



Sygn. akt II CSKP 84/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 sierpnia 2021 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Agnieszka Piotrowska (przewodniczący)

SSN Marian Kocon (sprawozdawca)

SSN Roman Trzaskowski

w sprawie z powództwa M. C.
przeciwko [...] Szpitalowi [...] w Ł. - [...]
o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym
w Izbie Cywilnej w dniu 11 sierpnia 2021 r.,
skargi kasacyjnej powoda
od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...]
z dnia 22 marca 2019 r., sygn. akt I ACa [...],

**oddala skargę kasacyjną; nie obciąża powoda kosztami
postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w Ł. wyrokiem z dnia 7 marca 2018 r. zasądził od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. (...) w Ł. - Centralnego Szpitala (...) na rzecz powoda M. C.

kwotę 60000 zł z odsetkami oraz oddalił powództwo w pozostałej części, tj. „za skutki błędu w sztuce medycznej”.

Roszczenie powoda Sąd uznał za uzasadnione jedynie w zakresie wywodzonym z naruszenia praw pacjenta, polegającym na zaniechaniu zlecenia powodowi przeprowadzenia dalszych badań, a także wyjaśnienia jak poważne przyczyny mogły wywołać napad drgawkowy i jakie ryzyko wiąże się z ich niewykryciem, wskazując jako podstawę art. 448 k.c. w związku z art. 19, 19a ustawy o zakładach opieki medycznej z dnia 31 sierpnia 1991 r. (jedn. tekst: Dz.U. Nr 14, poz. 89).

Apelację powoda od wyroku Sądu Okręgowego w części oddalającej powództwo Sąd Apelacyjny w (...) oddalił wyrokiem z dnia 22 marca 2019 r.

W sprawie ustalono, że powód w dniu 20 czerwca 2008 r. doznał ataku drgawkowego z kilkuminutową utratą przytomności. W trakcie konsultacji w Izbie Przyjęć pozwanego stwierdzono u powoda incydent napadu drgawek po raz pierwszy, z niepamięcią wsteczną. Powód był konsultowany przez kardiologa i neurologa, wykonano badania laboratoryjne, badanie echokardiograficzne oraz badanie CT głowy.

Konsultację kardiologiczną wykonywał dr G. specjalista chorób wewnętrznych. W dokumentach zapisał „w dniu dzisiejszym po silnych emocjach pełna utrata przytomności z drgawkami. Pacjent neguje dolegliwości dławicowe, wydolny krążeniowo. Napad arytmii wystąpił po raz pierwszy w życiu. Pacjent bez dolegliwości. Nie ma wskazań do hospitalizacji w Klinice Kardiologii”.

Konsultację neurologiczną przeprowadził lek. med. K. J., który w dacie zdarzenia nie miał jeszcze specjalizacji z zakresu neurologii. Po badaniu sporządził wpis do dokumentacji „Pacjent po utracie przytomności z drgawkami kończyn górnych. Taki epizod pierwszy w życiu. W badaniu neurologicznym bez cech ogniskowego uszkodzenia OUN. Z powodu urazu głowy proponuję wykonanie CT głowy”. Dalszy zapis po otrzymaniu wyniku: „W CT głowy obraz prawidłowy. Pacjent nie wymaga hospitalizacji na oddziale neurologicznym.” DGN: „Napad drgawkowy, Migotanie przedsionków” Przeprowadzone w dniu 20 czerwca 2008 r. badanie CT głowy nie wykazało zmian.

Po wykonaniu powyższej diagnostyki i konsultacjach - tego samego dnia powód został wypisany do domu bez zaleceń dalszego leczenia czy diagnostyki. Po tym zdarzeniu powód kontynuował pracę w zawodzie strażaka. Podczas badań okresowych nie zgłaszał przebiecia napadu drgawkowego z utratą przytomności.

W dniu 15 sierpnia 2010r. powód w domu upadł, utracił przytomność, „charczał”. Został zabrany przez Pogotowie Ratunkowe do Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. (...) w Ł.. Rozpoznano „Krwotok podpajęczynówkowy (SAH) z zajęciem układu komorowego. Tętniak tętnicy szyjnej wewnętrznej.” W dniu 17.08.2010 r. operowany w trybie pilnym - kraniotomia czołowo-skroniowa lewostronna, zaklipsowano 2 tętniaki na lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej oraz owinięto „mini” tętniak na prawej tętnicy przedniej mózgu. Leczenie kontynuowano w OKAiIT, z rozpoznaniem.: „Stan po operacji tętniaków mnogich mózgu (SAH - 15.08.2010). Niewydolność oddechowa okołoperacyjna. Dysfunkcja OUN”.

W dniu 22 sierpnia 2010 r. nastąpiło nagłe pogorszenie stanu powoda - „afazja i niedowład prawych kończyn. WTK głowy - uogólniony obrzęk mózgu, niewielki krwiak pod płatem kostnym”. Powoda reoperowano - „usunięcie płata kostnego, plastyka oponowo-powdęziowa”. Po zabiegu odnotowano: „bez poprawy: przytomny, z afazją i niedowładem prawych kończyn.” Przy wypisie: „pacjent przytomny, spełniający polecenia, z afazją i niedowładem prawych kończyn”.

W obecnym stanie zdrowia powód jest osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym, całkowicie niezdolną do pracy. Wymaga stałej pomocy i opieki innej osoby od 8 do 12 godzin na dobę. W przyszłości może wymagać opieki instytucjonalnej.

Z opinii biegłych jednoznacznie wynika, że podjęcie pogłębionej diagnostyki po incydencie z 2008 r. mogło jedynie doprowadzić do przypadkowego wykrycia tętniaka. Nie może jednak umykać uwadze, że zarówno z opinii dr A., jak i z opinii Instytutu nie wynika, że tę diagnostykę należało przeprowadzić natychmiastowo w ramach czynności podejmowanych przez Szpitalny Oddział Ratunkowy pozwanego.

Z opinii Instytutu wręcz wynika, że postępowanie lekarzy pozwanego w czerwcu 2008 roku było prawidłowe i nie pozostawało w żadnym związku z krwotokiem podpajęczynówkowym, który wystąpił w 2010 r. Przebyty przez

powoda incydent drgawkowy był wprowadzie wskazaniem do przeprowadzenia szerszej diagnostyki internistycznej, kardiologicznej i neurologicznej, ale mogła być ona realizowana w trybie ambulatoryjnym. Zdaniem biegłych, ta potrzeba dalszej diagnostyki powoda wynikała głównie ze szczególnego charakteru pracy powoda jako strażaka i wynikających z niej licznych zagrożeń zawodowych tak dla niego, jak i osób współuczestniczących w danej akcji. Z żadnego dowodu natomiast nie wynika, by lekarze konsultujący powoda w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym zostali poinformowani o jego profesji. Z zapisów dokumentacji (dr G.) wynika, że utrata przytomności nastąpiła po silnych emocjach, pacjent negował dolegliwości dławicowe, a napad arytmii wystąpił pierwszy raz. Z kolei dr J. został poinformowany, że powód jest sportowcem i był przywieziony z zawodów związanych z wysiłkiem.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego prawidłowo Sąd Okręgowy przyjął, że stan zdrowia powoda nie pozostaje w związku z zaniechaniem zlecenia powodowi przeprowadzenia dalszych badań, a także wyjaśnienia, jak poważne przyczyny mogły wywołać napad drgawkowy i jakie ryzyko wiąże się z ich niewykryciem.

Skarga kasacyjna powoda od wyroku Sądu Apelacyjnego - oparta na podstawie pierwszej z art. 398³ k.p.c. - zawiera zarzut naruszenia art. 361 § 1 k.c., i zmierza do uchylenia tego wyroku w zaskarżonej części oraz uwzględnienia powództwa, bądź przekazania sprawy do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Sądy obu instancji wyszły z trafnego założenia, że podstawę prawną, w świetle której należy rozważać odpowiedzialność pozwanego Szpitala wobec powoda stanowi art. 415 k.c. (odpowiedzialność deliktowa). Źródłem szkody i krzywdy, której naprawienia domaga się powód, było zaniechanie zlecenia powodowi przeprowadzenia dalszych badań, a także wyjaśnienia jak poważne przyczyny mogły wywołać napad drgawkowy i jakie ryzyko wiąże się z ich niewykryciem. Zaniechanie tego rodzaju prawidłowego działania jest przez powoda identyfikowane jako zdarzenie wyrządzające mu szkodę i rodzące obowiązek jej naprawienia przez świadczenia przewidziane w art. 444 § 2 i 445 § 1 k.c.

W świetle art. 361 § 1 k.c. odpowiedzialność deliktowa dotyczy tylko normalnych następstw działania lub zaniechania, które można zakwalifikować jako obiektywnie nieprawidłowe. Sąd Najwyższy wyjaśnił, że w świetle tego przepisu dla stwierdzenia istnienia związku przyczynowego nie wystarcza jakiegokolwiek powiązanie przyczynowe między zachowaniem zobowiązanego a powstaniem szkody. Konieczność badania "normalności" związku przyczynowego, jako przesłanki odpowiedzialności z 361 § 1 k.c., występuje jednak tylko wówczas, gdy między badanymi zjawiskami w ogóle istnieje obiektywny związek przyczynowy. Jeżeli badany skutek nastąpiłby również mimo braku zdarzenia wskazanego jako jego przyczyna, nie można uznać istnienia związku przyczynowego między tymi zdarzeniami. W takiej sytuacji na skutek nieistnienia związku przyczynowego, w ogóle nie powstaje odpowiedzialność odszkodowawcza (por. wyroki Sądu Najwyższego z 3 lipca 2008 r., IV CSK 127/08 nie publ., z 19 czerwca 2008 r., V CSK 18/08 nie publ., i z 14 marca 2002 r., IV CKN 826/00 nie publ.).

Za normalne następstwo pewnego zdarzenia można uznać takie inne zdarzenie, które w danym układzie stosunków, wedle zasad doświadczenia życiowego i wiedzy występuje jako typowe. Przesądzenie związku przyczynowego pomiędzy dwoma faktami jest stwierdzeniem, że według empirycznie poznanych praw przyrody drugi fakt jest skutkiem pierwszego. Ocena, czy skutek jest normalny, powinna być oparta nie tylko na dokładnym wyjaśnieniu całokształtu okoliczności sprawy, zasadach doświadczenia życiowego, ale też, gdy jest taka potrzeba, na wiedzy naukowej, specjalnej. W przypadku badania istnienia adekwatnego związku przyczynowego między stanem identyfikowanym jako szkoda, a zdarzeniem, które ją miało spowodować przybierającym postać zaniechania, przeprowadzenie testu *conditio sine qua non* polega na ocenie, jak według zasad wiedzy i doświadczenia życiowego i z jak dużym prawdopodobieństwem ukształtowałyby się stosunki faktyczne, gdyby zaniechane działanie zostało podjęte (wyrok Sądu Najwyższego z 12 września 2013 r., IV CSK 61/13, OSNC-ZD 2014, Nr 4, poz. 68).

Wyniki testu *conditio sine qua non* przeprowadzonego przez Sądy obu instancji w odniesieniu do szkody, na którą powołuje się powód i przypisywanej pozwanemu postaci zaniechania, nie budzą żadnych wątpliwości co do wniosku

o braku powiązań przyczynowych między nimi. Zdarzenie z czerwca 2008 r. (atak drgawkowy z kilkuminutową utratą przytomności) nie pozostawało w żadnym związku z występującymi u powoda tętniakami i niezwykle ciężkimi następstwami pęknięcia tętniaka w 2010 r.

Sąd Apelacyjny na gruncie ustaleń faktycznych poczynionych na podstawie opinii biegłych lekarzy, trafnie przeto uznał za w pełni zasadne stanowisko Sądu Okręgowego, że pęknięcie tętniaka z dnia 15 sierpnia 2010 r. nie było następstwem nieprawidłowego leczenia czy braku szerszej diagnostyki w dniu 20 czerwca 2008 r., a związek obu zdarzeń jest daleki i bardzo pośredni. O jego występowaniu można bowiem mówić jedynie w tym znaczeniu, że przy okazji wyjaśnienia przyczyny utraty przytomności przez innych lekarzy konsultujących powoda po zdarzeniu z czerwca 2008 r. była szansa na przypadkowe, przed 2010 r., wykrycie samoistnej jego przypadłości w postaci tętniaków tętnicy szyjnej, co stworzyłoby możliwość podjęcia wcześniejszego leczenia, dającego teoretycznie znacznie większe szanse na być może bardziej skuteczne leczenie. Wszelkie jednak analizy prowadzone w tym przedmiocie są czysto hipotetyczne.

Z tych przyczyn Sąd Najwyższy orzekł, jak w wyroku.

jw