



Sygn. akt II CSKP 95/21

## **WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 30 czerwca 2021 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Władysław Pawlak (przewodniczący)

SSN Paweł Grzegorzcyk

SSN Monika Koba (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa P. Ł., A. Ł. i W. Ł.  
przeciwko "(...) Szpitalowi Samorządowemu" spółce z ograniczoną  
odpowiedzialnością w K. i (...) Zakładowi Ubezpieczeń spółce akcyjnej w W.  
o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę,  
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej  
w dniu 30 czerwca 2021 r.,  
skargi kasacyjnej strony pozwanej "(...) Szpitala Samorządowego" spółki z  
ograniczoną odpowiedzialnością w K.  
od wyroku Sądu Apelacyjnego w (...)  
z dnia 6 marca 2019 r., sygn. akt I ACa (...),

**1) oddala skargę kasacyjną,**

**2) zasądza od pozwanego "(...) Szpitala Samorządowego"  
spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w K. na rzecz powoda  
P. Ł. kwotę 5.400 (pięć tysięcy czterysta) złotych oraz na rzecz  
powodów A. Ł. i W. Ł. kwoty po 2.700 (dwa tysiące siedemset)  
złotych na rzecz każdego z nich tytułem zwrotu kosztów  
postępowania kasacyjnego.**

## UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 2 marca 2018 r. Sąd Okręgowy w Ł. oddalił powództwo A. Ł., W. Ł. i P. Ł. przeciwko (...) Szpitalowi Samorządowemu sp. z o.o. w K. (dalej: „Szpital”) i (...) Zakładowi Ubezpieczeń S.A. w W. (dalej: „(...) ZU”).

Sąd pierwszej instancji ustalił, że w 2013 r. A. Ł. zaszła w ciążę, która przebiegała bez powikłań, nie było wskazań do jej zakończenia cesarskim cięciem. Na każdej wizycie kontrolnej odbywało się badanie położnicze i USG. W dniu 19 czerwca 2013 r. około 7.30 rozpoczęła się akcja porodowa, a około 10.00 pacjentka została przyjęta do Szpitala. Wykonano amniopunkcję, która wykazała wody czyste, a około 12.00 KTG, które nie wskazywało na konieczność szybkiej interwencji położniczej. Poród był kontynuowany siłami natury. O 14.30 przebito pęcherz płodowy i stwierdzono, że wody płodowe są zielone. Zabarwienie płynu owodniowego na zielono może być związane z wieloma stanami powodującymi niedotlenienie, przy czym czynnik je wywołujący może mieć krótkotrwały charakter. Nie jest on samoistnym wskazaniem do rozwiązania porodu cesarskim cięciem. O 15.00 na zlecenie lekarskie podłączono kroplówkę z oksytocyny i zalecono powódce poruszanie się, aby poród postępował. Decyzja o nasileniu pierwotnie słabej czynności skurczowej poprzez instrumentalne przebicie pęcherza płodowego i podłączenie kroplówki z oksytocyną była słuszna i powzięta we właściwym czasie.

Cały czas trwała akcja porodowa, monitorowano rytm tętna płodu przy pomocy aparatu KTG. Zapis ma charakter ciągły od 14.30 do 16.36, natomiast przez 37 minut (w godzinach od 16.36 do 17.13) nie dokonywano zapisu KTG. O 17.13 odnotowano głęboką decelerację, zaś o 17.20 zdecydowano rozwiązać ciążę za pomocą cesarskiego cięcia. Zwolnienie czynności serca płodu było najprawdopodobniej reakcją na zaciśnięcie się pępowiny (tzw. konflikt pępowinowy), które nastąpiło tuż przed 17.13. Powoduje on zwężenie lub zamknięcie się naczyń pępowiny i narastające niedotlenienie płodu. Decyzja o cesarskim cięciu nastąpiła natychmiast po wysłuchaniu zwolnienia czynności serca płodu i po zbadaniu pacjentki.

Powódka została przewieziona na blok operacyjny. Powiadomiono anestezjologa o planowanym zabiegu i podjęto decyzję o wykonaniu znieczulenia przewodowego. Wykonywała je lekarz O. S., która była w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii i miała uprawnienia do wykonywania tego typu znieczulenia. Anestezjolog zebrała informacje od pacjentki, która podpisała formularz zgody oraz poinformowała, na czym polega znieczulenie. Podczas wykonywania wkłucia powstał jednak problem z identyfikacją przestrzeni podpajęczynówkowej, okolica wkłucia była obrzęknięta. Po kolejnej nieudanej próbie wkłucia ginekolog prowadzący - lekarz W. C. powiedział do anestezjolog: „kłuje pani ostatni raz”. Zawiadomiono drugiego anestezjologa, przewidując możliwość wykonania znieczulenia ogólnego. Anestezjolog A. B. wszedł na salę w momencie, kiedy O. S. wykonała kolejną nieudaną próbę znieczulenia. Wykonał znieczulenie przewodowe, a położnik przystąpił do cięcia. Podczas znieczulenia tętno dziecka było raz słuchane aparatem, utrzymywało się w granicach 110-120-130.

Wydłużenie czasu znieczulania rodzącej przyczyniło się dodatkowo do wydłużenia czasu od zaciśnięcia się pępowiny do wydobycia dziecka czyli czasu trwania niedotlenienia, co w efekcie bezpośrednio przyczyniło się do złego stanu małego. Decyzja o wykonaniu znieczulenia podpajęczynówkowego do cięcia cesarskiego w świetle aktualnej wiedzy medycznej była prawidłowa. Wybór znieczulenia do cięcia cesarskiego (znieczulenie ogólne czy przewodowe) w sytuacji zagrażającej zamartwicy płodu jest przedmiotem licznych opracowań i dyskusji. Uznaje się, że ze względu na szereg potencjalnych groźnych powikłań znieczulenia ogólnego dotchawiczego, będącego alternatywą dla znieczulenia podpajęczynówkowego - to ostatnie powinno być preferowane nawet w stanach I i II kategorii pilności wykonania cięcia cesarskiego.

Wydłużony proces znieczulenia sprawił, że wydobycie dziecka z wagą 3600 g nastąpiło dopiero o godz. 17.55. P. Ł. urodził się w zamartwicy z punktacją 1/1/1 w skali Apgar (brak jest punktacji w dalszych minutach życia dziecka), w stanie krytycznym, bez oznak życia, z pojedynczymi akcjami serca. Był wiotki, bez odruchów, bez oddechu, z sinicą obwodową. Przekazano go na stanowisko noworodkowe, gdzie zespół anestezjologiczny rozpoczął resuscytację, która nie

została w dokumentacji szczegółowo opisana. Noworodka odessano, zaintubowano i podjęto wentylację workiem ambu z tlenem oraz masaż pośredni serca, podano adrenalinę, 10% glukozę i wodorowęglan sodu. W czasie resuscytacji obserwowano drgawki, powrót akcji serca uzyskano po 15 minutach. W 20 minucie życia akcja serca wynosiła 80 i nadal nie była prawidłowa. Nie wykonano gazometrii z naczyń pępowinowych, przez co nie ustalono potrzebnej dawki wodorowęglanu sodu, którą podano noworodkowi. Ponadto zaaplikowano małodniemu glukozę, która mogła zwiększać stan kwasicy metabolicznej i prowadzić do dalszego niedotlenienia.

Następnie P. Ł. przekazano na Oddział Intensywnej Terapii Medycznej USK nr 4 w Ł., w stanie drgawkowym, na wentylacji mechanicznej, wlewie z dopaminy. Po przyjęciu włączono antybiotykoterapię. Od piątej doby odstawiono wlew dopaminy, a od dwunastej rozintubowano - początkowo do wentylacji nieinwazyjnej - nosowej, a od 16 lipca 2013 r. odłączono do oddechu samodzielnego. W drogach oddechowych zalegała duża ilość wydzieliny, noworodek wymagał częstego odsysania. W szpitalu dziecko przebywało nieprzerwanie do 22 listopada 2013 r., wielokrotnie prezentowało epizody drgawek, przeżyło incydent cholestazy. Rozpoznano u niego: zamartwicę, encefalopatię niedotleniowo-niedokrwienną, padaczkę, zakrzepicę żyły głównej dolnej i infekcję wtórną. Od urodzenia do czasu wytworzenia gastrostomii był żywiony pozajelitowo, następnie przez zgłębnik nosowo-żołądkowy. Z uwagi na zaburzenia połykania wykonano przetokę odżywczą metodą endoskopową (PEG). Chłopiec wymagał stałej opieki i monitorowania czynności życiowych ze względu na stałe zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych. W okresie od 1 do 14 lutego 2014 r. oraz od 20 lutego do 13 kwietnia 2014 r. przebywał w Klinice Alergologii, Gastroenterologii i Żywienia Dzieci UM. Po wyjściu ze szpitala - ze względu na konieczność stałego monitorowania - pozostawał pod opieką hospicjum perinatalnego Fundacji „G.” w Ł.. Orzeczeniem z dnia 8 października 2013 r. został zaliczony do osób niepełnosprawnych.

Małodni wymaga całodobowej opieki, jest dzieckiem leżącym, nie trzyma głowy nie jest samodzielny, przez cały czas pozostaje pod opieką któregoś z rodziców. Nie ma odruchu połykania, pokarmy są mu podawane bezpośrednio

do żołądka. Nie mówi, stwierdzono u niego niedosłuch w stopniu głębokim, nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych, nie komunikuje się z otoczeniem, nie pokazuje, nie łapie za ręce. Występuje u niego cztero kończynowy niedowład spastyczny, zaburzenia rozwoju psychoruchowego, padaczka lekooporna. Ma problemy z ewakuacją wydzieliny z dróg oddechowych, często zachłystuje się śliną i choruje na zapalenie płuc. Ma nieco asymetryczną budowę ciała, skrzywienie boczne kręgosłupa w prawo, głowę spłaszczoną bocznie, asymetryczną, uwypukloną klatkę piersiową. Napięte mięśnie przykręgosłupowe i karku, stopy wiotkie. Nie wykonuje ruchów czynnych kończynami i tułowiem, nie pełza, nie raczkuje, próbuje odwracać się z leżenia na brzuch całym ciałem. Nakładające się na siebie objawy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego powodują, że jego niepełnosprawność jest szczególnie dotkliwa. Niektóre elementy rozpoznanych patologii mogą z czasem ulec nasileniu, prowadząc do śmierci. Trwały uszczerbek na zdrowiu wynosi 380%.

Dziecko wymaga regularnych wizyt lekarskich, specjalnego żywienia i środków pielęgnacyjno-opatrunkowych oraz codziennej, systematycznej stymulacji neurorozwojowej i wielospecjalistycznej rehabilitacji, której nie zapewnia NFZ. Rodzice rehabilitują syna samodzielnie z pomocą rehabilitanta, uczestniczy on także w turnusach rehabilitacyjnych. Mimo leczenia utrzymują się napięcia mięśniowe. Dwa razy w tygodniu przyjeżdża do niego pielęgniarka z Ł.. Jest także pod opieką hospicjum, które udziela pomocy w nagłych wypadkach. Część kosztów rehabilitacji pokrywa Fundacja „Z.”, w zakresie kosztów zakupu leków pomaga powodom Fundacja „G.”, otrzymali także pulsoksymetry od Fundacji W..

Powód wymaga specjalnej całodobowej opieki, w tym specjalistycznej pielęgnacji. Wskazane jest zatrudnienie opieki pielęgniarskiej z doświadczeniem w terapii dzieci ze znacznym opóźnieniem psychoruchowym. Koszt 8-godzinnej opieki pielęgniarskiej to około 220 zł. Rokowania co do jego stanu zdrowia są niepomyślne. Bez względu na osiągnięty postęp rehabilitacji, nigdy nie osiągnie zdolności do samodzielnej egzystencji. W przypadku zaniechania rehabilitacji nastąpi zaburzenie bilansu mięśniowego, ograniczenie ruchomości w stawach, przykurcze, deformacje kostno-stawowe, pogorszenie wentylacji płuc i ewentualne powikłania z tym związane. Nigdy nie będzie mówić, każdy rodzaj kontaktu z nim

będzie całkowicie ograniczony, nie będzie samodzielnie siedzieć, stać, chodzić. Do końca życia będzie wymagać opieki specjalistycznej, podobnej do pełnionej nad niemowlęciem.

W przeciągu kilku najbliższych lat wskazany byłby zakup sprzętu ułatwiającego opiekę i stymulującego rozwój chłopca w postaci np. wózka inwalidzkiego, pionizatora, fotelika samochodowego, a także dokonanie adaptacji łazienki do potrzeb osoby niepełnosprawnej. Możliwe jest uzyskanie częściowej refundacji kosztów z tym związanych przez PFRON albo Towarzystwo Przyjaciół Dzieci. A. Ł. nie pracuje, zajmuje się dziećmi, otrzymuje świadczenie pielęgnacyjne w wysokości 1.453 zł oraz zasiłek rodzinny w kwocie 156 zł. W. Ł. pracuje i uzyskuje z tego tytułu wynagrodzenie miesięczne w kwocie 1.600 zł netto.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy stanął na stanowisku, że powodowie nie wykazali wynikających z art. 430 i art. 822 k.c. przesłanek odpowiedzialności pozwanych. Opierając się na opinii biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa przyjął, że podejmowane czynności medyczne i zlecenia związane z przebiegiem porodu były adekwatne do zmieniającej się dynamicznie sytuacji (przebiecie pęcherza płodowego i podłączenie kroplówki z oksytocyną, decyzja o cesarskim cięciu). Wprawdzie od godz. 16.36 do 17.13 nie był prowadzony zapis aparatury KTG, jednak nie przyczyniło się to do jakichkolwiek opóźnień w reakcjach personelu medycznego, a mogło wynikać z tego, że pacjentka się ruszała - w takich przypadkach zatrzymuje się zapis papierowy, wszyscy obecni cały czas jednak rejestrują dźwięk z głośnika.

Kwestią kluczową - jego zdaniem - był natomiast czas trwania czynności znieczulenia powódki, które zwykle trwa około 5 minut. W okolicznościach sprawy rozpoczęło się ono o godz. 17:35, a dziecko wydobyto dopiero o godz. 17.55. Przedłużenie czasu znieczulania rodzącej przyczyniło się do wydłużenia czasu trwania niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu, co w efekcie bezpośrednio przyczyniło się do złego stanu dziecka. W ocenie Sądu Okręgowego nie można jednak stwierdzić, czy i w jakim stopniu głęboka zamartwica noworodka była związana z wydłużonym czasem znieczulenia, a tym samym związku

przyczynowego między postępowaniem anestezyjologicznym, a skutkiem w postaci ciężkiej zamartwicy i jej następstw.

Wskazał Sąd, że - w świetle opinii biegłego anestezjologa - decyzja o wykonaniu znieczulenia podpajęczynówkowego (rdzeniowego) do cięcia cesarskiego u powódki była prawidłowa, tak samo jak wezwanie na salę operacyjną po kilku nieudanych próbach znieczulenia innego lekarza, o długoletniej praktyce i doświadczeniu. Trudności w identyfikacji przestrzeni podpajęczynówkowej są natomiast znanymi w praktyce anestezyjologicznej zdarzeniami obserwowanymi zarówno w pracy mniej jak i bardziej doświadczonych anestezjologów. Uniemożliwia to podanie środka znieczulenia i uzyskania warunków do operacji. Trudności w wykonaniu znieczulenia są nieuchronnym ryzykiem procedury medycznej, mimo dołożenia należytej staranności. Według Sądu, nie ma także podstaw do przyjęcia, aby w zespole medycznym pozwanego wystąpiła nieprawidłowa komunikacja, co miałyby prowadzić do wyboru błędnego rodzaju znieczulenia.

Sąd Okręgowy podkreślił, że z wydanych w sprawie trzech opinii biegłych (ginekologa, anestezjologa, neonatologa) jedynie opinia neonatologa wskazywała na błędy w postępowaniu medycznym podczas porodu, które mogłyby stanowić podstawę odpowiedzialności pozwanych. Wnioski opinii neonatologa nie pokrywały się jednak z opiniami biegłych ginekologa i anestezjologa. Ponadto, wykroczył on poza zakres swojej specjalizacji dokonując oceny prawidłowości postępowania medycznego w zakresie należącym do kompetencji specjalistów z zakresu ginekologii i anestezyjologii. W konsekwencji Sąd Okręgowy stanął na stanowisku, że po stronie personelu medycznego Szpitala nie było uchybień pozostających w adekwatnym związku przyczynowym ze stanem zdrowia małoletniego.

Wprawdzie biegły neonatolog wskazał na nieprawidłowości po przekazaniu dziecka na stanowisko noworodkowe (brak wykonania gazometrii z krwi pępowinowej, podanie roztworu glukozy), jednakże - zdaniem Sądu Okręgowego - powodowie nie wykazali, aby miały one jakikolwiek wpływ na stan zdrowia dziecka.

Wyrokiem z dnia 6 marca 2019 r. Sąd Apelacyjny w (...) orzekając na skutek apelacji powodów, zmienił wyrok Sądu Okręgowego w ten sposób, że zasądził od pozwanych na rzecz powoda P. Ł.: a) kwotę 800.000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od kwoty 500.000 zł od dnia 22 stycznia 2014 r. i od kwoty 300.000 zł od dnia 21 września 2017 r., b) kwotę 173.500 zł tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 22 stycznia 2014 r., c) kwotę 114.732 zł tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia 1 grudnia 2013 r. do dnia 31 sierpnia 2014 r. z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 25 sierpnia 2014 r., d) rentę na zwiększone potrzeby w kwocie po 12.748 zł miesięcznie, płatną z góry do 10 dnia każdego miesiąca począwszy od dnia 1 września 2014 r. i na przyszłość z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w płatności którejkolwiek z rat, z tym zastrzeżeniem, że zapłata przez jednego z pozwanych roszczeń opisanych w punktach 1a, b, c, d, zwalnia drugiego pozwanego z obowiązku zapłaty do wysokości zapłaconej kwoty, a łączna odpowiedzialność (...) ZU ograniczona jest do kwoty 100 000 euro. Ponadto zasądził od pozwanego Szpitala na rzecz: a) A. Ł. kwotę 250.000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 22 stycznia 2014 r., b) W. Ł. kwotę 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 22 stycznia 2014 r. oraz oddalił powództwa i apelację w pozostałym zakresie.

Sąd Apelacyjny podzielił poczynione przez Sąd Okręgowy ustalenia faktyczne, nie zgodził się natomiast z wyprowadzonymi przez ten Sąd z tych ustaleń wnioskami - w tym zwłaszcza poczynionymi na podstawie dowodów z opinii biegłych - w zakresie związku przyczynowego między stanem zdrowia małoletniego, a postępowaniem personelu pozwanego Szpitala. Odmienne także ocenił dowody z opinii biegłych uznając, że zespołowi medycznemu pozwanego można przypisać brak należytej staranności w opiece nad powódką i noworodkiem. Dodatkowo ustalił, że dla potrzeb transportu 5-letniego, niepełnosprawnego dziecka przewożonego na wózku inwalidzkim, odpowiedni będzie samochód marki Fiat Doblo z podwyższonym dachem. Koszt zakupu takiego nowego pojazdu (ze średnim wyposażeniem) wynosi około 90 000 zł, a koszt jego adaptacji dla potrzeb osoby niepełnosprawnej wynosi ok. 11 500 zł (z możliwością uzyskania

refundacji ok. 8000 zł - 10 000 zł). Podstawowy model samochodu Fiat Panda kosztuje natomiast 39.000 zł.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego materiał dowodowy zgromadzony w sprawie wskazuje jednoznacznie na zaniedbania pracowników Szpitala, które przez nieuzasadnione okolicznościami sprawy przedłużenie procedur medycznych, doprowadziły do dożywotniego i nieodwracalnego uszczerbku na zdrowiu małoletniego. Przy dochowaniu należytej staranności zespół medyczny pozwanego mógł bowiem uniknąć wystąpienia u powoda powikłań zdrowotnych związanych z niedotlenieniem. Sąd Apelacyjny dokonał selekcji istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy zdarzeń i wyszczególnił szereg zachowań personelu medycznego pozwanego Szpitala, które budziły istotne zastrzeżenia.

Po pierwsze stwierdził, że zapis aparatury KTG, badającej i zapisującej rytm pracy serca dziecka powódki, był prowadzony jedynie między godziną 14.30 a 16.36. Następnie od godziny 16.36 brak zapisu aparatury KTG, co potwierdza dokumentacja medyczna Szpitala. Dopiero o godzinie 17.13 lekarz dyżurny stwierdził decelerację, czyli gwałtowne wahania rytmu pracy serca dziecka, świadczące o możliwości zaistnienia konfliktu pępowinowego i zdecydował o przeprowadzeniu zabiegu cesarskiego cięcia w trybie ratującym życie, bez dalszego pisemnego utrwalania wyników badań stanu zdrowia małoletniego przy użyciu aparatury KTG. Podkreślił Sąd, że od momentu odłączenia zapisu aparatury KTG do podjęcia decyzji o cesarskim cięciu minęło aż 37 minut.

Po drugie, zespół anestezjologiczny podejmował kilka nieudanych prób znieczulenia powódki, co wydłużyło czas przebywania dziecka w łonie matki o kolejne 10 minut w stanie niedotlenienia, z pogłębiającą się kwasicą płodu i krwi pępowinowej, duszącego się z braku tlenu, co doprowadziło do nieodwracalnych skutków zdrowotnych dla powoda. Uwzględnił Sąd, że zabieg cesarskiego cięcia zakończył się o godzinie 17.55, a więc 42 minuty po podjęciu decyzji o przeprowadzeniu takiego zabiegu w trybie ratującym życie. Mogło mieć to znaczący wpływ na stan zdrowia dziecka, skoro wiadomo było, że jest ono w stanie niedotlenienia z powodu owinięcia pępowiną.

Po trzecie, niezwłocznie po porodzie małoletniego powoda nie podjęto wszelkich działań ratujących jego życie, tzn. nie wykonano podstawowego badania, jakim jest gazometria krwi pępowinowej, które pozwoliłoby na przeprowadzenie prawidłowych działań resuscytacyjnych. Poza tym, cały przebieg resuscytacji został opisany w sposób sprzeczny z wymaganiami prowadzenia dokumentacji medycznej.

Sąd drugiej instancji uznał, że opisane nieprawidłowości doprowadziły do szkody na osobie małoletniego powoda ze względu na nadmiernie przedłużone postępowanie personelu medycznego Szpitala. W sytuacji zagrożenia zdrowia i życia dziecka zabieg cesarskiego cięcia powinien być wykonany natychmiast, co oznacza, że powinien on trwać od kilku do kilkunastu minut, a nie - tak jak w badanej sprawie - co najmniej 42 minuty.

Wskazał Sąd Apelacyjny, że związek przyczynowy (art. 361 § 1 k.c.) w procesach dotyczących szkód na osobie związanych z procedurami medycznymi musi uwzględniać ich specyfikę, może mieć zatem charakter pośredni i być udowodniony także w drodze domniemania faktycznego (231 k.p.c.). W tego rodzaju sprawach, czego nie uwzględnił Sąd Okręgowy, sąd może - po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy - uznać istnienie związku przyczynowego także wtedy, gdy jest on ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego wyżej przytoczone okoliczności przemawiają za przyjęciem co najmniej dostatecznego prawdopodobieństwa, że stan zdrowia P. Ł. był skutkiem zaniedbań personelu medycznego pozwanego Szpitala. Powód przybył do Szpitala w dobrym stanie zdrowia, a po pobycie w nim opuścił go w stanie głębokiej niepełnosprawności, co oznacza, że ani dziecko ani matka nie zostali właściwie zabezpieczeni przed zagrożeniami związanymi z przebiegiem porodu.

Wskazał, że pozwany Szpital powinien wykonywać usługi lecznicze z najwyższą starannością i dokumentować wszystkie podjęte czynności. W sytuacji wystąpienia konfliktu pępowinowego, zakwaszania organizmu dziecka w łonie matki, spowolnienia rytmu pracy serca dziecka, pracownicy pozwanego Szpitala powinni byli podjąć wszelkie niezbędne działania, chroniące małoletniego przed ryzykiem utraty zdrowia. W okolicznościach sprawy wystąpił

jednak cały szereg zaniedbań (wybiórcze monitorowanie tętna dziecka, brak pełnego zapisu dokumentacyjnego badań prowadzonych przy użyciu KTG, spóźnione podjęcie decyzji o przeprowadzeniu zabiegu cesarskiego cięcia i znieczulenia matki dziecka, brak odpowiednich badań po urodzeniu małoletniego powoda uniemożliwiających ustalenie stopnia zakwaszenia i określenia stanu płodu po porodzie). Decydujące znaczenie dla przyjętego przez Sąd Apelacyjny stanowiska miały opinie biegłych z zakresu ginekologii i położnictwa, anestezjologii i intensywnej terapii, neonatologii oraz rehabilitacji medycznej, którzy zgodnie z własnymi specjalizacjami wypunktowali szereg zaniedbań w działaniach personelu medycznego Szpitala (nieprawidłowe dokumentowanie zabiegów leczniczych, błędy organizacyjne i terapeutyczne, przedłużająca się procedura wykonania cesarskiego cięcia, zaniedbania na etapie reanimacji noworodka).

Sąd Apelacyjny miał na względzie, że do szkody na osobie powoda, choć nie tak rozległej, mogło hipotetycznie dojść także przy dołożeniu przez zespół medyczny pozwanego należytej staranności. Stan faktyczny sprawy wskazuje jednak, że gdyby nie wystąpiły błędy w procedurach medycznych, a zespół medyczny pozwanego zdołał uniknąć zaniedbań organizacyjnych, to z dużym prawdopodobieństwem można byłoby zapobiec takiemu stanowi zdrowia powoda, w jakim jest on w chwili obecnej. W konsekwencji uznał, że przesłanki odpowiedzialności pozwanego z art. 415 k.c. i 430 k.c., zostały spełnione, co uzasadnia także odpowiedzialność *in solidum* pozwanego (...) ZU do sumy gwarancyjnej.

Określając wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia (art. 445 § 1 k.c.) na kwotę 800.000 zł miał na względzie rozmiar doznanego uszczerbku na zdrowiu i jego skutki nieodwracalnie wpływające na życie małoletniego. Na podstawie art. 444 § 1 k.c. przy zastosowaniu art. 322 k.p.c. uwzględnił częściowo (do kwoty 173.500 zł) roszczenie odszkodowawcze powoda. Na zasądzoną kwotę złożyło się: 100 000 zł na sprzęt rehabilitacyjny, 20 000 zł na przystosowanie łazienki i 53 500 zł na przystosowanie samochodu do przewozu osób niepełnosprawnych.

Rentę na zwiększone potrzeby Sąd Apelacyjny zasądził w kwocie po 12.748 zł miesięcznie począwszy od września 2014 r. na podstawie art. 444 § 2 k.c., ustalając szczegółowo wysokość zwiększonych potrzeb powoda z tytułu wydatków na leczenie, rehabilitację (w tym turnusy rehabilitacyjne), koszty specjalistycznej całodobowej opieki, koszty środków pielęgnacyjnych i dojazdów. Za okres od grudnia 2013 r. do sierpnia 2014 r. skapitalizował rentę zasądzając ją w kwocie łącznej 114. 732 zł.

W zakresie roszczeń o zadośćuczynienie na rzecz powodów A. i W. Ł. Sąd Apelacyjny uznał je za w pełni uzasadnione co do zasady i wysokości (250.000 zł na rzecz A. Ł. i 100.000 zł na rzecz W. Ł.). Miał na względzie, że w okolicznościach sprawy krzywda rodziców jest olbrzymia, utracili bowiem możliwość obcowania z dzieckiem zdrowym, a narażeni są na przeżywanie bólu, rozgoryczenia i poczucia krzywdy w związku z brakiem kontaktu z dzieckiem, które skazane jest na cierpienie i opiekę osób trzecich do końca swojego życia. O odsetkach od uwzględnionych roszczeń Sąd drugiej instancji orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c., w zw. z art. 455 k.c.

Od powyższego rozstrzygnięcia skargę kasacyjną złożył pozwany Szpital zaskarżając wyrok w części zmieniającej wyrok Sądu Okręgowego i uwzględniającej apelację powodów oraz rozstrzygającą o kosztach postępowania (punkt I, III i IV), wnosząc o jego uchylenie w tej części i przekazanie sprawy w tym zakresie do ponownego rozpoznania oraz zasądzenie kosztów postępowania kasacyjnego.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił naruszenie:

- art. 6 k.c. (w związku z art. 232 k.p.c.) przez błędną wykładnię, a to poprzez bezzasadne przerzucenie ciężaru dowodu na pozwanego, w szczególności przyjęcie, że ciężar dowodu co do prawnie relewantnej okoliczności wystąpienia związku przyczynowego pomiędzy zaniedbaniami personelu medycznego pozwanego, a skutkiem w postaci wystąpienia szkody u powoda obciąża pozwanego - w sytuacji braku ku temu podstaw faktycznych w świetle treści opinii biegłych właściwej specjalności tj. z zakresu ginekologii i położnictwa oraz anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej,

- art. 232 k.p.c. w zw. z art. 6 k.c. poprzez faktyczne, całkowite przeniesienie ciężaru dowodowego wykazania, iż pomiędzy działaniami personelu medycznego pozwanego, a stanem zdrowia P. Ł. brak jest związku przyczynowego, w sytuacji, gdy to powodowie z wykazania tego właśnie związku wywodzą skutki prawne;

- art. 232 w zw. z art. 278 § 1 i art. 233 k.p.c. poprzez wadliwe procedowanie na etapie oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego, w szczególności objawiające się pominięciem opinii biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa oraz anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej, a zastąpienie ich treści opinią biegłego neonatologa, w sytuacji, gdy wypowiedanie się co do prawidłowości przeprowadzenia akcji porodowej i wykonywania znieczulenia nie należy do zakresu jego specjalizacji i nie taki miał być zakres wydawanej przez niego opinii, a w efekcie zastąpienie w tym zakresie wiedzy specjalnej poglądem sądu.

Powodowie w odpowiedzi na skargę kasacyjną wniesli o jej oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania kasacyjnego.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna nie zasługuje na uwzględnienie.

W myśl ogólnych zasad na powodzie spoczywa obowiązek udowodnienia faktów uzasadniających jego roszczenie, a na stronie pozwanej obowiązek udowodnienia okoliczności uzasadniających jej wnioski o oddalenie powództwa (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 3 października 1969 r., II PR 313/69, OSNCP 1979, nr 9, poz. 147 i z dnia 20 kwietnia 1982 r., I CR 79/82, niepubl.). O tym natomiast, co strona powinna udowodnić w konkretnym procesie, decyduje przede wszystkim przedmiot sporu, prawo materialne regulujące określone stosunki prawne oraz prawo procesowe normujące zasady postępowania dowodowego (por. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 2009 r., IV CSK 71/09, OSP 2014, nr 3, poz. 32). Uwzględniając treść art. 6 k.c. wierzyciela dochodzącego od dłużnika spełnienia świadczenia obciąża ciężar wykazania przysługującej mu wierzytelności tj. wykazania wszystkich faktów, z którymi właściwe przepisy prawa materialnego wiążą powstanie wierzytelności, o określonej treści i rozmiarze. Fakty prawnoniweczące musi natomiast udowodnić strona, która wywodzi z nich

swoje twierdzenie o nieistnieniu praw czy obowiązków (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 29 września 2005 r., III CK 11/05, niepubl., z dnia 17 czerwca 2009 r., IV CSK 71/09, niepubl., z dnia 20 sierpnia 2009 r., II CSK 166/09, OSNC-ZD 2010, nr B, poz. 55, i z dnia 18 lutego 2010 r., II CSK 449/09, niepubl.).

Jednak z uwagi na poważne przeszkody natury dowodowej, które pojawiają się w przypadku szkód na osobie, ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych dla zapewnienia uzasadnionych interesów poszkodowanych, w judykaturze Sądu Najwyższego utrwalił się pogląd - podzielany przez skład orzekający w rozpoznawanej sprawie - że wobec niemożności wykazania w tym zakresie związku przyczynowego w sposób pewny, do jego przyjęcia wystarcza, że jest on ustalony z dostateczną (wysoką, znaczną, przeważającą) dozą prawdopodobieństwa (por. m. in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 5 lipca 1967 r., I PR 174/67, OSN 1968, nr 2, poz. 26, z dnia 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA 1970, z. 7, poz. 155, z dnia 11 stycznia 1972 r., I CR 516/71, OSNCP 1972, nr 9, poz. 179, z dnia 14 grudnia 1973 r., II CR 692/73, OSNCP 1974, nr 10, poz. 176, z dnia 17 lipca 1974 r., II CR 415/74, niepubl., z dnia 27 lutego 1998 r., II CKN 625/97, PiM 1999/3/130, z dnia 10 lipca 1998 r., I CKN 786/97, niepubl., z dnia 17 maja 2007 r., III CSK 429/06, PiM 2010/2, str. 135, z dnia 2 czerwca 2010 r., III CSK 245/09, niepubl., z dnia 5 kwietnia 2012 r., II CSK 402/11, IC 2013/7-8, str. 30, z dnia 8 maja 2014 r., V CSK 353/13, niepubl., i z dnia 20 maja 2016 r., II CSK 654/15, niepubl.).

Stanowisko to wspiera doktryna wskazując, że w większości tego typu sytuacji mówić można co najwyżej o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, bardzo rzadko zaś o pewności przyczyny. Ilekroć zatem zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, iż przyczyna szkody leży po stronie placówki medycznej, związek przyczynowy uznać należy za ustalony, rzeczą pozwanego zaś staje się wykazanie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa, iż do szkody mogło dojść w innej sytuacji.

Ponadto regułę dowodową z art. 232 k.p.c. w zw. z art. 6 k.c. zmieniają domniemania prawne i faktyczne. W okolicznościach sprawy Sąd Apelacyjny mając na względzie specyfikę sprawy i stosując dowód *prima facie* oparty na

konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.) przyjął związek przyczynowy między zdarzeniem sprawczym, a szkodą oraz dowód winy za wykazany, co uwalniało powodów od ciężaru dowodzenia, skoro szkoda znajdowała źródło w faktach nie dających się wyraźnie wykazać.

W konsekwencji Sąd Apelacyjny bez naruszenia art. 6 k.c. w zw. z art. 232 k.p.c., uwzględniając wypracowany w orzecznictwie pogląd dotyczący rozumienia związku przyczynowego w sprawach dotyczących szkód medycznych, a także możliwość stosowania w tej kategorii spraw - zwłaszcza, wobec istniejących niedostatków w dokumentowaniu procedur medycznych - domniemania faktycznego (art. 231 k.p.c.) - miał podstawy do przyjęcia, że powodowie wykazali, iż między szkodą na osobie P. Ł., a zaniedbaniami, do których doszło w trakcie jego porodu i reanimacji, istniał związek przyczynowy.

Dostrzeżenia także wymaga, że skarżący ograniczył się do postawienia zarzutu naruszenia art. 6 k.c. i 232 k.p.c. pomijając problematykę domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.) i nie zgłaszając w podstawie skargi zarzutu naruszenia art. 361 § 1 k.c., który dotyczy materialnoprawnych aspektów związku przyczynowego, art. 355 § 1 k.c., dotyczącego kwestii należytej staranności, a także art. 415 k.c. i art. 430 k.c., które były materialnoprawną podstawą przypisania pozwanemu Szpitalowi odpowiedzialności deliktowej. Przepis art. 6 k.c. określa natomiast jedynie reguły dowodzenia tj. przedmiot dowodu oraz osobę na której spoczywa ciężar udowodnienia faktów mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy. Nie stanowi on zatem samodzielnej podstawy prawnej rozstrzygnięcia, wobec czego powołanie go w skardze kasacyjnej - bez wskazania przepisu prawa materialnego, z którego wynika dochodzone roszczenie - nie jest wystarczające (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 listopada 1997 r., I PKN 375/97, OSNAPiUS 1998, nr 18, poz. 537).

Zarzut naruszenia art. 232 w zw. z art. 278 § 1 i 233 k.p.c. (bez wskazania konkretnej jednostki redakcyjnej, której dotyczy) został błędnie skonstruowany. Skarżący mimo deklarowania w uzasadnieniu skargi, że jest świadomy iż podstawą skargi kasacyjnej nie mogą być zarzuty dotyczące ustalania faktów lub oceny dowodów (art. 398<sup>3</sup> § 3 k.p.c. i 398<sup>13</sup> § 2 k.p.c.), w istocie reguł tych nie

respektuje. Zarzut ten sprowadza się bowiem do błędnej - w ocenie skarżącego - oceny przeprowadzonych w sprawie dowodów, w tym przede wszystkim dowodów z opinii biegłych, przez przyjęcie, że przy przeprowadzeniu porodu doszło do wyszczególnionych przez Sąd zaniedbań, które miały pozostawać w związku przyczynowym z doznanym przez powoda uszczerbkiem na zdrowiu.

Rozpoznanie skargi kasacyjnej musi nastąpić przy respektowaniu zasady związania Sądu Najwyższego podstawą faktyczną rozstrzygnięcia przyjętą przez Sąd drugiej instancji oraz rozpoznania skargi jedynie w granicach jej podstaw (art. 398<sup>13</sup> § 1 k.p.c.). Skarżący zasady tej nie przestrzega wielokrotnie, odwołując się w uzasadnieniu skargi do problematyki nie objętej jej podstawami. Pozwany nie zarzucił Sądowi Apelacyjnemu ani naruszenia art. 382 k.p.c. przez nie zrealizowanie obowiązków spoczywających na sądzie odwoławczym w zakresie konstrukcji podstawy faktycznej rozstrzygnięcia ani pominięcia części zgromadzonych w sprawie dowodów, a także art. 328 § 2 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. (w brzmieniu obowiązującym w dacie orzekania) przez sporządzenie uzasadnienia w sposób niedostatecznie precyzujący podstawę faktyczną rozstrzygnięcia. Ponadto zarzut naruszenia art. 232 k.p.c. - sformułowany w podstawie skargi - nie dotyczy obowiązku przeprowadzenia przez Sąd Apelacyjny dowodu z opinii biegłego z urzędu. Formułowanie zarzutów naruszenia prawa procesowego w uzasadnieniu skargi - bez ich objęcia podstawami skargi - jest bezprzedmiotowe i jako takie nie wymaga odniesienia.

Chybiony jest zarzut, że Sąd Apelacyjny nie uwzględnił wniosków wynikających z opinii biegłych. Sąd ten po pierwsze - odmiennie niż Sąd Okręgowy - zinterpretował wnioski wynikające z tych opinii, a po wtóre wyłączną kompetencją Sądu, a nie biegłych, jest ocena, czy istnieją podstawy do przypisania pozwanemu Szpitalowi odpowiedzialności deliktowej. W orzecznictwie Sądu Najwyższego wielokrotnie stwierdzano, że opinia biegłego - w tym w sprawach o naprawienie szkód wynikających z czynności lekarskich - stanowi tylko pomoc dla sądu i nie może zastąpić ani ustaleń faktycznych ani decydować o spełnieniu przesłanek prawnych (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 29 listopada 1949 r., Wa.C. 167/49, NP. 1951/2, str. 52, z dnia 4 marca 1965 r., III CR 795/64, PiP 1966, nr 4-5, str. 831, z dnia 21 grudnia 1966 r., I CR 214/66,

niepubl., z dnia 11 lipca 1969 r., I CR 140/69, OSNCP 1970, nr 5, poz. 85, z dnia 20 stycznia 1970 r., II PR 18/69, niepubl., z dnia 18 sierpnia 1971 r., II CR 256/71, niepubl., z dnia 19 grudnia 1990 r., I PR 148/90, OSP 1991, nr 11, poz. 300, z dnia 5 lipca 2018 r., I CSK 551/17, OSNC - ZD 2019, nr C, poz. 40, z dnia 6 lutego 2003 r., IV CKN 1763/00, niepubl., i z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09, OSP 2012, nr 10, poz. 95).

W konsekwencji opinią biegłych sąd nie jest związany w zakresie, który jest zastrzeżony do jego wyłącznej kompetencji tj. czy spełniona jest przesłanka obiektywna winy (bezprawność) i przesłanka subiektywna, w tym zwłaszcza niedołożenie należytej staranności. Dotyczy to w szczególności wszelkich zaniedbań organizacyjnych nie wchodzących ściśle w zakres sztuki lekarskiej, do których w okolicznościach sprawy należała zwłoka w przeprowadzeniu operacji cesarskiego cięcia, brak właściwej komunikacji między zespołem ginekologiczno - położniczym, a anestezjologicznym, a także skierowanie do zabiegu anestezjologa, którego praktyka i związane z tym doświadczenie, nie zapewniało dokonania znieczulenia bez opóźnień. Do kompetencji Sądu należała także ocena czy konsekwencją wadliwej organizacji pomocy medycznej były negatywne następstwa dla pacjenta oraz jak ocenić - w kontekście art. 6 k.c. - braki w dokumentacji lekarskiej.

W sytuacji, gdy ginekolog - położnik skierował matkę powoda na cesarskie cięcie, w trybie nagłym ratującym życie (I kategoria pilności), zespół medyczny Szpitala nie mógł sobie pozwolić na jakąkolwiek zwłokę w wydobyciu dziecka. Miało ono bowiem ograniczone warunki utlenowania, a jego niedotlenienie i kwasica postępowały (płód dusił się w łonie matki z zaciśniętą pępowiną). Nie do zaakceptowania było w tej sytuacji opóźnienie w znieczuleniu powódki. Nie wynikało ono z wyboru metody znieczulenia, z opinii biegłych wynikało bowiem, że nawet przy operacjach o takiej kategorii pilności wykonania preferowane jest znieczulenie przewodowe. Wiąże się ono z mniejszymi skutkami ubocznymi, a czas jego wykonania dla wprawnego anestezjologa jest porównywalny z wykonaniem znieczulenia ogólnego dotchawicznego (k. 230, k. 386 - 390). W literaturze przedmiotu podkreśla się - co wynika z opinii anestezjologa - możliwość stosowania z powodzeniem znieczulenia

podpajęczynówkowego przy zagrażającej zamartwicy wewnątrzmacicznej płodu, a w zespołach anestezjologicznych, które mają duże doświadczenie w przeprowadzaniu takich znieczuleń, panuje pogląd, że można je wykonać w ciągu 3 minut od wjazdu pacjentki do bloku operacyjnego, czyli w czasie porównywalnym ze znieczuleniem ogólnym. Bardzo ważnym elementem jest jednak w tym wypadku komunikacja zespołu sali porodowej (k. 388).

Rzecz jednak w tym, że w rozpoznawanym przypadku wezwano do jego dokonania anestezjologa, który formalnie miał do tego uprawnienia ale ani nie miał orientacji co do pilności zabiegu (k. 219 verte - 220), ani doświadczenia pozwalającego na niezwłoczne znieczulenie powódki tą metodą. W opinii biegłego anestezjologa wskazano, że w sprawie brak wiarygodnych informacji, czy anestezjodzy O. S. i A. B. byli w pełni świadomi konieczności wykonania cesarskiego cięcia w trybie natychmiastowym (k. 389), skoro z dokumentacji anestezjologicznej wynika, że cięcie powinno być zakwalifikowane do II stopnia pilności (k. 389), a do jego wykonania skierowano mniej doświadczonego anestezjologa.

Ponadto dokumentacja medyczna nie tylko nie pozwala na precyzyjne ustalenie, ile trwały nieudane próby znieczulenia przez lek. O. S., ale także na stwierdzenie na czym polegały trudności w wykonaniu znieczulenia (k. 389). To, że znieczulić powódkę można było natychmiast i bez jakichkolwiek przeszkód wynika w sposób jednoznaczny z faktu, że kolejny anestezjolog A. B. uczynił to bez żadnych problemów przy pierwszym wkluciu. Pozwany nie wykazał żadnych obiektywnych przeszkód w sprawnym dokonaniu znieczulenia, a obrzęk miejsca wklucia nie stanowił dla doświadczonego anestezjologa żadnego problemu (k. 219).

Skoro operacje cesarskiego cięcia, z uwzględnieniem czasu potrzebnego na znieczulenie - w świetle opinii biegłych - powinny trwać średnio 10 - 15 minut (k. 327 - 328), a w okolicznościach sprawy wydobyć dziecko trwało 42 minuty - przy braku udokumentowanych przez pozwanego Szpitala nadzwyczajnych okoliczności, które by to usprawiedliwiały - to taki stan rzeczy należy kwalifikować jako zaniedbanie organizacyjne. Biegły M. W. podkreślał, że decydujący w

badanej sprawie był czynnik czasu i wskazywał, że sprawny operator może wydobyć dziecko na świat w ciągu 1 - 2 minut od znieczulenia rodzącej, które również na ogół jest szybkie (k. 327 - 328). Stał na stanowisku, że skierowanie do znieczulenia niedoświadczonego lekarza walnie przyczyniło się do złego stanu urodzeniowego noworodka (k. 543). Z opinii biegłego anestezjologa W. K. wynikało, że procedura znieczulenia trwa zwykle 5 minut, a znieczulenie uzyskuje się zwykle po 1-2 minut (k. 388). Oczywiście jest, że wezwanie od razu doświadczonego anestezjologa - do czego nie było żadnych przeszkód - znacząco skróciłoby czas operacji, a co za tym idzie okres niedotlenienia dziecka, przekładający się na stan jego zdrowia. W tym przypadku kierowano się jednak nie tym, który anestezjolog jest bardziej doświadczony, a rutynowo istniejącym podziałem obowiązków między lekarzami dyżurnymi (k. 531). Jak wskazywał biegły M. W., gdyby znieczulenie odbyło się bez problemu w typowym czasie i płód został wydobyty wcześniej - byłby w znacznie lepszym stanie (k. 328). W konsekwencji wykazanie w tym zakresie większej zapobiegliwości, ostrożności i personalnego zaangażowania zespołu medycznego z dużym prawdopodobieństwem pozwoliłoby zminimalizować czasokres przebywania dziecka w stanie niedotlenienia.

Ponadto w sprawie ustalono - co skarżący całkowicie pominął - że pracownicy pozwanego Szpitala nie podjęli z zachowaniem należytej staranności wszelkich niezbędnych działań ratujących życie powoda. Z opinii biegłego z zakresu neonatologii, anestezjologii oraz intensywnej terapii P. K. wynikało, że nie przeprowadzono gazometrii krwi pępowinowej, przez co nie ustalono potrzebnej dawki węglowodanu sodu, którą podano noworodkowi. Zaaplikowano mu także glukozę, która mogła zwiększać stan kwasicy metabolicznej i prowadzić do pogłębienia niedotlenienia. Proces resuscytacji nie tylko był zatem nieprawidłowy ale nie został także prawidłowo udokumentowany (k. 459 - 460 i k. 488 - 489).

Nie bez znaczenia jest także brak pełnej dokumentacji medycznej monitorowania tętna płodu od godz. 16. 36 i stwierdzenie głębokiej deceleracji sugerującej niedotlenienie płodu o godz. 17.13, co - jak trafnie przyjął Sąd Apelacyjny - nie daje pewności, kiedy dokładnie między 16.36 a 17.13 dobrostan

płodu - z uwagi na konflikt pępowinowy - został poważnie naruszony i nie pozwala odeprzeć zarzutu, że decyzja o rozwiązaniu ciąży przez cesarskie cięcie - wobec stanu dziecka w chwili urodzenia - mogła zostać opóźniona. Nie ma wątpliwości, że zielony płyn owodniowy stwierdzono o 14.30, a był on - w świetle opinii biegłego z dziedziny ginekologii i położnictwa - wskazaniem do ciągłej kontroli tętna płodu aparatem KTG (k. 375). Tymczasem po 16.36 nie ma zarchiwizowanego zapisu KTG, który można było poddać badaniu biegłego – co nie było prawidłowe (k. 331), a wszelkie wątpliwości z tym związane obarczają skarżącego. Oceny tej nie zmienia wskazanie przez biegłego z zakresu położnictwa i ginekologii M. W., że między 16.36 a 17.13 mogło mieć miejsce monitorowanie „na ucho” przy wyłączeniu przesuwu papieru, co również dawało pełną ocenę tętna płodu i stanu dziecka (k. 228). Pozwany nie wykazał bowiem, by taki hipotetyczny stan rzeczy - na który wskazywał biegły, wyraźnie podkreślając, że „to moje domysły wynikające z wieloletniej praktyki” (k. 229 i k. 324 - 326, k. 328) - miał nieprzerwanie miejsce od 16.36 do 17.13 i jaka była motywacja wyłączenia przesuwu papieru w aparacie KTG. Z zeznań W. C. i A. B. przyczyny te poza czasowym przemieszczeniem się pacjentki do toalety lub brakiem potrzeby tworzenia „ton papieru” nie wynikają (k. 374 - 375).

Ponadto biegły M. W. stwierdził, że w przypadku odsłuchu tętna płodu w czasie rzeczywistym nie można ocenić dyskretnych zmian w zapisie KTG, które potrafi wykazywać przewlekłe niedotlenienie płodu i w takich sytuacjach jedynie badanie całokształtu zapisu pozwala wyciągać trafne wnioski (k. 325). Jeżeli natomiast - na co wskazują okoliczności sprawy - miało miejsce ostre niedotlenienie, to pozwalało to istotnie na natychmiastową reakcję personelu słuchającego zapisu tętna płodu w czasie rzeczywistym. Rzecz jednak w tym, że brak udokumentowania ciągłego zapisu KTG nie pozwala na jednoznaczne stwierdzenie, czy reakcja na zwolnienie tętna płodu rzeczywiście była natychmiastowa - a taki stan rzeczy musi obciążać skarżącego, którego zespół medyczny wyłączył papierowy zapis aparatu KTG na okres 37 minut.

W świetle uwag wyżej poczynionych nie sposób zatem twierdzić, że z opinii biegłych nie wynikały zaniedbania zespołu medycznego pozwanego, a ich ocena na gruncie przesłanek odpowiedzialności deliktowej skarżącego

należała do Sądu. Wobec braku zarzutów naruszenia art. 415 w zw. z art. 416 i art. 355 § 1 k.c. ubocznie jedynie stwierdzić należy, że staranność zawodowa personelu medycznego powinna być należyta, właściwie dobrana do kwalifikacji danego lekarza (położnej), ich doświadczenia i sytuacji, w której udzielana jest pomoc osobie tego potrzebującej. Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należało podjęcie takiego sposobu postępowania, które gwarantować powinno - przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności - przewidywany efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażania pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Zabiegi operacyjne muszą być zarówno przeprowadzane zgodnie ze sztuką lekarską i najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny ale także właściwie przygotowane od strony organizacyjnej (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 1966 r., I CR 369/65, OSP 1966, nr 12, poz. 278, z dnia 26 października 2003 r., II CK 34/02, OSP 2005, nr 4, poz. 54, i z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09, niepubl.).

Z przytoczonych względów na podstawie art. 398<sup>14</sup> k.p.c. Sąd Najwyższy orzekł, jak w sentencji, a o kosztach postępowania kasacyjnego na podstawie art. 98 § 1 i 3 i w związku z art. 391 § 1 i w zw. z art. 398<sup>21</sup> k.p.c., a także § 2 pkt 6, 7 i § 10 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. z 2015 r., poz. 1800, ze zm.) określając wysokość kosztów zastępstwa procesowego od wartości przedmiotu zaskarżenia w odniesieniu do każdego z powodów oddzielnie.

jw