



Sygn. akt II CSK 342/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 sierpnia 2019 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Katarzyna Tyczka-Rote (przewodniczący, sprawozdawca)
SSN Paweł Grzegorzczak
SSN Karol Weitz

w sprawie z powództwa T. S.
przeciwko K. Z.
z udziałem interwenienta ubocznego po stronie pozwanej - Towarzystwa
Ubezpieczeniowego "(...)" Spółki Akcyjnej z siedzibą w W.
o zadośćuczynienie, rentę i ustalenie,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym
w Izbie Cywilnej w dniu 9 sierpnia 2019 r.,
skargi kasacyjnej powoda
od wyroku Sądu Apelacyjnego w (...)
z dnia 27 września 2017 r., sygn. akt I ACa (...),

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

UZASADNIENIE

Powód małoletni T. S. ostatecznie wystąpił przeciwko pozwanej K. Z. z powództwem o zapłatę zadośćuczynienia w kwocie 80 000 zł za wywołanie u niego błędem lekarskim trwałej choroby, a także renty uzupełniającej w kwocie 1000 zł miesięcznie, poczynając od dnia wniesienia pozwu oraz zaległej renty za okres od października 2006 r. do stycznia 2009 r. Wniósł też o ustalenie odpowiedzialności pozwanej na przyszłość za szkody powstałe w związku z leczeniem jego matki w okresie porodu i samym porodem.

W toku postępowania do strony pozwanej przystąpił jako interwenient uboczny jej ubezpieczyciel - Towarzystwo Ubezpieczeniowe "(...)" Spółka Akcyjna w W.

Wyrokiem z dnia 18 października 2011 r. Sąd Okręgowy w K., rozpatrując sprawę po raz pierwszy, zasądził od pozwanej na rzecz małoletniego powoda zadośćuczynienie za krzywdę w kwocie 80 000 zł, kwotę 61 000 zł skapitalizowanej renty za okres od października 2006 r. do października 2011 r. oraz comiesięczną rentę w kwocie 1000 zł, poczynając od 1 listopada 2011 r., z odsetkami w razie nieterminowej płatności. Ustalił także odpowiedzialność pozwanej za mogące się ujawnić w przyszłości następstwa zdrowotne, pozostające w związku ze zdiagnozowanym u powoda zespołem niedokrwienno-niedotlenieniowym. Sąd, opierając się na opiniach Kliniki Medycyny Matczyno-Płodowej i Ginekologii Instytutu (...) w Ł. oraz biegłej z Kliniki Neonatologii, stwierdził niestaranność prowadzenia przez pozwaną opieki nad przebiegiem ciąży matki powoda, przejawiającą się niewłaściwą reakcją na informacje o zmniejszonym odczuwaniu przez nią ruchów płodu i na nieprawidłowy wynik badania KTG z dnia 13 września 2006 r. Sąd Okręgowy uznał, że pozwana nie zachowała należytej staranności, ponieważ nie wdrożyła pogłębionej diagnostyki, nie skierowała pacjentki do szpitala wyższej referencji, co umożliwiłoby wcześniejsze wykrycie powikłań ciąży, nienależycie wykonywała badania i wadliwie prowadziła dokumentację przebiegu ciąży. Przyczyny te uznał za w sposób oczywisty przekładające się na stan zdrowia powoda, gdyż szybsze wykrycie powikłań mogło doprowadzić do wcześniejszego rozwiązania ciąży i wpłynąć na lepszy stan urodzeniowy powoda.

Wyrokiem z dnia 2 marca 2012 r. Sąd Apelacyjny w (...), na skutek apelacji pozwanej, uchylił orzeczenie Sądu Okręgowego i przekazał mu sprawę do ponownego rozpoznania, stwierdzając jej nienależyte wyjaśnienie, nie dające podstaw do przesądzenia odpowiedzialności pozwanej. Zwrócił uwagę, że biegli nie wypowiadali się w przedmiocie środków zaradczych, jakie mogły być podjęte w celu ewentualnego wyeliminowania stanu niedokrwienno-niedotlenieniowego u powoda, czy też mających na celu złagodzenie jego zakresu i skutków. Wskazał też na pominięcie przez Sąd Okręgowy argumentów pozwanej, która - z odwołaniem się do opinii biegłej neurolog z dnia 16 lipca 2011 r. - wskazywała, że do niedotlenienia powoda mogło dojść w czasie porodu i kwestionowała, by w opiece nad matką powoda dopuściła się jakichkolwiek zaniedbań.

We wskazaniach co do dalszego prowadzenia sprawy Sąd Apelacyjny zalecił Sądowi pierwszej instancji dokonanie pogłębionych rozważań na temat odpowiedzialności pozwanej z uwzględnieniem zastrzeżeń podniesionych przez nią w postępowaniu apelacyjnym, w oparciu o ewentualnie uzupełnioną opinię biegłych z dziedziny ginekologii i położnictwa, a także po rozważeniu wniosku pozwanej o dopuszczenie dowodu z opinii zespołu biegłych z zakresu ginekologii i położnictwa oraz neurologii, także co do mogących wchodzić w rachubę środków pozwalających na zapobieżenie bądź złagodzenie skutków wystąpienia u powoda zespołu niedokrwienno-niedotlenieniowego i czasu wystąpienia tego zespołu - z nawiązaniem do opinii neurologa z dnia 16 lipca 2011 r.

W toku powtórnego rozpatrywania sporu powód rozszerzył powództwo.

Sąd Okręgowy w K. wyrokiem z dnia 11 czerwca 2015 r. jego powództwo oddalił. Ustalił, że matka powoda, M. S. od dnia 25 stycznia 2006 r. pozostawała pod opieką ginekologiczną pozwanej K. Z. - specjalisty ginekologa - położnika. Wizyty odbywały się przeciętnie 2 razy w miesiącu. W czasie pierwszej wizyty pozwana ustaliła datę ostatniej miesiączki pacjentki (18 grudnia 2006 r.), skontrolowała jej ciśnienie i wagę, przeprowadziła badanie ginekologiczne, stwierdzając nadżerkę szyjki macicy i nieco powiększoną macicę, wykonała także przezpochwowe badanie USG, opisując jego wynik „jak 6 tyg.”. Pacjentka skarżyła się na zaparcia. Pozwana zaleciła stosowanie preparatów Folik i Xenna, zaplanowała na następnej wizycie pobranie wycinka do badania cytologicznego.

W dniu 1 lutego 2006 r. matka powoda zgłosiła pozwanej gorsze samopoczucie, po przeprowadzeniu nieopisanego w dokumentacji badania ginekologicznego, pozwana zleciła wykonanie analiz laboratoryjnych - morfologii, cukru, VDRL, grupy krwi oraz badanie ogólne moczu.

W czasie wizyty w dniu 20 lutego 2006 r., wykonane zostały rutynowe pomiary ciśnienia i wagi. Z dokumentacji wynika, że nie stwierdzono obrzęków, żylaków ani ruchów, w karcie odnotowane zostały wyniki zleconych poprzednio badań. Przeprowadzone badanie USG opisane zostało jako „CRL 9 tyg. + 4 dni, R (+), zawiązki czterech kończyn”.

W dniu 9 marca 2006 r. pozwana zgłosiła złe samopoczucie w pracy i osłabienie. Pozwana bez badania przedmiotowego wystawiła jej zwolnienie lekarskie na 13 dni. Zwolnienia były ponawiane aż do końca okresu ciąży. Jako ich przyczynę pozwana wskazywała zawsze opiekę położniczą związaną z ciążą.

Przez kolejne miesiące wpisy wskazywały na prawidłowe wyniki badań. Matka powoda przeszła w tym czasie infekcję i terapię antybiotykową, miała cyklicznie przeprowadzane pomiary ciśnienia krwi i wagi ciała, badania FHR, badania przedmiotowe i USG, co jakiś czas wykonywała zlecane przez pozwaną badania laboratoryjne. W jednym z wcześniejszych wpisów pozwana odnotowała, że pacjentka pali papierosy. Z ustaleń wynikało, że tak było na początku ciąży, jednak matka powoda stopniowo ograniczała palenie i najpóźniej od lutego 2006 r. już nie paliła.

W dniu 7 sierpnia 2006 r. (33 tydzień ciąży) pozwana zbadała matkę powoda i stwierdziła sporadycznie napięty brzuch, wykonała USG, którego wyniki opisała jako: położenie główkowe BPD 32+1, FL 29+4, FHR (+), R (+) i nieczytelny zapis o łożysku. Ustalono płeć męską. Pozwana udzieliła matce powoda kolejnego zwolnienia lekarskiego do dnia 30 sierpnia 2006 r.

W trakcie wizyty w dniu 30 sierpnia 2006 r. (36 tydzień ciąży) pozwana przeprowadziła badanie KTG, którego wydruk jest aktualnie nieczytelny. W dokumentacji pod tą datą znalazł się zapis, że badania są prawidłowe oraz - później naniesiony - że pacjentka pali papierosy. Pozwana przepisała matce powoda Furagin, Urosept i Pimafucin oraz wypisała zwolnienie lekarskie na okres 14 dni.

W trakcie wizyty w dniu 13 września 2006 r. pozwana w badaniu matki powoda odnotowała zamknięte ujście, a KTG opisała jako zwolnienie tętna w położeniu na wznak, 140 zawężoną oscylację. Zleciła pacjentce ponowne badanie KTG oraz udzieliła dalszego zwolnienia lekarskiego do 4 października 2006 r. Dwa dni później, 15 września 2006 r. matce powoda wykonano wyłącznie badanie KTG i jego wydruk, aktualnie nieczytelny, dołączono do historii choroby. W czasie następnej wizyty, w dniu 20 września 2006 r. (39 tydzień ciąży) wykonano ponowne badanie KTG. Pozwana zbadała pacjentkę i stwierdziła zamkniętą szyjkę.

Matka powoda kilkakrotnie zgłaszała pozwanej odczuwanie słabszych ruchów płodu. Pozwana uspokajała ją jednak, że wszystko przebiega prawidłowo, a dziecko prawdopodobnie jest mniej aktywne. Pouczyła też pacjentkę, że w przypadku jakichkolwiek komplikacji zdrowotnych należy wezwać karetkę pogotowia ratunkowego. W dniu 23 września 2006 r. matka powoda poczuła, że ruchy płodu stają się coraz słabsze, choć chwilowo zyskują na sile. Słabo odczuwalne były tylko przy pozycji leżącej na boku. Chwilami sytuacja się poprawiała. Pod wieczór matka powoda zdecydowała się pojechać do szpitala w J.. Około godz. 20.30 została przyjęta, powiadomiła personel, że od kilku godzin przestała odczuwać ruchy płodu. Wstępne badanie wykazało rozwarcie szyjki macicy na tzw. opuszkę i zwolnione tętno płodu (125/min.) Pozostałe dane były prawidłowe. Lekarz na podstawie karty ciąży stwierdził jej przebieg bez patologii. O godz. 20:35 na podstawie wyniku KTG lekarz stwierdził zawężoną oscylację i polecił pilne wykonanie cesarskiego cięcia. O godz. 21:10 tętno płodu zwolniło poniżej 100/min i natychmiastowo skierowano pacjentkę na salę operacyjną. Małoletni powód urodził się o godz. 21:20 w wyniku cesarskiego cięcia, wykonanego ze względu na zagrożenie zamartwicą płodu. Płyn owodniowy był zielony. Powód miał wagę 2.340 g, wzrost 48 cm, obwód głowy 32 cm i obwód klatki piersiowej 30 cm. Stan noworodka w pierwszej minucie oceniono na 0 w skali Apgar w każdej kategorii, co oznaczało, że powód urodził się w stanie śmierci klinicznej. Powód został zaintubowany, wykonano mu masaż serca oraz podano adrenalinę. W trzeciej minucie życia dano mu 1 punkt za czynność serca.

Po wykonaniu zabiegu matka powoda poinformowała lekarzy, że dwa tygodnie przed porodem tętno płodu „nie podobało się lekarzowi prowadzącemu”,

ale kontrola po 2 dniach nie wykazała patologii oraz o tym, że pozwana informowała ją, że dziecko będzie „nie za duże”. Powoda w nocy 24 września 2006 r. przewieziono do szpitala w K. Tam przebywał do 17 października 2006 r. na oddziale patologii i intensywnej terapii noworodka z rozpoznaniem zamartwicy wewnątrzmacicznej płodu, stanu po resuscytacji, niewydolności oddechowej, aspiracji smółki, encefalopatii niedokrwienno-niedotlenieniowej i hipotrofii wewnątrzmacicznej płodu.

Powód wielokrotnie wymagał hospitalizacji w szpitalach w K., J., K. i P. z uwagi na częste infekcje dróg oddechowych oraz konieczność prowadzenia diagnostyki. Rozpoznano u niego krótkowzroczność, wadę słuchu i padaczkę. Od pierwszego miesiąca życia wymagał intensywnej rehabilitacji. Od urodzenia został zaliczony do osób niepełnosprawnych. Aktualne rozpoznanie obejmuje encefalopatię niedotlenieniowo - niedokrwinną pod postacią mózgowego porażenia dziecięcego w postaci czterokończynowego niedowładu spastycznego, padaczki lekoopornej i upośledzenia umysłowego w stopniu znacznym. Powód ma uszkodzony ośrodkowy układ nerwowy, nie widzi i nie mówi, nie porusza się samodzielnie, nie siada, nie raczkuje, ma znacznie upośledzoną sprawność chwytną i manipulacyjną rąk. Mając 8 i pół roku ważył 50 kg. Może jeść tylko zmiksowane posiłki. Wymaga całkowitej opieki, pielęgnacji oraz stałej rehabilitacji ruchowej, stałego leczenia przeciwpadaczkowego, terapii psychologiczno-pedagogicznej oraz logopedycznej. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu wynosi 100%, a rokowania są niekorzystne, gdyż skutki neurologiczne są nieodwracalne. Stała, cotygodniowa rehabilitacja małoletniego ma na celu rozwój funkcji ruchowych i zapobieganie powikłaniom w postaci np. przykurczy stawowych i zaburzeń oddychania. Rodzice powoda ponoszą koszty leczenia i rehabilitacji małoletniego oraz jego dowozu na zabiegi w wysokości ok. 1 500 zł miesięcznie. Tylko część zabiegów rehabilitacyjnych jest refundowana, powód wymaga jednak liczniejszych zabiegów rehabilitacyjnych. Znaczne koszty wiążą się też z zakupem sprzętu, obuwia, urządzeń rehabilitacyjnych, fotelika samochodowego, nierefundowanych leków, pieluch, czy wyjazdowych turnusów rehabilitacyjnych. Matka powoda nie pracuje zawodowo z powodu konieczności sprawowania nad nim opieki. Otrzymuje łącznie około 1500 zł zasiłku wypłacanego przez MOPS.

Ojciec powoda zarabia 1750 zł brutto miesięcznie. Rodzice małoletniego powoda uzyskują dofinansowanie z odpisu podatkowego oraz od Fundacji na rzecz osób niepełnosprawnych.

Pozwana K. Z. w okresie od 15 maja 2006 r. do 14 maja 2006 r. była ubezpieczona w Towarzystwie Ubezpieczeń (...) S.A. w W., Oddział w P. od odpowiedzialności cywilnej związanej z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Sumę gwarancyjną strony umowy określili na kwotę 200.000 zł.

W sprawie wydana została opinia Kliniki Medycyny Matczyno-Płodowej i Ginekologii Instytutu (...) w Ł., uzupełniona opinią Kliniki Neonatologii, których ustalenia Sąd Okręgowy uwzględnił, pominał natomiast prywatną opinię R.K. i jego zeznania jako świadka, uznając opinię za uzupełnienie twierdzeń powoda, a zeznania świadka za nieistotne, skoro nie był on świadkiem istotnych dla sprawy okoliczności.

Biegli ocenili czynności podjęte przez lekarzy ze szpitala w J. jako prawidłowe, przeprowadzone z zastosowaniem procedury diagnostycznej odpowiedniej do istniejącego zagrożenia. Stwierdzili, że w chwili podjęcia decyzji o cesarskim cięciu płód wszedł już w fazę umierania, co było przyczyną złego wyniku neurologicznego powoda w chwili urodzenia, z bardzo małymi wartościami Ph (Apgar 0). Przyczyny tego stanu wystąpiły wcześniej. Niekorzystnym czynnikiem, który mógł pogarszać rokowanie był zespół zahamowania wzrastania płodu. Łożysko matki wykazało zmiany w postaci zawału bladego i martwicy fibrynoidu kosmków z licznymi drobnymi rozsianymi zwapnieniami, co mogło częściowo ograniczyć wymianę pomiędzy matką a płodem i wpływać na zahamowanie wzrostu płodu w okresie ciąży. Jednak przeprowadzone po porodzie badania histopatologiczne nie zawierały danych ilościowych pozwalających na ocenę wielkości wpływu tego czynnika na wystąpienie zespołu niedokrwienno - niedotlenieniowego. W ocenie biegłych zespołem tym płód dotknięty był już w ostatnich tygodniach ciąży. Stan zdrowia powoda pozostaje więc w związku przyczynowym z przebiegiem ciąży. Zespół niedokrwienno-niedotlenieniowy w większości dotyczy dzieci urodzonych z niską i bardzo niską masą urodzeniową. Tylko 10% przypadków stanowią przyczyny bezpośrednio związane z porodem, a pozostałe są wynikiem przebiegu ciąży. Biegli stwierdzili, że w wypadku powoda

nie jest możliwe wskazanie pewnej przyczyny tego zespołu. Można tylko wymienić czynniki ryzyka jego wystąpienia, którymi były: zakażenie, zawały w obrębie łożyska, palenie tytoniu przez matkę powoda i jej wiek (35 lat).

W sprawowanej przez pozwaną opiece ginekologicznej nad ciążą matki powoda, biegli wskazali uchybienia, które polegały na niestaranym prowadzeniu dokumentacji medycznej, w tym na nieczytelnych opisach wizyt pacjentki, niezamieszczaniu opisów badań oraz wypływających z nich wniosków i zaniechaniu stawiania rozpoznań lekarskich kończących wizytę. Część wyników badań - głównie wyniki badań KTG z sierpnia i września 2006 r. - była nieczytelna, co uniemożliwiało ich wykorzystanie do oceny poprawności czynności pozwanej. W dokumentacji nie było kserokopii oryginalnych wyników zleconych badań dodatkowych, są jedynie odręczne odpisy niektórych zbadanych parametrów. Pozwana wszystkie zwolnienia lekarskie wystawiła pacjentce na „opiekę położniczą związaną głównie z ciążą”, co nie pozwalało określić konkretnych wskazań (schorzeń wymagających zwolnienia lekarskiego) do ich udzielania. Opiniujący ocenili też, że liczne badania ultrasonograficzne, które pozwana wykonała matce powoda, nie zostały utrwalone z zachowaniem podstawowych standardów (opis był niewłaściwy lub mało wartościowy). W końcowym etapie ciąży nie zastosowano innych technik badania USG, w tym badań dopplerowskich, mimo że były do tego wskazania.

Nieprawidłowości tych Sąd Okręgowy nie uznał jednak za podstawę umożliwiającą przypisanie pozwanej odpowiedzialności za schorzenie stwierdzone u powoda, ponieważ z opinii wynikało również, że nie można ich w sposób pewny i bezsporny powiązać ze schorzeniem jakie stwierdzono u powoda. Istotne znaczenie diagnostyczne miałyby kardiotorakograficzna ocena dobrostanu płodu w ostatnich tygodniach ciąży, jednak nieczytelne kserokopie zapisów badań KTG nie nadają się do interpretacji klinicznej. Z zapisów pozwanej w dokumentacji lekarskiej wynika, że wynik badania z dnia 13 września 2006 r. nie był dobry, gdyż wystąpiła nieprawidłowa oscylacja czynności serca płodu. Zdaniem biegłych po uzyskaniu od matki powoda informacji, że gorzej odczuwa ruchy płodu i stwierdzeniu zawężonej oscylacji czynności serca płodu w badaniu KTG, należało rozszerzyć diagnostykę dobrostanu płodu za pomocą dostępnych metod

diagnostycznych: testu niestresowego (NST); badania ultrasonograficznego z uwzględnieniem przepływów dopplerowskich w wybranych naczyniach płodu; oceny płynu owodniowego pobranego na drodze amniopunkcji; oceny gazometrii krwi płodu pobranej na drodze kordocentezy. Wdrożenie diagnostyki nie zapobiegłoby jednak wystąpieniu zespołu niedokrwienno-niedotlenieniowego, gdyż stwierdzone nieprawidłowości były jego skutkiem, a nie przyczyną. Zmniejszenie aktywności płodu i zawężona oscylacja pojawiająca się okresowo w badaniu KTG u ciężarnych może mieć liczne przyczyny i tylko jedną z nich jest wewnątrzmaciczne niedotlenienie płodu. Sąd odwołał się do stanowiska biegłych, że trudno powiązać stan pourodzeniowy powoda ze sposobem opieki prenatalnej. Przyjął także ich pogląd, że nie można udowodnić tezy, iż wcześniejsze zakończenie ciąży przyczyniłoby się do polepszenia stanu pourodzeniowego powoda. Takie rozwiązanie wymaga stwierdzenia istotnych przesłanek klinicznych, a w diagnostyce ciążowej matki powoda biegli nie znaleźli dowodów na to, że byłoby to korzystne dla stanu zdrowia powoda. Sąd ustalił, że w 30% przypadków zespołu niedokrwienno-niedotlenieniowego, jednoznaczne wskazanie jego przyczyny jest niemożliwe. Uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, będące wyrazem zespołu niedokrwienno-niedotlenieniowego, jest wynikiem wielu współdziałających ze sobą czynników etiologicznych, które pojawiają się w określonym, niekorzystnym dla płodu lub noworodka okresie. Zespół ten, gdy występuje u dzieci urodzonych przedwcześnie, niesie za sobą większe niebezpieczeństwo, niż u tych, które przychodzą na świat o czasie.

Sąd wskazał, że zespół niedokrwienno-niedotlenieniowy jest wynikiem uszkodzenia mózgu na pewnym etapie ciąży, porodu lub we wczesnym okresie noworodkowym, jednak sprecyzowanie rodzaju czynnika uszkadzającego ośrodkowy układ nerwowy jest w większości przypadków niepewne lub niemożliwe. Obraz kliniczny zespołu niedokrwienno-niedotlenieniowego jest wypadkową rodzaju czynnika powodującego uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego. Niewątpliwie dym tytoniowy i alkohol są neurotoksynami, a czynne i bierne palenia papierosów przez ciężarną w okresie prokreacyjnym oraz w czasie ciąży prowadzi do wystąpienia wielu mechanizmów mogących pośrednio sprzyjać wystąpieniu tego zespołu u płodu i noworodka, dlatego logiczne jest rozpatrywanie ich wpływu

bezpośredniego, a także pośredniego na płód lub noworodka, skoro matka powoda w chwili zajścia w ciążę paliła do 8 papierosów dziennie. Pozwana zaleciła jej zaprzestanie palenia, co matka powoda wykonała stopniowo ograniczając palenie, by najpóźniej w lutym 2006 r. przestać palić.

Znane są jednak jedynie czynniki ryzyka, dające statystyczne podstawy wnioskowania o prawdopodobieństwie ich udziału w patomechanizmie danego schorzenia. Ich obecność nie świadczy jednak, że były bezpośrednią przyczyną wystąpienia tej, czy innej choroby. Wzrost ryzyka występowania mózgowego porażenia dziecięcego wśród noworodków z zespołem zahamowania wzrastania prawdopodobnie nie jest spowodowany wystąpieniem pojedynczego czynnika ryzyka, a wyższą częstotliwością występowania wielu czynników ryzyka. Biegli rozważyli także ryzyko wystąpienia abberacji chromosomowych i uznali, że z materiału dowodowego nie wynika, aby powód cierpiał na chorobę wynikającą z wady uwarunkowanej nieprawidłowościami genetycznymi, a ponadto mózgowe porażenie dziecięce bardzo rzadko ma charakter schorzenia uwarunkowanego genetycznie. Wskazali też, że istnieją schorzenia, których patomechanizm nie polega na nieprawidłowej funkcji określonego genu czy genów lecz są wynikiem zadziałania określonego czynnika etiologicznego, który uszkadza płód, może to być np. fizyczne uszkodzenie poprzez zadziałanie czynnika chemicznego lub fizycznego wówczas, gdy anatomicznie centralny układ nerwowy został prawidłowo ukształtowany. W ich ocenie tak się stało w przypadku powoda, w przeważającej liczbie przypadków schorzenie to ma charakter wrodzony, to znaczy zadziałanie czynnika etiologicznego i początek choroby następuje w okresie życia płodowego. Genetyczne badania prenatalne powoda nie miałyby więc istotnego znaczenia, nie zapobiegłyby bowiem ujawnieniu się u niego objawów mózgowego porażenia dziecięcego w okresie prenatalnym, ani nie wpłynęłoby na redukcję jego kalectwa.

Poziom hemoglobiny matki małoletniego powoda, który pierwotnie budził zastrzeżenia biegłych po przedstawieniu oryginalnych wyników został przez nich uznany za mieszczący się w granicach normy, jakkolwiek w dolnych. Stosowanie środków hemopoetycznych nie było więc bezwzględnie konieczne.

Sąd wywiódł z opinii także wniosek, że z punktu widzenia neurologicznego, nie można określić, na jakim etapie powstało niedotlenienie u powoda. Pierwsza

ocena stanu zdrowia powoda, przeprowadzona zaraz po porodzie wykazała 0 w skali Apgar. Okres okołoporodowy, w którym może dojść do uszkodzenia centralnego układu nerwowego zaczyna się około 5-6 tygodnia ciąży, kiedy dochodzi do wykształcenia zawiązku centralnego układu nerwowego. Od tego momentu niedotlenienie może spowodować uszkodzenie tego układu, co nie zawsze ujawnia się od razu, lecz staje się uchwytnie dopiero wtedy, gdy będzie rodziło konsekwencje dla prawidłowych czynności rozwoju dziecka, np. kontroli ruchu, aktywności motorycznej lub umysłowej.

Sąd Okręgowy jako podstawę prawną swoich rozważań i odpowiedzialności pozwanej za skutki zdrowotne, jakie wystąpiły u powoda przyjął art. 415 k.c., a w oparciu o przepis art. 361 k.c. poddał ocenie związek pomiędzy stanem zdrowia małoletniego powoda, a sprawowaniem przez pozwaną opieki lekarskiej nad jego matką w okresie ciąży i uznał, że między tymi zdarzeniami nie ma adekwatnego związku przyczynowego. Ustalone uchybienia pozwanej w postaci odbiegających od wzorca opisów wyników badań lub czytelności prowadzonej dokumentacji lekarskiej nie miały żadnego wpływu na stan zdrowia powoda. Brak było również przesłanek do stwierdzenia, że pozwana jako lekarz położnik mogła podjąć jakiekolwiek inne działania, które zapobiegłyby wystąpieniu schorzenia u powoda. Zdaniem Sądu pozwana nie zaniechała takich działań. W konsekwencji Sąd Okręgowy uznał, że powód nie wykazał przesłanek odpowiedzialności pozwanej wymaganych w art. 415 k.c., tj. zawinionego działania szkodzącego powodowi oraz związku przyczynowego pomiędzy tym działaniem a stanem zdrowia powoda.

Powód zaskarżył wyrok apelacją, w której zarzucił naruszenie art. 233 k.p.c. przez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów co do ustalenia, że pomiędzy jego stanem zdrowia a sprawowaniem przez pozwaną opieki lekarskiej nad jego matką w okresie ciąży nie ma związku przyczynowego, mimo że opinia biegłej sądowej E. G. z dnia 17 marca 2014 r. wskazuje na istnienie takiego związku. Pozostałe zarzuty dotyczyły kwestii kosztów pomocy adwokackiej udzielanej przez adwokata z urzędu.

Sąd Apelacyjny w (...) wyrokiem z dnia 27 września 2017 r. oddalił apelację powoda, po uzupełnieniu postępowania dowodowego dowodem z ustnej opinii

biegłego prof. J. W. oraz opinii pisemnej biegłego prof. M. S. Sąd stwierdził, że obydwa te dowody potwierdziły ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego, jednak za wiodący dowód uznał opinię prof. M. S., ustalając w oparciu o jej treść, że pomiędzy zaniedbaniami pozwanej, a stanem zdrowia powoda nie zachodzi adekwatny związek przyczynowo skutkowy. Sąd odwoławczy wskazał, że w ocenie biegłego pozwana nie dopuściła się błędów diagnostycznych ani leczniczych w stosunku do matki powoda. Wykonała wszystkie niezbędne czynności podyktowane praktyką kliniczną i doświadczeniem, nie popełniła błędu medycznego ani nie dopuściła się niestaranności na jakimkolwiek poziomie leczenia, poza jedynie odbiegającymi od wzorca opisami wyników badań i czytelnością prowadzonej dokumentacji lekarskiej. Wystąpienie trudności w trakcie porodu nie było wynikiem nieprawidłowego działania pozwanej ani też personelu szpitala w J., złej organizacji pracy czy braków w dokumentacji medycznej. Dzięki pomocy, jaką uzyskała matka powoda i sam powód od pozwanej jak również od personelu szpitala w J., możliwe było leczenie zgodne ze standardami aktualnej wiedzy medycznej, a materiał dowodowy w sprawie nie dawał, zdaniem biegłego i Sądu, podstaw do stwierdzenia, że nie wykonano wymaganych czynności, aby uchronić matkę powoda jak i samego powoda przed zaistniałą sytuacją. Sąd przyjął, że ciąża matki powoda była prowadzona prawidłowo, przebiegała typowo i nie było podstaw do kwalifikowania jej jako ciąży wysokiego ryzyka, a w konsekwencji kierowania matki powoda do ośrodka opieki prenatalnej II lub III stopnia. Wykonane badania KTG były wystarczające do monitorowania i obiektywizacji stanu płodu, a objawy występujące podczas ciąży nie wskazywały na konieczność wykonywania dalszych badań diagnostycznych np. oceny przepływu techniką dopplerowską, które nie są badaniami powszechnie dostępnymi, gdyż wykonuje się je na specjalistycznych aparatach, w zasadzie niedostępnych w 2006 r., poza wysoko wyspecjalizowanymi jednostkami badawczymi. Badanie USG wykonane w 25. tygodniu ciąży potwierdzało prawidłowy wzrost płodu, a wykonane w 32. tygodniu ciąży tj. w dniu 2 sierpnia 2006 r., mimo że wykazało wzrost na poziomie 29 tygodni i 4 dni, przy uwzględnieniu dopuszczanego błędu pomiaru (w tym okresie - 22 dni) - uprawniało do oceny wzrostu jako prawidłowego. Zahamowanie wzrostu było więc niewielkie, dlatego go nie rozpoznano w trakcie prowadzenia ciąży, tym bardziej,

że metoda badania wzrostu płodu ograniczona jest błędami pomiarowymi, wynoszącymi około 20% zgodnie z Rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

Powód w chwili narodzin w 39. tygodniu ciąży ważył 2340 g i był to umiarkowany niedobór masy, ponieważ masa płodu powinna wynosić powyżej 2500 g. Przesłanki do kończenia ciąży wystąpiły dopiero w szpitalu w J., kiedy podczas badania KTG doszło do obniżenia czynności serca płodu. Matka powoda miała także robione badania KTG przez pozwaną w dniu 30 sierpnia 2016 r. Następne badanie w dniu 13 września 2006 r. było wątpliwe, dlatego powtórzono je dwa dni później. Ostatnie badanie z 20 września 2006 r. było prawidłowe. W ocenie Sądu Apelacyjnego, pozwana nie popełniła błędów, które mogły doprowadzić do zespołu niedokrwienno-niedotlenieniowego u powoda, przeciwnie dołożyła wszelkich starań aby pomóc matce powoda w trakcie ciąży w celu wyeliminowania, zminimalizowania lub ograniczenia negatywnych wpływów na ciążę. Sąd wskazał za biegłymi, że mózgowe porażenie dziecięce ma etiologię wieloczynnikową, a w przypadku powoda doszło do niedotlenienia o charakterze przewlekłym, do którego mogły doprowadzić także przyczyny leżące po stronie matki. Sąd zwrócił uwagę, że porażenie mózgowe stanowi zaburzenie występujące u narodzonych dzieci od kilkunastu lat w sposób niezmienny, niezależnie od jakości opieki przed i okołoporodowej, zaś ryzyka jego wystąpienia nie da się powiązać na gruncie współczesnej medycyny z konkretnymi przyczynami oraz nie da się go wyeliminować. Nawet krótkotrwałe niedotlenienie, które może pojawić się u każdej pacjentki, także u takiej, u której ciąża przebiegała bez żadnych powikłań i problemów, może spowodować uszkodzenie płodu i skutkować urodzeniem się noworodka z mózgowym porażeniem dziecięcym. Stanem tym nie można więc obciążyć lekarza prowadzącego ciążę. W ocenie Sądu Apelacyjnego opinia prof. M. S., ostatecznie wyjaśniła wszelkie wątpliwości jakie formułowała strona apelująca, domagając się przypisania odpowiedzialności pozwanej. Biegły potwierdził ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji, że nie można przypisać winy powódce za niewykrycie u powoda niedotlenienia, które skutkowało obecnym jego stanem zdrowia, co częściowo potwierdził także biegły J. W., wskazując na wieloczynnikowość dziecięcego porażenia mózgowego, a przede wszystkim na

przewlekły charakter niedotlenienia oraz ryzyka jego wystąpienia, które istniały u matki powoda. Sąd podkreślił, że obie opinie wzajemnie się uzupełniają, a opinia biegłego prof. M. S., co do zasady zbieżna jest z wnioskami Instytutu (...), uszczegółowiając je w zakresie samych czynności podejmowanych przez pozwaną i oceny ich prawidłowości zgodnie z wiedzą medyczną na czas zdarzenia.

Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw do pominięcia opinii prof. M. S., o co wnioskował powód. Wyjaśnił, że w sprawie nie było możliwe powołanie dowodu z opinii instytutu, ani też przeprowadzenie uzupełniającej opinii Instytutu (...) z uwagi na śmierć jednego z biegłych. Dlatego też Sąd Apelacyjny dopuścił dowód z opinii ustnej biegłego W., jako biegłego *ad hoc*, w celu wyjaśnienia istotnych dla sprawy okoliczności, które były przedmiotem badań tego biegłego przy wydawaniu opinii z ramienia Instytutu (...). Poza tym nie było możliwości powołania dowodu z opinii innego Instytutu, ponieważ żaden z Instytutów, do których wysłano zapytanie nie podjął się jej wydania, bądź nie odpowiedział w rozsądnym terminie.

Sąd Apelacyjny wskazał też, że zarzuty apelacji odnoszące się do kwestii proceduralnych i dotyczące oceny wiarygodności i mocy dowodów zebranych w sprawie okazały się nieuzasadnione, przede wszystkim dlatego, że przeprowadzone przed tym sądem uzupełniające postępowanie dowodowe potwierdziło prawidłowość ustaleń Sądu Okręgowego i jego wniosków istotnych z punktu widzenia prawa materialnego. Podstawę odpowiedzialności strony pozwanej stanowił art. 415 k.c., a ciężar wykazania wszystkich przesłanek jej odpowiedzialności zgodnie z art. 6 k.c. spoczywał na powodzie. Za błąd w sztuce lekarskiej lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny występuje w przypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, zaś element subiektywny wiąże się z niezachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej. Wysokie wymagania stawiane lekarzom nie oznaczają ich odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Odpowiedzialność lekarza powstałby zatem w wypadku błędu w sztuce medycznej, czyli prowadzenia ciąży niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, polegający za

zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca. Przy ocenie postępowania lekarza należy mieć na względzie uzasadnione oczekiwanie nienarażania pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia. Sąd Apelacyjny stwierdził, że w sprawie ustalone zostało, że w opiece ginekologicznej sprawowanej przez pozwaną nad ciążą M. S. wystąpiły nieliczne zaniedbania, które - poza niewdrożeniem u matki powoda dalszej specjalistycznej diagnostyki na skutek zahamowania wzrostu płodu - na pewno nie miały znaczenia dla stanu zdrowia powoda. Decydujące znaczenie miało ustalenie normalnego związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem pozwanej, a szkodą powstałą w zdrowiu powoda (art. 361 § 1 k.c.). Skarżący taki związek wywodzą przyjętego przez Sąd Okręgowy na podstawie opinii Instytutu (...) ustalenia, że pozwana nie wykryła u powoda hipotrofii płodu i nie skierowała matki powoda do placówki medycznej wyższego stopnia w celu objęcia jej dalszą opieką. Sąd Apelacyjny przyjął, że pozwana rzeczywiście nie wykryła hipotrofii u powoda, ani nie skierowała matki powoda na badania dopplerowskie. Te uchybienia pozwanej, zdaniem Sądu Apelacyjnego, Sąd Okręgowy prawidłowo ocenił, nie stwierdzając aby wiązały się przyczynowo ze skutkiem w postaci stwierdzonego u powoda zespołu niedokrwienno-niedotlenieniowego. Stan zdrowia powoda pozostawał w związku przyczynowym z przebiegiem ciąży jego matki, jednak nie było możliwości wskazania jednoznacznej przyczyny etiologicznej, która doprowadziła do powstania u powoda tego zespołu, ponieważ objawy zaobserwowane w ostatnich tygodniach ciąży w postaci zmniejszonych ruchów płodu oraz zawężonej oscylacji pracy serca płodu, były efektem, a nie przyczyną przebytego niedotlenienia mózgu. Sąd Apelacyjny podzielił także stanowisko Sądu Okręgowego, że nie było możliwe udowodnienie tezy, że wcześniejsze zakończenie ciąży korzystnie wpłynęłoby na pourodzeniowy stan kliniczny powoda, ani tej, że wdrożenie dodatkowej diagnostyki USG bądź prenatalnej diagnostyki genetycznej zapobiegłoby wystąpieniu u powoda zespołu niedokrwienno-niedotlenieniowego w okresie prenatalnym bądź wpłynęłoby na redukcję jego kalectwa. Sąd Apelacyjny zwrócił uwagę, że z opinii biegłego W. wynika, iż nie ma obecnie terapii leczenia zahamowania wzrostu płodu oraz na to, że biegły ten w opinii kolegialnej Instytutu (...) wskazywał, iż zachowanie i reakcja płodu, które powinny wzbudzić czujność pozwanej mogły być dalekim echem powikłań, które wystąpiły o wiele tygodni

wcześniej, a zaniechanie wdrożenia dodatkowych badań diagnostycznych, czy wcześniejszego skierowania M. S. do szpitala przyczyniło się jedynie do późniejszego ujawnienia powikłań ciąży jakie wpłynęły na pojawienie się i rozwój zespołu niedokrwienno-niedotlenieniowego, nie zaś na samo jego wystąpienie i rozwój powikłań z nim związanych i zdiagnozowanych u powoda w okresie postnatalnym.

Sąd Apelacyjny zwrócił uwagę, że uzupełniony materiał dowodowy podawał w wątpliwość winę pozwanej w stwierdzonych uchybieniach. Lekarze opiniujący w sprawie, zarówno biegły W. w ustnej opinii jak i biegła E. G., na której wnioski powołuje się apelacja, uznali, że pozwana powinna wykryć hipotrofię u powoda i skierować ciężarną pod opiekę placówki wyższego stopnia. Wnioski te uznał jednak za wyrwane z kontekstu oceny dokonywanej na dzień zdarzenia, którą przeprowadził biegły S. Biegły ten uznał, że pozwana mogła mieć problemy ze stwierdzeniem hipotrofii, która była niewielka i mieściła się w błędzie pomiarowym. Biegły W. za dowód braku wykrycia hipotrofii wskazał masę urodzeniową powoda, a biegła neonatolog marginalnie odniosła się do opieki prenatalnej nad matką powoda, poprzestając na założeniu, że gdyby prawidłowo rozpoznano ryzyko w czasie ciąży i skierowano by pacjentkę do porodu w ośrodku o wyższym stopniu referencyjnym, skutkowałoby to prawdopodobnie wcześniejszym ukończeniem ciąży i lepszym stanem dziecka. Argumentację prof. M. S., odwołującą się do niepowtarzających się wadliwych wyników KTG, oraz dopuszczalnych granic błędów pomiarowych Sąd Apelacyjny uznał jednak za bardziej przekonującą. W związku z tym przychylił się do oceny Sądu Okręgowego, że pozwana jako lekarz położnik nie zaniechała żadnych działań, które zapobiegłyby schorzeniu powoda, wobec czego nie było podstaw do uznania, że pomiędzy stanem zdrowia małoletniego powoda a sprawowaniem przez pozwaną opieki lekarskiej nad jego matką w czasie ciąży pozostawało w adekwatnym związku przyczynowym.

Powód złożył skargę kasacyjną od wyroku Sądu Apelacyjnego, opartą na obydwu podstawach z art. 398³ § 1 k.p.c.

W ramach podstawy naruszenia przepisów prawa procesowego zarzucił uchybienie art. 328 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c., a ponadto także w zw. z art. 378 § 1 k.p.c. i art. 278 k.p.c., polegające na sporządzeniu uzasadnienia

zaskarżonego wyroku w sposób uniemożliwiający dokonanie oceny rozumowania, które doprowadziło do wydania orzeczenia, z powodu pominięcia części zebranego materiału dowodowego i ograniczenia ustaleń jedynie do wynikających z opinii prof. M. S., a także z powodu przeprowadzenia postępowania dowodowego w sposób przekraczający zarzuty apelacyjne oraz nieuzasadnione uwzględnienie wniosku dowodowego pozwanej; uchybienie art. 382 k.p.c. w zw. z art. 378 § 1 k.p.c. i art. 278 § 1 k.p.c. w zw. z art. 290 k.p.c. przez zastąpienie, wbrew postanowienia Sądu Apelacyjnego z dnia 22 listopada 2016 r. opinii Instytutu Medycznego opinią sporządzoną jednoosobowo przez biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa prof. M. S., a także naruszenie art. 290 § 1 k.p.c., art. 235 § 1 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. i art. 382 k.p.c. polegające na zaniechaniu przeprowadzenia z urzędu dowodu z ustnego wyjaśnienia przez biegłego prof. M. S. jego uzupełniającej opinii, którą powód uznał za niejednoznaczną i nieprecyzyjną.

Podstawę naruszenia prawa materialnego zawiera zarzut niewłaściwego zastosowania art. 415 k.c. w zw. z art. 355 § 1 i 2 k.c. i art. 361 § 1 k.c. polegającego na przyjęciu, że w okolicznościach sprawy brak przesłanek uzasadniających przypisanie pozwanej winy i przyjęcie jej odpowiedzialności za nieprawidłowe prowadzenie ciąży i nierozpoznanie rozwijającej się patologii płodu (błąd diagnostyczny), w sytuacji, gdy prawidłowo rozpoznane ryzyko w trakcie ciąży i skierowanie pacjentki do porodu w ośrodku o wyższym stopniu referencyjnym, skutkowałoby prawdopodobnie wcześniejszym ukończeniem ciąży, a co za tym idzie urodzeniem dziecka w lepszym stanie ogólnym.

We wnioskach skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu w (...) oraz o zasądzenie kosztów pomocy prawnej udzielonej powodowi w postępowaniu kasacyjnym z urzędu.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną powoda pozwana wniosła o jej oddalenie i zasądzenie od powoda na jej rzecz kosztów postępowania kasacyjnego.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Zgodnie z art. 378 § 1 k.p.c., w postępowaniu apelacyjnym sąd rozpoznaje sprawę w granicach apelacji, w granicach zaskarżenia bierze jednak pod uwagę z urzędu nieważność postępowania. Apelacja jest środkiem zaskarżenia co do

zasady prowadzącym do kontynuacji merytorycznego rozpoznania sprawy, a nie tylko do kontroli poprawności postępowania przeprowadzonego przez sąd pierwszej instancji; sąd drugiej instancji nie jest związany przedstawionymi w niej zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa materialnego, wiążą go natomiast zarzuty dotyczące naruszenia prawa procesowego; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania (por. uchwała składu siedmiu sędziów z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07, OSNC 2008/6/55). Zarzuty apelacyjne powoda wskazywały na potrzebę zbadania poprawności ustaleń Sądu Okręgowego stwierdzających niewystępowanie związku przyczynowego pomiędzy zaniechaniem przez pozwaną pogłębionej diagnostyki poprzez skierowanie matki powoda do szpitala o wyższym stopniu referencyjnym a stanem zdrowia powoda. Powód twierdzi bowiem, że zapewnienie jego matce opieki wysokospecjalistycznej w końcowym okresie ciąży spowodowałoby mniej dotkliwe skutki zespołu niedokrwienno-niedotlenieniowego, którego doznał. Taki wniosek wywodził z opinii neonatologa, który podkreślał korzyści, jakie zapewniłoby powodowi przeprowadzenie dodatkowej diagnostyki i porodu w wysokospecjalistycznych warunkach (k. 937-8).

Sąd Apelacyjny podjął próbę uzupełnienia wcześniejszej opinii z zakresu ginekologii i położnictwa instytutu (...), w której biegli nie zajęli jednoznacznego stanowiska w kwestii wpływu, jaki poddanie matki powoda diagnostyce i leczeniu w warunkach wyspecjalizowanego szpitala położniczego mogłoby mieć dla stanu urodzeniowego i zdrowia powoda (k. 827 i 830). Ostatecznie jednak - po stwierdzeniu, że nie jest to możliwe z uwagi na śmierć jednego z członków zespołu opiniującego – przesłuchał w dniu 18 października 2016 r. drugiego z nich - prof. J. W., który podtrzymał wcześniejsze stanowisko o uchybieniach diagnostyczno-leczniczych pozwanej i przedstawił możliwości, jakie przyniosłoby poszerzenie diagnostyki w ośrodku specjalistycznym (k. 1284-5 oraz nagranie rozprawy z dnia 18 października 2016 r.) postanowił przeprowadzić kolejny dowód z opinii instytutu medycznego (k. 1309 i v.). Skarżący ma rację, że do wydania postanowienia dowodowego doszło przed upływem czasu wyznaczonego przez Sąd drugiej instancji pełnomocnikowi powoda na ustosunkowanie się do tez dowodowych zaproponowanych przez pozwaną i interwenienta ubocznego, mimo

niezłożenia przez powoda pisma zawierającego takie ustosunkowanie, a także po cofnięciu analogicznego wniosku złożonego przez powoda i zakwestionowaniu zasadności wniosku pozwanej i interwenienta. Ma też rację, że Sąd Apelacyjny wbrew własnemu postanowieniu o przeprowadzeniu dowodu, w którym wskazał, że autorem opinii ma być instytut medyczny, powierzył ostatecznie przygotowanie opinii prof. M. S., który - co przyznał Sąd odwoławczy w uzasadnieniu - wydał opinię jednoosobowo, jako biegły, nie była to więc opinia instytutu w rozumieniu art. 290 § 1 k.p.c. Przy tym, na co zwraca uwagę skarżący, twierdzenie Sądu o niemożności uzyskania opinii instytutu w rozsądnym terminie oparte na wynikach zapytań kierowanych zaledwie do trzech placówek, również nie jest przekonujące.

Uzasadnione okazały się również zarzuty dotyczące przeprowadzenia samego dowodu z opinii biegłego. Teza dowodowa (postanowienie z dnia 22 listopada 2016 r. - k. 1309) dotyczyła ustalenia, czy prawidłowe prowadzenie ciąży, właściwa diagnostyka oraz podjęcie odpowiednich działań terapeutycznych mogły zapobiec powikłaniom, które wystąpiły u powoda, lub czy mogły przyczynić się do ich zminimalizowania, jeśli tak, to w jakim stopniu, w szczególności jakie znaczenie dla rokowań co do stanu urodzeniowego dziecka ma wczesne wykrycie niedotlenienia wewnątrzmacicznego i hipotrofii płodu. Sąd zobowiązał też zespół opiniujący (opinię w założeniu miał wydać instytut medyczny) do udzielenia odpowiedzi na pytania zawarte w piśmie interwenienta ubocznego i w piśmie pozwanej.

Powód trafnie wytyka, że wnioski opinii były oczywiście odmienne od tych, jakie zawierały opinie pisemne Instytutu (...) i ustne wyjaśnienia sporządzających je biegłych, ponieważ biegły prof. M. S. zaaprobował postępowanie diagnostyczne i lecznicze pozwanej jako całkowicie prawidłowe, a rozpoznany stan pacjentki i płodu - jako nie dające podstaw do prowadzenia pogłębionych badań diagnostycznych, w związku z czym nie udzielił odpowiedzi na podstawowe pytanie postawione przez Sąd Apelacyjny - czy diagnostyka taka mogłaby doprowadzić do wcześniejszego wykrycia zespołu niedokrwienno-niedotlenieniowego u powoda i umożliwiłaby wdrożenie środków zaradczych, które wpłynęłyby pozytywnie na jego stan zdrowia i umniejszyły kalectwo. Jedynym uchybieniem, jakie biegły stwierdził w opiece medycznej wykonywanej przez pozwaną, było niestaranne prowadzenie przez

pozwana dokumentacji medycznej matki powoda, którego jednak nie uznał za czynnik wpływający na stan zdrowia płodu. Mimo tak radykalnie odmiennego stanowiska, które spotkało się z zastrzeżeniami powoda, Sąd nie postanowił o przesłuchaniu biegłego. Wypada więc zgodzić się ze skarżącym, że został pozbawiony możliwości uzyskania od biegłego dalszych wyjaśnień, co stanowiło uchybienie obowiązkowi prawidłowego prowadzenia dowodu przed sądem orzekającym (art. 235 § 1 k.p.c.). Umożliwienie stronom pełnego zapoznania się ze środkiem dowodowym wymagało zastosowania art. 286 k.p.c., tj. zarządzenia ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie.

Sąd w uzasadnieniu wyjaśnił, że ta opinia stała się przewodnim materiałem dowodowym, który wpłynął na sposób rozstrzygnięcia sprawy, tym bardziej więc dowód ten powinien być przeprowadzony z zachowaniem praw stron.

Skażający słusznie zarzuca ponadto, że mimo dostrzeżenia przez Sąd Apelacyjny odmienności stanowiska prof. M. S. w porównaniu z opinią Instytutu (...) i nieudzielenia w związku z tym odpowiedzi na kluczowe z punktu widzenia apelującego pytania, Sąd odwoławczy bardzo pobieżnie wskazuje na przyczyny, dla których traktuje jako bardziej wartościową opinię prof. M. S. niż opinię Instytutu (...), a zawarte w tej ostatniej opinii i jej uzupełnieniach a także w opinii neonatolog prof. E. G. wnioski o istnieniu podstaw do rozpoznania hipotrofii płodu i błędzie, jaki stanowiło jej nierozpoznanie - jako wnioski wyrwane z kontekstu i okoliczności faktycznych sprawy w odróżnieniu od wniosków biegłego M. S.

Nagromadzenie nieprawidłowości, do jakich doszło na etapie postępowania apelacyjnego w powiązaniu z pobieżnym przedstawieniem w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku motywów, jakimi kierował się Sąd orzekający przy rozstrzyganiu sprawy powoduje, że podniesione przez powoda zarzuty uznać należało w przeważającej części za uzasadnione. Wprawdzie samej decyzji procesowej o przeprowadzeniu dowodu z dodatkowej opinii instytutu medycznego nie można uznać za wadliwą, skoro nieprawidłowe ustalenie przyczynowo-skutkowego powiązania między zaniedbaniami pozwanej a stanem zdrowia powoda stanowiło główny i jedyny dotyczący meritum sprawy zarzut zawarty w apelacji powoda, jednak sposób wykonania tej czynności jest obarczony tyloma

błędami, że nie może być uznany za prawidłową podstawę ustaleń faktycznych, na których oparł się Sad Apelacyjny.

Tym samym uzasadnione były nie tylko zarzuty naruszenia prawa procesowego, przede wszystkim w zakresie przepisów dotyczących postępowania dowodowego, ale także odnoszące się do sporządzenia motywów wyroku, zasadny był również zarzut naruszenia prawa materialnego - art. 415 k.c. w zw. z art. 355 § 1 i 2 k.c. i art. 361 § 1 k.c., ponieważ niemający rzetelnych podstaw dowodowych stan faktyczny nie może stać się podstawą prawidłowej oceny prawnej.

Z przytoczonych względów zaskarżony wyrok należało uchylić, a sprawę przekazać Sądowi Apelacyjnemu w (...) do ponownego rozpoznania (art. 398¹⁵ § 1 k.p.c.).

Orzeczenie o kosztach postępowania kasacyjnego wynika z treści art. 398²¹ w zw. z art. 391 § 1 i art. 108 § 2 k.p.c.