

MIROSLAW NESTEROWICZ

NATALIA KARCEWSKA-KAMIŃSKA

**WYROK SĄDU APELACYJNEGO W POZNANIU
Z DNIA 19 SIERPNI 2015 R., I ACA 286/15¹**

1. W procesach związanych z szeroko rozumianymi szkodami medycznymi nie sposób będzie zwykle wymagać od poszkodowanego wykazania z niezbitą pewnością, że źródłem szkody jest niewłaściwe postępowanie personelu konkretnej jednostki organizacyjnej służby zdrowia. Wystarczające jest wykazanie tej okoliczności z wysokim prawdopodobieństwem.
2. Brak należytej dbałości o dostateczną sterylizację urządzeń i narzędzi medycznych może stanowić źródło zakażenia wirusem WZW typu C i dawać podstawę do przyjęcia winy personelu medycznego w postaci niedbalstwa (art. 415 k.c.) w drodze domniemania faktycznego, w braku dowodu przeciwnego ze strony szpitala (art. 231 k.p.c.)².

GLOSA

1. Sprawa dotyczy ważnych w praktyce problemów dowodu związku przyczynowego oraz winy w „procesach lekarskich” przy zakażeniach szpitalnych.

¹ LEX nr 1808711.

² Druga teza odautorska, wynikająca z uzasadnienia wyroku Sądu Apelacyjnego.

Powódka w okresie od dnia 7 września do dnia 17 września 2009 r. przebywała w pozwanym szpitalu, gdzie przeszła operację kręgosłupa. W 2011 r., w związku z jej przystąpieniem do badania eksperymentalnego nowych tabletek przeciwbólowych szwajcarskiego producenta, stwierdzono, że choruje na wirusowe zapalenie wątroby typu C. W procesie odszkodowawczym należało ustalić, kiedy i gdzie została zakażona. Nie było to proste. Ponieważ nie doszło do ostrego zapalenia wątroby, powódka nie odczuwała żadnych dolegliwości i jej choroba nie dawała żadnych oznak istnienia. Zapalenie wątroby miało charakter przewlekły, kiedy to okres wylegania może być nawet dłuższy niż 20 lat. Około 80% zakażeń WZW typu C przechodzi w stan przewlekły i przebiega bezobjawowo lub z objawami mało charakterystycznymi. Rozpoznanie zakażenia tym wirusem możliwe jest po upływie 6 miesięcy od zakażenia. Okoliczności te powodują, że wykrycie wirusa następuje przypadkowo, a tym samym trudny jest do ustalenia moment zakażenia. Etiologia przewlekłego zapalenia wątroby nie została dotąd szczegółowo poznana. Powódka mogła więc zakażać się w związku z leczeniem cukrzycy, zabiegiem usunięcia migdałków, w czasie przebytej w dzieciństwie żółtaczką, podczas pobierania krwi bądź podczas zabiegu operacyjnego w pozwanym szpitalu. Poza tym powódka przewlekłe choruje na seronegatywne zapalenie stawów, które ma charakter postępujący i leczenie tego schorzenia również mogło doprowadzić do zakażenia WZW C.

Sam fakt zakażenia powódki był niewątpliwy, lecz nie było pewności, gdzie i w jakich okolicznościach nastąpiło. Dlatego pozwany szpital wnosił o oddalenie powództwa. Jednak Sąd powództwo uwzględnił. Przyjął, że zgodnie z ustalonymi od lat w orzecznictwie regulami dowodu związku przyczynowego w „procesach lekarskich” wystarczy wysokie prawdopodobieństwo. Uznał, że najbardziej prawdopodobnym było zakażenie powódki w szpitalu w trakcie leczenia kręgosłupa, gdyż przeprowadzono wówczas u niej najbardziej rozległy zabieg operacyjny z głębokim naruszeniem ciągłości tkanek i to w znieczuleniu ogólnym, co ułatwiło zakażenie. W trakcie pobytu w szpitalu wielokrotnie wykonywano u powódki procedury związane z naruszeniem ciągłości tkanek (pobieranie krwi, iniekcje), a po około 6 miesiącach (a więc w niewielkiej

odległości czasowej od przeprowadzonej operacji kręgosłupa) nastąpiły u niej nasilone bóle stawów, co należało wiązać z rozwijającym się przewlekłym zakażeniem.

Sąd Okręgowy na podstawie opinii biegłych przyjął, że prawdopodobieństwo zakażenia w szpitalu wynosi 70–80%. Sąd zasądził na rzecz powódki jako zadośćuczynienie za doznaną krzywdę kwotę 100 tysięcy zł.

Szpital kwestionował w apelacji związek przyczynowy między postępowaniem jego personelu a szkodą, swobodną ocenę dowodów dokonaną przez sąd (art. 233 § 1 k.p.c.) oraz wysokość przyznanego zadośćuczynienia. Apelację szpitala Sąd Apelacyjny oddalił, uzasadniając, że pozwany nie przeprowadził przekonującego wyводу, obalającego ocenę dowodów dokonaną przez Sąd pierwszej instancji, np. przez wskazanie w niej luk, nielogiczności czy sprzeczności z doświadczeniem życiowym. Skarżący nie wykazał uchybienia przez sąd podstawowym regułom dowodów, tj. zasadom logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów. Sąd Apelacyjny orzekł, że Sąd Okręgowy w sposób wyczerpujący i przekonujący wyjaśnił okoliczności zakażenia powódki, a ocena, oparta na materiale dowodowym, nie narusza prawa do swobodnej oceny dowodów. Powiedział, że „w procesach związanych z szeroko rozumianymi szkodami medycznymi nie sposób będzie zwykle wymagać od poszkodowanego wykazania z niezbitą pewnością, że źródłem szkody jest niewłaściwe postępowanie personelu konkretnej jednostki organizacyjnej służby zdrowia”.

Wyrok Sądu Apelacyjnego jest trafny i stanowi kontynuację ustalonego od wielu lat bogatego orzecznictwa. Już w wyroku z 5 VII 1967 r. Sąd Najwyższy stanął na stanowisku, że: „W procesie nie da się przeprowadzić dowodu «bez reszty». Jest to częstokroć utrudnione aktualnym stanem wiedzy medycznej, która nie zawsze jest w stanie dać stanowczą odpowiedź na każde pytanie. W takiej sytuacji sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać dowód za przeprowadzony, mając na uwadze wysoki stopień prawdopodobieństwa (...)”³. W tej

³ I PR 74/67, „Orzecznictwo Sądu Najwyższego” 1968, nr 2, poz. 26, uzasadn. – s. 53.

sprawie Sąd uznał, że zachodzi „przeważające” prawdopodobieństwo związku przyczynowego. W kolejnym orzeczeniu, z 17 VI 1969 r.⁴, Sąd Najwyższy stwierdził, że do istnienia związku przyczynowego wystarcza, iż został on ustalony „z dostateczną dozą prawdopodobieństwa”. Natomiast Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z 4 III 2009 r.⁵ powiedział, że jeżeli poszkodowany, dochodząc renty, uprawdopodobnił w znacznym stopniu, iż istnieje związek przyczynowy pomiędzy błędem sztuki lekarskiej a szkodą, to okoliczności podważające istnienie związku przyczynowego w tym zakresie powinien udowodnić szpital.

Wysokie prawdopodobieństwa, a nie pewności związku przyczynowego wymagają również sądy w razie zakażeń szpitalnych. W orzeczeniu z 21 III 1997 r. Sąd Apelacyjny w Warszawie stwierdził, że: „W sprawach, w których w grę wchodzi odpowiedzialność placówki leczniczej służby zdrowia, nie jest na ogół możliwe stwierdzenie z całkowitą pewnością, że przyczynę zakażenia stanowiło konkretne zdarzenie. Dopuszczalne jest zatem ustalenie tego faktu na podstawie dowodów pośrednich, o ile zachodzi wysokie prawdopodobieństwo jego zajścia”⁶.

W wyroku z 27 II 1998 r. SN stwierdził:

Zgodnie z utrwalonym wieloletnim orzecznictwem Sądu Najwyższego, a także z poglądami doktryny – w „procesach lekarskich” sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać za wystarczający wysoki stopień prawdopodobieństwa, nie wymagając od poszkodowanego ścisłego i pewnego udowodnienia, jaką drogą jego organizm został zainfekowany, taki bowiem dowód – ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych – często nie jest możliwy do przeprowadzenia. Przyjęcie takiej możliwości wyznacza „linię obrony” strony przeciwnej, zagrożonej koniecznością ponoszenia odpowiedzialności odszkodowawczej. Obrona ta polega mianowicie na osłabieniu wspomnia-

⁴ II CR 165/69, „Orzecznictwo Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych” 1969, nr 7–8, poz. 155.

⁵ I ACa 12/09, „Prawo i Medycyna” 2011, nr 2, z głosem M. Nesterowicza.

⁶ I ACa 107/97, „Wokanda” 1998, nr 7.

nego prawdopodobieństwa – przede wszystkim przez dowodzenie, że zaistniały inne prawdopodobne przyczyny infekcji, względnie, że konkretnie w warunkach, w jakich – według twierdzeń poszkodowanego – doszło do zarażenia, wykluczały taką możliwość⁷.

Z kolei w wyroku z 13 VI 2000 r.⁸ SN orzekł, że wykazanie znacznego prawdopodobieństwa między określonymi działaniami szpitala a zakażeniem pozwala przyjąć, iż powód spełnił obowiązek przeprowadzenia dowodu (art. 6 k.c.), nie można bowiem stawiać przed powodem nierealnego wymagania ścisłego wykazania momentu i drogi przedostania się infekcji do organizmu. W wyroku z 21 III 2000 r.⁹ Sąd Apelacyjny w Krakowie stwierdził, że nie jest możliwe pozyskanie wiedzy o pewności związku przyczynowego między pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta a działaniem (zaniechaniem) szpitala. Niedoskonałość poziomu nauki i wiedzy medycznej w tych sprawach nakazuje odwoływać się do prawdopodobieństwa takiego związku. Natomiast SN w wyroku z 22 II 2012 r. powiedział, że:

W sprawach o naprawienie szkód medycznych wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest zadaniem trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. W szczególności nie można wymagać od poszkodowanego wykazania, że przyczynę zakażenia stanowiło konkretne zaniechanie, ani w sposób absolutnie pewny związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą. Wystarczy wykazanie dostatecznej dozy prawdopodobieństwa jej wystąpienia¹⁰.

⁷ II CKN 625/97.

⁸ V CKN 34/00, LEX nr 52689.

⁹ I ACa 192/00, „Orzecznictwo Sądów Apelacyjnych” 2002, nr 1, poz. 3.

¹⁰ IV CSK 245/11, LEX nr 1164750. Tak też orzekł SN w wyroku z 5 IV 2012 r., II CSK 402/11, LEX nr 1168538, w wyroku z 26 III 2015 r., V CSK 357/14, Legalis nr 1242269. Takie również było stanowisko SA w Białymstoku wyrażone w wyroku z 29 IX 2014 r. I ACa 233/14, LEX nr 1526918.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z 30 IV 2015 r., odwołując się również do ustalenia prawdopodobieństwa związku przyczynowego, stwierdził:

Żądanie absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby ani realne, ani uzasadnione. Dowód zatem, że jakieś inne przyczyny (oprócz niedbalstwa lekarza) mogły, lecz nie musiały spowodować u pacjenta szkody, nie zwolni lekarza od odpowiedzialności. Ani wielość przyczyn, ani zwiększone ryzyko zabiegu ze względu na stan zdrowia chorego nie może wykluczyć odpowiedzialności lekarza, jeśli przynajmniej jedną z przyczyn jest niedbalstwo¹¹.

Jeżeli natomiast, obok zawinonego postępowania szpitala, zakażenie miało współprzyczynę zewnętrzną, co może wpływać na zakres odpowiedzialności szpitala, to szpital powinien udowodnić związek przyczynowy między tą współprzyczyną a zakażeniem pacjenta¹².

2. Drugą przesłanką odpowiedzialności, oprócz związku przyczynowego, którą poszkodowany powinien udowodnić (art. 6 k.c.), jest wina lekarzy (personelu medycznego) lub wina zakładu leczniczego (wina organizacyjna, wina anonimowa)¹³. Jest to również niełatwe, dlatego sądy przyjmują domniemania faktyczne, np. niedołożenie należytej staranności przez lekarzy przy badaniach wstępnych, zły stan leczniczy i sanitarny pomieszczeń szpitalnych. Wystarczy każdy stopień winy lekarza (zakładu), choćby najmniejszy (*culpa levissima*), choć z reguły jest to wina wyższego stopnia (*culpa levis*, *culpa lata*). Lekarz powinien postępować zgodnie ze standardami medycznymi, chyba że w danych okolicznościach mógł zro-

¹¹ I ACa 917/14, LEX nr 1782029.

¹² Orzecz. SN z 23 II 2017 r., I CSK 121/16 (niepubl.).

¹³ Por. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. XII, Toruń 2019, s. 99 i n.; idem, *Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza za zabieg leczniczy*, Warszawa–Poznań 1972, s. 76 i n.; B. Lewaszkiewicz-Petrykowska, *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy leczeniu*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1; M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, wyd. III, Warszawa 1989, s. 54 i n.; K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, wyd. II, Toruń 2013.

bić więcej¹⁴. Poza tym wymaga się zwykle od lekarzy staranności wyższej niż przeciętna, z uwagi na przedmiot ich zabiegów (ingerencja w organizm pacjenta) i skutki, często nieodwracalne¹⁵.

W tej sprawie Sąd uznał, na podstawie opinii biegłej, że zakażenie powódki wirusem WZW C musiało nastąpić w braku dbałości o dostateczną sterylizację urządzeń i narzędzi medycznych¹⁶. W drodze domniemania faktycznego (art. 231 k.p.c.) ocenił to jako winę personelu medycznego (art. 415 k.c.) w braku dowodu przeciwnego ze strony szpitala. W literaturze medycznej wskazuje się, że zabiegi wykonane przy użyciu niesterylnych narzędzi są główną przyczyną szerzenia się zakażeń drogą naruszenia ciągłości tkanek. Zwraca się uwagę, że proces sterylizacji powinien być regularnie monitorowany wskaźnikami fizycznymi, chemicznymi i biologicznymi¹⁷. Szpital musi też zapobiegać zakażeniom szpitalnym (np. poprzez kontrolę mikrobiologiczną oddziałów szpitalnych). Dlatego Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z 30 X 2015 r.¹⁸ orzekł, że jeżeli kontrola przeprowadzona w szpitalu wskazuje na nieprawidłowości w zakresie zapobiegania zakażeniom szpitalnym, to można uznać za wykazane, że do zakażenia pacjentki doszło z dużą dozą prawdopodobieństwa na skutek zaniedbań w tym szpitalu. Zapobieganiem zakażeniom jest również stosowanie właściwej okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej zgodnie z aktualnymi i dostępnymi wskazaniem wiedzy medycznej. Jest to dołożenie należytej ostrożności i staranności, która pozwoliłaby zakażenia uniknąć¹⁹.

¹⁴ Por. M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998, s. 93 i n.

¹⁵ Wyrok SA w Krakowie z 9 III 2001 r., I ACa 124/01, „Przegląd Sądowy” 2002, nr 10, z głosem M. Nesterowicza.

¹⁶ Zob. także wyrok SA w Warszawie z 10 VII 2015 r. (I ACa 1925/14, Legalis nr 1326379) i wyrok SA w Katowicach z 24 XI 2015 r. (I ACa 621/15, Legalis nr 1393021), gdzie Sąd przyjął odpowiedzialność szpitala za zakażenie pacjentek wirusem HCV na skutek nieprzestrzegania reżimu sanitarnego dotyczącego narzędzi chirurgicznych.

¹⁷ Zob. J. Juszczyk, W. Hryniewicz, W. Magdżik, A. Samet, *Zakażenia szpitalne*, Warszawa 1996, s. 31 i n.

¹⁸ I ACa 189/15, Legalis nr 1399167.

¹⁹ Wyrok SA w Krakowie z 25 XI 2015 r., I ACa 1096/15, Legalis nr 1398908; wyrok SA w Katowicach z 14 X 2015 r., I ACa 474/15, Legalis nr 1370689; wyrok SA w Warszawie z 30 X 2015 r., I ACa 189/15, Legalis nr 1399167.

Sąd może korzystać z wszelkich dowodów, zarówno bezpośrednich i absolutnie pewnych, jak i z dowodów pośrednich o dużym stopniu prawdopodobieństwa. Może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wniosek taki można wyprowadzić z innych ustalonych faktów (art. 231 k.p.c.), może więc przyjąć winę lekarza na podstawie domniemania faktycznego z braku dowodu przeciwnego. W wyroku z 22 I 1998 r.²⁰ Sąd Najwyższy orzekł, że rozstrzygnięcia mogą być oparte na domniemaniu faktycznym, gdy domniemanie to stanowi wniosek logicznie wynikający z prawidłowo ustalonych faktów stanowiących jego przesłanki. Natomiast w wyroku z 3 XII 2003 r. SN powiedział, że „dokonywanie ustaleń w drodze domniemania faktycznego jest w istocie oparte na swobodnym wnioskowaniu, które tak jak przy ocenie dowodów, powinno odpowiadać zasadom logicznego rozumowania oraz doświadczenia życiowego”²¹.

Na ważność domniemań faktycznych w „procesach lekarskich” zwraca się szczególną uwagę w doktrynie prawniczej. Sąd może uznać, że pozostawienie ciał obcych w organizmie pacjenta czy szkoda, którą ten ponosi na skutek niezapewnienia mu bezpieczeństwa leczenia (np. zainfekowanie go chorobą zakaźną), jest domniemaniem niedbalstwa lekarza. Dowód ekskulpacji spoczywa wówczas na lekarzu lub na zakładzie leczniczym²². W wyroku z 17 V 2007 r.²³ Sąd Najwyższy uznał, że w sprawach dotyczących tzw. zakażeń szpitalnych możliwe i uzasadnione jest przyjęcie niedbalstwa placówki służby zdrowia w drodze domniemania faktycznego (art. 231 k.p.c.), przy braku dowodu przeciwnego. Sąd Apelacyjny

²⁰ II UKN 465/97, „Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Pracy” 1999, nr 1, poz. 24.

²¹ I CK 297/03, „Monitor Prawniczy” 2006, nr 3, s. 147.

²² Zob. B. Janiszewska, *Dowodzenie w procesach lekarskich (domniemania faktyczne i reguły wnioskovania prima facie)*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 2; E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa w razie niepewności związku przyczynowego. Studium prawnoporównawcze*, Toruń 2013, s. 84 i n.; K. Krupa-Lipińska, *Związek przyczynowy w „procesach lekarskich”*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 3–4; M. Sośniak, *Zagadnienie związku przyczynowego a dowód prima facie w procesach lekarskich* [w:] *Księga pamiątkowa ku czci Kamila Stefki*, Warszawa 1967; I. Adrych-Brzezińska, *Ciężar dowodu w prawie i procesie cywilnym*, Warszawa 2015, s. 175 i n.; M. Śliwka, *Ciężar dowodu w procesach medycznych – między domniemaniem faktycznym a dowodem prima facie* (II), „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminalistyki” 2004, nr 1.

²³ III CSK 429/06, LEX nr 274129, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 2, z głosem I. Adrych.

w Białymstoku w wyroku z 29 IX 2014 r.²⁴ orzekł, że wykazanie przez pacjenta, iż do zakażenia doszło podczas pobytu w szpitalu, pozwala na przyjęcie domniemania faktycznego, że było to spowodowane zaniedbaniem ze strony personelu medycznego. Wówczas na szpital przesuwa się ciężar ekskulpacji. Według Sądu Apelacyjnego w Łodzi w wyroku z 30 V 2014 r.²⁵ wystarczy wykazanie, choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta.

Trzeba przy tym zwrócić uwagę, że domniemania faktyczne z art. 231 k.p.c., dotyczące w istocie naruszenia przez szpital obowiązku zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa, nie zmieniają zasady odpowiedzialności cywilnej szpitala, a jedynie powodują inny rozkład ciężaru dowodu (przeciwdowodu) na strony²⁶. Odpowiedzialność szpitala oparta na zasadzie winy nie staje się przez to odpowiedzialnością na zasadzie ryzyka, co podkreślił Sąd Najwyższy w wyroku z 14 I 2016 r.²⁷

Czasami sądy odwołują się do anglosaskiego dowodu *prima facie*²⁸, choć polskie prawo o nim nie mówi. Zdaniem Sądu Najwyższego, wypowiedzianym w wyroku z 13 IX 1963 r. (I CR 3/63):

Jeżeli pacjent, względem którego zastosowano leczenie naświetlaniem promieniami, jakie w razie niedostatecznej uwagi personelu lecznicy mogą pacjenta dotkliwie poparzyć, udowodni, że uległ

²⁴ I ACa 233/14, LEX nr 1526918.

²⁵ I ACa 795/11, LEX nr 1488645.

²⁶ Jest to, jak twierdzi się w orzecznictwie i doktrynie wielu państw (Włoszech, Hiszpanii, RFN), „podzielony” lub odwrócony (*reversal of burden of proof*) ciężar dowodu, zwłaszcza w „procesach lekarskich” – zob. I. Adrych-Brzezińska, *Ciężar dowodu...*, op. cit., s. 159 i n.; E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa...*, op. cit., s. 78 i n.; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, op. cit., s. 116 i n.; s. 196.

²⁷ I CSK 1031/14, Legalis nr 1433120.

²⁸ Zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, op. cit., s. 115 i n.; idem, *Ciężar dowodu w procesach lekarskich*, „Państwo i Prawo” 1968, nr 4; M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, op. cit., s. 240 i n.; E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa...*, op. cit., s. 88 i n.; I. Adrych-Brzezińska, *Ciężar dowodu...*, op. cit., s. 175 i n.

poparzeniu, to tym samym wywiąże się w pełni ze spoczywającego na nim ciężaru dowodu. W drodze bowiem dowodu *prima facie* udowodnił wszystkie przesłanki odpowiedzialności sprawcy: uszkodzenie ciała, ból fizyczny i krzywdę moralną, winę sprawcy i związek przyczynowy. Innymi słowy pacjent, udowodniwszy w procesie o zadośćuczynienie, że był poddany naświetlaniu i jest poparzony, nie potrzebuje udowodnić niczego więcej.

Na uwagę zasługuje wyrok z 15 IV 2005 r., w którym Sąd Najwyższy stwierdził, że:

Środkiem służącym do dokonywania ustaleń faktycznych, zbliżonym do domniemania faktycznego, jest dowód *prima facie*. Dowód ten, wykształcony przez praktykę sądową, ma zastosowanie szczególnie w sprawach, w których udowodnienie okoliczności faktycznych jest niezwykle trudne (szkody komunikacyjne, lekarskie), a szczególnie przy zaniechaniu. Dowód *prima facie* dotyczy okoliczności wskazujących na istnienie związku przyczynowo-skutkowego między określonymi zdarzeniami. Podstawę ustalenia takiego związku stanowi przekonanie sądu, oparte na doświadczeniu życiowym oraz wiedzy, że w typowym przebiegu zdarzeń, które po sobie nastąpiły, związek taki zwykle istnieje²⁹.

Z kolei Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z 23 VI 2015 r. orzekł, że:

Dowód *prima facie* jest oparty na konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.), zwalnia stronę ponoszącą ciężar dowodu od żmudnego wykazania wszystkich etapów związku przyczynowego między pierwotnym zdarzeniem sprawczym a szkodą, niemniej jednak wymaga wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierw-

²⁹ I CK 653/04, LEX nr 369229.

szego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je jako oczywiste³⁰.

3. Procesy odszkodowawcze za zakażenia szpitalne spowodowane przez różne drobnoustroje są trudne dowodowo, zwłaszcza gdy okres wylegania jest długi. Ujawnienie się zakażenia może bowiem nastąpić zarówno w okresie hospitalizacji, jak i po wypisaniu chorego do domu bądź po przeniesieniu do innego zakładu leczniczego lub opiekuńczego – w okresie wylegania choroby³¹. Jednakże, jak wynika z różnych badań i procesów sądowych, nie tylko w Polsce, to zakłady lecznicze, ze względu na stosowanie inwazyjnych technik operacyjnych i diagnostycznych, są głównym źródłem zakażenia (także z powodu braku higieny, nie-należytego nadzoru epidemiologicznego, oraz niestosowania właściwej okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej). Powstaje więc pytanie, czy ryzyko zakażeń ma ponosić tylko pacjent. Gdyby sądy nie przyjmowały domniemań faktycznych czy dowodu *prima facie*, dowodów pośrednich i wysokiego prawdopodobieństwa zakażenia w szpitalu i żądały ustalenia odpowiedzialności szpitali z „niezbitą pewnością” czy „całkowitą pewnością”, to pacjent na ogół nie miałby szans wygrania jakiegokolwiek procesu. W wielu wyrokach sądy podkreślają z jednej strony, że „nie można stawiać przed poszkodowanym powodem nierealnego wymagania ścisłego wykazania momentu i drogi przedostania się infekcji do organizmu”. Tę linię orzecznictwa, istniejącą już ponad pół wieku, należy uznać za osiągnięcie polskiej judykatury. Z drugiej należy zwrócić uwagę na to, że szpitale mają możliwość (i obowiązek) ubezpieczenia swojej odpowiedzialności cywilnej (OC), łagodząc przez to ciężar swojej odpowiedzialności, gdyż pewna liczba szkód (zakażeń) jest nieunikniona i nie da się ich całkowicie wyeliminować.

³⁰ VI ACa 1167/14, LEX nr 1808791.

³¹ Zob. J. Juszczyk, W. Hryniwicz, W. Magdzik, A. Samet, *Zakażenia szpitalne*, op. cit., s. 2 i n.

Ta linia orzecznictwa wpisuje się w tendencję prawa do ochrony poszkodowanego w reżimie odpowiedzialności deliktowej³². Czy jednak nie należałoby pójść krok dalej i przyjąć odpowiedzialność zakładów leczniczych za zakażenia pacjentów na zasadzie ryzyka? Uczynił tak ustawodawca francuski w ślad za stanowiskiem Sądu Kasacyjnego, który począwszy od końca XX w. zaczął traktować obowiązek szpitali zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa w procesie leczenia jako zobowiązanie rezultatu (*obligation de sécurité de résultat*). Od odpowiedzialności za szkodę na skutek zakażenia szpital może się zwolnić tylko przez dowód „przyczyny zewnętrznej” (*une cause étrangère*) (np. brak związku przyczynowego między stanem zdrowia pacjenta a interwencją lekarską; że infekcja nie jest związana z hospitalizacją pacjenta, lecz wynika z jego stanu wcześniejszego, skutków choroby albo została nabyta poza szpitalem)³³. To stanowisko ustawodawca francuski przyjął w Ustawie z 4 marca 2002 r. o prawach pacjenta i jakości systemu opieki zdrowotnej, nowelizującej Kodeks zdrowia publicznego. Za zakażenia szpitalne (*infections nosocomiales*) odpowiedzialność oparta została na zasadzie ryzyka (*la responsabilité sans faute*), z wyjątkiem dowodu wskazanej wyżej „przyczyny zewnętrznej” (art. L. 1142-1, I, ust. 2 k.z.p.)³⁴.

Sądzimy, że można by rozważyć, czy odpowiedzialność za szkody wyrządzone pacjentom na skutek zakażeń unormować na zasadzie ryzyka

³² Podkreślano to na IV Ogólnopolskim Zjeździe Cywilistów w Toruniu (24–25 VI 2011 r.) – zob. zvl. referaty: M. Nesterowicz, *Tendencje rozwojowe odpowiedzialności deliktowej w końcu XX i początkach XXI wieku a ochrona poszkodowanego w prawie cywilnym* [w:] *Czyny niedozwolone w prawie polskim i porównawczym*, red. M. Nesterowicz, Warszawa 2012, s. 34; E. Bagińska, *Tendencje rozwojowe odpowiedzialności deliktowej w Europie w końcu XX i początkach XXI wieku* [w:] *Czyny niedozwolone...*, op. cit., s. 53 i n.

³³ Zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, op. cit., s. 471 i n.; idem, *Odpowiedzialność cywilna zakładu leczniczego za bezpieczeństwo podczas hospitalizacji*, „Państwo i Prawo” 2001, nr 3.

³⁴ Y. Lambert-Faivre, *La loi n.2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, III – *L’indemnisation des accidents médicaux*, „Recueil Dalloz” 2003, nr 17, s. 1368 i n.; D. Duval-Arnould, *Les infections nosocomiales. Point de jurisprudence*, „Recueil Dalloz” 2007, Chronique, s. 1675; M. Nesterowicz, *Ewolucja odpowiedzialności lekarza w prawie francuskim* [w:] *Rozprawy z prawa cywilnego, własności intelektualnej i prawa prywatnego międzynarodowego. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Bogusławowi Gawlikowi*, Warszawa 2012, s. 229; K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna...*, op. cit., s. 316 i n.

lub przynajmniej wprowadzając domniemanie winy (co byłoby zgodne z obecnym orzecznictwem przyjmującym domniemania faktyczne) w Ustawie z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³⁵. Można zapytać, czy ta ustawa byłaby właściwym miejscem dla tej regulacji. Myślimy, że tak, skoro zawiera już cywilistyczne normy, jak np. odpowiedzialność solidarną udzielającego zamówienie i przyjmującego zamówienie na świadczenia lecznicze (art. 27 ust. 7) czy odpowiedzialność solidarną lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską w zakładzie leczniczym i podmiotu leczniczego (art. 33).

³⁵ Dz.U. 2018 poz. 2190.