



Sygn. akt II CSK 643/09

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 maja 2010 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Henryk Pietrkowski (przewodniczący)

SSN Grzegorz Misiurek

SSN Katarzyna Tyczka-Rote (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa małoletniego Miłosza M. -
reprezentowanego przez matkę Ilonę M.

przeciwko Szpitalowi Klinicznemu
Uniwersytetu Medycznego w P.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej

w dniu 21 maja 2010 r.,

skargi kasacyjnej powoda

od wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 3 czerwca 2009 r.,

**oddala skargę kasacyjną i nie obciąża powoda kosztami
postępowania kasacyjnego.**

Uzasadnienie

Wyrokiem z dnia 9 maja 2007 r. Sąd Okręgowy w P. oddalił powództwo małoletniego Miłosza M. skierowane przeciwko Szpitalowi Klinicznemu Uniwersytetu Medycznego w P. (poprzednio noszącemu nazwę Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Akademii Medycznej w P.). Powód domagał się zasądzenia od pozwanego zadośćuczynienia w kwocie 500.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia uprawomocnienia się wyroku, odszkodowania w wysokości 400.000 zł oraz renty wyrównawczej po 4.000 zł miesięcznie od 1 września 2000 r. za krzywdy i szkody spowodowane nieprawidłowościami w leczeniu, jakiemu został poddany w tym szpitalu.

Apelację powoda od powyższego wyroku Sąd Apelacyjny oddalił wyrokiem z dnia 3 czerwca 2009 r., po przeprowadzeniu uzupełniającego postępowania dowodowego.

Podstawę rozstrzygnięcia stanowiły następujące ustalenia faktyczne:

U powoda (ur. 29.X.1997 r.) w wieku ok. 2 lat wykryto wrodzoną wadę serca - zwężenie i niedorozwój aorty. Tego rodzaju wada wymaga leczenia operacyjnego, inaczej występują ciężkie powikłania, a nawet śmierć w wieku od kilkunastu do 30 lat.

Konieczna operacja powoda przeprowadzona została w pozwanym szpitalu 13.VII.2000 r., prawidłowo i bez powikłań. Badanie kontrolne wykazało jednak, że nie dała zadawalających rezultatów, ponieważ w miejscu łuku aorty nadal pozostało zwężenie. Konieczne stało się wykonanie drugiej operacji. Za wiedzą rodziców powoda przeprowadzono ją 17 lipca 2000 r. inną techniką, stosując śródoperacyjne schłodzenie organizmu do 20° C i zatrzymanie krążenia na 12 min. Zatrzymanie krążenia w takich warunkach na czas do 40 min. jest bezpieczne. Również ta operacja przebiegła bez zakłóceń. Stan powoda bezpośrednio po niej był niepowikłany. Jednak kolejnego dnia rano pojawiły się objawy splątania i pobudzenia ruchowego (pląsawica) oraz inne komplikacje. Rozpoznano ostrą encefalopatię niedokrwiennie-niedotlenieniową i wdrożono leczenie neurologiczne. Mimo to w kolejnych dniach objawy patologiczne się nasilały, stan się pogarszał, powód stracił kontakt z otoczeniem i zdolność połykania, wystąpiło obfite ślinienie. Chłopiec

przebywał na oddziale intensywnej terapii, był wydolny oddechowo i nie wymagał intubacji. Opiekę nad nim oraz nad drugim dzieckiem, leżącym na tej samej dwuosobowej sali sprawowała jedna pielęgniarka, przydzielona tylko do tych obowiązków. Na oddziale stale był lekarz, który co jakiś czas kontrolował stan wszystkich pacjentów.

Z uwagi na zaleganie płynu w drzewie oskrzelowym powodowi podawano odpowiednie środki oraz odsysano wydzielinę z gardła i nosa - rutynowo co 3 godziny oraz dodatkowo w razie potrzeby. Odpowiadało to standardom prawidłowej opieki. Czasami konieczność usunięcia wydzieliny zgłaszała matka, która w ciągu dnia czuwała przy synu. W nocy z 4/5 VIII 2000 r. stan dziecka był stabilny. Około godz. 6 rano pielęgniarka dyżurna odessała i nakarmiła powoda, po czym zauważyła na monitorze zmniejszające się tętno, stwierdziła błądliwość powłok skórnych i powolny zanik oddechu u chłopca. Wezwała pozostałe dwie pielęgniarki i rozpoczęły akcję reanimacyjną, do której przyłączył się przywołany lekarz dyżurny (kardiochirurg), przybył także anestezjolog. Akcja przebiegła prawidłowo.

W czasie intubacji w drzewie oskrzelowym u powoda stwierdzono obecność treści pokarmowej, którą odessano. Po reanimacji ustąpiły ruchy płasawicze, stwierdzono natomiast spastyczność kończyn. Z pacjentem nie było kontaktu, odżywiany był przez sondę, nie reagował na bodźce i wymagał stałej opieki. Objawy rozpoznano jako zespół apalliczny, stanowiący powikłanie operacji kardiochirurgicznej. Jego przyczyną mogło być zastosowanie zatrzymania krążenia w głębokiej hipotermii, które w niewielkim odsetku przypadków powoduje uszkodzenia centralnego układu nerwowego z powodu jego niedokrwienia. Wystąpienia tego powikłania nie daje się przewidzieć. Jego następstwem było zachłyśnięcie się powoda i w efekcie zatrzymanie krążenia, które doprowadziło do rozlanego uszkodzenia mózgu, skutkującego obecnym stanem neurologicznym.

W wyniku leczenia i rehabilitacji powoda uzyskano niewielką poprawę. W chwili obecnej jego stan neurologiczny jest nadal bardzo ciężki, nie można z nim nawiązać kontaktu wzrokowo-słownego, chłopiec nie mówi, zanikły wszystkie funkcje poznawcze, zaburzony jest odruch połykania i nadal karmiony jest przez sondę, leży, nie utrzymuje pionowo głowy.

Ten stan nie rokuje większej poprawy, wynika bowiem z trwałego, być może nieodwracalnego uszkodzenia mózgu.

Sądy obydwu instancji oceniły, że powód nie wykazał, aby doznany uszczerbek na zdrowiu był następstwem błędu lekarskiego albo wynikiem nieprawidłowego przeprowadzenia innych procedur medycznych. Sąd Apelacyjny zaznaczył, że w apelacji powód nie podważał potrzeby i prawidłowości przeprowadzenia dwóch zabiegów kardiochirurgicznych, natomiast podnosił, że niedostateczna i nieprawidłowa była opieka pielęgniarska sprawowana nad nim po drugim zabiegu. Uchybieniom w tym zakresie przypisał nasilenie objawów patologicznych i obecny stan zdrowia. Dlatego w postępowaniu apelacyjnym przeprowadzony został dowód z uzupełniającej opinii biegłego prof. dr hab. n. med. Bohdana M. ukierunkowany na wyjaśnienie prawidłowości opieki pozabiegowej. W celu wszechstronnego wyjaśnienia mechanizmu, w jakim doszło do uszkodzenia mózgu powoda, Sąd drugiej instancji dodatkowo przeprowadził dowód z opinii kolejnego biegłego, kardiochirurga dziecięcego prof. dr Janusza S. Jego zadaniem było określenie przyczyn powikłań, które wystąpiły u powoda po wykonanych zabiegach operacyjnych, a w szczególności wyjaśnienie, czy zatrzymanie krążenia po drugiej operacji wywołane zostało zaniedbaniami w opiece pooperacyjnej. Żaden z dowodów nie potwierdził jednak uchybień, które mogłyby zostać uznane za przyczynę stanu powoda. Biegły prof. dr J. S. jako przyczyną powikłań leczenia operacyjnego wskazał zastosowaną procedurę krążenia pozaustrojowego oraz głęboką hipotermię z zatrzymaniem krążenia, które jednak były najlepszym rozwiązaniem w wypadku operacyjnego leczenia zwężenia aorty, jakie występowało u powoda. Biegły ten podzielił poglądy wyrażone w opiniach Pomorskiej Akademii Medycznej i prof. Bohdana M., stanowiących środki dowodowe wykorzystane przez Sąd Okręgowy. Przeprowadzone przez Sąd pierwszej instancji postępowanie dowodowe Sąd Apelacyjny uznał za prawidłowe i rzetelne, a dokonaną ocenę dowodów – za mieszczącą się w granicach wyznaczonych treścią art. 233 § 1 k.p.c. Sąd ten nie znalazł podstaw, do uwzględnienia wniosku powoda o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego anestezjologa, ponieważ uznał, że prof. Janusz S. dysponował dostateczną wiedzą także z tej dziedziny, o czym świadczy fakt, że jest autorem

książki „Kardiochirurgia dziecięca” - obowiązującego podręcznika dla kardiochirurgów dziecięcych również w zakresie specjalizacji anestezyjologicznej.

Powód zaskarżył w całości wyrok Sądu odwoławczego skargą kasacyjną opartą na obydwu podstawach z art. 398³ § 1 k.p.c.

Podstawę naruszenia prawa materialnego wypełnił zarzutami błędnego niezastosowania art. 355 k.c. w zw. z art. 429 k.c. i z art. 6 k.c., a także art. 429 k.c. poprzez przyjęcie, że powód nie udowodnił, iż podczas operacji miał miejsce błąd lekarski, którego skutkiem jest utrata zdrowia przez powoda, oraz że nie zachodzą podstawy odpowiedzialności pozwanego za działania lekarzy i pielęgniarek z powodu braku winy po stronie personelu.

W ramach podstawy naruszenia przepisów postępowania, które mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy powód zarzucił:

- 1) uchybienie art. 245 k.p.c. w zw. z art. 233 § 1 k.p.c. poprzez:
 - a) przeprowadzenie przez Sądy obu instancji dowodu z przedmiotów niebędących dokumentami w trybie dowodu z dokumentów,
 - b) przyjęcie, że wskazane wyżej przedmioty stanowią dowód tego, że ich autor złożył zawarte w nich oświadczenie,
 - c) oparcie ustaleń sądu i opinii biegłych na podstawie niewiarygodnych i niebędących dokumentami pism znajdujących się w dołączonej do akt sprawy dokumentacji medycznej,
- 2) uchybienie art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 285 § 1 k.p.c. poprzez:
 - a) oparcie opinii wszystkich biegłych z zakresu kardiologii dziecięcej wypowiadających się w obu instancjach na niesprecyzowanych w treści tych opinii dokumentach medycznych,
 - b) przekroczenie granicy swobodnej oceny dowodów i oparcie na tak sporządzonych opiniach rozstrzygnięcia Sądu,
- 3) naruszenie art. 286 k.p.c. poprzez niepodjęcie przez Sądy obu instancji działań zmierzających do usunięcia nieścisłości w opiniach biegłych

kardiochirurgów, polegających na oparciu wniosków o niewiarygodną i nierzetelnie sporządzoną dokumentację medyczną,

- 4) naruszenie art. 278 § 1 k.p.c. poprzez wadliwe sformułowanie przez Sądy obu instancji tezy dowodowej, polegające na:
 - a) postawieniu biegłym pytań w sposób niejednoznaczny i ogólnikowy,
 - b) nie przeprowadzeniu dowodu z opinii biegłego na okoliczność prawidłowości wykonania w trakcie operacji w dniu 17 lipca 2007 r. śródoperacyjnego schłodzenia organizmu oraz jego ponownego ogrzania, a także prawidłowości dozowania kardiopleginy.

We wnioskach skarżący domagał się uchylenia w całości zaskarżonego wyroku oraz wyroku Sądu Okręgowego w P. z dnia 9 maja 2007 r. i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji, a także zasądzenie na rzecz powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwany wniósł o oddalenie skargi i zasądzenie na jego rzecz od powoda zwrotu kosztów postępowania według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

W wypadku oparcia skargi kasacyjnej na obydwu podstawach z art. 398³ § 1 k.p.c. w pierwszej kolejności rozważenia wymagają zarzuty o charakterze procesowym.

Podstawowym argumentem podniesionym w skardze kasacyjnej, do którego nawiązują wszystkie inne zarzuty (oprócz ostatniego), stanowią zastrzeżenia powoda do zdolności pełnienia roli dowodu przez materiał wchodzący w skład dokumentacji medycznej i obrazujący przebieg operacji powoda. Powód wskazuje, że pewne dokumenty szpitalne zawierające istotne dane, nie są podpisane przez kogokolwiek, wobec czego nie mogą być traktowane jako dokumenty prywatne. Z tego względu kwestionuje ich przydatność do czynienia ustaleń w toku postępowania, a szczególnie do opierania na nich rozważań o prawidłowości przebiegu drugiej operacji, której został poddany. Tej treści zarzut nie sprzeciwia się ograniczeniom przewidzianym w art. 398³ § 3 k.p.c., ponieważ jedynie pośrednio

dotyczy ustalania faktów i oceny dowodów. Jego bezpośrednim celem jest wyknięcie innego rodzaju nieprawidłowości postępowania – zakwalifikowania określonego środka, jako środka dowodowego w sytuacji, kiedy – zdaniem powoda – nie ma on takiego waloru. Rzeczywiście wskazywane przez powoda zapisy znajdujące się w pliku dostarczonej przez pozwanego szpitala dokumentacji medycznej, dotyczące drugiej operacji, nie noszą podpisów osób, które je sporządziły, dlatego nie mogą być uznane za dokumenty prywatne w rozumieniu art. 245 k.p.c. Nie jest to jednak przeszkodą do włączenia ich do materiału dowodowego, bowiem kodeks postępowania cywilnego nie zawiera zamkniętej listy środków dowodowych. Przeciwnie, z treści art. 309 k.p.c. wynika, że możliwe jest przeprowadzenie dowodu także innymi środkami niż wymienione w kodeksie, o ile są one nośnikami informacji o faktach istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, a ich wykorzystanie nie pozostaje w sprzeczności z przepisami prawa. W wyroku z 5 listopada 2008 r. (I CSK 138/08, Lex 548795) Sąd Najwyższy wskazał na możliwość potraktowania jako dowodu wydruku komputerowego zawierającego informacje z serwisu internetowego. Posłużenie się zatem zapisami włączonymi do dokumentacji szpitalnej, chociaż nie mającymi statusu dokumentu w rozumieniu art. 245 k.p.c., nie stanowi uchybienia przepisom proceduralnym. Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej w okresie operacyjnego leczenia powoda regulował art. 18 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm.) i wydane na podstawie jego ust. 6 rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1992 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz.U. z 1993 r., Nr 3 poz. 13 ze zm.). Definiował on dokumentację medyczną jako zbiór tworzonych w zakładzie opieki zdrowotnej danych i informacji medycznych, związanych z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi (§ 2). Dokumentacja indywidualna, odnosząca się do oznaczonej osoby korzystającej ze świadczeń zdrowotnych zakładu, prowadzona była w formie znormalizowanych formularzy lub druków, bądź innych zapisów (§ 3 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 rozporządzenia). Dzielila się na dokumentację medyczną indywidualną wewnętrzną i zewnętrzną (§ 4 ust. 1 rozporządzenia). W szpitalu dokumentacja medyczna indywidualna wewnętrzna obejmowała co najmniej historię choroby (§ 10 pkt 1 rozporządzenia), w skład której wchodził formularz historii

choroby oraz szereg dokumentów dodatkowych obrazujących stan pacjenta, zalecenia lekarskie, wyniki badań i konsultacji (§ 12 ust. 1 rozporządzenia). Nie wszystkie wpisy bieżące do dokumentacji szpitalnej wymagały podpisów, co wynika z porównania np. treści § 15 ust. 1 ust. 3 (zastrzegającej konieczność złożenia podpisów w kartach zleceń lekarskich zarówno przy udzielaniu zlecenia, jak i po jego wykonaniu) z regulacją zawartą w § 15 ust. 2 (zapisy dotyczące przebiegu hospitalizacji) i ust. 4 (zapisy w kartach obserwacyjnych), która takiego wymagania nie zawiera. Wystarczające jest potwierdzenie całości wpisów podpisem lekarza prowadzącego i ordynatora pod historią choroby najpóźniej w momencie dokonywania wypisu (§ 16 ust. 3 rozporządzenia). Dane o rodzaju leczenia z wymienieniem wykonanych zabiegów operacyjnych umieszcza się również w historii choroby, w części dotyczącej wypisu pacjenta (§ 16 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia). Natomiast adnotacje o rodzaju zabiegu operacyjnego oraz jego szczegółowy opis znajdują się w dokumentacji zbiorczej – księdze bloku lub sali operacyjnej (§ 26 rozporządzenia) i są tam opatrywane podpisem lekarza operatorów. Opis operacji włączony do historii choroby stanowił więc materiał wtórny, służący uzupełnieniu koniecznych danych do wypisu. Dokumentacja medyczna, o jakiej mowa w rozporządzeniu, mimo że nie wszystkie jej składniki odpowiadają wymaganiom stawianym dokumentom przez przepisy kodeksu postępowania cywilnego, stanowi przewidziany przepisami prawa sposób stwierdzania przebiegu i wyników leczenia. Jest zatem środkiem dowodowym. Sposób przeprowadzenia dowodu z tego środka dowodowego, ze względu na cechy zbliżające go do dokumentu, wymaga odpowiedniego zastosowania przepisów o dowodzie z dokumentów (art. 309 k.p.c.). W pewnych wypadkach może też być konieczne odwołanie się do art. 308 k.p.c. W ten sposób postąpiły Sądy obydwu instancji, aczkolwiek – wobec braku zarzutów w tej materii – nie poświęciły tej kwestii uwagi w uzasadnieniach.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że treść zapisów nie odpowiadających definicji dokumentu, nie jest jedynym dowodem przebiegu operacji.

O zastosowanej metodzie i toku czynności zeznawał także przeprowadzając ją lekarz. Tym samym zarzut oparcia ustaleń obydwu sądów bezpośrednio i pośrednio (poprzez uwzględnienie kwestionowanych zapisów jako źródeł

informacji dla biegłych i instytutów sporządzających opinie) wyłącznie na materiale nie mającym statusu dokumentów prywatnych nie jest trafny.

Zwrócić także trzeba uwagę na jeszcze jeden istotny element postępowania w niniejszej sprawie. Już w toku procesu przez Sądem pierwszej instancji, a następnie na etapie postępowania apelacyjnego powód uznawał za prawdziwe twierdzenia pozwanego, że obydwie operacje zostały przeprowadzone prawidłowo. Wynika to wprost z treści oświadczeń składanych przez jego pełnomocnika na rozprawach i w pismach procesowych, a następnie z wywodów apelacji, w której powód wskazywał, że doznany przez niego uszczerbek na zdrowiu nie wynika z wadliwości zabiegów operacyjnych lecz jest wynikiem nieodpowiedniej opieki pooperacyjnej, a konkretnie niedostatecznego dozoru i nieodpowiedniej częstotliwości usuwania wydzielin z dróg oddechowych powoda, co stało się przyczyną jego zachłyśnięcia, zatrzymania krążenia i powstania uszkodzeń mózgu w wyniku niedotlenienia. Okoliczności związane z przebiegiem operacji zostały więc ponadto przez powoda przyznane, co – w świetle odpowiednio stosowanego art. 229 k.p.c. (w zw. z art. 391 § 1 k.p.c.) – powodowało, że dowody potwierdzające te fakty służyły przede wszystkim ocenie, czy przyznanie nie budzi wątpliwości. Ocenę tą Sąd drugiej instancji przeprowadził rzetelnie i wielostronnie, w znacznym zakresie uzupełnił postępowanie dowodowe, bez wątplenia mając na uwadze, że powód działał w postępowaniu odwoławczym bez fachowego pełnomocnika.

W skardze kasacyjnej powód podnosi, że zakres zleconej opinii był niewłaściwy, gdyż nie obejmował szczegółowej kontroli czynności podejmowanych w trakcie drugiej operacji. Takie ujęcie zarzutu stanowi w rzeczywistości powołanie nowego faktu – nieprawidłowego przeprowadzenia drugiej operacji - i wskazanie dowodu, który miałby służyć jego wykazaniu. Jest to jednak czynność niedopuszczalna w postępowaniu kasacyjnym z uwagi na postanowienie art. 398¹³ § 2 k.p.c. Podobny charakter ma podważanie prawidłowości tezy dowodowej sformułowanej dla biegłego, jako zbyt ogólnej, z powodu nieobjęcia nią szczegółów procedur operacyjnych.

Z tych przyczyn za nieuzasadnione należało uznać zarzuty naruszenia art. 245 k.p.c., art. 285 § 1 i art. 286 k.p.c. w zw. z art. 233 § 1 k.p.c.

W konsekwencji nie mogą także odnieść skutku zarzuty materialnoprawne, ponieważ bazują one na faktach, które nie były przez powoda podnoszone na wcześniejszym etapie postępowania i nie zostały wykazane w jego toku. Tymczasem stan faktyczny, który na podstawie art. 398¹³ § 2 k.p.c. wiąże Sąd Najwyższy w niniejszej sprawie, nie uzasadnia przypisania personelowi pozwanego szpitala uchybień, za które pozwany ponosiłby odpowiedzialność w oparciu o przepis art. 429 k.c. bądź 430 k.c.

Z tych przyczyn skarga kasacyjna podlegała oddaleniu (art. 398¹⁴ k.p.c.).

Orzeczenie o kosztach postępowania kasacyjnego uzasadnia art. 102 k.p.c. w zw. z art. 398²¹ k.p.c. i art. 391 § 1 k.p.c.