca 1967, I PR 74/67, OSN z 1968 r. Nr 2, poz. 26 i z dnia 7 czerwca 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA z 1969 r., nr 7-8, poz. 155, z dnia 13 czerwca 2000 r., V CKN 34/00, nie publ., z dnia 17 maja 2007 r., III CSK 429/06, nie publ.). Wskazany dowód jest więc dowodem pośrednim, który nie zmienia rozkładu ciężaru dowodu. Na podstawie domniemania faktycznego może być ustalona zarówno wina lekarza, o ile brak jest dowodu przeciwnego, jak i istnienie związku przyczynowego między zaniedbaniami funkcjonariuszy zakładu służby zdrowia, a pogorszeniem stanu zdrowia lub śmiercią pacjenta, chyba że istnieją podstawy do wniosku, iż zasady medycyny związek ten wyłączają (wyrok SN z dnia 11 stycznia 1972 r., I CR 516/71, OSNCP, Nr 9, poz. 159). Domniemanie faktyczne może być podstawą ustaleń o tyle tylko, o ile stanowi wniosek logiczny z prawidłowo ustalonych faktów stanowiących jego przesłankę (wyrok SN z dnia 22 stycznia 1998 r., II UKN 465/97 OSNP z 1999 r. Nr 1, poz. 24) i wchodzi w rachubę tylko w braku bezpośrednich środków dowodowych (wyrok SN z dnia 19 lutego 2002 r., IV CKN 718/00, nie publ.).

Z przedstawionych powodów Sąd Najwyższy orzekł, jak w sentencji wyroku (art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. oraz art. 108 § 2 w związku z art. 398²¹ k.p.c.).

jw