



Sygn. akt IV CSK 594/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 lutego 2019 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Paweł Grzegorzczak (przewodniczący)

SSN Anna Kozłowska

SSN Marta Romańska (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa małoletniej K. R. i M. R.
przeciwko E. O.
z udziałem interwenienta ubocznego po stronie pozwanej Towarzystwa
Ubezpieczeń i Reasekuracji (...) Spółki Akcyjnej w W.
o zadośćuczynienie i rentę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej
w dniu 22 lutego 2019 r.,
skargi kasacyjnej powódki K. R.
od wyroku Sądu Apelacyjnego w (...)
z dnia 31 maja 2017 r., sygn. akt I ACa (...),

1) oddala skargę kasacyjną;

**2) odstępuje od obciążenia powódki K. R. kosztami
postępowania kasacyjnego na rzecz pozwanej i interwenienta
ubocznego.**

UZASADNIENIE

Powódka M. R. wniosła o zasądzenie od E. O. kwoty 45.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu tytułem zadośćuczynienia.

Powódka K. R. wniosła o zasądzenie od E. O. kwoty 70.500 zł tytułem wyrównania zaległej renty za okres od 19 kwietnia 2007 r. do 3 listopada 2011 r., kwoty 2.500 zł miesięcznie tytułem renty na pokrycie zwiększonych kosztów utrzymania, płatnej miesięcznie do dnia 10. każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w płatności, poczynwszy od 3 listopada 2011 r., kwoty 50.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Pozwana E. O. wносиła o oddalenie powództw.

Interwenient uboczny po stronie pozwanej - Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji (...) S.A. w W. wniósł o oddalenie powództw.

Wyrokiem z 21 października 2016 r. Sąd Okręgowy w B. zasądził od pozwanej na rzecz M. R. kwotę 20.000 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 21 października 2016 r. (pkt I); oddalił jej powództwo w pozostałym zakresie oraz w całości powództwo K. R. (pkt II).

Sąd Okręgowy ustalił, że pierwsza wizyta M. R. w zakładzie opieki zdrowotnej prowadzonym przez pozwaną miała miejsce 12 września 2006 r., a lekarzem przyjmującym była E. N. M. R. zalecono badanie ultrasonograficzne, które ta wykonała dopiero 20 października 2006 r. w Poradni Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w B. (MSWiA) i na podstawie wyników badań wiek ciąży M. R. oceniono na 10 tygodni.

Po raz kolejny M. R. zgłosiła się do zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego przez pozwaną 30 listopada 2006 r. i wtedy przyjęła ją pozwana. M. R. okazała wyniki badań morfologii, moczu, glukozy, grupy krwi przeprowadzonych 20 października 2006 r. w zakładzie MSWiA. Pozwana wykonała badanie USG sondą przezpochwową, gdyż głowica przezbrzuszną była wówczas uszkodzona. Ustaliła, że ciąża powódki jest żywa, pojedyncza, w położeniu główkowym, płód rozwija się

prawidłowo, ściana łożyska i wody były prawidłowe. Wiek płodu określiła na około 17 tygodni $\pm$ 7 dni, a planowany termin porodu na 9 maja 2006 r., z zastrzeżeniem błędu $\pm$ 7 dni. W karcie odnotowała, że nie było możliwości oceny morfologii płodu i zaleciła wykonanie badania USG w terminie 3-4 tygodni. W trakcie kolejnej wizyty 5 grudnia 2006 r. E. N. założyła M. R. kartę ciąży, a w rubryce „Wywiad rodzinny” odnotowała zachorowania na cukrzycę i raka pęcherzyka. W trakcie wizyty 18 stycznia 2007 r. pozwana wykonała M. R. badanie USG. Stwierdziła, że wynik badania USG TP pokrywa się z wcześniejszym badaniem USG PV i odnotowała w karcie: „Morfologia płodu wydaje się prawidłowa”. Pozwana stwierdziła ciążę pomiędzy 23 - 24 tygodniem.

M. R. zgłosiła się do lekarza ponownie 22 stycznia 2007 r. Podczas tej wizyty zlecono badanie stopnia czystości, wykonanie badania USG oraz kontrolę za dwa tygodnie. M. R. 7 lutego 2007 r. zgłosiła się do E. N. na kontrolny stopień czystości; zaleconego USG nie wykonała, po czym podjęła leczenie farmakologiczne upławów, które nie przyniosło efektów. Kontrola dna macicy oraz tętna płodu nie budziła zastrzeżeń. Wynik cytologii z 27 lutego 2007 r. był prawidłowy, zaś wizyta kontrolna została wyznaczona po miesiącu.

M. R. zgłosiła się do poradni pozwanej 13 marca 2007 r. skarżąc się na trwające od dwóch godzin bóle w dolnej części brzucha. Po badaniu odnotowano: „obfita wydzielina w pochwie. Szyjka zachowana. Macica pobudliwa.” Podczas wizyty 11 kwietnia 2007 r. M. R. skarżyła się na bóle brzucha, w konsekwencji zlecono badania laboratoryjne i konsultację internistyczną. 11 kwietnia 2007 r. wieczorem M. R. udała się na wizytę do Polikliniki Ginekologiczno-Położniczej (...) w B., z zamiarem zobaczenia dziecka podczas badania USG w projekcji 3/D. Lekarz stwierdził, że dziecko ma bardzo mocno poszerzoną główkę i prawdopodobnie rozszczep kręgosłupa. 12 kwietnia 2007 r. powódka zgłosiła się w godzinach popołudniowych do poradni pozwanej z prośbą o wydanie zwolnienia lekarskiego, którego nie otrzymała, z powodu nie zgłoszenia się do internisty.

16 kwietnia 2007 r. M. R. zgłosiła się do gabinetu ultrasonografii ginekologiczno - położniczej T. F. w W. W badaniu USG stwierdzono wówczas, że u płodu występuje poszerzony układ komór mózgu, całkowity brak tkanki

mózgowej, z widocznym falującym sierpem mózgu oraz rozszczep w części lędźwiowej kręgosłupa. 18 kwietnia 2007 r. M. R. została przyjęta do Kliniki Neonatologii Akademii Medycznej w W., gdzie 19 kwietnia 2007 r., drogą cięcia cesarskiego, urodziła K. R. z urodzeniową masą ciała 2910 g, ocenioną według skali Apgar 6 (pierwsza min.) i 8 (5 minuta) punktów.

U K. R. stwierdzono wodogłowie wewnętrzne (powiększony obwód głowy) oraz otwartą przepuklinę oponowo-rdzeniową w odcinku lędźwiowym kręgosłupa oraz zniekształcenia kończyn dolnych pod postacią przywiedzionego przodostopia. K. R. została umieszczona w inkubatorze tlenowym i przekazana do Katedry i Kliniki Chirurgii Pediatrycznej Akademickiego Szpitala Klinicznego (ASK) im. (...) w W. 20 kwietnia 2007 r. poddana została plastyce przepukliny oponowo-rdzeniowej na odcinku piersiowo-lędźwiowym z korekcją kifozy lędźwiowej, z jednoczasowym wszczepieniem zastawki komorowo-otrzewnowej. Po zabiegu, na oddechu kontrolowanym została przekazana bezpośrednio z sali operacyjnej do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej ASK do dalszego leczenia. Stan K. R. w chwili przyjęcia na oddział określono jako ciężki. Stwierdzono u niej niewydolność krążeniowo-oddechową, hiperbilirubinemię, zamartwicę okołoporodową oraz bezdechy. Była wentylowana mechanicznie oraz pozostawała na wlewie dopaminy. Po odzyskaniu wydolności krążeniowo-oddechowej, K. R. została przekazana na Oddział Chirurgii i Urologii Dziecięcej ASK w W. ze wskazaniem nadzoru parametrów życiowych. Przebywała na oddziale od 22 kwietnia do 9 maja 2007 r., po czym przekazano ją do Kliniki Neonatologii. Tam przeprowadzono konsultacje: neurologiczną, kardiologiczną, okulistyczną, rozpoczęto rehabilitację. W 49 dobie życia (8 czerwca 2007 r.) K. R. wypisano do domu z zaleceniem wielospecjalistycznej opieki ambulatoryjnej. Później była wielokrotnie hospitalizowana, głównie z powodu problemów z wszczepioną zastawką i drenem, a także w celu poszerzenia diagnostyki układu nerwowego i układu moczowego. Ze względu na obecny stan zdrowia K. R. wymaga stałej opieki oraz uporczywej rehabilitacji.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie

fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem badanie ultrasonograficzne płodu powinno być przeprowadzane u każdej ciężarnej między 11 a 14 tygodniem ciąży, następnie między 18-22 tygodniem ciąży, między 28 a 32 i po 40 tygodniu ciąży. Podobne standardy wynikają z rekomendacji Sekcji Ultrasonografii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie przesiewowej diagnostyki ultrasonograficznej w ciąży o przebiegu prawidłowym i rekomendacji grupy ekspertów powołanych przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Już w pierwszym badaniu zaleca się ocenić kręgosłup na całej długości, również w kolejnych badaniach kręgosłup powinien być oceniony co najmniej w płaszczyźnie strzałkowej i poprzecznej. U większych płodów ocena może być trudniejsza ale brak możliwości oceny morfologii płodu powinien skutkować skierowaniem ciężarnej do innej placówki. Badania USG wykonywane przez pozwaną M. R. nie spełniały powyższych kryteriów. Badanie USG wykonywane w 23 tygodniu ciąży nie zawierało oceny wszystkich elementów, które są wymienione w rekomendacjach, bowiem nie została wykonana ocena anatomii płodu. Dokumentacja dotycząca wykonanych badań USG nie była prawidłowa. Rozpoznanie rozszczepu kręgosłupa K. R. było możliwe w terminie standardowego wykonywania tak zwanego „połówkowego” badania USG, czyli pomiędzy 18 a 22 tygodniem ciąży i we wszystkich terminach późniejszych. Brak możliwości oceny anatomii płodu w placówce pozwanej powinien skutkować skierowaniem ciężarnej do placówki, w której ocena morfologii płodu będzie możliwa.

Przepuklina oponowo-rdzeniowa powstaje w wyniku zaburzonego procesu zamykania się tylnego odcinka cewy nerwowej (do 26 dnia wieku płodowego). W 80% uszkodzenie dotyczy odcinka lędźwiowego. W przypadku wady na poziomie piersiowo-lędźwiowym, lędźwiowym lub lędźwiowo-krzyżowym częstość wodogłowia wynosi 90%. Przepukliny mózgowo-rdzeniowe związane z rozszczepem kręgosłupa występują w Polsce z częstością zależnie od źródeł od około 111.000-112.000 żywo urodzonych noworodków. Częstość występowania tego typu wad jest 2-3 krotnie większa u dziewczynek niż u chłopców. Nawet do 90% przypadków rozszczepów kręgosłupa wiąże się z wtórnym do nich wodogłowiem. Często współwystępują również zaburzenia rozwojowe kończyn

dolnych. Ryzyko wystąpienia wad rozwojowych cewy nerwowej może być zmniejszone, nawet o około 70% dzięki profilaktycznemu przyjmowaniu przez kobietę będącą w wieku rozrodczym kwasu foliowego, co najmniej w okresie 3 miesięcy przed zapłodnieniem i do 12 tygodnia ciąży. Ryzyko wad cewy nerwowej, niezależnie od obciążeń wywiadu położniczego lub ich braku, może być nieznacznie wyższe w przypadkach rodzin, w których już takie zdarzenie wystąpiło. Wtórne do wady kręgosłupa wodogłowie, jakie pojawiło się w okresie prenatalnym, narasta gwałtownie niejednokrotnie dopiero w późniejszym okresie ciąży. Nie musi być ewidentne lub znaczące nawet wówczas, gdy rozpoznana jest już wada kręgosłupa. Narastające wodogłowie może podlegać odbarczaniu w ramach terapii wewnątrzmacicznej płodu celem zminimalizowania jego skutków w okresie postnatalnym.

Wcześniejsze rozpoznanie wady nie wpłynęłoby na przebieg choroby K. R.. Dałoby jej rodzicom możliwość podjęcia decyzji o terminacji ciąży. Post factum i po 7 latach od urodzenia się dziecka trudno jest wyrokować, jaki byłby przebieg kliniczny ciąży i dalszy rozwój wypadków nawet wówczas, gdyby wada cewy nerwowej była rozpoznana w połowie ciąży i jakie byłyby decyzje rodziców, przy założeniu udzielenia im prawidłowo wszystkich niezbędnych w takiej sytuacji porad lekarskich i psychologicznych.

Obecne standardy medyczne nie obejmują operacji płodu z powodu przepukliny rdzenia w czasie trwania ciąży, a operacja leczenia wodogłowia nie wpływa na zasadniczy objaw neurologiczny tej złożonej wady, jakim jest wiotki niedowład lub porażenie kończyn dolnych z zaburzeniami zwieraczy. Operacja przepukliny oponowo-rdzeniowej u płodu w czasie ciąży ma charakter eksperymentu medycznego, a nie ustalonego standardowego postępowania. W Oddziale Klinicznym Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej w B. operacja zamykająca rozszczep kręgosłupa u płodu jest wykonywana wyłącznie, gdy zmiana dotyczy odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. Do 2007 r. w ośrodku tym wykonano ok. 6-7 takich operacji. Umieszczenie przepukliny oponowo-rdzeniowej w wyższym odcinku kręgosłupa (a taki wystąpił u K. R.) uniemożliwia kwalifikację jej do zabiegu w ośrodku w B. W Polsce nie wykonuje się operacji zamknięcia przepukliny prenatalnie poza B. Niektóre ośrodki medyczne

proponują operację płodu zgodnie z eksperymentalnym protokołem (Management of Myelomeningocele Study, or MOMS) Narodowego Instytutu Zdrowia USA (National Institutes of Health). Operacja wykonywana jest przed 26 tygodniem ciąży i polega na otwarciu brzucha i macicy matki przeprowadzeniu plastyki przepukliny oraz ponownym umieszczeniu płodu w macicy. Leczenie chirurgiczne płodu jest traktowane jako eksperymentalne. Leczenie prenatalne wiąże się ze zmniejszeniem liczby dzieci wymagających chirurgicznego leczenia wodogłowia oraz lepszym rozwojem motorycznym, nie poprawia jednak rozwoju intelektualnego i zwiększa ryzyko dla matki i płodu. W raporcie MOMS zostały opisane w USA 4 przypadki operacji zamknięcia przepukliny w odcinku piersiowym kręgosłupa. Dane dotyczą lat 2003-2010. Jednak brak jest informacji na temat, jaki był stan dzieci po urodzeniu i jak później przebiegał ich rozwój.

Nie istnieje obecnie żadna metoda leczenia przepukliny oponoworzeniowej. Uszkodzonej tkanki nerwowej nie można naprawić, ani przywrócić funkcji uszkodzonym nerwom. Leczenie, jakie dzisiaj można zaproponować osobom dotkniętym tym schorzeniem jest objawowe i ma na celu przeciwdziałanie tragicznym skutkom wady.

W okresie noworodkowym K. R. była diagnozowana i leczona zgodnie z zasadami obowiązującymi w neonatologii. W jej leczeniu wykorzystano wszystkie dostępne i zalecane środki, a leczenie prowadzono z niezwykłą starannością, co potwierdza jej rozwój intelektualny, pomimo ciężkiej postaci wady. Na dzień dzisiejszy wyniki leczenia prenatalnego nie wykazują istotnych korzyści dla dziecka, a może się ono wiązać z wystąpieniem dodatkowych problemów.

W związku z opóźnieniem funkcjonowania poznawczego K. R. przez cały okres edukacji będzie wymagała indywidualnej pracy nad zaburzonymi sprawnościami. W związku z niesprawnością ruchową wysoce prawdopodobne jest, że jej funkcjonowanie społeczne w grupie rówieśniczej będzie w przyszłości znacznie ograniczone, co może wpłynąć na jej rozwój emocjonalny powodując okresowo zaburzenia adaptacyjne. Przychodząca wraz z kolejnymi fazami rozwojowymi świadomość własnej sytuacji i ograniczeń w realizacji własnych potrzeb może powodować zaburzenia adaptacyjne w postaci reakcji depresyjnych.

Jej trwałe uszczerbek na zdrowiu psychicznym w związku ze znacznymi ograniczeniami fizycznymi wynosi 30%. K. R. od urodzenia ma niedowład kończyn dolnych wiotki graniczący z porażeniem, zaburzenia czucia od tułowia ku dołowi, zaburzenia oddawania moczu i stolca potwierdzone badaniami urodynamicznymi. Jej stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu z tego tytułu wynosi 100%, gdyż jest on konsekwencją ciężkiego, nieodwracalnego kalectwa. Rokowania co do możliwości jej samodzielnego poruszania się i pionizacji są raczej niepomysłne.

Sąd Okręgowy uznał roszczenie M. R. za częściowo uzasadnione na podstawie ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012, poz. 159) i przyznał jej kwotę 20.000 zł jako zadośćuczynienie za krzywdę wynikłą z naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz do informacji o tym, że jej dziecko urodzi się z wadami, na co nie była w stanie przygotować się psychicznie. O odsetkach od tego świadczenia Sąd Okręgowy orzekł stosownie do art. 481 § 1 k.c. od dnia wydania orzeczenia.

Sąd Okręgowy uznał, że pozwana mogłaby ponosić odpowiedzialność cywilną wobec K. R. za błąd diagnostyczny na zasadzie winy (art. 415 i art. 445 k.c.), gdyby błąd okazał się zawiniony subiektywnie, tzn. stanowił następstwo niedochowania przez lekarza należytej staranności, a jego zwykłym następstwem było uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia albo pogłębienie takiego stanu czy też niemożliwość odwrócenia jego skutków. Brak jest jednak podstaw do uznania, że pozwana odpowiada za obecny stan zdrowia K. R.

Wyrokiem z 31 maja 2017 r. Sąd Apelacyjny w (...) zmienił wyrok Sądu Okręgowego w B. z 21 października 2016 r. w ten sposób, że zasądził od pozwanej na rzecz M. R. kwotę 45.000 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 21 października 2016 r., a apelację K. R. oraz pozwanej oddalił w całości.

Sąd Apelacyjny skorygował stanowisko Sądu Okręgowego co do podstawy prawnej zasądzenia zadośćuczynienia na rzecz M. R. i stwierdził, że nie jest nią ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która nie obowiązywała na przełomie lat 2006-2007, lecz art. 19a i 18 ust. 2 i ust. 3 pkt 1 oraz art. 19 ust. 1 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej w

brzmieniu obowiązującym w dacie zarzucanego pozwanej nieprawidłowego deliktu medycznego (Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408). Sąd Apelacyjny za zasadne uznał też podwyższenie wysokości zadośćuczynienia na rzecz M. R.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, Sąd Okręgowy prawidłowo przyjął, że stan zdrowia K. R. nie pozostaje w związku z uchybieniami diagnostycznymi popełnionymi przez pozwaną w okresie ciąży M. R.

W skardze kasacyjnej od wyroku Sądu Apelacyjnego z 31 maja 2017 r. oddalającego jej apelację od wyroku Sądu Okręgowego, K. R. zarzuciła, że orzeczenie to wydane zostało z naruszeniem art. 415 k.c. w zw. z art. 444 § 2 k.c. i art. 445 § 1 k.c. oraz w zw. z art. 361 § 1 k.c. polegającym na zaprzeczeniu istnienia związku pomiędzy ustalonym w toku postępowania sądowego faktem dopuszczenia się przez pozwaną błędu w sztuce lekarskiej w zakresie diagnostyki ultrasonograficznej płodu i w konsekwencji pozbawieniem możliwości podjęcia próby leczenia w okresie prenatalnym małoletniej powódki K. R., skutkujących pogorszeniem stanu zdrowia powódki, a odpowiedzialnością deliktową pozwanej, podczas gdy ustalenie w toku postępowania sądowego zawinionego zachowania pozwanej, wystąpienia szkody po stronie powódki oraz istnienia związku przyczynowego, winno prowadzić do zastosowania wskazanych norm prawa materialnego.

Powódka wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku w części oddalającej jej apelację i zasądzenie od pozwanej dochodzonych przez nią świadczeń.

Pozwana wniosła o oddalenie skargi kasacyjnej.

Interwenient uboczny wniósł o oddalenie skargi kasacyjnej powódki.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Sądy *meriti* trafnie wskazały na podstawę prawną, w świetle której należy rozważać odpowiedzialność pozwanej wobec powódki. Jest nią art. 415 k.c. Źródłem szkody i krzywdy, której naprawienia domaga się powódka, był nieprawidłowo prowadzony proces diagnostyczny stanu jej zdrowia w okresie prenatalnym. Pozwana, do zakładu leczniczego której trafiła M. R., powinna była przeprowadzić badania USG jej płodu i w ich trakcie ocenić jego morfologię, a

gdyby nie było to możliwe przy użyciu sprzętu, którym dysponowała – wskazać M. R. placówkę medyczną prowadzącą takie badania. Zaniechanie tego rodzaju prawidłowego działania diagnostycznego jest przez K. R. identyfikowane jako zdarzenie wyrządzające jej 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. nieopublikowane wyroki Sądu Najwyższego z 3 lipca 2008 r., IV CSK 127/08, z 19 czerwca 2008 r., V CSK 18/08, z 14 marca 2002 r., IV CKN 826/00).

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, czy 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 *meriti* w odniesieniu do szkody, na którą powołuje się K. R. i przypisywanej pozwanej postaci zaniechania, nie budzą żadnych wątpliwości co do wniosku o braku powiązań przyczynowych między nimi.

M. R. zgłosiła się do zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego przez pozwaną 12 września 2006 r., w piątym tygodniu ciąży. Zalecono jej wówczas wykonanie badania USG, ale M. R. na takie badanie się nie zgłosiła. Po kolejnych pięciu tygodniach, 20 października 2006 r., wykonała badanie USG, w którym wiek ciąży określono na dziesięć tygodni. M. R. nie leczyła się u pozwanej w okresie od 12 września 2006 r. do 30 listopada 2006 r., a zatem przez okres 2,5 miesięcy, w ciągu którego - zgodnie z przytoczonymi rekomendacjami - należało wykonać badanie USG płodu wraz z oceną jego morfologii. Na badania u pozwanej zgłosiła się 30 listopada 2006 r., w siedemnastym tygodniu ciąży. Badanie USG, które pozwana przeprowadziła 30 listopada 2006 r. było wykonane i zinterpretowane nieprawidłowo, nie została wówczas dokonana ocena anatomii płodu, a M. R. nie została też skierowana do innej placówki w celu dokonania takiej oceny. Wykrycie wady płodu w trakcie tego badania albo też skierowanie M. R. do innej placówki medycznej, gdzie wada zostałaby zdiagnozowana, pozwoliłby M. R. uzyskać informację na temat stanu płodu, rokowań na przyszłość i ewentualnie na podjęcie decyzji o terminacji ciąży. Działania te w żaden sposób nie wpłynęłyby na stan, w jakim urodziła się K. R. i na obecny stan jej zdrowia. Wada, z którą urodziła się K. R., powstaje w wyniku zaburzonego procesu zamykania się tylnego odcinka cewy nerwowej, do 26 dnia wieku płodowego. Potem, w miarę upływu czasu, jedynie pogłębiają się jej skutki.

Z uwagi na umiejscowienie przepukliny oponowo-rdzeniowej na odcinku piersiowo-lędźwiowym, K. R. nie zostałaby w 2007 r. zakwalifikowana do leczenia w ośrodku w B., który jako jedyny w Polsce przeprowadzał i przeprowadza operacje prenatalne zamknięcia przepukliny. Z ustaleń poczynionych w sprawie wynika wprawdzie, że w latach 2003-2010 zostały opisane 4 przypadki operacji zamknięcia

przepukliny płodu na odcinku piersiowym kręgosłupa w klinikach w USA, zgodnie z eksperymentalnym protokołem (Management of Myelomeningocele Study, or MOMS) Narodowego Instytutu Zdrowia USA (National Institutes of Health), ale powódka nie dowodziła, że jej rodzice byłiby w stanie zorganizować dla niej tego rodzaju operację przed 26 tygodniem ciąży, gdyby o wadzie rozwojowej dowiedzieli się 30 listopada 2006 r. (wtedy M. R. zgłosiła się do pozwanej po 2,5 miesięcznej nieobecności), po prawidłowo przeprowadzonym badaniu USG. Operacje przepukliny płodu na odcinku piersiowym kręgosłupa miały i ciągle mają charakter eksperymentalny. Nie sposób ustalić, jaki wpływ na stan zdrowia powódki miałyby przeprowadzenie takiej operacji i czy w ogóle zostałyby do niej zakwalifikowana.

W sprawie niewątpliwie ustalono, że wykrycie wady rozwojowej K. R. powstałej w okresie płodowym, nawet gdyby nastąpiło, to nie miałyby ostatecznie wpływu na stan zdrowia, w jakim się urodziła i przebieg jej choroby.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c. Sąd Najwyższy orzekł jak w sentencji, odstępując - na podstawie art. 102 w zw. z art. 398²¹ i art. 391 § 1 k.p.c. - od obciążania powódki kosztami postępowania na rzecz pozwanej. Interwenantowi ubocznemu koszty te co do zasady nie przysługiwały (art. 107 k.p.c.).

jw