



Sygn. akt IV CSK 396/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 kwietnia 2016 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Hubert Wrzeszcz (przewodniczący)

SSN Wojciech Katner

SSN Anna Owczarek (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa Z. B.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej
Wojewódzkiemu Szpitalowi Zespolonemu

w B.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej

w dniu 6 kwietnia 2016 r.,

skargi kasacyjnej Prokuratora Generalnego

od wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 24 września 2014 r.,

**uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę do ponownego
rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu, pozostawiając
rozstrzygnięcie o kosztach postępowania kasacyjnego temu
Sądowi.**

UZASADNIENIE

Powódka Z. B. wniosła o zasądzenie od pozwanego - Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w B. kwoty 50.000 zł tytułem odszkodowania, kwoty 350.000 zł tytułem zadośćuczynienia i po 2.000 zł miesięcznie tytułem renty oraz o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za przyszłe następstwa operacji tarczycy, twierdząc że dopuszczono się w związku z nią błędu medycznego.

Wyrokiem z dnia 24 lutego 2014 r. Sąd Okręgowy w B. oddalił powództwo. Wyrokiem z dnia 24 września 2014 r. Sąd Apelacyjny, podzielając ustalenia faktyczne i ocenę prawną Sądu pierwszej instancji oddalił apelację powódki.

Ustalono, że w okresie od dnia 25 marca do 17 kwietnia 2009 r. Z. B. była hospitalizowana w szpitalu prowadzonym przez pozwanego w związku z diagnozą nowotworu tarczycy. W dniu 26 marca 2009 r. została poddana operacji wycięcia gruczołu tarczowego (całkowita tyroidektomia z usunięciem regionalnych węzłów chłonnych). W trakcie operacji ujawniono naciekanie tchawicy przez guzek zlokalizowany w cieśni, co spowodowało konieczność odcięcia miększu tarczycy od tchawicy przy użyciu noża harmonicznego. Pooperacyjne wyniki badań histopatologicznych wskazały na doszczętność usunięcia guza. Po zabiegu u pacjentki wystąpiła duszność i stwierdzono objawy porażenia obu nerwów krtaniowych wstecznych. Wykonano zabieg tracheotomii i wprowadzono rurkę tracheotomijną, którą pacjentka ma do dziś. Następstwem zabiegu są porażenie lewego fałdu głosowego, niedowład prawego fałdu głosowego, dysfonia porażenna, niewydolność foniacyjna głośni, dyskoordynacja oddechowo-foniacyjna, niewydolność oddechowo-wysiłkowa. Ujawniony zrost przy spiodle przednim krtani powoduje ograniczenie ruchomości prawego fałdu głosowego oraz zawężenie szpary głośni, czym utrudnia oddychanie i foniację. Biegli ocenili, że przyczyną powikłań mogły być rozległość zabiegu i przecięcie nerwu krtaniowego dolnego lewego, a nie błąd techniki operacyjnej. Stwierdzili w dokumentacji medycznej z przebiegu operacji brak wskazania identyfikacji nerwów krtaniowych wstecznych oraz problemów operacyjnych, w tym co do uszkodzenia nerwów, mimo że takie zapisy powinny być poczynione. Biegły z zakresu chirurgii ogólnej, klatki piersiowej

i naczyniowej ocenił, w oparciu o pismo pozwanego, że identyfikacja nerwów była utrudniona wobec naciekania guza na tchawicę i trudności zabiegu, ponadto nie wykluczył, że do takiej identyfikacji doszło.

Sąd przyjął, że skarżąca nie wykazała twierdzenia o braku pełnej świadomej zgody na zabieg wobec nie powiadomienia o możliwych powikłaniach pooperacyjnych, gdyż złożyła podpis pod oświadczeniem, z którego wynika, iż udzielono jej stosownych pouczeń. Uznał, że z uwagi na stopień zaawansowania nowotworu operację należałoby kwalifikować jako zabieg ratujący życie, stąd świadomość powikłań nie skłoniłaby powódki do rezygnacji z jego przeprowadzenia. Oceniał, że zabieg został przeprowadzony zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej, nie popełniono błędów medycznych, a prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań wobec rozległości zmiany nowotworowej było większe. Sąd wskazał, że personel szpitala postępował zgodnie z aktualną wiedzą i sztuką lekarską, zaleceniami autorytetów medycznych, ośrodków klinicznych i naukowych. Przyjął, że brak wzmianki o identyfikacji nerwów krtaniowych wstecznych w dokumentacji zabiegu wynika z faktu, iż zaobserwowany naciek nowotworowy na tchawicy utrudniał ich identyfikację i nie oznacza zaniechania dokonania tej czynności. Pełną ich identyfikację mogłoby ułatwić przeprowadzenie badania neuromonitoringu, jednak Szpital nie dysponował odpowiednim sprzętem w dacie operacji. Uszkodzenie nerwów krtaniowych wstecznych u powódki miało charakter jatrogenny, nastąpiło na skutek niezawinionych powikłań pooperacyjnych. Podkreślił, że biegli szczegółowo i w sposób przekonujący odnieśli się do tez dowodowych oraz merytorycznych zastrzeżeń powódki, a sąd nie ma odpowiedniego przygotowania ani wiedzy, by dokonywać w tym zakresie samodzielnych ustaleń. Sąd za biegłymi zaklasyfikował przecięcie nerwów jako okołoperacyjne następstwa przeprowadzonego zabiegu medycznego z grupy tzw. zdarzeń niepożądanych, nie będących konsekwencją błędu medycznego. Konkludując uznał, że brak podstaw do przypisania pozwanemu odpowiedzialności opartej na reżimie deliktowym.

Skargę kasacyjną od orzeczenia Sądu Apelacyjnego złożył Prokurator Generalny RP. Wnosząc o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania w ramach kasacyjnej podstawy naruszenia przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy (art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c.),

zarzucił uchybienie art. 382 w zw. z art. 378 § 1 w zw. z art. 278 § 1 i art. 245 k.p.c. przy zastosowaniu art. 391 § 1 k.p.c. polegające na nie uwzględnieniu przez sąd odwoławczy fragmentów opinii biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej i terakochirurgii oraz twierdzeń powódki istotnych dla oceny odpowiedzialności pozwanego. W ramach podstawy naruszenia przepisów prawa materialnego (art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c.), wskazał na niewłaściwe zastosowanie art. 355 § 2 k.c. przez polegające na nieodpowiednim, niedostosowanym do okoliczności sprawy uwzględnieniu czynnika „należytego starannego działania” profesjonalnego personelu medycznego pozwanego, zawodowo i zarobkowo wykonującego w dniu 26 marca 2009 r. zabieg tyroidektomii.

Sąd Najwyższy zważył:

Naruszenie przepisów prawa procesowego może stanowić skuteczną podstawę kasacyjną tylko wówczas, gdy wykazany zostanie jego wpływ na rozstrzygnięcie sprawy. Ta kwalifikowana przesłanka oznacza nie tylko, że dane uchybienia bezpośrednio lub pośrednio miały lub mogły mieć wpływ na rozstrzygnięcie sprawy ale i że były tego rodzaju lub wystąpiły w takim natężeniu, że ukształtowały lub mogły ukształtować treść zaskarżonego orzeczenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 marca 2006 r., I CSK 63/05, nie publ.). Naruszone przepisy muszą mieć ponadto charakter istotny.

Trafnie wskazał skarżący, powołując obok art. 382 k.p.c. przepisy art. 378 § 1 w zw. z art. 278 § 1 i art. 245 k.p.c. przy zastosowaniu art. 391 § 1 k.p.c., że doszło do ich naruszenia przez Sąd drugiej instancji. Art. 382 k.p.c. ma charakter ogólnej dyrektywy kompetencyjnej wskazującej na kontynuację merytorycznego rozpoznawania sprawy w postępowaniu odwoławczym (por. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 lutego 2007 r., III CSK 337/06, nie publ., postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 lutego 2010 r., III CSK 124/09). Obowiązkiem Sądu było rozpoznanie sprawy w granicach zaskarżenia i odniesienie się szczegółowo do zarzutów apelacyjnych. Nie uczyniono temu zadość w odniesieniu do dwóch kluczowych kwestii, tj. bezpośredniej przyczyny porażenia lewego fałdu głosowego i niedowładu prawego fałdu głosowego z punktu widzenia prawidłowości przeprowadzenia zabiegu operacyjnego i przebiegu pooperacyjnego oraz identyfikacji nerwów krtaniowych wstecznych przed, w trakcie i przy

zakończeniu zabiegu. W żadnym razie nie jest wystarczające stwierdzenie, że u powódki wystąpiły okołoperacyjne następstwa przeprowadzonego zabiegu medycznego z grupy tzw. zdarzeń niepożądanych, bowiem istotą sporu było ustalenie, czy uczyniono zadość wszystkim powinnościom, mieszczącym się w ramach starannego działania, aby ich uniknąć. Nie można również było poprzestać na ocenie, że w odniesieniu do zabiegu ratującego życie z powodu rozległej postaci nowotworu pacjent powinien ponieść ryzyko jego niepowodzenia, zwłaszcza z uwagi na szeroki zakres jej usuwania i właściwości organizmu. W judykaturze i piśmiennictwie zgodnie przyjmuje się, że niepowodzenie medyczne objęte jest pojęciem dozwolonego ryzyka a poinformowany o nim pacjent, wyrażając zgodę na zabieg, przyjmuje je na siebie. Niemniej pacjent nie obejmuje zgodą skutków każdej postaci winy lekarza. Ryzykiem pacjenta nie są objęte komplikacje powstałe wskutek pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza, zwłaszcza uszkodzenia innego organu, także w sposób przypadkowy i niezamierzony (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 19 października 1971 r., II CR 421/74, nie publ., z dnia 29 września 2000 r., V CKN 527//00, OSNC 2001, nr 3, poz. 42, z dnia 29 października 2003 r., III CK 34/02, OSP 2005, nr 4, poz. 54, z dnia 13 stycznia 2005 r., III CK 143/04, nie publ., z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09, nie publ., z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, nie publ.). Z tego względu każdorazowo ocena, iż określona szkoda jest skutkiem niepowodzenia medycznego, objętego wyłącznym ryzykiem pacjenta, wymaga poczynienia nie budzących wątpliwości ustaleń odnośnie do przyczyn szkody, w całym łańcuchu zdarzeń, które ją spowodowały. Takich stanowczych ustaleń, opartych na pełnej wszechstronnej ocenie materiału dowodowego, brak, co jest szczególnie widoczne z uwagi na niski stopień zwykłego ryzyka ocenianego w przypadku powódki jako 4 %.

Sąd drugiej instancji nie odniósł się również merytorycznie do zarzutów apelacyjnych powódki, poprzestając na stwierdzeniu, że ograniczyła się ona do przedstawienia swojej oceny materiału dowodowego, przy czym nie ma „odpowiedniego przygotowania i wiedzy, by dokonać samodzielnie, w sposób konkurujący z opinią biegłych lekarzy, analizy specjalistycznych zagadnień i odniesienia ich do stanu faktycznego sprawy”. Tymczasem, jak trafnie wskazuje

skarga, biegli odnosząc się do pytań powódki w części potwierdzali jej wątpliwości i zarzuty, w części formułowali wnioski w sposób wariantowy, uzależniając wybór od dalszych ustaleń i pozostawiali go Sądowni. U powódki przeprowadzono operację całkowitego usunięcia gruczołu tarczowego z powodu raka brodawkowego bez przerzutów do węzłów chłonnych, uzupełnionej usunięciem węzłów chłonnych regionalnych, poszerzonej o tracheotomię (usunięcie części tchawicy). Jednym z jej elementów jest identyfikacja nerwów krtaniowych wstecznych. Opinie były zgodne co do zakresu, ale wskazywały na niemożność odtworzenia jej przebiegu wobec braków zapisów dokumentacji operacyjnej, co uniemożliwiło obiektywne, aktualne na datę zabiegu ustalenie relewantnych faktów, w konsekwencji prawidłową ocenę działań i zaniechań zespołu operującego. Biegły chirurg, analizując protokół operacyjny podkreślił, że jest on lakoniczny, zabieg zakwalifikowano jako „strumektomia” (wycięcie wola) zamiast tyroidektomii (całkowite usunięcie gruczołu tarczowego), treść odnosi się do standardowego opisu przebiegu operacji tyroidektomii, z zakresu trudności technicznych wskazuje jedynie na naciekanie tchawicy przez guzek zlokalizowany w cieśni, nie zawiera informacji odnoszącej się do śródoperacyjnego uwidocznienia nerwów krtaniowych wstecznych i ich identyfikacji, bądź jego zaniechania z podaniem przyczyn, sposobu ochrony tych nerwów w trakcie zabiegu (neuroprotekcji), ani zapisu o przecięciu lub innym uszkodzeniu tych nerwów. Jeden z biegłych wskazał na duże prawdopodobieństwo przecięcia w czasie zabiegu nerwu krtaniowego lewego i uszkodzenia w przebiegu pooperacyjnym nerwu krtaniowego prawego. Drugi stwierdził wprost, że „w świetle dostępnych danych medycznych powódki przyczyna obustronnego utrwalonego uszkodzenia obu nerwów pozostaje nieznana”, co w istocie oznacza, że wadliwa dokumentacja medyczna z przebiegu zabiegu i prowadzenia pacjenta po opuszczeniu sali operacyjnej uniemożliwiła ustalenie kiedy i z jakich przyczyn do tego doszło. Podniósł również, że dokumentacja nie zawiera w ogóle opisu anatomii tych nerwów, opisu rozległości nacieku nowotworowego tkanek szyi, w szczególności wskazania czy tętnice tarczowe i nerwy krtaniowe były wciągnięte w proces nowotworowy. Podkreślił, że ryzyko mechanicznego uszkodzenia nerwów krtaniowych wstecznych jest zwiększone na skutek nie dokonania ich identyfikacji nawet przy standardowej operacji. Przypomnieć należy, że dokumentacja

medyczna, sporządzona w sposób zgodny z przepisami prawa, stanowi środek dowodowy służący ustalaniu przebiegu i wyników leczenia, mimo, że nie wszystkie jej składniki odpowiadają wymaganiom stawianym dokumentom przez przepisy kodeksu postępowania cywilnego. Sposób przeprowadzenia dowodu z tego środka wymaga odpowiedniego stosowania przepisów o dowodach (art. 309 k.p.c.), przede wszystkim o dowodzie z dokumentów ewentualnie - innych środków dowodowych (art. 309 § 1 k.p.c.) - por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 maja 2010 r., II CSK 643/09. Treść zapisów zawartych w tej dokumentacji nie jest jedynym dowodem przebiegu operacji, dopuszczalne jest również wykorzystywanie osobowych środków dowodowych. Tymczasem Sąd dokonując ustaleń zaniechał oceny zeznań lekarza operującego, który nie wyjaśnił przebiegu zabiegu i przyczyn zaniechań jego udokumentowania. Zwraca uwagę, że świadek ten przejął częściowo rolę biegłego wypowiadając się co do zasad dokonywania zabiegów danego rodzaju, nie odniósł się do indywidualnych okoliczności tego, który przeprowadził u powódki. Wyraźnie wskazał jednak, że „ryzyko, że pozostanie choroba nowotworowa przewyższa chęć poszukiwania nerwu, co w tym wypadku jest istotne”. Ustalenie, że „identyfikacja nerwów krtaniowych wstecznych była utrudniona wobec faktu, że guz naciekał tchawicę i był trudny do wypreparowania” poczynił biegły, a w ślad za nim Sąd, jedynie w oparciu o oświadczenie pozwanego zakładu leczniczego, zawarte w piśmie procesowym, które nie miało waloru dowodu w rozumieniu kodeksu. Stwierdzenie Sądu, że do takiej identyfikacji doszło, w istocie zatem nie zostało oparte na żadnym z dowodów wprost potwierdzających tę okoliczność faktyczną ani szerzej umotywowane. Lekarz operujący jej nie potwierdził, a biegły jedynie nie wykluczył możliwości. Rozstrzygnięcie wątpliwości w tym zakresie mieściło się w zakresie kompetencji orzeczniczych sądu i nie wymagało wiadomości specjalnych (opinii biegłego). W tej sytuacji zaniechanie przez sąd drugiej instancji oceny zarzutów apelacyjnych skarżącej i poprzestanie na określeniu ich jako polemicznych, nie popartych dowodami, było nieprawidłowe.

Skuteczna terapia choroby nowotworowej, polegająca na przeprowadzeniu, zgodnie ze sztuką medyczną zabiegu operacyjnego usuwającego jej znamiona, w okolicznościach opisanych wyżej sama w sobie nie jest wystarczająca dla zwolnienia z odpowiedzialności za dalej idące uszkodzenia ciała pacjenta.

Przypomnieć należy, że jak wskazał biegły, mimo braku w relewantnym okresie standardów, lekarzy chirurgów obowiązywały w Polsce zalecenia autorytetów medycznych, ośrodków klinicznych i naukowych dotyczące techniki operacyjnej, identyfikacji i oszczędzania nerwów krtaniowych wstecznych, które nakazywały oszczędne preparowanie nerwów, zachowywanie ukrwienia oraz uwidacznianie przebiegu nerwów przed i po resekcji gruczołu. Zaniechanie tych czynności bez uzasadnionej przyczyny, motywowanej wyłącznie względami medycznymi, powinno być poddane ocenie sądu w aspekcie zachowania należytej staranności przy zastosowaniu miernika wysokiego poziomu przeciętnej staranności lekarza, wymaganej w konkretnych okolicznościach jako staranność zawodowa (por. m.in. cyt. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09). Rzeczą Sądu będzie rozważenie, czy niezachowanie tego wzorca postępowania naraziło na nieuzasadnione ryzyko i w dalszej konsekwencji spowodowało uszkodzenie ciała powódki oraz czy można przypisać zawinienie osobom, za które pozwany ponosi odpowiedzialność. Nie jest przy tym konieczne wykazanie istnienia związku przyczynowego między działaniem (zaniechaniem) personelu służby zdrowia a szkodą pacjenta w stopniu pewnym i stanowczym, gdyż wystarczy przyjęcie istnienia związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa (por. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 listopada 2005 r., V CK 182/05, niepubl.).

Nieprawidłowości podstawy faktycznej rozstrzygnięcia Sądu drugiej instancji powodują, że nie można odeprzeć zarzutów podniesionych w ramach obu podstaw skargi kasacyjnej Prokuratora Generalnego RP. Uchybienia te miały bezpośredni wpływ na wynik sprawy, gdyż ukształtowały treść rozstrzygnięcia. Uzasadnione podstawy kasacyjne powodują zatem konieczność uchylenia zaskarżonego orzeczenia i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania sądowi drugiej instancji (art. 398¹⁵ § 1 k.p.c.), z pozostawieniem mu rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego (art. 108 § 2 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 i art. 398²¹ k.p.c.).

aj

eb