

Niniejszy dokument nie stanowi doręczenia w trybie art. 15 zzs⁹ ust. 2 ustawy COVID-19 (Dz.U.2021, poz. 1842)

Sygn. akt I ACa 399/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 września 2022 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Sławomir Jamróg (spr.)
Sędziowie:	Józef Wąsik Paweł Rygiel
Protokolant:	Marta Sekuła

po rozpoznaniu w dniu 26 września 2022 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa M. G. (1)

przeciwko (...)Zespołowi (...) w P.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 20 listopada 2018 r. sygn. akt I C 397/14

1. **oddala apelację;**

2. **nie obciąża powoda kosztami postępowania apelacyjnego.**

Józef Wąsik SSA Sławomir Jamróg Paweł Rygiel

Sygn. akt I ACa 399/19

UZASADNIENIE

M. G. (1) reprezentowany przez przedstawicieli ustawowych – rodziców P. G. i M. G. (2) wniósł o zasądzenie na swą rzecz od(...) Zespołu (...)w P.:

1. kwoty 750.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi, liczonymi od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty,

2. kwoty 20.000,00 zł tytułem zwrotu kosztów opieki oraz zwrotu kosztów poniesionego leczenia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty,
3. miesięcznej renty z tytułu zwiększonych potrzeb w kwocie 2.000,00 zł płatnej od dnia 1 sierpnia 2013 r. do rąk przedstawicieli ustawowych małoletniego M. G. (1) do 10-ego dnia każdego,
4. ustalenia odpowiedzialności na przyszłość wobec powoda za skutki błędów medycznych z dnia 9 stycznia 2013 r. oraz
5. zasądzenia od pozwanego (...)Zespołu (...) w P. na rzecz małoletniego powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 14.400,00 zł oraz opłatę skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17,00 zł.

Na uzasadnienie żądania wskazano, iż podczas porodu doszło do błędnych decyzji odnośnie prowadzenia porodu, niewłaściwego zastosowania metody użycia kleszczy i próżnościągu oraz nie podjęto decyzji o cesarskim cięciu. Doszło do krwotoku dokomorowego spowodowanego urazem porodowym, przedgłowia, umiarkowanej zamartwicy urodzeniowej i podpajęczynówkowego krwotoku u noworodka. M. G. (1) przebywał na Oddziale (...) (...) Szpitala (...) w K. (...) (...) od dnia 9 stycznia 2013 r. do dnia 28 stycznia 2013 r. Następnie podjęto rehabilitację niemowlaka w Ośrodku (...) w B. od dnia 5 marca 2013 r. Dziecko w ramach terapii korzysta z fizjoterapii, spotkań z neurologopedą, psychologiem i pedagogiem specjalnym. Dodatkowo M. G. (1) często przechodzi konsultacje lekarskie w (...) Szpitalu (...) w K.. Nadto w dniu 16 grudnia 2013 r. małoletni przebywał w (...) Szpitalu (...) w L. na Oddziale (...), (...) i (...), gdyż istnieje wobec niego podejrzenie niedosłuchu. W dniu 15 marca 2013 r. M. G. (1) Decyzją (...) Zespołu (...) w B. został zaliczony do osób niepełnosprawnych, które wymagają usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych, a w uzasadnieniu decyzji wskazano, że dziecko jest niezdolne do samodzielnej egzystencji.

W odpowiedzi na pozew (...) Zespół (...) w P., wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania sądowego. Strona pozwana zakwestionowała podstawy swej odpowiedzialności uznając prawidłowość działania personelu szpitala.

Wyrokiem z dnia 20 listopada 2018 r. sygn. akt I C 397/14 Sąd Okręgowy oddalił powództwo (pkt I) i odstąpił od obciążenia powoda kosztami procesu w tym kosztami zastępstwa procesowego strony pozwanej (pkt II).

Podstawę tego rozstrzygnięcia stanowił następujący stan faktyczny:

M. G. (2) została przyjęta w dniu 9 stycznia 2013 r. o godzinie 10.30 do (...) (...)Szpital w P. na Oddział(...) w I-szej fazie porodu. Cięża ta była czwartą ciążą kobiety, a poprzednie trzy zostały ukończone porodami siłami natury bez powikłań. Z wywiadu lekarskiego wynika, że pierwsza wizyta w poradni ginekologicznej miała miejsce dopiero w 30-tym tygodniu ciąży. W momencie przyjęcia na oddział stwierdzono u M. G. (2) nieregularną akcję porodową, skróconą część pochwową, rozwarcie kanału szyjki macicy na 2 palce, napinający się pęcherz płodowy, częścią przodującą była główka lokalizująca się nad wchodem. Ponadto wykonano badanie USG płodu, podstawowe badania laboratoryjne oraz badanie kardiotokograficzne. Dokonano pomiaru miednicy kostnej oraz stwierdzono u rodzącej owsiki. M. G. (2) przebywając już na oddziale ginekologiczno-położniczym domagała się wykonania cesarskiego cięcia i wykonania w jego trakcie zabiegu podwiązania jajowodów, gdyż nie chciała mieć już więcej dzieci. Wyniki badań nie stanowiły jednak przeciwwskazania do kontynuowania porodu siłami natury, zwłaszcza że poprzednie trzy ciążę M. G. (2) były zakończone porodem naturalnym bez powikłań.

Z ustaleń wynikało także, że matka powoda jest nałogowym palaczem, w ciąży paliła, m.in. przed wizytami u lekarzy a także przebywając na oddziale ginekologicznym pytała gdzie może zapalić papierosa.

M. G. (2) przeniesiono o godzinie 14:40 na salę porodową, kiedy to pękł pęcherz płodowy i odpłynęły czyste wody płodowe przy rozwarciu ok. 6 cm, co świadczyło o postępie porodu. Od godziny 14:51 rodząca była stale monitorowana, w tym przy pomocy zapisu ktg. Ok. godziny 15:20 na zlecenie lekarza podłączono kroplówkę naskurczową zgodnie z wskazaniami medycznymi. O godzinie 16:20 doszło do pełnego rozwarcia, przy dalej utrzymującym się prawidłowym

zapisie KTG, a pacjentka była stale nadzorowana. Podczas badania przez ginekologa-położnika o godz. 16:45 oceniono dobrostan płodu, który był zachowany. O godzinie 17:05 lek. M. M. odnotował w dokumentacji iż „główka na wychodzie, brak współpracy ze strony pacjentki, deceleracje do pojedynczych uderzeń na minutę. Ze względu na brak wsparcia ze strony rodzącej, jej niespokojne odruchy, niemożność jej uspokojenia i wynikające z tego zagrożenie życia dziecka i konieczność szybkiego zakończenia porodu założono VE (próżnociąg). O godzinie 17:15 wydobyto M. G. (1), którego stan oceniono w skali Apgar na 4-7-10 pkt kolejno w 1-3-5 minucie życia.

Po porodzie dziecko było wiotkie, nie płakało, miało prawidłową akcję serca, nie miało napięcia mięśniowego. Było krótko bezpośrednio po porodzie wentylowane, po czym nastąpiła szybka poprawa, zaróżwienie powłok i śluzówek, poprawa napięcia mięśniowego. Dziecko zostało przewiezione na oddział noworodkowy i umieszczone w inkubatorze ze względu na zagrożenie stanu zdrowia. Po porodzie ze względu na zastosowanie VE obserwowany był obrzęk na głowie w okolicy czołowej oraz obrzęk powiek. Skontaktowano się ze Szpitalem (...) w K., po czym przewieziono powoda na Oddział(...)celem dalszej diagnostyki i leczenia. Noworodek urodził się z wadami o charakterze wrodzonym - obwód głowy >95 percentyla, nisko osadzone uszy, siodełkowaty nos, przegroda nosowa skrzywiona w stronę prawą, gotyckie podniebienie.

M. G. (1) od marca 2013 r. był poddawany rehabilitacji. Najpierw codziennie przez rehabilitanta z B., dokąd był dowożony. Aktualnie jest to kilka razy w tygodniu, ojciec dziecka wozi je na zajęcia. Koszty dojazdów ponoszą rodzice małoletniego, koszty rehabilitacji ponoszone są przez NFZ. Do tego koszty badań i wizyt neurologicznych są ponoszone przez rodziców. Wcześniej wizyty te były raz w miesiącu, teraz są rzadziej. Ponadto M. G. (1) przeszedł zabieg na oko. Aktualnie wożony jest do K. W. na zajęcia z wczesnego wspomaganie. Na lekarstwa głównie neurologiczne przeznaczane jest średnio 800 zł miesięcznie. P. G. jeździ z dzieckiem do lekarzy i na rehabilitację i w tym czasie nie jest w stanie pracować. Rodzina utrzymuje się z jego dorywczej pracy, zasiłków oraz niedużego gospodarstwa rolnego prowadzonego na własny użytek

Na podstawie opinii sądowno-lekarskiej sporządzonej w dniu 1 lutego 2016 r. przez specjalistów (...) Uniwersytetu (...) w K. oraz na podstawie opinii uzupełniającej z dnia 2 marca 2017r., Sąd pierwszej instancji ustalił, że zakres działań diagnostyczno-terapeutycznych podjętych w stosunku do M. G. (2) przez lekarzy (...) Szpitala w P. był zgodny z obowiązującą w dacie zdarzenia wiedzą medyczną, w tym specjalistyczną wiedzą położniczą. Nadzór lekarza sprawowany był przez cały okres trwania porodu i to zarówno ze strony personelu pielęgniarstwa jak i lekarskiego. Po przyjęciu M. G. (2) w dniu 9 stycznia 2013 r. do szpitala zostało przeprowadzone badanie USG z którego jasno wynika, że płód był ułożony prawidłowo, wobec czego decyzja o kontynuacji porodu siłami natury była prawidłowa. Natomiast zaistniałe krwawienie o ile miało związek ze sposobem ukończenia porodu mieści się w możliwych następstwach wynikających z zastosowania VE. Krew taka ulega powolnej resorpcji i nie wpływa niekorzystnie na rozwój dziecka. Nadmieniono również, że badanie obrazowe głowy NMR M. G. (1) wykonane w 2014 r. nie wykazało żadnych nieprawidłowości w strukturach mózgu. Lekarz, w związku z wynikami przeprowadzonych po przyjęciu ciężarnej do oddziału badań, podjął prawidłową decyzję o nieoperacyjnym sposobie rozwiązania ciąży, tym bardziej mając na uwadze, że poprzednie trzy ciąży zakończone zostały bez powikłań porodami siłami natury. Lekarz podjął także słuszną decyzję o potrzebie skrócenia II fazy porodu. Stan urodzeniowy noworodka potwierdza, że nie była ona spóźniona, na co wskazuje stan dziecka w 3 i 5 minucie po porodzie. Dobry stan kliniczny w 3 i 5 minucie po urodzeniu traktowany jest jako czynnik prognostycznie korzystny w odniesieniu do stanu neurologicznego dziecka, co potwierdziły także wykonane badania laboratoryjne. Brak jest podstaw do kwestionowania zasadności podjętych przez lek. M. M. jak i pozostałego personelu działań diagnostycznych i terapeutycznych w odniesieniu do M. G. (2). Chłopiec urodził się z wadami o charakterze wrodzonym (wywiad obciążony przewlekłym nikotynizmem matki, a opisywane krwawienie ośrodkowe zresorboowało się gdyż wg aktualnej wiedzy medycznej krwawienia I i II stopnia ustępują zazwyczaj całkowicie i bez powikłań 2 marca 2017 r. po wcześniejszym przeprowadzeniu bezpośredniego wywiadu i badania małoletniego M. G. (1).

Sąd Okręgowy ustalił ponadto, że w dniu 15 czerwca 2015 r. została przeprowadzona konsultacja genetyczna w Centrum (...)z której treści wynika, że w rodzinie małoletniego M. G. (1) miał miejsce zgon brata ojca dziecka w pierwszych dobach życia z nieznaną przyczyną. Wynik badania małoletniego powoda metodą

porównawczej hybrydyzacji genomowej (CGH) był prawidłowy, co według Centrum (...) pozwala wykluczyć zaburzenia chromosomowe, w tym wszystkie dotychczas opisane zespoły mikrodelecyjne i mikroduplikacyjne jako przyczynę opóźnienia rozwoju psychoruchowego o nieustalonej przyczynie. Jak stwierdzono w chwili obecnej nie ma wskazań do kontynuacji diagnostyki genetycznej. Centrum (...) uznało, że w etiologii schorzenia uwzględnić należy udział urazu okołoporodowego. Na podstawie opinii uzupełniającej (...) Uniwersytetu (...) w K. Sąd Okręgowy uznał, że wnioski Centrum (...) nie wykluczają wszystkich możliwych genetycznych patologii. Globalne opóźnienie rozwoju mowy, w tym mowy intencjonalnej, całościowych zaburzeń rozwoju sugeruje bardziej cechy autystyczne u małego, które związane są z czynnikiem genetycznym, nie okołoporodowym.

Przy tym stanie faktycznym Sąd pierwszej instancji uznał, że powództwo powinno zostać oddalone. podlegało oddaleniu.

Odwołując się do treści art. 430 k.c. art. 415 k.c. oraz art. 361 § 1 a także doktrynalnego wyjaśnienia pojęcia błędu medycznego, Sąd Okręgowy podkreślił, że niezbędnym warunkiem odpowiedzialności odszkodowawczej jest ustalenie związku przyczynowego między zdarzeniem, z którym ustawa wiąże obowiązek odszkodowawczy, a wyrządzoną szkodą i bezprawnością zachowania pozwanego, które doprowadziło do jej po-wstania (i art. 415 k.c.).

Działania diagnostyczno - terapeutyczne podjęte przez szpital jak i jego personel wobec M. G. (2), były słuszne i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Wyniki badań nie stanowiły przeciwwskazania do kontynuowania porodu siłami natury. Brak współpracy M. G. (2), jej nerwowe zachowanie, wpłynęły negatywnie na przebieg całego porodu. W sytuacji dramatycznej lekarz podjął decyzję o zastosowaniu metody próżnościągu i jak najszybszym zakończeniu porodu. Ze względu na zaawansowanie porodu, decyzja o cesarskim cięciu była już niemożliwa. Nie była to decyzja spóźniona. Dobry stan kliniczny małego powoda został potwierdzony w 3 i 5 minucie, o to właśnie ten moment po porodzie jest traktowany jako pozytywny czynnik prognostyczny w odniesieniu do stanu neurologicznego dziecka.

Sąd Okręgowy ponadto zwrócił uwagę na braki przedłożonej przez powódkę dokumentacji medycznej w zakresie przebiegu całej ciąży, fakt palenia papierosów w okresie ciąży przez M. G. (2) jak i nie wykonywanie przez nią poleceń, wydawanych przez lekarza.

Zdaniem Sądu Okręgowego powołane okoliczności wskazują, iż w przedmiotowej sprawie nie można przypisać winy pozwanemu, zatem nie zostają wyczerpane przesłanki odpowiedzialności z art. 415 k.c. Ponadto Sąd wykluczył związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy schorzeniami powoda a działaniem pozwanego szpitala i zatrudnionego u niego personelu medycznego, W konsekwencji roszczenia o zapłatę odszkodowania , renty i zadośćuczynienia oparte odpowiednio na przepisach art. 444 § 1 i 2 k.c. oraz art. 445 § 1 k.c. należało oddalić podobnie jak oparte na art. art. 189 k.p.c. powództwo o ustalenie.

Jako podstawę rozstrzygnięcia o kosztach procesu powołano art. 102 k.p.c.,

Apelację od tego wyroku wniósł powód zaskarżając wyrok w pkt I, zarzucając, że rozstrzygnięcie nie jest sprawiedliwe a przeprowadzona w sprawie opinia wskazując na prawidłowość przebiegu porodu pomija stan powoda i nie wskazuje dlaczego doszło do niedotlenienia podczas porodu. W uzupełnieniu apelacji pełnomocnik reprezentujący powoda zarzucił:

- błąd w ustaleniach faktycznych i brak oceny niedotlenienia powoda M. G. (1) w trakcie porodu i wpływu tego niedotlenienia na obecny stan zdrowia,

- brak dokonania rzetelnej oceny przebiegu porodu przez biegłych sądowych w odniesieniu do kwestii czy powód M. G. (1) musiał doznać urazów okołoporodowych i czy możliwym było ich uniknięcie,

- naruszenie przepisów postępowania tj. art. 227 k.p.c. w zw. z art. 13§ 2 k.p.c. w zw. z art. 278 k.p.c. poprzez zaniechanie przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego sądowego genetyka na okoliczność ustalenia czy obecny stan zdrowia wynika z wad wrodzonych.

Powód wniósł o uchylenie wyroku z dnia 20 listopada 2018 roku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Rozpoznając apelację Sąd drugiej instancji uznał za własne ustalenia Sądu Okręgowego uzupełniająco ustalając na podstawie opinii Instytutu (...) oraz opinii biegłego prof. M. S., że encefalopatia niedotlenienna- niedokrwienna ma charakter wrodzony zaistniały przede wszystkim w trakcie rozwoju płodu. Wady rozwojowe są więc przede wszystkim wynikiem zaburzeń utlenienia w okresie życia płodowego choć także i biegły prof. M. S. nie wykluczył genetycznego podłoża wad (k941). Niewątpliwie konsultacja genetyczna z dnia 15 czerwca 2015 r. nie stwierdziła nie zrównoważonego genomu k.692-694. Opinia genetyka klinicznego nie wykluczyła jednak również genetycznych przyczyn makrocefalii, z zespołem cech dysmorficznych, na które mogły się jednocześnie nałożyć następstwa powikłań okołoporodowych (k973). Nie wykluczono więc także, że ewentualne genetyczne podłoże wad rozwojowych związane było z urazem okołoporodowym, co jednak nie oznacza, że skutki niedotlenienia są wynikiem sposobu rozwiązania ciąży (opinia k-881, k.915). Jakkolwiek więc krótkotrwałe niedotlenienie mogło wynikać z krwawienia podpajęczynkowego i dokomorowego, które było następstwem trudności na jakie napotkała główka o wymiarach przewyższających normę noworodka w kanale rodym, to jednak znaczenie kliniczne tego krwawienia jest łagodne a w badaniu MR nie potwierdzono uszkodzenia torebek wewnętrznych a stwierdzono agenezję ciała modelowatego co jest anomalia wrodzoną (dowód: opinia Instytutu (...) w W. k. 879 i k/881). Opinie przeprowadzone w postępowaniu apelacyjnym potwierdzają więc, że obecny stan zdrowia powoda jest wynikiem innych czynników związanych z okresem płodowym (vide także opinia położnika k.941). Występujący o powoda niedosłuch czuciowo-nerwowy nie jest bowiem typowym następstwem okołoporodowej encefalopatii niedotleniowo – niedokrwiennej lecz najprawdopodobniej wrodzonej cytomegalii (k. k.881-882). Potwierdza to, że skutki niedotlenienia nie są powiązane wprost z działaniem pozwanej a także potwierdza ustalenia Sądu pierwszej instancji o złożonej etiologii schorzenia.

Mechaniczny uraz, który był wynikiem użycia próżnościągu powodującym obrzęk w tkankach miękkich w okolicy czołowej mógł mieć pewne znaczenie przy genetycznym źródle wad, co nie pozwala prima facie na zupełne wyeliminowanie działania pozwanej ze związku przyczynowo- skutkowego. Nie był to jednak związek typowy adekwatny skoro obrzęk nie pozostawił trwałych śladów, co ostatecznie potwierdza prawidłowość oceny Sądu pierwszej instancji dotyczącej braku istnienia przesłanki odpowiedzialności wynikającej z art. 361§1 k.c., jak również potwierdza ocenę Sądu Okręgowego, że samo krwawienie, które pojawiło się w toku porodu nie wpłynęło niekorzystnie na rozwój dziecka. Przede wszystkim jednak opinia Instytutu (...) w W. potwierdza ustalenia Sądu pierwszej instancji, że użycie próżnościągu było konieczne i prawidłowe (k.878) a działanie personelu szpitala było działanie fachowym (k.880). Nie było też wówczas wskazań do diagnostyki cytomegalii (k.882). Także opinia biegłego z zakresu położnictwa przeprowadzona przed Sądem Apelacyjnym również potwierdza wnioski poprzednich opinii, że diagnostyka na etapie przyjęcia do szpitala i nadzór okołoporodowy był prawidłowy, decyzja o skróceniu II etapu porodu z użyciem próżnościągu było również prawidłowa (k. 938 939) . Jest to spójne ze stanowiskiem wyrażonym w opinii Instytutu (...) w W., że sposób i czas użycia próżnościągu nie budzi zastrzeżeń. Opinia biegłego położnika również potwierdza, że nie doszło do błędu diagnostycznego czy terapeutycznego, a niedotlenienie, które mogło być wynikiem krwawienia związanego ze sposobem porodu było krótkotrwałe i nie spowodowało poważnego obciążenia płodu (k.940-941). Mając powyższe na uwadze nie można podzielić zarzutu powoda, że niedotlenienie, które wystąpiło podczas porodu było wynikiem wadliwej decyzji o użyciu próżnościągu.

Przy złożonej etiologii zaburzeń rozwojowych zawsze istnieją wątpliwości czy można było uniknąć skutku w postaci zaburzeń rozwojowych M. G. (1). Opinia Instytutu (...) nie wykluczała zupełnie podstaw do innego sposobu rozwiązania ciąży tj cesarskiego cięcia. Wskazywała jednak, że powinien ocenić to biegły ginekolog położnik (k.877-878). Ta kwestia zaś była przedmiotem oceny położników. Opinia (...) Uniwersytetu(...)w K. wydana z udziałem specjalisty położnictwa i ginekologii prof. dr hab. n.med. J. S. wskazuje, że przy przyjęciu do szpitala badanie obrazowe nie wykazywało nieprawidłowości i słuszna była decyzja o kontynuowaniu porodu siłami natury(k.680-681). Także

opinia biegłego z zakresu położnictwa i ginekologii prof. M. S. potwierdza, że po przyjęciu do szpitala stan ogólny rodzącej nie dawał do godz. 17.05 podstaw do niepokoju i podejmowania decyzji o innym sposobie rozwiązania ciąży. Po ujawnieniu zaś zwolnienia czynności serca istniały pełne warunki do podjęcia decyzji o skróceniu II okresu porodu przy użyciu wyciągacza próżniowego. Wybór tej metody był adekwatny do sytuacji klinicznej i taka decyzja o sposobie ukończenia porodu była prawidłowa (k-939-940). Jest to zbieżne także z wnioskami opinii przeprowadzonej przed Sądem Okręgowym. Opinie przeprowadzone w sprawie spójnie wykluczają zarówno błąd diagnostyczny jak i terapeutyczny.

Obowiązek dbałości o życie i zdrowie człowieka spoczywający na lekarzach nie gwarantuje, że zawsze każdy zabieg czy proces leczniczy doprowadzi do pełnego pozytywnego i oczekiwanego rezultatu. W tej sprawie w konsekwencji wykazania prawidłowości diagnostyki i czynności dokonywanych w trakcie porodu powództwo nie może być uwzględnione mimo, że u powoda wystąpiły po porodzie wady rozwojowe w tym także problemy z narządem słuchu.

Sąd Okręgowy prawidłowo określił ciężar dowodu. Na podstawie domniemań faktycznych (art. 231k.c.) możliwe było powiązanie sposobu przeprowadzenia akcji porodowej z uszczerbkiem na zdrowiu. Na brak adekwatności takiego związku wskazują jednak opinie. Na powódzie spoczywał przede wszystkim jednak wynikający z art. 6 k.c. obowiązek wykazania faktu winy jako przesłanki odpowiedzialności z art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. Powód nie musiał wykazywać który z lekarzy lub z członków personelu medycznego dopuścił się winy (wina anonimowa). Miał jednak wykazania naruszenia zasad udzielania świadczeń medycznych przez profesjonalistę a więc wykazania niedbalstwa, nieostrożności choćby w niewielkim zakresie, naruszenia zasad podwyższonej staranności przy diagnostyce przedporodowej lub w czasie akcji porodowej powiązanego z narażeniem powoda na wystąpienie wad rozwojowych lub zwiększającego ryzyko powikłań. Ewentualnie powód winien wykazać, że strona pozwana nie stosowała właściwych dostępnych środków organizacyjnych i technicznych w celu ochrony zdrowia płodu (wina organizacyjna). Powód temu wymogowi nie sprostał.

Opinie przeprowadzone postępowaniu przed Sądem Okręgowym i Apelacyjnym potwierdzają także prawidłowość prowadzenia dokumentacji lekarskiej jak i wskazują, że informacja o skutkach użycia próżniociągu nie mogła być wyczerpująca w okolicznościach powikłania porodu w II okresie. (k681). Nie naruszono więc także prawa do informacji, przy czym ta kwestia podnoszona również w toku procesu nie dotyczyła samego powoda lecz praw jego matki jako pacjentki.

Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny oddalił apelację na podstawie art. 385 k.p.c. w zw. z art. 15 zzs¹ ust. 1 pkt 1 i 4 ustawy dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U.2021.2095 t.j), w zw. z art. 6 ust.1 i 2 ustawy z dnia 28 maja 2021 r. o zmianie ustawy - Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2021.1090), przy uwzględnieniu, że w sprawie wydano zarządzenie o rozpoznaniu sprawy w składzie trzyosobowym.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c. Zarówno charakter sprawy jak i sytuacja życiowa powoda uzasadnia odstąpienie od obciążenia go kosztami postępowania apelacyjnego.

Józef Wąsik SSA Sławomir Jamróg Paweł Rygiel