



Sygn. akt V CSKP 44/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 kwietnia 2021 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Teresa Bielska-Sobkowicz (przewodniczący)

SSN Anna Owczarek

SSN Krzysztof Strzelczyk (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa K. B.
przeciwko (...) Zakładowi Ubezpieczeń S.A. w W.
o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym
w Izbie Cywilnej w dniu 30 kwietnia 2021 r.,
skargi kasacyjnej powódki od wyroku Sądu Apelacyjnego w (...) z dnia 19 grudnia 2018 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

Powódka K. B. wniosła o zasądzenie na jej rzecz od pozwanego (...) Zakładu Ubezpieczeń S.A. w W. zadośćuczynienia i odszkodowania za śmierć jej męża w

łącznej kwocie 300.000 zł. Wyrokiem z dnia 16 maja 2018 r., I C (...), Sąd Okręgowy w J. oddalił powództwo.

Według ustaleń Sądu Okręgowego P. B., 76 - o letni mąż powódki, w dniu 20 września 2009 r. około godziny 8:30 zgłosił się na izbę przyjęć (...) Centrum Medycznego w L. z powodu duszności. Lekarz dyżurny G. S. w badaniu fizykalnym stwierdził m.in.: stan ogólny dobry, tony serca czyste, szmer pęcherzykowy z pojedynczymi trzeszczeniami przy podstawie płuc, RR=120/50 mmHg, tachykardię 130/min, tętno miarowe. Wykonano badanie EKG, którego zapis mieścił się w granicach normy, choć wykazywał dextrogyrię i tachykardię. Pacjentowi podano 15 ml hydroksyzyny oraz 1/2 tabletki 0,04 propranololu. Tętno obniżyło się do wartości 110/min. Lekarz dyżurny wobec braku istotnej poprawy podjął decyzję o przyjęciu pacjenta z rozpoznaniem duszności do oddziału wewnętrznego, w którym równocześnie pełnił w tym dniu dyżur.

Drugie badanie EKG wykonano o godz. 14:42. Wyniki badania laboratoryjnego gazometrii z krwi włosniczkowej z godz. 15:55 wskazywały na niewydolność oddechową, m.in. pH=7,298. W historii choroby nie było adnotacji o stężeniu d-dimerów, natomiast w księgach pracowni analitycznej przy nazwisku pacjenta widniał zapis: „godz. 17:10 d-dimery - powyżej 10.000”.

W oddziale wewnętrznym P. B. nie był monitorowany pulsoksymetrycznie. Pacjent o godz. 16:00 zgłaszał duszność, był niespokojny. Lekarz dyżurny telefonicznie zlecił podanie 8 mg Dexavenu i 500 ml 0,9% NaCl. Ciśnienie tętnicze krwi wynosiło wtedy 70/50 mm/Hg. O godzinie 16:20 chory został przeniesiony na salę kardiologiczną. Ciśnienie tętnicze krwi wynosiło 90/45 mmHg. Pacjent nadal zgłaszał duszności, dlatego wezwano lekarza dyżurnego. Następnie podłączono dopaminę we wlewie ciągłym (przepływ 4 ml/h) i - podejrzewając zatorowość płucną - Heparinę - 1.000 jednostek we wlewie ciągłym. Stan pacjenta pogarszał się, doszło do utraty przytomności. Choremu podano Adrenalinę i Natricium bicarbonicum i o godz. 16:50 do chorego, wobec dalszego szybkiego pogarszania się stanu ogólnego, wezwano dyżurnego anestezjologa. W trakcie tej interwencji chory wymagał zaintubowania i zastosowania wentylacji mechanicznej ze 100% tlenem. Następnie o godz. 17 z powodu ostrej niewydolności oddechowej,

krytycznego wstrząsu i zaburzeń świadomości został przekazany do Oddziału Intensywnej Terapii (OIT).

Bezpośrednio po przyjęciu do OIT doszło do zatrzymania krążenia w mechanizmie rozkojarzenia elektromechanicznego. Efektem około 30-minutowej resuscytacji był powrót akcji serca i słabego tętna na dużych tętnicach. W OIT zastosowano wentylację mechaniczną respiratorem. Pacjent pozostawał nieprzytomny, niestabilny hemodynamicznie, na reanimacyjnych dawkach amin katecholowych. Stwierdzono bardzo wysokie ośrodkowe ciśnienie żyłne, rozdęte żyły szyjne i ostre powiększenie wątroby, co nasuwało podejrzenie zatorowości płucnej. Po wstępnym zaopatrzeniu chorego zdecydowano o wdrożeniu leczenia fibrynolitycznego, podając we wlewie ciągłym 1.5 min jednostek streptokinazy (leku trombolitycznego). Pomimo intensywnego leczenia (0,9% NaCl - łącznie 750 ml, Adrenalina, Levonor, Heparyna i Streptokinaza) stan ogólny chorego pozostawał niestabilny. Po kilkudziesięciu minutach doszło do kolejnego zatrzymania krążenia w mechanizmie rozkojarzenia elektromechanicznego przechodzącego w bradyasystolię. Pacjenta reanimowano, nie uzyskując powrotu własnej czynności serca. O godzinie 18:55 stwierdzono zgon. Rodzina pacjenta była obecna przy zgonie. Ostatecznie rozpoznano zator płucny bez wzmianki o ostrym sercu płucnym, wstrząs kardiogeny.

Powódka nie wyraziła zgody na sekcję zwłok męża. Szpital odstąpił od wykonania sekcji zwłok, a tym samym faktyczna przyczyna zgonu nie została potwierdzona.

Pozwany Zakład Ubezpieczeń zawarł z NZOZ (...) Centrum Medycznym sp. z o.o. w L. umowę odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. Dlatego odpowiedzialność pozwanego Zakładu Ubezpieczeń opartą na treści art. 805 k.c. Sąd uzależnił od z odpowiedzialności Centrum Medycznego podlegającej ocenie na podstawie art. 415 w zw. z art. 430 k.c. w zw. z art. 446 § 3 i 4 k.c.

Sąd Okręgowy powołując się na wnioski opinii Akademii Medycznej w K. uznał, że czynności podejmowane przez lekarzy i personel medyczny były prawidłowe i zgodne ze sztuką i wiedzą medyczną. Objawy prezentowane

początkowo przez P. B. (tachykardia, duszność, drętwienie twarzy i kończyn) były niecharakterystyczne i wymagały podjęcia poszerzonej diagnostyki różnicowej. Z uwagi na wywiad (obciążenie stanowiące o ryzyku sercowo naczyniowym) i wiek pacjenta w pierwszej kolejności, jako statystycznie najczęstsze schorzenie, należało wykluczyć ostry zespół wieńcowy, a zatem wykonać co najmniej dwukrotnie w odstępie co najmniej sześciogodzinnym badanie EKG i oznaczyć poziom stężenia troponiny (badania te zostały wykonane). Wobec braku istotnej poprawy stanu zdrowia pacjenta po podaniu leków, decyzja o przyjęciu pacjenta do oddziału wewnętrznego była w pełni prawidłowa. Na tym etapie nie było bezwzględnych wskazań do przekazania pacjenta do innego ośrodka o wyższym stopniu referencyjności. Pacjent nie wymagał też początkowo po przyjęciu pobytu w sali intensywnego nadzoru kardiologicznego. Po wykluczeniu ostrego zespołu wieńcowego należało w diagnostyce różnicowej rozważyć inne stany chorobowe takie jak udar mózgu, odmę opłucnową, zapalenie płuc czy też ostrą zatorowość płucną. Szpital dysponował ograniczonymi możliwościami diagnostycznymi, na co wskazują obie opinie. Nie było neurologa, dostępu do tomografu komputerowego i możliwości wykonania UKG. Zostały zlecone badania podstawowe, RTG klatki piersiowej (niewykonane z uwagi na śmierć pacjenta) oraz stężenie d-dimerów. W dokumentacji medycznej nie ma informacji, kiedy pobrano krew pacjenta do oznaczenia stężenia d-dimerów i jaki był ich poziom. W księgach pracowni analitycznej przy nazwisku P. B. zapisano, że o godzinie 17:10 wynosił on powyżej 10.000. Taki poziom stężenia przemawiał za zakrzepicą i zatorowością płucną i był wskazaniem do poszerzenia diagnostyki o badania obrazowe - optymalnie badania angiograficzne. Stan pacjenta pogorszył się jednak o godzinie 16:00 jeszcze przed wynikami tych badań. Lekarz dyżurny, podejrzewając zatorowość płucną, rozpoczął podawanie heparyny. Następnie wezwano anestezjologa, który rozpoznał zatorowość płuc, a po utracie przytomności przez pacjenta prowadził jego reanimację. Stan zdrowia P. B. drastycznie się pogorszył i przeniesiono go na OIOM, gdzie kontynuowano podawanie heparyny oraz streptokinazy. Pomimo to pacjent w ciągu niespełna 2 godzin zmarł.

W opinii Akademii Medycznej w K. zwrócono uwagę na przewlekłości w procesie diagnozowania, rozpoznania i wdrożenia leczenia przeciwkrzepliwego, co

wynikało zarówno z niejednoznacznego obrazu klinicznego i początkowego niejednoznacznego przebiegu klinicznego zachorowania, jak i uchybień organizacyjnych w zakresie funkcjonowania szpitala: jeden lekarz prowadził dyżur w oddziale szpitalnym i na izbie przyjęć, dostęp do zaplecza diagnostycznego był ograniczony w dni weekendowe.

Sąd Okręgowy podkreślił jednak, że wobec odstąpienia od sekcji zwłok nie zostało ustalone jak masywna była zatorowość płucna i jaka była jej przyczyna a wobec tego nie można kategorycznie w sposób kategoryczny przyjąć, że wcześniejsze oznaczenie stężenia d-dimerów wykazałoby ich znamienny wzrost, a jeśli tak, że przekazanie pacjenta do ośrodka dysponującego możliwością wykonania angio-TK oraz wcześniejsze podjęcie leczenia zabiegowego zapobiegłoby śmierci P. B..

Od wyroku Sądu pierwszej instancji apelację wniosła powódka, która między innymi zarzuciła: błąd w ustaleniach faktycznych poprzez przyjęcie, że heparynę zaczęto podawać jej mężowi jeszcze przed przyjęciem na OIOM, podczas gdy okoliczność ta nie wynika z zebranej dokumentacji medycznej; brak wyjaśnienia, czy wynik badania stężenia d-dimerów z godziny 13:35 należał do jej męża, a jeśli tak, jakie znaczenie miał dla dalszego leczenia. Zdaniem powódki, na podstawie wzrostu poziomu d-dimerów pomiędzy godziną 13:35 a 17:10 można było określić masywność zatoru i rokowania, nawet bez wyników sekcji zwłok.

Powódka wniosła o przeprowadzenie w postępowaniu apelacyjnym dowodu z uzupełniającej opinii biegłych oraz dowodu z księgi pracowni analitycznej z dnia 20 września 2009 r. oraz pism NZOZ (...) Centrum Medycznego spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z dnia 14 września 2016 r. oraz z dnia 20 grudnia 2011 r.

Sąd Apelacyjny w (...) wyrokiem z dnia 19 grudnia 2018 r. oddalił w całości apelację powódki.

Sąd drugiej instancji wskazał, że zarzuty sformułowane przez powódkę dotyczyły głównie oddalenia przez Sąd Okręgowy wniosku o przeprowadzenie dowodu z kolejnej uzupełniającej opinii biegłych. Apelująca podnosiła, że sporządzone opinie są sprzeczne ze sobą wzajemnie oraz z dokumentacją

medyczną jej męża, a poza tym zarzucała, że biegli w opinii uzupełniającej nie odpowiedzieli na sformułowane przez nią pytania i zastrzeżenia do opinii głównej. Sąd Apelacyjny podniósł, że w sprawie zostały sporządzone dwie opinie: podstawowa i uzupełniająca przez pracowników Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) Uniwersytetu Medycznego w K., a dodatkowo Sąd pierwszej instancji jako dowód dopuścił opinie sporządzone przez Uniwersytet Medyczny w B. Zakład Medycyny Sądowej w toku postępowania przygotowawczego. Zdaniem Sądu drugiej instancji wnioski wypływające ze wszystkich tych opinii są zbieżne. Podkreślił, że sąd nie ma obowiązku dopuszczania dowodu z dodatkowej opinii na każdorazowe żądanie strony, a jedynie takie uprawnienie. Powódka w apelacji eksponowała głównie dwie kwestie: mianowicie wątpliwości co do badań poziomu d-dimerów jej męża z godziny 13:35 oraz momentu, w którym rozpoczęto podawanie mu heparyny. Podnosiła, że biegli błędnie pominęli wskazany wynik badania, chociaż na jego podstawie można było znacznie wcześniej ustalić, co dolega jej mężowi i w związku z tym wcześniej zacząć leczenie oraz, że nieprawidłowo przyjęli, iż heparynę zaczęto podawać jeszcze na oddziale wewnętrznym, choć z dokumentacji medycznej wynika, że lek zaaplikowano dopiero po przeniesieniu pacjenta na oddział intensywnej opieki medycznej.

Sąd Apelacyjny wskazał, że biegli w opinii uzupełniającej złożonej w postępowaniu przed Sądem pierwszej instancji odnieśli się do kwestii podniesionych w apelacji. Uznali, że nawet przy przyjęciu, iż wynik poziomu d-dimerów z godziny 13:35 odnosił się do P. B., choć nie zostało to w sposób jednoznaczny opisane, to na tej podstawie nie da się ustalić masywności zatoru, jaki u niego wystąpił ani też udzielić odpowiedzi na pytanie, czy możliwe było uratowanie pacjenta. Co do momentu rozpoczęcia podawania heparyny, biegli zwracili uwagę, że w dokumentacji medycznej nie ma informacji, że stało się to jeszcze na oddziale wewnętrznym, ale wniosek taki wypływał z zeznań świadków - członków personelu szpitala. Niemniej kwestia ta ma drugorzędne znaczenie dla rozstrzygnięcia, gdyż nawet przyjęcie - zgodnie ze stanowiskiem powódki - że heparynę podano dopiero na oddziale intensywnej opieki medycznej, nie pozwala na przypisanie odpowiedzialności za śmierć P. B. stronie pozwanej.

Sąd Apelacyjny zaznaczył, że Sąd pierwszej instancji na podstawie przedłożonych opinii uwzględnił, iż doszło do wielu uchybień w postępowaniu personelu medycznego oraz w organizacji placówki medycznej, do której trafił mąż powódki. Jednak nie udało się ustalić, że jego śmierć pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z uchybieniami placówki medycznej. Zgromadzony materiał dowodowy nie pozwolił na przyjęcie z wysokim stopniem prawdopodobieństwa, że gdyby w placówce medycznej, do której trafił, został otoczony modelową opieką, zaś wszystkie czynności diagnostyczne i lecznicze zostały podjęte prawidłowo i w możliwie najkrótszym czasie, nie doszłoby do jego zgonu. We wszystkich opiniach podkreślono, że po śmierci P. B. odstąpiono od przeprowadzenia sekcji zwłok, w związku z czym obecnie nie ma nawet możliwości, by jednoznacznie ustalić, co było jej przyczyną. Przy przyjęciu natomiast, że istotnie była to zatorowość płucna nie jest możliwa ocena masywności zatoru. Nie wiadomo, czy choroba ta współistniała z innymi zmianami, jaki był jej patomechanizm, a co za tym idzie - czy szybka i prawidłowa interwencja mogła zapobiec jego śmierci.

Powódka wniosła skargę kasacyjną od wyroku Sądu drugiej instancji. Zarzuciła w niej naruszenie prawa materialnego, tj. art. 361 § 1 k.c., poprzez błędne przyjęcie przez Sąd drugiej instancji, że w rozpoznawanej sprawie nie udało się ustalić, iż śmierć P. B. jest połączona związkiem przyczynowo-skutkowym z zaniedbaniami (...) Centrum Medycznego w L., w sytuacji, gdy okoliczności faktyczne sprawy wynikające ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego jednoznacznie wskazują na szereg uchybień w postępowaniu personelu medycznego i organizacji wskazanej placówki medycznej, braki w obsadzie personelu oraz niewystarczające zaplecze diagnostyczne, podejmowanie z opóźnieniem czynności diagnostycznych, niezapoznanie się przez lekarza prowadzącego z wynikiem badania d-dimerów wykonanego w dniu 20 września 2009 roku o godzinie 13:35, który to wynik wskazywał już na dziesięciokrotne przekroczenie dopuszczalnej normy, co bezpośrednio skutkowało brakiem niezwłocznego wdrożenia odpowiedniego leczenia o charakterze ratunkowym w postaci podania heparyny a nadto na niewykonaniu u P. B. badania RTG klatki piersiowej, które jest badaniem nieodzownym do stwierdzenia zatoru płucnego,

które to zdarzenia należą do okoliczności ogólnie sprzyjających powstaniu skutku w postaci śmierci P. B., a tym samym wskazują na wysoki stopień prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowo - skutkowego w sprawie. Skarżąca wskazała ponadto na naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, tj. art. 382 w zw. z art. 328 § 2 i art. 391 k.p.c., poprzez pominięcie przez Sąd drugiej instancji dowodów z księgi pracowni analitycznej (...) Centrum Medycznego w L. z dnia 20 września 2009 r., pisma NZOZ (...) Centrum Medycznego w L. z dnia 20 grudnia 2011 roku, zeznań świadka M. S., z których to dowodów jednoznacznie wynika, iż w dniu 20 września 2009 roku już o godzinie 13:35 wykonano u P. B. badanie d-dimerów, którego wynik wynosił 4873 jednostek, a więc prawie 10 - krotnie przewyższał prawidłową normę, z którym to wynikiem żaden z lekarzy, w tym lekarz prowadzący, nie zapoznał się, a tym samym nie wdrożono u pacjenta w sposób niezwłoczny właściwego leczenia, w sytuacji, w której szybkość podjęcia właściwej terapii decyduje o efekcie terapeutycznym, a wszystko to wpłynęło na błędne przyjęcie przez sąd II instancji, iż pomiędzy śmiercią P. B. a uchybieniami NZOZ (...) Centrum Medycznego w L. nie zachodzi związek przyczynowo - skutkowy.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

W związku z przyjętą przez Sądy, a niekwestionowaną w skardze kasacyjnej, podstawą odpowiedzialności pozwanego Zakładu Ubezpieczeń (art. 805 k.c.) związaną z odpowiedzialnością ubezpieczonego (...) Centrum Medycznego w L. (art. 415, 430 i 446 § 3 i 4 k.c.) nie ulega wątpliwości, że na powódce spoczywał ciężar wykazania zarówno zawinionego zachowania personelu medycznego (...) Centrum Medycznego jak i istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy tym zachowaniem a śmiercią P. B..

Jednocześnie trzeba zważyć, że w tego rodzaju procesach „medycznych” wykazywanie wszystkich etapów związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem wskazywanym jako sprawcze a szkodą może być nader utrudnione, a nawet niemożliwe. Dlatego w orzecznictwie 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 (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 5 lipca 1967 r., I PR 74/67, OSN z 1968 r. Nr 2, poz. 26; z dnia 7 czerwca 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA z 1969 r., nr 7 - 8, poz. 155; z dnia 14 grudnia 1973 r., II CR 692/73, OSPiKA 1975 Nr 4, poz. 94; z dnia 6 listopada 1998 r., III CKN 4/98, nie publ.; z dnia 13 czerwca 2000 r., V CKN 34/00, nie publ.; z dnia 24 maja 2005 r., V CSK 654/04, nie publ.; z dnia 4 listopada 2005 r., V CK 182/05, nie publ.; z dnia 17 maja 2007 r., III CSK 429/06, nie publ.; z dnia 2 czerwca 2010 r., III CSK 245/09, nie publ.; z dnia 5 kwietnia 2012 r., II CSK 402/11, nie publ.; z dnia 26 marca 2015 r., V CSK 357/14, nie publ.).

W razie stawiania zarzutu zawinienia personelu medycznego strony pozwanej polegającego na zaniechaniu we właściwym czasie postępowania diagnostycznego a dalej na zbyt późnym wdrożeniu odpowiednich metod leczniczych, *test conditio sine qua non* ulega modyfikacji, w ten sposób, że nie polega on na badaniu czy doszłoby do śmierci pacjenta, gdyby zaniechania nie miały miejsca, ale czy jeśliby podjęto wymagane w danych okolicznościach działania, to szansa wystąpienia szkody uległaby istotnemu zmniejszeniu (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2004 r., I CK 222/03, nie publ.).

W wyroku z dnia 4 listopada 2016 r. (I CSK 739/15, nie publ.) Sąd Najwyższy podniósł, że przyjęcie w danym stanie faktycznym wysokiego prawdopodobieństwa związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem wyrządzającym szkodę a szkodą, lub jego braku ma z założenia charakter ocenny. Dlatego do naruszenia art. 361 § 1 k.c., które można zakwalifikować jako uzasadnioną podstawę kasacyjną dochodzi w przypadkach, gdy rozumowaniu sądu można przypisać cechy dowolności, względnie kiedy występują istotne luki i sprzeczności we wnioskowaniu.

W związku z tym trzeba przyznać rację skarżącej, iż takie wady w przyjętej przez Sąd Apelacyjny ocenie wystąpiły. Przede wszystkim brak jest stanowczego stwierdzenia odnośnie badania d-dimerów w dniu 20 września 2009 r. o godz. 13³⁵

i zapoznania się z jego wynikiem przez lekarza prowadzącego, a jest to także konsekwencja sprzecznego z art. 382 k.p.c. pominięcia dowodów wskazanych na tę okoliczność w skardze kasacyjnej. Jeśli bowiem założyć, że badanie to odnosiło się do P. B. a jego wynik na poziomie 4873 jednostek był już wartością istotnie zawyżoną, to wówczas zgodnie z pierwszą wydaną w przedmiotowej sprawie opinią biegłych powinno być wykonane badanie RTG klatki piersiowej, jako nieodzowne badanie do stwierdzenia zatoru płucnego. Jednocześnie niezbędne jest podkreślenie, że kwestia badania d-dimerów z godz. 13³⁵ nie była rozważana w opinii wydanej w postępowaniu karnym. W przedmiotowej sprawie nie zostało wyjaśnione, dlaczego zaniechano wykonania badania RTG i jeśli nie było możliwe niezwłoczne jego wykonanie w (...) Centrum Medycznym w L., czy stan pacjenta umożliwiał jego przeniesienie do innej specjalistycznej placówki medycznej dysponującej sprzętem odpowiednim do stanu ratowania pacjenta. Z pierwszej wydanej w sprawie przez Śląski Uniwersytet Medyczny K. opinii wynika, że „... (...) Centrum Medyczne w L. dysponowało ograniczonymi możliwościami diagnostycznymi a wysokie stężenie d-dimerów przemawiające za zakrzepicą i zatorowością płucną powinno skłaniać lekarza dyżurnego do pilnego poszerzenia diagnostyki w tym kierunku o badania obrazowe - optymalnie badanie angiograficzne, tzw. angio-TK celem niezwłocznego wdrożenia adekwatnego leczenia. Jeśli (...) Centrum Medyczne w L. nie dysponowało taką możliwością, pacjent powinien być przetransportowany do najbliższego ośrodka z odpowiednim zapleczem diagnostycznym ale - co istotne - przy założeniu, że jego stan ogólny na to pozwalał”. Wnioski te opierały się na stwierdzeniu, że oznaczenia d-dimerów z wynikiem na godz. 17:10. dokonano z opóźnieniem (k - 578).

W pierwotnej opinii przyjęto, iż P. B. podano heparynę już na oddziale wewnętrznym, a wniosek taki został oparty na zeznaniach świadków. Jest to jednak sfera faktów, których ustalenie jest zastrzeżone dla wyłącznej kompetencji sądu. Czas podania heparyny jako środka, który należało włączyć niezwłocznie przy podejrzeniu ryzyka zatorowości płucnej (k. 582) jest wobec tego istotny a Sąd Apelacyjny nie wskazał, jakie względy zadecydowały o podzieleniu zawartego w opinii uzupełniającej wniosku, że kwestia ta ma drugorzędne znaczenie i nie pozwala na przypisanie odpowiedzialności za śmierć P. B. (k. - 652), zwłaszcza

jeśli uwzględni się podnoszoną w obu opiniach kwestię konieczności badania RTG klatki piersiowej, w celu wykluczenia ostrego zespołu wieńcowego i zapalenia płuc, które pomimo zlecenia przez lekarza nie zostało niezwłocznie wykonane. Z tą okolicznością ściśle wiążą się też stwierdzone nieprawidłowości w funkcjonowaniu szpitala polegające na prowadzeniu przez tego samego lekarza dyżuru w oddziale szpitalnym i na izbie przyjęć, ograniczonym w dni weekendowe dostępie do zaplecza diagnostycznego, opóźnieniach w podjęciu czynności diagnostycznych i w zależności od ustaleń, nieuwzględnieniu przez lekarza prowadzącego poziomu d-dimerów stwierdzonego w pierwszym badaniu o godz. 13:35, kiedy stan pacjenta był jeszcze względnie stabilny.

W wyroku z dnia 19 czerwca 2019 r. (II CSK 279/18 OSNC 2020/5/43) Sąd Najwyższy podniósł, że należyta staranność - niezależnie od tego, czy kojarzy się ją z elementem subiektywnym czy obiektywnym winy, składającym się na pojęcie zawinionego błędu medycznego (por. wyroki Sądu Najwyższego wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09, z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, nie publ., z dnia 24 października 2013 r., IV CSK 64/13, nie publ., z dnia 27 czerwca 2017 r., II CSK 69/17, nie publ.) - jest kategorią prawną, odwołującą się do określonego obiektywnego wzorca normatywnego, przy rekonstrukcji którego "najwyższym biegłym" jest sąd. Ocena ta musi mieć wystarczającą podstawę faktyczną, ustalaną z wykorzystaniem wiadomości specjalnych, jednakże w opinii biegłego doniosła jest nie tylko ostateczna konkluzja, ale także poszczególne fachowe stwierdzenia, pozwalające na uchwycenie przez sąd prawnie relewantnego wycinka rzeczywistości i rządzących nim "praw", tj. przyczyn, skutków i zależności (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 kwietnia 2019 r., II CSK 96/18, nie publ. i postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 marca 2019 r., III CSK 229/18).

Wskazane wyżej uchybienia nie pozwalają na formułowanie ostatecznych wniosków odnośnie naruszenia art. 361 § 1 k.c. Z dotychczasowych ustaleń wynika, iż przyczyną zgonu P. B. była zatorowość płucna. Z kolei w wydanych w sprawie opiniach podkreśla się brak możliwości stwierdzenia jak masywna była to zatorowość i jak była jej przyczyna będący konsekwencją niewyrażenia przez powódkę zgody na sekcję zwłok zmarłego męża. Dlatego, po wyjaśnieniu

wskazanych wątpliwości, luk w ocenie Sądu a zarazem przy uwzględnieniu zasad dotyczących ustalania związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem personelu medycznego a śmiercią pacjenta, niezbędne jest rozstrzygnięcie, czy do przyjęcia tego związku przyczynowego pomiędzy ustalonymi nieprawidłowościami w funkcjonowaniu (...) Centrum Medycznego a zgonem P. B. wystarczy stwierdzenie, iż przyczyną jego zgonu była zatorowość płucna, bez potrzeby przeprowadzenia sekcji zwłok, która miałaby potwierdzić rozmiary zatorowości i jej przyczyny. Czy wnioskowanie to jest obarczone tak znacznymi wątpliwościami, do których wyjaśnienia niezbędne było jednak przeprowadzenie sekcji zwłok, na co powódka nie wyraziła zgody a szpital nie stwarzał w tej materii jakichkolwiek przeszkód.

Z tych wszystkich względów Sąd Najwyższy na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę Sądowi Apelacyjnemu w (...) do ponownego rozpoznania.

jw