

Sygn. akt I ACa 880/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 kwietnia 2022 roku

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Krzysztof Górski (spr.)
Sędziowie:	SSA Halina Zarzeczna SSA Tomasz Sobieraj
Protokolant:	Ewa Zarzycka

po rozpoznaniu w dniu 12 kwietnia 2022 roku, na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa M. O. (1)

przeciwko (...) spółce akcyjnej w W.

i (...) Szpitalowi (...) - Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w W.

o zapłatę,

na skutek apelacji powoda od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie z dnia 17 września 2021 r. sygn. akt I C 108/17,

uchyla zaskarżony wyrok i sprawę przekazuje do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Koszalinie, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego.

- Halina Zarzeczna - - Krzysztof Górski - - Tomasz Sobieraj -

Sygn. akt I ACa 880/21

UZASADNIENIE

Powód – małoletni M. O. (1), działający przez przedstawiciela ustawowego M. O. (2), dochodził w niniejszej sprawie zasądzenia od pozwanych – (...) Szpitala (...) SP ZOZ w W. oraz (...) S.A. z siedzibą w W. – kwoty 1.000.000 (milion) złotych tytułem zadośćuczynienia za doznany ból i cierpienie, krzywdy moralne oraz inne niedogodności życia codziennego powstałe od dnia narodzin, w wyniku nieprawidłowego przeprowadzenia akcji porodowej w okresie 19-26 lipca 2010 r. skutkujące ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu małoletniego wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 18 października 2014 r. do dnia zapłaty oraz o zasądzenie od pozwanych kwoty 89.200 (osiemdziesiąt dziewięć tysięcy dwieście) złotych tytułem odszkodowania w związku z poniesionymi w następstwie nieprawidłowego przeprowadzenia akcji porodowej kosztami leczenia, wyżywienia, dojazdów na rehabilitację wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 18 października 2014 r. oraz o zasądzenie od pozwanych na rzecz powoda renty miesięcznej w kwocie 2.000 (dwa tysiące)

złotych z tytułu całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji, za okres od 1 lutego 2017 r. płatnej do dnia 10-go każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w razie opóźnienia którejkolwiek z rat, z zastrzeżeniem, że w razie zwiększenia się potrzeb powoda w przyszłości powód zastrzega sobie prawo wystąpienia do Sądu o podwyższenie wysokości rat renty oraz o zasądzenie od pozwanych na rzecz powoda kwoty 6.248,40 (sześć tysięcy dwieście czterdzieści osiem 40/100) złotych tytułem zwrotu kosztów związanych z tłumaczeniem dokumentacji medycznej przez tłumacza przysięgłego z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, a także o zasądzenie od pozwanych na rzecz powoda kosztów procesu

W uzasadnieniu pozwu wskazano, że dnia 19 lipca 2010 r. matka powoda w 37 tygodniu ciąży została przyjęta na oddział ginekologiczno-położniczy (...) Szpitala (...) w W. z powodu porodu zagrażającego. W tej placówce wykonano badanie na obecność bakterii staphylococcus aureus, z wynikiem dodatnim. Nadto wynik nieprawidłowego zapisu KTG wskazywał na bradykardię płodu. Dnia następnego, tj. 20 lipca 2010 r. matka została wypisana do domu z zaleceniem kontroli. W dniu 25 lipca 2010 r. matka powoda została ponownie przyjęta na oddział ginekologiczno-położniczy pozwanego z powodu pękniętego pęcherza płodowego, regularnej czynności skurczowej macicy i rozwarciem ujścia zewnętrznego na 6 cm. Mimo trwającego dłuższy czas porodu, powód nie mógł się urodzić, wobec czego podjęto decyzję o konieczności przeprowadzenia cesarskiego cięcia. W wyniku zasugerowania przez innego lekarza, że poród winien odbyć się siłami natury, pierwotna decyzja została zmieniona. Mimo olbrzymiego wysiłku matki, powód nadal nie mógł się urodzić, w wyniku czego lekarz i pielęgniarka niemalże wyciskali i wyduszali dziecko na siłę. W dniu (...) r. powód w 15 godzinie swojego życia, w stanie krytycznym, trafił na oddział neonatologiczny Szpitala (...) w K., gdzie przebywał do dnia 3 września 2010 r. gdzie stwierdzono wiele schorzeń. Wobec powyższego powód został zaliczony do osób niepełnosprawnych z koniecznością stałej, długotrwałej opieki i pomocy innej osoby. Stan powoda nie ulegał polepszeniu. Wskazano również na orzeczenie sądu lekarskiego uznającego lekarza prowadzącego za winnego czynu polegającego na nieprawidłowym prowadzeniu porodu matki powoda M. O. (2) mieszczących się w granicach błędu medycznego. Powód od urodzenia jest pod stałą opieką specjalistów z wielu dziedzin medycyny. Obecnie nie potrafi utrzymać w pionie głowy, nie potrafi świadomie kontrolować ruchów, nie jest w stanie poruszać się samodzielnie. Mimo stosowania dużych dawek leków nie można znacząco zmniejszyć napięcia mięśni powoda. Po narodzinach powoda, życie całej rodziny uległo radykalnej zmianie na gorsze. Na wszystkie wizyty u specjalistów matka powoda dojeżdża środkami komunikacji publicznej, ponosząc koszty we własnym zakresie, średniomiesięcznie to 220 złotych, ponosi również koszty wizyty w przychodni, koszty produktów leczniczych, rehabilitacji.

Pozwany - (...) Szpital (...) SP ZOZ w W. wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu przyznał, że dnia 19 lipca 2010 r. matka powoda została przyjęta do pozwanego szpitala i po wykonaniu koniecznych i istotnych badań została wypisana do domu. Po ponownym przyjęciu 25 lipca 2010 r. niezwłocznie trafiła na blok porodowy, gdzie rozpoczęła się akcja porodowa. Po wymianie zdań lekarza prowadzącego M. K. oraz dr F. zdecydowano, że poród winien odbyć się siłami natury, w wyniku którego powód przyszedł na świat w zamartwicy z 6 punktami w skali Apgar. Okoliczności porodu były bardzo złożone, skomplikowane i nie pozwoliły na właściwy wybór sposobu porodu. Według prof. dr hab. med. A. M., na ostateczny ciężki stan noworodka, duży wpływ miał nie tylko sam przebieg i postawa lekarzy prowadzących ten poród, ale także wrodzona infekcja. Nadto nie można jednoznacznie ocenić co miało większy negatywny wpływ na stan urodzonego noworodka (powoda) i jego późniejsze problemy zdrowotne (infekcja noworodka z powodu GBS). Zdaniem pozwanego wcześniejsze zakończenie porodu nawet w pierwszym jego etapie nie uchroniłyby dziecka przed infekcją i jej konsekwencją zdrowotną. Reasumując pozwany nie podzielił zarzutów powoda, że błąd medyczny miał rzekomo polegać wyłącznie na odstąpieniu od wykonania cesarskiego cięcia na rzecz porodu siłami natury.

Pozwany - (...) S.A. z siedzibą w W., zastępowany przez profesjonalnego pełnomocnika, w odpowiedzi na pozew (k. 343), wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu wskazał, że kwestionuje powództwo co do zasady, jak i co do wysokości. Zaprzeczył aby działania, bądź zaniechania lekarza zatrudnionego w ubezpieczonym szpitalu miały wpływ na stan zdrowia małoletniego powoda. Chociaż sąd lekarski uznał, że lekarz prowadzący nieprawidłowo przeprowadził poród M. O. (2), jednakże sąd ten wskazał, że na stan dziecka miał wpływ nie tylko przebieg porodu, ale także wrodzona infekcja u noworodka. Wskazał również, że orzeczenie sądu lekarskiego nie wiąże sądu powszechnego, dlatego pozwany zaprzecza aby podczas prowadzenia porodu doszło do błędu medycznego. Podniósł również, że żądanie renty przez powoda nie zostało wykazane.

Strony podtrzymały swoje stanowiska w toku dalszego postępowania.

Wyrokiem z dnia 17 września 2021 roku Sąd Okręgowy oddalił powództwo i orzekł o kosztach procesu. Rozstrzygnięcie to Sąd wydał przyjmując następującą podstawę faktyczną:

W dniu 19 lipca 2010 r. wieloródka M. O. (2) została przyjęta do (...) Szpitala (...) w W. na oddział ginekologiczno-położniczy celem odbycia porodu zagrażającego. Po wykonaniu koniecznych i istotnych badań matka powoda została wypisana do domu. Akcja porodowa nie została zainicjowana.

W tym dniu pobrano do badania od matki materiał w postaci wymazu z pochwy. Z wyniku tego badania z dnia 22 lipca 2010 r. wynikało, że ciężarna matka powoda jest nosicielką bakterii staphylococcus aureus, o wzroście średnio obfitym, wrażliwym na methicillin oraz streptococcus agalactiae o wzroście średnio obfitym.

Dnia 25 lipca 2010 r. o godz. 23:02, M. O. (2) ponownie zgłosiła się na oddział ginekologiczno-położniczy (...) Szpitala (...) w W., w ciąży III, w 39 tygodniu jej trwania (38/5) z powodu czynności skurczowej macicy oraz odpływania wód płodowych. Po przyjęciu niezwłocznie trafiła na blok porodowy, gdzie rozpoczęła się akcja porodowa.

Po przyjęciu wykonano wywiad z którego wynika, że rodząca nie podała przebytych wcześniej chorób i operacji. Matka powoda oświadczyła, że pierwszą miesiączkę miała w 14 roku życia, miesiączkowała regularnie co 28 dni przez 4 dni, rodziła dwukrotnie, nie roniła. Poprzednie porody siłami natury: w 2005 r. poród fizjologiczny, CŹD o masie 3150 g, w 2008 r. również poród fizjologiczny SŹD o masie ciała 3920 kg. Ostatnia miesiączka 27 października – 1 listopada 2009 r. Pierwszego ruchu płodu nie pamiętała. 25 lipca 2010 r. godz. 22:45 wody płodowe odpłynęły w małej ilości, czyste.

Po przyjęciu stwierdzono temperaturę jej ciała 36,7 °C, tętno 84/min, ciśnienie krwi 130/78, jej wygląd ogólny dobry, płuca i serce w badaniu fizykalnym bez zmian.

Matka powoda w dniu 25 lipca 2010 r. została przyjęta na salę porodową o godz. 23:15 w stanie ogólnym dobrym w I okresie porodu. Skurcze macicy rozpoczęły się tego dnia o godz. 21:00. Pęcherz płodowy pękł o godz. 22:45, przy rozwarciu w domu, wody płodowe jasne, odpływają, ilość i wygląd wód płodowych mało jasne. Powikłania w I okresie porodu to hipotoniczna czynność skurczowa macicy, wobec czego zastosowano 500 ml 5% glukozy oraz 5 jednostek O..

Drugi okres porodu rozpoczął się o godz. 24:00 przy stanie rodzącej dobrym, tętno płodu ±136/min, Skurcze macicy co 2 minuty.

Poród dziecka (powoda) nastąpił o godz. 01:02 w dniu (...) r.

Stan rodzącej bezpośrednio po urodzeniu się dziecka dobry, odpiętnienie dziecka o godz. 01:03, łożysko urodziło się o godz. 01:15, niecałe mechanizmem Schultzego siłami natury, jamę macicy wyłyczekowano, błony płodowe odeszły w całości.

Kontrolę łożyska przeprowadziła położna J. B.. Całkowity czas porodu w I okresie to 3 godziny, w II okresie godzina i 2 minuty, w III okresie 13 minut. Obrażenia dróg rodnych nacięciami krocza. Ogólna ilość utraconej krwi około 200 ml.

Poród małoletniego powoda odbył się w położeniu potylicowym tylnym.

Stan noworodka był następujący: masa urodzeniowa 3650 g, długość 57 cm, obwód głowy 35 cm, obwód klatki piersiowej 34 cm, pH z naczyń pępowinowych tętnica żyła : 6,975. Ocena wg Apgar w 1 minucie życia – 3 pkt., w 10 minucie – 6 pkt.

Po urodzeniu powód został przekazany do oddziału patologii noworodka Szpitala (...) w K., celem diagnostyki z podejrzeniem krwawienia wewnątrzczaszkowego, gdzie przebywał od dnia 27 lipca 2010 r. W swojej 15 godzinie życia powód został przekazany do diagnostyki z objawami neurologicznymi (brak odruchu ssania) z podejrzeniem krwawienia do OUN. Zdiagnozowano kliniczną sepsę wrodzoną z zapaleniem płuc i zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, z zaburzeniami krzepnięcia i bardzo wysokimi wykładnikami laboratoryjnymi zakażenia. Pobrano krew i płyn mózgowo-rdzeniowy na posiew. W leczeniu stosowano antybiotykoterapię skojarzoną, preparaty immunoglobulin, żywienie pozajelitowe. W USG pogarszanie się stanu ogólnego, w drugiej dobie życia pojawiły się drgawki toniczne.

Z powodu pogorszenia ogólnego stanu zdrowia i wystąpienia uogólnionych drgawek został przekazany do oddziału intensywnej terapii w stanie bardzo ciężkim z wagą 3430 g.

Małoletniego powoda umieszczono w inkubatorze otwartym, zmonitorowany, zaintubowany, podłączony do respiratora. Po przyjęciu obserwowano wzmożone napięcie mięśniowe, brak odruchów fizjologicznych, napady drgawek. Małoletni mało aktywny, nieplaczący, nie ssał, nie domagał się karmienia, karmiony sondą bez zalegań. Powłoki skórne bladoszare, kontrolna morfologia prawidłowa. W 4 dobie życia, ekstubowany, pozostawiony na oddechu własnym z tlenoterapią bierną. Drgawek nie obserwowano. Małoletni stabilny krążeniowo i oddechowo.

W dniu 5 sierpnia 2010 r. wykonano badanie TK mózgowia, które wykazało krwiak śródmózgowy. Po konsultacji zlecono ćwiczenia rehabilitacyjne. Jego stan określono na stabilny, nieco bardziej żywotny, nadal sam nie zjada. Diureza dobra. Nie gorączkuje.

W dniu 10 sierpnia 2010 r. przekazany do oddziału dzieci młodszych, odcinek patologii noworodka celem kontynuacji leczenia. Stosowano antybiotykoterapię i leki objawowe. Od 3 tygodnia życia dziecka obserwowano powolną poprawę stanu neurologicznego – pojawił się odruch ssania, druga faza odruchu Moro, odruch szukania. Przeprowadzono kontrolne konsultacje specjalistyczne. W dniu 27 sierpnia 2010 r. wykonano badanie obrazowe rezonansem magnetycznym głowy oraz zapis EEG. Po konsultacji neurologicznej małoletni wypisany do domu z zaleceniem dalszej opieki specjalistycznej w warunkach ambulatoryjnych.

Pierwszy okres porodu u matki małoletniego powoda rozpoczął się w dniu 25 lipca 2010 około godz. 21:00, a nie jak twierdzi strona powodowa w dniu 19 lipca 2010 r., ponieważ I okres porodu rozpoczyna się w chwili wystąpienia regularnej czynności skurczowej i rozwieraniem się szyjki macicy i trwa do momentu całkowitego jej rozwarcia.

Na pourodzeniowy stan dziecka ma wpływ nie tylko sam przebieg porodu, ale różne rodzaju patologie występujące w przebiegu ciąży w postaci najczęściej nadciśnienia indukowanego ciążą, cukrzycy, infekcji wewnątrzmacicznej oraz jej biologicznego przenoszenia.

W całym zapisie KTG wykonanym w dniu 25 i 26 lipca 2010 r. zmienność akcji serca płodu była prawidłowa – amplituda 6-25 uderzeń na minutę – co stanowiło dowód na brak niedotlenienia płodu.

We wszystkich fragmentach zapisu KTG występowały akceleracje akcji serca płodu – co świadczyło o jego dobrostanie i prawidłowym utlenowaniu krwi. We fragmencie oznaczonym jako „c” pojawiły się również 4 deceleracje wczesne nie wskazujące w żadnym stopniu na zagrażające niedotlenienie. Deceleracje wczesne są najczęściej wynikiem pobudzenia nerwu błędnego w następstwie ucisku główki w kanale rodym, jednak wymagają one dalszej obserwacji szczególnie na początku I okresu porodu, kiedy ucisk główki płodu jest niewielki.

U małego powoda po porodzie zdiagnozowano kliniczną sepsę wrodzoną z zapaleniem płuc i zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, z zaburzeniami krzepnięcia i bardzo wysokimi wykładnikami laboratoryjnymi zakażenia, których przyczyną była infekcja wewnątrzmaciczna.

Według oceny biegłego, z dużym prawdopodobieństwem patogenem, który był przyczyną powikłań septycznych u małego powoda był zarówno gronkowiec złocisty jak i paciorkowiec z grupy B (GBS), które zostały wyhodowane z wymazu z pochwy u matki małego powoda M. O. (2) pobranego w dniu 19 lipca 2010 r.

Według oceny biegłego, przy analizie związków przyczynowych pomiędzy zachowaniem personelu pozwanej placówki a szkodą, dokładne określenie czynnika etiologicznego infekcji wewnątrzmacicznej nie zmienia ostatecznych wniosków. Uszkodzenie mózgu, do którego dochodzi w życiu płodowym, może być spowodowane oprócz czynników infekcyjnych również zaburzeniami krążenia, zaburzeniami krzepnięcia, ale również przewlekłym wewnątrzmacicznym niedotlenieniem w przebiegu ciąży. Powodem niejednokrotnie bardzo szybkiego rozprzestrzeniania się zakażenia jest zdolność niektórych szczepów bakterii do przekraczania nawet nieuszkodzonych błon płodowych. W związku z powyższym do infekcji może dojść przy nienaruszonych błonach płodowych, nawet w sposób bezobjawowy w czasie prawidłowo przebiegającej ciąży. Do zakażenia krwiopochodnego, które podobnie jak opisane wyżej, może być bezobjawowe i dochodzi również w przebiegu nawet zupełnie banalnych infekcji wirusowych matki oraz bakteryjnych. Przed porodem małego powoda nie pojawił się żaden objaw, jednak należy podkreślić, że bardzo często infekcja wewnątrzmaciczna w czasie ciąży przebiega bezobjawowo i jest rozpoznawana dopiero ex post po urodzeniu dziecka.

W następstwie inwazji patogenów do płodu przez łożysko lub błony płodowe dochodzi do masywnych zmian zapalnych w zakresie poszczególnych narządów płodu, przede wszystkim w obrębie ośrodkowego układu nerwowego, mięśnia sercowego oraz płuc prowadzących, m.in. do uszkodzenia naczyń, co w odniesieniu do przedmiotowego przypadku powoduje wylewy śródczaszkowe.

Podczas porodu nie istniały żadne wskazania do jego ukończenia za pomocą operacji cięcia cesarskiego oraz zabiegów pochwowych w postaci kleszczy położniczych lub próżniociągu. Zapis kardiograficzny (w skrócie KTG), poza krótkotrwałą bradykardią wymagającą jedynie dalszej obserwacji był prawidłowy i nie stanowił wskazania do szybszego zakończenia porodu. Przyczyną złego stanu pourodzeniowego płodu była ciężka infekcja wewnątrzmaciczna, która doprowadziła do wrodzonego wstrząsu septycznego i uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego oraz zapalenia płuc.

Krótkotrwała bradykardia płodu, która wystąpiła w I okresie porodu, a nie w II okresie porodu – upoważnia do twierdzenia, że nie można rozpatrywać jej jako wskazania do cięcia cesarskiego w I okresie porodu.

Z dużym prawdopodobieństwem do infekcji małego powoda doszło przed porodem i mógł się on urodzić z objawami wstrząsu septycznego. W ramach profilaktyki zakażenia GBS, co wynika z dokumentacji położniczej, u matki małego powoda po przyjęciu do pozwanej jednostki podano antybiotyki z grupy cefalosporyn o nazwie biofuroksym w dawce 750 mg dożylnie.

Bakteria o nazwie *Streptococcus agalactiae* znajdowała się w narządzie rodnym matki małego powoda przed porodem i została zidentyfikowana w dniu 22 lipca 2010 r. Zatem nie istnieje możliwość określenia czasu trwania ciąży, w którym mogło dojść do zakażenia wymienionym drobnoustrojem, tym bardziej, że do infekcji mogło dojść bezpośrednio przed porodem. Jednocześnie czas trwania I i II okresu porodu wynosił około 3 godziny, co dodatkowo skłania do twierdzenia, że istniało bardzo niewielkie prawdopodobieństwo zakażenia małego powoda podczas porodu i wystąpienia skutków w postaci sepsy z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych i zapaleniem płuc. Personel pozwanej szpitala zastosował w sposób prawidłowy profilaktykę zakażeń GBS u matki małego powoda podczas porodu.

W chwili przyjazdu matki małoletniego powoda do szpitala pozwanego w dniu 25 lipca 2010 r. skutek w postaci infekcji wewnątrzmacicznej już zaistniał, a lekarze pozwanego nie posiadali żadnych realnych możliwości jego zapobieżenia.

Przyczyną złego stanu pourodzeniowego powoda nie było pierwotnie niedotlenienie wewnątrzmaciczne, ale uogólnione zakażenie, na co strona pozwana nie miała kompletnie żadnego wpływu ani nie mogła w sposób obiektywny tego przewidzieć, ani przed urodzeniem rozpoznać. Lekarz lub położna powinni mieć możliwość obiektywnego przewidzenia wystąpienia wskazanego skutku, co często jest niemożliwe nawet przy zastosowaniu najnowocześniejszej techniki diagnostycznej.

Przyczyną niskiej punktacji Apgar małoletniego powoda była ciężka infekcja wewnątrzmaciczna, która doprowadziła do wrodzonego wstrząsu septycznego i uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego oraz zapalenia płuc.

Każda próba „leczenia” ciężarnych z dodatnim wynikiem GBS jest związana z gwałtownym wzrostem ryzyka zakażenia noworodka podczas porodu. U matki małoletniego powoda były zdecydowanie przeciwwskazane leczenie, obecnego w jej narządzie rodnym GBS, który został wykryty w dniu 22 lipca 2010 r., czyli na 3 dni przed porodem.

Twierdzenie, że u każdej ciężarnej z obecną w wymazie bakterią o nazwie streptococcus agalactiae w ramach profilaktyki zakażenia płodu należy wykonać cięcie cesarskie jest absurdalne i sprzeczne z podstawami wiedzy medycznej.

Z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością, rozwiązanie ciąży po uzyskaniu wyników badania wymazu z pochwy matki, tj. 22 lipca 2010 r. nie uchroniłoby powoda przed powikłaniami septycznymi w postaci zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i zapalenia płuc.

Nadto do zakażenia wewnątrzmacicznego matki małoletniego powoda nie doszło podczas pobierania wymazu z pochwy przez stronę pozwaną.

Istnieje niewielkie prawdopodobieństwo jakiegokolwiek wpływu leczenia rozpoczętego w dniu 22 lipca 2010 r. na skutek w postaci infekcji wewnątrzmacicznej ze wszelkimi jej następstwami.

Nie było żadnych wskazań do cięcia cesarskiego, a nawet gdyby je wykonano to doszłoby również do wystąpienia skutku w postaci w/w powikłań septycznych z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością.

Nawet gdyby hipotetycznie pojawiły się objawy zakażenia płodu to brak było jakichkolwiek podstaw do cięcia cesarskiego, które w następstwie w/w powikłań infekcyjnych naraziłoby ciężarną na niebezpieczeństwo życia. Zakończenie porodu operacją cięcia cesarskiego w przypadku infekcji wewnątrzmacicznej jest postępowaniem niedopuszczalnym.

Według biegłego, nie było kompletnie żadnych wskazań do zakończenia ciąży u matki małoletniego powoda cięciem cesarskim oraz żadnym innym zabiegiem położniczym, w tym za pomocą kleszczy lub wyciągacza próżniowego, co sugeruje lekarz wydający opinię w sprawie przewinienia zawodowego.

Z dużym prawdopodobieństwem stwierdzono, że przedporodowa infekcja matki małoletniego powoda mogła rozpocząć się na każdym etapie III trymestru ciąży.

Małoletni powód M. O. (1), orzeczeniem został zaliczony do osób niepełnosprawnych, niepełnosprawność zdatowano od urodzenia. Orzeczenie wydano do dnia 31 października 2012 r.

Małoletni powód znajduje się również pod opieką specjalistów ze Zjednoczonego Królestwa. W związku z porażeniem mózgowym występują u niego także padaczka, poważne upośledzenie korowo-wzrokowe, mikrocefalia, poważne ogólne opóźnienie rozwoju prowadzące do późniejszych trudności w uczeniu się, problemy z karmieniem i wolny przyrost wagi oraz poważne trudności z nawiązywaniem komunikacji.

Przedstawiając wyniki oceny dowodów Sąd wyjaśnił, że stan faktyczny ustalił na podstawie dokumentów przedstawionych przez strony, w szczególności dokumentacji medycznej. Dowody z dokumentów uznane zostały za wiarygodne w całości, albowiem nie budzą one zastrzeżeń co do autentyczności i prawdziwości twierdzeń w nich zawartych, tym bardziej, że żadna ze stron nie negowała ich mocy dowodowej.

Nadto podstawą powyższych ustaleń sądu były również zeznania świadków M. O. (2) i R. O. w części, w której opisali oni przebieg porodu. Treść tych zeznań koreluje z dowodami w postaci dokumentacji medycznej z tego okresu.

Sąd dokonał również ustaleń faktycznych na podstawie opinii biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa.

Sąd wyjaśnił, że opinia biegłego, tak jak każdy dowód w sprawie, podlega ocenie pod względem fachowości, rzetelności i logiczności. Oceniając opinię biegłego sąd powinien uwzględniać także takie kryteria jak: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego stanowiska, stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej.

Z samego faktu, że strona pozwana nie akceptuje opinii biegłego i twierdzi, że nie jest ona przydatna do rozstrzygnięcia sprawy, nie wynika obowiązek powoływania nowego eksperta. W orzecznictwie sądowym ukształtował się bowiem pogląd, że potrzeba powołania innego biegłego powinno wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony.

Sąd stwierdził, że strona powodowa kwestionowała rzetelność i trafność opinii biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa oraz wniosła o dopuszczenie dowodu z opinii uzupełniającej, a także o zasięgnięcie opinii innego biegłego. Jednak dodatkowe wyjaśnienia biegłego sądowego M. T. okazały się wystarczające, zwłaszcza, że jego argumentacja częściowo przekonała stronę powodową.

W rezultacie Sąd uznał, że opinia powołanego w sprawie biegłego jest pełnowartościowym środkiem dowodowym, sporządzonym w sposób profesjonalny i bez żadnych uchybień formalnych, którego stronie pozwanej nie udało się skutecznie zdyskredytować poprzez kierowane do niej zarzuty, stanowiące jedynie polemikę ze stanowiskiem biegłego.

Sąd dał wiarę w całości dowodom z dokumentów stanowiącym podstawę ustaleń faktycznych, gdyż w sposób przekonujący, rzeczowy dostarczyły okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia i w swojej treści nie budziły wątpliwości Sądu.

Sąd nie znalazł podstaw do kwestionowania wiarygodności dowodów zgromadzonych w sprawie. Zgromadzone w sprawie dowody wzajemnie ze sobą korespondowały.

Ustalony w toku postępowania stan faktyczny pozostawał w znaczącej mierze bezsporny, tj. co do przebiegu porodu małoletniego M., mającego miejsce w pozwanym szpitalu, czynności podejmowanych przez lekarzy oraz występujących u powoda następstw porodu i infekcji wewnątrzmacicznej. Jednocześnie jednak, strony postępowania odmiennie oceniały prawidłowość leczenia zastosowanego wobec powoda w ww. szpitalu.

W tym miejscu wskazać należy, iż spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu medycznego jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga spełnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego (art. 415 k.c.), to jest szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego.

Sąd uznał, że lekarzowi można przypisać winę w przypadku wystąpienia jednocześnie obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z wiedzy medycznej i doświadczenia, a w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, ocenianych w kontekście nauki i praktyki medycznej. Element subiektywny odnosi się natomiast do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem odpowiedniego standardu postępowania przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu staranności każdego lekarza jako jego staranności zawodowej (por.

wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r. sygn. V CSK 287/09, niepubl., wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r. sygn. IV CSK 431/12 niepubl.).

Błąd medyczny jest obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność lub zaniechanie lekarza, niezgodne z naukami medycznymi w zakresie dla lekarza dostępnym. Pojęcie "błędu w sztuce lekarskiej" odnosi się nie tylko do błędu terapeutycznego (błędu w leczeniu), ale również do błędu diagnostycznego (błąd rozpoznania). Błąd zawiniony przez lekarza może wyrażać się w jego niewiedzy, nieostrożności czy nieuwadze.

Wskazać należy, iż zgodnie z przepisem art. 430 k.c., placówka medyczna zawsze będzie ponosiła odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez lekarza, jako podwładnego, jeżeli działanie lub zaniechanie lekarza będzie zawinione. Placówka medyczna ponosi więc odpowiedzialność w przypadku winy podwładnego, rozumianej zgodnie z treścią art. 415 k.c. Placówka medyczna ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez jej personel, którego zachowanie musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione, gdyż obowiązkiem każdego członka personelu medycznego jest dołożenie należytej staranności w procesie leczenia pacjenta. Przesłankami pozytywnymi odpowiedzialności zwierzchnika są: powierzenie wykonania czynności na jego rachunek osobie podlegającej jego kierownictwu, zawinione zachowanie podwładnego, szkoda osoby trzeciej wynikająca z działania osoby podlegającej kierownictwu, związek przyczynowy między zachowaniem powierzającego a szkodą. Przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga zatem uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.).

Według treści art. 4, ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2018.617 j.t.), lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością. Przepis art. 37, wskazanej ustawy stanowi zaś, że w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie.

Po przedstawieniu wywodów prawnych Sąd uznał, że w ustalonym w niniejszej sprawie stanie faktycznym, brak jest jednakże podstaw do przyjęcia, by lekarz lub położna (...) Szpitala (...) SP ZOZ w W. dopuścili się błędu medycznego.

Sąd podkreślił, że pierwszy okres porodu u matki małoletniego powoda rozpoczął się w dniu 25 lipca 2010 około godz. 21:00, a nie jak twierdziła strona powodowa w dniu 19 lipca 2010 r., bowiem I okres porodu rozpoczyna się dopiero w chwili wystąpienia regularnej czynności skurczowej z rozwieraniem się szyjki macicy i trwa do momentu całkowitego jej rozwarcia. Z dokumentów zebranych w sprawie nie wynika aby matka powoda, przybywając do pozwanego szpitala w dniu 19 lipca 2010r. miała rozwarcie szyjki macicy i regularne czynności skurczowe. Gdyby w istocie do tych czynności doszło nie zostałaby ona wypisana do domu w dobrym, ogólnym stanie zdrowia.

Sąd uznał, że przyczyną stanu pourodzeniowego małoletniego powoda była ciężka infekcja wewnątrzmaciczna, która doprowadziła do wrodzonego wstrząsu septycznego i uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego oraz zapalenia płuc. W chwili przyjazdu matki małoletniego powoda do szpitala pozwanego w dniu 25 lipca 2010 r. skutek w postaci infekcji wewnątrzmacicznej już zaistniał, a lekarze pozwanego nie posiadali żadnych realnych możliwości jego zapobieżenia.

U matki małoletniego powoda były zdecydowane przeciwwskazania do leczenia obecnego w jej narządzie rodnym GBS, który został wykryty w dniu 22 lipca 2010 r., czyli na 3 dni przed porodem. Rozwiązanie ciąży po uzyskaniu wyników badania wymazu z pochwy matki, tj. 22 lipca 2010 r. nie uchroniłoby powoda przed powikłaniami septycznymi w postaci zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i zapalenia płuc. Sąd podkreślił, że do zakażenia wewnątrzmacicznego matki małoletniego powoda nie doszło podczas pobierania wymazu z pochwy przez stronę pozwaną.

Zdaniem sądu brak jest podstaw do twierdzenia, że u ciężarnej matki małoletniego powoda z obecną w wymazie bakterią o nazwie streptococcus agalactiae w ramach profilaktyki zakażenia płodu należy wykonać cięcie cesarskie, bowiem jest sprzeczne z podstawami wiedzy medycznej.

Nie było kompletnie żadnych wskazań do zakończenia ciąży u matki małoletniego powoda cięciem cesarskim oraz żadnym innym zabiegiem położniczym, w tym za pomocą kleszczy lub wyciągacza próżniowego, co sugerował lekarz wydający opinię w sprawie przewinienia zawodowego pracownika pozwanego szpitala. Przy tym brak było jakichkolwiek podstaw do cięcia cesarskiego, które w następstwie powikłań infekcyjnych naraziłoby ciężarną na niebezpieczeństwo zagrożenia lub utraty życia.

Jak zaś wynika z powyższego stanu faktycznego – ustalonego przede wszystkim w oparciu o opinię biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa - sam poród nie spowodował zakażenia małoletniego sepsą i zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych. Podczas porodu nie istniały żadne wskazania do jego ukończenia za pomocą operacji cięcia cesarskiego oraz zabiegów pochwoowych w postaci kleszczy położniczych lub próżniociągu.

Zapis kardiokardiofoniczny, poza krótkotrwałą bradykardią wymagającą jedynie dalszej obserwacji był prawidłowy i nie stanowił wskazania do szybszego zakończenia porodu. Biegły w swoich opiniach w sposób szczegółowy ocenił cały zapis KTG i przyznał, że krótkotrwałą bradykardią występowała tylko przez krótki czas w I fazie porodu. Potem zapis KTG był już prawidłowy, w przez całą II fazę porodu. Tym samym biegły przyjął, że zapis stanowiący o krótkotrwałej bradykardii mógł być fałszywie dodatni, spowodowany skurczami macicy rodzącej wskutek przeciskania się główki dziecka w kanale rodym. Z tego też względu biegły w sposób kategoriyczny wykluczył zasadność zakończenia tej ciąży przez cesarskie cięcie z uwagi na krótkotrwałą nieprawidłowy zapis KTG.

Zdaniem biegłego sądowego przyczyną złego stanu pourodzeniowego płodu była ciężka infekcja wewnątrzmaciczna, która doprowadziła do wrodzonego wstrząsu septycznego i uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego oraz zapalenia płuc.

Sąd stwierdził, że analiza opinii biegłego w sposób jasny, rzeczowy i przekonujący wykazała, że zakażenie każdej ciężarnej z obecną w wymazie bakterią o nazwie streptococcus agalactiae w ramach profilaktyki zakażenia płodu jest wręcz przeciwnością do wykonania cięcia cesarskiego. Gdyby doszło do zakończenia ciąży w ten sposób byłoby to absurdalne i sprzeczne z podstawami wiedzy medycznej. Biegły wyjaśnił, że wyjęcie płodu przez cesarskie cięcie mogłoby doprowadzić nie tylko do przerwania ciągłości powłok brzusznych ale też otworzyć drogę tym patogenom do zakażenia organizmu matki, skutkującego zagrożeniem jej życia.

Reasumując Sąd uznał, że brak jest podstaw do przyjęcia, by lekarzom (personelowi) (...) Szpitala (...) SP ZOZ w W. można było przypisać zaniechanie lub zaniechania niezgodnego z nauką medycyny i niedołożenia należytej staranności w procesie porodu małoletniego. Przyczyną zakażenia sepsą i zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych małoletniego powoda nie był błąd medyczny, lecz infekcja wewnątrzmaciczna matki powoda.

Strona powodowa nie wykazała, aby po stronie pozwanej doszło do zaniechania bądź nieprawidłowego działania, które mogłoby zostać potraktowane jako błąd lekarski i wywołałoby skutki w postaci aktualnego stanu zdrowia małoletniego powoda. Nie wykazano żadnego skutku przyczynowego między tym stanem zdrowia powoda a działaniami personelu pozwanego, w szczególności zaniechania porodu przez cięcie cesarskie u matki powoda.

Mając powyższe na uwadze Sąd w całości powództwo oddalił.

Uzasadniając orzeczenie o kosztach Sąd wskazał, że instytucja odstąpienia od obciążenia strony przegranej kosztami postępowania przewidziana w art. 102 k.p.c. wyraża zasadę słuszności w orzekaniu o kosztach, stanowiąc wyjątek od zasady odpowiedzialności za wynik procesu. Wyjątek niepodlegający wykładni rozszerzającej, wykluczający stosowanie wszelkich uogólnień i wymagający do swego zastosowania wystąpienia wyjątkowych okoliczności. Przepis nie konkretyzuje pojęcia wypadków szczególnie uzasadnionych, pozostawiając sądowi ich kwalifikację przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności danej sprawy. Jego zastosowanie znajduje uzasadnienie

wyłącznie w szczególnych wypadkach, które każdorazowo podlegają ocenie przez sąd orzekający na tle okoliczności konkretnej sprawy.

Sąd dostrzegł, że powód znajduje się w bardzo trudnej sytuacji, jest osobą małoletnią, niepełnosprawną, nie zarobkuje, znajduje się pod opieką lekarzy specjalistów. W związku z porażeniem mózgowym występują u niego także padaczka, poważne upośledzenie korowo-wzrokowe, mikrocefalia, poważne ogólne opóźnienie rozwoju prowadzące do późniejszych trudności w uczeniu się, problemy z karmieniem i wolny przyrost wagi oraz poważne trudności z nawiązywaniem komunikacji.

Nadto powód M. O. (1) został zwolniony od kosztów sądowych w części, mianowicie od ponoszenia kosztów sądowych wymaganych tokiem postępowania każdorazowo ponad kwotę 5.000 zł (k. 329).

Analiza treści pozwu oraz załączonych do niego dokumentów wskazuje, że zasadność swoich roszczeń pieniężnych strona powodowa oparła na orzeczeniu Sądu Lekarskiego Wojskowej Izby Lekarskiej w W., który również ocenił prawidłowość procedur zastosowanych podczas przebiegu przedmiotowego porodu. Jednakże postępowanie w sprawie wykazało błędność wniosków sądu lekarskiego. Mimo to, powód inicjując to postępowanie dysponując tym orzeczeniem sądu wojskowego mógł pozostawać w mylnym przekonaniu o zasadności pozwania szpitala i ubezpieczyciela, a tym samym słuszności swoich roszczeń.

Na koszty tego procesu złożyły się : wynagrodzenie tłumacza przysięgłego języka angielskiego który tłumaczył dokumenty medyczne z przebiegu leczenia powoda na terenie Wielkiej Brytanii w kwocie 5.573,13 zł oraz wynagrodzenie biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa w kwocie łącznej 23.413,56 zł, a także koszty zastępstwa procesowego dwóch pozwanych w stawkach minimalnych po 10.800 zł oraz koszt pełnomocnictwa 2x po 17 zł.

Z uwagi na powyższe okoliczności oraz zasadę słuszności wyrażona w treści art. 102 k.p.c. sąd zasądził od powoda kwoty po 5.417 zł na rzecz pozwanych, tj. (...) Szpitala (...) SP ZOZ w W. oraz (...) S.A. z siedzibą w W. - tytułem częściowego zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Apelację od tego wyroku w całości wniósł powód. Wyrok zaskarżono w całości zarzucając naruszenie:

- art. 233 §1 k.p.c. przez błędną ocenę dowodu z opinii biegłego dowodu z opinii sporządzonej w postępowaniu przed sądem lekarskim, a także dowodu z dokumentacji medycznej a przez to poczynienia eksplikowanych przez skarżącego błędnych ustaleń faktycznych;
- art. 278 i 232 k.p.c. przez oddalenie wniosku powoda o przeprowadzenie dowodu z opinii kolejnego biegłego oraz dowodu z zeznań świadka M. K.;
- art. 386 k.p.c. poprzez nierozpoznanie przez sąd części istoty sprawy wskazanej przez powoda
- art. 102 k.p.c. przez naruszenie zasady słuszności
- art. 430 w zw. z art. 415 k.c.

W uzasadnieniu apelacji przedstawiono rozwinięcie jej zarzutów.

Pozwani wnieśli o oddalenie apelacji aprobując argumentację przyjętą dla uzasadnienia zaskarżonego wyroku.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja okazała się uzasadniona o tyle, że doprowadziła do uchylecia zaskarżonego wyroku. W ocenie Sądu odwoławczego bowiem trafnie zarzuca skarżący, że Sąd Okręgowy nie rozpoznał istoty sprawy.

Zasadnicze znaczenie dla rozstrzygnięcia o zarzutach apelacyjnych ma to, że Sąd w istocie bezkrytycznie oparł swój wywód prawny o stanowisko zawarte w opinii biegłego.

Wprawdzie bowiem w pierwszej części swojego wywodu prawnego przytoczył prawidłowo normy prawne znajdujące zastosowanie w sprawie to jednak następnie argumentacja odmawiająca zastosowania przytoczonej regulacji ogranicza się do (często dosłownego) powtórzenia stanowiska wyrażonego przez biegłego. Sąd nie dokonał więc samodzielnej oceny prawnej, która zawierałaby odnoszącą się do realiów niniejszej sprawy rekonstrukcję wzorca staranności wymaganego od personelu pozwanego szpitala w odniesieniu do matki powoda (i powoda) w zakresie świadczenia usług medycznych w okresie po przyjęciu matki powoda do szpitala i w trakcie porodu. Nie przedstawiono też wywodu, z którego wynikałoby, czy Sąd uznał, że personel odbierający poród zachował wymagane od lekarzy wzorce staranności zarówno w zakresie diagnostyki jak i reakcji na komplikacje, które niespornie wynikły w trakcie akcji porodowej. Sposób uzasadnienia wyroku zdaje się sprowadzać zatem do swoistego zaakceptowania oceny prawnej (sądów co do zachowania lekarzy w trakcie porodu oraz przyczyn złego stanu zdrowia noworodka) dokonanej przez biegłego.

Przypomnieć należy zaś, że dowód z opinii biegłego nie rozstrzyga sprawy. W szczególności wywody biegłego dotyczące kwestii prawnych nie mogą „zastępować” oceny prawnej żądania dokonywanej w kontekście ustalonej (przez Sąd w wyniku postępowania dowodowego) podstawy faktycznej rozstrzygnięcia. Wyłączną kompetencją jurysdykcyjną sądu (immanentnym elementem władzy sądowniczej) jest zatem (po pierwsze) przesądzenie prawdziwości twierdzeń stron o faktach. Po wtóre Sąd samodzielnie rozstrzygnąć musi kwestie prawne niezbędne dla orzeczenia o roszczeniu procesowym (także w kontekście zgłaszanych przez pozwanego zarzutów).

Syntetyzując w tym kontekście wywód w zakresie niezbędnym dla oceny zaskarżonego wyroku stwierdzić należy, że opinia biegłego w świetle art. 278 k.p.c. stanowi szczególny środek dowodowy, który nie może służyć zwłaszcza do „przesądzania” zagadnień prawnych.

Dowód ten zgodnie z art. 278 k.p.c. umożliwiać ma jedynie sądowi dokonanie prawidłowej oceny materiału procesowego (przesądzenia prawdziwości twierdzeń stron o faktach lub istotności faktów powoływanych przez strony dla rozstrzygnięcia sporu) w wypadkach, kiedy ocena ta wymaga wiadomości specjalnych w rozumieniu art. 278 k.p.c. (a więc wiedzy wykraczającej poza objętą zakresem wiedzy ogólnej – powszechnej). Zadaniem biegłego (zasadniczym celem dowodu z opinii) jest wyłącznie przedstawienie miarodajnej wiedzy o zakresie niezbędnym dla poczynienia prawidłowych ustaleń składających się na ocenę materiału dowodowego (por. np. wyrok SN z 26.05.2021 r., III CSKP 92/21, LEX nr 3219728). Dowód ten zgodnie z art. 278 k.p.c. umożliwiać ma sądowi dokonanie prawidłowej oceny materiału procesowego (przesądzenia prawdziwości twierdzeń stron o faktach lub istotności faktów powoływanych przez strony dla rozstrzygnięcia sporu) w wypadkach, kiedy ocena ta wymaga wiadomości specjalnych w rozumieniu art. 278 k.p.c. (a więc wiedzy wykraczającej poza objętą zakresem wiedzy ogólnej – powszechnej). Zadaniem biegłego zasadniczo jest wyłącznie przedstawienie wiedzy niezbędnej dla poczynienia prawidłowych ustaleń składających się na ocenę materiału dowodowego (por. np. wyrok SN z 26.05.2021 r., III CSKP 92/21, LEX nr 3219728).

Wiedza ta może dotyczyć też danych pozwalających na ocenę z perspektywy specjalisty (przy uwzględnieniu dorobku naukowego, znajomości określonej, wyspecjalizowanej gałęzi aktywności społecznej itp.) wyników przeprowadzenia innych dowodów.

Dowód z opinii ma więc jedynie pozwalać sądowi na zrozumienie przebiegu zjawiska, czy też przyczyn określonego stanu rzeczy także dowodzonego innymi dowodami. O zakresie wiedzy niezbędnej dla rozstrzygnięcia decydować zasadniczo będzie specyfika badanego faktu (zdarzenia, zjawiska procesu itp.). Nie zmienia to jednak ogólnosystemowego założenia, zgodnie z którym podstawa faktyczna rozstrzygnięcia jest wynikiem oceny materiału procesowego przez sąd, a opinia biegłego jest jednym z elementów materiału podlegającego ocenie („argumentem dowodowym”). W szczególności kompetencją biegłego nie jest objęcie dokonania (przesądzenie) oceny wiarygodności lub mocy dowodowej poszczególnych dowodów w sprawie, a zwłaszcza nie poszukiwanie dowodów i argumentów mających uzasadniać stanowiska stron.

Jakkolwiek więc ustalenia faktyczne w tej części w jakiej wymagają dla swojej poprawności wykorzystania wiedzy specjalnej w rozumieniu art. 278 k.p.c. nie mogą (bez naruszenia tej normy) opierać się o własne przekonania (wiedzę)

Sądu, to jednak także wynik dowodu z opinii biegłego podlega (jak każdy element materiału procesowego) ocenie przez Sąd według opisanych niżej wzorców ukształtowanych w praktyce i nauce mających za podstawę prawną normę art. 233 k.p.c.

Opinia biegłego powinna ograniczać się do przedstawienia wiedzy niezbędnej dla sądowej oceny zaprezentowanego w sprawie przez strony materiału dowodowego. Biegły ma zatem przedstawić Sądowi dane (informację) umożliwiającą niezbędne dla rozstrzygnięcia zrozumienie faktu (odtworzenie przebiegu czy też przyczyn zjawiska, procesu względnie określonego stanu) i na tej podstawie poczynienie właściwych ustaleń faktycznych. Dopiero taka podstawa pozwala na właściwą ocenę znaczenia prawnego zdarzeń, z których strony wywodzą swoje racje. Postulowana (wymagana od biegłego) pewność i stanowczość wniosków i konkluzji dotyczy więc zakresu informacji (wniosków opinii), a nie ocen objętych wyłączną kompetencją jurysdykcyjną sądu). Pewność konkluzji biegłego powinna odnosić się do stanu wiedzy w danej dziedzinie (a nie własnych poglądów czy zapatrywań biegłego). Konkluzje opinii powinny dawać zatem wnioski oparte o przesłanki zobiektywizowane odwołujące się do dorobku dziedziny, którą biegły reprezentuje. Nie chodzi więc o to, by biegły prezentował swoje sądy i polemiki z innymi wypowiedziami odwołującymi się do gałęzi wiedzy, którą reprezentuje, a traktując opinię jako swoiste „rozstrzygnięcie”, starał się „bronić” swoje wnioski przed ich podważeniem.

Zwłaszcza w przypadku sporów na tle błędów medycznych, istota dowodzenia opiera się często o hipotetyczne (trudne do zobiektywizowanej weryfikacji) założenia co do wyników przeprowadzonych prawidłowo zabiegów medycznych. Opinia biegłego zatem powinna pozwalać na ustalenie stanu wiedzy medycznej, która powinna być znana lekarzowi wykonującym określoną czynność medyczną, i wskazywać na możliwie w świetle tej wiedzy czynności lekarza celowe dla uzyskania celu czynności medycznej oraz zachowania (czy też poprawy) dobrostanu pacjenta. Zatem opinia powinna dawać materiał do rekonstrukcji przez sąd wzorców zachowania personelu medycznego w świetle zasad wiedzy i sztuki lekarskiej oraz oceny czy ad casum wzorce te zostały zachowane (a jeśli nie, to czy lekarz mógł i powinien zachować się inaczej).

W realiach niniejszej sprawy nie sposób nie dostrzec, że Sąd Okręgowy dokonując ocen faktycznych i prawnych w istocie poprzestał na akceptacji wniosków ferowanych przez biegłego sądowego, uznając opinię za wiarygodną jako zawierającą wnioski kategorię i niepodważone w toku procesu. Sąd nie dokonał w rezultacie własnej oceny. Tymczasem biegły w swojej opinii nie ograniczył się wyłącznie do przedstawienia informacji opartej o wiedzę specjalną, lecz odwołując się do swojej wiedzy prawniczej z zakresu prawa medycznego formułował także oceny prawne dotyczące kwestii istnienia wymaganego przez przepisy praw związku przyczynowego między zachowaniem lekarza w trakcie porodu a stanem zdrowia powoda. Ocena istnienia normatywnego związku przyczynowego jest elementem stosowania prawa zatem Sąd powinien samodzielnie kwestię tą rozstrzygnąć i omówić w uzasadnieniu wyroku, odnosząc się do ustalonych w sprawie faktów.

W realiach niniejszej sprawy Sąd zaniechał zatem dokonania własnej oceny poprzestając na powtórzeniu sądów wyrażanych przez biegłego. Co więcej sama ocena waloru dowodowego opinii także nie została odniesiona do całokształtu materiału dowodowego.

Przypomnieć należy, że dowód z opinii podlega ocenie na podstawie art. 233 §1 k.p.c., przy czym z uwagi na swoistość środka dowodowego, w orzecznictwie wypracowano szczególne kryteria jego oceny. Przyjmuje się jednolicie w nauce i praktyce, że opinia nie może podlegać ocenie Sądu w warstwie dotyczącej przedstawionych poglądów naukowych lub dotyczących wiedzy specjalistycznej nawet jeśli członkowie składu orzekającego taką wiedzę posiadają. Ocenie podlega wyłącznie zgodność z materiałem procesowym przyjętych założeń faktycznych, podstawy metodologiczne, transparentność, kompletność i spójność wywodu i wreszcie zgodność wniosków opinii z zasadami logiki, wiedzy powszechnej i doświadczenia życiowego. Zarazem jednak strona musi mieć możliwość podważania w procesie konkluzji biegłego. Skoro sama strona (zwłaszcza laik w procesie przeciwko profesjonalście jak jest w przypadku pacjenta toczącego sprawę sądową przeciwko szpitalowi) nie może dostarczyć Sądowi informacji wymaganej zgodnie z art. 278 k.p.c., to musi mieć możliwość przedstawienia argumentów podważających wywód względnie wnioski opinii biegłego sądowego. W przypadku przedstawienia takich argumentów Sąd powinien dążyć do wnikliwego

ich rozpoznania i wyjaśnienia wszelkich uzasadnionych wątpliwości. W przypadkach tego wymagających niezbędne być może uzupełnienie lub ponowienie czynności. Będzie tak wówczas gdy wynik przeprowadzonego w sprawie dowodu budzi wątpliwości co do zakresu uwzględnionej przez biegłego wiedzy specjalistycznej czy też obiektywizmu przedstawionych przez biegłego informacji i ocen). Nie wkraczając zatem w domenę objętą kompetencją biegłego sąd powinien w wymagających tego sytuacjach procesowych umożliwić stronie kontrolę opinii w płaszczyźnie zarówno przyjętej metodologii badawczej jak i poprawności wniosków biegłego jeśli chodzi o poziom aktualnej wiedzy z dziedziny, którą biegły reprezentuje. Najczęściej dla przeprowadzenia tej kontroli będzie wystarczające dokonanie czynności uzupełniających z udziałem tego samego biegłego zgodnie z art. 286 k.p.c. jednak w sytuacjach wyjątkowych, gdy czynności te nie dadzą pewności obowiązkiem Sądu może być zażądanie opinii innego biegłego (art. 286 in fine k.p.c.)

W realiach niniejszej sprawy strona apelująca słusznie wskazuje na zaniechanie dokonania przez sąd właściwej oceny tego (uznanego przez sąd za przesądzający) dowodu eksponując oczywistą sprzeczność opinii z opinii biegłego sporządzoną w ramach postępowania przed sądem lekarskim dotyczącego odpowiedzialności zawodowej lekarza odpierającego poród powoda.

Dokonując analizy stanowiska biegłego w niniejszej zwrócić należy uwagę na to, że z znaczna część argumentacji opinii dotyczy zakwestionowania rozstrzygnięcia sądu lekarskiego. Orzeczenie to dotyczyło oceny zachowania lekarza prowadzącego poród powoda. Przypomnieć należy, że sąd lekarski uznał prawomocnie, że osoba ta dopuściła się przewinienia zawodowego, które (ujmując rzecz w niezbędnym uproszczeniu) polegać miało na błędnym (zawinionym) zaniechaniu w trakcie porodu powoda zastosowania właściwej procedury medycznej (tzw. cesarskiego cięcia), co doprowadziło do poważnych powikłań dla zdrowia powoda. Biegły w niniejszej sprawie zakwestionował poprawność opinii biegłego sporządzonej na potrzeby postępowania przed sądem lekarskim.

Po wtóre biegły samodzielnie (odwołując się do swojego doświadczenia zawodowego) określił przyczyny stanu zdrowia powoda. Konkluzja biegłego sprowadza się do przyjęcia, że wobec zdiagnozowania tzw. zakażenia wewnątrzmacicznego, nie można przyjąć, iż przebieg porodu (zaniechanie cesarskiego cięcia lub innego zabiegu przerywającego poród drogą naturalną) miał wpływ na stan powoda w chwili porodu i jego późniejsze problemy zdrowotne.

W ocenie Sądu odwoławczego Sąd I instancji przedwcześnie uznał dane uzyskane w wyniku dowodu za miarodajne. Po pierwsze nie może być uznana za wystarczającą ta część opinii, która dotyczy oceny zachowania się lekarza. W tym kontekście należy bowiem zwrócić uwagę na sprzeczność tej opinii z ustaleniami leżącymi u podstaw wyroku sądu lekarskiego. Rozstrzygnięcie to dotyczące co prawda wyłącznie odpowiedzialności zawodowej lekarza prowadzącego poród oparte zostało na opinii biegłego z zakresu ginekologii, która zawiera wywód i wnioski pozostające w oczywistej sprzeczności z wnioskami opinii w niniejszej sprawie.

Sąd Okręgowy (przy braku wniosków stron) nie rozpatrywał dopuszczalności przeprowadzenia dowodu z tej opinii na podstawie art. 278¹ k.p.c. (zgodnie z którym sąd może dopuścić dowód z opinii sporządzonej na zlecenie organu władzy publicznej w innym postępowaniu przewidzianym przez ustawę). Tym niemniej traktując nawet opinię w tamtej sprawie wyłącznie jako odwołujący się do wiadomości specjalnych element stanowiska strony procesu (por. np. wywody zawarte w uzasadnieniu postanowienia SN z 14.06.2018 r., V CSK 349/17, LEX nr 2511925.), Sąd Okręgowy powinien (zgodnie z wcześniejszymi uwagami) wnikliwie odnieść się w uzasadnieniu wyroku do stanowiska biegłego w niniejszej sprawie. Mieć należy bowiem na uwadze to, że opinia powoływana przez powoda została sporządzona na potrzeby postępowania dotyczącego odpowiedzialności zawodowej lekarza (a więc w sformalizowanej procedurze, w której mają zastosowanie przepisy KPK), co pozwala czynić założenia co do niezbędnego obiektywizmu oraz poziomu merytorycznego biegłego. Zwrócić przy tym należy na ukształtowanie prawne tego postępowania. Ustawodawca wprost wskazuje w art. 61 ust 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1342), że wszelkie wątpliwości, których w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie da się usunąć, należy tłumaczyć na korzyść obwinionego.

W tym kontekście biorąc pod uwagę kategorię treść wyroku sądu lekarskiego i sporządzonej na potrzeby postępowania przed tym sądem opinii Sąd Okręgowy powinien w niniejszej sprawie szczegółowo wyjaśnić przesłanki faktyczne, które doprowadziły biegłych do odmiennych konkluzji w obu sprawach. W szczególności zwrócić należało na wyraźną rozbieżność jeśli chodzi o interpretację wyników badań płodu w pierwszej fazie porodu i znaczenia tych wyników dla procesu decyzyjnego lekarza co do dalszego przebiegu akcji porodowej. Nadto biegli istotnie różnią się też jeśli chodzi o interpretację z perspektywy wiedzy medycznej, zdarzeń w drugiej fazie porodu i ich znaczenia dla podjęcia i treści decyzji lekarza odbierającego poród w zakresie sposobu jego kontynuowania.

W tym kontekście poprzestanie przez Sąd Okręgowy wyłącznie na ogólnym skwitowaniu waloru dowodowego opinii przeprowadzonej w niniejszej sprawie trafnie jest kwestionowane w apelacji. Nie może bowiem być uznane za przekonujące w realiach sprawy uznanie za przekonujące i dostatecznie wyjaśniające wątpliwości kolejne (odbierane na podstawie art. 286 k.p.c.) wypowiedzi biegłego, w których poprzestaje on na powtórzeniu swojego stanowiska i deklaracjach co do jego niezmienności i poprawności.

Dla właściwej oceny żądania pozwu w płaszczyźnie niezbędnym jest bowiem w niniejszej sprawie (jak wyjaśniono wyżej) ustalenie zobiektywizowanego wzorca, który w świetle poziomu wiedzy medycznej dostępnej w czasie porodu powoda, modelować i kierunkować powinien decyzje lekarza odbierającego poród, jeśli chodzi o wybór postępowania (poród drogą naturalną, zabieg cesarskiego cięcia względnie inna z możliwych metod np. użycie kleszczy ginekologicznych). W realiach sprawy uwzględnić też należy to, że pozwany szpital na trzy dni przed porodem posiadał już wyniki badań, z których wynikać miało istnienie zakażenia bakteryjnego. Określić więc należy, czy w kontekście takiej wiedzy pozwany miał powinność podjęcia specjalnych czynności.

Sąd uzyskać powinien zatem od biegłego zobiektywizowaną informację co do ówczesnego (istniejącego w dacie porodu) stanu wiedzy medycznej i zalecanej lekarzom odbierającym poród praktyki w zakresie diagnostyki i wzorców postępowania, w celu zachowania dobrostanu dziecka i matki.

Zakres informacji powinien umożliwić zastosowanie właściwej normy prawnej (a zatem po uzyskaniu takiej informacji Sąd posiłkując się wiedzą uzyskaną w wyniku przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego dokonać samodzielnie powinien rekonstrukcji wzorca staranności wymaganej od lekarza odbierającego poród. Wyniki tych ocen powinien Sąd odnieść do procesu decyzyjnego poddanego pod osąd w niniejszej sprawie. Na tej podstawie dopiero wyprowadzić mogłby Sąd Okręgowy wnioski prawne dotyczące zachowania przez lekarza (lekarzy) staranności wymaganej przez regulacje prawne dotyczące wykonywanego zawodu (przy uwzględnieniu specyfiki objętej pozwem akcji porodowej).

To samo dotyczy kwestii określenia związku przyczynowego między przebiegiem porodu (działaniami i zaniechaniami personelu medycznego w trakcie porodu) a stanem zdrowia powoda bezpośrednio po przyjściu na świat. Konkluzja biegłego sądowego w tej płaszczyźnie sprowadza się do stwierdzenia brak takiego związku i opiera się na fakcie zdiagnozowania u powoda zakażenia bakteryjnego w okresie życia płodowego, które może prowadzić do poważnych powikłań dla jego zdrowia.

Przyjmując tezę o tym, że w sprawie nie doszło do błędu medycznego w trakcie porodu biegły uznaje więc w istocie, że wyłączną przyczyną stanu zdrowia powoda było zakażenie bakteryjne w okresie płodowym. Wywód biegłego zdaje się przy tym zmierzać do wyjaśniania każdej wątpliwości „na korzyść” pozwanego szpitala (ściślej - lekarza odbierającego poród).

W sporach cywilnych dotyczących odpowiedzialności deliktowej jednak wielokrotnie wskazywano w nauce i orzecznictwie, że wobec złożoności i hipotetyczności dowodzenia skutków tzw. błędu medycznego, rozstrzygnięcie o związku przyczynowym między naruszeniem obowiązków a stanem zdrowia pacjenta opierać się może co do zasady także o reguły dowodu prima facie (czy też domniemanie faktyczne – por. np. Wyrok SN z 15.04.2005 r., I CK 653/04, LEX nr 369229, B. Janiszewska, Dowodzenie w procesach lekarskich (domniemanie faktyczne i reguły wniosku prima facie), Prawo i Medycyna, nr. 2/2004, s. 104 i tam cyt. piśmiennictwo oraz orzecznictwo, E. Jaworska-Góral, Dowód prima facie, PS 2010, nr 11-12, s. 159-166.)

W tym kontekście przyjąć trzeba, że jeśli stwierdzone zostanie działanie lub zaniechanie personelu medycznego, którego następstwem mogą być z dużym prawdopodobieństwem następstwa dla zdrowia występujące ad casum u pacjenta, to pozwany powinien wykazać że w konkretnej sprawie następstwa te są spowodowane przez inne przyczyny.

Rozważyć więc należy w niniejszej sprawie kwestię, czy przebieg porodu (zaniechanie zabiegu cesarskiego cięcia) mógł w świetle zasad wiedzy medycznej i doświadczenia życiowego wpłynąć na pogorszenie się stanu zdrowia powoda (a zatem czy mógł stanowić współprzyczynę powikłań zdrowotnych powoda po porodzie). Jeśli tak, to niezbędne staje się też określenie wpływu zaniechań lekarza w trakcie porodu na późniejszy stan zdrowia powoda przywoływany jako podstawa roszczeń formułowanych w pozwie. W przypadku takim to na pozwanych spoczywać powinien ciężar wykazania, że w niniejszej sprawie błąd medyczny, ze względu na istniejące wcześniej zakażenie bakteryjne nie wpływał (lub wpływał w ograniczonym zakresie) na stan zdrowia powoda po porodzie.

Sąd Okręgowy poprzestając na akceptacji (powieleniu) stanowiska biegłego (także w odniesieniu do oceny prawnej jeśli chodzi o związek przyczynowy) opisanych czynności nie przeprowadził. Jak wskazano jednak wnioski opinii nie mogą być na obecnym etapie uznane za przekonujące zwłaszcza wobec ich sprzeczności z wynikiem postępowania przed sadem lekarskim.

W konsekwencji zaniechanie rozważenia zasadniczych wątpliwości dotyczących zgodności opinii z wiedzą medyczną a następnie rozstrzygnięcie sprawy wyłącznie w oparciu o stanowisko biegłego, powoduje, że wywody Sadu nie stanowią miarodajnego odniesienia się do zgłoszonego roszczenia procesowego a zaniechanie w tych płaszczyznach uzasadnia stanowisko skarżącego co do naruszenia art. 233 k.p.c. i art. 278 k.p.c. a także wymienianych norm prawa materialnego a w konsekwencji tezę o nierozstrzygnięciu sprawy co do istoty.

W tym kontekście należy oceniać sformułowane przez skarżącego żądanie uchylenia wyroku w oparciu o normę art. 386 §4 k.p.c.

Zgodnie z art. 386 §4 k.p.c. poza wypadkami określonymi w § 2 i 3 sąd drugiej instancji może uchylić zaskarżony wyrok i przekazać sprawę do ponownego rozpoznania tylko w razie nierozpoznania przez sąd pierwszej instancji istoty sprawy albo gdy wydanie wyroku wymaga przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości.

W systemie apelacji pełnej w świetle art. 386 §4 k.p.c. jako zasadę przyjąć należy w przypadku dostrzeżenia (nieskutkujących nieważnością) wadliwości postępowania lub stosowania prawa materialnego, kontynuowanie postępowania dowodowego w toku rozpoznania apelacji. Norma art. 386 §4 k.p.c. przewidująca kompetencję sądu drugiej instancji do wydania orzeczenia kasatoryjnego w razie nierozpoznania przez sąd pierwszej instancji istoty sprawy albo gdy wydanie wyroku wymaga przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości musi być więc interpretowana jako wyjątek.

Wskazuje się w orzecznictwie i judykaturze, że także w sytuacjach opisanych w tym przepisie Sąd odwoławczy zachowuje kompetencję do kontynuowania postępowania dowodowego i wydania orzeczenia co do istoty sprawy (w tym także ewentualnego orzeczenia reformatoryjnego).

Granice tej możliwości wyznacza się przez odwołanie do względów wynikających z obowiązku zachowania praw gwarancyjnych stron procesu związanych z konstytucyjną zasadą dwuinstancyjności. Wydanie orzeczenia uchylającego zaskarżony wyrok staje się uzasadnione w sytuacji, gdy merytoryczne rozstrzygnięcie Sądu odwoławczego w okolicznościach sprawy powodowałoby w istocie pozbawienie stron prawa do poddania orzeczenia co do istoty sprawy kontroli instancyjnej.

Jednocześnie interpretując przesłankę nierozpoznania istoty sprawy wskazuje się, że należy przez to rozumieć sytuację, w której Sąd i instancji ograniczając zakres badania sprawy w rezultacie nie odniósł się do kwestii tworzących materialnoprawną podstawę powództwa lub merytorycznych zarzutów pozwanego (por. postanowienie SN z 7 października 2015, I CZ 68/15 i tam cytowane wcześniejsze wypowiedzi judykatury).

Jak wskazano, taka sytuacja zachodzi w niniejszej sprawie i jest następstwem przyjętego przez Sąd sposobu argumentacji prawnej sprowadzającego się do poprzestania na konkluzjach formułowanych przez biegłego i zaniechania prezentacji własnych ocen prawnych osadzonych w kontekście stworzonym przez całość materiału procesowego. W rezultacie Sąd zaniechał pełnego odniesienia się do kwestii istotnych dla oceny istnienia i wysokości poszczególnych roszczeń kumulowanych w pozwie.

Zarazem wobec przyjętego kierunku rozstrzygnięcia Sąd zaniechał poczynienia jakichkolwiek ustaleń faktycznych oraz oceny dowodów w kwestiach niezbędnych dla dokonania rozstrzygnięć co do wysokości dochodzonych roszczeń.

Obecny stan sprawy wymaga więc dla uzyskania prawidłowego rozstrzygnięcia, nie tylko ponowienia oceny prawnej zgromadzonego materiału dowodowego, ale też poczynienia szeregu ustaleń w pominiętych przez Sąd kwestiach. Przeprowadzenie postępowania dowodowego (i ocena dowodów) adekwatnego do stanowisk stron procesu i ich wniosków, z kolei dopiero otwierać będzie możliwość odniesienia się do żądań powoda i zarzutów pozwanych.

Odnosząc te uwagi do wzorca oceny stanu sprawy w płaszczyźnie normy art. 386 §4 k.p.c. stwierdzić należy, że zaniechanie uchylecia wyroku powodowałoby konieczność istotnego uzupełnienia postępowania dowodowego co do istoty sporu i przeprowadzenia czynności oraz ocen w kluczowych dla rozstrzygnięcia sporu kwestiach po raz pierwszy na etapie postępowania odwoławczego. Powodowałoby też, że ocena materiału procesowego w kontekście twierdzeń faktycznych i zarzutów przedstawionych przez obie strony i wreszcie ocena roszczeń w kontekście norm prawa materialnego następowałyby po raz pierwszy dopiero w postępowaniu apelacyjnym.

Niewątpliwie strona przegrywająca proces pozbawiona zostałaby prawa więc do kontroli instancyjnej. Z uwagi na złożoność sytuacji faktycznej i prawnej, a także istotne znaczenie właściwej oceny sprawy dla interesów obu stron (w tym zwłaszcza powoda), pozbawienie to mogłoby powodować zarzut naruszenia konstytucyjnych gwarancji do dwuinstancyjnego rozpoznania sprawy (art. 45 Konstytucji RP).

Z tych przyczyn Sąd odwoławczy uznał, że zachowanie prawidłowego toku rozpoznania niniejszej sprawy wymaga uchylecia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania o czym orzeczono stosując normę art. 386 §4 k.p.c.

Uznanie za uzasadniony zarzutu naruszenia art. 233 k.p.c. i 278 k.p.c. i sprzężonego z nim przez powoda argumentacyjnie zarzutu nierozpoznania sprawy co do istoty, powoduje, że zbędne jest szczegółowe odnoszenie się do dalszych kwestii poruszanych w apelacji.

Wprawdzie w obecnym stanie prawnym w przypadku uchylecia wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania Sąd I instancji związany jest wyłącznie oceną prawną dokonaną przez Sąd odwoławczy (art. 386 §6 k.p.c.), to jednak w świetle przedstawionych uwag konieczne jest wskazanie wniosków co do dalszego postępowania jako immanentnie wynikających z dokonanej wyżej oceny prawnej.

Ponownie rozpoznając sprawę Sąd Okręgowy powinien biorąc pod uwagę opisany wyżej wzorzec normatywny, przede wszystkim dokonać ponownej oceny dowodu z opinii biegłego i w niezbędnym zakresie (opisanym wyżej) doprowadzić do jej uzupełnienia. Wobec przyjętego sposobu argumentacji przez biegłego któremu powierzono dotychczas opinii (wskazującego na swoiste rozumienie roli biegłego w procesie) i niedających się wyjaśnić w świetle dotychczasowych wywodów tego biegłego rozbieżności między orzeczeniem sądu lekarskiego (i jego podstawą dowodową) a ocenami ferowanymi w opinii w niniejszej sprawie, celowym (i niezbędnym z perspektywy dobra Wymiaru Sprawiedliwości) jawi się przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego (zespołu biegłych albo jednostki naukowo-badawczej). Opinia powinna dać interdyscyplinarną (odwołującą się do wiedzy z zakresu ginekologii a także neonatologii) informację dotyczącą przede wszystkim dwóch kwestii. Po pierwsze określić należy wzorzec postępowania lekarza odbierającego poród jeśli chodzi o diagnostykę i wybór medycznego sposobu odebrania porodu w kolejnych fazach porodu (w kontekście posiadanych przez pozwany szpital już w dniu 22 lipca 2010 wyników badań z wymazów

pobranej od ciężarnej matki powoda w dniu 19 lipca 2010 oraz wyników badania KTG przeprowadzonego w pierwszej fazie porodu).

Po drugie wyjaśnić należy, czy stwierdzony po porodzie stan zdrowia powoda (względnie rozmiar zmian negatywnie odbiegających od wzorca jaki zakładany mógł być przy uwzględnieniu przebiegu ciąży i zdiagnozowanego przed porodem zakażenia) mógł stanowić skutek przebiegu porodu (zaniechania dokonania cesarskiego cięcia lub innego zabiegu ginekologicznego). Niewątpliwie ocena stanu zdrowia noworodka (a ściślej możliwych przyczyn stwierdzonych po porodzie objawów i ich skutków dla dalszego rozwoju dziecka) wymaga wiadomości specjalnych z zakresu neonatologii. Z uwagi na zakres opinii rozważyć Sąd powinien przeprowadzenie dowodu z opinii instytutu naukowego (art. 290 k.p.c.) względnie zespołu biegłych (a więc zlecenia sporządzenia biegłym różnych specjalności medycznych opinii łącznej na podstawie art. 285 §2 k.p.c.). Przed przeprowadzeniem dowodu należy rozważyć przeprowadzenie dowodu z zeznań świadka M. K. - lekarza odbierającego poród.

W zależności od wyników postępowania dowodowego w omawianym zakresie należy rozważać postępowanie dowodowe co do faktów wpływających na wysokość dochodzonego roszczenia.

Na podstawie przepisu art. 108 §2 k.p.c. pozostawiono Sądowi Okręgowemu orzeczenie o kosztach postępowania apelacyjnego.

Halina Zarzeczna Krzysztof Górski Tomasz Sobieraj