



WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

6 lutego 2025 r.

Sąd Najwyższy w Izbie Cywilnej w składzie:

SSN Agnieszka Jurkowska-Chocyk (przewodniczący,
sprawozdawca)

SSN Mariusz Załucki

SSN Kamil Zaradkiewicz

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym 6 lutego 2025 r. w Warszawie
skargi kasacyjnej K.N.

od wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie

z 26 listopada 2020 r., VI ACa 100/20,

w sprawie z powództwa K.N.

przeciwko Instytutowi [...] w W.

o zadośćuczynienie i rentę

**I. uchyla pkt 1 i 2 zaskarżonego wyroku i w tym zakresie
przekazuje sprawę Sądowi Apelacyjnemu w Warszawie do
ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach
postępowania kasacyjnego;**

II. odrzuca skargę kasacyjną w pozostałym zakresie.

A.W.

Mariusz Załucki

Agnieszka Jurkowska-Chocyk

Kamil Zaradkiewicz

UZASADNIENIE

Wyrokiem z 29 listopada 2019 roku Sąd Okręgowy w Warszawie oddalił powództwo K.N. przeciwko Instytutowi [...] w W. o zadośćuczynienie i rentę (pkt 1) i zasądził od powoda na rzecz pozwanego koszty zastępstwa procesowego (pkt 2).

Wyrokiem z 26 listopada 2020 r. Sąd Apelacyjny w Warszawie oddalił apelację powoda (pkt 1), nie obciążył go kosztami postępowania apelacyjnego (pkt 2) i przyznał radcy prawnemu A.B. ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie koszty nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (pkt 3).

Sąd Apelacyjny podzielił ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Okręgowy, zgodnie z którymi powód urodził się z zespołem [...], polegającym na cofnięciu żuchwy i rozszczepie podniebienia. Pierwszą operację rekonstrukcji podniebienia przeszedł w Instytucie [...] 18 listopada 2004 r., a kolejne 20 stycznia 2006 r. i 26 stycznia 2007 r. W maju 2011 r. powód został ponownie przyjęty do Instytutu [...] z rozpoznaniem niedorozwoju żuchwy. W dniu 20 maja 2011 r. powód przeszedł operację obustronnej osteodystrakcji trzonu żuchwy w okolicy kątów ze stabilizacją odłamów żuchwy poprzez założenie osteodystraktorów zewnątrzustnych. Zabieg przebiegł bez komplikacji. W trakcie zabiegu powód znajdował się w pełnym znieczuleniu. Intubacja była trudna, odbyła się bez odchyłania głowy, przez nos, natomiast przebieg znieczulenia przebiegł bezproblemowo. Podczas zabiegu powód leżał na plecach. Nie było konieczności wykonywania skrętów szyi powoda, czy jego przesuwania. Podczas wybudzenia nie zaobserwowano jakichkolwiek objawów powikłań w obrębie kręgosłupa szyjnego powoda. Bezpośrednio po zabiegu powód leżał. Wieczorem po operacji powód skarżył się na bóle karku. Podawane były mu leki przeciwzapalne, przeciwbólowe, antybiotyki i sterydy. W związku z małą skalą zabiegu nie zlecono dodatkowych badań. Operacja miała miejsce w piątek, a powód miał zostać wypisany ze szpitala w poniedziałek, jednakże z powodu powikłań związanych z kręgosłupem powód przebywał w szpitalu 13 dni. Powikłanie ujawniło się kiedy powoda spionizowano, co miało miejsce w poniedziałek lub wtorek po zabiegu. Okazało się, że powód ma bolesny kręcz szyi, ograniczoną ruchomość i przymusowe ustawienie szyi.

Z dalszych ustaleń Sądów *meriti* wynika, że znieczulenie ogólne powoda do operacji wykonano prawidłowo, zgodnie z wiedzą medyczną, podobnie jak samą operację. Żadne z czynności personelu medycznego nie zwiększało ryzyka podwichnięcia kręgosłupa, którego doznał powód. Na skutek predyspozycji do samoistnych podwichnięć na poziomie C1–C4 kręgosłupa w wieku dziecięcym (rzadko występujących, ale charakterystycznych), w znieczuleniu ogólnym i zwiotczeniu możliwe było wystąpienie takiego zjawiska bez ingerencji z zewnątrz, np. we śnie, czy podczas ziewania. Podwichnięcie jest skutkiem wiotkości więzadeł, zwiększonej dodatkowo w znieczuleniu ogólnym oraz u dzieci z sekwencją [...]. W związku z tym wymagana jest większa ostrożność przy wykonywaniu operacji z udziałem dzieci.

Po zatrzymaniu powoda w szpitalu wykonano badania diagnostyczne w kierunku urazu kręgosłupa, zlecono konsultację neurochirurga, który stwierdził podejrzenie rotacyjnego podwichnięcia C1–C2, zlecił zdjęcia rtg i założenie kołnierza ortopedycznego. Na podstawie tego badania lekarze podejrzewali, że mogło dojść do zmiany w obrębie połączenia głowy z kręgosłupem (złącza czaszkowo–szyjnego). Tomografia wykazała rotacyjne przemieszczenie pierwszego kręgu szyjnego w stosunku do kręgu drugiego, typowe, ale rzadkie powikłanie u dzieci. Przemieszczenie polegające na zatrzaśnięciu stawu zakwalifikowano do typu II, tj. względnie stabilnych uszkodzeń leczonych zachowawczo. Nie stwierdzono u powoda ubytkowych zmian neurologicznych. Osoba ze stabilnym podwichnięciem kręgów C1–C2, przy prawidłowym postępowaniu zachowawczym, może poruszać się samodzielnie bez ryzyka progresji zmian urazowych w kręgosłupie. Szybsze rozpoznanie przyczyn bólu szyi i potylicy, poza skróceniem czasu występujących dolegliwości bólowych nie wpłynęłoby na dalsze postępowanie dotyczące leczenia podwichnięcia C1–C2.

Na początku czerwca 2011 r. powód został przeniesiony do oddziału neurochirurgii [...] z powodu rotacyjnego podwichnięcia w stawie C1–C2 kręgosłupa, gdzie przebywał do 24 czerwca 2011 r. Badanie CT – 3D kręgosłupa szyjnego wykazało u powoda zwichnięciowe ustawienie w stawie szczytowo–obrotowym po stronie prawej z prawie całkowitą utratą łączności powierzchni stawowych, niewielkiego stopnia przesunięcie kręgu C1 w stawach szczytowo–potylicznych na

prawo oraz ku przodowi w stawie po stronie prawej, łuki kręgu C1 oraz C2 wykształcone.

Powodowi założono wyciąg czaszkowy, wdrożono intensywne leczenie przeciwbólowe, a następnie wykonano operację stabilizacji łuków kręgów szyjnych systemem tytanowym [...] do poziomu kręgu szyjnego C4 z użyciem przeszczepów kostnych. Operacja stabilizacji podwichnięcia C1–C2 tytanowymi prętami jest zabiegiem dającym długotrwałą gwarancję na to że nie pojawią się konsekwencje neurologiczne przebytego urazu. Operacja doprowadziła jednak do zmniejszenia ruchomości odcinka szyjnego kręgosłupa we wszystkich kierunkach oraz zaburzenia balansu kręgosłupa. Nie jest możliwym, przy stosowaniu rehabilitacji uzyskania stopnia sprawności kręgosłupa szyjnego porównywalnego do ruchomości sprzed podwichnięcia. Przyczyną bólów głowy i szumów w uszach u powoda może być zarówno stabilizacja kręgosłupa szyjnego, jak również wrodzone nieprawidłowości budowy twarzoczaszki.

W marcu 2013 r. powód został przyjęty do Kliniki Chirurgii [...] w związku z planowaną operacją faryngoplastyki. Przeprowadzone 12 marca 2013 r. badanie TK szyi wykazało nieco węższy kanał kręgowy w odcinku C3–C4, poza tym bez ewidentnych cech zmniejszenia rezerwy płynowej, zachowaną wysokość i strukturę trzonów kręgów szyjnych, bez istotnego przemieszczenia. Szpary stawów szczytowo-obrotowych były symetryczne, bez cech zwężenia. Odnotowano nieznacznie mniejsza odległość zęba obrotnika od mas bocznych kręgu szczytowego po stronie lewej. Przeprowadzone 4 marca 2014 r. badania dały taki sam wynik. Na podstawie przeprowadzonych badań obrazowych, konsultacji specjalistycznych zdecydowano o odroczeniu decyzji o zabiegu do czasu wyjaśnienia konsultacji neurochirurgicznej. W połowie marca 2013 r. wypisano powoda do domu w stanie ogólnym dobrym. Po badaniu kontrolnym CT kręgosłupa szyjnego w marcu 2013 r. stwierdzono stabilność kręgosłupa, bez cech istotnej stenozy kręgosłupa na tej wysokości. Stwierdzono brak przeciwwskazań do kolejnych operacji naprawczych w obrębie twarzoczaszki, ale z intubacją pacjenta, z pomocą endoskopu (z powodu usztywnienia kręgosłupa szyjnego).

W wyniku doznanego podwichnięcia powód będzie ograniczony w podjęciu pracy zawodowej fizycznej, wymagającej pochylania się, prac na wysokości i prac w ruchu, a także uprawienia sportów ekstremalnych.

Sądy *meriti* uznały, że ani w przebiegu operacji, ani w trakcie opieki pooperacyjnej nie da się wskazać jakiegokolwiek uchybienia personelu Instytutu [...], które miałyby wpływ na późniejszy stan zdrowia powoda. Tym samym powództwo podlegało oddaleniu w całości. Pozwany nie odpowiada bowiem za wszystkie niekorzystne skutki leczenia pacjenta, a jedynie za takie skutki, które powstały w wyniku zawinionych uchybień zaistniałych po stronie pozwanego i osób przez niego zatrudnionych.

Dodatkowo Sąd Apelacyjny wskazał, że powód nie zmodyfikował skutecznie roszczenia przed wydaniem zaskarżonego wyroku. Żądanie zadośćuczynienia w związku z naruszeniem praw pacjenta z tytułu naruszenia dóbr osobistych reguluje art. 4 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U z 2012 r. poz. 159 z póź. zm.), stanowiąc, że w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Tego rodzaju roszczenie o zadośćuczynienie przewidziane w art. 4 w/w ustawy w zw. z art. 448 k.c. nie zostało jednak zgłoszone przez powoda, który łączył brak właściwego jego poinformowania przed zabiegiem z rzekomymi jego następstwami w postaci uszkodzeń ciała i z tego tytułu żądał zasądzenia na jego rzecz zadośćuczynienia w oparciu o art. 445 k.c., natomiast w postępowaniu przed Sądem pierwszej instancji nie zarzucał naruszenia jego dóbr osobistych, nie wskazywał jakiego rodzaju i charakteru krzywda wiąże się tylko z naruszeniem jego praw jako pacjenta, nie zgłaszając z tego tytułu odrębnego roszczenia. Niewątpliwie zaś sąd nie może wyrokować co do przedmiotu, który nie był objęty żądaniem ani zasądzać ponad żądanie z uwagi na zakaz wyrażony w art. 321 § 1 k.p.c. co więcej - w postępowaniu apelacyjnym nie można rozszerzyć żądania pozwu ani występować z nowymi roszczeniami (art. 383 k.p.c.).

Od wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie skargę kasacyjną wywiódł powód, zaskarżając go w całości i zarzucając:

1. naruszenie prawa materialnego przez błędną jego wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 445 w zw. z art. 415, art. 430 i art. 6 k.c. przez przyjęcie, że powód nie wykazał przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej strony pozwanej;
2. naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na rozstrzygnięcie sprawy, tj. art. 278 § 1 w zw. art. 382 i art. 391 § 1 k.p.c. przez pominięcie części zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego i wybiórcze potraktowanie opinii biegłych, a w konsekwencji przyjęcie, że w postępowaniu pozwanego nie było nieprawidłowości w zakresie działań leczniczych podejmowanych wobec powoda.

Pozwany w odpowiedzi na skargę kasacyjną domagał się jej oddalenia i zasądzenia kosztów postępowania kasacyjnego.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna powoda okazała się zasadna.

Dowód z opinii biegłego (art. 278 § 1 k.p.c.) ma charakter szczególny, gdyż zasadniczo nie służy ustalaniu okoliczności faktycznych, lecz ich ocenie przez pryzmat wiadomości specjalnych. Do dokonywania wszelkich ustaleń w procesie powołany jest sąd, a nie biegły. Strony powinny wykazywać fakty, z których wywodzą skutki prawne, a zadaniem biegłego jest naświetlenie wyjaśnianych okoliczności z punktu widzenia wiadomości specjalnych przy uwzględnieniu zebranego w toku procesu i udostępnionego materiału dowodowego, (wyrok SN z 26 maja 2021 roku, III CSKP 92/21).

Z ustaleń faktycznych poczynionych w sprawie wynika, że małoletni powód doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu podczas operacji przeprowadzonej w placówce pozwanego w maju 2011 roku. Przed operacją dziecko nie miało uszkodzonego kręgosłupa, a po operacji (lub w jej trakcie) – na co wskazują wyniki badań – kręgosłup powodowa został trwale uszkodzony. Doznany przez powoda uszczerbek na zdrowiu będzie miał istotny wpływ na jego przyszłe życie, w szczególności wybór zawodu. Skarżący słusznie wytyka niedostatki sporządzonych w niniejszym postępowaniu opinii w zakresie braku jednoznacznych wniosków pozwalających ustalić przyczynę doznanego przez powoda urazu kręgosłupa w trakcie przeprowadzanej przez pozwanego operacji. W sprawie nie ustalono również w sposób niebudzący wątpliwości, czy rzeczywiście w przypadku

powoda uraz kręgosłupa można zakwalifikować do powikłań pooperacyjnych, zwłaszcza w kontekście twierdzeń zeznających w sprawie świadków (lekarzy).

W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że w tzw. procesach medycznych, wykazywanie wszystkich etapów związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem wskazywanym jako sprawcze, a szkodą może być nader utrudnione, a nawet niemożliwe. Dlatego dopuszcza się tzw. dowód *prima facie* oparty na konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.), które wymagają wykazania wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je jako oczywiste. Związek przyczynowy między zachowaniem pozwanego a zgonem pacjenta nie musi być ustalony w sposób pewny, wystarczy wysoki stopień prawdopodobieństwa istnienia takiego związku, a w przypadku wielości możliwych przyczyn, przeważające prawdopodobieństwo związku przyczynowego szkody z jedną z tych przyczyn (wyroki SN: z 30 kwietnia 2021 r., V CSKP 44/21). W tego typu procesach nie jest zatem konieczne wykazywanie istnienia związku przyczynowego między działaniem (zaniechaniem) personelu służby zdrowia a szkodą pacjenta w stopniu pewnym i stanowczym, lecz wystarczy istnienie związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa (wyrok SN z 16 września 2021 r., I CSKP 79/21).

Rozpoznając sprawę ponownie, Sąd Apelacyjny powinien ustalić możliwe przyczyny doznania przez powoda urazu kręgosłupa (w trakcie lub po operacji) i stopień prawdopodobieństwa powiązania ich z działaniami (zaniechaniami) personelu pozwanego.

Po uzupełnieniu ustaleń faktycznych niezbędne będzie ponowne dokonanie prawnomaterialnej oceny dochodzonego przez powoda roszczenia.

W tym stanie rzeczy Sąd Najwyższy na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. orzekł, jak w wyroku.

A.W.

[r.g.]

Mariusz Załucki Agnieszka Jurkowska-Chocyk Kamil Zaradkiewicz