



Sygn. akt I CSK 589/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 lipca 2020 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Dariusz Dończyk (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Monika Koba

SSN Marta Romańska

w sprawie z powództwa U. S., M. S. i S. S.

przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w K. i P. S.A. w W.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej w dniu 24 lipca 2020 r.,

skargi kasacyjnej powodów

od wyroku Sądu Apelacyjnego w (...)

z dnia 26 kwietnia 2018 r., sygn. akt I ACa (...),

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

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w K. po rozpoznaniu sprawy z powództwa S. S. przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w K. i P. S.A. w W., wyrokiem z dnia 17 grudnia 2015 r. zasądził od pozwanych na rzecz powoda S. S.:

1. tytułem zadośćuczynienia kwotę 150 000 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w płatności za okres od dnia 6 stycznia 2010 r. do dnia zapłaty, z tym zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego, z ograniczeniem odpowiedzialności P. S.A. do kwoty 167 400 zł jako wysokości sumy ubezpieczenia (pkt I),
2. tytułem skapitalizowanej renty do dnia 28 lutego 2011 r. kwotę 37 635 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w płatności za okres od dnia 10 marca 2011 r. do dnia zapłaty, z tym zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego, z ograniczeniem odpowiedzialności P. S.A. do kwoty 167 400 zł jako wysokości sumy ubezpieczenia (pkt II),
3. tytułem renty za utracone zarobki i zwiększone potrzeby za okres od dnia 1 marca 2011 r. do dnia 8 listopada 2011 r. w kwocie 879,99 zł , za okres od dnia 9 listopada 2011 r. do dnia uprawomocnienia się wyroku w kwocie 1220,14 zł oraz za okres od uprawomocnienia się wyroku w kwocie 851,24 zł, płatną miesięcznie z góry do dnia 15-go każdego kolejnego miesiąca, z ustawowymi odsetkami na wypadek opóźnienia w płatności, z tym zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego, z ograniczeniem odpowiedzialności P. S.A. do kwoty 167 400 zł jako wysokości sumy ubezpieczenia (pkt III).

W pozostałej części Sąd Okręgowy powództwo oddalił (pkt IV) a nadto orzekł o kosztach procesu (pkt V i VI).

Sąd pierwszej instancji ustalił, że powód S. S. zatrudniony był jako spawacz w Z. spółka z o.o. w P. W dniu 23 kwietnia 2008 r. pracował przy budowie gazociągu w B. Około godziny 13.30 przerwał pracę, bo źle się poczuł, było mu słabo, bolała go głowa, sztywniała mu prawa połowa ciała, nie miał czucia w prawych kończynach. Koledzy wydostali go z wykopu, ponieważ sam nie był

w stanie z niego wyjść. Na jego prośbę współpracownicy wezwali karetkę pogotowia ratunkowego, która przybyła po około 20 minutach od zgłoszenia. Powód przewieziony został do Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu (...) w K. z siedzibą w C., gdzie lekarz stwierdził u niego drętwienie twarzy, drętwienie kończyn po stronie prawej, dokonał pomiaru ciśnienia, które wykazało wartość 170/120, ustalił, że powód nie leczył się specjalistycznie. Podejrzewając możliwość wystąpienia udaru, lekarz skierował powoda na dalsze badania neurologiczne lub leczenie do Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Opieki (...) w K. Po przewiezieniu do placówki, powód został zbadany na izbie przyjęć przez lekarza neurologa I. D. Lekarka nie stwierdziła u powoda objawów oponowych i ogniskowych, diagnozując jedynie przejściowe drętwienie połowiczne prawostronne oraz nadciśnienie tętnicze i uznała, że nie ma przesłanek do pozostawienia powoda na oddziale neurologicznym na obserwacji. U powoda nie przeprowadzono badania tomografem komputerowym, którym dysponował szpital, ponieważ aparatura dostępna była tylko w określonych godzinach w ciągu dnia i w czasie przyjęcia powoda na izbę tomografii nie robiono. Lekarka nie zleciła również przeprowadzenia badania w innej placówce, uznając, że na transport pacjenta trzeba by było czekać kilka godzin. Zaleciła jedynie kontrolę w Poradni Neurologicznej. Postępowanie lekarza neurologa nie było do końca prawidłowe, pacjent nie został dodiagnozowany. Choć powód nadal źle się czuł, wrócił do hotelu robotniczego w M. Z uwagi na utrzymujące się dolegliwości, drętwienie prawej części ciała, powód został przewieziony w godzinach nocnych samochodem służbowym do miejsca zamieszkania w B.

Rano 24 kwietnia 2008 r. w domu powód stracił przytomność i został przewieziony do Szpitala Specjalistycznego w J. Do 14 maja 2008 r. przebywał na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, a następnie do 3 czerwca 2008 r. na Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym z rozpoznaniem wylewu podpajęczynówkowego oraz ostrej niewydolności oddechowej. W dniu 3 czerwca 2008 r. powód przewieziony został do Kliniki Neurochirurgii w L. celem dalszej diagnostyki i leczenia. Zakwalifikowano go do zabiegu śródnaczyniowego zamknięcia tętnicy tylnej mózgu, lecz z powodu zakażenia organizmu, zabieg odroczone. W placówce tej powód przebywał do dnia 7 czerwca 2008 r.

W tym samym dniu ponownie został przyjęty na Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym Szpitala Specjalistycznego w J., gdzie przebywał do dnia 4 lipca 2008 r. Powodowi założono cystostomię nadłonową oraz usunięto rurkę tracheotomijną. W dniu 1 września 2008 r. powód został przyjęty do Kliniki Neurochirurgii w L. w celu przeprowadzenia odłożonego wcześniej zabiegu śródnaczyniowego zamknięcia tętnicy tylnej mózgu. Podczas badania diagnostycznego stwierdzono drożność tętnicy tylnej mózgu, co wskazywało na samowyleczenie się zmiany. Powód został wypisany i przewieziony do szpitala w J., gdzie przebywał do 10 września 2008 r.

W związku z występującą u powoda afazją, centralnym niedowładem nerwu VII prawego, porażeniem prawej kończyny górnej, niedowładem prawej kończyny dolnej średniego stopnia, został on przewieziony na Oddział Rehabilitacyjny w K., gdzie przebywał do dnia 2 października 2008 r. W trakcie rehabilitacji uzyskano niewielki wzrost siły mięśniowej kończyn prawych, poprawę sprawności ogólnej i wydolności chodu z czwórnogiem i asekuracją. W związku ze zrośnięciem cewki moczowej powód przebywał na Oddziale Urologii Wojewódzkiego Szpitala (...) w K. w okresie od 16 do 19 listopada 2008 r. i od 18 do 27 stycznia 2009 r. Następnie przebywał na Oddziale Urologii Szpitala Miejskiego Specjalistycznego w K. w okresach od 4 do 29 maja 2009 r., 8 października 2009 r. i od 31 maja do 5 czerwca 2010 r. W czasie tych pobytów powód przeszedł operację wytworzenia kroczonej przetoki moczowej, zabieg cystoskopii i kalibracji cewki.

Pismem z dnia 17 listopada 2009 r. pełnomocnik powoda zwrócił się do Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Opieki (...) w K. o zajęcie stanowiska w sprawie, w szczególności czy uznaje i w jakim zakresie swoją odpowiedzialność za powstałe zdarzenie. W odpowiedzi pozwany wskazał, że powiadomił o zarzutach powoda ubezpieczyciela. Na żądanie zakładu ubezpieczeń pełnomocnik powoda w dniu 6 stycznia 2010 r. przesłał ubezpieczycielowi wymagane dokumenty, w tym protokół do rozpatrzenia żądań. Pismem z dnia 12 marca 2010 r. zakład ubezpieczeń zawiadomił powoda, że nie przyjmuje odpowiedzialności za zdarzenie i odmówił wypłaty świadczeń.

W chwili zdarzenia powód liczył 42 lata. Był osobą sprawną, nigdzie się nie leczył. Zamieszkiwał z żoną i trzyletnim synem, oczekiwał na narodziny drugiego

dziecka. Źródłem utrzymania rodziny były dochody za pracę wykonywaną przez powoda, który był zatrudniony w Z. spółce z o.o. w P. od lipca 1995 r. na czas nieokreślony. Był dobrym, cenionym pracownikiem o dużym doświadczeniu zawodowym i umiejętnościach. W 2007 r., korzystając z urlopu bezpłatnego, pracował przy budowie fabryki w U. Średnie wynagrodzenie powoda w okresie od stycznia do kwietnia 2008 r. wynosiło 3504 zł brutto (2481,48 zł netto). Od października 2010 r. przeciętne miesięczne wynagrodzenie spawacza u pracodawcy powoda wynosiło 4 190 zł brutto.

Prawomocnym wyrokiem z dnia 3 czerwca 2009 r, sygn. akt IV U (...), Sąd Rejonowy Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w K. ustalił, że zdarzenie, w którym uczestniczył powód w dniu 23 kwietnia 2008 r., jest wypadkiem przy pracy.

Z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w J. przyznał powodowi prawo do renty w wysokości 1666,17 zł brutto. W następnych latach powód otrzymywał rentę w wysokości brutto 1996,96 zł - od 1 marca 2011 r., 2092,82 zł - od 1 marca 2012 r., 2176,53 zł - od 1 marca 2013 r., 2211,35 zł - od 1 marca 2014 r., 2260 zł - od 1 marca 2011 r. W ocenie lekarza orzecznika ZUS, powód doznał 90% uszczerbku na zdrowiu i został uznany za osobę trwale niezdolną do pracy i samodzielnej egzystencji.

Powód jest osobą niepełnosprawną. W wyniku przebytego krwawienia podpajęczynówkowego, a następnie doznanego udaru niedokrwinnego doszło u niego do znacznego stopnia uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Stan zdrowia powoda jest utrwalony i nie należy spodziewać się w przyszłości istotnego pogorszenia. Stopień istniejącego aktualnie u powoda inwalidztwa biologicznego, związanego z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego określić można na 100%.

W związku ze znacznym pogorszeniem się stanu zdrowia powoda po 23 kwietnia 2008 r. wymaga on stałej, całodobowej pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego, jak mycie, załatwianie potrzeb

fizjologicznych, ubieranie. Obecny stan zdrowia powoda jest utrwalony, nie należy spodziewać się poprawy ani pogorszenia.

Pomoc i opiekę powodowi zapewnia żona. Pomagają jej matka i siostra męża. Żona powoda nie jest w stanie podjąć pracy. Źródłem utrzymania rodziny jest renta powoda z ZUS oraz zasiłki z GOPS. Z uwagi na stan zdrowia powód wymagał i wymaga stałej pomocy, której zakres wraz z upływem czasu i usprawnieniem powoda ulegał zmniejszeniu. Zakres i koszt tej pomocy Sąd Okręgowy ustalił szczegółowo posiłkując się opinią biegłej z zakresu pielęgniarstwa.

Sąd Okręgowy uznał za miarodajną dla dokonania ustaleń i rozstrzygnięcia opinię Zakładu Medycyny Sądowej (...) Uniwersytetu (...) w K. Wprawdzie biegli P. J., C. J. i A. R. wydając ustne opinie uzupełniające wycofali się częściowo z wniosków opinii pisemnej w zakresie możliwego wpływu nieprawidłowego postępowania w szpitalu a stanem zdrowia powoda, to jednak, w ocenie Sądu Okręgowego, wiarygodne w tym zakresie są wnioski opinii pisemnej będącej wynikiem szczegółowej analizy zespołu biegłych. Uzasadniając oddalenie wniosku dowodowego o przeprowadzenie dowodu z opinii innego instytutu, Sąd Okręgowy argumentował, że wydana w sprawie opinia Zakładu Medycyny Sądowej jest obszerna, wielowątkowa, miarodajna do rozstrzygnięcia sprawy, a jej przydatności i fachowości strony w toku postępowania skutecznie nie podważyły.

Legitymacja bierna pozwanego P. S.A. w W. wynika z łączącej go z Wojewódzkim Specjalistycznym Zespołem Opieki (...) w K. umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Natomiast legitymacja Wojewódzkiego Szpitala (...) w K. wynika z połączenia tej placówki z Wojewódzkim Specjalistycznym Zespołem Opieki (...) w K. i przejęcia zobowiązań tego Szpitala na mocy uchwały Sejmiku Województwa (...) z dnia 26 października 2009 r. nr (...).

Powód w wyniku przebytego krwawienia podpajęczynówkowego, a następnie udaru niedokrwienego doznał poważnego kalectwa i jest to stan utrwalony. Uszczerbek na zdrowiu oceniony został na 100%. Choć samo krwawienie podpajęczynówkowe i dalsze konsekwencje z tym związane były wynikiem pęknięcia tętniaka, a więc schorzenia samoistnego, niemniej po stronie

pozanego Szpitala doszło do nieprawidłowości uprawniających do przyjęcia, że gdyby postępowanie diagnostyczne wobec powoda było pełne i prawidłowe, skutki doznanego wylewu mogłyby być mniejsze. Z opinii Zakładu Medycyny Sądowej (...) Uniwersytetu (...) w K. jednoznacznie wynikało, że postępowanie podjęte wobec powoda przez dr I. D. nie było w pełni poprawne i nosiło cechy niedodiagnozowania pacjenta. Rozpoznanie przejściowego udaru niedokrwinnego (TIA) biegli uznali za uzasadnione, podkreślając jednak, że istniały wskazania do objęcia powoda pilnym nadzorem lekarskim i możliwie szybkim wdrożeniem diagnostyki obrazowej. Postępowanie takie jest wskazane właśnie ze względu na możliwość wystąpienia udaru niedokrwinnego mózgu w stosunkowo krótkim czasie od TIA, a także możliwość wykluczenia lub potwierdzenia innej patologii mózgowej, m.in. krwawienia podpajęczynówkowego (SAH). Wprawdzie, zdaniem biegłych, w pełni poprawne badanie neurologiczne, hospitalizacja, badania neuroobrazowe, mogły nie doprowadzić do szybszego rozpoznania SAH i ograniczenia skutków przebytego incydentu mózgowego, to jednak postępowanie lekarza neurologicznej izby przyjęć było niedostatecznie staranne, ograniczające szanse diagnostyczne i ewentualną możliwość skutecznego leczenia. Zgodnie z opinią biegłych, nie sposób stwierdzić, że zastosowanie właściwego modelu postępowania na pewno nie przyniosłoby pozytywnego efektu terapeutycznego. Przesądza to o ustaleniu częściowej odpowiedzialności pozwanego Szpitala za doznany przez powoda uszczerbek na zdrowiu, która - z uwagi na etiologię choroby - winna kształtować się na poziomie 30%.

Ustalając wysokość adekwatnego zadośćuczynienia dla powoda (art. 445 § 1 k.c.), Sąd Okręgowy wziął pod uwagę, że powód w chwili zdarzenia miał 42 lata, był osobą sprawną i zdrową, miał udaną rodzinę. W wyniku doznanego uszczerbku życie powoda uległo diametralnej i nieodwracalnej zmianie. Stał się osobą niepełnosprawną, zdaną na stałą opiekę i pomoc. Krzywda powoda, ujmowana jako cierpienia fizyczne i psychiczne, jest więc znaczna. Dlatego zadośćuczynienie w kwocie żądanej pozwem (500 000 zł), uznane zostało za uzasadnione. Z uwagi na przyjęty stopień odpowiedzialności pozwanych (30%) wysokość zadośćuczynienia została pomniejszona o 70% co uzasadniało zasądzenie z tego tytułu kwoty 150 000 zł.

Sąd Okręgowy uznał za uzasadnione, co do zasady, żądanie w zakresie obu rodzajów rent (art. 444 § 2 k.c.). Świadczenia rentowe również zostały zasądzone w kwotach odpowiadających 30% ich pierwotnej wysokości. Ponadto uwzględniona została okoliczność, że postanowieniem z dnia 9 listopada 2011 r. powodowi przyznana została tytułem zabezpieczenia kwota 1220,14 zł.

Ponieważ odpowiedzialność pozwanych, z uwagi na różne jej podstawy, kształtuje się na zasadzie *in solidum*, Sąd zastrzegł w wyroku, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego. Odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona została do kwoty 167 400 zł, jako sumy ubezpieczenia wynikającej z umowy ubezpieczenia (45 500 EUR przeszacowane według kursu z daty umowy 28 grudnia 2007 r.). W pozostałym zakresie powództwo nie zostało uwzględnione.

Wyrok Sądu pierwszej instancji został zaskarżony przez obie strony. W toku postępowania apelacyjnego S. S. zmarł (w dniu 3 grudnia 2016 r.), a w jego miejsce do procesu wstąpili jego następcy prawni - żona U. S. i dwaj małoletni synowie M. S. i S. S.

Wyrokiem z dnia 26 kwietnia 2018 r. Sąd Apelacyjny w (...) zmienił zaskarżony wyrok w części uwzględniającej powództwo (pkt. I, II i III) oraz orzekającej o kosztach procesu, w tym o kosztach sądowych należnych Skarbowi Państwa (pkt. V i VI) w ten sposób, że oddalił powództwo oraz nie obciążył powoda kosztami procesu na rzecz pozwanych (pkt I) oraz oddalił apelację strony powodowej (pkt II).

Odpowiedzialność pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w K. oparta jest na zasadzie winy (art. 415 k.c.). Dopiero przyjęcie tej odpowiedzialności w stosunku do tego pozwanego uzasadniało odpowiedzialność pozwanego P. S.A. w W. z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Zasadniczym zagadnieniem związanym z odpowiedzialnością za tzw. błąd w sztuce medycznej jest kwestia ustalenia związku przyczynowego jako jednej z przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej. Zgodnie z art. 361 § 1 k.c., zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne

działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. W orzecznictwie przyjmuje się, że w rozważanym przypadku w razie braku dowodu pewnego wystarczające jest ustalenie wysokiego, graniczącego z pewnością, stopnia prawdopodobieństwa. W procesach lekarskich nie jest konieczne wykazanie związku przyczynowego o charakterze bezpośrednim i stanowczym, lecz wystarczy ustalenie odpowiedniego stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia następstw typowych. Jednak nawet tak rozumiany związek określony w art. 361 § 1 k.c. musi zachodzić pomiędzy ewidentnie nieprofesjonalnym i niestaranym, a więc zawinionym zachowaniem strony pozwanej, a szkodą na zdrowiu powstałą u pacjenta.

Błąd lekarski natomiast ujmowany jest, jako działanie lub zaniechanie lekarza w sferze diagnozy i terapii sprzeczne z zasadami wiedzy medycznej w zakresie dla lekarza dostępnym. Błąd lekarski reprezentuje obiektywny komponent winy. Jako postępowanie lekarza *contra legem artis* (tj. działanie lub zaniechanie niewłaściwe, naruszające zasady wiedzy medycznej), stanowi jeden z przejawów bezprawności. Jest więc kategorią całkowicie niezależną od osoby konkretnego lekarza (jego indywidualnych cech, skłonności i umiejętności) oraz od okoliczności, w których podejmował on czynności z zakresu diagnozy i terapii. Błąd nie pociąga więc za sobą odpowiedzialności cywilnej sam przez się. Obciążenie lekarza odpowiedzialnością za szkodę wchodzi w rachubę dopiero wtedy, gdy błąd jest jednocześnie zawiniony subiektywnie, tzn. stanowi następstwo niedochowania przez lekarza należytej staranności.

W sprawie nie ulegało wątpliwości, że lekarz pozwanego Szpitala popełnił zawiniony błąd polegający na niepełnym zdiagnozowaniu powoda oraz na niepozostawieniu go na obserwacji na 48 godzin na Oddziale Neurologicznym.

Ocena stopnia prawdopodobieństwa, o którym mowa powyżej, powinna być dokonana przez sąd z udziałem biegłego, gdyż okoliczności pomocne w takim wnioskowaniu wchodzi w zakres wiadomości specjalnych biegłego.

Uwzględniając powyższe założenia, Sąd Apelacyjny uznał za uzasadnione zarzuty apelacji powoda kwestionujące zasadność pominięcia przeprowadzenia

wnioskowanego przez powoda dowodu z opinii nowego instytutu oraz zarzuty pozwanych odnoszące się do oceny Sądu pierwszej instancji przeprowadzonych dowodów, zwłaszcza dowodu z opinii (...) Uniwersytetu (...) w K. - Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej z uwzględnieniem ustnych wyjaśnień biegłych, którzy brali udział w jej wydaniu. W oparciu o powołane przez Sąd pierwszej instancji spostrzeżenia biegłych, nie można wywieść wniosku o wysokim, graniczącym z pewnością, stopniu prawdopodobieństwa istnienia normalnego związku przyczynowego pomiędzy zaniechaniem i błędną decyzją lekarza a skutkiem w postaci stanu zdrowia S. S. Według biegłych, błąd popełniony przez lekarza izby przyjęć pozwanego Szpitala był tzw. błędem bezskutkowym. Nawet w przypadku optymalnego zachowania wobec pacjenta nie było podstaw do stwierdzenia, iż można było uniknąć następstw, jakie wystąpiły w stanie zdrowia pacjenta. Z tych przyczyn nie było też podstaw do czynienia ustaleń o istnieniu związku przyczynowego w takim ujęciu, jak przewiduje to art. 361 § 1 k.c. pomiędzy zawinionym zaniechaniem lekarza izby przyjęć pozwanego Szpitala a stanem zdrowia S. S. Dowolnym i niemającym oparcia w materiale dowodowym sprawy było więc stanowisko Sądu pierwszej instancji o przyjęciu częściowej odpowiedzialności pozwanego Szpitala (na poziomie 30%) za doznany przez powoda uszczerbek na zdrowiu.

W sprawie istniały więc podstawy do zażądania opinii innego instytutu naukowego. Ponieważ wniosek ten został podtrzymany przez stronę powodową w postępowaniu apelacyjnym, Sąd Apelacyjny dopuścił dowód na te same okoliczności, które były przedmiotem przeprowadzonego dowodu z opinii (...) Uniwersytetu (...) w K. - Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej oraz ustalenia stopnia prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego pomiędzy zawinionym zaniechaniem lekarza izby przyjęć pozwanego Szpitala a stanem zdrowia S. S.

Wnioski wypływające z opinii zespołu biegłych z Uniwersytetu (...) w P. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej nie prowadzą do zmiany konkluzji wynikającej z poprzedniej, przeprowadzonej w sprawie opinii. Również na podstawie nowej opinii nie było podstaw do ustalenia istnienia związku

przyczynowego w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. pomiędzy zawinionym zaniechaniem lekarza izby przyjęć pozwanego Szpitala a stanem zdrowia S. S. Nieprzyjęcie go w trybie pilnym do oddziału neurologicznego, pozostawienie go bez nadzoru neurologicznego przez 24 godziny i nieprzeprowadzenie odpowiednich badań diagnostycznych (w tym badania KT głowy), opóźniło postawienie odpowiedniej diagnozy i wdrożenie odpowiedniego dalszego postępowania zarówno diagnostycznego, jak i terapeutycznego, co mogło mieć istotny wpływ na dalszy przebieg jego schorzenia (krwotok podpajęczynówkowy z pękniętego tętniaka śródmózgowego). Nie można wykluczyć, iż stały 24-godzinny nadzór nad pacjentem, pozwoliłby na wychwycenie momentu, gdy zaczęły pojawiać się objawy neurologiczne, wykonanie na tym etapie DSA i embolizacji tętniaka, co skutkowałoby pełnym wyleczeniem z pozostawieniem nieznacznych skutków ubocznych. Nie można też wykluczyć, że skutkowałoby to łżejszym przebiegiem schorzenia, lepszą reakcją na stasowane leczenie oraz mniej nasilonymi i utrwalonymi skutkami oraz krótszym leczeniem. Jednak stopień związku przyczynowego między stanem zdrowia powoda a postępowaniem lekarza izby przyjęć pozwanego Szpitala jest stopnia średniego. W opinii uzupełniającej biegli wskazali nadto, że obie opinie (...) i (...)Uniwersytetu (...) są zgodne co do meritum. Wskazują na poprawne, lecz niepełne postępowanie lekarza izby przyjęć pozwanego Szpitala. Obie wskazują także na ograniczenie z tego powodu szans diagnostyczno-leczniczych oraz na trzy możliwe przebiegi zdarzenia przy założeniu pozostania powoda na 24 godzinnej obserwacji i poddaniu go procesowi diagnostyczno-leczniczemu (brak wpływu na stan zdrowia pacjenta, łżejszy przebieg schorzenia, pełne wyleczenie z pozostawieniem nieznacznych skutków ubocznych). Biegli zdecydowanie podtrzymali swój wniosek o ocenie stopnia prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza izby przyjęć pozwanego Szpitala a stanem zdrowia powoda, który to stopień określili jako średni. Logicznie zatem rzecz ujmując, przedstawiona przez biegłych konkluzja, określająca stopień prawdopodobieństwa zaistnienia wszystkich trzech wariantów przebiegu zdarzeń jako średni, oznacza, że równie prawdopodobne było, iż właściwa diagnostyka i postępowanie diagnostyczno-lecznicze w izbie przyjęć pozwanego Szpitala nic by nie zmieniły w stanie zdrowia

powoda, tj. że przebieg schorzenia u powoda byłby lżejszy lub nastąpiłoby pełne wyleczenie z pozostawieniem nieznacznych skutków ubocznych.

Jeżeli w rozpoznawanej sprawie stopień związku przyczynowego pomiędzy zaniedbaniem lekarza a powstałą szkodą (stanem zdrowia pacjenta) był tylko średni oznacza to, że w powód nie wykazał wszystkich przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego Szpitala. Skutkować to musiało oddaleniem powództwa, wobec tego pozwanego.

Ponieważ odpowiedzialność pozwanego P. S.A. w W. ma charakter akcesoryjny w stosunku do odpowiedzialności pozwanego Szpitala, brak tej ostatniej skutkował ekskulpacją pozwanego zakładu ubezpieczeń. Z tych przyczyn Sąd Apelacyjny zmienił zaskarżony wyrok uwzględniając apelacje obu pozwanych. Oznaczało to jednocześnie konieczność oddalenia apelacji powoda, jako bezzasadnej. Oparta była ona bowiem na założeniu, że odpowiedzialność pozwanych istnieje co do zasady, a jedynie świadczenia zasądzone na rzecz powoda są zbyt niskie.

Wyrok Sądu Apelacyjnego został zaskarżony w całości skargą kasacyjną przez powodów. W ramach podstawy kasacyjnej z art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c. zarzucono w niej naruszenie art. 361 k.c. w zw. z art. 6 k.c. poprzez przyjęcie braku adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy postępowaniem pozwanego Szpitala a szkodą powoda S. S. w sytuacji, w której z prawidłowo przeprowadzonych ustaleń faktycznych jednoznacznie wynika zawinione zachowanie poprzez niezapewnienie wymaganych możliwości diagnostycznych oraz zaniechanie poprzez niepodjęcie wobec powoda wymaganych działań leczniczych zgodnych z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i praktyki medycznych, a w szczególności niezapewnienie dostępu do badania tomografem komputerowym oraz niepozostawienie powoda na obserwacji w warunkach szpitalnych i niepodjęcie wymaganych działań leczniczych w ramach działalności pozwanego Szpitala lub nieskierowanie powoda do leczenia w ośrodku specjalistycznym w celu wykonania zabiegu neurochirurgicznego lub innego zabiegu albo leczenia zgodnego z zasadami wiedzy i praktyki lekarskiej a ograniczenie się jedynie do wydania skierowania do poradni specjalistycznej

w warunkach ambulatoryjnych. Powodowie wniesli o uchylenie zaskarżonego wyroku oraz zmianę i orzeczenie co do istoty sprawy poprzez zasądzenie od stron pozwanych na rzecz powodów:

- kwoty 500 000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w płatności od dnia 6 stycznia 2010 r. do dnia zapłaty;

- kwoty 125 455,04 zł tytułem skapitalizowanej renty do dnia 28 lutego 2011 r. z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w płatności za okres od dnia 10 marca 2011 r. do dnia zapłaty;

- renty z tytułu utraconych dochodów i zwiększonych potrzeb w kwotach:

- a/ 2932,97 zł w okresie od dnia 1 marca 2011 r. do dnia 30 października 2011 r.; b/ 3618,97 zł w okresie od dnia 1 listopada 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r.; c/ 3612,29 zł w okresie od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 28 lutego 2012 r.; d/ 3516,43 zł w okresie od dnia 1 marca 2012 r. do dnia 31 grudnia 2012 r.; e/ 3272,48 zł w okresie od dnia 1 stycznia 2013 r. do dnia 28 lutego 2013 r.; f/ 3188,77 zł w okresie od dnia 1 marca 2013 r. do dnia 31 grudnia 2013 r.; g/ 3174,80 zł w okresie od dnia 1 stycznia 2014 r. do dnia 28 lutego 2014 r.; h/ 3139,98 zł w okresie od dnia 1 marca 2014 r. do dnia 31 grudnia 2014 r.; i/ 2886,12 zł w okresie od dnia 1 stycznia 2015 r. do dnia 28 lutego 2015 r.; j/ 2837,47 zł w okresie od dnia 1 marca 2015 r. do dnia 3 grudnia 2016 r. - płatnych miesięcznie z góry do dnia 15. każdego następującego po sobie miesiąca z ustawowymi odsetkami za opóźnienie płatności do dnia zapłaty przy uwzględnieniu zmian podmiotowych po stronie powodów oraz daty śmierci S. S.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna została oparta tylko na zarzucie naruszenia prawa materialnego mieszczącego się w ramach podstawy kasacyjnej z art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c. Ocena związku przyczynowego należy do kwestii prawnych i w związku z tym podlega kontroli kasacyjnej w ramach podstawy z art. 398³ § 1 k.p.c. (por. wyrok

Sądu Najwyższego z dnia 25 kwietnia 1997 r., I CKN 60/97, OSNC 1997, nr 11, poz. 173).

Zgodnie z art. 398¹³ § 2 k.p.c., rozpoznając skargę kasacyjną Sąd Najwyższy jest związany ustaleniami faktycznymi stanowiącymi podstawę zaskarżonego wyroku. Ocena zarzutu naruszenia prawa materialnego polegającego na błędnym jego zastosowaniu odnosi się więc zawsze do ustalonego w sprawie stanu faktycznego, w odniesieniu do którego zastosowano w ten czy inny sposób przepis prawa materialnego albo pominięto jego zastosowanie. Warunkiem prawidłowego zastosowania przepisu prawa materialnego jest więc prawidłowe i pewne ustalenie stanu faktycznego co do istotnych okoliczności mających znaczenie z punktu widzenia przepisów prawa materialnego właściwych do oceny zasadności żądania zawartego w pozwie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 września 2015 r., II CSK 655/14, nie publ.). Z tej przyczyny ustalenia te nie powinny być ze sobą sprzeczne, gdyż może to prowadzić do rozbieżnych ocen przy zastosowaniu w sprawie konkretnej, wynikającej z przepisu, normy prawa materialnego. Brak więc istotnych ustaleń faktycznych z punktu widzenia wchodzących w rachubę do oceny zgłoszonego żądania w pozwie przepisów prawa materialnego, czy też sprzeczność tych ustaleń faktycznych może uniemożliwiać ocenę prawidłowości zastosowania przez sądy *meriti* w danej sprawie prawa materialnego, co może być podstawą uzasadnionego zarzutu naruszenia prawa materialnego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2009 r., IV CSK 258/09, nie publ.,

W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się jednolicie, że w tzw. procesach odszkodowawczych lekarskich istnienie związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym (np. zaniedbaniem personelu medycznego albo zaniedbaniem organizacyjnym) a szkodą poniesioną przez pacjenta w postaci utraty zdrowia lub życia z reguły nie może być ustalone w sposób pewny, wystarczy więc dla ustalenia istnienia związku, o którym mowa w art. 363 § 1 k.c., istnienia związku przyczynowo-skutkowego o odpowiednio wysokim stopniu prawdopodobieństwa (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 5 lipca 1967 r., I PR 174/67, OSNC 1968, nr 2, poz. 26, z dnia 23 października 2002 r., II CKN 1185/00, nie publ., z dnia 24 maja 2005 r., V CSK 654/04, nie publ., z dnia 17 maja

2007 r., III CSK 429/06, nie publ., z dnia 5 kwietnia 2012 r., II CSK 402/11, BSNIC 2013, nr 7-8, z dnia 5 lutego 2014 r., V CSK 140/13, nie publ., z dnia 8 maja 2014 r., V CSK 353/13, nie publ., z dnia 20 maja 2016 r., II CSK 654/15, nie publ.). W sytuacji, w której w tego rodzaju procesach wykazywanie przez powoda wszystkich etapów związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem (zdarzeniami) wskazanym przez powoda jako sprawcze a szkodą bywa zazwyczaj nader utrudnione, a nawet niemożliwe, co uzasadnia zastosowanie tzw. dowodu *prima facie* opartego na konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.). Konstrukcja ta zakłada istnienie więzi przyczynowej między poszczególnymi zdarzeniami, które trzeba w postępowaniu wykazać, na podstawie typowego przebiegu zdarzeń, w którym jedno ze zdarzeń w świetle wiedzy i doświadczenia życiowego stanowi typowy skutek innego zdarzenia.

Zaskarżone orzeczenie opiera się na ocenie Sądu Apelacyjnego, że w sprawie nie wykazano adekwatnego związku przyczynowego, o którym mowa w art. 361 § 1 k.c., między zaniedbaniami lekarza w izbie przyjęć Szpitala w K. a powstałą szkodą w postaci późniejszego stanu zdrowia powoda, gdyż stopień związku przyczynowego pomiędzy zaniedbaniem lekarza a powstałą szkodą (stanem zdrowia pacjenta) był tylko średni. Podstawą ustaleń faktycznych Sądu drugiej instancji stanowiły opinie sporządzone w sprawie, w tym na etapie postępowania apelacyjnego opinia Uniwersytetu (...) w P. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej. Wnioski wynikające z tej opinii zostały podzielone w całości przez Sąd Apelacyjny i stały się w ten sposób elementem stanu faktycznego będącego podstawą zastosowania przez ten Sąd przepisu art. 361 § 1 k.c.

W wyżej powołanej opinii rzeczywiście stwierdzono, że stopień związku przyczynowego między stanem zdrowia S. S. a postępowaniem lekarza izby przyjęć pozwanego Szpitala jest stopnia średniego. Jednakże w tej samej opinii znajduje się też stanowisko powołane w skardze kasacyjnej, do którego nie odniósł się bliżej Sąd drugiej instancji, że pomiędzy stanem klinicznym powoda a „postępowaniem pozwanego Szpitala istnieje związek przyczynowo-skutkowy” oraz że „brak hospitalizacji w trybie pilnym spowodował kaskadę skutków neurologicznych, urologicznych, psychicznych”. Tak jednoznaczna konkluzja

pozostaje w oczywistej sprzeczności z oceną stopnia - jako średniego - związku przyczynowego pomiędzy zaniedbaniami, jakich dopuścił się lekarz izby przyjęć pozwanego Szpitala a późniejszym stanem zdrowia S. S.

Poza tym, jak zasadnie podniesiono w skardze kasacyjnej, odpowiedzialność odszkodowawcza zakładu opieki zdrowotnej związana z leczeniem pacjenta może wynikać nie tylko z błędów medycznych jego personelu (np. lekarza), ale także z zaniedbań organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej np. z powodu ograniczenia na skutek złej organizacji pracy dostępu do określonych sprzętów medycznych potrzebnych do prawidłowej diagnozy i leczenia pacjentów. Z uzasadnienia zaskarżonego wyroku nie wynika jednoznacznie, czy dokonując oceny żądań zgłoszonych w pozwie Sąd Apelacyjny wziął pod uwagę także zaniedbania organizacyjne po stronie pozwanego Szpitala i jak je ocenił.

W opinii, na której oparł swoje rozstrzygnięcie Sąd drugiej instancji, przedstawiono trzy hipotezy dotyczące związku przyczynowego pomiędzy konkretnie stwierdzonymi uchybieniami w postępowaniu personelu medycznego izby przyjęć pozwanego Szpitala a późniejszym stanem zdrowia S.S. Według pierwszej z nich błędy te nie miały żadnego wpływu na jego późniejszy stan zdrowia, gdyż nie wpłynęłyby na dalszy przebieg leczenia (błąd bezskutkowy). Według drugiej uniknięcie tych błędów pozwoliłoby na lepszą reakcję na stosowane leczenie oraz mniejsze nasilenie i utrwalenie skutków oraz krótsze leczenie. Według trzeciej hipotezy uniknięcie tych błędów skutkowałoby pełnym wyleczeniem z postawieniem nieznacznych skutków ubocznych. W opinii, która w tej części stała się podstawą oceny Sądu drugiej instancji, że zachodził jedynie średni stopień związku przyczynowego, o którym mowa w art. 363 § 1 k.c., między stanem zdrowia S.S. a postępowaniem lekarza izby przyjęć pozwanego Szpitala, nie sprecyzowano bliżej, chociażby przez wskazanie za pomocą ułamka, czy procentu, jak biegli rozumieli pojęcie „średniego stopnia” prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego. Również Sąd drugiej instancji nie wyjaśnił tego pojęcia ani też nie sprecyzował granicy pomiędzy „średnim” a „wysokim”, czy „graniczącym z pewnością” stopniem prawdopodobieństwa wystąpienia związku przyczynowego, który spełniałby wymagania określone w art. art. 363 § 1 k.c., jako przesłanki

odpowiedzialności odszkodowawczej. W konsekwencji Sąd Apelacyjny swoją ocenę o niewykazaniu istnienia adekwatnego związku przyczynowego jako niezbędnej przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej oparł na bliżej nieskonkretyzowanym kryterium. Ponadto ani w opinii, na której oparł się Sąd drugiej instancji, ani w ustaleniach Sądu drugiej instancji nie wskazano bliżej, który z hipotetycznych trzech wariantów istnienia związku przyczynowego między stanem zdrowia powoda a postępowaniem lekarza izby przyjęć pozwanego Szpitala był i w jakim stopniu najbardziej prawdopodobny. Dopiero taka ocena przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności ustalonych w sprawie mogła stanowić podstawę dokonania prawidłowej oceny, czy w sprawie wykazano istnienie związku przyczynowego, o którym mowa w art. 363 § 1 k.c.

Powyższe uwagi uzasadniają wniosek, że podstawa faktyczna stanowiąca podstawę wyroku zaskarżonego skargą kasacyjną została ustalona w sposób, który ze względu na wskazane luki, czy niewyjaśnione sprzeczności, nie pozwalał na dokonanie kontroli prawidłowości zastosowania przez Sąd drugiej instancji art. 363 § 1 k.c. w zw. z art. 6 k.c. Uzasadniało to uchylenie zaskarżonego wyroku na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.c. i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia - na podstawie art. 108 § 2 w zw. z art. 391 § 1 i art. 398²¹ k.p.c. - o kosztach postępowania kasacyjnego.