

Sygn. akt I ACa 1258/18, I ACz 1594/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 października 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Grzegorz Krężolek
Sędziowie:	SSA Józef Wąsik SSA Marek Boniecki (spr.)
Protokolant:	st. sekr. sądowy Urszula Kłosińska

po rozpoznaniu w dniu 15 października 2019 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa J. A.

przeciwko T. B. , J. B. , J. G., (...) Spółce z o.o. w J. , (...)Szpitalowi(...) w K.

o zapłatę

na skutek apelacji powódki od wyroku Sądu Okręgowego w Kielcach

z dnia 30 lipca 2018 r., sygn. akt I C 125/15 i zażaleń pozwanych T. B., J. B., J. G. na zawarte w w/w wyroku rozstrzygnięcie o kosztach procesu

1. oddala apelację;

2. oddala wszystkie zażalenia;

3. odstępuje od obciążania powódki kosztami postępowania apelacyjnego.

SSA Józef Wąsik SSA Grzegorz Krężolek SSA Marek Boniecki

Sygn. akt I ACa 1258/18, I ACz 1594/18

Uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie

z dnia 15 października 2019 r.

Wyrokiem z dnia 30 lipca 2018 r. Sąd Okręgowy w Kielcach oddalił powództwo J. A. przeciwko (...) spółce z o.o. w J., T. B., J. B., (...) Szpitalowi (...) w K. i J. G. o zapłatę zadośćuczynienia, odszkodowania i renty, odstępując jednocześnie od obciążania powódki kosztami procesu.

Sąd Okręgowy ustalił stan faktyczny szczegółowo zaprezentowany w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, z którego to uzasadnienia wynika, że (...) Sp. z o.o. w J. prowadząca przedsiębiorstwo w postaci Szpitala (...) w J. (dalej: szpital w J.) zawarła 23 czerwca 2008 r. umowę z T. B. prowadzącym działalność pod nazwą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) w M. o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu: ginekologia i położnictwo w ww. szpitalu, w szczególności w oddziale ginekologiczno-położniczym i poradni ginekologicznej. Świadczenia obejmowały w zakresie ginekologii i położnictwa wszystkie świadczenia zakontraktowane przez zleceniodawcę z NFZ oraz płacone prywatnie. Strony uzgodniły, że całkowitą odpowiedzialność za szkody medyczne wynikłe m.in. z: braku odpowiedniego sprzętu i aparatury medycznej, zapewniającego bezpieczne świadczenie usług i postępowanie zgodne z obowiązującą wiedzą medyczną, wykazanych i udowodnionych błędów popełnionych przez personel średni, a podlegający w czasie świadczenia usług zleceniobiorcy, niezrealizowania, nienależytego lub niestaranego wykonania zleceń wydanych personelowi średniemu przez zleceniobiorcę ponosi zleceniodawca. W pozostałych przypadkach ustalono, że zleceniodawca ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych określonych w umowie. E. A. trafiła 30 kwietnia 2012 r. do szpitala w J., z powodu bólów brzucha, będąc w 29 tygodniu pierwszej swojej ciąży. W wywiadzie uzyskano od niej informacje o problemach z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Matka powódki zgłosiła się bezpośrednio na Oddział (...) szpitala w J., gdzie po podaniu informacji na temat swojego stanu, lekarz J. G. (zatrudniony na umowę zlecenia w NZOZ T. B. w M. i w ramach tej umowy wykonujący pracę), zlecił dokonanie zapisu KTG, choć formalnie E. A. nie była pacjentką szpitala w J.. Zapis dokonywany był od godziny 13.09 i jego wynik był prawidłowy. Następnie lekarz skierował ciężarną na Szpitalny Oddział Ratunkowy w związku z potrzebą przyjęcia jej do szpitala, celem założenia dokumentacji, co zostało uczynione około godziny 13.30. Na SOR pacjentka została zbadana przez chirurga w związku ze zgłaszanymi dolegliwościami brzucha, błędu dietetycznego i zaostrzenia choroby podstawowej, tj. wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Następnie odbyła się konsultacja ginekologiczna u lek. J. G.. U pacjentki wykonano: badanie położnicze, EKG, RR, USG płodu. W dalszej kolejności zlecona została przez lek. J. G. konsultacja internistyczna. Lekarz internista zlecił wykonanie badań podstawowych. Zlecenie badania w zakresie biochemii i hematologii zarejestrowane zostało w laboratorium o godzinie 15.36, a wynik w laboratorium uzyskano o godzinie 16.21, zaś w zakresie badania moczu odpowiednio o godzinie 15.37 i również 16.21. O godzinie 18.53 powtórzono badanie moczu, którego wynik uzyskano o godzinie 19.41. które to zlecenie zostało w laboratorium zarejestrowane o godzinie 15.37. Wynik w laboratorium odczytano o godzinie 16.21. W trakcie diagnostyki w SOR stwierdzono u E. A. podwyższone wartości ciśnienia tętniczego krwi (do 165/105 mmHg), obniżone stężenie płytek (99 tys./mcl) oraz białkomocz (2970 mg/dl). Zapis kardiolograficzny (KTG) był bez odchyłeń od normy. Po konsultacji internistycznej i badaniu przez ordynatora SOR pacjentka została przekazana do Oddziału (...)gdzie rozpoczęto obserwację ciężarnej, połączoną z monitorowaniem dobrostanu płodu. Po rozpoznaniu stanu przedrzucawkowego, wdrożono leczenie hipotensyjne i neuroprotektoryjne oraz rozpoczęto steroidoterapię profilaktyczną. Stan ciężarnej i płodu w trakcie obserwacji był stabilny, bez tendencji do pogarszania się, poza stwierdzonym narastaniem białkomoczu. W tej sytuacji podjęto – zgodnie obowiązującymi zasadami - próby przekazania pacjentki do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności. Szpital w J. miał I stopień referencyjności, zaś istniała konieczność przekazania E. A. do szpitala o III stopniu referencyjności. J. B. wówczas będący lekarzem rezydentem próbował od godziny 16.50 dodzwonić się do lekarza dyżurnego oddziału Patologii Ciąży (...) Instytutu (...) w K. (...). O godzinie 16.55 odbył rozmowę z dr. L. ze (...) w K., który odmówił przyjęcia pacjentki z powodu braku miejsc, o czym został powiadomiony ordynator oddziału lek. B. T., będący od godziny 15.00 nadzorującym w Oddziale (...) O godzinie 17.00 J. B. wykonał telefon do Szpitala (...) w K., gdzie odmówiono przyjęcia pacjentki z uwagi na brak miejsc. O godzinie 17.15 lekarz otrzymał także odmowę przyjęcia E. A. od dyżurnego w Klinice (...) w K., a o 17.20 nie mógł dodzwonić się do dyżurującego do Instytutu (...) w Ł.. Lekarz bezskutecznie próbował się dodzwonić także do Szpitala im. św. A. w K. i Instytutu (...) w Ł. (odpowiednio o godzinach 17.35 i 18.20). Ostatecznie decyzją konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii dla województwa (...), z którym na prośbę J. B. skontaktował się J. G., po uzgodnieniu z lekarzem dyżurującym P. N. (1), pacjentkę przekazano do (...)Szpitala(...)w K. (dalej: szpital w K.), dysponującego oddziałem położniczo-ginekologicznym II stopnia referencyjności. W szpitalu w J. uzgodniono jednocześnie transport specjalistyczny z zespołem rozszerzonym, tj. z lekarzem. Matka powódki otrzymała skierowanie do Wojewódzkiego w K. wystawione przez lekarza J. B. na oddział patologii ciąży z rozpoznaniem: EPH Gestoza. Stan przedrzucawkowy. Ciężarną

przekazano zespołowi pogotowia ratunkowego o godzinie 20.30. W szpitalu w K., do którego E. A. została przyjęta o godzinie 21.17, kontynuowano leczenie hipotensyjne i tokolityczne, połączone z monitorowaniem dobrostanu płodu (KTG). Monitorowanie prowadzone było od godziny 21.38, aż do momentu podjęcia decyzji o cesarskim cięciu, tj. do godziny około 23.40. Z uwagi na brak zmiany godziny po zmianie czasu na letni, aparat do badań KTG zapisał, że badanie było wykonywane od godziny 20.38 do godziny 22.40 z minutami. W momencie przyjęcia E. A. do szpitala w K. stan jej był stabilny i nie istniały wskazania do wykonania cesarskiego cięcia. Od momentu przyjęcia E. A. do szpitala w K. do chwili rozwiązania ciąży przez cesarskie cięcie, zajmował się nią P. N. (1), który tego dnia był pierwszym dyżurującym. O godzinie 21.25 dokonano pomiaru ciśnienia krwi u E. A., które wynosiło 150/100 mgHg i wprowadzono leczenie N. (kroplówka). Następne badania wykonywano o godzinach: 21.45 wynik 130/90 mg Hg, 22.00 wynik 130/80 mgHg, 22.15 wynik 120/70 mgHg, 22.30 wynik 110/60 mgHg, 22.45 wynik 115/70 mgHg i 23.00 wynik 120/70 mgHg. Po zapoznaniu się z wynikiem badania z godziny 22.30, lekarz zdecydował o odłączeniu N.. Wcześniej, w trakcie wchłaniania kroplówki z N., kilkakrotnie wystąpił spadek tętna płodu (pojawił się sygnał alarmowy na urządzeniu do badania KTG), o czym położna E. W. informowała lekarza P. N. (1), który zlecił ciągły elektroniczny zapis KTG płodu. Po wystąpieniu tych nieprawidłowości, przeprowadził także rozmowę z E. A. na temat zagrożeń związanych z wcześniactwem. W szpitalu w K. zlecono od razu przeprowadzenie badań, które zostało zarejestrowane w laboratorium o godzinie 22.16. Wykonanie badań zlecono w normlanym trybie, gdyż nie było wskazań do wykonywania badań w trybie pilnym. Wyniki badań uzyskano w laboratorium o godzinie 23.38 w zakresie hematologii i biochemii. Wyniki badań moczu uzyskano o godzinie 22.46. Wyniki potwierdziły wystąpienie stanu przedrzucawkowego. Na podstawie wyników badań uzyskanych o godzinie 23.38, rozpoznano zespół HELLP u E. A. i przy jednoczesnym stwierdzeniu objawów zagrożenia płodu w badaniu KTG, podjęto decyzję o ukończeniu ciąży drogą pilnego cięcia cesarskiego. E. A. podpisała zgodę na zabieg operacyjny, w którym wskazano, że cesarskie cięcie odbywa się z powodu zespołu HELLP. W wyniku cesarskiego cięcia urodzono niedojrzałego noworodka płci żeńskiej J. A.. Stan pacjentki E. A. po porodzie miał tendencję do normalizacji, bez dalszych powikłań. W siódmej dobie wypisana ona została do domu w stanie ogólnym dobrym. Powódka urodziła się, uzyskując następujące wartości w skali Apgar 1/3/5 w 1/5/10 minucie życia. W badaniu równowagi kwasowo-zasadowej z krwi pępowinowej uzyskano wynik 7,092 ph. W szpitalu w K. nad powódką roztoczono prawidłową opiekę medyczną. Dziecko urodziło się w stanie ciężkim, a lekarz dyżurny prawidłowo przeprowadził czynności resuscytacyjne. W dalszym leczeniu uzyskano poprawę stanu ogólnego. W piątej godzinie ze względu na narastające objawy niewydolności oddechowej oraz pogorszenie stanu ogólnego noworodka zaintubowano go i podano dotchawiczo surfaktant, uzyskując poprawę stanu ogólnego, z zadowalającą saturacją. W kolejnych godzinach życia stan dziecka był stabilny, co pozwoliło na ekstubację i kontynuację leczenia oddechowego przez nCPAP. Zastosowano rekomendowaną metodę INSURE: intubacja, podanie surfaktantu, ekstubacja. W trakcie hospitalizacji podejmowano 3 próby przekazania noworodka do ośrodka trzeciego stopnia referencyjności, gdzie zgodnie z rekomendacjami powinny być leczone noworodki urodzone poniżej 32 tygodnia ciąży, jednakże próby te kończyły się niepowodzeniem z powodu braku miejsc. W trzeciej dobie życia z powodu pojawienia się objawów martwiczego zapalenia jelit z podejrzeniem perforacji przewodu pokarmowego oraz pogorszenia ogólnego noworodka udało się go przekazać do Oddziału(...) w K., gdzie sprawowano nad nim dalszą opiekę. W K. prowadzono wspomaganie oddechu przez osiem dni. Wykluczono ostatecznie zapalenie płuc oraz wrodzoną infekcję uogólnioną. Stan noworodka ulegał stopniowej stabilizacji. Małoletnia objęta została opieką rehabilitacyjną. Początkowo była karmiona sondą z powodu zaburzeń odruchu ssania i zaburzeń perystaltyki. Rozpoznano ostatecznie wcześniactwo i zespół zaburzeń oddychania, drożny przewód tętniczy, leukomalację okołokomorową I stopnia, niedokrwiistość wcześniaków, osteopenię wcześniaków i okołoporodowe zaburzenie układu pokarmowego. Małoletnia rozwijała się w dalszym ciągu ze znacznym opóźnieniem: do chwili obecnej nie siedzi, jest osobą leżącą ze słabym podtrzymywaniem głowy, brakiem pełzania. Jest pod stałą opieką neurologiczną neurologa dziecięcego. Od 4 miesiąca życia do chwili obecnej powódka jest ciągle poddawana zabiegom rehabilitacyjnym. Obecnie powódka korzysta z zabiegów fizjoterapeutycznych, pomocy neurologopedy, psychologa i pedagoga.

W ustalonym przez siebie stanie faktycznym, po dokonaniu analizy zebranego w sprawie materiału dowodowego, Sąd Okręgowy uznał powództwo za niezasadne w świetle przepisów art. 416 k.c., art. 415 k.c. W jego ocenie w rozpoznawanej sprawie nie doszło do naruszenia żadnych reguł prawidłowego leczenia. Lekarze postępowali

profesjonalnie, z zaangażowaniem. Dodatkowo, w przypadku (...) sp. z o.o., nawet w przypadku uznania winy lekarzy ze szpitala w J., spółka nie ponosiłaby odpowiedzialności za szkodę, gdyż zawarła ważną umowę, powierzając czynności osobie trudniącej się zawodowo specjalistycznym leczeniem, tj. T. B. (art. 429 k.c.). O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 102 k.p.c., mając na względzie, że ostatecznie okazało się, iż oskarżenie pozwanych o niewłaściwe postępowanie było bardzo chybione i krzywdzące nie tylko w subiektywnym ich odczuciu. Jednakże ocena zachowania lekarzy wymagała wiadomości specjalistycznych, aby jednoznacznie rozstrzygnąć kwestię, zatem nie była oczywistą. Nadto powódka jest osobą znajdującą się w bardzo ciężkiej sytuacji zdrowotnej, nie posiada majątku, a wręcz brakuje jej na leczenie.

Wyrok powyższy zaskarżyła w całości apelacją powódka, wnosząc o jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji.

Apelująca zarzuciła: 1) błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, iż ciężarna E. A. jechała w dniu 30 kwietnia 2012 r. karetką na sygnale ze Szpitala (...) w J. (...) sp. z o.o.) do (...) Szpitala (...) w K., tj. pokonała odległość ok. 38 km w ponad 45 minut (tj. od godziny 20:30 do 21:17) oraz że została faktycznie przyjęta do Szpitala w K. o godzinie 21:17 i dopiero od tej godziny rozpoczęto wobec niej wykonywanie czynności pielęgniarско-lekarskich, w tym badania KTG, które - zdaniem Sądu I instancji - nie mogło rozpocząć się wcześniej niż o godzinie 21:38, w sytuacji gdy przeczy temu treść dokumentacji medycznej pacjentki, a w szczególności dokumentów w postaci: „Położniczej karty intensywnej obserwacji” (pomiar ciśnienia krwi), „Oceny położniczo-pielęgniarской dotyczącej stanu zdrowia pacjentki” sporządzonej przez położną E. W. oraz jej zeznania złożone przed Sądem I Instancji w dniu 17 lipca 2018 r., z których wynika, iż najpierw podłączono pacjentkę do aparatu KTG i nastąpiło to tuż po jej przyjeździe do (...) w K., tj. przed godziną 21:00, a następnie wykonywano kolejne badania, w tym pomiar ciśnienia krwi (21:25), podanie kroplówki z lekiem N. (21:25), odłączenie kroplówki (22:30), pobranie krwi i moczu (22:16 i 22:46) oraz rozpoczęcie przygotowania pacjentki do zabiegu cesarskiego cięcia (22:55); 2) naruszenie art. 233 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów w wyniku dokonania ustalenia sprzecznego z doświadczeniem życiowym, iż karetka pogotowia jadąca na sygnale pokonuje odległość ok. 38 km w godzinach wieczornych (od godz. 20:30) w czasie ok. 45 minut, podczas gdy faktem powszechnie znanym jest pokonywanie drogi ok. 38 km przez karetkę jadącą na sygnale z prędkością ok. 110 km/h w czasie ok. 20 minut, co skutkowało wyprowadzeniem przez Sąd I instancji ze zgromadzonego materiału dowodowego błędnych wniosków, że: a) E. A. wyjechała ze Szpitala (...) w J. o godzinie 20:30 i przyjechała do (...) Szpitala (...) w K. dopiero o godz. 21:17; b) badanie KTG rozpoczęto o godzinie 21:38 (na skutek przyjęcia, że aparat KTG wskazywał błędnie godzinę 20:38), a zakończono o godzinie 23:40, w sytuacji gdy badanie KTG zakończono faktycznie o godzinie 22:40 i do godziny 23:55 pacjentka nie była w ogóle monitorowana, co biegli lekarze powołani przez Sąd I instancji uznali za błąd medyczny; 3) naruszenie art. 233 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów w wyniku dokonania ustalenia sprzecznego z treścią uzupełniającej ustnej opinii biegłych prof. dr. hab. n. med. M. W., prof. dr. hab. n. med. B. P. oraz dr. hab. n. med. B. N. z dnia 23 maja 2018 r., zgodnie z którą przy rozwoju zespołu HELLP znaczenie ma nie jeden wynik badania biochemicznego i morfologii krwi pacjentki, lecz zmiana jego parametrów w czasie, która ma wykazać pogorszenie bądź polepszenie stanu zdrowia pacjentki i wyprowadzenie na tej podstawie przez Sąd I instancji błędnego wniosku, iż personel medyczny (...) w K. nie popełnił błędu medycznego ponownie zlecając pacjentce E. A. po przyjęciu do ww. szpitala wykonanie biochemii i morfologii krwi oraz moczu (wyniki były dostępne dopiero po ok 2,5 godziny), w sytuacji gdy ww. wyniki były już dwukrotnie wykonane w Szpitalu (...) w J. i uległy tak znacznemu pogorszeniu w czasie, że konieczne było przewiezienie pacjentki w trybie nagłym karetką pogotowia z lekarzem w zespole na sygnale do (...) w K. (płytki krwi o godz. 15:36 - 99 tys./ul przy liczbie minimalnej 140 tys./ul; białko w moczu, którego w ogóle nie powinno być, o godz. 15:37 - 2.970 mg/dl, erytrocyty - 25/ul, zaś o godz. 18:53 - białko w moczu - 3.876 mg/dl, erytrocyty 250/ul, bilirubina - 1 mg/dl, cukier - 50 mg/dl, ketony - 5 mg/dl); 4) naruszenie art. 217 §3 w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez nieuprawnione oddalenie przez Sąd dowodu z uzupełniającej opinii dotychczasowych biegłych zgłoszonego przez powódkę na rozprawie w dniu 17 lipca 2018 r. na okoliczność skutków zwłoki personelu medycznego (...) w K., która została spowodowana powtórным zleceniem badań oraz która wystąpiła pomiędzy godziną 22:40 (zakończenie badania KTG, odłączenie kroplówki) a 23:55 (przygotowanie do cesarskiego cięcia), kiedy zaprzestano monitorowania pacjentki, dla życia i zdrowia matki i dziecka, a w szczególności wystąpienia u małej J. A. mózgowego porażenia

dziecięcego; 5) naruszenie art. 328 §3 k.p.c. poprzez danie wiary przy ustalaniu stanu faktycznego sprawy w całości wyjaśnieniom dr. n. med. P. N. (1) przy całkowitym pominięciu wyjaśnień przedstawicielki ustawowej małoletniej powódki, w zakresie w jakim E. A. wyjaśniała, że nie była monitorowana po godzinie 22:40 aż do momentu rozpoczęcia przygotowania do cesarskiego cięcia o godz. 23:55 (przerwano zapis KTG, odłączono kroplówkę, o godz. 23:00 wykonano ostatni pomiar ciśnienia) bez wskazania, z jakich przyczyn twierdzenia matki powódki nie zasługiwały na wiarę, zaś wyjaśnienia lekarza P. N. (1) taki przymiot posiadały, przy braku zaoferowania przez pozwanego szpital (...) w K. jakichkolwiek dowodów na okoliczności przyjęte przez Sąd orzekający jako ustalone, w sytuacji gdy treść dokumentacji medycznej wskazuje na przerwanie monitoringu pacjentki E. A. na długo przed przystąpieniem do operacji cesarskiego cięcia.

Skarżąca wniosła także o uzupełnienie postępowania dowodowego i dopuszczenie dowodu z karty wyjazdowej karetki pogotowia z dnia 30 kwietnia 2012 r., na okoliczność godziny przyjazdu ww. zespołu karetki do Szpitala (...) w J. po pacjentkę E. A. oraz godziny przyjazdu zespołu karetki do (...) Szpitala (...) w K..

Pozwani wnieśli o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Jednocześnie pozwani T. B., J. B. i J. G. wnieśli zażalenia na rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego w przedmiocie kosztów procesu, domagając się zmiany orzeczenia w tym zakresie i zasądzenia od powódki na rzecz każdego z nich kwot po 7200 zł. Skarżący zarzucili naruszenie art. 98 k.p.c. i art. 102 k.p.c., pomimo niezaistnienia szczególnych okoliczności pozwalających na odstąpienie od obciążenia strony przegrywającej kosztami postępowania.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Okręgowy prawidłowo, z poszanowaniem reguł wyrażonych w art. 233 §1 k.p.c. ustalił stan faktyczny sprawy, co sprawiło, że Sąd Apelacyjny przyjął go za własny. Zgodnie z utrwalonymi w tej mierze poglądami doktryny i judykatury skuteczne podniesienie zarzutu obrazy ww. przepisu wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie strony o innej niż przyjął sąd wadze poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu (por. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 kwietnia 2009 r., II PK 261/08). Jeżeli sądowi nie można wytknąć błędnego z punktu widzenia logiki i doświadczenia życiowego rozumowania, nie dochodzi do obrazy powoływanego przepisu, nawet jeśli z dowodu można wywieść wnioski inne niż przyjęte przez sąd. W rozpoznawanej sprawie Sąd pierwszej instancji dokonał dogłębnej analizy zaoferowanych przez strony procesu dowodów, zaś apelacji nie udało się wykazać nielogicznego czy sprzecznego z zasadami doświadczenia życiowego wnioskowania przy ich ocenie.

Sąd pierwszej instancji prawidłowo ustalił, że matka powódki została przyjęta do szpitala w K. o godzinie 21.17 i swoje wnioski w tym zakresie przekonująco i wyczerpująco uzasadnił. Ocena materiału dowodowego w tym zakresie jest całkowicie logiczna i zgodna z zasadami doświadczenia życiowego, w przeciwieństwie do wersji oferowanej przez stronę powodową. Wg skarżącej badanie KTG rozpoczęło się o godzinie 20.38, co oznaczać musiałyby, że nastąpiło to 8 minut po wyjeździe matki powódki ambulansiem ze szpitala w J.. Apelująca zdaje się także zapominać, że sama w pozwie podała, że do szpitala w K. przybyła o 21.17 (k. 5), co zresztą potwierdziła także słuchana informacyjnie E. A. (k. 321, 01:57:32). Matka powódki w swoich wyjaśnieniach nie wskazywała również na wystąpienie długiego czasu między zakończeniem badania KTG a skierowaniem na zabieg operacyjny. Wbrew twierdzeniom skarżącej okoliczność rozpoczęcia badania KTG o 20:38 nie wynika ani ze wskazywanej dokumentacji medycznej w postaci „Położniczej karty intensywnej obserwacji” i „Oceny położniczo-pielęgniarskiej dotyczącej stanu zdrowia pacjentki”, ani z zeznań E. W.. Świadek ten zeznawał bardzo ogólnikowo, albowiem nie pamiętał tego konkretnego zdarzenia. Wypowiadał się jedynie na temat działań, które są standardowo podejmowane w szpitalu w K.. Za wystarczający dowód do przyjęcia wersji proponowanej przez powódkę nie mogą być uznane zeznania jej matki. Jak wskazano już wyżej, są one przede wszystkim całkowicie niezgodne z zasadami doświadczenia życiowego, a ponadto sprzeczne z podstawą faktyczną

zaoferowaną w pozwie oraz wyjaśnieniach informacyjnych. Oczywiście wyjaśnienia takie składane na podst. art. 212 §1 k.p.c. nie stanowią dowodu, jednakże mogą służyć do oceny wiarygodności późniejszych zeznań strony.

Za całkowicie niezrozumiałą uznać należało zarzut naruszenia art. 328 §3 k.p.c. Zakładając, że takie powołanie nieistniejącego przepisu jest jedynie efektem oczywistej omyłki pisarskiej, a w istocie zamiarem apelującej było zarzucenie obrazu art. 328 §2 k.p.c., i tak zarzutu tego podzielić nie sposób. Obdarzenie przymiotem wiarygodności jednego dowodu, a odmówienie jej drugiemu stanowi element oceny dowodów określonej w art. 233 §1 k.p.c., a nie art. 328 §2 k.p.c., który określa wymogi uzasadnienia wyroku. Niemniej, jak wskazano już wyżej, uznanie zeznań przedstawicielki za niewiarygodne w relewantnym zakresie było oczywiście prawidłowe. Odnośnie z kolei do zeznań P. N. (1), przyjętych przez Sąd Okręgowy jako podstawa ustaleń faktycznych, skarżąca nie wskazuje, które ich fragmenty nie zasługują na wiarę i z jakich powodów. Zauważyć wypada, że strona apelująca całą swoją argumentację opiera o wadliwy zapis czasu KTG, który został przekonująco wyjaśniony. Nawet gdyby uznać, choć nie ma ku temu podstaw, że matka powódki została przyjęta do szpitala w K. kilka minut wcześniej, nie zmieniłoby to faktu, że badanie KTG nie mogło zacząć się 8 minut po wyjeździe ambulansu z J. do K..

Sąd pierwszej instancji nie dopuścił się również obrazu art. 233 §1 k.p.c. przy ocenie dowodu w postaci opinii instytutu – (...)Uniwersytetu (...)Biegli wydając opinię, dysponowali całością dokumentacji medycznej, a zatem była im wiadoma okoliczność wykonania kilku badań już w szpitalu w J.. Mimo tego w sposób kategoryczny stwierdzono, że brak jest nieprawidłowości postępowania w zleceniu ponownych badań po przyjęciu matki powódki do szpitala w K.. Wg biegłych badania przeprowadzone w J. nie wskazywały na wystąpienie zespołu HELLP, lekarz przyjmujący w K. zobowiązany był do zlecenia kolejnych badań i te dopiero potwierdziły ostateczne rozpoznanie (k. 673v). Co więcej, z opinii pisemnej wynika, że o rozpoznaniu tego zespołu nie decydowały wyłącznie wyniki badań, ale dopiero ich połączenie ze stanem klinicznym pacjentki. Zwrócić także należy uwagę na prawidłowe zapisy KTG w tym czasie oraz fakt, że z uwagi na stopień zaawansowania ciąży samo jej rozwiązanie przez cesarskie cięcie było obciążone dużym ryzykiem. O takim sposobie zakończenia ciąży zdecydował wg biegłych instytutu nie stan płodu lecz matki. Podkreślenia wymaga w tym miejscu także, że nieprawidłowości w działaniu personelu szpitala w K., podobnie zresztą i w J., nie dopatrzyli się biegli M. B. i D. H. (k. 396). Także ci biegli zauważyli, co zresztą znajduje potwierdzenie w opinii instytutu, że z uwagi na zaawansowanie ciąży i stopień rozwoju płodu zalecane jest odłożenie w czasie zakończenia ciąży do 48, a przynajmniej do 24 godzin w celu wdrożenia sterydoterapii.

Wobec bezzasadności zarzutów naruszenia art. 233 §1 k.p.c., a w konsekwencji także tych dotyczących rzekomo wadliwych ustaleń faktycznych, zaskarżony wyrok uznać należało za odpowiadający prawu. Wobec braku podniesienia zarzutów dotyczących prawa materialnego, prawidłowość zastosowania którego Sąd Apelacyjny ocenił z urzędu, wystarczyło poprzestać na stwierdzeniu, że wniosek Sądu pierwszej instancji o braku podstaw do przyjęcia odpowiedzialności któregośkolwiek w pozwanych jest w pełni uzasadniony w świetle art. 415 k.c., a także art. 430 k.c. Działanie pozwanych nie było bezprawne ani w ujęciu obiektywnym, ani subiektywnym.

Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację jako bezzasadną. Sąd nie znalazł podstaw do uwzględnienia wniosku dowodowego strony powodowej, uznając go za spóźniony w rozumieniu art. 381 k.p.c.

Za podstawę rozstrzygnięcia o kosztach postępowania apelacyjnego przyjęto art. 102 k.p.c. w zw. z art. 391 §1 k.p.c. Jakkolwiek przeprowadzone przez Sąd Okręgowy postępowanie dowodowe oraz sporządzone uzasadnienie powinno rozwiązać wszelkie wątpliwości co do braku odpowiedzialności wszystkich pozwanych, niemniej nie mogło ująć z pola widzenia Sądu Apelacyjnego, że obciążenie małoletniej jakimikolwiek kosztami wiązałoby się z ograniczeniem środków niezbędnych na jej leczenie i rehabilitację, a skutku takiego nie chciałby osiągnąć z pewnością żaden z pozwanych.

Za bezzasadne uznano również zażalenia pozwanych.

Uznanie sprawy za wypadek szczególnie uzasadniony należy do dyskrejonalnego uznania sędziowskiego. Odstąpienie od zasądzenia kosztów na podstawie omawianego przepisu jest uprawnieniem sądu orzekającego. Sąd odwoławczy

może w to uznanie ingerować tylko wówczas, gdy rozważania sądu pierwszej instancji w tej kwestii są nielogiczne, sprzeczne z powszechnie uznawanymi zasadami słuszności oraz kontrfaktyczne. Wprawdzie zasadność skorzystania z tego uprawnienia może być objęta kontrolą sądu wyższego rzędu, jednak ewentualna zmiana zaskarżonego orzeczenia o kosztach powinna być dokonywana tylko wyjątkowo, gdy ocenie przeprowadzonej przez sąd niższej instancji można przypisać cechy dowolności. Ocena sądu stosującego art. 102 k.p.c. jest suwerennym uprawnieniem jurysdykcyjnym opartym na swobodnym uznaniu, kształtowanym własnym przekonaniem, poczuciem sprawiedliwości oraz analizą okoliczności rozpoznawanej sprawy.

W wywiedzionych zażaleniach pozwani akcentowali okoliczności wskazujące na niewłaściwe zachowanie przedstawicieli powódki w postępowaniu sądowym oraz przed jego wszczęciem. Zauważyć jednak wypada, że pozwani wnosili o zasądzenie kosztów procesu już w odpowiedziach na pozew, do czego oczywiście mieli prawo, ale co jednocześnie oznacza, że powoływanie się na późniejsze kwestionowanie dowodów przez stronę powodową czy brak akceptacji wniosków opinii, za trafione uznane być nie może. Aktualną pozostaje także poczyniona wyżej uwaga co do tego, że obciążenie małoletniej jakimikolwiek kosztami wiązałoby się z ograniczeniem środków niezbędnych na jej leczenie i rehabilitację. W konsekwencji Sąd Apelacyjny uznał, że odstępując od obciążania powódki kosztami procesu, Sąd pierwszej instancji nie naruszył art. 102 k.p.c. ani art. 98 §1 k.p.c. i dlatego też na podst. art. 385 k.p.c. w zw. z art. 397 §2 k.p.c. zażalenia pozwanych zostały oddalone.

SSA Marek Boniecki SSA Grzegorz Krężolek SSA Józef Wąsik