

**Sygn. akt I C 308/15**

## WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Dnia 24 października 2016 r.**

**Sąd Okręgowy w Sieradzu I Wydział Cywilny**

w składzie:

Przewodniczący: SSO Przemysław Majkowski

Protokolant : sekr. Joanna Wołczyńska – Kalus

po rozpoznaniu w dniu 13 października 2016 r. w Sieradzu

na rozprawie

sprawy z powództwa B. K. (1) i P. K.

przeciwko (...) Spółka z o.o. w Z. z udziałem po stronie pozwanej interwenienta ubocznego (...) SA w W. Oddział (...) w Ł.

o odszkodowanie

1. zasądza od pozwanych (...) Spółka z o.o. w Z. i (...) SA w W. Oddział (...) w Ł. na rzecz powoda B. K. (1) kwotę 150.000,00 ( sto pięćdziesiąt tysięcy) zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 5 lutego 2010 r. do dnia zapłaty z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty,
2. zasądza od pozwanych (...) Spółka z o.o. w Z. i (...) SA w W. Oddział (...) w Ł. na rzecz powoda P. K. kwotę 150.000,00 ( sto pięćdziesiąt tysięcy) zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 5 lutego 2010 r. do dnia zapłaty z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty,
3. zasądza od pozwanych (...) Spółka z o.o. w Z. i (...) SA w W. Oddział (...) w Ł. na rzecz powoda B. K. (1) kwotę 20.500,00 ( dwadzieścia tysięcy pięćset) zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 5 lutego 2010 r. do dnia zapłaty z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty,
4. zasądza od pozwanych (...) Spółka z o.o. w Z. i (...) SA w W. Oddział (...) w Ł. na rzecz powoda P. K. kwotę 20.500,00 ( dwadzieścia tysięcy pięćset) zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 5 lutego 2010 r. do dnia zapłaty z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty
5. w pozostałym zakresie powództwo oddała,
6. zasądza od pozwanych (...) Spółka z o.o. w Z. i (...) SA w W. Oddział (...) w Ł. na rzecz powoda B. K. (1) kwotę 3.600,00 ( trzy tysiące sześćset ) zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa prawnego z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty,

7. zasądza od pozwanych (...) Spółka z o.o. w Z. i (...) SA w W. Oddział (...) w Ł. na rzecz powoda P. K. kwotę 3.600,00 ( trzy tysiące sześćset ) zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa prawnego z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty,

8. nie obciąża powodów B. K. (1) i P. K. kosztami procesu należnymi stronie pozwanej,

9. nakazuje pobrać solidarnie od pozwanych Szpitala (...) Spółka z o.o. w Z. i (...) SA w W. Oddział (...) w Ł. na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Sieradzu kwotę 12.500,00 ( dwanaście tysięcy pięćset ) zł tytułem obciążającej ich części opłaty sądowej oraz kwotę 2.053,00 ( dwa tysiące pięćdziesiąt trzy ) zł tytułem zwrotu części wydatków poniesionych w sprawie tymczasowo przez Skarb Państwa.

Sygn. akt I C 308/15

## UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 17 grudnia 2009 r. skierowanym do Sądu Okręgowego w Łodzi małoletni powód K. K. reprezentowany w sprawie przez swoich rodziców B. i P. K. wniósł o zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Z. na rzecz małoletniego powoda kwoty 500.000 zł tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę z odsetkami ustawowymi od daty wniesienia pozwu, o zasądzenie na rzecz małoletniego powoda renty w wysokości 1.000 zł miesięcznie tytułem naprawienia wyrządzonej szkody oraz o ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość. Nadto powód reprezentowany przez przedstawicieli ustawowych wniósł o zasądzenie od pozwanego na rzecz strony powodowej kosztów procesu według norm przepisanych, (pozew k. 3-10).

Postanowieniem z dnia 09 marca 2010 r. Sąd Okręgowy w Łodzi w sprawie o sygn. akt II C 1796/09 stwierdził swoją niewłaściwość miejscową i przekazał sprawę do rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Sieradzu, (postanowienie SO w Łodzi z dnia 09 marca 2010 r. k. 122).

W odpowiedzi na pozew pełnomocnik pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Z. wniósł o oddalenie powództwa w całości, o zawiadomienie (...) S.A. Oddział Okręgowy w Ł. o toczącym się postępowaniu oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, (opowiedz na pozew k. 130-136).

Interwenient uboczny (...) S.A. Centrum Likwidacji S. z siedzibą w Ł. wniósł o oddalenie powództwa w całości. Wniósł także

o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych. W uzasadnieniu swojego stanowiska interwenient wskazał, że podczas prowadzenia porodu w pozwanym szpitalu nie popełniono błędu medycznego, jak również nie zaistniały przesłanki do rozwiązania ciąży drogą cięcia cesarskiego, (interwencja uboczna – k. 244-245).

W piśmie z dnia 17 października 2011 r. pełnomocnik K. K. zmienił żądanie pozwu w pkt 2 dotyczącym wysokości renty i wniósł o zasądzenie na rzecz powoda miesięcznej renty w wysokości 3.000 zł, (pismo pełnomocnika K. K. k. 429-442).

W piśmie z dnia 17 listopada 2011 r. pełnomocnik K. K. rozszerzył powództwo i wniósł o zasądzenie na rzecz powoda również odszkodowania odpowiadającego wysokością kwocie kosztów poniesionych w związku z zaistniałym u wymienionego rozstrojem zdrowia, (pismo pełnomocnika K. K. k. 535-549, 641-642).

Postanowieniem z dnia 11 lipca 2014 r. w sprawie o sygn. akt I C 68/10 Sąd Okręgowy w Sieradzu zawiesił postępowanie w niniejszej sprawie z uwagi na śmierć powoda, (postanowienie SO w Sieradzu z dnia 11 lipca 2014 r. k. 863).

Postanowieniem z dnia 09 grudnia 2015 r. Sąd Okręgowy w Sieradzu w sprawie o sygn. akt I C 68/10 na wniosek pełnomocnika powoda, który przedłożył akt poświadczenia dziedziczenia z którego wynika, że następcami prawnymi

powoda są rodzice B. i K. K., podjął zawieszono postępowanie w sprawie, (postanowienie SO w Sieradzu z dnia 09 grudnia 2015 r. k. 878).

### **Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:**

B. K. (1) zaszła w ciążę pierwszy raz w roku 2005 r. Ciąża ta zakończyła się po około siedmiu tygodniach poronieniem. W drugą ciążę B. K. (1) zaszła w roku 2006 r. i ciążę tę donosiła, rodząc w drodze cięcia cesarskiego żywą córką donoszoną, wagi 3150 g, która otrzymała 10 pkt w skali A. po porodzie. Wskazaniami do zakończenia tej ciąży donoszonej, cięciem cesarskim był rozpoznany „stosunek główkowo-miedniczy z przyczyn matczynych”. W trzecią ciążę B. K. (1) zaszła w roku 2007 r. Ciąża ta była kontrolowana w obrębie Prywatnego Gabinetu Lekarskiego w S., prowadzonego przez specjalistę ginekologa-położnika A. B. i w czasie jej przebiegu nie zachodziła potrzeba hospitalizacji ciężarnej. W trakcie ciąży z uwagi na znaczną odległość z miejsca zamieszkania B. K. (1) do gabinetu lekarskiego lek. med. D. B. wymieniona pacjentka zmieniła lekarza prowadzącego na lek. med. P. T., prowadzącego Prywatny Gabinet Lekarski w Z.. Ostatnia wizyta B. K. (1) w Prywatnym Gabinetcie Położniczo-Lekarskim odbyła się w dniu 30 lipca 2008 r. tzn. w 38 tygodniu rozwoju ciąży. Przewidywana data porodu została przez lekarza prowadzącego ustalona na dzień 07 lipca 2008 r. (według reguły N.), natomiast w oparciu o wykonane w okresie przedszpitalnym pomiary biometryczne tzn. badanie USG data ta została ustalona na 12 lipca 2008 r. W dniu 12 lipca 2008 r. ciężarna zgłosiła się samodzielnie do Szpitala w Z., ponieważ odczuwała pojawienie się bóli odcinka lędźwiowo-krzyżowego oraz okolicy dołu jamy brzusznej. Nadto B. K. (1) pamiętała, że wspomniane powyżej badanie USG właśnie na ten dzień ustalało przewidywany termin porodu. Przy zgłoszeniu do Szpitala ciężarna regularnie odczuwała ruchy płodu, potwierdzono zachowany pęcherz płodowy, jej temperatura podstawowa pozostawała do czasu porodu w zakresie normy. Na Izbie Położniczej tego Szpitala (...) została przyjęta przez specjalistę położnika- ginekologa lek. med. P. T., który był lekarzem opiekującym się tą pacjentką w ostatnich miesiącach opieki przedszpitalnej. W dalszym przebiegu hospitalizacji zakwalifikowano ciężarną do porodu drogami natury i jak wynika z zapisów karty położniczej systematycznie oceniano słuchowo akcję serca płodu, opisując także narastanie regularnej czynności skurczowej macicy. Wody płodowe odeszły B. K. (1) w dniu 21 lipca 2008 r. około godziny 17:00, płyn owodniowy był czysty, część przodująca- główka płodu przyparta do wchodu. Około godziny 18:00 zlecono podanie ciężarnej kroplówki naskurczowej w postaci wlewu płynu białego- glukozy z 5 jednostkami O. i po tym czasie obserwowano nasilenie skurczów macicy z postępującym rozwarciem szyjki macicy. Stosowano nadzór KTG. Około godziny 21:00 stwierdzono 8 cm rozwarcie szyjki macicy. Około godziny 22:00 dnia 12 lipca 2008 r. doszło do porodu, w wyniku czego ciężarna urodziła noworodka donoszonego, płci męskiej, wagi 3100 g, który otrzymał w punktacji A. 0 pkt. W stosunku do noworodka zespół medyczny podjął natychmiast działania resuscytacyjne. U pacjentki stwierdzono natomiast niepełne wydalenie łożyska i w związku z tym przeprowadzono instrumentalne wyłęczekowanie jamy macicy, zszywając wcześniej nacięte do tego porodu krocze. Poród odbył się z zastosowaniem kleszczy położniczych. B. K. (1) została wypisana ze Szpitala w Z. w dniu 15 lipca 2008 r. bez powikłań okresu połogowego. Noworodek urodzony siłami natury z punktacją po porodzie w skali A. „0” pkt był bezpośrednio po porodzie resuscytowany, dokonywano wentylacji aparatem A., a także prowadzono reanimację tzn. masaż zewnętrzny serca i po 3 minutach uzyskano regularną czynność serca o częstości około 80/min, po 10 minutach noworodka zaintubowano i nadal wentylowano aparatem A.. Noworodkowi założono kontakt żylny przez cewnik do pępownicy. Po 25-30 minutach pojawiła się samodzielna akcja oddechowa. Stwierdzono wówczas, że stan ogólny noworodka jest bardzo ciężki, rozpoznano wiotkość ciała, brak reakcji na bodźce zewnętrzne, źrenice sztywne bez reakcji na światło, samodzielna akcja oddechowa nieregularna i w związku z tym podłączono noworodka do wentylacji mechanicznej ( (...)) z kontrolą saturacji krwi przy użyciu pulsoksymetru. Stwierdzono miarową akcję serca o częstości 130-150/ min. Wspomniany cewnik założony do naczynia żylnego przez pępownicę wysunął się. Rozpoznano u noworodka zamartwicę, niewydolność oddechową, konieczność obserwacji centralnego układu nerwowego. Telefonicznie uzgodniono pilny przewóz noworodka do Klinicznego Oddziału (...) w Ł.. Od dnia 13 lipca 2008 r. do dnia 08 września 2008 r. noworodek przebywał w Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii Szpitala (...) w Ł. przy ulicy (...), gdzie rozpoznano przy przyjęciu: zamartwicę oraz encefalopatię niedokrwiennie-niedotlenieniową. Badanie RTG klatki piersiowej wykonano w dniu 14 lipca 2008 r. wykazując cechy typowe dla osób, u których zastosowano wentylację sztuczną, natomiast nie stwierdzano cech zapalnych. U noworodka stwierdzono brak poprawy w prowadzonym farmakologicznym zwalczaniu drgawek i drżeń.

W dalszym przebiegu leczenia rozpoznawano infekcję grzybiczą i bakteryjną, w wyniku czego doszło do posocznicy grzybiczej i bakteryjnej. W przebiegu leczenia stwierdzono, że pomimo intensywnych działań stan neurologiczny uległ niewielkiej tylko poprawie, a noworodek pozostaje w płytkiej śpiączce z gotowością drgawkową. W kolejnym badaniu USG stwierdzono cechy poencefalii. W badaniu okulistycznym stwierdzano obustronny zanik nerwów wzrokowych. Badaniem zewnętrznym stwierdzono zmiany na skórze głowy pod postacią guzków chrzęstnych. W listopadzie 2008 r. powód przebywał na Oddziale P.-Obserwacyjnym Szpitala w Ł. z powodu zapalenia płuc. Po 11 dniach pobytu został wypisany w stanie poprawy stanu ogólnego i ustąpienia objawów zapalnych w płucach. W grudniu 2008 r. do stycznia 2009 r. powód był hospitalizowany w Oddziale Intensywnej Terapii Anestezjologii Szpitala (...) w Ł. z powodu niewydolności oddechowej w przebiegu zapalenia płuc. Po dwudziestu ośmiu dobach powód został wypisany w stanie stabilnym pod dalszą opiekę Hospicjum (...). W lutym-marcu 2009 r. K. K. przebywał na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pediatrycznej w (...) w Ł. z powodu zapalenia płuc i niewydolności oddechowej. Ponownie był leczony z tego samego powodu na Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii Szpitala (...) w Ł. w kwietniu i listopadzie 2009 r. W okresie późniejszym powód K. K. był jeszcze wielokrotnie hospitalizowany w różnych placówkach leczniczych.

Przed porodem B. K. (1) pracowała jako szwaczka w zakładach (...) w Z. i zarabiała z tego tytułu około 1200 zł miesięcznie. Po urodzeniu się dziecka sytuacja finansowa rodziny K. pogorszyła się. W tym okresie pracował jedynie P. K.. Z uwagi na konieczność opieki nad nowonarodzonym synem oraz dwuletnią córką B. K. (1) musiała zrezygnować z pracy. Ojciec dziecka po pewnym czasie uzyskał świadczenie dla opiekuna dziecka niepełnosprawnego początkowo w kwocie 400 zł, następnie w kwocie 520 zł, a potem świadczenie to w kwocie 620 zł uzyskiwała matka dziecka. Do tego rodzice dziecka otrzymywali zasiłek opiekuńczy w kwocie 150 złotych. Syn stron wymagał opieki całodobowej. W opiece tej P. K. oraz B. K. (1) pomagali członkowie ich rodziny. Koszty utrzymania K. K. w pierwszych miesiącach jego życia nie różniły się od kosztów utrzymania zdrowego dziecka. Dopiero od lutego 2010 r. P. K. oraz B. K. (1) musieli zacząć kupować synowi specjalne rurki do oddychania, których koszt wynosił około 300 zł miesięcznie. W okresie tym B. K. (1) nie mogła syna karmić naturalnie, z uwagi na jego schorzenia musiał przyjmować pokarm modyfikowany w postaci mleka, na które nie było zniżki. Koszt zakupu tego pokarmu wynosił miesięcznie około 250 zł. W późniejszym okresie K. K. zaczął spożywać gotowe pokarmy tarte. Rodzice musieli kupować tych pokarmów więcej albowiem syn karmiony był przez sondę. Koszty związane z przygotowaniem pokarmów w zwiększonej ilości, w tym koszt zużytej wody do mycia, koszt prądu, gazu B. K. (1) określiła na około 400 zł miesięcznie. Syn stron zużywał też więcej pampersów niż zdrowe niemowlę. Środki higieny, w tym maści przeciwoleżynowe, kosztowały 300 zł ponad to, co rodzice wydaliłyby na zdrowe dziecko. Dodatkowo rodzice kupowali synowi gaziki, bo bardzo się ślinił oraz specjalny proszek do prania albowiem dziecko przez swój stan zdrowia często brudziło pościel i ubrania. Koszt zakupu tego proszku to około 100 zł miesięcznie. K. K. z uwagi na swój stan fizyczny niemal cały czas chorował. Koszt zakupu leków dla dziecka wynosił około 300-400 zł miesięcznie. Po urodzeniu się K. K. rodzice poddawali go stałej rehabilitacji, której miesięczny koszt wynosił około 1.400 zł. Rehabilitacja trwała niemal do końca jego życia, trzy miesiące przed śmiercią dziecka rodzice jej zaniechali, albowiem nie mieli pieniędzy. W 2009 r. Prokuratura Rejonowa w Zduńskiej Woli prowadziła postępowanie w sprawie o narażanie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu K. K. przez personel medyczny szpitala w Z., które zakończyło się umorzeniem dochodzenia wobec braku znamion czynu zabronionego. W dniu 01 lipca 2014 r. powód K. K. zmarł, (dowód: dokumentacja medyczna dot. K. K. oraz B. K. (1) k. 11-38, 62-121, 177-201, 202-234, 299-313, zeznania powoda k. 400, zeznania powódki- k. 251v-252, zeznania świadka W. S. k. 272-273, zeznania świadka P. T.- k. 273v-274, zeznania świadka E. K. (1) k. 274v-275, zeznania świadka A. B. k. 291v-292, zeznania świadka B. K. (2) k. 292v- 293, zeznania świadka E. K. (2) k. 293, kserokopia odpisu skróconego aktu zgonu k. 861, kserokopia postanowienia o umorzeniu dochodzenia k. 735, faktury VAT k. 565-638, zeznania powódki- protokół rozprawy z dnia 13 października 2016 r.- 00:08:34-00:40:24 w zw. z k. 952v-953).

Biegły z dziedziny ortopedii oraz traumatologii stwierdził, że budowa miednicy B. K. (1) jest prawidłowa, a jej kształty nie stwarzały trudności w odbyciu porodu fizjologicznego. Problemy z chodzeniem B. K. (1) są normalnym następstwem porodu. Rozciągnięcie miednicy przy porodzie jest przyczyną problemów z chodzeniem. Różny jest czas

powrotu miednicy do pierwotnego stanu. W zależności od położnicy może on być krótszy lub dłuższy i dochodzi nawet do kilku tygodni, (dowód: opinia biegłego z zakresu ortopedii i traumatologii k. 411, k. 446v).

Biegły neurolog opiniujący w niniejszej sprawie stwierdził, że stan powoda do chwili badania małoletniego K. K. nie uległ zmianie, nadal był dzieckiem leżącym, nie zmieniającym pozycji ciała, z niedowładem spastycznym czterokończynowym i padaczką objawową. Pomimo intensywnej rehabilitacji stan powoda nie uległ poprawie. Z powodu zaburzeń oddychania wymagał trachostomii, a z - powodu zaburzeń w odżywianiu- założenia P.. Napady padaczkowe, pomimo leczenia, występowały nadal. Stan powoda wynikał z encefalopatii niedotlenieniowo-niedokrwiennej. Skutkiem uszkodzeń jest całkowita utrata zdolności do pracy powoda. Biegły wskazał, że powód będzie dzieckiem leżącym, wymagającym całodobowej opieki osoby trzeciej. Perspektywy rozwoju intelektualnego, fizycznego i psychicznego, zawodowego są znikome. Rozmiar cierpień fizycznych i psychicznych powoda jest znacznego stopnia. W ocenie biegłego stan zdrowia powoda należy wiązać z niedotlenieniem i niedokrwieniem okołoporodowym, (dowód: opinia biegłego neurologa k. 484-488, opinia uzupełniająca k. 666-668 , opinia uzupełniająca k. 713-714, opinia uzupełniająca 797-798).

Biegły z dziedziny chorób zakaźnych, epidemiologii, hepatologii ustalił, że ewentualne zakażenia wewnątrzmaciczne i w trakcie porodu nie miało decydującego wpływu na dalszy przebieg zakażenia powoda, nie można go jednak całkowicie wykluczyć. Przyczyną decydującą były zmiany niedokrwienno -niedotlenieniowe mózgu, które spowodowały obniżenie oporności na zakażenia organizmu chorego i wystąpienia zakażenia różnymi patogenami w trakcie pobytów szpitalnych szczególnie w oddziale Intensywnej Terapii. Tego rodzaju niepomyślne wydarzenia w tym przypadku były nie do uniknięcia, (dowód: opinia biegłego z dziedziny chorób zakaźnych, epidemiologii, hepatologii k. 373-380).

Biegła z dziedziny pediatrii oraz neonatologii stwierdziła, że przyczyna obecnego stanu dziecka jest złożona i nie da się wskazać jednoznacznie głównego powodu. Z punktu widzenia neonatologa głównymi przyczynami ciężkiego stanu tego noworodka było niedotlenienie wewnątrzmaciczne i okołoporodowe (możliwość zaciśnięcia pępowiny niewydolność łożyska) oraz infekcja wewnątrzmaciczna. Mimo prawidłowego postępowania po porodzie z noworodkiem rozwinęła się posocznica czego wynikiem są następstwa w postaci encefalopatii niedokrwienno-niedotlenieniowej padaczki i postaci ciężkiego dziecięcego porażenia mózgowego. Opierając się na opiniach specjalistów ginekologów jak i po analizie badań u noworodka nie wydaje się żeby założenie kleszczy jak również prowadzenie porodu drogami naturalnymi miało decydujący wpływ na stan noworodka, a tym samym również obecny stan zdrowia powoda. (dowód: opinia biegłego pediatry oraz neonatologa k. 507-511, k. 832-834)

Najistotniejszą z punktu widzenia ustalenia stanu faktycznego oraz rozstrzygnięcia niniejszej sprawy okazała się opinia biegłego z dziedziny ginekologii-położnictwa. Sąd w przedmiotowym postępowaniu dopuścił dowód z opinii dwóch lekarzy specjalności ginekolog-położnik, prof. dr. hab. T. P. oraz dr n. med. M. C., którzy niezależnie od siebie wydali dwie odmienne w swej treści opinie. Z powodów, które będą przytoczone w dalszej części pisemnych motywów rozstrzygnięcia, Sąd za podstawę czynionych ustaleń faktycznych uznał opinię dr n. med. M. C.. Biegły ten w swej opinii uznał, że po przyjęciu do porodu II, brano pod uwagę wywiad z ciąży II, gdyż wiadano, że jest to stan po cięciu cesarskim. „Dysproporcja funkcjonalna" zawierała pojęcia: brak postępu porodu i zagrażają zamartwicę. Nie wzięto pod uwagę posiewu z pochwy po odejściu wód płodowych w ciąży II, gdyż nie wykonano posiewu na obecność (...) w ciąży III. Brak wykonania badania USG i zmierzenia wymiarów miednicy a szczególnie sprzężonej zewnętrznej w czasie porodu, świadczy o braku staranności i ostrożności zawodowej pracowników pozwanego szpitala. Dalej biegły stwierdził, iż słusznie postąpiono decydując o porodzie z ciąży III na drodze naturalnej, pod warunkiem wzmoczonego nadzoru nad rodzącą, stanem płodu (ciągłe KTG śródporodowe, badanie pH ze skalp płodu) i gotowości sali operacyjnej do wykonania cięcia cesarskiego. Słusznie postąpiono podając rodzącej leki naskurczowe (oksytocynę), pod warunkiem nie przekraczania zalecanej dawki i nie wywołania hiperstymulacji macicy, grożącej pęknięciem śródporodowym macicy i niedotlenieniem wewnątrzmacicznym płodu. Przyczyny zastosowania kleszczy w przypadku porodu powoda są trudne do określenia, gdyż nie wynikają szczegółowo z dokumentacji medycznej i zeznań personelu szpitala. Sądząc ze stanu urodzeniowego noworodka, była to na pierwszym miejscu zagrażająca wewnątrzmaciczna zamartwica płodu w II okresie porodu. Uciski na brzuch rodzącej w trakcie końca

porodu główkowego, rozumiane jako zabieg K., są nieuznaną praktyką lekarską. Używanie do ukończenia porodu kleszczy położniczych, w przypadku niestosunku płodowo-miedniczego, jest niedopuszczalną metodą udzielania pomocy położniczej. Opieka przedporodowa szpitala oraz opieka położnicza w trakcie porodu uwzględniła dane z wywiadu rodzącej, zakończenia jej ciąży II, z którego nie wynikało, że jednostka matczyna jest dotknięta sytuacją ortopedyczną, polegającą na nieprawidłowych zwężeniach kanału kostnego, ponieważ w trakcie tamtej ciąży i w czasie porodu nie zmierzono wymiarów miednicy. Zakwalifikować powódkę do elektywnego cięcia cesarskiego po rozpoczęciu II porodu należałoby wtedy, kiedy występowałyby objawy rozchodzenia się blizny po cięciu cesarskim i po istniejącej w poprzedniej ciąży niewspółmierności porodowej, jako wskazania do cięcia lub wystąpieniu jeszcze dodatkowych wskazań do cięcia cesarskiego w ciąży i w czasie porodu. Wykonanie elektywnego cięcia cesarskiego pozwoliłoby uniknąć ciężkiej zamartwicy płodu z zakażeniem wewnątrzmacicznym okołoporodowym, które nastąpiło po odejściu wód płodowych i nasiliło niewydolność oddechową noworodka. Do niedotlenienia okołoporodowego (zakłócenie drogi tlenu), zamartwicy i ostrego porodowego hipoksemicznego uszkodzenia neurologicznego w postaci mózgowego porażenia dziecięcego noworodka musiały doprowadzić zwolnienia w tętnie płodu pod koniec I okresu i w czasie II okresu porodu na tle ucisku na pępowinę lub niewydolności łożyska, które nie zostały w porę wychwycone, lub mogło dojść do przedwczesnego odklejenia (oddzielenia) łożyska w II okresie, a zakładanie kleszczy i zabieg K. były rozpaczliwym działaniem ratunkowym. Zbyt mała miednica rodzącej, miednica o nieprawidłowej budowie może zaburzać mechanizm porodu i być przyczyną niewspółmierności porodowej, ale nie może zaburzać postępu porodu. Przyczyny stanu zdrowia małoletniego powoda to: ciężka zamartwica, encefalopatia niedokrwiennoniedotlenieniowa, posocznica grzybicza, posocznica bakteryjna. Stan zdrowia powoda ma bardzo duży związek z przebiegiem porodu. Decyzje medyczne co do sposobu rozwiązania ciąży były prawidłowe pod warunkiem zapewnienia wzmoczonego nadzoru nad rodzącą i płodem w gotowości sali operacyjnej. Procedury medyczne stosowane przy przyjęciu matki powoda do szpitala w celu odbycia porodu były niekompletne, gdyż nie uwzględniły zmierzenia wymiarów miednicy, wykonania badania USG z uwzględnieniem grubości blizny po cięciu cesarskim i określenia szacunkowej masy płodu. Nie wzięto pod uwagę (...) rodzącej. Między godz. 17:30 i 19:30 nie było postępu porodu (rozwarcie szyjki macicy 6 cm), mimo kroplówki naskurczowej z O. od godz. 18:00; można było wtedy podjąć decyzję o cięciu cesarskim zamiast w dalszym ciągu prowadzić poród drogami natury. Zakładając, że do niedotlenienia u powoda doszło w II okresie porodu - gdyby zamiast kleszczy zastosowano natychmiast cięcie cesarskie to stan zdrowia powoda mógł być o wiele lepszy, pod warunkiem gotowości sali operacyjnej, odłączenia kroplówki naskurczowej, zastosowania resuscytacji wewnątrzmacicznej płodu i przy nieoklejającym się przedwcześnie łożysku. Z perspektywy czasu można wyciągnąć wniosek, że lepszym rozwiązaniem w II okresie porodu byłoby cięcie cesarskie, które by zmniejszyło ryzyko infekcji płodu w czasie przechodzenia przez kanał rodny. Nie doszło by również do zmian następowych na główce noworodka po założeniu kleszczy. Na początku porodu nie istniała potrzeba wykonania cięcia cesarskiego, natomiast pod koniec I okresu i w II okresie, taka potrzeba coraz wyraźniej klarowała się i mogła zastąpić decyzję o założeniu kleszczy. (dowód: opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa M. C. k. 885-889).

Opiniując uzupełniająco biegły dr n. med. M. C. podał, że gdyby w przypadku matki K. K. podjęto decyzję o zakończeniu ciąży na drodze cięcia cesarskiego na początku I okresu porodu, w pierwszych godzinach po przybyciu na salę porodową, jeszcze przed amiotomią, można by oczekiwać, że K. K. urodziłby się w dobrym stanie. Za optymalny moment wykonania cięcia cesarskiego biegły wskazał okres czasowy między godziną 14:00 a godziną 17:00 w dniu 12.07.2008r., w I okresie porodu. Zdaniem biegłego w przypadku porodu K. K. nie można mówić o istnieniu wzmoczonego nadzoru nad rodzącą, stanem płodu i gotowości sali operacyjnej do wykonania cięcia cesarskiego. W przypadku B. K. (1) wybór sposobu porodu drogami i siłami natury miał swoje podwyższone ryzyko jako stan po cięciu cesarskim. Tak samo kolejne cięcie cesarskie ma też swoje podwyższone ryzyko, jako kolejny zabieg operacyjny. Oba ryzyka są podobne. W przypadku B. K. (1) nie doszło o przekroczenia zalecanej dawki oksytocyny, gdyż nie wystąpiły hiperstymulacja macicy oraz jej pęknięcie. Zdaniem biegłego zamiast próby założenia kleszczy, lepszym rozwiązaniem byłoby wykonanie cięcia cesarskiego po uprzedniej relaksacji macicy F. 25 ug, podanym powoli - dożylnie. Tak samo należałoby postąpić po nieudanej próbie założenia kleszczy. Po wykonaniu cięcia cesarskiego po uprzedniej relaksacji macicy i resuscytacji wewnątrzmacicznej płodu F., należałoby oczekiwać lepszego stanu urodzeniowego noworodka, niż po porodzie drogami natury. Brak wychwycenia w porę w I i II okresie porodu ucisku na pępowinę lub niewydolności łożyska lub przedwczesnego odklejenia łożyska w II okresie porodu prowadzące do zwolnienia tętna

plodu i w następstwie - do niedotlenienia okołoporodowego, zamartwicy i mózgowego porażenia dziecięcego - było niedopatrzaniem ze strony bezimiennych pracowników pozwanego Szpitala w kontekście obowiązku zapewnienia wzmoczonego nadzoru nad rodzącą i stanem płodu. Wychwycenie we właściwym czasie tego stanu spowodowałyby podjęcie innych decyzji co do sposobu zakończenia porodu np. drogą cięcia cesarskiego. Stan zdrowia noworodka po urodzeniu byłby lepszy. Związek stanu zdrowia K. K. z przebiegiem porodu polegał na: nieuchwyceniu lub braku reakcji na zaburzenie w tętnie płodu w czasie porodu, co doprowadziło do bardzo głębokiej zamartwicy, braku zmiany decyzji odnośnie drogi porodu, braku reakcji na niewykonany posiew w kierunku (...) w tej ciąży, skoro był dodatni w poprzedniej ciąży, - braku współpracy z rodzącą. Wykonanie cięcia cesarskiego w każdym okresie porodu, byłoby lepszym rozwiązaniem od porodu drogami natury. W przypadku ciąży III, porodu II, nie można mówić o istnieniu wzmoczonego nadzoru nad rodzącą i płodem. Procedury medyczne, których nie wykonano przy przyjmowaniu B. K. (1) do szpitala w celu odbycia porodu, mogły mieć wpływ na decyzję co do wyboru metody porodu lub na postępowanie medyczne w trakcie porodu. Między godziną 17:30 a 19:30 rozwarcie szyjki macicy wynosiło 6 cm, mogła być wówczas podjęta decyzja o wykonaniu cięcia cesarskiego zamiast kontynuowania porodu drogami natury. Istniał obowiązek zapewnienia wzmoczonego nadzoru nad rodzącą i stanem płodu. Im bliżej początku I okresu porodu zostałyby wykonane cięcia cesarskie stan urodzeniowy noworodka byłby lepszy, natomiast im bliżej II okresu porodu, stan urodzeniowy noworodka byłby gorszy. Prawdopodobnie decyzją do założenia kleszczy było zaburzenie tętna płodu (zagrożająca wewnątrzmaciczna zamartwica) o czym świadczy stan urodzeniowy noworodka. Wymagało to szybkiego zakończenia porodu - stąd decyzja w danym momencie była właściwa. Zabieg założenia kleszczy trwa krócej od wykonania cięcia cesarskiego, stąd prawdopodobnie taka decyzja lekarza prowadzącego. Nieudana próba założenia kleszczy pogłębiła wewnątrzmaciczne niedotlenie płodu przez przedłużenie II okresu porodu. Pod koniec I okresu i w II okresie, przy ewidentnych zwolnieniach w tętnie płodu, powinna być podjęta decyzja o wykonaniu cięcia cesarskiego. Stan zdrowia K. K. po urodzeniu byłby lepszy. Próba założenia kleszczy nie powiodła się z powodu „płużenia się” (spadania) pionowego lub poziomego łyżek kleszczy z główki płodu przy traktacji. Pomiędzy nieudaną próbą założenia kleszczy, a urodzeniem dziecka 10 min później, mogły być podjęte próby zakończenia porodu drogą cięcia cesarskiego po odłączeniu kroplówki z O. i resuscytacji wewnątrzmacicznej F.. Być może stan urodzeniowy noworodka byłby lepszy, przy gotowości sali operacyjnej. Skoro podjęto próbę porodu drogami i siłami natury (stan po cięciu cesarskim), nie zapewniono wzmoczonego nadzoru nad rodzącą i płodem w postaci: gotowości sali operacyjnej, zmierzenia wymiarów miednicy, wykonania USG okołoporodowego, wykonania ciągłego śródporodowego KTG, badania pH (gazometrii) ze skalpu płodu przy wystąpieniu wahań w tętnie płodu. Przez brak ścisłego nadzoru, nie można było podjąć odpowiedniej decyzji w odpowiednim czasie, między innymi decyzji o cięciu cesarskim. Doszło więc do przeoczenia zwolnień w tętnie płodu i głębokiej zamartwicy wewnątrzmacicznej oraz infekcji florą patologiczną pochwy po amniotomii, w trakcie porodu przez kanał rodny, szczególnie w II okresie. Gdyby w trakcie wizyt B. K. (1) w czasie ciąży w poradni K zmierzono wymiary miednicy, pobrano wymaz na obecność (...), wdrożono leczenie małopłytkowości i zalecono badanie KTG w ostatnich tygodniach ciąży, to decyzja co do wyboru metody zakończenia ciąży mogła być inna np. drogą cięcia cesarskiego skutkująca urodzeniem zdrowego noworodka. W świetle „Rekomendacje (...) Towarzystwa Ginekologicznego. Cięcie cesarskie”, należy uznać, że zakwalifikowanie kobiety rodzącej po przebytych cięciu cesarskim do porodu drogami rodnymi wymaga wyrażenia świadomej zgody na próbę porodu drogami rodnymi (drogami natury). W trakcie porodu nie wykonano w pełni zaleceń (...)Kierunki postępowania u ciężarnych i rodzących po przebytych cięciu cesarskim”. Wymienione nieprawidłowości podczas prowadzenia ciąży i porodu miały wpływ na stan urodzeniowy dziecka w około 60-70 %, ponieważ ciąża i poród zawsze są pewna niewiadomą, w których wszystkiego w 100 % nie da się przewidzieć. Stąd też, zdaniem biegłego, biorąc się rozbieżności w opiniach biegłych, (dowód: opinie uzupełniająca biegłego z zakresu położnictwa i ginekologii M. C. k. 917-918).

Sąd uznał złożone do akt sprawy dokumenty dotyczące stanu zdrowia powoda, jego matki, kosztów utrzymania itp. za wiarygodne, przede wszystkim dokumenty urzędowe. Zostały one sporządzone w odpowiedniej formie przez uprawnione do tego organy i w ramach ich kompetencji, odpowiadając tym samym dyspozycji art. 244 § 1 k.p.c. Zgodnie z treścią art. 244 § 1 k.p.c., dokumenty urzędowe, sporządzone w przepisanej formie przez powołane do tego organy władzy publicznej i inne organy państwowe w zakresie ich działania, stanowią dowód tego, co zostało w nich urzędowo zaświadczone. Dokumenty prywatne, a za takie uznać należy korespondencję wymienioną przez strony

przed zawiśnięciem między nimi sporu, zostały również uznane za wiarygodne. W postępowaniu cywilnym dokument prywatny stanowi dowód tego, że osoba, która go podpisała, złożyła oświadczenie zawarte w dokumencie - art. 245 k.p.c. Autentyczność dokumentów prywatnych i urzędowych oraz prawdziwość treści dokumentów urzędowych nie była kwestionowana przez żadną ze stron w oparciu o treść art. 232 k.p.c. w zw. z art. 252 k.p.c. i art. 253 k.p.c. Także Sąd nie znalazł podstaw do tego, aby uczynić to z urzędu. Tym samym okazały się one przydatne w sprawie, stając się podstawą powyższych ustaleń faktycznych. Okoliczność, że żadna ze stron nie kwestionowała treści kserokopii dokumentów znajdujących się w aktach sprawy pozwoliła na potraktowanie tych kopii jako dowodów pośrednich istnienia dokumentów o treści im odpowiadającej. Dokonując ustaleń faktycznych Sąd oparł się także na zeznaniach powodów B. K. (1) oraz P. K., zeznaniach świadków W. S., P. T., E. K. (1), A. B., B. K. (2), E. K. (2), i dowodach z opinii biegłych lekarzy różnych specjalności.

Cały przebieg porodu, który miał miejsce w dniu 12 lipca 2008 Sąd ustalił w oparciu o dokumenty, zeznania powódki oraz powoda, świadków W. S., P. T., E. K. (1), A. B., B. K. (2), E. K. (2) oraz opinie biegłych. Odnośnie oceny prawidłowości prowadzenia porodu Sąd musiał zasięgnąć wiadomości specjalnych i w tym celu dopuścił dowód z opinii biegłych lekarzy różnych specjalności. W tym celu w pierwszej kolejności dopuścił dowód z opinii biegłego ginekologa-położnika prof. dr. hab. T. P.. Dokonując ustaleń faktycznych Sąd pominął jednak dowód z tej opinii, albowiem biegły, w ocenie Sądu nie był w stanie kategorycznie i jednoznacznie wypowiedzieć się co było przyczyną stanu zdrowia K. K. po jego urodzeniu. Biegły w swej opinii potrafił ograniczyć się jedynie do przypuszczeń co do przyczyn stanu zdrowia dziecka po jego urodzeniu, na podstawie których Sąd nie mógł czynić ustaleń faktycznych. Niebagatelne znaczenia dla takiej oceny opinii sporządzonej przez biegłego ma również fakt, iż biegły wydawał opinie na początku postępowania, kiedy zgromadzony materiał dowodowy, w szczególności dokumentacja lekarska dotycząca stanu zdrowia K. K. nie była pełna oraz kompletna. Inaczej wyglądała sytuacja w przypadku biegłego M. C., który opiniował w oparciu o kompletną dokumentację medyczną oraz opinie biegłych lekarzy innych specjalności. Tym samym uznając, iż sporządzona opinia nie przyczyniła się do w wystarczający sposób do wyjaśnienia okoliczności wymagających specjalistycznej wiedzy lekarskiej Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego lekarza ginekologa-położnika dr n. med. M. C..

Po sporządzeniu opinii przez biegłego M. C., w tym również opinii uzupełniającej Sąd uznał, że sporządzona opinia jest rzetelna, w pełni udziela odpowiedzi na pytania Sądu oraz stron postępowania. Z opinii tej jednoznacznie wynika, że związek stanu zdrowia K. K. z przebiegiem porodu polegał na: nieuchwyceniu lub braku reakcji na zaburzenie w tętnie płodu w czasie porodu, co doprowadziło do bardzo głębokiej zamartwicy, braku zmiany decyzji odnośnie drogi porodu, braku reakcji na niewykonany posiew w kierunku (...) w tej ciąży, skoro był dodatni w poprzedniej ciąży, - braku współpracy z rodzącą. Biegły stwierdził również co istotne, iż wykonanie cięcia cesarskiego w każdym okresie porodu, byłoby lepszym rozwiązaniem od porodu drogami natury. Uznał także, że gdyby w przypadku matki K. K. podjęto decyzję o zakończeniu ciąży na drodze cięcia cesarskiego na początku I okresu porodu, w pierwszych godzinach po przybyciu na salę porodową, jeszcze przed amiotomią, można by oczekiwać, że K. K. urodziłby się w dobrym stanie. Skoro podjęto próbę porodu drogami i siłami natury (stan po cięciu cesarskim), nie zapewniono wzmoczonego nadzoru nad rodzącą i płodem w postaci: gotowości sali operacyjnej, zmierzenia wymiarów miednicy, wykonania USG okołoporodowego, wykonania ciągłego śródporodowego KTG, badania pH (gazometrii) ze skalpu płodu przy wystąpieniu wahań w tętnie płodu. Przez brak ścisłego nadzoru, nie można było podjąć odpowiedniej decyzji w odpowiednim czasie, między innymi decyzji o cięciu cesarskim. Doszło więc do przeoczenia zwolnień w tętnie płodu i głębokiej zamartwicy wewnątrzmacicznej oraz infekcji florą patologiczną pochwy po amiotomii, w trakcie porodu przez kanał rodny, szczególnie w II okresie. Gdyby w trakcie wizyt B. K. (1) w czasie ciąży w poradni K zmierzono wymiary miednicy, pobrano wymaz na obecność (...), wdrożono leczenie małopłytkowości i zalecono badanie KTG w ostatnich tygodniach ciąży, to decyzja co do wyboru metody zakończenia ciąży mogła być inna np. drogą cięcia cesarskiego skutkująca urodzeniem zdrowego noworodka. Wymienione nieprawidłowości podczas prowadzenia ciąży i porodu miały wpływ na stan urodzeniowy dziecka w około 60-70 %.

Wiedza biegłego M. C. nie budzi przy tym wątpliwości z uwagi na wysoki poziom prezentowany w pisemnej wypowiedzi, a do tego jest logiczna, wnioski są kategoryczne i umotywowane w sposób dający możliwość prześledzenia



ostatecznej konkluzji. Biegły ten przeprowadził szczegółową analizę przebiegu porodu u B. K. (1) w oparciu o załączoną do sprawy dokumentację medyczną, co umożliwiło mu ustalenie, czy w sprawie wystąpił błąd ze strony lekarzy oraz jego zidentyfikowanie. Sporządzona przez biegłego opinia jest zupełna, komunikatywna oraz wnikliwie uzasadniona. Do tego biegły odniósł się do wszystkich zarzutów podniesionych przez strony w sposób przekonujący toteż brak jest podstaw do szczegółowego omawiania każdej ze złożonych przez biegłego opinii.

Sąd za wiarygodne uznał również opinie przedłożone przez biegłych z zakresu neurologii, neonatologii, ortopedii i traumatologii, pediatrii, dziedziny chorób zakaźnych, epidemiologii, hepatologii, gdyż opinie te okazały się wyczerpujące, rzetelne, a także udzielały jednoznacznych odpowiedzi na postawione pytania. W ocenie Sądu zostały one sporządzone zgodnie z wymaganiami fachowości. Biegli udzielili odpowiedzi na wszystkie postawione im pytania, na które zgodnie z zakresem posiadanych wiadomości specjalnych i udostępnionym im materiałem dowodowym powinni udzielić. Każdy z biegłych dokonał stosownych do swej specjalności badań stanu zdrowia małoletniego K. K..

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Powództwo okazało się częściowo zasadne.

Podstawę odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi [art. 430 k.c.](#), zgodnie z którym kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy, a więc przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie [art. 430 k.c.](#) wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych ([art. 415 k.c.](#)). Należy nadmienić, iż personel medyczny, w tym także lekarz, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie np. grafików operacji, dyżurów. Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga zaistnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego. Ściśle biorąc, błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność lekarza w zakresie diagnozy i terapii niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo (M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004, s. 29 i n.; orzeczenie SN z dnia 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1/1957, poz. 7 oraz Lex nr 118379). Odnośnie deliktowej odpowiedzialności lekarza i miary należytej staranności, jaka na nim spoczywa wskazać należy na wyrok Sądu Najwyższego z 10 lutego 2010 r. (V CSK 287/09, LEX nr 786561), który stwierdził, że w takich przypadkach chodzi o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej ([art. 355 § 2 k.c.](#)) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania, które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Odnośnie pojęcia bezprawności Sąd Najwyższy uznał, że należy je rozumieć szeroko, jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego; wśród nich mieści się przeprowadzanie zabiegów operacyjnych zgodnie ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny”. Stwierdzenie błędu w sztuce medycznej, w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miał miejsce zabieg, jest natomiast całkowicie niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Istotne jest bowiem to, iż czynność tę wykonał pracownik zakładu w ramach jego działalności. Dopiero ustalwszy, że pozwana jednostka odpowiada za powstałe u małoletniego powoda szkody na podstawie [art. 430 k.c.](#), należy rozważyć zaistnienie przesłanek dodatkowej ochrony udzielanej przez prawo

pokrzywdzonemu, który doznał szkody na osobie, którymi obok odszkodowania są zadośćuczynienie i renta, opisane w treści przepisów art. 444 i 445 k.c.

W ocenie Sądu, biorąc pod uwagę opinię biegłego M. C. oraz innych biegłych lekarzy specjalistów uzasadnione jest twierdzenie strony powodowej, że personel medyczny pozwanego szpitala nie wykonał z należytą starannością wszystkich swoich obowiązków. Przede wszystkim związek stanu zdrowia K. K. z przebiegiem porodu polegał na: nieuchwyceniu lub braku reakcji na zaburzenie w tętnie płodu w czasie porodu, co doprowadziło do bardzo głębokiej zamartwicy, braku zmiany decyzji odnośnie drogi porodu, braku reakcji na niewykonany posiew w kierunku (...) w tej ciąży, skoro był dodatni w poprzedniej ciąży, - braku współpracy z rodzącą. Biegły stwierdził również co istotne, iż wykonanie cięcia cesarskiego w każdym okresie porodu, byłoby lepszym rozwiązaniem od porodu drogami natury. Uznał także, że skoro podjęto próbę porodu drogami i siłami natury (stan po cięciu cesarskim), nie zapewniono wzmoczonego nadzoru nad rodzącą i płodem w postaci: gotowości sali operacyjnej, zmierzenia wymiarów miednicy, wykonania USG okołoporodowego, wykonania ciągłego śródporodowego KTG, badania pH (gazometrii) ze skalpu płodu przy wystąpieniu wahań w tętnie płodu. Przez brak ścisłego nadzoru, nie można było podjąć odpowiedniej decyzji w odpowiednim czasie, między innymi decyzji o cięciu cesarskim. Doszło więc do przeoczenia zwolnień w tętnie płodu i głębokiej zamartwicy wewnątrzmacicznej oraz infekcji florą patologiczną pochwy po amniotomii, w trakcie porodu przez kanał rodny, szczególnie w II okresie. Gdyby w trakcie wizyt B. K. (1) w czasie ciąży w poradni K zmierzono wymiary miednicy, pobrano wymaz na obecność (...), wdrożono leczenie małopłytkowości i zalecono badanie KTG w ostatnich tygodniach ciąży, to decyzja co do wyboru metody zakończenia ciąży mogła być inna np. drogą cięcia cesarskiego skutkująca urodzeniem zdrowego noworodka. Wymienione nieprawidłowości podczas prowadzenia ciąży i porodu miały wpływ na stan urodzeniowy dziecka w około 60-70 %. Opisane działania niewątpliwie stanowiły błędy medyczne ze strony prowadzącego czynności lekarza, które pozwoliły uznać roszczenia powódki oparte o art. 430 k.c. za usprawiedliwione co do zasady.

Bezprawność w prawie cywilnym oznacza sprzeczność zachowania się sprawcy z przepisami prawa zawartymi w różnych jego gałęziach oraz z zasadami współżycia społecznego, czy też dobrymi obyczajami (por. np. W. Czachórski, w: System Prawa Cywilnego, t. III, cz. 1, Ossolineum 1981, s. 533-534, Z. Radwański, Zobowiązania – część ogólna, Warszawa 2001, s. 170 i nast.; G. Bieniek w: Komentarz do Kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania. Tom I, Warszawa 2009, s. 294; A. Olejniczak, w: Kidyba, Komentarz KC 2010, III, s. 357; wyrok SN z 10.2.2010 r., V CSK 287/09, OSP 2012, Nr 10, poz. 95; wyr. SN z 20.1.2009, II CSK 423/08, Legalis). Dominujące w polskiej nauce i praktyce szerokie ujęcie bezprawności związane jest z tradycyjnym zaliczaniem do kryteriów bezprawności nie tylko przepisów ustawy, ale i wyznaczających reguły ostrożności zasad współżycia społecznego, zasad wykonywania zawodu, czy też zdrowego rozsądku (por. R. Longchamps de Bérier, Zobowiązania, s. 231 i nast.; M. Sośniak, Bezprawność zachowania, s. 102 i nast.; W. Czachórski, w: System, t. III, cz. 1, s. 533 i nast.; W. Czachórski Zobowiązania. Zarys wykładu. Warszawa 2004, s. 202; G. Bieniek, w: Komentarz 2009, I, s. 296-297; A. Olejniczak, w: Kidyba, Komentarz KC 2010, III, s. 357). W innym ujęciu za bezprawne należy uznać każde zachowanie naruszające dobra podmiotu prawa cywilnego, z którego wynika szkoda, tak długo, jak długo nie zachodzi dodatkowa okoliczność, z którą przepis prawa lub powszechnie uznane zasady wiążą wyłączenie bezprawności (por. B. Lanckoroński, w: K. Osajda, Kodeks cywilny. Komentarz. Warszawa 2013, Legalis, komentarz do art. 415, Nb 43 i powołana tam literatura). Przyjęcie winy jako przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej oznacza, że podstawą zasądzenia odszkodowania będzie każdy najmniejszy nawet stopień zawinienia, a więc do granic culpa levissima. Według dominującej obecnie w nauce prawa cywilnego teorii normatywnej wina sprowadza się najogólniej do możliwości postawienia sprawcy zarzutu niewłaściwego zachowania się. Przy takim założeniu niedbalstwo ocenia się według zobiektywizowanego kryterium staranności (stosowanie miernika in abstracto). Nie uwzględnia się zatem rzeczywistych cech osobowych sprawcy, a jedynie zachowanie się sprawcy w ściśle określonych warunkach zewnętrznych. Zobiektywizowanie kryteriów niedbalstwa wynika nie tylko z treści obowiązujących przepisów (art. 355 k.c.), ale także z potrzeb natury dowodowej, ułatwia bowiem przeprowadzenie dowodu winy. Nie oznacza to jednak, iż model starannego postępowania musi być w każdym przypadku jednakowy. Wynika to wprost

z treści art. 355 § 1 odwołującego się do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju. Wyznaczenie modelu staranności właściwego dla stosunku danego rodzaju pozwala na dokonanie oceny uwzględniającej zachowanie się sprawcy w ściśle określonych warunkach zewnętrznych (por. Z. Banaszczyk (w:) Kodeks cywilny. Komentarz do art. 1 – 449<sup>10</sup> pod red. Krzysztofa Pietrzykowskiego, Wydawnictwo C.H.Beck 2013, Legalis, komentarz art. 415, Nb 19 -20 i powołana tam literatura). W odniesieniu do szkody wyrządzonej przez lekarza Sąd Najwyższy wskazał, iż w takich przypadkach wzorzec staranności wyznaczany jest przez wiele indywidualnych czynników, takich jak: "kwalifikacje (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia" (por. wyr. Sądu Najwyższego z 10.2.2010 r., V CSK 287/09, OSP 2012, Nr 10, poz. 95).

W ocenie Sądu pracownicy pozwanego szpitala, mimo ciążącego na nich prawnego obowiązku podejmowania działań służących ochronie zdrowia płodu, zamiast podjęcia rekomendowanych czynności terapeutycznych, podjęli działania niewłaściwe, obarczone sporym ryzykiem, co doprowadziło do gwałtownego i nieodwracalnego pogorszenia się stanu zdrowia dziecka, co w konsekwencji skutkuje uznaniem ich działań za bezprawne. W świetle przytoczonych rozważań, a w szczególności opinii biegłego dr n. med. M. C., w rozpoznawanej sprawie, działania podjęte przez personel medyczny były sprzeczne z obiektywnym wzorcem należytej staranności lekarza. W konsekwencji powyższego zachodzą podstawy do postawienia pracownikom pozwanego Szpitala zarzutu bezprawnego zachowania i zaniechania. Wina personelu pozwanego szpitala jest ewidentna, gdyż była to wina lekarza odbierającego poród, który podjął błędną decyzję o kontynuowania porodu siłami natury, zamiast wykonania cięcia cesarskiego na każdym etapie porodu, co byłoby lepszym rozwiązaniem od porodu drogami natury. Kolejną przesłanką wymaganą przy odpowiedzialności odszkodowawczej jest istnienie związku przyczynowego pomiędzy bezprawnym działaniem personelu medycznego, a powstałą szkodą u małoletniego. Zaznaczyć także należy, że w przypadku szkód związanych z leczeniem, poszkodowany z reguły nie jest w stanie w sposób ścisły udowodnić oddziaływania czynnika szkodzącego. W celu ułatwienia poszkodowanym dochodzenia odszkodowania w orzecznictwie przyjmowana jest konstrukcja tzw. dowodu prima facie, który polega na wykazaniu prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego. W wyroku z 17.6.1969 r. (II CR 165/69, L.) Sąd Najwyższy stwierdził, że "Istnienie takiego związku, gdy chodzi o zdrowie ludzkie z reguły nie może być absolutnie pewne, to też do przyjęcia go wystarcza, gdy jest on ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa". W wyroku z 4.10.1974 r. (II CR 415/74, L.) Sąd Najwyższy uznał, że dla ustalenia odpowiedzialności za zakażenie w trakcie pobytu w szpitalu wystarczające jest udowodnienie złego stanu sanitarnego placówki, który stwarzał prawdopodobieństwo takiego zakażenia, nierealne jest stawianie przed poszkodowanym wymogu ścisłego udowodnienia, jakimi drogami infekcja przedostała się do organizmu. Podobnie w wyroku z 4.11.2005 r. (V CK 182/05) Sąd Najwyższy przyjął, że dla przyjęcia istnienia związku przyczynowego między pobytym pacjentem w szpitalu, a doznany zakażeniem wystarczające jest ustalenie istnienia "prawdopodobieństwa wysokiego stopnia".

W realiach niniejszej sprawy należało uznać, że prawdopodobną przyczyną szkody poniesionej przez małoletniego było działanie lekarza odbierającego poród – błędna decyzja o kontynuowania porodu siłami natury, zamiast wykonania cięcia cesarskiego na każdym etapie porodu, co byłoby lepszym rozwiązaniem od porodu drogami natury. Z opinii biegłego dr n. med. M. C. wynika, że istnieje prawdopodobny związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy błędną decyzją o kontynuowania porodu siłami natury, a wystąpieniem u dziecka uszczerbku na zdrowiu. Uszczerbek doznany przez małoletniego został spowodowany wyborem niewłaściwego sposobu porodu, nie był zgodny z zasadami sztuki lekarskiej. Strona powodowa wykazała, że istnieje adekwatny związek przyczynowy pomiędzy stanem zdrowia małoletniego, a zachowaniem personelu medycznego pozwanego szpitala. Tym samym uznać należy, że powstanie szkody u K. K. wiązało się z postępowaniem lekarza prowadzącego poród. Szkada ta została spowodowana przez lekceważenie obowiązków i przeciętnej staranności przy świadczeniu usług medycznych związanych z opieką nad ciężarną i prowadzeniem porodu oraz błędnych decyzji personelu pozwanego opiekującego się B. K. (1).

Mając powyższe na względzie, a także przyczyny doznanej krzywdy Sąd uznał za słuszne przyznanie zadośćuczynienia rodzicom zmarłego powoda, którzy jak wynika z przedstawionego aktu poświadczenia dziedziczenia są spadkobiercami K. K. i wstąpili w jego miejsce do procesu po stronie powodowej.

Podstawę zasądzenia zadośćuczynienia na rzecz powoda stanowił przepis art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. Zadośćuczynienie jest formą rekompensaty pieniężnej z tytułu szkody niemajątkowej i obejmuje swym zakresem wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te które mogą powstać w przyszłości. Ma w swej istocie ułatwić pokrzywdzonemu przezwyciężenie ujemnych przeżyć. Powinno stanowić ekonomicznie odczuwalną wartość. Wielkość zadośćuczynienia zależy od oceny całokształtu okoliczności sprawy, w tym w szczególności rozmiaru doznanych cierpień, ich intensywności, długotrwałości czy nieodwracalnego charakteru. Przy ustalaniu rozmiaru cierpień i ujemnych doznań psychicznych powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny, jednakże w relacji do indywidualnych okoliczności danego przypadku.

W ocenie Sądu zadośćuczynienie należne małoletniemu K. K. wynosi 300.000,00 zł. Zważywszy na okoliczności faktyczne rozpatrywanej sprawy tj. śmierć powoda w trakcie procesu i wstąpienie do sprawy spadkobierców zmarłego jako powodów, Sąd uznał za zasadne żądanie zasądzenia na rzecz powodów B. K. (1) i P. K. od pozwanych (...) Spółka z o.o. w Z. i (...) S.A. w W. zadośćuczynienia należnego małoletniemu podzielonego po połowie stosownie do dziedziczenia, w kwotach po 150.000,00 złotych dla każdego z nich z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego od wysokości dokonanej zapłaty. Przy określeniu wysokości zadośćuczynienia, Sąd miał na względzie, że w wyniku zaistniałego deliktu, syn powodów K. K. cierpiał przez cały okres swego życia. Sąd wziął pod uwagę, że zakres cierpień fizycznych i psychicznych K. K., jak podkreślili niemal wszyscy biegli, była znacznego stopnia, z powodu długotrwałych, uciążliwych i bolesnych zabiegów pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych, a także długotrwałej, uciążliwej terapii. Sąd uwzględnił także, że małoletni był osobą niepełnosprawną do końca swego krótkiego życia. Biorąc pod uwagę rozmiar krzywdy doznanej przez małoletniego powoda, przyznana kwota zadośćuczynienia nie jest w ocenie Sądu wygórowana.

Zgodnie z przepisem art. 444 § 2 k.c. jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Renta z tytułu zwiększenia się potrzeb poszkodowanego dotyczy sytuacji, gdy w wyniku doznanej szkody istnieje konieczność ponoszenia wyższych kosztów utrzymania w zakresie usprawiedliwionych potrzeb

w porównaniu do stanu sprzed wyrządzenia szkody. Przyznanie renty z tego tytułu nie jest uzależnione od wykazania, że poszkodowany te potrzeby faktycznie zaspokaja i ponosi związane z tym wydatki. W świetle zgromadzonego materiału dowodowego zwiększone potrzeby K. K. powstały dopiero w 2010 r., albowiem w okresie wcześniejszym jego potrzeby nie różniły się od potrzeb dziecka zdrowego. Po kilkunastu miesiącach po urodzeniu, od lutego 2010 r. małoletni musiał być karmiony specjalnym mlekiem, co generowało określone koszty, potrzebował zdecydowanie więcej środków czystości z uwagi na swoje schorzenia. K. K. regularnie zapadał również na różnego rodzaju infekcje górnych dróg oddechowych, co wiązała się z koniecznością kupowania leków. Od tego czasu niemal aż do śmierci K. K. poddawany był również rehabilitacji. Tym samym należało uwzględnić, iż miesięcznie powodowie B. K. (1) i P. K. średnio wydatkowali ok. 1.000 złotych więcej na zaspokojenie podstawowych potrzeb dziecka, aniżeli w sytuacji kiedy K. K. byłby dzieckiem zdrowym. Ponieważ stan ten utrzymywała się od początku 2010 r. do śmierci dziecka w dniu 01 lipca 2014 r. (11 miesięcy w 2010 r., 12 miesięcy w 2011 r., 12 miesięcy w 2012 r., 12 miesięcy w 2013 r. oraz 6 miesięcy w 2014 r.= 41 miesięcy x 1.000 zł) Sąd ustalił, że należna powodowi renta winna wynosić 1.000 zł miesięcznie za wyliczony powyżej okres 41 miesięcy od urodzenia do śmierci małoletniego daje kwotę 41.000,00 zł. Wobec śmierci powoda i wstąpienia do sprawy spadkobierców ustawowych Sąd zasądził od pozwanych (...) Spółka z o.o. w Z. i (...) S.A. w W. na rzecz powodów B. K. (1) oraz P. K. kwotę po 20.500 zł dla każdego z rodziców K. K., z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty.

W pozostałym zakresie żądania strony powodowej podlegały oddaleniu, albowiem Sąd uznał, że nie wszystkie działania medyczne podjęte wobec K. K. przez pracowników Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Z. były niewłaściwe. W tym względzie Sąd posiłkował się opinią biegłego dr n. med. M. C., który w swej opinii uznał, że nieprawidłowości podczas prowadzenia ciąży i porodu miały wpływ na stan urodzeniowy dziecka w około 60-70 %.

O odsetkach od zasądzonych kwot Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c. Mając na uwadze, że zgodnie z art. 455 k.c. jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania, Sąd ustalił datę początkową odsetek za opóźnienie od kwot żądanych w treści pozwu na dzień 05 lutego 2010 roku, tj. dnia doręczenia pozwu stronie pozwanej.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. Wynagrodzenie pełnomocnika powodów zostało określone zgodnie z § 6 punkt 7 w zw. z § 2 ust. 1 i 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. z 2013 r. poz. 490). W oparciu o powyższe Sąd zasądził od pozwanych (...) Spółka z o.o. w Z. i (...) S.A. w W. Oddział (...) w Ł. na rzecz powodów P. K. oraz B. K. (1) kwoty po 3.600 zł dla każdego z powodów, tytułem zwrotu kosztów zastępstwa prawnego z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty.

Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. Nr 167, poz. 1398 ze zm.) nakazano pobrać solidarnie od pozwanych na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Sieradzu kwotę 14.553 złotych tytułem należnych kosztów sądowych. Na powyższą kwotę składają się część wydatków sądowych w kwocie 2.053,00 zł oraz obciążająca ich część opłaty od pozwu w kwocie 12.500 zł.

Na podstawie art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 102 k.p.c. Sąd nie obciążył powodów nieuiszczonymi kosztami sądowymi od oddalonej części ich powództwa. W ocenie Sądu okoliczności sprawy, w której wysokość zasądzzonego roszczenia była w głównej mierze uzależniona od uznania Sądu, uzasadniają zastosowanie wobec powodów instytucji przewidzianej w art. 102 k.p.c.