

Sygn. akt I ACa 57/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 marca 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	<i>SSA Hanna Nowicka de Poraj (spr.)</i>
Sędziowie:	<i>SSA Jerzy Bess</i> <i>SSA Marek Boniecki</i>
Protokolant:	st.sekr.sądowy Urszula Kłosińska

po rozpoznaniu w dniu 24 marca 2015 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa **J. J.**

przeciwko (...) **Centrum (...) w K.**

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Kielcach

z dnia 7 października 2014 r. sygn. akt I C 377/12

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 5 400 zł (pięć tysięcy czterysta złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.**

I ACa 57/15

UZASADNIENIE

Powód J. J. reprezentowany przez przedstawiciela ustawowego – matkę I. J. (1) domagał się zasądzenia od pozwanego (...) Centrum (...) w K. kwoty 900 000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia wydania wyroku do dnia zapłaty, kwoty po 5000 zł tytułem renty uzupełniającej płatnej do dnia 10-tego każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w przypadku zwłoki w płatności, skapitalizowanej renty za okres 10 miesięcy od dnia 22 marca 2011 r. do września 2014 r. po 2500 zł miesięcznie z ustawowymi odsetkami, ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za szkody zaistniałe u powoda wynikające ze zdarzenia opisanego w pozwie oraz zasądzenia kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Uzasadniając strona powodowa podała, iż J. J. urodził się w pozwanym Szpitalu w dniu 22 marca 2011 r, z rozpoznaniem stanu po ciężkiej zamartwicy urodzeniowej i mózgowym porażeniem dziecięcym, cztero kończynowym, mimo prawidłowego przebiegu ciąży u jego matki. Powód zarzucił lekarzom pozwanego szpitala błąd w sztuce lekarskiej wskazując, iż w okresie bezpośrednio poprzedzającym poród, już po pełnym rozwarciu, w godzinach 5.45 – 6.25, I. J. (1) pozostawała bez opieki lekarskiej. W tym właśnie okresie nastąpiło pęknięcie macicy oraz przedwczesne oddzielenie się łożyska. U matki powoda istniały podstawy do przeprowadzenia cięcia cesarskiego, czego zaniechano a co doprowadziło u powoda do ciężkiej nieuleczalnej choroby.

Pozwany (...) Centrum (...) w K. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu.

Zarzucił, że u I. J. (1) poród przebiegał typowo i brak było wskazań lekarskich do cesarskiego cięcia. Brak podstaw by personelowi Szpitala przypisać błąd w sztuce. U matki powoda zastosowano właściwe techniki monitorowania akcji porodowej i dopiero o godz. 6.25 rano zanotowano spadek akcji serca płodu i wówczas natychmiast wykonano cięcie cesarskie. Stwierdzono oddzielenie łożyska i pęknięcie macicy, co stanowi powikłanie nie dające się przewidzieć.

W toku procesu pozwany utrzymywał, że rozejście się rany w bliźnie po uprzednim, cięciu cesarskim nie pozostaje bezpośrednio w związku przyczynowym z przedwczesnym oddzieleniem się łożyska, które było główną przyczyną stanu powoda. Wskazał, iż przedwczesne całkowite oddzielenie się łożyska jest ciężkim powikłaniem obarczonym wysoką śmiertelnością śródporodową, a przyczyny jego zaistnienia w przedmiotowym przypadku są nieznane. U I. J. (1) blizna po przebytych cięciach cesarskich nie miała kontaktu z miejscem lokalizacji łożyska. Brak było jakichkolwiek objawów pęknięcia. Metoda oceny blizny pooperacyjnej po cięciu cesarskim za pomocą USG jest metodą stosunkowo nową nie była wówczas włączona do standardu Oddziału. Zasadą jest monitorowanie akustyczne akcji serca płodu u pacjentek po cięciach cesarskich, a jedynie okresowo wykonywany jest zapis. Zapis ciągły nie jest możliwy a ponadto architektonika sali porodowej pozwala na słuchanie tętna płodu w każdym miejscu sali. Nie można zasadnie twierdzić, jakoby pomiędzy ujawnieniem zaburzeń w tonach serca płodu a przeprowadzeniem cięcia cesarskiego upłynął zbyt długi czas.

Wyrokiem z dnia 7 października 2014 r, sygn. akt IC 377/12, Sad Okręgowy w Kielcach: I/ zasądził od pozwanego na rzecz powoda: 1/ 900.000 zł tytułem zadośćuczynienia, z ustawowymi odsetkami od dnia 7 października 2014r, 2/ 29.400 zł tytułem skapitalizowanej renty, z ustawowymi odsetkami od dnia 7 października 2014, 3/ 4500 zł miesięcznie tytułem renty począwszy od dnia 7 października 2014r., płatne w terminie do 10-go dnia każdego miesiąca do rąk matki powoda I. J. (1) wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku zwłoki w płatności którejkolwiek z rat, II/ oddalił powództwo o zapłatę w pozostałym zakresie, III/ ustalił, że pozwany ponosi odpowiedzialność za skutki zdarzenia z dnia 22 marca 2011r., a które mogą ujawnić się u powoda J. J. w przyszłości; IV/ zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 7217zł tytułem zwrotu kosztów procesu, V/ nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa od pozwanego kwotę 53.982,77 zł 77/100 tytułem nie uiszczonych kosztów sądowych.

Rozstrzygnięcie powyższe zostało poprzedzone następującymi ustaleniami faktycznymi.

I. J. (1) jest matką dwóch synów, J. J. i K. J.. Pierwszy jej poród w październiku 2008 r. odbył się przez cesarskie cięcie, w okresie drugiej ciąży pozostawała pod opieką lekarza D. K.. Cięża przebiegała prawidłowo bez powikłań. Badanie ultrasonograficzne wykonane Na trzy tygodnie przed porodem nie wykazało nieprawidłowości.

W dniu 21 marca 2011 r. I. J. (1) została przyjęta do pozwanego szpitala o godzinie 20.00 z rozpoznaniem: ciąża III poród II tyg. 39. Położenie płodu podłużne główkowe. Stan po przebytych cięciach cesarskich w 2008 r. z powodu braku czynności skurczowej macicy.

Pomiędzy godziną 20.32 a godziną 21.04 został wykonany 32-minutowy zapis kardiograficzny u matki powoda (KTG). Zapis ten był prawidłowy. Po wstępnych czynnościach pacjentka została przekazana na salę porodową. Dyżur wówczas pełniło dwóch lekarzy - (...) oraz dwie położne, w tym Z. Ż.. W czasie pierwszego okresu trwania porodu nie

stosowano leków naskurczowych. Ze względu na prawidłowy postęp porodu zdecydowano o próbie porodu drogami rodnymi.

I. J. (1) na sali porodowej pozostawała pod opieką położnej Z. Ż., która o godzinie 21.15 badaniem wewnętrznym oceniła rozwarcie na 2-3 cm. Następnie podała 50 mg petydyny (D.) o godzinie 21.30.

Pomiędzy godziną 21.17 a godziną 23.08, z przerwą pomiędzy 21.42-22.24, był wykonywany zapis KTG, który był prawidłowy, z widoczną czynnością skurczową o słabym nasileniu.

Położna badała pacjentkę o godzinie 23.15 -rozwarcie 4-5 cm i o godzinie 2.00 (dnia 22.03.2011) - rozwarcie oceniła na 5 cm.

I. J. (1) boleśnie odczuwała dolegliwości porodowe, zwracała się z prośbą do lekarza dyżurującego o rozważenie zakończenia ciąży cięciem cesarskim.

O godzinie 2.40 lek. M. K. zamieścił w dokumentacji medycznej zapis o prawidłowym nasileniu czynności skurczowej, rozwarcu na 5 cm, zachowanych wodach płodowych.

O godzinie 3.45 podano kolejną dawkę petydyny, rozwarcie oceniono na 6-7 cm. O godzinie 5.00 stwierdzono samoistne pęknięcie pęcherza płodowego i odpływanie czystego płynu owodniowego; rozwarcie określono na 9 cm. O godzinie 5.45 stwierdzono pełne rozwarcie szyjki macicy oraz skurcze parte macicy.

W czasie trwania akcji porodowej na porodówce znajdowała się jeszcze jedna pacjentka, która była także nadzorowana przez położną, przez co okresowo I. J. (1) pozostawała bez opieki personelu medycznego, także w okresie bezpośrednio poprzedzających zaobserwowanie zaburzeń w tonach serca płodu.

Zapis z monitorowania akcji serca płodu oraz czynności skurczowej u I. J. (1) był sporządzany jedynie okresowo, urządzenie KTG było podłączane w sposób umożliwiający monitorowanie akustyczne. Gdy położna Z. Ż. usłyszała, że zwalniają tony serca dziecka, natychmiast wezwała lekarza, który dopiero po przybyciu do pacjentki włączył zapis z monitorowania akcji serca płodu. O godzinie 6.24 odnotowano wystąpienie zwolnienia akcji serca płodu do około 60 uderzeń na minutę.

Pomiędzy godziną 0.15 a godziną 6.35 wykonywany był czterokrotnie zapis KTG, w okresach czasowych 0.15-0.31, 2.19-2.34, 4.07-5.00 oraz pomiędzy 6.24 a 6.34. Pierwsze 3 interwały czasowe wykazywały prawidłową akcję serca płodu, bez widocznych zwolnień akcji serca (deceleracji), które mogłyby sugerować pogarszanie się dobrostanu płodu. Od godziny 4.07 (trzeci interwał) widoczne było wyraźne nasilenie czynności skurczowej, skurcze regularne, co minutę. Natomiast zapis od godziny 6.24 wskazywał na głębokie zwolnienie w akcji serca płodu do około 50-60 uderzeń na minutę, trwające przez 6 minut. Kolejny zapis akcji serca o częstotści między 100-120 uderzeń na minutę może być zarówno zapisem akcji serca płodu, jak i odczytem wychwyconego przez urządzenie KTG tętna matki powoda. Jednocześnie w tym ostatnim zapisie nie jest zarejestrowana czynność skurczowa mięśnia macicy.

I. J. (1) nie była badana ultrasonograficznie pod kątem oceny blizny po uprzednim cięciu cesarskim (w 2008r.). Nie składała pisemnego oświadczenia, w którym wyrażałaby zgodę na próbę porodu drogami i siłami natury.

Położna Z. Ż. po odnotowaniu wystąpienia spadku akcji serca płodu zawiadomiła lekarza dyżurnego, podała rodzającą aminofilinę i tlen przez maskę. Lekarz K. L. o godz. 6.30 zakwalifikował pacjentkę do cięcia cesarskiego w trybie natychmiastowym ze względu na objawy ostrej zamartwicy wewnątrzmacicznej oraz brak możliwości szybkiego ukończenia porodu drogami natury. Pacjentka została przekazana na salę operacyjną o 6.40 celem wykonania cięcia cesarskiego. Podczas zabiegu stwierdzono całkowite oddzielenie łożyska i pęknięcie mięśnia macicy w dolnym odcinku oraz obecność łożyska w obrębie jamy brzusznej, a płodu w jamie macicy. Po wydobyciu płodu, macicę zszyto w sposób typowy, a po uzyskaniu hemostazy zamknięto powłoki brzuszne.

Dziecko zostało urodzone o godzinie 6.44 – po 20 minutach od zarejestrowania patologicznego zapisu akcji serca płodu. Odbierającymi poród był lek. K. L. i położna Z. Ż.. Noworodek ważył 3950 gram i mierzył 57 cm. Urodził się żywy, ale w ciężkiej zamartwicy, w skali A. otrzymał 1 punkt w pierwszej minucie, 3 punkty w 5 minucie.

Dziecko było następnie hospitalizowane na Oddziale Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka z rozpoznaniem stanu po ciężkiej zamartwicy urodzeniowej i mózgowym porażeniem dziecięcym, czterokończynowym.

Urodzenie powoda w stanie ciężkim, z powikłaniem pod postacią ciężkiego niedotlenienia śródporodowego i jego późniejszymi konsekwencjami pod postacią mózgowego porażenia dziecięcego pozostaje w adekwatnym związku przyczynowo – skutkowym z powikłaniem śródporodowym pod postacią pęknięcia macicy w bliźnie po uprzednim cięciu cesarskim.

J. J. cierpi na mózgowe porażenie dziecięce pod postacią ciężkiego niedowładu spastycznego czterokończynowego, opóźnienie rozwoju psychoruchowego w stopniu głębokim, padaczkę odporną na leczenie. Powód jest niesprawny psychomotorycznie, funkcjonuje na poziomie osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym lub głębokim. W zakresie komunikacji wydaje nieartykułowane dźwięki, uśmiechem sygnalizuje zadowolenie, płaczem lub grymasem złe samopoczucie lub ból. Nie kontroluje potrzeb fizjologicznych. Stwierdzono u powoda ciężkie zaburzenia napięcia mięśniowego oraz obecność przetrwałych odruchów niemowlęcych co zaburza rozwój ruchowy i skutkuje brakiem zdolności do przeciwdziałania sile grawitacji. Chłopiec nie siedzi sam, nie stoi, pozostaje w pozycji leżącej. Ze względu na brak kontroli głowy z trudem utrzymuje przez krótką chwilę pozycję półsiedzącą. Powód nie chwytą samodzielnie przedmiotów, podejmuje próby otwarcia dłoni w celu dotknięcia interesującej zabawki.

Rokowania na przyszłość, do wyleczenia powoda są złe, będzie przez całe życie wymagał opieki i pomocy, stałej rehabilitacji i wielu zabiegów operacyjnych. Koszty związane z dalszym leczeniem i usprawnianiem powoda są trudne do oszacowania.

Powód od momentu urodzenia znajduje się pod stałą opieką fizjoterapeutyczną. Początkowo był rehabilitowany w warunkach domowych, od czasu zakończenia hospitalizacji 2 razy w tygodniu przyjeżdżała do niego rehabilitantka i spędzała z nim po pół godziny (koszt jednej wizyty to 50 zł). Następnie, po 2 miesiącach przyjeżdżała druga rehabilitantka raz w tygodniu na godzinę (koszt jednej wizyty to 100 zł). W późniejszym okresie I. J. (1) wozila syna własnym samochodem do rehabilitantki, ponosząc przy tym koszt 70 zł powiększony o koszty zużytego paliwa. Takie wydatki na rehabilitację ponosi do chwili obecnej - raz w tygodniu jeździ z dzieckiem prywatnie i płaci 70 zł. Ponadto 3 razy w tygodniu I. J. (1) dowozi syna na bezpłatną rehabilitację, ponosząc jedynie koszty zakupu paliwa.

Chłopiec jest rehabilitowany logopedycznie w Ośrodku (...) w K. w celu usprawnienia funkcji pokarmowych, funkcji oddychania, stymulowania zmysłu słuchu, dotyku, wzroku, stymulowania wokalizacji sylab. Rehabilitacja dzieci z mózgowym porażeniem, szczególnie z ciężką postacią mózgowego porażenia, powinna uwzględniać postępowanie fizjoterapeutyczne, logopedyczne i psycho – pedagogiczne kontynuowane przez całe życie. Aktualnie zalecana częstotliwość powtarzanych elementów terapii dla powoda, to ok. 2-3 razy dziennie po ok. 20 - 30 minut. Głównym celem tego wieloletniego okresu rehabilitacji, jest optymalizacja wyników oraz zapobieganie rozwojowi powikłań, jak np. deformacji stawów kończyn i kręgosłupa, pogłębiania zaburzeń kształtowania struktury osobowości. Konieczne są konsultacje co ok. 4 tygodnie, wizyty u neurologa - średnio co 2 - 3 miesiące oraz u ortopedy - średnio co 4 - 6 miesięcy .

Szacunkowe koszty terapii w skali miesiąca w przypadku dzieci po 2 roku życia, w zakresie minimalnym wynoszą 2800 zł i obejmują ok. 28 terapii wykonywanych samodzielnie przez rodziców, opiekunów lub w ramach prywatnej wizyty przez terapeutę, po 100 zł. Dochodzą koszty dojazdu i eksploatacji samochodu. Celowe jest usprawnianie powoda przynajmniej 2-3 razy dziennie, najlepiej przez jego rodziców. Sama terapia to 20-30 minut, ale winna być poprzedzona czynnościami przygotowawczymi. Łącznie trwa ok. 1 godziny. Taka terapia powinna być wykonywana do końca życia chłopca. W stanie zdrowia powoda rokowania na przyszłość są złe. Dzieci w schorzeniach, na jakie cierpi zazwyczaj dożywają 20-30 roku życia, w zależności od sposobu ich pielęgnacji.

Niezbędny sprzęt rehabilitacyjny spełnia rolę stymulacji sprawności psycho -motorycznej, zapobiegania rozwojowi powikłań oraz ułatwienia opieki nad pacjentem. Do niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego należy zaliczyć wózki, w tym wózek inwalidzki specjalny dziecięcy (refundowany do ceny 3000 zł raz na 3 lata), wózek inwalidzki dziecięcy zwykły (refundowany do kwoty 600 zł na - raz na 3 lata) i urządzenie multifunkcyjne (refundowane do kwoty 3200zł raz na 5 lat), wózek lekki refundowany do kwoty 1700 zł - raz na 4 lata). Ponadto **pionizator/ parapodium w cenie rynkowej od 1880 do 9000 zł (refundacja w wys. 2000 zł raz na 5 lat)**, **siedzisko ortopedyczne dla dzieci stabilizujące głowę i plecy w cenie rynkowej od 1215 do 16000 zł (refundacja 700 zł raz na 2 lata)**, **obuwie ortopedyczne w cenie rynkowej od ok. 150 do 700 zł (refundacja raz na 6 miesięcy do określonych kwot)**, **materac przeciwodrożynowy (refundacja w 70% do kwoty 280 zł)**, **inhalator membranowy, cena rynkowa od 80 do 990 zł (refundacja do kwoty 800 zł raz na 4 lata)**. Ponadto nie podlegające refundacji z NFZ - **fotelik samochodowy** - cena rynkowa od 500 do 8600 zł, **ssak elektryczny** cena rynkowa od 400 do 3000 zł, **piłki, walki, kliny, materace** - brak cena rynkowa do ok. 100 do 300 zł.

Wydatek na zakup sprzętu ortopedycznego jest dużym kosztem, który w przykładowej symulacji wykonanej przez biegłego W. K. z uwzględnieniem średniej jakości i sprzętu w skali miesiąca wyniósł ok. 620 zł i objął takie elementy jak: spacerowy wózek rehabilitacyjny specjalny dziecięcy 8500 zł, pionizator 11500 zł, fotelik samochodowy 1200 zł, orteza 2500 zł, szyna na dłoń i przedramię 370 zł, piłka lecznicza 85 zł, klin odwodzący do ustawienia kończyn dolnych 55 zł, półbuty 180 zł, wydatki nieplanowane 100 zł.

Ponadto wydatki wiążą się z pokrywaniem kosztów turnusów rehabilitacyjnych, w których winno dziecko uczestniczyć 2 razy do roku, a minimum 1 raz w roku. Na refundowane turnusy z NFZ są długie okresy oczekiwania- 2-3 lata. Koszt turnusu to 1500-6000 zł.

Powód przyjmował wiele leków, które często były zmieniane z uwagi na negatywne oddziaływanie na dziecko, wymagało częstego wożenia do ośrodków zdrowia. Aktualnie wydatki na niezbędne dla dziecka lekarstwa pochłaniają ok. 300 zł miesięcznie wydatkowane min. na B. (koszt ok. 13 zł za opakowanie, w miesiącu potrzebne są 4 opakowania = 52 zł), lek padaczkowy T. (koszt 18 złotych za opakowanie, w miesiącu potrzebne są 3 opakowania = 54 zł), nadto odżywkę (koszt 50 zł miesięcznie), a także wymaga stosowania zagęstnika do wody (koszt 50 zł za 2 opakowania na miesiąc= 100 zł). Ponadto powód często zapada na infekcje w związku z obniżoną odpornością, co w konsekwencji rodzi konieczność dodatkowego podawania mu stosownych lekarstw, korzystania z inhalatora i z ssaka. Powód cały czas korzysta z pieluch jednorazowych firmy (...), w miesiącu zużywa ok. 3 opakowań (koszt 150 zł). Wymaga stosowania specjalnych środków pielęgnacyjnych. Korzysta ze sprzętu rehabilitacyjnego, w zakresie, w jakim jego rodzice mogli sobie pozwolić na zakup takiego sprzętu, tj. z pionizatora (bez oprzyrządowania, na zakup którego rodzice powoda nie było stać i bez siedziska), worka sako, piłki do ćwiczeń. Niezależnie było zakupienie specjalnych butów ortopedycznych do pionizatora w cenie 150 zł (bez możliwości zrefundowania z NFZ). Rodzice powoda zakupili także ssak wykorzystywany przy infekcjach, na jakie zapada okresowo. Chcieliby zakupić dodatkowo inhalator, który to zakup nie jest refundowany z NFZ. Chłopiec pozostaje w pozycji leżącej. Obecnie pozycję siedzącą może mieć tylko przebywając na wózku. Korzysta jedynie z wózka rehabilitacyjnego zwykłego dla dzieci, gdyż jego rodzice nie mogli sobie pozwolić na zakup znacznie droższego wózka specjalistycznego. Nie zdołali także nabyć dla dziecka urządzenia multifunkcyjnego. I. J. (1) chciałaby kupić materac przeciwodrożynowy dla syna oraz fotelik, w którym dziecko może zajmować różne pozycje, siedzieć, leżeć, mieć pozycję półleżącą, bowiem mogłoby obserwować rodziców, bawić się, dotykać ich. Koszt zakupu takiego fotelika z podstawowym wyposażeniem to 17 000 zł brutto.

W codziennym funkcjonowaniu powód wymaga całkowitej opieki i pomocy ze strony osób dorosłych. Szczególnie trudne jest karmienie chłopca, do chwili obecnej przyjmuje on pożywienie tylko w postaci płynnej, zagęszczone napoje, karmi go matka butelką bądź łyżeczką. Sama przygotowuje posiłki które następnie miksuje. Chłopiec spożywa także mleko (4-5 opakowań w miesiącu – koszt ok. 100 zł), kaszki (koszt w miesiącu ok. 200 zł), deserki, jogurty. Karmienie powoda jest czasochłonne, zajmuje każdorazowo nie mniej niż pół godziny. Podczas karmienia występuje u powoda krztuszenie i aspiracja treści pokarmowej, co stwarza zagrożenie dla jego życia.

Powód bezwzględnie wymaga opieki, pomocy ze strony osób trzecich do końca życia. Powód zamieszkuje wraz z rodzicami i z 6-letnim bratem K. w domu rodzinnym swojej matki. Matka powoda nie pracuje zarobkowo, na co dzień zajmuje powodem. Starszy syn uczęszcza do przedszkola. Przed urodzeniem dzieci I. J. pracowała, jako krawcowa, obecnie pozostaje na utrzymaniu męża, który pozostaje w zatrudnieniu i zarabia 2500 zł netto miesięcznie. Pobiera zasiłek rehabilitacyjny i pielęgnacyjny na powoda w kwocie 650 zł. I. J. (1) korzysta z pomocy sąsiadów i krewnych w opiece nad synem, jednak nie podejmują się oni zostać dłużej z dzieckiem, z uwagi na jego ciężki stan.

Podstawę powyższych ustaleń Sądu Okręgowego stanowiły, dowody osobowe, to jest zeznania świadków, w tym przedstawicielki ustawowej powoda I. J. (1), dokumentacji medycznej obrazującej przebieg porodu, opinii biegłych, D. A. (1) – specjalisty z neurologii dziecięcej i W. K. – specjalisty rehabilitacji ruchowej. Sąd podzielił w całości wyprowadzone przez biegłych wnioski co do rodzaju, rozmiaru uszkodzeń ciała i rozstroju zdrowia powoda, jak i co do niezbędności i celowości leczenia i rehabilitacji, perspektyw na przyszłość, a także przyczyn stanu zdrowia powoda.

Zasadnicze dla rozstrzygnięcia sprawy kwestie, dotyczące prawidłowości postępowania personelu pozwanego Szpitala względem I. J. (1), jak też przyczyn wystąpienia u niej zmartwicy okołoporodowej, Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o opinię prof. dr hab. med. J. W. o dr n. med. P. H. – specjalistów z dziedziny ginekologii i położnictwa. Sąd uznał, że przedmiotowa opinia, w jej ostatecznym kształcie (dwukrotnie sporządzana w wersji pisemnej oraz dodatkowo wydana ustnie przed Sądem przez biegłego J. W.) jest fachowa, rzetelna, spójna, konsekwentna. Została ona opracowana po wnikliwym przeanalizowaniu całości dostępnej dokumentacji medycznej, znalazła oparcie w szerokim spektrum wiedzy teoretycznej i praktycznej członków zespołu opiniującego. W ocenie Sądu Okręgowego ostateczne wnioski biegłych nie zostały skutecznie podważone przez pozwanego. Sąd oddalił wniosek strony pozwanej o dopuszczenie dowodu z opinii sprawdzającej instytutu uznając, iż biegli w opiniach uzupełniających w sposób dostatecznie szczegółowy odnieśli się do zarzutów stawianych przez pozwanego.

Oceniając powyższe ustalenia faktyczne Sąd Okręgowy uznał, że powództwo J. J. jest co do zasady usprawiedliwione a jego podstawę stanowią art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c.

W ocenie tego Sądu zebrany w sprawie materiał dowodowy pozwala na przypisanie winy pozwanemu Szpitalowi, co wynika z możliwości postawienia personelowi pozwanego zarzutu podejmowania w stosunku do matki powoda działań w sposób schematyczny i nie dostosowany do okoliczności konkretnego przypadku, co skutkowało zbyt późnym podjęciem decyzji o zakończeniu ciąży za pomocą cesarskiego cięcia. Wynika to z ustaleń faktycznych dokonanych w oparciu o zeznania I. J. (1) przesłuchiwanej w charakterze strony, a także w oparciu o opinie biegłych: prof.dr. hab. med. J. W. i dr n. med. P. H. - specjalistów z zakresu ginekologii i położnictwa jak też z opinii D. A. (1) – specjalisty d/s neurologii dziecięcej, a po części także opinii biegłego W. K. - specjalisty rehabilitacji ruchowej. Opinie te Sąd ocenił jako jasne, rzetelne, wyczerpujące, sporządzone po wnikliwym przeanalizowaniu dokumentacji medycznej, przez osoby o niezwykle wysokich kwalifikacjach zawodowych.

W świetle powyższych wiarygodnych dowodów personelowi szpitala można postawić zarzut braku należytej staranności w postępowaniu z rodzącą, a to, braku przeprowadzenia badania ultrasonograficznego pod kątem oceny bliźny po uprzednim cięciu cesarskim (w 2008r.) i niewłaściwego – tj niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną – w tym z aktualnymi rekomendacjami (...) Towarzystwa Ginekologicznego – monitorowania przebiegu porodu, w szczególności braku ciągłego zapisu kardiograficznego, a w konsekwencji zbyt późne podjęcie decyzji o zakończeniu ciąży cesarskim cięciem. Ponadto personelowi Szpitala postawić można zarzut braku uzyskania pisemnej zgody I. J. (1) na poród „siłami natury” jak też zarzut braku należytej opieki nad matką powoda, w tym zwłaszcza stałej opieki w ostatnim okresie porodu w sytuacji ujawnionego pełnego rozwarcia.

Sąd Okręgowy przyjął następnie, że upośledzenie psychiczno-fizyczne powoda jest skutkiem komplikacji doznanych przez jego matkę przy porodzie i wynika z niedotlenienia okołoporodowego spowodowanego pęknięciem macicy, oddzieleniem się łożyska i ze zbyt późno podjętej decyzji o cesarskim cięciu, a to z kolei jest konsekwencją nieprawidłowego realizowania procedur medycznych przez personel pozwanego szpitala w czasie porodu. Pozwany szpital ponosi odpowiedzialność za błędy organizacyjne i zaniedbania personelu medycznego oraz za naruszenie

standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem których są poważne szkody doznane przez powoda.

Z opinii biegłych J. W. i P. H. wynika, że poród drogami natury po cięciu cesarskim zawsze jest obarczony ryzykiem pęknięcia blizny macicy w bliźnie po poprzednim cięciu cesarskim, częstotliwość tego powikłania mieści się w granicach 0,2-1,5% rodzących. Jest to powikłanie które zawsze trzeba mieć na uwadze podejmując próbę porodu drogami i siłami natury po uprzednim cięciu cesarskim, bowiem nie jest możliwe 100%-owe przewidzenie pęknięcia macicy jeszcze przed wystąpieniem czynności skurczowej. Konsekwencje objawowego pęknięcia macicy są dramatyczne, powikłanie to zazwyczaj łączy się z krwawieniem do jamy brzusznej, przedwczesnym oddzieleniem łożyska i/lub wydalaniem płodu do jamy brzusznej. Sekwencja wydarzeń zależy zazwyczaj od lokalizacji łożyska w macicy, tzn. jego przyczepu na ścianie przedniej lub tylnej. Powikłanie takie w każdym przypadku prowadzi do niedotlenienia płodu i tylko od szybkiej reakcji personelu medycznego nadzorującego poród zależy stan urodzeniowy noworodka. Ryzyko ciężkiego niedotlenienia noworodka w takich przypadkach sięga 6-15%, a ryzyko zgonu 3-6% (w przypadku ciąży w terminie okołoporodowym).

I. J. (1) była osobą o stanie podwyższonego ryzyka z uwagi na poprzednie rozwiązanie ciąży przez cięcie cesarskie, zgłaszała silne dolegliwości bólowe. W związku z tym powinna ona być ciągle monitorowana urządzeniem KTG. Stosowany przez większą część akcji porodowej tzw. stały dozór akustyczny (akustyczne monitorowanie tętna płodu) nie był wystarczający, konieczne było jednoczesne monitorowanie czynności skurczowej co umożliwiłoby wczesne rozpoznanie wtórnego osłabienia tej czynności. Obok zaburzeń akcji serca płodu to właśnie wtórne osłabienie czynności skurczowej jest jednym z objawów mogących sugerować możliwość pęknięcia blizny po cięciu cesarskim. Z opinii biegłych wynika, że najbardziej prawdopodobnym jest, że u I. J. (1) najpierw doszło do całkowitego rozejścia macicy w bliźnie po uprzednim cięciu cesarskim a następnie, do oddzielenia łożyska i jego wydalania do jamy brzusznej rodzącej. Główną przyczyną ciężkiego stanu noworodka było całkowite oddzielenie łożyska, co nastąpiło w konsekwencji wcześniejszego całkowitego rozejścia się blizny po cięciu cesarskim. Sąd przyjął na podstawie opinii, że urodzenie się powoda w stanie ciężkim, z powikłaniem pod postacią ciężkiego niedotlenienia śródporodowego i jego późniejszymi konsekwencjami pod postacią mózgowego porażenia dziecięcego pozostaje w adekwatnym związku przyczynowo – skutkowym z powikłaniem śródporodowym pod postacią pęknięcia macicy w bliźnie po uprzednim cięciu cesarskim. Powyższe koreluje z wnioskami opinii biegłego neurologa dziecięcego D. A. (1). W świetle wywodów opinii staranne przestrzeganie zasad postępowania w takich przypadkach jak omawiany, przede wszystkim stały zapis kardiograficzny, a także ścisły nadzór ze strony personelu medycznego zajmującego się pacjentką, mogłoby skutkować wcześniejszym rozpoznanem tego powikłania. Nawet gdyby dziecko miało inne choroby, metaboliczne, wirusowe czy genetyczne, nie prowadziłyby do takich zmian, jakie występują u powoda.

W oparciu o powyższe dowody Sąd Okręgowy przyjął, że istnieje bezpośredni związek przyczynowy pomiędzy działaniem lekarzy pozwanego szpitala a stanem zdrowia powoda po urodzeniu i w chwili obecnej. Niedotlenienie powoda było spowodowane postępowaniem personelu pozwanej placówki służby zdrowia. W ocenie Sądu można zarzucić stronie pozwanej winę określoną jako niedbalstwo. Wina ta - ujmując rzecz ogólnie - polega na podjęciu zbyt późnej decyzji o operacyjnym zakończeniu ciąży matki powoda.

Szkodą powoda jest ciężki rozstrój jego zdrowia. Z ustaleń faktycznych wynika rozległość i nieodwracalność jego upośledzenia. Powód nie rokuje wyleczenia, wymaga całodobowej opieki i pielęgnacji osób drugich przez całe życie, ciągłej rehabilitacji w zakresie podstawowych czynności życiowych. Powód wymaga leczenia rehabilitacyjnego, które w jego przypadku ma jedynie charakter objawowy i może tylko zmniejszać cechy porażenia. Biegły W. K. opiniował, iż nie ma szans, aby przywrócić powoda do normalnego funkcjonowania w zakresie norm rozwojowych i społecznych. Podstawowym celem w postępowaniu z powodem jest minimalizacja powikłań w postaci dużych ograniczeń w ruchów w stawach i deformacji układu kostnego, minimalizacja powikłań w zakresie układu krążeniowo-oddechowego i wydalniczego (które mogą prowadzić do zagrożeń życia powoda) oraz rozwój więzi emocjonalnej z dzieckiem i poczucia bezpieczeństwa.

Pozwany Szpital – wywodzi dalej Sąd Okręgowy – jest zobowiązany do naprawienia szkody powoda, w oparciu o wskazane na wstępie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c.

Zasadne jest żądanie zasądzenia na rzecz powódki zadośćuczynienia na podstawie art. 445 k.c. Sąd Okręgowy obszernie przytoczył kryteria, które należało brać pod uwagę przy określaniu wymiaru należnego powodowi zadośćuczynienia. Zadośćuczynienie, w rozumieniu art. 455 § 1 k.c. ma na celu naprawienie szkody niemajątkowej, wyrażającej się krzywdą w postaci cierpień fizycznych i psychicznych. Ustalając wysokość zadośćuczynienia należy mieć na względzie m.in. rozmiar cierpień fizycznych związanych z zaistnieniem wypadku jak i dolegliwości bólowe powstałe w następstwie urazu i długotrwałość leczenia. Wyrażenie „odpowiednia suma” pozostaje w związku z tym, że ze względu na istotę krzywdy nie da się jej wyliczyć w sposób ścisły, w przeciwieństwie do szkody rzeczowej. Zadośćuczynienie jest sposobem naprawienia krzywdy ujmowanej jako zarówno cierpienia fizyczne, jak ból i inne dolegliwości, jak i cierpienia psychiczne, czyli negatywne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzeń ciała; zadośćuczynienie winno mieć charakter całościowy obejmować wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno doznane, jak i te które zapewne wystąpią w przyszłości. W przypadku małoletniego powoda istotne znaczenie ma przede wszystkim fakt, że doznał on już w chwili urodzenia szkody nieodwracalnie wpływającej na całe jego życie i nie pozwalającej na normalne funkcjonowanie w społeczeństwie. Trudno wyobrazić sobie rozmiar cierpień fizycznych i psychicznych, na jakie powód został narażony już w chwili urodzin i które zmuszony będzie znosić przez całe życie. Biorąc pod uwagę wiek poszkodowanego, a także nieodwracalność następstw wypadku i brak szans na przyszłość, w tym brak jakiegokolwiek szansy na samodzielne życie, na rozwój fizyczny i umysłowy w stopniu pozwalającym na aktywność życiową, znacznie ograniczoną możliwość komunikowania się z otoczeniem i ograniczenia w możliwości poruszania się, należy uznać, że stopień krzywdy powoda jest wyjątkowo wysoki. Należy pamiętać, że powód, w miarę dorastania, będzie tym dotkliwiej odczuwał skutki wynikające ze swojego stanu zdrowia, uzależniającego go całkowicie od opieki osób trzecich i pozbawiającego możliwości korzystania z większości aspektów życia. Nadto cierpienia psychiczne rodziny, a szczególnie matki dziecka, wynikającego między innymi z lęku o przyszłość dziecka i poczucia zniewolenia koniecznością opieki nad dzieckiem, w tym konieczność wykonywania terapii przez całe życie.

Biorąc pod uwagę wszystkie wskazane wyżej elementy Sąd Okręgowy uznał, że odpowiednim, w rozumieniu art. 445 § 1 k.c., zadośćuczynieniem dla powoda jest suma 900 000 zł. Wysokość tę uzasadnia to, że naruszono najcenniejsze dobro powoda, jakim jest zdrowie, rozmiar doznanej przez poszkodowanego krzywdy jest szczególnie duży, a cierpienia fizyczne szczególnie intensywne. Powyższa kwota, zgodna z żądaniem pozwu, zdaniem Sądu Okręgowego spełnia przesłanki „odpowiedniej sumy” tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną przez powoda krzywdę. Zadośćuczynienie powinno spełniać funkcję kompensacyjną a stopa życiowa poszkodowanego czynem niedozwolonym nie może wyznaczać wysokości rekompensaty za wyrządzoną mu krzywdę.

Żądanie zasądzenia na rzecz powoda renty znajduje uzasadnienie w treści art. 444 § 2 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. Ma tu też zastosowanie art. 361 § 2 k.c. i wyrażona w nim zasada pełnego odszkodowania.

Żądanie powoda, który domagał się kwoty 5000 zł miesięcznie, znajduje uzasadnienie w znaczącej części. Podstawę zasądzenia na rzecz powoda renty stanowi zwiększenie potrzeb, wyrażające się w przyszłych powtarzających się stałych wydatkach, obejmujących między innymi konieczną opiekę, rehabilitację, pielęgnację, koszty przejazdu do lekarzy i na rehabilitację, koszty zakupu leków, odżywek, zagęstnika do wody (z uwagi na konieczność podawania dziecku zagęszczonych płynów). W takim przypadku wystarczające jest wykazanie przez poszkodowanego istnienia zwiększonych potrzeb. Oparte na tej podstawie roszczenie poszkodowanego nie ma charakteru roszczenia regresowego w stosunku do zobowiązanego do naprawienia szkody. Poszkodowany może bowiem aktualnie nie dysponować na razie odpowiednimi środkami finansowymi na dokonanie wydatków, które jednak są konieczne.

Na sumę wydatkowaną przez rodziców powoda na leczenie syna składają się następujące kwoty: koszty zakupu lekarstw - B. (koszt ok. 13 zł za opakowanie, w miesiącu potrzebne są 4 opakowania = 52 zł), T. (koszt 18 złotych za opakowanie, w miesiącu potrzebne są 3 opakowania = 54 zł), nadto wydatki na odżywki (koszt 50 zł miesięcznie), a także na zagęstnik do wody (koszt 50 zł za 2 opakowania na miesiąc = 100 zł). Ponadto powód często zapada na infekcje

w związku z obniżoną odpornością, co w konsekwencji rodzi konieczność dodatkowego podawania mu dodatkowych leków. Ponadto rodzice powoda ponoszą wydatki na pieluchy (3 opakowania w miesiącu w wysokości 150 zł), na zakup specjalnych środków pielęgnacyjnych dla powoda.

Powód cierpi na mózgowie porażenie dziecięce pod postacią ciężkiego niedowładu spastycznego czterokończynowego, opóźnienie rozwoju psychoruchowego w stopniu głębokim, padaczkę odporną na leczenie. Powód jest dzieckiem całkowicie niepełnosprawnym, wymagającym całodobowej opieki i nadzoru. Opiekę nad nim sprawuje jego matka korzystając z pomocy innych osób. Z zeznań I. J. (1) wystarczająca jest w jej ocenie pomoc przy opiece nad synem w wymiarze 2-3 godzin tygodniowo 2-3 razy w tygodniu, co Sąd zaakceptował, szeroko uzasadniając swoje stanowisko. W konsekwencji, w wysokości ustalonej renty Sąd uwzględnił koszty opieki osoby trzeciej nad powodem 2 razy w tygodniu po 2 godziny, co daje sumę 160 zł miesięcznie, przy przyjęciu stawki 10 zł za godzinę (2x2x4x10 zł).

Powód od urodzenia znajduje się pod stałą opieką fizjoterapeutyczną. Od czasu zakończenia hospitalizacji przez 2 miesiące był rehabilitowany 2 razy w tygodniu po pół godziny w warunkach domowych (koszt wizyty to 50 zł, co daje 50 x2x4 = 400 zł miesięcznie). Następnie - raz w tygodniu przez 1 godzinę (koszt wizyty to 100 zł, co daje 100 x4=400zł miesięcznie). W późniejszym okresie I. J. (1) wozila syna własnym samochodem do rehabilitantki, ponosząc przy tym koszt 70 zł powiększony o koszty zużytego paliwa. Takie wydatki na rehabilitację ponosi do chwili obecnej. Ponadto 3 razy w tygodniu I. J. (1) dowozi syna na bezpłatną rehabilitację (w ramach NFZ), ponosząc jedynie koszty zakupu paliwa. Podkreślić bowiem należy, iż jak wynika z opinii biegłego W. K. finansowanie rehabilitacji przez NFZ jest ograniczone, i np. w zakresie fizjoterapii - rehabilitacji ruchowej, dotyczy w skali roku tylko 120 dni leczenia ambulatoryjnego oraz 80 dni rehabilitacji domowej i 120 dni leczenia w ośrodku rehabilitacji rozwojowej, oddziale dziennym rehabilitacji, w sanatorium, przy czym z założenia działania te nie mogą być prowadzone we wskazanych placówkach jednocześnie w ciągu jednego dnia. W praktyce trudności z uzyskaniem miejsca w placówce leczniczej oraz trudności z dojazdem, które nie są refinansowane przez NFZ, powodują, że działania lecznicze w takich przypadkach, najczęściej wykonywane są w domu pacjenta.

Powód jest w stanie ciężkim. Obecnie celem rehabilitacji u powoda jest zapobieganie powikłaniom w układzie narządu ruchu (przykurczom), w układzie oddechowym (infekcje), pośrednio w układzie trawiennym (perystaltyka jelit). Konieczna jest także rehabilitacja pedagogiczna w zakresie emocji, rozwoju osobowości dziecka. Aktualnie zalecana częstotliwość powtarzanych elementów terapii dla powoda, to ok. 2-3 razy dziennie po ok. 20 - 30 minut., wraz z czynnościami przygotowawczymi – ok. 60 minut. Szacunkowe koszty terapii powoda w skali miesiąca w zakresie minimalnym wynoszą 2800 zł (ok. 28 terapii wykonywanych samodzielnie przez rodziców lub przez terapeutę w ramach prywatnej wizyty po 100 zł).

Niezbędne w procesie rehabilitacji powoda są także wydatki na zakup sprzętu -ortopedycznego celem stymulacji sprawności psycho -motorycznej, zapobiegania rozwojowi powikłań oraz ułatwienia opieki nad dzieckiem. Znaczna część czynionych w tym zakresie wydatków podlega refundacji z NFZ (także z (...), (...), z 1% z odpisu z podatku), jednak często są to refundacje do określonych kwot odbiegających od cen rynkowych, a nadto czynione są okresowo (np. co 3-4 lata) i tak dla przykładu średniej jakości spacerowy wózek rehabilitacyjny specjalny dziecięcy kosztuje 8500 zł, podczas gdy NFZ refunduje taki zakup do ceny 3000 zł raz na 3 lata, **pionizator/ parapodium w cenie rynkowej od 1880 do 9000 zł podlega refundacji jedynie** w wysokości 2000 zł raz na 5 lat. Podkreślić należy, iż w okresie rozwoju dziecka wymiana sprzętu rehabilitacyjnego może być konieczna w okresach krótszych np. w okresie 1 roku. Nadto należy uwzględnić wydatki nieplanowane, np. naprawę sprzętu.

W świetle opinii biegłego W. K., w której dokonał on przykładowego zestawienia niezbędnego powodowi sprzętu ortopedycznego z uwzględnieniem średniej jakości tego sprzętu, w skali miesiąca celowy jest wydatek w tym zakresie w kwocie ok. 600 zł. Biegły dokonując wyliczenia sprzętu wskazał na celowość zakupu takiego sprzętu jak: spacerowy wózek rehabilitacyjny specjalny dziecięcy w cenie 8500 zł, pionizator - 11500 zł, fotelik samochodowy - 1200 zł, orteza -2500 zł, szyna na dłoń i przedramię -370 zł, piłka lecznicza -85 zł, klin odwodzący do ustawienia kończyn dolnych -55 zł, półbuty - 180 zł, a nadto ujął wydatki nieplanowane -100 zł. Biegły jednocześnie opiniował wskazując na konieczność regularnego udziału powoda w turnusach rehabilitacyjnych 1-2 razy do roku i wydatki

związane z pokrywaniem kosztów tych turnusów każdorazowo w średnio 3000 zł, co daje 500 zł w skali miesiąca (6000 zł rocznie/12 miesięcy). W świetle opinii biegłego a nadto zeznań I. J. (1), możliwość skorzystania z udziału w turnusach rehabilitacyjnych w ramach świadczeń finansowanych z NFZ jest ograniczona z uwagi na długie okresy oczekiwania- 2-3 lata.

W oparciu o wnioski końcowe opinii biegłego W. K. Sąd przyjął, iż koszt prowadzenia rehabilitacji powoda obejmuje w skali miesiąca kwoty 2800 zł (rehabilitacja prowadzona przez rodziców lub prywatnego terapeutę), 600 zł (koszty sprzętu rehabilitacyjnego), 500 zł (koszt udziału powoda w turnusach rehabilitacyjnych).

Reasumując, Sąd uznał za zasadne roszczenie powoda w zakresie renty uzasadnionej zwiększonymi potrzebami powoda, związanymi z jego leczeniem, rehabilitacją i opieką, a wysokość miesięcznych świadczeń rentowych Sąd ustalił na 4500 zł. Na wskazaną sumę składają się kwoty: 2800 zł (rehabilitacja prowadzona przez rodziców lub prywatnego terapeutę), 600 zł (koszty sprzętu rehabilitacyjnego), 500 zł (koszt udziału powoda w turnusach rehabilitacyjnych), 440 zł (wydatki na leki ok. 100 zł, odżywki 50 zł, zagęstnik do wody 100 zł, na pampersy 150 zł i środki pielęgnacyjne 40 zł) oraz 160 zł koszty opieki sprawowanej przez osoby trzecie. Biorąc powyższe pod uwagę Sąd uznał, iż renta we wskazanej kwocie jest odpowiednia i uwzględnia wszystkie zwiększone potrzeby powoda. Sąd zasądził świadczenie rentowe we wskazanej wysokości począwszy od dnia 7 października 2014 r. (data orzekania w sprawie). Natomiast za okres od dnia 22 marca 2011 r. (data urodzenia powoda) do września 2014 r. Sąd zasądził skapitalizowaną rentę w kwocie 29 400 zł, której wysokość ustalona została na kwotę 700 zł (700 zł x 42 miesiące) z uwzględnieniem poniesionych w tym okresie przez rodziców powoda wydatków na rehabilitację syna (400 zł miesięcznie) i wydatki na lekarstwa, odżywki i zagęstnik do napojów (300 zł).

Sąd dokonał kapitalizacji renty, przyjmując, iż przysługują powodowi odsetki ustawowe liczone od daty orzekania w sprawie (art. 481§ 1 kc).

Jednocześnie Sąd ustalił w wyroku odpowiedzialność pozwanego Szpitala na przyszłość za skutki zdarzenia z dnia 22 marca 2011 r., które mogą ujawnić się u powoda w przyszłości. Sąd w okolicznościach niniejszej sprawy nie miał wątpliwości, iż powód ma interes prawny w żądaniu ustalenia w oparciu o przepis art. 189 kpc. Sąd wziął pod uwagę wnioski opinii biegłych, w tym niepomysłne rokowania na przyszłość co do wyleczenia powoda, w tym konieczność poddania się wielu zabiegom operacyjnym i brak na obecną chwilę możliwości oszacowania kosztów z tym związanych.

O kosztach procesu Sąd orzekł w pkt III sentencji w oparciu o przepis art. 98 § 1 kpc zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu.

Wyrok Sądu Okręgowego zaskarżył w całości apelacją pozwany, zarzucając:

1/ błąd w ustaleniach faktycznych stanowiących podstawę rozstrzygnięcia przez przyjęcie, że szkoda była następstwem nieprawidłowych działań personelu medycznego, co skutkuje naruszeniem art. 444 § 2 k.c. i art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 415 k.c. i art. 416 k.c. przez błędną ich wykładnię i przyjęcie odpowiedzialności pozwanego za czyn niedozwolony pomimo nie wystąpienia związku przyczynowego pomiędzy działaniem pozwanego a szkodą powoda oraz zasądzenie nieadekwatnych, znacznie wygórowanych kwot zadośćuczynienia i renty;

2/ błąd w ustaleniach faktycznych polegający na bezpodstawnym przyjęciu, że personel medyczny pozwanego Szpitala nie dochował należytej staranności przy rozwiązaniu porodu u I. J. (1), w szczególności przez zbyt późne podjęcie decyzji o cesarskim cięciu, gdy brak jest dowodów do takiego stwierdzenia a wnioski ten Sąd wysnuł z wypowiedzi biegłego prof. J. W., który w opinii stwierdził, że staranne przestrzeganie zasad postępowania w prowadzeniu płodu po uprzednim cesarskim cięciu mogłoby skutkować wcześniejszym rozpoznaniem tego powikłania, (przy czym wskazuje, że nie oznacza to, że stan urodzeniowy noworodka byłby inny niż w przypadku powoda, gdyż jest wiele czynników na to wpływających), podczas gdy personel medyczny pozwanego działał w oparciu o standardy zgodne z rekomendacjami (...) Towarzystwa Ginekologicznego, obowiązującymi w 2011 r, dotyczącymi opieki okołoporodowej i prowadzenia

porodu, opracowanymi w 2009 r (m.in. przez biegłego Prof. J. W.) i opinia na której Sąd oparł rozstrzygnięcie jest obciążona znacznymi błędami;

3/ niewyjaśnienie wszystkich istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy okoliczności faktycznych i naruszenie art. 217 § 1 i 2 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c., a przede wszystkim art. 316 § 1 k.p.c. przez bezzasadne oddalenie wniosku zgłoszonego przez pozwanego w piśmie z dnia 30 września 2013 r i później podtrzymanego o dopuszczenie dowodu z opinii Instytutu Zakładu Medycyny Sądowej (...) Akademii Medycznej w S., jako opinii sprawdzającej, na okoliczność, czy w przedmiotowym wypadku istnieją dowody na to, że przyczyną oddzielenia się łożyska było rozejście się blizny operacyjnej u pacjentki, czy też, jak twierdził pozwany, inna przyczyna oraz na okoliczność, całości zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego w kontekście wniosków z opinii biegłych dr P. H. i Prof. J. W. w zakresie postępowania personelu medycznego pozwanego w ramach standardów opieki okołoporodowej i prowadzenia porodu oraz możliwości wcześniejszego zdiagnozowania oddzielenia się łożyska prawidłowo usadowionego;

4/ naruszenie art. 318 § 2 k.p.c. w zw. z art. 290 § 1 zd. 1 k.p.c. przez przyjęcie przez Sąd, że opinia sporządzona przez w/w biegłych jest rzetelna i wiarygodna i w całości wyjaśniająca istotne w sprawie okoliczności i wydanie na jej podstawie orzeczenia kończącego postępowanie, a w konsekwencji zaniechanie dopuszczenia dowodu z opinii Instytutu, celem wyjaśnienia istoty sprawy, to jest wskazania, czy w przedmiotowym wypadku istnieją dowody na to, że przyczyną oddzielenia się łożyska było rozejście blizny operacyjnej, czy też, jak twierdził pozwany, inna przyczyna oraz na okoliczność całości zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w kontekście wniosków z opinii biegłych Prof. J. W. i dr P. H. o rzekomych zaniedbaniach personelu pozwanego, wykraczających poza ramy standardów opieki okołoporodowej i prowadzenia porodu oraz możliwości wcześniejszego zdiagnozowania oddzielenia się łożyska prawidłowo usytuowanego;

5/ naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. i art. 328 § 2 k.p.c. polegające na dowolnej, a nie swobodnej ocenie dowodów, ujawniające się w stwierdzeniu Sadu, że stanowisko swoje co do odpowiedzialności pozwanego szpitala oparł, przede wszystkim, na zeznaniach matki powoda I. J. (1), a także na błędnej opinii biegłego, co wskazuje na zminimalizowanie roli pozostałego materiału dowodowego w postaci zeznań świadków D. K., K. M., A. W. i K. L. – specjalistów z dziedziny ginekologii i położnictwa oraz Z. Ż. – położnej i wręcz odmówienie im wiarygodności, bez jednoczesnego wyjaśnienia tego w uzasadnieniu wyroku (art. 328 § 2 k.p.c.).

Podnosząc powyższe zarzuty pozwany domagał się zmiany zaskarżonego wyroku przez oddalenie powództwa w całości lub w części, uchylenia tego wyroku i przekazania sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania. Pozwany podtrzymał wniosek o dopuszczenie dowodu ze sprawdzającej opinii Instytutu, tj. Zakładu Medycyny Sądowej (...) Akademii Medycznej w S. na okoliczność, czy w rozpoznawanym wypadku istnieją dowody na to, że przyczyną oddzielenia się łożyska u matki powoda było rozejście się blizny pooperacyjnej, czy też, jak twierdził pozwany, była to inna przyczyna oraz oceny całego zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w tym opinii biegłych J. W. i P. H., w zakresie postępowania personelu medycznego w ramach standardu opieki okołoporodowej i prowadzenia porodu, jak też możliwości wcześniejszego zdiagnozowania oddzielenia się łożyska prawidłowo usadowionego.

SĄD APELACYJNY ZWAŻYŁ CO NASTĘPUJE.

Apelacja okazała się bezzasadna.

Weryfikacja ustaleń faktycznych i ocen prawnych Sądu I instancji zmierza do wyjaśnienia czy zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, w tym opinie biegłych J. W. i P. H., dawał podstawy do ustalenia, że personel pozwanego Szpitala, w trakcie porodu pacjentki I. J. (1), dopuścił się błędu w sztuce, to jest czy jego postępowanie względem tej pacjentki było zgodne z zasadami staranności klinicznej i oparte na powszechnie obowiązującej wiedzy teoretycznej i praktycznej, a jeśli nie, to czy bezprawne zachowanie tegoż personelu pozostaje w związku przyczynowym ze szkodą powoda, to jest z jego stanem zdrowia, wyrażającym się w głębokim i nieodwracalnym upośledzeniu fizycznym i psychicznym. Okoliczności faktyczne związane ze stanem zdrowia powoda, sposobu i kosztów opieki nad nim nie są między stronami sporne, a w każdym razie, nie są przedmiotem zarzutów apelacyjnych. Nie budzi też – jak się

zdaje – wątpliwości to, że bezpośrednią przyczyną stanu zdrowia powoda było doznane przez jego matkę powikłanie śródporodowe, w postaci oddzielenia się u rodzącej I. J. (1) łożyska.

Nawiązując w tym miejscu do zarzutu bezzasadnego pominięcia przez Sąd Okręgowy dowodu z opinii instytutu, wskazanego przez stronę pozwaną, stwierdzić należy, że kodeks postępowania cywilnego nie zna instytucji, którą pozwany określa mianem „opinii sprawdzającej”. Przeprowadzony w sprawie dowód z opinii biegłego sąd ocenia w sposób swobodny (art. 233 § 1 k.p.c.), przy zastosowaniu zasad logiki i doświadczenia życiowego, to jest tych kryteriów, które ogólnie mają zastosowanie w procesie oceny dowodów. Specyfika dowodu z opinii biegłego nakazuje uwzględnić także inne czynniki, takie jak zrozumiałość, jasność wyводу biegłego, stanowczość i niesprzeczność formułowanych wniosków, konsekwencja w odpowiedzi na ewentualne zarzuty. Niewątpliwie ma też znaczenie dorobek naukowy i doświadczenie zawodowe biegłego. Zgodnie z art. 286 k.p.c., sąd może – w razie potrzeby – zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. W świetle tego unormowania, sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z opinii dalszych biegłych, jeżeli zachodzi taka potrzeba, a więc w szczególności wtedy, gdy przeprowadzona już opinia zawiera istotne luki, jest nieprzekonująca, niekompletna, pomija lub wadliwie przedstawia istotne okoliczności, nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, jest niejasna, nienależycie uzasadniona lub nieweryfikowalna. W judykaturze utrwalił się pogląd, iż sąd nie jest zobowiązany dopuścić dowód z opinii kolejnego biegłego, czy też opinii instytutu tylko z tej przyczyny, że dotychczasowa opinia była dla strony niekorzystna (zob. m.in. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 14 marca 2007 r., I CSK 465/06, OSP 2008, Nr 11, poz. 123; z dnia 27 lipca 2010 r., II CSK 119/10, nie publ. i z dnia 20 marca 2014 r., II CSK 296/13, nie publ.).

Podkreślić należy ponadto, że nie stanowi dostatecznej przeciwwagi dla dowodu z opinii biegłego z zakresu medycyny, dowód z zeznań lekarza, uczestniczącego w procedurze medycznej ocenianej przez biegłego. Lekarz taki słuchany jest w charakterze świadka a dowód z jego zeznań, mimo posiadania przez przesłuchiwanego wiedzy medycznej, nie może zastąpić dowodu z opinii biegłego, wobec stanowczego brzmienia art. 278 § 1 k.p.c. Oczywiście zeznania tego rodzaju świadków mają charakter szczególny i z tej racji mogą ułatwić sądowi właściwą ocenę opinii biegłego.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, ustalenia Sądu I instancji w rozpoznawanej sprawie są prawidłowe i mają oparcie w zgromadzonym materiale dowodowym, a w szczególności w opinii sadowo-lekarskiej biegłych Prof. zw. dr hab. med. J. W. i dr nauk medycznych P. H.. Do wniosków takich prowadzi ponowna analiza tych dowodów dokonana przez Sąd Apelacyjny w postępowaniu odwoławczym.

Z treści tej opinii, skonfrontowanej z pozostałym materiałem dowodowym, wynika bez wątpliwości, że bezpośrednią przyczyną stanu w jakim urodził się powód (i w jakim przez resztę życia pozostanie) jest powikłanie okołoporodowe jego matki w postaci odklejenia się łożyska, które u I. J. (1) nie manifestowało się w jednoznaczny sposób i w zasadzie nie było do przewidzenia. Powstaje zatem pytanie czy istnieje możliwość ustalenia przyczyny tego powikłania i czy przyczynę tę dało się przewidzieć i ewentualnie zapobiec jej wystąpieniu. W ocenie Sadu Apelacyjnego zasadniczą dla dalszego rozumowania kwestią jest to, że biegli w swojej opinii w ustalają, iż pierwotnym powikłaniem, które wystąpiło u I. J. (3) w trakcie akcji porodowej, było rozejście się (pęknięcie) macicy w bliźnie pooperacyjnej, czego konsekwencją było przedwczesne oddzielenie się łożyska. Pozwany Szpital kwestionował taki przebieg zdarzeń, zarzucając, iż z uwagi, między innymi, na usytuowanie łożyska, musiała zaistnieć inna (niezidentyfikowana) przyczyna jego oddzielenia się. Biegli zapoznali się z przedmiotowymi zarzutami, jednakże podtrzymali swoją opinię wskazując raz jeszcze, że najbardziej prawdopodobnym scenariuszem było: rozejście się macicy, oddzielenie się łożyska i wydalenie go do jamy brzusznej, zamartwica okołoporodowa powoda (dowód: opinia uzupełniająca k. 120). Wyjaśnili, że odwrotny przebieg zdarzeń świadczyłby o koincydencji dwóch opisywanych wyżej powikłań medycznych (pęknięcie macicy, oddzielenie łożyska), co jest nadzwyczaj nieprawdopodobne, a podstawą takiego wnioskowania jest ocena prawdopodobieństwa występowania opisywanych zdarzeń. W ocenie Sądu Apelacyjnego wyjaśnienie to jest przekonujące, zwłaszcza w świetle opinii biegłego D. A. (1), który przedmiotową sekwencję powikłań u I. J. (1) postrzega, na potrzeby własnej opinii, identycznie jak biegli W. i H. dowód: ustna opinia biegłego D. A. k. 110v).

Kolejnym istotnym elementem stanu faktycznego było ustalenie przez Sąd Okręgowy, że powikłanie w postaci rozejścia się bliźny pooperacyjnej macicy, mogło być z dużym prawdopodobieństwem rozpoznane wcześniej. Z

uwagi na to, że poprzednia ciąża I. J. (1) została ukończona przez cesarskie cięcie, konieczne (standardowe) było zbadanie przedmiotowej blizny, przed podjęciem decyzji o sposobie prowadzenia porodu. Biegli wskazali, że zgodnie z rekomendacjami opracowanymi przez (...) w 2008 r, blizna po cesarskim cięciu winna być zbadana metodą ultrasonograficzna. Jak wynika z dokumentacji lekarskiej takie badanie nie miało miejsca. Nawet gdyby przyjąć, jak twierdził pozwany, że takie badanie nie było objęte obowiązującymi u niego standardami, to nie odnotowano też, by blizna u powódki była badana w jakikolwiek inny sposób, np. palpacyjnie, mimo, iż biegli wskazywali na taką możliwość i na potrzebę wykonania takiego badania.

Po drugie, należy podkreślić, że o ile przedwczesne oddzielenie się łożyska jest, w trudne, a czasem niemożliwe, do przewidzenia, o tyle rozejście się macicy w bliźnie pooperacyjnej, w trakcie akcji porodowej, może zostać przewidziane w granicach takiego prawdopodobieństwa, które winno skutkować natychmiastową decyzją o wykonaniu cesarskiego cięcia. Powikłanie to manifestuje się (jest poprzedzone) wtórnym osłabieniem czynności skurczowej macicy, co jest parametrem mierzalnym, tj. wychwytywanym w zapisie KTG. Jak wynika z niekwestionowanych ustaleń faktycznych Sadu Okręgowego, czynność skurczowa macicy została po raz ostatni odnotowana w dokumentacji medycznej w o godzinie 5.45. O której godzinie funkcja ta uległa zaburzeniu nie sposób dociec, gdyż brak ciągłego zapisu KTG uniemożliwił uchwycenie ewentualnej patologii, mogącej świadczyć o zagrażającym pęknięciu macicy i konieczności wdrożenia właściwych procedur (wykonania cesarskiego cięcia).

Zarzuty pozwanego zmierzają do wykazania, że biegli stawiają poprzeczkę za wysoko, obwiniając jego personel o zaniechanie procedur (ciągły zapis KTG), których obowiązujące standardy (ustalane przy udziale biegłego W.) nie obejmują. Z zarzutem tym nie sposób się zgodzić. Pozwany powołuje się na dokument rekomendacji zespołu ekspertów (...) dotyczących opieki okołoporodowej i prowadzenia porodu, i wskazuje, że I. J. (1) nie znajdowała się w żadnej z sytuacji, które uzasadniałyby ciągły zapis KTG. Argument ten nie przekonuje w świetle treści opinii biegłych, którzy w pierwszej kolejności zwracają uwagę na to, że matka powoda była pacjentką szczególnej troski, z uwagi na to, że jej pierwszy poród nie odbył się siłami natury, lecz rozwiązany został za pomocą cesarskiego cięcia. Już ta okoliczność przemawia za tym, że względem matki powoda należało stosować podwyższone standardy a jej akcję porodową monitorować ze szczególną starannością. U takiej pacjentki należy przewidywać możliwość wystąpienia pewnego rodzaju komplikacji, nawet jeśli – jak u I. J. (1) – ciąża i pierwsza faza porodu przebiegają prawidłowo. W tej sytuacji pozostawienie I. J. (1) praktycznie bez nadzoru w ostatniej fazie porodu musi zostać ocenione, jako niedbalstwo. Od godziny 5⁴⁵ do 6²⁵ matka powoda była sama, położna zajmowała się inną kobietą. Położna miała w tym czasie możliwość odsłuchiwania tonu serca płodu, jednakże nadzór taki, nie był wystarczający, co potwierdził biegły J. W., słuchany na rozprawie w dniu 4 grudnia 2013 r (k. 142v)

Trzeba wreszcie podkreślić, że wskazywana przez biegłych potrzeba przestrzegania, w tym wypadku, niezwykle wysokich standardów, jest zrozumiała, jeśli uwzględni się z pozycję pozwanego, który jest jednostką specjalistyczną, zajmującą się, najogólniej rzecz biorąc, wieloaspektową opieką nad kobietami rodzącymi i opieką nad noworodkami.

Dlatego też przyjęcie przez Sąd Okręgowy, iż pozwanemu Szpitalowi można przypisać błąd w sztuce, to jest wywołane niedbalstwem zaniechanie określonych procedur medycznych, nie budzi wątpliwości.

Brak jest również podstaw by kwestionować ustalenia Sądu Okręgowego, jak chodzi o pozytywne przesądzenie związku przyczynowego pomiędzy opisanymi wyżej nieprawidłowościami, których pozwany dopuścił się w opiece nad matką powoda, a stanem zdrowia powoda. Wpierw jednak należy przypomnieć, że specyfika spraw o zadośćuczynienie strat i krzywd – powstałych u pacjentów placówek zdrowia, w związku z zaordynowanym im sposobem leczenia – wyraża się m.in. w tym, że nie jest możliwe pozyskanie wiedzy o pewności związku przyczynowego pomiędzy pogorszonym stanem zdrowia tego pacjenta a działaniem (zaniechaniem) pracowników tej placówki. Niedoskonałość poziomu nauki i wiedzy medycznej w tych sprawach nakazuje odwoływać się do prawdopodobieństwa takiego związku, z tym wszakże zastrzeżeniem, iż stopień takiego prawdopodobieństwa winien być bardzo wysoki. Pogląd taki został w orzecznictwie sądowym powszechnie zaaprobowany. W niniejszej sprawie można z wysokim prawdopodobieństwem twierdzić, że gdyby decyzja o cesarskim cięciu u matki powoda została podjęta odpowiednio wcześniej, miałyby to wpływ na stan

dziecka. Z kolei decyzja o cesarskim cięciu mogła być z dużym prawdopodobieństwem podjęta wcześniej, gdyby akcja porodowa u I. J. (1) była właściwie monitorowana.

Wreszcie też należy zauważyć, że do stanu powoda stanowczo przyczynił się zbyt długi czas pomiędzy wychwyceniem przez położną znaczącego już wówczas obniżenia tętna płodu, a urodzeniem się powoda (20 min.). Pozwany kwestionuje co prawda tę tezę wskazując iż konieczne do wykonania czynności (przygotowanie, przewiezenie, znieczulenie pacjentki) zajmują więcej niż 20 min, jednakże jego argumentacja nie przekonuje, jeśli weźmie się pod uwagę to, że od chwili zarejestrowania patologicznego zapisu akcji serca płodu do podjęcia decyzji o wykonaniu cesarskiego cięcia minęło 6 minut, kiedy to I. J. (1) mogła być już do zabiegu przygotowywana. Pozwany w swojej argumentacji nie bierze pod uwagę, że – jak wynika z opinii biegłych – w sytuacjach takich wyróżnia się aż 4 stopnie pilności wykonania cesarskiego cięcia. Stan matki powoda wskazywał na konieczność zabiegu w trybie najszybszym, tj. „natychmiastowo” (opinia k. 121). Ten element biegli uznają za jeden z czynników, które doprowadziły do złego stanu urodzeniowego powoda i w ocenie Sadu Apelacyjnego ocena ta nie budzi wątpliwości.

Wszystkie powyższe argumenty prowadzą do wniosku, iż stanowisko Sądu Okręgowego, jak chodzi o przesądzenie zasady odpowiedzialności pozwanego za szkodę powoda, nie może zostać podważone, gdyż oparte jest na niewadliwych ustaleniach faktycznych i prawidłowej ich ocenie na gruncie przepisów prawa materialnego (art. 430 k.c., 415 k.c., 361 k.c.).

Żądanie obniżenia wysokości świadczeń zasądzonych na rzecz powoda jest co prawda formalnie objęte zakresem apelacji, jednakże nie zostało poparte przez apelującego żadną polemiką. Stwierdzić zatem należy, że zakres i ogrom niedyspozycji zdrowotnej – która jest udziałem powoda, w związku z zawinionym zachowaniem pozwanego – usprawiedliwia zasądzenie na jego rzecz zadośćuczynienia w wysokości 900 000 zł. Powód definitywnie utracił wszelkie szanse życiowe, jakie są udziałem rodzącego się człowieka. Zasądzona suma jest adekwatna do kwot przyznawanych, tytułem zadośćuczynienia, w analogicznych wypadkach i nie prowadzi do naruszenia przepisu art. 445 k.c. Wysokość renty została poparta przez Sąd Okręgowy przytoczonymi wyżej drobiazgowymi ustaleniami, co do zakresu zwiększonych potrzeb powoda i kosztów ich zaspokojenia. Kwota 4 500 zł, zasądzona tytułem renty, stanowi sumę poszczególnych wydatków, których potrzeby i wyceny pozwany nie kwestionował w żaden sposób. Z tych przyczyn brak jest procesowych podstaw do ich weryfikacji.

Mając na względzie wszystkie powyższe uwagi Sąd Apelacyjny oddalił apelację powoda, jako bezzasadną, w oparciu o przepis art. 385 k.p.c. O kosztach postępowania apelacyjnego rozstrzygnięto na zasadzie art. 98 k.p.c. w zw. z art. 108 § 2 k.p.c.