

**Sygn. akt I C 352/06**

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 sierpnia 2020 r.

**Sąd Okręgowy w Lublinie I Wydział Cywilny**

w składzie:

**Przewodniczący** sędzia Piotr Jakubiec

**Protokolant** Magdalena Touń

po rozpoznaniu w dniu 14 lipca 2020 r. w Lublinie

na rozprawie

**sprawy z powództwa** K. G. (1)

**przeciwko** (...) Publicznemu Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w C. oraz (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę

1. zasądza od pozwanych (...) Publicznego Wojewódzkiego Szpitala (...) w C. oraz (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W., na rzecz powoda K. G. (1) kwotę 1.000.000 złotych w ten sposób, że spełnienie świadczenia przez jednego z nich zwalnia drugiego od obowiązku zapłaty wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od:

- (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. od dnia 18 czerwca 2005 roku do dnia zapłaty oraz

- (...) Publicznego Wojewódzkiego Szpitala (...) w C. od dnia 19 sierpnia 2006 roku do dnia zapłaty,

2. zasądza od pozwanego (...) Publicznego Wojewódzkiego Szpitala (...) w C. na rzecz powoda K. G. (1) kwotę 1.090.666,67 złotych (jeden milion dziewięćdziesiąt tysięcy sześćset sześćdziesiąt sześć 67/100) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 19 sierpnia 2006 roku do dnia zapłaty,

3. zasądza od pozwanego (...) Publicznego Wojewódzkiego Szpitala (...) w C. na rzecz powoda K. G. (1) kwotę 4.000 złotych (cztery tysiące 00/100) tytułem renty płatnej miesięcznie do 30. dnia każdego miesiąca począwszy od września 2006 roku wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w płatności każdego ze świadczeń,

4. oddała powództwo w pozostałym zakresie,

5. zasądza od pozwanego (...) Publicznego Wojewódzkiego Szpitala (...) w C. na rzecz powoda K. G. (1) kwotę 17.021,09 złotych (siedemnaście tysięcy dwadzieścia jeden złotych 9/100) tytułem zwrotu kosztów procesu,

6. znosi wzajemnie koszty procesu pomiędzy powodem K. G. (1) i pozwanym (...) Spółką Akcyjną z siedzibą w W.,

7. nakazuje ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa – Sadu Okręgowego w Lublinie tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych, od pozwanych (...) Publicznego Wojewódzkiego Szpitala (...) w C. oraz (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwotę 54.927,77 złotych (pięćdziesiąt cztery tysiące dziewięćset dwadzieścia siedem 77/100), z zastrzeżeniem, że zapłata przez jednego z nich zwalnia drugiego oraz od pozwanego (...) Publicznego Wojewódzkiego Szpitala (...) w C. kwotę 61.939,82 złotych (sześćdziesiąt jeden tysięcy dziewięćset trzydzieści dziewięć złotych 82/100).

**Sygn. akt I C 352/06**

# UZASADNIENIE

W pozwie z 14 czerwca 2006 r. (k. 2 i n.), sprecyzowanym na rozprawie w dniu 18 września 2006 r. (protokół k. 156-156v) oraz sprostowanym pismami z 6 marca 2020 r. (k. 2636 i nast.) oraz 25 marca 2020 r. (k. 2691) powód K. G. (1) domagał się zasądzenia na swoją rzecz, solidarnie od pozwanych (...) Publicznego Wojewódzkiego Szpitala (...) w C. oraz (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. następujących kwot:

1. 2.000.000 złotych tytułem zadośćuczynienia na podstawie art. 445 § 1 k.c. wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 czerwca 2005 r. do dnia zapłaty,
2. 4.000 złotych miesięcznie tytułem dożywotniej renty od lipca 2006 r., na podstawie art. 444 § 2 k.c.
3. 92.000 złotych tytułem zaległej renty za okres od września 2004 r. do czerwca 2006 r. wraz z ustawowymi odsetkami:
  - a) od kwoty 36.000 złotych od dnia 16 czerwca 2005 roku do dnia zapłaty,
  - b) od kwoty 4.000 złotych od dnia 30 czerwca 2005 roku do dnia zapłaty
  - c) od kwoty 4.000 złotych od dnia 31 lipca 2005 roku do dnia zapłaty
  - d) od kwoty 4.000 złotych od dnia 31 sierpnia 2005 roku do dnia zapłaty
  - e) od kwoty 4.000 złotych od dnia 30 września 2005 roku do dnia zapłaty
  - f) od kwoty 4.000 złotych od dnia 31 października 2005 roku do dnia zapłaty
  - g) od kwoty 4.000 złotych od dnia 30 listopada 2005 roku do dnia zapłaty
  - h) od kwoty 4.000 złotych od dnia 31 grudnia 2005 roku do dnia zapłaty
  - i) od kwoty 4.000 złotych od dnia 31 stycznia 2006 roku do dnia zapłaty
  - j) od kwoty 4.000 złotych od dnia 31 stycznia 2006 roku do dnia zapłaty
  - k) od kwoty 4.000 złotych od dnia 28 lutego 2006 roku do dnia zapłaty
  - l) od kwoty 4.000 złotych od dnia 31 marca 2006 roku do dnia zapłaty
  - m) od kwoty 4.000 złotych od dnia 30 kwietnia 2006 roku do dnia zapłaty
  - n) od kwoty 4.000 złotych od dnia 31 maja 2006 roku do dnia zapłaty
  - o) od kwoty 4.000 złotych od dnia 30 czerwca 2006 roku do dnia zapłaty.

W piśmie z dnia 28 sierpnia 2006 r. (k. 123 i n.) powód wniósł o wydanie wyroku częściowego w zakresie kwoty 500.000 zł tytułem zadośćuczynienia na mocy art. 445 § 1 k.c. wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 czerwca 2005 roku do dnia zapłaty oraz kwoty 4000 złotych miesięcznej renty wraz z ustawowymi odsetkami, jak w pozwie.

W odpowiedzi na pozew (k. 132 i n.) pozwany szpital nie uznał powództwa i wniósł o jego oddalenie, a nadto o zawieszenie postępowania do czasu zakończenia postępowania karnego toczącego się przed Sądem Rejonowym w Chełmie w sprawie przeciwko S. O. (1) (sygn.. akt II K 455/06).

Pozwany (...) S.A. w odpowiedzi na pozew (k. 136 i n.) także nie uznał powództwa w całości wnosząc o jego oddalenie, a nadto o zwieszenie postępowania. W piśmie z dnia 23 października 2006 r. (k. 160 i n.) pozwany wniósł o oddalenie wniosku o wydanie wyroku częściowego.

Postanowieniem z dnia 26 maja 2008 roku Sąd zawiesił postępowanie w sprawie do czasu prawomocnego rozstrzygnięcia sprawy II K 455/06 Sądu Rejonowego w Chełmie (postanowienie, k. 732). Postanowieniem z 28 kwietnia 2016 roku Sąd podjął postępowanie (postanowienie, k. 806).

W piśmie z dnia 9 kwietnia 2018 r. (k. 989 i n.) powód ponownie wniósł o wydanie wyroku częściowego i zasądzenie tym wyrokiem na rzecz K. G. (1) kwoty 500.000 zł tytułem zadośćuczynienia.

Postanowieniem z dnia 29 maja 2018 roku Sąd oddalił wnioski o wydanie wyroku częściowego (protokół rozprawy, k. 2112v).

### ***Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:***

Matka powoda M. K. (1) zaszła w ciążę na przełomie 2003 i 2004 roku. W dniach 21-28 stycznia 2004 roku przebywała w szpitalu z powodu zagrażającego poronienia. Została wypisana ze szpitala z zaleceniem przyjmowania leków i kontroli w poradni. Od 9 lutego 2004 roku regularnie odbywała wizyty kontrolne u lekarza ginekologa-położnika S. O. (1). W tym czasie poddawana była badaniom laboratoryjnym i ultrasonograficznym. Lekarz prowadzący nie stwierdzał nieprawidłowości. Była także na trzech wizytach u dr K. Ż..

Dnia 9 września 2004 roku M. K. (1) słabiej odczuwała ruchy płodu i po telefonicznej konsultacji ze S. O. (1), około godziny 19.00 zgłosiła się do pozwanego szpitala. Była wówczas w 40 tygodniu ciąży. Przy przyjęciu stwierdzono lekkie przyparcie główki do wschodu. O godzinie 20.15 przeprowadzono badanie akcji serca płodu 148 uderzeń na minutę, co stanowi wynik prawidłowy. W godzinach 20.15-21.15 przeprowadzono badanie KTG i nie stwierdzono nieprawidłowości. W następnym dniu o 6.00 rano ponownie przeprowadzono badanie akcji serca i uzyskany wynik 132 uderzeń na minutę także był prawidłowy. W godzinach porannych M. K. (1) zaczęła odczuwać nieregularne skurcze mięśnia macicy. Po przeprowadzonym około godziny 10.00 przez S. O. (1) badaniu i stwierdzeniu rozpoczynającej się akcji porodowej przeniesiono ją na oddział położniczy (trakt porodowy). Zbadana w tym czasie akcja serca płodu wynosiła 140 uderzeń na minutę. Matka powoda odczuwała silne bóle, wobec czego otrzymała zastrzyk, co do którego uzyskała informację, że ma przyspieszyć poród. W czasie pobytu na sali porodowej przeprowadzono badanie KTG w godzinach 11.50-13.00. W zapisie występuje niewielka tachykardia (średnia 164 uderzeń na minutę). Matka powoda narzekała na dolegliwości bólowe, nie chciała ciągle leżeć i została odłączona od KTG, chodziła po oddziale. O godzinie 14.30 przeprowadzono badanie ginekologiczne. Nadal narzekała na dolegliwości bólowe, wobec czego położna nakazała jej udać się z nią do gabinetu i przebiła pęcherz płodowy, po czym zaleciła chodzenie przez godzinę, co pacjentka uczyniła. O godzinie 15.30 stwierdzono odpłynięcie wód płodowych i (...) 136/min. Matka powoda chodziła po korytarzu, dolegliwości bólowe, skurcze były dla niej trudne do wytrzymania, upadła na podłogę, lekko krwawiła. Około godziny 16.00 M. K. (1) została posadzona na fotel dla rodzących. Położne powiedziały pacjentce, że pomogą jej urodzić dziecko i zaczęły, na zmianę uciskać w brzuch i „wyduszać” płód. W tym czasie trzecia z nich kontrowała KTG, które podłączano w przerwach pomiędzy czynnościami położnymi. Kolejne badanie miało miejsce o godzinie 16.30, gdy stwierdzono przyparcie główki do wchodu i szew strzałkowy wymiarze prostym, stwierdzono (...) 136 uderzeń na minutę. Po zakończeniu tych czynności położne zleciły rozpoczęcie parcia, jednak M. K. (1) nie czuła już skurczy. Zawołano lekarza. O godzinie 17.05 wobec braku postępu porodu zakwalifikowano matkę powoda do cesarskiego cięcia. Pacjentka została znieczulona przewodowo i przetransportowana na salę operacyjną. Powód został wydobyty o 17.20, był wiotki, nie oddychał, oceniono go na 0 punktów w skali A. w 1, 3, 5 i 10 minucie po urodzeniu. Poddany został reanimacji, która trwała 30-50 min. Prowadzony był masaż serca, zaintubowano noworodka, wentylowano i poprzez żyłę pępowinową, podano adrenalinę, stosowano też inne leki. W około 30. minucie usłyszano tętno – 60 uderzeń na minutę. Po reanimacji powód został podłączony do respiratora. Z uwagi na podejrzenie krwawienia dokomorowego 12 września 2004 r. został przetransportowany do (...) Szpitala (...) w L., na Oddział (...), gdzie przebywał do 20 września 2004 r. Stwierdzono u niego wówczas

ciężką zamartwicę urodzeniową, encefalopatię niedokrwienno-niedotlenieniową 3. stopnia, odoskrzelowe zapalenie płuc. Występowało u niego: obniżone napięcie mięśniowe, obserwowano drgawki, prężenia. Do 17 września 2004 r. powód pozostawał na oddechu zastępczym. 20 września 2004 r. K. G. (1) został przeniesiony do Kliniki (...) z oddziałem Kardiologii (...) celem dalszego leczenia. Wykonano badania, w badaniu (...) z 24 września 2004 r. stwierdzono występowanie w rzucie płata czołowo-ciemieniowego strony lewej nieregularnego zbiornika pływowego o niejednorodnym obniżonym echu, powyżej którego widoczne jest niejednorodne ognisko hyperechogeniczne. Powód początkowo karmiony był dożylnie, a następnie przez zgłębnik. Po uzyskaniu poprawy stanu zdrowia i doborze leków powód został wypisany do domu dnia 15 października 2004 r. z zaleceniami dalszego karmienia przez zgłębnik, podawania leków, kontroli w poradniach neurologicznej, rehabilitacyjnej i kardiologicznej, zgłoszenia na badania CT głowy po trzech miesiącach. (dokumentacja medyczna, 279-322v, k. 28-41, k. 241-255v, k. 346-347v, zawiadomienie o przestępstwie, k. 342-345, protokół przyjęcia zawiadomienia o przestępstwie i przesłuchania w charakterze świadka M. K. (1), k. 348-351, protokół przesłuchania E. G. przez funkcjonariuszy K. w C., k. 352-354v, protokół przesłuchania świadka B. Ś. przez funkcjonariuszy K. w C., k. 355-358, protokół przesłuchania świadka B. S. (1) przez funkcjonariuszy K. (...) C., k. 359-361v, protokół przesłuchania świadka B. S. (2) przez funkcjonariuszy K. w C., k. 362-363v, protokół przesłuchania świadka K. M. przez funkcjonariuszy K. w C., k. 364-365v, protokół przesłuchania świadka P. W. (1) przez funkcjonariuszy K. w C., k. 366-367v, 385-385v protokół przesłuchania świadka M. K. (1) przez funkcjonariuszy K. w C., k. 368-371v, k. 375-376v, 383-384v, protokół rozprawy głównej przed Sądem Rejonowym w C. przeprowadzonej dnia 2 listopada 2006 r. w sprawie o sygn. akt II K 455/60 obejmujący zeznania świadka M. K. (1), k. 424-426, protokół przesłuchania J. J. (1) przez funkcjonariuszy K. w C., k. 372-374, protokół przesłuchania podejrzanego S. O. (1) przez funkcjonariuszy (...) w C., k. 377-379v, protokół rozprawy głównej przed Sądem Rejonowym w C. przeprowadzonej dnia 2 listopada 2006 r. w sprawie o sygn. akt II K 455/60 obejmujący wyjaśnienia oskarżonego S. O. (1), k. 421-424, zastrzeżenia do opinii biegłych lekarzy zgłoszone przez S. O. w toku postępowania przygotowawczego, k. 380-381, 403-405, protokół przesłuchania świadka W. W. przez funkcjonariuszy K. w C., k. 386-382v, protokół przesłuchania świadka A. P. (1) przez funkcjonariuszy K. w C., k. 388-388v, protokół przesłuchania świadka A. R. przez funkcjonariuszy K. w C., k. 389-390v, protokół przesłuchania świadka I. W. przez funkcjonariuszy K. w C., k. 391-392, protokół przesłuchania świadka M. J. przez funkcjonariuszy K. w C., k. 393-394, protokół przesłuchania A. H. przez funkcjonariuszy K. w C., k. 395-396, protokół przesłuchania świadka A. K. (1) przez funkcjonariuszy K. w C., k. 397-398, protokół przesłuchania świadka A. K. (2) przez funkcjonariuszy K. w C., k. 399-400, protokół przesłuchania świadka E. K. przez funkcjonariuszy K. w C., k. 401-402, protokół przesłuchania świadka B. S. (3) przez funkcjonariuszy K. w C., k. 405-405v, protokół przesłuchania świadka A. D. przez funkcjonariuszy K. w C., k. 406-406v, protokół przesłuchania świadka A. P. (2) przez funkcjonariuszy K. w C., k. 407-407v, protokół przesłuchania świadka E. P. przez funkcjonariuszy K. w C., k. 408-410v, protokół przesłuchania świadka R. C., przez funkcjonariuszy K. w C. k. 411-412v, protokół przesłuchania świadka J. C., przez funkcjonariuszy K. w C. k.413-414, protokół przesłuchania świadka B. K., przez funkcjonariuszy K. w C. k.415-415v, protokół przesłuchania świadka M. K. (2), przez funkcjonariuszy K. w C. k.416-417, akt oskarżenia S. O. (1) przed Sądem Rejonowym w C., k. 418-420v, protokół rozprawy głównej przed Sądem Rejonowym w C. przeprowadzonej dnia 2 listopada 2006 r. w sprawie o sygn. akt II K 455/60 obejmujący zeznania świadków J. J. (1), W. W., A. R., A. P. (2), k.426-428v, zeznania przedstawicielki ustawowej powoda M. K. (1), protokół rozprawy z dnia 30 października 2006 r., k. 213v-215v, protokół rozprawy z dnia 12 listopada 2007 r., k. 638v, protokół rozprawy z 25 lutego 2020 r. (k.2628v.- (...)) zeznania świadka S. O. (1), protokół rozprawy z dnia 30 października 2006 r., k. 215v-2016v, zeznania świadka S. O. (3), protokół rozprawy z dnia 14 lutego 2007 r., k. 324-324v, zeznania świadka B. Ś., protokół rozprawy z dnia 30 października 2006 r., k. 217-217v, protokół rozprawy z dnia 17 kwietnia 2019 r., k. 2457, zeznania świadka B. S. (1), protokół rozprawy z dnia 30 października 2006 r., k. 217v, protokół rozprawy z 17 kwietnia 2019 r., k. 2457-2457v, zeznania świadka P. W. (2), protokół rozprawy z dnia 30 października 2006 r., k. 217v-218, zeznania świadka W. W., protokół rozprawy z dnia 30 października 2006 r., k. 218, zeznania świadka E. G., protokół rozprawy z dnia 30 października 2006 r., k. 218-218v, zeznania świadka K. W., protokół rozprawy z dnia 30 października 2006 r., k. 218v-219, protokół rozprawy z dnia 14 lutego 2007 r., k. 325-326, zeznania świadka B. S. (2), protokół rozprawy z dnia 18 stycznia 2007 r., k. 256v-257, protokół rozprawy z dnia 17 kwietnia 2019 r., k. 2456v-2457, zeznania świadka

K. Ż., protokół rozprawy z dnia 14 lutego 2007 r., k. 323v-324, opinia Katedry i Kliniki (...) o P. Akademii Medycznej w L., k. 667–678.)

Z chwilą hospitalizacji wobec pacjentki M. K. (1), będącej w 41. tygodniu pierwszej ciąży, podjęto niezbędne czynności diagnostyczne, które polegały na zebraniu wywiadu, badaniu przedmiotowym, ocenie stanu ogólnego, badaniu położniczym i zewnętrznym, wykonaniu badania ultrasonograficznego oraz ocenie stanu płodu na podstawie badania kardiograficznego. Pomimo, iż wśród zalecanych badań diagnostycznych zabrakło oceny wymiarów miednicy, pozostałe z przeprowadzonych czynności diagnostycznych umożliwiały właściwą ocenę sytuacji położniczej.

Personel medyczny (...) Publicznego Szpitala (...) w C. nie podjął wszelkich wymaganych zasadami wiedzy medycznej środków prawidłowego przeprowadzenia akcji porodowej i zapewnienia bezpieczeństwa życia i zdrowia zarówno matce, jak i dziecku. Analiza akt sprawy wskazuje, że w przebiegu porodu mogło dojść do nieprawidłowości w postępowaniu położniczym, które wpłynęły na krytyczny stan noworodka.

W pierwszym okresie porodu nastąpiła nieuzasadniona ingerencja w fizjologiczną akcję porodową, polegająca na przekłuciu pęcherza porodowego (amniotomia) przez położną oraz stosowaniu zabiegu K., bez udziału lekarza. Doprowadziła ona do wzniesienia intensywnych i bardzo bolesnych skurczów macicy, a następnie do wtórnego osłabienia czynności skurczowych. Stosowanie tych zabiegów wiąże się z ryzykiem zaburzeń przepływu maciczno-łożyskowego lub pępowinowego. Przeprowadzenie zabiegu K. było błędne i niedopuszczalne z trzech powodów: brak wiedzy i nadzoru lekarza, wykonanie zabiegu w I. fazie porodu, wykonanie zabiegu w niekorzystnej sytuacji położniczej (nieustalona główka płodu). Proste stanie główki jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu K..

Niedotlenienie płodu, które skutkowało ciężką zamartwicą, mogło wystąpić po przedwczesnej i nieuprawnionej amniotomii, po nieskutecznych próbach parcia przez rodzącą, zastosowane zostały chwyt K. przez położną. To właśnie działanie, z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością, mogło doprowadzić do niedotlenienia płodu (ucisk na dno macicy, forsowanie porodu naturalnego). Działania te także mogły być przyczyną uciśnięcia pępowiny, co mogło spowodować niedotlenienie K. G. (1).

Nie jest możliwe, by do tak ciężkiego niedotlenienia płodu doszło w czasie transportu matki powoda na salę operacyjną.

Ciężka postać encefalopatii niedotlenieniowo-niedokrwiennej (III stopień), którą rozpoznano u K. G. (1) była wynikiem okołoporodowego niedotlenienia i niedokrwienia. Powód przeżył, jednak doszło do uszkodzeń mózgu i powikłań wielonarządowych.

Leukocytoza, obecność bakterii K. pneumoniae, zmiany niedomowo-zapalne w polu dolnym płuca lewego, wynik dodatni w kierunku listeriozy, a także zmiany stwierdzone w badaniu (...) z 24 września 2004 r. mają charakter wtórny względem wyjściowej przyczyny stanu pourodzeniowego tj. urazu okołoporodowego. Opisana w badaniu przestrzeń płynowa „odpowiadająca najprawdopodobniej torbieli podwyściółkowej pokrwotocznej” jest najczęściej stanem po krwawieniu wewnątrzczaszkowym. Do takiego krwawienia dochodzi zazwyczaj w wyniku niedotlenienia. Zamartwica pourodzeniowa i długotrwała reanimacja są wystarczającym powodem do powstania krwawienia wewnątrzczaszkowego. Nie wiadomo, czy zmiana taka była w mózgu przed urodzeniem, jednak sama niewielka torbiel o wymiarach 6mm nie jest powodem depresji oddechowej. Wyniki badań nie potwierdzają, by u M. K. (1) doszło do infekcji wewnątrzmacicznej.

Brak też podstaw do stwierdzenia, że przyczynami stanu zdrowia K. G. (1) były błędy metaboliczne powstałe w okresie ciąży czy uwarunkowania genetyczne. Także stan matki i ewentualne epizody jej problemów oddechowych nie mogły mieć wpływu na stan płodu, ponieważ ma on dużo większe zdolności adaptacyjne.

Zabieg K. nie jest zabiegiem rekomendowanym przez (...) Towarzystwo Ginekologiczne, lecz w ściśle określonych sytuacjach jest dopuszczony, jednak musi zostać wykonany przez lekarza. Wykonanie tego zabiegu u M. K. (1), przy nieustalonej główce było niedopuszczalne.

Ocena niewspółmierności miednicowo-łożniowej zwykle możliwa jest dopiero na etapie obserwacji przebiegu porodu. Podjęcie próby porodu jest uzasadnione, w szczególności jeżeli wymiary są graniczne, a przebieg porodu sugeruje możliwość jego pomyślnego zakończenia drogą naturalną. Stwierdzenie nieprawidłowych wymiarów miednicy (zwężenie miednicy), wskazujące na brak realnej szansy na dokonania porodu naturalnego, przy jednoczesnej obecności dużej masy ciała płodu lub nadmiernych wymiarów główki płodu jest możliwe do zdiagnozowania już w okresie bezpośrednio przedporodowym. W takiej sytuacji próby podejmowania porodu drogami natury są niepotrzebne, jednak potencjalne zagrożenie dla rodzącej czy płodu wynikające z prowadzenia porodu w takich warunkach pojawia się dopiero przy długotrwałej i uporczywej próbie forsowania porodu drogami natury, szczególnie z zastosowaniem środków farmakologicznych stymulujących aktywność skurczową macicy. U M. K. (1) nie wykonano ultrasonograficznej oceny wymiarów miednicy, jednak pozostałe dane (eutrofia płodu, brak klinicznych wykładników niewspółmierności łożniowo-miednicowej) przemawiają za tym, że można było u niej podjąć próbę porodu siłami natury. Problem dysproporcji łożniowo-miednicowej wystąpił dopiero w końcowej fazie porodu i był uwarunkowany nieprawidłowym wstawianiem się główki płodu do wchodu miednicy: wysokim stanem główki. Wtedy też powstała konieczność zakończenia ciąży cesarskim cięciem.

Przedłużony II. okres porodu to okres trwający ponad dwie godziny. U M. K. (1) wszystkie fazy porodu mieściły się w prawidłowych ramach czasowych dla kobiety rodzącej po raz pierwszy. Decyzja o zakończeniu porodu została podjęta po 35. minutach II. okresu wobec stwierdzenia prostego stania główki, narastającego przedłożenia u płodu, braku ustalenia się części przodującej w kanale rodym.

Stwierdzenie wysokiego, prostego stania główki uniemożliwia dokonanie porodu drogami natury, wobec czego decyzja o cesarskim cięciu z tego powodu była prawidłowa i miała na celu uniknięcie możliwych powikłań, które wiążą się z przedłużaniem tej fazy porodu. Zabieg operacyjny był zabiegiem pilnym, istniało zagrożenie życia i zdrowia. M. K. (1) została prawidłowo przygotowana do zabiegu cesarskiego cięcia, prawidłowo została znieczulona (podpajęczynówkowo) i na tym etapie nie mogło dojść do obniżenia przepływów macicznych ani do ograniczenia ilości tlenu docierającego do płodu. Zabieg cesarskiego cięcia został wykonany zgodnie z zasadami wiedzy medycznej i techniki operacyjnej. Brak jest także podstaw do przyjęcia, że w trakcie zabiegu cięcia cesarskiego doszło do powikłań anestetycznych znieczulenia, które mogły wpłynąć na stan noworodka. Należy wykluczyć pełny dobrostan płodu w chwili podejmowania decyzji o cesarskim cięciu.

Okresowe osłuchiwanie czynności serca płodu jest zalecaną metodą nadzoru w czasie porodu u zdrowych kobiet, u których nie stwierdzono czynników ryzyka wystąpienia powikłań. Badanie kardiotokograficzne oparte na elektronicznym monitorowaniu stanu płodu jest zalecaną metodą nadzoru w ciążyach o podwyższonym ryzyku położniczym. Wskazaniem do ciągłego elektronicznego monitorowania czynności serca płodu połączonego z ciągłym zapisem kardiotokograficznym jest nieprawidłowy lub podejrzany wynik badania KTG, manifestujący się bradykardią, tachykardią, minimalną lub brakiem zmienności, zwiększoną zmiennością, zapisem sinusoidalnym, deceleracjami późnymi, deceleracjami przedłużonymi, powtarzającymi się lub atypowymi deceleracjami zmiennymi. W przypadku występowania innych dolegliwości np. nadciśnienia tętniczego czy cukrzycy ciążyowej, krwotoku przedporodowego i śródporodowego, choroby matki, zakażenia wewnątrzmacicznego, nieprawidłowej czynności serca płodu w czasie osłuchiwania uważa się, że zapis KTG powinien być rejestrowany co 15-30 minut.

Wyniki badań klinicznych nie wskazują na wyraźną przewagę ciągłego elektronicznego monitorowania czynności serca płodu nad okresowym osłuchiowaniem czynności serca płodu w zapobieganiu zgonu płodu/novorodka oraz odległym następstwom neurologicznym.

Sposób nadzoru stanu stosowany wobec M. K. (1), polegający na okresowym osłuchiowaniu czynności serca płodu aparatem KTG można uznać za właściwy, pod warunkiem, że w trakcie porodu nie wystąpiły zaburzenia czynności serca płodu, jednak na podstawie materiału dowodowego należy stwierdzić, że podczas porodu doszło do wystąpienia zaburzeń czynności serca płodu i wtedy ciągłe monitorowanie KTG płodu mogło być uzasadnione i

nie można wykluczyć, że zastosowanie mogłoby wpłynąć na ewentualne zdiagnozowanie zagrożenia płodu i podjęcie wcześniejszej interwencji, bowiem stan niedotlenienia płodu byłby widoczny w zapisie KTG.

Powód urodził się w stanie śmierci klinicznej, w szczególnych warunkach stan taki może być odwracalny. Akcja reanimacyjna prowadzona przez anestezjologa i neonatologa bezpośrednio po wyjęciu dziecka była wykonywana w sposób prawidłowy i spowodowała powrót czynności życiowych. Odłączenie od respiratora zostało przeprowadzone w odpowiednim momencie, po stwierdzeniu stanu wydolności oddechowej noworodka. Około 5. minuty pojawiły się niepewne oznaki życia (w dokumentacji medycznej odnotowano pojedyncze skurcze ze znakiem zapytania), a wolną czynność serca odnotowano po około 30 minutach. Najbardziej prawdopodobnym momentem powstania krwawienia wewnątrzczaszkowego wydaje się moment urodzenia dziecka i długotrwałej reanimacji.

Występujące u K. G. (1) po porodzie przedgłowie nie miało wpływu na stan jego zdrowia. Jest to niewielki i szybko ustępujący obrzęk surowiczo-krwotoczny tkanek miękkich spowodowany uciskiem główki w kanale rodny w trakcie akcji poporodowej. (opinia Zakładu Medycyny Sądowej UM w B. sporządzona przez biegłych z zakresu ginekologii i położnictwa S. R., z zakresu neonatologii A. K. (3) i z zakresu medycyny sądowej S. M. (1) sporządzona w niniejszym postępowaniu, k. 497-503, opinia uzupełniająca sporządzona przez biegłych z zakresu medycyny sądowej M. D., pediatrii i neonatologii A. W. i położnictwa i ginekologii J. P., k. 895-961, ustna opinia uzupełniająca sporządzona przez biegłych z zakresu medycyny sądowej M. D., pediatrii i neonatologii A. W. i położnictwa i ginekologii J. P., protokół rozprawy z dnia 18 października 2019 r., k. 2509v-2517, opinia Zakładu Medycyny Sądowej P. w S. sporządzona przez biegłych z zakresu ginekologii i położnictwa S. R., z zakresu neonatologii A. K. (3) i z zakresu medycyny sądowej S. M. (1) w postępowaniu przygotowawczym przed K. w C. w sprawie o sygn. RSD 1240/05-115, k. 109 -115, opinia uzupełniająca, k. 527-533v, k. 657-657v, k. 728-729)

Wysokie proste stanie główki jest to nieprawidłowość, w której główka płodu wstapia się do wschodu szwem strzałkowym w wymiar prosty lub prawie prosty miednicy. Występuje ona nie częściej niż w 1% porodów. Etiologia obejmuje nieprawidłową budowę miednicy (długa i wąska), niewspółmierność porodową i inne rzadki przyczyny (zniekształcenie miednicy, mięśniak, zaburzenia czynnościowe). Postępowaniem w takiej sytuacji jest początkowo wyczekiwanie z przemiennym układaniem pacjentki na prawym i lewym boku, obecnie rzadko wykonywana korekcja ręczna wstawiania główki, a gdy pomimo tych działań wstawienie utrzymuje się należy przeprowadzić cesarskie cięcie. (opinia Katedry i Kliniki (...) o P. Akademii Medycznej w L., k. 667—678, opinia uzupełniająca wykonana przez J. O. (1), protokół rozprawy z dnia 26 maja 2008 r., k. 730v-731)

W okresie od 1 maja 2003 r. do 30 kwietnia 2005 r. (...) Publiczny Wojewódzki Szpital (...) w C. objęty był ochroną gwarancyjną w zakresie odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej. Sumę gwarancyjną ustalono na 1.000.000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia (polisa ubezpieczeniowa nr (...), k. 171-185, OWU, k 168-170)

W styczniu 2005 roku powód po raz pierwszy przebywał w Centrum (...) w W.. 22-dniowy pobyt miał na celu przeprowadzenie kompleksowego leczenia usprawniającego (podjęto próby normalizacji napięcia mięśniowego, stymulacji do kontrolowania głowy, zapobieganiu asymetrycznego ułożenia) oraz udzielenie matce instruktażu postępowania pielęgnacyjno-usprawniającego. Nadal karmiony był sondą. U powoda obserwowano krótkotrwałe napady padaczkowe. Po zabiegach rehabilitacyjnych powód został przyjęty do Kliniki (...), a następnie, z uwagi na zaburzenia ssania i połykania oraz odpływ żołądkowo-przełykowy na oddział (...), gdzie wykonano operację antyrefluksową i założono P.. Następnie kontynuowano leczenie w Klinice (...), (...) (...). Stwierdzono występowanie padaczki lekoopornej, mózgowe porażenie dziecięce oraz niedosłuch obustronny wymagający korzystania z aparatów słuchowych. Stwierdzono także, że okresowo wymaga odsysania śliny i wydzieliny z górnych dróg oddechowych. Powód został wypisany do domu 8 marca 2005 r. z zaleceniami przyjmowania wypisanych leków, opieki w poradni neurologicznej, audiologicznej, stałej rehabilitacji, żywienia i leków gastronomicznych. Od tego czasu powód regularnie przyjmowany jest do Oddziału (...) Neurologicznej Centrum (...).

K. G. (1) mieszka z matką w C.. Ma 15 lat. Wciąż jest dzieckiem leżącym. Nie chodzi, nie siada samodzielnie, nie utrzymuje równowagi, nie jest w stanie przewrócić się na drugi bok. Jest przewożony na wózku inwalidzkim

wyposażonym w czteropunktowe pasy, które wymuszają pozycję siedzącą. Nie je buzią, karmiony jest sondą dożołądkową. Wokół wejścia do niej codziennie wymieniane są opatrunki. Ma niewładne ręce, nie chwytą dłońmi. Korzysta z pampersów, stosowane są odżywki, specjalna dieta, jedzenie jest blendowane. Krzyczy, płacze. Od szóstego tygodnia życia przyjmuje relanium. Nie mówi, ma niedosłuch. Pozostaje pod opieką szkoły specjalnej. Nosi aparat słuchowy, jego koszt refundowany jest przez NFZ. Matka wymienia baterie – raz na tydzień-półtora. Koszt jednorazowej wymiany to 17 zł.

Okresowo jest w kontakcie z otoczeniem, reaguje, uśmiecha się. Przez wiele lat nie sygnalizował potrzeb, z czasem jego matka nauczyła się rozpoznawać sygnały syna, którymi wyraża podstawowe potrzeby. Jest silnie emocjonalnie związany z matką. Często choruje na zapalenie górnych dróg oddechowych, co wiąże się z hospitalizacjami na Oddziale (...) (...) w L., czy Oddziale O. tego szpitala oraz szpitala w C.. Z uwagi na napady padaczkowe kilkakrotnie był hospitalizowany na Oddziale (...) (...) w L..

W okresie od stycznia do lipca 2006 r. powód pozostawał pod opieką hospicjum, raz w tygodniu przychodzili do niego lekarze: pediatra, neurolog i rehabilitant. Powód korzystał także z prywatnych wizyt rehabilitanta, których koszt w latach 2006-2007 wynosił około 30 zł za godzinę. Zajęcia odbywały się trzy razy w tygodniu. Następnie powód rozpoczął w C. rehabilitację w ramach środków publicznych – trwającą codziennie z wyjątkiem weekendów. Rehabilitacja była też prowadzona w W., L.. Na wyjazd wynajmowany jest samochód, czego koszt wynosi około 200 zł. W czasie wyjazdów, oprócz matki, powodowi towarzyszy jeszcze jedna osoba, z uwagi na konieczność dźwigania.

W marcu 2005 r. na zakup leków, odżywek, strzykawek, kompresów jałowych, cewników do karmienia powód poniósł koszt około 142 złotych. (faktury, k. 2329-2332, 2334, 2336-2337, 543, 553-557, 560), w maju 19,21 zł (k. 2340, 552), w czerwcu 2005 r. – 69 zł (k. 2341, 547), w sierpniu 2005 r. 7,56 zł (k. 2342-2343, 558, 551-), we wrześniu 2005 r. - 200 zł (k. 2344-2345, 2348, 548-550), w październiku 2005 r. – 170zł (k. 2350, 561), a nadto koszty rehabilitacji 40 zł (k. 2349), w listopadzie 2005 r. poniósł koszty leków i konsultacji logopedycznej – 134 zł (k. 2352, 2351, 559).

Powód przez cały czas jest pampersowany. Miesięcznie wykorzystywanych jest 90 sztuk pieluch. Koszt opakowania (60 sztuk) w 2007 roku wynosił około 40 zł. Miesięczny koszt pieluchomajtek po refundacji, obecnie wynosi od 80 do 108 zł. Dodatkowo konieczne jest stosowanie chusteczek, które kosztują około 100zł miesięcznie. (k. 2299, 2301, 2303, 2306).

W październiku 2018 r. powód poniósł koszty zakupu leków w kwocie 78,04 zł (k. 2300), w grudniu 2018 r. 41 zł (k. 2304-2305). Leki przeciwpadaczkowe kosztują około 80-90 zł miesięcznie, zaś osłonowe około 20-25 zł miesięcznie.

Powód dojeżdża do Centrum (...) w W., gdzie znajdują się neurologi specjalizujący się w chorobach poszkodowanego. W ramach opieki z Centrum (...) organizowane są dwa razy w roku wyjazdy rehabilitacyjne, które są odpłatne.

Lekarze cały czas zalecają powodowi prowadzenie rehabilitacji i fizjoterapii. W ostatnim okresie rehabilitacja nie jest prowadzona, ponieważ powód ma zwichnięte biodro.

Jest dowożony przez matkę do szkoły, ponieważ nie może jeździć szkolnym busem. Powód powinien korzystać z terapii zajęciowej i specjalistycznej rehabilitacji, mieć nowy wózek inwalidzki, gorset, istnieje sprzęt elektroniczny, który poprawiłby komfort jego życia. Matki powoda nie stać na sfinansowanie takich wydatków.

K. nie śpi w nocy, wymaga całodobowej troski. Od godziny 9 do 14 w dni powszednie przebywa w szkole, poza tymi godzinami zajmuje się nim matka, która ma drugie, młodsze dziecko.

Powód często zapada na zapalenia płuc. Z tego powodu przebywa w szpitalu kilka razy w roku. Aby zmniejszyć ryzyko zapaleń oraz zapobiec zachłyśnięciu należy odsysać ślinę. Urządzenia, które służą do odsysania śliny kosztują od 100 do 5.000 zł. Konieczny jest też sprzęt do inhalacji i nawilżacz powietrza.



Matka powoda nie może prowadzić samochodu jadąc z synem, potrzebuje pomocy innej osoby. Przejazd z powodem samochodem osobowym jest trudny.

Ojciec powoda nie uznał dziecka, jest pozbawiony władzy rodzicielskiej, płaci alimenty w kwocie 800 zł miesięcznie.

(dokumentacja medyczna, k. 1024-2105, k. 2167-2224, k. 2288-2297, k. 42-64v, 566-636, faktury i rachunki, k. 541-565, 2298-2307, k. 2324-2435, zeznania świadka J. J. (1), protokół rozprawy z dnia 12 listopada 2007 r., k. 637v-638v, zeznania przedstawicielki ustawowej powoda M. K. (1), protokół rozprawy z dnia 12 listopada 2007 r., k. 638v., k. 2628-2631)

U powoda występuje mózgowe porażenie dziecięce z niedowładem czterokończynowym i padaczką objawową, przebyta encefalopatia niedotlenieniowo- niedokrwienna i stan po założeniu P.. K. G. (1) jest dzieckiem leżącym, niezmienną pozycji ciała, wykonującym okresowo niecelowe niewielkie ruchy w zakresie kończyn dolnych i górnych, bez kontaktu z otoczeniem, niezgłaszającym potrzeb fizjologicznych, wymagającym stałej całodobowej opieki osób trzecich. Ze względu na nasilony niedowład kończyn i brak zmiany pozycji ciała może częściej zapadać na infekcje dróg oddechowych, a ich leczenie jest trudniejsze niż u dzieci sprawnych ruchowo i psychicznie, potrafiących odkrztuszać, odkasłać, głęboko oddychać i skutecznie przyjmować leki. Z tego powodu przebieg infekcji jest zdecydowanie cięższy, wymaga szerokiej antybiotykoterapii. Choroba za każdym razem może sprowadzać zagrożenie pogorszenia stanu jego zdrowia lub utraty życia. U powoda występują napady padaczkowe, około raz na trzy tygodnie. Leczony jest politerapią kilkoma lekami przeciwpadaczkowymi. Ze względu na niewielką poprawę na przestrzeni lat rokowania K. G. są złe, będzie wymagał stałej opieki osób trzecich do końca życia. (opinia biegłego z zakresu neurologii M. N., k. 2266-2775)

15 maja 2005 r. powód zgłosił pozwanemu (...) S.A. szkodę dochodzoną pozwem. 14 listopada 2005 r. pozwany odmówił zapłaty. (pismo z 13 maja 2005 r., k. 65-75, potwierdzenie odbioru 77, pismo (...) S.A. z 23 maja 2005 r., k. 78, z dnia 20 czerwca 2005 r., k. 79, pismo powoda z 30 maja 2005 r., k. 80-82, pismo powoda z 27 czerwca 2005 r., k. 83-84, potwierdzenie odbioru, k. 85, pismo powoda z 1 sierpnia 2005 r., k. 86—87, z dnia 27 września 2005 r., k. 88—90, potwierdzenie odbioru, k. 91, 16 listopada 2005 r., k. 92—94, potwierdzenie odbioru, k. 95, pismo pozwanego z 14 listopada 2005 r., k. 96, pismo (...) S.A. z dnia 21 marca 2006 r., k. 97-98, pismo powoda z 28 lutego 2006 r., k. 99-101)

S. O. (1) został oskarżony przez Prokuraturę Rejonową w C. przed Sądem Rejonowym w C. o to, że 10 września 2004 r. pełniąc obowiązki lekarza dyżurnego odpowiedzialnego za salę porodową nie dopełnił obowiązków polegających na starannym rozważeniu drogi wyboru porodu dla M. K. (1), wskutek czego nie przeprowadzono pomiaru miednicy wymienionej, zignorowany został fakt szczupłości jej miednicy i duża masa płodu, co doprowadziło do ustania akcji porodowej rodzącej drogami natury, a w skutek zbyt późno przeprowadzonego cesarskiego cięcia nowonarodzony K. G. (1) doznał długotrwałego niedotlenienia okołoporodowego skutkującego encefalopatią niedokrwiennie-niedotlenieniową stanowiącą ciężki uszczerbek na zdrowiu tj. o czyn z art. 160 § 2 k.k. w zb. Z art. 156§ 2 k.k. w zw. z art. 11 § 2k.k. Sąd Rejonowy w C. uniewinnił S. O. od zarzucanego mu czynu (wyrok z dnia 29 grudnia 2015 r. w sprawie II K 519/12, k. 1424 akt Sądu Rejonowego w C. załączonych do akt sprawy niniejszej)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o wymienione dowody. Sąd uznał za wiarygodną i prawidłowo sporządzoną opinię Zakładu Medycyny Sądowej UM w B., bowiem biegli szczegółowo odnieśli się do zarzutów podnoszonych przez stronę pozwaną, logicznie i jasno, powołując się na przesłanki medyczne oraz wyniki badań i ogólny stan zdrowia powoda, wyjaśnili wszelkie wątpliwości. Zwrócić należy uwagę, że sformułowana przez nich opinia, co do medycznego prawdopodobieństwa wersji wynikającej wyłącznie z dokumentacji medycznej, jest tożsama we wnioskach z opinią sporządzoną przez Zakład Medycyny Sądowej P. w S. i wskazuje na brak możliwości tak nagłej zmiany stanu płodu w krótkim czasie. W odróżnieniu od opinii sporządzonej w imieniu Katedry i Kliniki (...) w L. przez prof. J. O. (1), który a priori założył, że dane zawarte w dokumentacji medycznej wiernie odzwierciedlają przebieg czynności, co uzasadnił sposobem postępowania w przygotowaniu cesarskiego cięcia (nie działano natychmiast, nie informowano o zagrożeniu), biegli z Zakładu Medycyny Sądowej UM w B. dokonali oceny relacji przyczynowej w oparciu o medyczny wpływ określonych czynników i czasu ich działania na stan płodu, w świetle których dokumentacja

medyczna jawi się jako niekompletna, a zawarte w niej zapisy nie stanowią odzwierciedlenia sekwencji zdarzeń, które – w świetle wiedzy specjalistycznej – mogły doprowadzić do określonego stanu noworodka. Nadto odnieśli się do potencjalnych przyczyn porażenia mózgowego wymienionych przez J. O. (np. infekcji wewnątrzmacicznej), wyjaśniając dlaczego w danym przypadku tezy te nie mogą znaleźć potwierdzenia. W ocenie Sądu tak przedstawiona opinia jest wyczerpująca, spójna i logiczna, zaś wnoszone przez stronę pozwaną zastrzeżenia mają charakter polemiczny i stanowią przejaw przyjętej linii obrony w procesie. Z tej też przyczyny postanowieniem z dnia 25 lutego 2020 r. Sąd pominął kolejne wnioski dowodowe pozwanych o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych lub instytutu naukowego.

Opinia Katedry i Kliniki (...) w L. przydatna była do oceny wyników badań płodu wykonywanych po przyjęciu do szpitala i w toku akcji porodowej, a nadto w celu wyjaśnienia pojęcia wysokiego prostego stania główki i sposobu postępowania w takim przypadku.

Opinia biegłego z zakresu neurologii dziecięcej była kompletna, została sporządzona na podstawie badania powoda oraz analizy dokumentacji medycznej zgromadzonej w aktach, zaś jedyny zarzut do niej opierał się o treść pieczętki użytej przez opiniującego (pозwany (...) S.A. w piśmie z dnia 1 marca 2019 r., k. 2448v wskazywał, że skoro biegły użył pieczętki „neurologa”, a nie „neurologa dziecięcego”, to opinia w sprawie jest nieprzydatna). Sąd jedynie dla porządku wyjaśnia, że o specjalizacji biegłego - merytorycznie - decyduje jego wiedza i doświadczenie zawodowe, a w aspekcie formalnym, wpis na listę prowadzoną przez Prezesa Sądu Okręgowego. Biegły spełnia te kryteria, jako specjalista z zakresu neurologii dziecięcej i w takim charakterze Sąd wezwał go do sporządzenia opinii postanowieniem z dnia 26 października 2018 r. (postanowienie, k. 2247).

Odnosząc się zaś do kwestionowania wniosku powoda o dopuszczenie dowodu z w/w opinii, jako wniosku spóźnionego to wskazać należy, że z uwagi na zgłaszane na tym etapie przez pozwanych zarzuty do opinii Zakładu Medycyny Sądowej UM w B. i przeprowadzenie dowodu z opinii uzupełniającej tego instytutu w dniu 18 października 2019 r., przeprowadzenie tego dowodu nie miało ujemnego wpływu na czas postępowania.

Sąd dał wiarę zeznaniom M. S. (K.) w zakresie, w jakim opisała czynności wykonywane przez położne przed podjęciem decyzji o cesarskim cięciu i, w tej części, odmówił wiarygodności zeznaniom B. Ś. i B. S. (1), a także S. O. (1). Powyższa ocena została dokonana w związku ze złożoną w toku postępowania opinią Zakładu Medycyny Sądowej UM w B., w której biegli wyjaśnili, że zeznania matki powoda znajdują odzwierciedlenie w świetle wiedzy specjalistycznej z zakresu medycyny i położnictwa. Opisuje ona nieprofesjonalnym językiem faktycznie istniejące zabiegi, których przeprowadzenie w dniu 10 września 2004 r., w sposób logiczny, wyjaśnia sekwencje zdarzeń. Mając na uwadze, że w ocenie Sądu opinia ta została sporządzona prawidłowo, stanowiła odniesienie do dokonania dalszej oceny dowodów, gdy ocena ta wymagała korzystania z wiadomości specjalnych. Nadto odnosząc się do zeznań M. S. zwrócić należy uwagę, że konsekwentnie, we wszystkich składanych zeznaniach opisywała ona zarówno kwestię przebiccia pęcherza płodowego (podając też, że doszło do przebiccia wód płodowych), jak i wyciskanie z niej dziecka przez położne, choć na początkowym etapie postępowania to nie z tymi czynnościami łączona była szkoda, zatem zeznania te, w tamtym czasie, miały charakter „neutralny”, świadek nie miała motywów by kłamać w tym zakresie, ani też wiedzy specjalistycznej by prawidłowo je opisać (jak wynika z protokołu rozprawy głównej przed Sądem Rejonowym w C. przeprowadzonej dnia 2 listopada 2006 r. w sprawie o sygn. akt II K 455/60 obejmującego jej zeznania, z wykształcenia jest kucharzem, k. 424). Odmiennie należy zaś podejść do zeznań B. Ś. i B. S. (1), a także S. O. (1), bowiem jako profesjonaliści wiedzieli oni jakie jest stanowisko środowiska położniczego wobec chwytu K. (obecnie nie jest to zabieg rekomendowany, zaś w 2004 r., jak wskazał biegły J. P., „panowało przekonanie, że zabieg jest niedozwolony, a jednocześnie był nagminnie wykonywany” k. 2512v – to uzasadnia także brak adnotacji w dokumentacji medycznej), jakie mogą być jego konsekwencje, zatem zaprzeczanie jego wykonaniu jest oczywiście umotywowane w przypadku tych świadków, przy czym w odniesieniu S. O., to z uwagi na nieobecność w toku tych czynności może on nie posiadać wiedzy o ich wykonaniu. Z tych powodów nie można było uznać zeznań trzech wyżej wymienionych świadków za kompletne i w pełni wiarygodne.

Odnosząc się zaś do zeznań pozostałego personelu medycznego, uczestniczącego w dalszych czynnościach leczniczych tj. P. W. (2), W. W., E. G., B. S. (2) nie budziły one wątpliwości i znalazły potwierdzenie w dokumentacji medycznej, wyjąwszy kwestię zasinienia M. K. w czasie znieczulania, jednak wpis tego dokonał S. O., zaś żadna z osób uczestniczących w znieczuleniu pacjentki, będących bezpośrednio przy niej (w przeciwieństwie do S. O., który miał wyglądać z sąsiedniego pomieszczenia i dostrzec stan M. K.) w toku zeznań w postępowaniu karnym ani w niniejszym procesie nie potwierdziła tej okoliczności, zatem Sąd w tym zakresie dał prymat wiarygodności dowodom osobowym, wyjąwszy zeznania S. O. (z tych samych względów, z których wpis nie został uznany za wiarygodny). Świadek K. Ż. nie pamiętała M. K. (1) ani przebiegu jej ciąży. K. W., ordynator oddziału, na którym rodził się powód, opisał sposób ustalania przez zespół szpitalny przyczyn stanu powoda, a nadto wskazał, że prof. O., opiniujący w sprawie niniejszej w imieniu UM w L. (uprzednio AM w L.), zwykle współpracuje z pozwanym szpitalem w rozwiązywaniu tego typu zagadnień (k. 325v). Nie było podstaw do odmowy wiarygodności tym zeznaniom.

Dokumentacja zawarta w aktach postępowania karnego prowadzonego przed Sądem Rejonowym w C., w szczególności protokoły obejmujące zeznania świadków oraz podejrzanego S. O., w zakresie obejmującym zeznania świadków oraz przedstawicielki ustawowej powoda, zeznających także przed tut. Sądem, wobec tożsamości ich treści, Sąd ocenił tak jak zeznania w sprawie cywilnej. Natomiast protokoły zeznań obejmujące zeznania pozostałych świadków w postępowaniu karnym zasadniczo stanowiły potwierdzenie procedur medycznych następujących po podjęciu decyzji o cesarskim cięciu, a nadto relacje innych matek w tym czasie hospitalizowanych na tym samym, co M. K. (1) oddziale. Nie zawierały one żadnych cech pozwalających na odmowę im wiarygodności.

Z wyjątkami opisanymi powyżej, Sąd dał wiarę dokumentacji medycznej, a nadto złożonym fakturom i rachunkom, a także dokumentom pochodzącym z postępowania likwidacyjnego. Złożenie na rozprawach 29 maja 2018 r., 26 lutego 2019 r. oraz z pismami z: 19 lipca 2018 r., 30 grudnia 2019 r. dokumentów przez pełnomocnika powoda nie doprowadziło do przedłużenia postępowania, bowiem podejmowane były dalsze czynności związane z zarzutami do opinii zgłoszonymi przez pełnomocnika pozwanego szpitala w piśmie z dnia 16 kwietnia 2018 r., a nadto 17 kwietnia 2019 r. przesłuchiwani byli świadkowie, zgodnie z wnioskiem pełnomocnika pozwanego z dnia 21 czerwca 2018 r., a nadto przeprowadzenie dowodu z dokumentu co do zasady nie przedłuża postępowania. (k. 2148).

Zeznania M. S. (K.) oraz J. J. (2) dotyczące stanu zdrowia powoda i jego codziennych potrzeb, w świetle zgromadzonego materiału dowodowego, w szczególności dokumentacji medycznej i opinii biegłego neurologa dziecięcego M. N., ale także w świetle zasad doświadczenia życiowego, nie budziły wątpliwości i były wiarygodne.

Na rozprawie w dniu 9 czerwca 2020 r. Sąd pominął dowód z zeznań świadka S. O. (1). Wniosek dowodowy był spóźniony, a nadto pozwany, który domagał się przeprowadzenia tego dowodu nie wykazał, aby świadek po kilkunastu latach mógł przypomnieć sobie okoliczności o których nie zeznawał do tej pory.

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

Powód domaga się zadośćuczynienia oraz renty, podając, że na skutek nieprawidłowego postępowania medycznego w pozwanym szpitalu doznał uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia.

(...) S.A. z siedzibą w W. uzasadnia przepis art. 822 k.c. oraz zawarta umowa ubezpieczenia. Zgodnie z art. 822 § 1k.c. Przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela (art. 822 § 4 k.c.).

Podstawą odpowiedzialności szpitala są przepisy art. 430 k.c. Stanowi on, że kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej 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.

Hipotezą wynikającej z w.w przepisu normy prawnej zostały również objęte stany faktyczne, w których występuje szeroko rozumiana podległość organizacyjna, gdy czynności powierzone zostały osobom, których aktywność wiąże się zazwyczaj z działaniem twórczym, podlegającym własnej, swobodnej ocenie, w dużym stopniu niezależnym od decyzji innych podmiotów (lekarze, prawnicy, pracownicy naukowcy) i nie polega na ścisłym podporządkowaniu poleceniom (por. W. Dubis (w:) E. Gniewek, P. Machnikowski, Komentarz, 2013, art. 430, nb 4; P. Machnikowski (w:) System prawa prywatnego, t. 6, s. 460; A. Rembieniński, Odpowiedzialność cywilna..., s. 103 i n.; M. Safjan (w:) K. Pietrzykowski, Komentarz, t. I, 2011, art. 430, nb 13). Zachowanie określonej samodzielności przez wykonującego powierzone czynności nie wyłącza istnienia podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c., a dotyczy to także osób mających wysokie kwalifikacje zawodowe, podejmujących decyzje na podstawie specjalistycznej wiedzy i zachowujących niezależność w procesie leczenia, diagnozy i terapii (Konrad Osajda, Kodeks cywilny. Komentarz, komentarz do art. 430 k.c.).

Odpowiedzialność szpitala oparta jest o zasadę ryzyka, jednak niezbędną przesłanką jej aktualizacji jest stwierdzenie, że personel medyczny w toku wykonywania czynności powodujących szkodę dopuścił się zawinionych nieprawidłowości. Oczywiście jest również, że pomiędzy szkodą a zawinionym zachowaniem musi występować adekwatny związek przyczynowo-skutkowy (art. 361 § 1 k.c.).

Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentystry, lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Stosownie zaś do art. 18 ust. 1 Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, położna wykonuje zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością. Przepisy te zawierają podstawowe dyrektywy postępowania personelu medycznego i pod ich kątem następuje badanie bezprawności oraz zawinienia lekarza czy położnej w każdym wypadku powstania tzw. szkody medycznej (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 roku, IV CSK 431/12). Wyznaczają one bowiem w sposób ogólny ramy prawne działania oraz kryteria staranności, które wiążą personel medyczny i stanowią o społecznym zaufaniu do podejmowanych przez nich czynności.

Przy ocenie postępowania medycznego należy też mieć na względzie uzasadnione oczekiwanie nienarazania pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia, przydatny może być również test oparty na pytaniu, czy niekorzystnego skutku można było uniknąć oraz czy lekarz lub położna w danym przypadku powinni i mogli zrobić więcej (lepiej).

Przesłanką odpowiedzialności przełożonego jest wyrządzenie szkody z winy jego podwładnego, przy czym wystarczy tu istnienie winy bezimiennnej, jeśli tylko poszkodowany wykaże, że szkoda była wynikiem zachowania osoby podlegającej określonemu zwierzchnictwu i wykonująca określoną czynność dla powierzającego i w jego interesie (A. R., Odpowiedzialność, s. 154; podobnie. SA w B. w wyroku z 29 września 2014 r., I ACa 233/14, L.; SA w Ł. w wyroku z 8 października 2014 r., I ACa 627/14, L.; SA w G. w wyroku z 9 października 2014 r., V ACa 674/13, L., SA w S. w wyroku z 26 października 2016 r., I ACa 1163/15, L.). Koncepcja winy anonimowej skutkuje obiektywizacją odpowiedzialności, bowiem postawienie zarzutu takiej winy nie jest wynikiem indywidualnej oceny zachowania sprawcy szkody. Wystarczające jest wykazanie, iż podwładny naruszył zasady ostrożności i bezpieczeństwa, wynikające z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (wyrok SA w L. z 24 października 2016 r., I ACa 207/16, L. wyrok SA w Szczecinie z 31 marca 2016 r., I ACa 1162/15, L.; wyrok SA w Ł. z 17 stycznia 2019 r., I ACa 133/18, L.).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt sprawy niniejszej, powód wykazał, że w postępowaniu personelu doszło do działań niezgodnych z zasadami wiedzy medycznej, bowiem wbrew ars medica, w pierwszym okresie porodu nastąpiła nieuzasadniona ingerencja w fizjologiczną akcję porodową, polegająca na przekłuciu pęcherza porodowego (amniotomia) przez położną oraz stosowania zabiegu K., bez udziału lekarza. Doprowadziła ona do wzniesienia

intensywnych i bardzo bolesnych skurczów macicy, a następnie do wtórnego osłabienia czynności skurczowych. Stosowanie tych zabiegów wiąże się z ryzykiem zaburzeń przepływu maciczno-łożyskowego lub pępowinowego. Przeprowadzenie zabiegu K. było błędne i niedopuszczalne z trzech powodów: brak wiedzy i nadzoru lekarza, wykonanie zabiegu w I. fazie porodu, wykonanie zabiegu w niekorzystnej sytuacji położniczej (nieustalona główka płodu). Proste stanie główki jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu K.. W ocenie Sądu nie można pominąć także faktu, że nie było prowadzone stałe monitorowanie KTG płodu, skoro odczyt z godzin południowych wykazywał umiarkowaną tachykardię (vide opinia UM w L., k. 669). Zaś tego typu dolegliwości – jak wskazują biegli z UM w B., k. 933) są już wskazaniem do stałego odczytu. W dokumentacji medycznej nie ma informacji o stanie płodu bezpośrednio z chwili poprzedzającej decyzję o cesarskim cięciu czy też przed samym zabiegiem.

Na gruncie spraw, których przedmiotem jest tzw. „błąd medyczny” ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem personelu medycznego a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Nie wymaga się, aby związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wadliwym zastosowaniem określonej procedury medycznej a szkodą miał charakter bezpośredni, nie jest konieczne wykazanie związku przyczynowego z całą pewnością. (wyrok SN z 17 października 2007 r., II CSK 285/07, wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 19 kwietnia 2013 r., sygn. I ACa 192/13, wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 24 października 2017 r., I ACa 462/17). Składając obszerne opinie Zakład Medycyny Sądowej UM w B. dokonał szczegółowej analizy wszelkich możliwych przyczyn niedotlenienia okołoporodowego i stanu powoda w chwili urodzenia, a także dalszych konsekwencji. W tym konkretnym przypadku zostały wykluczone wcześniejsze zmiany, w tym powstałe na skutek infekcji wewnątrzmacicznej. Biegli z tego instytutu wskazali wręcz, że w sprawie niniejszej występuje prawdopodobieństwo graniczące z pewnością, że to nieprawidłowe działania położnych (amniotomia, chwyt K.) doprowadziły do niedotlenienia i niedokrwienia okołoporodowego, które skutkowało ciężką postacią encefalopatii niedotlenieniowo-niedokrwiennej (III stopień) i w efekcie uszkodzeń mózgu i powikłań wielonarządowych. Dodatkowo, co jest już zasadniczo jedynie okolicznością dodatkową w sytuacji oczywistego zawinonego sprawstwa, nie podjęto także żadnych działań, jak np. stały monitoring KTG, który chociaż dawałby szansę, w odpowiednio wczesnym momencie, wykryć zachodzące zmiany.

W takiej sytuacji, w ocenie Sądu powód wykazał zasadę odpowiedzialności pozwanych.

Ubocznie wskazać należy, że S. O. (1) został uniewinniony w toku postępowania karnego, jednak czyn, który miał stanowić przestępstwo w świetle aktu oskarżenia i, co do którego toczyło się postępowanie karne nie jest tożsamy ani podmiotowo ani przedmiotowo z deliktem, który w istocie doprowadził do szkody powoda. Zasadniczo tutaj Sąd i sąd karny dokonały takich samych ustaleń tj. przyczyną szkody nie było to, że zaniechano pomiarów miednicy i zignorowano niewspółmierność miednicowo-płodową, a w konsekwencji niezasadnie podjęto próby porodu siłami natury i opóźniono cesarskie cięcie (bo to postępowanie stanowić miało czyn przestępny).

W toku procesu, na skutek złożonych w sprawie opinii, w sposób szerszy niż dotychczas została określona podstawa faktyczna dochodzonego roszczenia, w inny sposób bowiem zostało sprecyzowane nieprawidłowe działanie personelu medycznego.

Powyższe stanowiło, dla pozwanego (...) S.A. podstawę do podniesienia zarzutu przedawnienia (pismo z dnia 25 lutego 2004 r., k. 2436-2437).

Od momentu narodzin powoda zmieniły się przepisy regulujące termin przedawnienia dla roszczeń o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym.

Zmiany te wprowadzono ustawą z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy Kodeks cywilny ( Dz. U. Nr 80, poz. 538, dalej jako „ustawa nowelizująca”). Akt ten uchylił dotychczas obowiązujący art. 442 k.c. i wprowadził nową regulację art. 442<sup>1</sup> k.c. W świetle art. 2 ustawy nowelizującej do roszczeń, o których mowa w art. 1, powstałych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, a według przepisów dotychczasowych w tym dniu jeszcze nieprzedawnionych,

stosuje się przepisy art. 442<sup>1</sup> Kodeksu cywilnego. Wykładnia tego przepisu prowadzi do wniosku – a contrario, że jeżeli w świetle uprzedniej regulacji roszczenia były przedawnione, to nowy - bardziej korzystny z punktu widzenia poszkodowanego reżim prawny nie znajdzie zastosowania i nie nastąpi modyfikacja dotychczas obowiązujących reguł.

Zatem należy ustalić, czy w świetle przepisów art. 442 k.c. doszło do przedawnienia roszczeń powoda. Ustawa z 16 lutego 2007 r. weszła w życie z dniem 10 sierpnia 2007 r. (art. 3 ustawy).

Zgodnie z art. 442 § 1 k.c. w brzmieniu obowiązującym w dacie wyrządzenia szkody (art. 2 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy Kodeks cywilny, Dz. U. Nr 80, poz. 538), roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia z tym, że w każdym wypadku roszczenie przedawnia się z upływem lat 10 od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wyrządzające szkodę. Przepis ten odmiennie zatem od reguł ogólnych (art. 117 i n. k.c.) określa zasadę ustalenia początku biegu przedawnienia, bowiem jego rozpoczęcie uzależnia nie od wymagalności roszczenia, a wiedzy poszkodowanego o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia, przy czym wiedza o szkodzie oznacza zdawanie sobie sprawy z ujemnych następstw danego zdarzenia wskazujących na powstanie szkody (wyrok SN z 12 września 2007 r., I CSK 213/07). Jeżeli szkoda wynika ze zbrodni lub występku, roszczenie o naprawienie szkody ulega przedawnieniu z upływem lat dziesięciu od dnia popełnienia przestępstwa bez względu na to, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia (art. 442 §2 k.c. w brzmieniu z chwili zdarzenia szkodzącego). Nawet stosując najbardziej rygorystyczny 3-letni termin, liczony od dnia zdarzenia – 10 września 2004 r., to w dniu wejścia ustawy nowelizującej w życie, nie nastąpiłoby przedawnienie roszczeń. Nowowprowadzony art. 442<sup>1</sup> § 4 k.c. stanowi natomiast, że przedawnienie roszczeń osoby małoletniej o naprawienie szkody na osobie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat dwóch od uzyskania przez nią pełnoletności. Urodzony w (...) roku powód ani w chwili wniesienia pozwu ani nawet w chwili wyrokowania nie jest osobą pełnoletnią.

Wobec powyższego zarzut przedawnienia nie jest zasadny, a rozpoznaniu podlegają poszczególne roszczenia powoda.

W pierwszej kolejności domaga się on zapłaty na swoją rzecz zadośćuczynienia w kwocie 2.000.000 zł.

Zgodnie z art. 445 § 1 w związku z art. 444 § 1 k.c. jeżeli na skutek deliktu nastąpiło uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Zarówno w doktrynie, jak i orzecznictwie sądowym, krajowym i zagranicznym, przyjmuje się, że zadośćuczynienie pieniężne to swoista forma odszkodowania za szkody niematerialne zasądzone na korzyść poszkodowanego w wypadkach określonych w ustawie. Pełni ono funkcję kompensacyjną, stanowi sposób naprawienia krzywdy w postaci doznanych cierpień fizycznych i psychicznych (Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 marca 2006 roku, IV CSK 80/05, Józef Zych, Dochodzenie zadośćuczynienia w polskim systemie prawnym (doktryna i orzecznictwo sądowe) s.12, Warszawa 2014). Zadośćuczynienie musi pozostawać w stosunku odpowiednim do doznanej krzywdy, przy czym ta jest stanem o natężeniu zależnym od subiektywnej wrażliwości poszkodowanego. W toku postępowania cywilnego podlega pewnej obiektywizacji, w oparciu o kryteria, które na przestrzeni lat zostały w orzecznictwie wyeksponowane i, które odnoszone są indywidualnie dla każdego przypadku. Oceniając rozmiar doznanej krzywdy, trzeba wziąć zatem pod uwagę całokształt okoliczności, w tym: stopień, cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność i czas trwania, nieodwracalność następstw zdarzenia (na przykład kalectwo, oszpeccenie), rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiową oraz inne czynniki podobnej natury (uchwała pełnego składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973 roku, III CZP 37/73, OSNC 1974/9/145 oraz wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 15 grudnia 1965 roku, II PR 280/65, OSNC 1966/10/168, z dnia 4 czerwca 1968 roku, I PR 175/68, OSNC 1969/2/37, z dnia 10 października 1967 roku, I CR 224/67, OSNC 1968/6/107, z dnia 19 sierpnia 1980 roku, IV CR 283/80, OSNC 1981/5/81, z dnia 10 grudnia 1997 roku, III CKN 219/97, z dnia 20 marca 1998 r., II CKN 650/97, z dnia 11 lipca 2000 roku, II CKN 1119/98, z dnia 12 października 2000 roku, IV CKN 128/00, z dnia 12 września 2002 roku, IV CKN 1266/00, z dnia 29 września 2004 roku, II CK 531/03, z dnia 30 stycznia 2004 roku, I CK 131/03, OSNC 2005/2/40). Nadto należy mieć na uwadze, że omawiane świadczenie powinno uwzględniać nie tylko krzywdę istniejącą w chwili orzekania,

ale również taką, którą poszkodowany będzie w przyszłości na pewno odczuwać oraz krzywdę dającą się z dużym stopniem prawdopodobieństwa przewidzieć (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 2006 roku, IV CK 80/05, OSNC 2006/10/175).

Nie wymaga szczególnych wyjaśnień stwierdzenie, że na skutek deliktu z 10 września 2004 r. całe rozpoczynające się życie powoda zostało zniweczone. Nigdy nie będzie on żył tak jak inni, zdrowi ludzie, zasadniczo nie ma żadnej dziedziny życia K. G. (1), którą można porównać do jego rówieśników i stwierdzić, że w tym zakresie błąd medyczny niczego nie zmienił. Powód nie chodzi, nie mówi, nie je i nie siedzi samodzielnie, niedosłyszy, czynności naturalne dla innych wymagają u niego wielu lat ćwiczeń (przełykanie). Nigdy nie będzie samodzielny, zawsze będzie uzależniony od innych. K. G. (1) został pozbawiony możliwości prowadzenia życia towarzyskiego, osobistego, nauki, podjęcia pracy, rozwoju zawodowego.

Nadto cierpi na padaczkę, podlega częstym hospitalizacjom, jest pod stałą opieką lekarzy, rehabilitantów, często choruje.

W ocenie Sądu dochodzone zadośćuczynienie, w świetle powyżej opisanych okoliczności jest w pełni uzasadnione i w stosunku do krzywd doznanych i tych, które cały czas istnieją i istnieć będą przez całe życie powoda nie jest to kwota wygórowana.

W odniesieniu do pozwanego (...) S.A. jednak roszczenie może zostać uwzględnione do kwoty 1.000.000 zł. Stosownie do, łączącej go z pozwanym szpitalem umowy ubezpieczenia, suma gwarancyjna w zakresie odpowiedzialności cywilnej została określona właśnie na tą kwotę. Zgodnie z art. 824 § 1 k.c. jeżeli nie umówiono się inaczej, suma ubezpieczenia ustalona w umowie stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela. Ani z polisy ani z Ogólnych Warunków Ubezpieczenia nie wynika, by strony dokonały jakichkolwiek odstępstw w tym zakresie, wobec czego odpowiada on do 1.000.000 zł.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela i sprawcy szkody jest tzw. odpowiedzialnością nieprawidłową – in solidum. Istota zobowiązania in solidum polega na tym, że dłużnicy z różnych tytułów prawnych (umowa ubezpieczenia – odpowiedzialność gwarancyjna (...) S.A., delikt szpitala) zobowiązani są do spełnienia na rzecz tego samego wierzyciela identycznego świadczenia, z tym skutkiem, że spełnienie świadczenia przez jednego dłużnika zwalnia drugiego. (wyrok SN z dnia 19 października 2011 roku, sygn. akt II CSK 86/11, OSNC 2012/4, poz. 55) i w ten sposób pozwani odpowiadają, co do kwoty miliona złotych.

Suma gwarancyjna nie limituje jednak odpowiedzialności za opóźnienie w spełnieniu świadczenia przez ubezpieczyciela – jest to bowiem jego zaniechanie, za które ponosi on samoistną odpowiedzialność. Każdy z pozwany odpowiada za swoją nieterminowość w zapłacie należnego świadczenia.

Orzekając o odsetkach od wyżej zgłoszonych roszczeń Sąd stosował art. 481 § 1 k.c. oraz art. 817 § 1 k.c. ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi.

W stosunku do (...) S.A. powód zgłosił roszczenie 18 maja 2005 r., zatem 30-dniowy termin upłynął 17 czerwca 2005 r., a odsetki należne są od dnia następnego.

W przypadku pozwanego szpitala, z uwagi na brak ustawowej regulacji szczególnego terminu zapłaty, znajduje zastosowanie 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. Brak jest jakichkolwiek dowodów na to, że powód wzywał (...) Publiczny Wojewódzki Szpital (...) w C. do zapłaty przed wniesieniem pozwu (załączona dokumentacja obejmuje jedynie zgłoszenia do ubezpieczyciela). Zatem wezwanie nastąpiło z chwilą doręczenia pozwanemu pozwu, co miało miejsce 11 sierpnia 2006 r. (potwierdzenie odbioru, k.

144v) . Niezwłocznie oznacza, że wszelkie czynności winny zostać podjęte bez zbędnej zwłoki, zaś mając na uwadze strukturę organizacyjną szpitala, kwestie podejmowania decyzji i księgowania w tego typu podmiotach, zasadnym jest przyjęcie, że winien on dokonać zapłaty w terminie tygodnia od wezwania – 18 sierpnia 2006 r., wobec czego od 19 sierpnia 2006 r. należne są odsetki.

Powód domagał się zasądzenia na swoją rzecz renty z tytułu zwiększonych potrzeb w kwocie 4.000 zł miesięcznie.

Artykuł 444 § 2 k.c. stanowi, że 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 po fakcie wyrządzenia mu szkody na osobie związana jest z koniecznością pokrywania zwiększonych kosztów utrzymania, będących następstwem zdarzenia szkodzącego, np. koszty związane z zapewnieniem opieki, dostosowaniem warunków mieszkaniowych do dysfunkcji występujących u poszkodowanego, zakup samochodu dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych, koszty opieki pielęgniarstwa, koszty konserwacji specjalistycznego sprzętu medycznego, specjalistycznego odżywiania, zakupu leków, rehabilitacji. Roszczenie o wypłatę renty z tytułu zwiększenia się potrzeb poszkodowanego nie ma związku z oceną jego zdolności do zatrudnienia oraz możliwości pokrycia przez niego tych zwiększonych kosztów we własnym zakresie. Jest to strata w tym sensie szczególna, że ponoszona sukcesywnie w przyszłości. (Maciej Gutowski, Kodeks cywilny. Tom II. Komentarz. Art. 353–626, komentarz do art. 444 k.c., A. Olejniczak, w: A. Kidyba, Komentarz KC, t. 3, Część ogólna, LEX 2014, art. 444, pkt 20–22). Przyznanie renty z tytułu zwiększonych potrzeb na podstawie art. 444 § 2 k.c. nie jest uzależnione od wykazania, że poszkodowany te potrzeby faktycznie zaspokaja i ponosi związane z tym wydatki. Do przyznania renty z tego tytułu wystarcza samo istnienie zwiększonych potrzeb jako następstwa czynu niedozwolonego. (wyrok SN z dnia 22 czerwca 2005 r., III CK 392/04, wyrok SN z 11 marca 1976, IV CR 5-/76, wyrok SN z dnia 28 listopada 1972, I CR 534/72).

Powód uzasadnia zwiększone koszty utrzymania koniecznością sprawowania stałej opieki, zakupem leków, specjalistycznego sprzętu, odżywek, dojazdami do placówek medycznych, rehabilitacją.

Istnienie tych potrzeb powód wykazał, jest bowiem osobą leżącą, z mózgowym porażeniem dziecięcym z porażeniem czterokończynowym, padaczką, nie kontroluje i nie zgłasza potrzeb fizjologicznych, samodzielnie nie zmienia pozycji ciała, wymaga stałej, całodobowej opieki, szczególnie narażonym na infekcje i choroby, karmiony jest dożołądkowo. Zalecana jest mu stała rehabilitacja i fizjoterapia. Koszty te mają charakter powtarzalny, w poszczególnych miesiącach mogą ulegać pewnym wahaniom np. koszty opieki w okresie hospitalizacji są mniejsze, choć nadal występują, infekcje nie występują w takim samym zakresie i nie powodują identycznych kosztów za każdym razem, powód hospitalizowany jest w różnych miejscach, różne są zakresy dofinansowań np. do turnusów rehabilitacyjnych, w różnym okresie dojeżdża do placówek medycznych.

Jeżeli w sprawie o naprawienie szkody, o dochody, o zwrot bezpodstawnego wzbogacenia lub o świadczenie z umowy o dożywocie sąd uzna, że ściśle udowodnienie wysokości żądania jest niemożliwe, nader utrudnione lub oczywiście niecelowe, może w wyroku zasądzić odpowiednią sumę według swej oceny opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy.

W przypadku powoda niezbędne jest ponoszenie całodobowo kosztów opieki, także w godzinach, w których powód śpi – nie jest on bowiem w stanie zmienić pozycji ciała, ma problemy z przełykaniem. Z tego wynika, że jego funkcjonowanie musi być poddane stałemu nadzorowi.

Sąd Najwyższy w uchwale 7 sędziów z dnia 22 lipca 2020 r. (III CZP 31/19) stwierdził, że poszkodowanemu przysługuje zarówno odszkodowanie jak renta z tytułu kosztów sprawowanej nad nim nieodpłatnie opieki przez osoby bliskie. Pogląd ten Sąd podziela i uznaje, że powodowi przysługuje zwrot kosztów opieki nie tylko na przyszłość, ale również za czas, kiedy zajmowała się nim matka.



Dla ustalenia stawki godzinowej opieki w każdym kolejnym roku kalendarzowym od dnia zdarzenia Sąd przyjął koszty wynagrodzenia minimalnego, ustalanego każdorazowo rozporządzeniem Rady Ministrów w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę, podzielone przez 160 godzin (miesięczny czas pracy w wymiarze godzinowym). Następnie, tak ustaloną stawkę godzinową należało pomnożyć przez 720 (24 godziny x 30 dni), a iloczyn stanowi kwotę potrzebną na zaspokojenie miesięcznych potrzeb z tytułu opieki. Zastosowanie znalazły kwoty brutto, bowiem odpowiadają one faktycznej wartości świadczonej opieki i, w razie zatrudnienia osoby „obcej”, takie koszty powód musiałby ponieść.

- 824 zł – minimalne wynagrodzenie od 1 stycznia 2004 r. (Dz.U. 2003 nr 167, poz. 1623), zatem stawka godzinowa za opiekę na powodem wynosi 5,15 zł, a miesięczny koszt w 2004 roku to: 3.708 zł.
- 849 zł – minimalne wynagrodzenie od 1 stycznia 2005 r. (Dz.U. 2004 nr 201, poz. 2062), zatem stawka godzinowa za opiekę na powodem wynosi 5,31 zł, a miesięczny koszt w 2005 roku to: 3.823,20 zł.
- 899,10 zł – minimalne wynagrodzenie od 1 stycznia 2006 r. (Dz.U. 2005 nr 177, poz. 1469), zatem stawka godzinowa za opiekę na powodem wynosi 5,62 zł, a miesięczny koszt w 2006 roku to: 4046,40 zł.
- 936 zł – minimalne wynagrodzenie od 1 stycznia 2007 r. (Dz.U. 2006 nr 171, poz. 1227), zatem stawka godzinowa za opiekę na powodem wynosi 5,85 zł, a miesięczny koszt w 2007 roku to 4.212 zł.
- 1126 zł – minimalne wynagrodzenie od 1 stycznia 2008 r. (Dz.U. 2007 nr 171, poz. 1209), zatem stawka godzinowa za opiekę na powodem wynosi 7,04 zł, a miesięczny koszt w 2008 roku to 5.068,80 zł.
- 1276 zł – minimalne wynagrodzenie od 1 stycznia 2009 r. (MP nr 55, poz. 499), zatem stawka godzinowa za opiekę na powodem wynosi 7,97 zł, a miesięczny koszt w 2009 roku wynosi 5.738,40 zł.
- 1317 zł – minimalne wynagrodzenie od 1 stycznia 2010 r. (MP z 2009 r. nr 48, poz. 709), zatem stawka godzinowa za opiekę na powodem wynosi 8,23 zł, a miesięczny koszt w 2010 roku to: 5.925,60 zł.
- 1386 zł – minimalne wynagrodzenie od 1 stycznia 2011 r. (Dz.U. z 2010 r. nr 194, poz. 1288), zatem stawka godzinowa za opiekę na powodem wynosi 8,66 zł, a miesięczny koszt w 2011 roku to: 6.235,20 zł.
- 1500 zł – minimalne wynagrodzenie od 1 stycznia 2012 r. (Dz.U. z 2011 r. nr 192, poz. 1141), zatem stawka godzinowa za opiekę na powodem wynosi 9,37 zł, a miesięczny koszt w 2012 roku to: 6.746,40 zł.
- 1600 zł – minimalne wynagrodzenie od 1 stycznia 2013 r. (Dz.U. z 2012 r., poz. 1026), zatem stawka godzinowa za opiekę na powodem wynosi 10 zł, a miesięczny koszt w 2013 roku to: 7.200 zł.
- 1680 zł – minimalne wynagrodzenie od 1 stycznia 2014 r. (Dz.U. z 2013 r., poz. 1074), zatem stawka godzinowa za opiekę na powodem wynosi 10,50 zł, a miesięczny koszt w 2014 roku to: 7.560 zł.
- 1750 zł – minimalne wynagrodzenie od 1 stycznia 2015 r. (Dz.U. z 2014 r., poz. 1220), zatem stawka godzinowa za opiekę na powodem wynosi 10,94 zł, a miesięczny koszt w 2015 roku to: 7.876,80 zł.
- 1850 zł – minimalne wynagrodzenie od 1 stycznia 2016 r. (Dz.U. z 2015 r., poz. 1385), zatem stawka godzinowa za opiekę na powodem wynosi 11,56 zł, a miesięczny koszt w 2016 roku to 8323,20 zł.
- 2000 zł – minimalne wynagrodzenie od 1 stycznia 2017 r. (Dz.U. z 2016 r., poz. 1456), zatem stawka godzinowa za opiekę na powodem wynosi 12,50 zł, a miesięczny koszt w 2017 roku to 9.000 zł.
- 2100 zł – minimalne wynagrodzenie od 1 stycznia 2018 r. (Dz.U. z 2017 r., poz. 1747), zatem stawka godzinowa za opiekę na powodem wynosi 13,12 zł, a miesięczny koszt w 2018 roku to: 9.446,40 zł.

- 2250 zł – minimalne wynagrodzenie od 1 stycznia 2019 r. (Dz.U. z 2018 r., poz. 1794), zatem stawka godzinowa za opiekę na powodem wynosi 14,06 zł, a miesięczny koszt w 2019 roku to: 10.123,20 zł.
- 2600 zł -- minimalne wynagrodzenie od 1 stycznia 2020 r. (Dz.U.2019 poz.1778), ), zatem stawka godzinowa za opiekę na powodem wynosi 16,25 zł, a miesięczny koszt w 2019 roku to: 11.700 zł.

W dalszej kolejności należy zwrócić uwagę na koszty dojazdów powoda do L., W., dowożenie do placówek medycznych na terenie C.. Koszt jednorazowego wyjazdu do W. to przynajmniej 200 zł, wyjazdy odbywają się dwa razy w roku (400 zł / 12 miesięcy = około 33 zł miesięcznie). Odległość z C. do L. wynosi około 70 km (za google.maps), zaś z dokumentacji medycznej złożonej do sprawy wynika, że powód w (...) hospitalizowany był co najmniej raz w roku, jest to uzasadnione zwiększoną zachorowalnością, a to z kolei wynika z jego stanu, będącego efektem błędu medycznego.

Powód także ponosi koszty rehabilitacji, zakupu leków, strzykawek i gaz jałowych, odżywek, okresowo także konsultacji lekarskich prywatnych. Nie są to koszty stałe. Na podstawie złożonych faktur i rachunków Sąd ustalił, że w okresie od marca do listopada 2005 r. łącznie wydatki z tego tytułu zostały udokumentowane na kwotę około 781 zł i był to koszt poniesiony w ciągu 9 miesięcy, zatem jeden miesiąc wiązał się z wydatkami z tego tytułu w kwocie około 87 zł. Jak już wskazano, renta nie jest zależna od kosztów poniesionych lecz od kosztów odpowiadających zwiększonym potrzebom. W ocenie Sądu, w świetle zasad doświadczenia życiowego nie może budzić wątpliwości, że koszty udokumentowane nie stanowią pełnego odpowiednika zarówno tych poniesionych, jak i tych potrzebnych. Już z zasad doświadczenia życiowego wynika, że powód wymagał więcej zabiegów niż można to ustalić na podstawie dwóch przedstawionych rachunków. Jak zeznała jego matka rehabilitacja prowadzona była trzy razy w tygodniu, koszt każdej to około 30 zł, zatem miesięcznie 360 zł.

Powód nosi aparat słuchowy, w którym baterie wymieniane są raz na tydzień, raz na półtora tygodnia, co oznacza, że miesięcznie następuje 3 do 4 wymian (uśredniając 3,5). Koszt jednorazowej wymiany to około 17 zł (k. 2338), zatem miesięcznie koszt baterii do aparatu słuchowego wynosi 59,50 zł.

Powód nie kontroluje i nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych. Jest pampersowany. W 2007 r. miesięczny koszt pampersów wynosił około 60 zł (koszt opakowania zawierającego 60 sztuk to 40 zł, zaś niezbędna liczba zużywanych pampersów to 90 miesięcznie), obecnie miesięczny koszt, po refundacji, wzrósł do 108 zł.

Mając na uwadze powyższe wydatki, powód wykazał, że dochodzone przez niego roszczenie rentowe jest w całości zasadne. Warto zauważyć, że w zasadzie już od początku praktycznie całość roszczenia z tego tytułu wyczerpywana była w wydatkach na opiekę, zaś w ostatnich latach same koszty opieki blisko 3-krotnie przekraczały kwotę żadaną.

Renta ta, stosownie do żądania powoda winna być płatna od 30. dnia każdego miesiąca z góry (art. 904 k.c. w zw. z art. 907 § 1 k.c.), przy czym mając na uwadze, że do zdarzenia doszło 10 września 2004 r., renta za miesiąc wrzesień 2004 roku obejmuje proporcjonalny czas miesiąca 2/3 czyli kwotę 2.666,67 zł.

Za okres od dnia 10 września 2004 roku do sierpnia 2006 r. Sąd skapitalizował rentę, bowiem z uwagi na termin zgłoszenia żądania pozwanemu szpitalowi jest ono wymagalne od 19 sierpnia 2006 r. Za poszczególne miesięczne świadczenia powód nie może żądać odsetek za opóźnienie wcześniej niż od tego terminu. Skapitalizowane roszczenie wynosi 90.666,67 zł (23 miesiące x 4.000 zł + 2.666,67 zł) i odsetki od niego należne są od 19 sierpnia 2006 r. Natomiast rentę wraz z odsetkami za opóźnienie w płatności należało zasądzić od września 2006 r.

Zgodnie z art. 105 § 2 k.p.c. na współuczestników sporu odpowiadających solidarnie co do istoty sprawy sąd włoży solidarny obowiązek zwrotu kosztów. Powyższy przepis znajduje zastosowanie także w razie odpowiedzialności in solidum.

W sprawie niniejszej pomimo odpowiedzialności in solidum rozstrzygnięcie dotyczące poszczególnych pozwanych miało inny zakres.

Zgodnie z art. 98 § 1 i 3 k.p.c. strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Koszty te obejmują wynagrodzenie profesjonalnego pełnomocnika, jednak nie wyższe niż stawki opłat określone w odrębnych przepisach i wydatki jednego adwokata, koszty sądowe oraz koszty nakazanego przez sąd osobistego stawiennictwa strony.

Zgodnie z art. 100 zd. 1 k.p.c. Sąd może włożyć na jedną ze stron obowiązek zwrotu wszystkich kosztów, jeżeli jej przeciwnik uległ tylko co do nieznacznej części swego żądania.

Powyższe znajduje zastosowanie do pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) w C., bowiem uległ on wyłącznie w części roszczenia odsetkowego i jednej miesięcznej renty (33% świadczenia za wrzesień 2004 r.), dlatego zobowiązany jest on do zwrotu na rzecz powoda wszystkich poniesionych przez niego kosztów, a zatem kosztów wynagrodzenia pełnomocnika w osobie adwokata – dwukrotność kwoty 7.200 zł (§ 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez adwokata ustanowionego z urzędu, (Dz. U. Nr 163, poz. 1348 ze zm.), wydatki wymienione w spisie kosztów na k. 2613, uzupełnionym na rozprawie w dniu 14 lipca 2020 r. oraz opłatę od pełnomocnictwa – 17 zł. Biorąc pod uwagę czas trwania procesu oraz skomplikowany charakter sprawy przyznanie stronie zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w wysokości dwukrotności stawki minimalnej było oczywiście uzasadnione.

Stosownie zaś do art. 100 zd. 1 k.p.c. w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. Wartość przedmiotu sporu została określona na kwotę 2.136.000 zł, a pozwany ubezpieczyciel zobowiązany został do zapłaty kwoty 1.000.000 zł. Powód zatem w stosunku do pozwanego (...) S.A. wygrał proces w 47 %. Zakres kosztów procesu poniesionych przez strony jest podobny – wynagrodzenie pełnomocników w wysokości 7.217 zł, pozwany nadto uiścił zaliczkę – 1000 zł (k. 641). Zasadnym jest zatem wzajemne zniesienie kosztów pomiędzy powodem a pozwanym (...) S.A. w W..

Powód zwolniony był od obowiązku ponoszenia kosztów sądowych w całości (postanowienie, k. 116). Obejmowały one opłatę od pozwu: 100.000 zł (zarządzenie, k. 1), wynagrodzenie biegłych S. M. – 172,40 zł (postanowienie, k. 510), S. R. – 265,76 zł (postanowienie, k. 511), A. K. – 172,40 zł (postanowienie, k. 512), (...) w B.- 9.274,28 zł (postanowienie, k. 2106), biegłej A. W. – 4.165,20 zł (postanowienie, k. 2107), neurologa – 1.574,35 zł (postanowienie, k. 2277), biegłym z (...) w B. - 1.243,20 zł (postanowienie z dnia 31 października 2019 r., k.). Łącznie: 116.867,59zł.

O obowiązku zwrotu tych kosztów Sąd orzekł na podstawie art. 113 ust. 1 u.k.s.c. Zobowiązany do jej zwrotu jest pozwany szpital, zaś w części, w jakiej zobowiązanie to obciąża także (...) S.A. – 54.927,7673 zł (47%) odpowiedzialność ta ma charakter in solidum.

Mając na uwadze powyższe, w oparciu o przywołane przepisy, Sąd orzekł jak w sentencji.