

Sygn. akt I ACa 729/22

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 stycznia 2023 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: **Sędzia SA Wiesława Kuberska**

Protokolant: Igor Balcerzak

po rozpoznaniu w dniu 19 stycznia 2023 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa K. Ś.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) w Ł. i (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

o zadośćuczynienie

na skutek apelacji powódki i pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W.

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 23 lutego 2022 r. sygn. akt I C 1437/19

I. z apelacji powódki zmienia zaskarżony wyrok na następujący:

„1. zasądza od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) w Ł. i (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz K. Ś. kwotę 150.000 (sto pięćdziesiąt tysięcy) zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 15 października 2019 roku do dnia zapłaty oraz kwotę 3.600 (trzy tysiące sześćset) zł tytułem częściowego zwrotu kosztów zastępstwa procesowego z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia uprawomocnienia się wyroku do dnia zapłaty, z tym zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z obowiązku zapłaty;

2. oddala powództwo w pozostałym zakresie;

3. nie obciąża powódki kosztami procesu od oddalonej części powództwa;

4. nakazuje pobrać od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) w Ł. i (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 9.256 (dziewięć tysięcy dwieście pięćdziesiąt sześć) zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od uwzględnionej części powództwa, z tym zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z obowiązku zapłaty.”;

II. oddala apelację powódki w pozostałej części i w całości apelację (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W.;

III. znosi wzajemnie pomiędzy stronami koszty postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt I ACa 729/22

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z 23 lutego 2022 r. Sąd Okręgowy w Łodzi, w sprawie z powództwa K. Ś. przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej – (...) Szpitalowi (...) w Ł. oraz (...) S.A. w W. o zadośćuczynienie, zasądził od (...) S.A. w W. na rzecz powódki kwotę 150.000 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 15 października 2019 r. do dnia zapłaty oraz kwotę 3.600 zł tytułem częściowego zwrotu kosztów zastępstwa procesowego z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia uprawomocnienia się wyroku do dnia zapłaty (pkt 1), oddalił powództwo w pozostałej części (pkt 2), nie obciążył powódki kosztami procesu od oddalonej części powództwa (pkt 3), a także nakazał pobrać od (...) S.A.

w W. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 9.256 zł tytułem części kosztów sądowych poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa (pkt 4).

(wyrok – k. 608)

Powyższe rozstrzygnięcie zostało oparte na ustaleniach, które Sąd Apelacyjny w całości podzielił i przyjął za własne.

Z ustaleń tych wynikało, że córka powódki O. Ś. urodziła się w dniu (...) w szpitalu im. M. M. w Ł. (obecnie szpital (...)). Dziecko urodziło się ze zdiagnozowaną już w okresie prenatalnym wadą przewodu pokarmowego (trzustka obrączkowata ze zwężeniem dwunastnicy), z powodu której nie była zdolna do samodzielnego życia i wymagała leczenia operacyjnego. W tym celu 20 kwietnia 2013 r. została przetransportowana do Szpitala im. (...) w Ł., a 21 kwietnia 2013 r. przeprowadzono u niej zabieg operacyjny. Następnie dziecko zostało umieszczone na Oddziale Intensywnej (...). W następnych dniach stan O. Ś. był dobry, włączono karmienie dojelitowe. W dniu 28 kwietnia 2013 r., w godzinach rannych, rodzice małoletniej zostali powiadomieni, że stan zdrowia dziecka jest krytyczny, poinformowano ich, że dziecko walczy z posocznicą i jest w stanie wstrząsu septycznego. Kierownik oddziału poinformował rodziców O. Ś., że mogło dojść do zarażenia dziecka bakterią *raoutella ornitllynoytica*, na którą organizm dziecka zareagował sepsą.

W dniu 1 maja 2013 r. poinformowano rodziców, że u O. Ś. wystąpił wylew czwartego stopnia. Następnego dnia, tj. 2 maja 2013 r. wykonano (...) mózgu, które wykazało, że nastąpił wylew krwi do mózgu, który już nie pracuje. W godzinach przedpołudniowych lekarz podjął decyzję o zaprzestaniu podawaniu leków, a o godzinie 18.30 nastąpił zgon dziecka.

Sekcja zwłok wykazała, że przyczyną śmierci była niewydolność wielonarządowa, a przede wszystkim masywne uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w przebiegu wstrząsu septycznego.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Ł. przeprowadził postępowanie wyjaśniające dotyczące okoliczności leczenia O. Ś.

w (...) nr 4 w Ł. w okresie 20 kwietnia 2013 r. do 2 maja 2013 r. oraz sposobu przekazywania przez lekarzy (...) nr 4 w Ł. informacji o stanie zdrowia O. Ś. jej rodzicom: K. i R. Ś., które następnie postanowieniem z 10 września 2014 r. umorzył ze względu na to, że czyn nie stanowił przewinienia zawodowego.

Decyzją z 2 sierpnia 2016 r. (...) Zakład (...) odmówił powódce uznania roszczeń po śmierci córki z tytułu polisy OC pozwanego szpitala, wskazując na brak podstaw do przyjęcia, że działanie ubezpieczonego było niezgodne z wiedzą medyczną i pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym ze zgonem.

W dniu 18 grudnia 2017 r. umorzono zostało również śledztwo prowadzone w Prokuraturze Rejonowej Ł. w sprawie mającego miejsce w okresie od 19 kwietnia 2013 r. do 2 maja 2013 r. nieumyślnego narażenia O. Ś. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia bądź ciężkiego uszczerbku na zdrowiu przez osoby zobowiązane do opieki, co doprowadziło do nieumyślnego spowodowania w dniu 2 maja 2013 r. śmierci dziecka - wobec braku znamion czynu zabronionego.

W dniu 27 kwietnia 2018 r. powódka wystąpiła przeciwko obojgu pozwanym do Sądu Rejonowego dla Łodzi - Śródmieścia z zawezwaniem do próby ugodowej. Do zawarcia ugody nie doszło.

Według zeznań rodziców dziecka złożonych w prokuraturze, gdy przyjechali do szpitala w dniu 22 kwietnia 2013 r., a więc dzień po zabiegu operacyjnym, córka znajdowała się na oddziale (...); oddychała samodzielnie, otrzymywała dożylnie antybiotyk i lek przeciwbólowy. Lekarz dyżurny poinformował ich, że stan zdrowia dziecka jest dobry i nie budzi żadnych większych obaw. W kolejnych dniach stan zdrowia dziecka był dobry. W dniu 25 kwietnia 2013 r. dziecko zaczęto karmić mlekiem matki dojelitowo. Według oceny lekarzy stan dziecka nie budził wówczas zastrzeżeń.

W dniu 28 kwietnia 2013 r. o godzinie 9.07 dr. W. S. skontaktowała się z telefonicznie z R. Ś. i poinformowała go, że stan zdrowia dziecka jest krytyczny i poprosiła o natychmiastowe przybycie do szpitala. Po przybyciu do szpitala rodzice dziecka zostali poinformowani przez dr. P. S., że O. Ś. walczy z posocznicą i jest w stanie wstrząsu septycznego. Dziecko było zaintubowane. Następnego dnia rodzice dziewczynki przyjechali do szpitala w godzinach rannych. Ojciec dziecka rozmawiał z prof. P., który poinformował go, że stan zdrowia dziecka jest bardzo ciężki oraz, że do zarażenia mogło dojść na oddziale, gdyż wcześniej na tym oddziale przebywało dziecko z tą samą bakterią, która wywołała posocznicę. Nadto poinformował go również, że podczas badania USG główki dziecka stwierdzono, że doszło do wylewu krwi do komór mózgowych trzeciego stopnia. R. Ś. rozmawiał także z prof. A., która stwierdziła, że do zarażenia prawdopodobnie doszło na oddziale (...). Wskazała, że ze strony chirurgicznej wszystko było dobrze. Przeprowadzili jeszcze rozmowę z dr W., która operowała dziecko i ona również wskazała, że córka nie mogła być zarażona w trakcie operacji, gdyż po wykonanym zabiegu wracała do zdrowia i stan zdrowia dziecka był dobry.

W dniu 30 kwietnia 2013 r. rodzice dziecka rozmawiali w tej sprawie z dyrektorem szpitala Z. J., który stwierdził, że nie wyklucza, że do zarażenia mogło dojść w ich szpitalu i dołoży wszelkich starań, aby wyjaśnić tę sprawę. Następnie dziecko zostało przeniesione do wolnego boksu. W dniu 1 maja 2013 r. na polecenie prof. P. dziecku został odłączony lek na pobudzenie pracy nerek. Ojciec dziecka zauważył, że dziecku puchną kończyny, zgłosił ten fakt prof. P., który podjął decyzję o ponownym podłączeniu leku.

W dniu 2 maja 2013 r., w godzinach południowych lekarz dyżurujący w (...) poinformował rodziców dziecka, że z przeprowadzonego badania EEG wynika, że mózg dziecka nie pracuje i podjął decyzję o zaprzestaniu podawania leków. O godzinie 18.30 O. Ś. zmarła. R. Ś. wskazał, że gdy dziecko przebywało na (...) na oddział wchodziły różne osoby bez ubrań i obuwia ochronnego. Nadto pielęgniarki wykonywały różne czynności, mając na sobie biżuterię i nie zawsze miały założone rękawiczki ochronne. Do momentu zarażenia dziewczynki żadna z pielęgniarek nie przecierała inkubatorów, ani szafek. Dopiero po stwierdzeniu sepsy u córki pielęgniarka wycierała parapet czy szafkę. Również sprzętaczki nie zachowywały podstawowych zasad higieny na oddziale, gdyż rękoma wyciągały odpady z koszy na śmieci i przekładały je do dużego foliowego worka, z którym następnie wchodziły do innych boksów.

Z zeznań A. P. (1) - kierownika Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii (...) nr 4 w Ł. wynika, że przebieg operacji i pierwszych dni po operacji był bardzo dobry, rana goiła się prawidłowo. Pogorszenie stanu zdrowia O. Ś. nastąpiło w nocy z 27 na 28 kwietnia 2013 r., dziecko zagorączkowało, wobec czego zlecono badania i włączono silne antybiotyki. Stan dziecka nie poprawiał się, o godzinie 7.15 zostało podłączone do respiratora, stwierdzono objawy wstrząsu septycznego. W dniu 29 kwietnia 2013 r., gdy przeszedł do pracy po trzydniowej nieobecności, stan dziecka był ciężki, dodatkowo zaobserwował objawy mózgowe, takie jak uwypuklone ciemię i szeroko otwarte oczy. Wykonano badanie USG, które wykazało masywne krwawienie do mózgu. Dziecko wymagało przetoczenia krwi, stan ogólny zaczął się stabilizować, ale objawy mózgowe nie ustępowały. W dniu 1 maja 2013 r. wykonano kolejne badanie mózgu i stwierdzono nadal obecność krwawienia.

W dniu 2 maja 2013 r. wykonano badanie EEG i lekarz dyżurny poinformował go, że widoczne są objawy śmierci mózgu. Dodał, że istnieje duże prawdopodobieństwo, że bakteria, którą dziecko miało we krwi została przeniesiona od leżącego w tym samym boksie innego dziecka, które zostało przyjęte na oddział w dniu 26 kwietnia 2013 r. O. Ś. miała

po operacji obniżoną odporność, a bakterię mógł przenieść ktoś, kto nie zachował należytej ostrożności, co miało mieć miejsce w dniach 26-28 kwietnia 2013 r.

W uzupełnieniu zeznań dodał, że nie wie, kto podjął decyzję o umieszczeniu innej małoletniej pacjentki - Z. G. w boksie, w którym leżała O. Ś., najprawdopodobniej była to dr. W. S. (2). Lekarze, którzy przyjmowali dziecko dowiedzieli się w momencie jego przyjmowania, że jest nosicielem bakterii, natomiast nie występowały cechy zakażenia. Wskazał, że bakteria wykryta u obu pacjentek była bardzo rzadka, wcześniej nie miał z taką kontaktem. Badanie bakteriologiczne potwierdziło skuteczność włączonego antybiotyku w sensie laboratoryjnym.

Lekarz P. S. pracujący w (...) nr 4 w Ł. zeznał, że w dniu 28 kwietnia 2013 r. przejął dyżur na Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii, podczas obchodu został poinformowany przez lekarzy zdających dyżur z poprzedniego dnia, tj. dr. W. S. (2) i dr. P. G. (1), że stan zdrowia O. Ś. uległ pogorszeniu. Dziecko wymagało wszczęcia wielokierunkowego postępowania ratującego życie, w tym zaintubowania, założenia drogi centralnej, włączenia antybiotykoterapii szerokowidmowej i przeciwgrzybiczej, włączenia amin katecholowych, nawadniania i wyrównywania kwasicy metabolicznej. Pomimo kilkugodzinnego leczenia, stan dziecka nadal był krytyczny i nieustabilizowany. Rodzice dziecka byli cały czas obecni i wielokrotnie na bieżąco informowani o stanie zagrożenia życia.

W. S. (2), lekarz pracujący w (...) nr 4 w Ł. zeznała, że stan O. Ś. od godzin nocnych w dniu 28 kwietnia 2013 r. pozostawał stabilny, nie działo się nic niepokojącego. Około godziny 3.00 w nocy dziecko zagorączkowało do około 39° C. Od razu pobrano posiewy inwazyjne

i nieinwazyjne oraz wykonano badania laboratoryjne, podłączono antybiotyki i leki przeciwgorączkowe. W ciągu godziny bądź dwóch godzin stan dziecka ustabilizował się, a temperatura ciała się obniżyła. Na podstawie stanu klinicznego i wyników badań rozpoznano posocznicę. Wyniki infekcyjne były gorsze, niż te wykonane kilka dni wcześniej, jednakże zmiany były niewielkie. Około godziny 8.00 stan dziecka znowu zaczął się gwałtownie pogarszać

i wystąpiły cechy wstrząsu septycznego. Dziecko zaintubowano, podłączono do respiratora, zrobiono zdjęcie RTG płuc i jamy brzusznej. Kolejne wyniki morfologii były bardzo pogorszone, zaczęło spadać ciśnienie krwi. W. S. (2) dodała, że do boks, w którym leżała w tym czasie O. Ś. przyjęto dziecko, które miało tę samą bakterię, która miała O. Ś., jednakże nie miało objawów infekcji i nie wymagało leczenia. W. przyjęty z innego szpitala nie miał żadnych badań inwazyjnych, nie wymagał też podaży dożylnych leków. Nie było w tym czasie wolnego boks, aby dzieci leżały osobno. Podała, że lekarze nie wiedzą, w jaki sposób bakteria mogła dostać się do ustroju O. Ś. i spowodować posocznicę.

E. A. - ordynator Oddziału (...) Dziecięcej (...) nr 4 w Ł. zeznała, że podczas zabiegu O. śmiałek nie wystąpiły żadne niespodziewane okoliczności i po zabiegu dziecko zostało przekazane na Oddział Intensywnej Terapii i dalsza opieka nad pacjentką była w gestii kierownika i lekarzy tegoż oddziału. Nadto podała, że rodzice zostali przez nią poinformowani, że na oddziale chirurgicznym jest infekcja rotawirusowa i dziecko będzie „bezpieczniejsze” na (...)ie.

P. G. (1) – wówczas lekarz w trackie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii w (...) nr 4 w Ł. zeznała, że na początku dyżuru, który pełniła w nocy z 27 na 28 kwietnia 2013 r. dziewczynka była stabilna. Między godz. 2.00, a 3.00 pojawiło się u dziecka przyspieszone bicie serca, dziecko było bladomarmurkowe. W związku z tym pobrano od dziecka posiewy nieinwazyjne i inwazyjne, włączono antybiotykoterapię, aminy katecholowe, zlecono dodatkowy wlew płynów, usunięto starą drogę centralną i założono nową. Przy przekazywaniu dyżuru stan zdrowia dziecka był bardzo ciężki.

Z. J. - dyrektor ds. leczenia (...) nr 4 w Ł. zeznał, że jest mu znana sprawa O. Ś., pacjentka ta była przewieziona ze szpitala im. M. w przedostatnim tygodniu kwietnia 2013 r., z powodu wady wrodzonej w postaci niedrożności dwunastnicy. Pełnił wówczas dyżur w Klinice (...), przejął dziecko, gdy trafiło z Izby Przyjęć do I oddziału chirurgii. Po przyjęciu zlecono badania, wyniki tych badań były prawidłowe. Oprócz tego ze szpitala im. M. przywieziono wynik badania RTG klatki piersiowej i jamy brzusznej, na tym zdjęciu poza ewidentnymi cechami niedrożności

dwunastnicy nie było żadnych innych patologii. Wykonano również kontrolnie USG jamy brzusznej, które poza cechami niedrożności dwunastnicy również nie wykazało innych zmian. Dziecko zostało umieszczone w inkubatorze, w tzw. pozycji Trentelenburga, czyli z lekko podniesioną górną częścią tułowia, aby nie doszło do możliwości zachłyśnięcia się. Ze względu na to, że dziecko nie mogło być karmione doustnie, miało podaną dożylnie kroplówkę składową. W momencie przyjęcia dziecka oczywiste było, że będzie operowane. Rozmawiał z ojcem dziecka, informował na czym wada polega oraz, że konieczny jest zabieg operacyjny. Z tego co pamięta, zabieg operacyjny odbył się następnego dnia, jego wtedy nie było w szpitalu. Dalsza jego wiedza na temat pacjentki pochodzi z raportów, które codziennie rano składają obowiązkowo lekarze dyżurni. Po operacji dziecko było w stanie stabilnym, po zabiegu zostało zaintubowane i umieszczone w Oddziale Intensywnej Terapii. Decyzję o lokowaniu pacjentów podejmują lekarze i ordynator oddziału, w którym dziecko jest hospitalizowane. Standardowo nie jest raportowane, w jakim boksie umieszczone jest dziecko. W 5 lub 6 dobie doszło do pogorszenia się stanu dziecka, o czym również dowiedział się z raportu; była w nim informacja, że dziecko zagorączkowało, pogorszały się wyniki badań, ponownie musiało być zaintubowane, była sugestia, że prawdopodobnie rozwija się posocznica, natomiast nie było jeszcze wtedy wyników posiewów. W poniedziałki o godz. 9.00 na spotkaniu wszystkich ordynatorów z dyrekcją polecono ordynatorowi Oddziału Intensywnej Terapii prof. A. P. (1), aby zbadał sytuację sanitarno-epidemiologiczną i złożył pisemny raport ze względu na gwałtowne załamanie stanu zdrowia pacjentki O. Ś.. Ordynator A. P. (1) złożył raport w tej sprawie, jednak to już było po śmierci O. Ś.. W dniu 2 maja 2013 r., podczas raportu porannego, dowiedział się, że doszło do zgonu dziecka; wstępnie dowiedział się, że prawdopodobnie doszło do zatrzymania krążenia wskutek krwawienia do centralnego układu nerwowego. W tym czasie uzyskano wyniki posiewu pobranego od O. Ś., z którego wynikało, że wyhodowała się bakteria, której wcześniej w szpitalu nie stwierdzono, a która mogła być punktem wyjściowym posocznicy. Z tego powodu zlecił zespołowi ds. zaskarżeń wewnątrzszpitalnych przeprowadzenie dochodzenia epidemiologicznego pod kątem przesłedzenia, skąd bakteria mogła pojawić się w szpitalu i u pacjentki O. Ś.. Ponieważ dziecko zostało przywiezione ze szpitala im. M., polecił tamtejszemu szpitalowi sprawdzenie, czy w tym okresie były również przywiezione inne dzieci z tego szpitala i czy u nich wyhodowała się ta bakteria. Z przedstawionego raportu wynikało, że było w tym czasie przywiezione jeszcze jedno dziecko ze szpitala im. M., u którego również wyhodowała się ta sama bakteria. Dodał, że w momencie przyjęcia pacjentki O. Ś. nie wykonano posiewów, gdyż była w dobrym stanie, wyniki badań były dobre, nie wskazywały na jakąkolwiek infekcję, czy stan zapalny, więc nie było takiej potrzeby. Posiewy pobrano prawdopodobnie wtedy, gdy gorączkowała. Po śmierci O. Ś., prawdopodobnie wskutek interwencji rodziców, w szpitalu była kontrola Powiatowej Inspekcji Sanitarno - Epidemiologicznej z wynikiem ogólnym dobrym, z tego co pamięta, w dwóch lub trzech sitach przy kranie albo w odpływie wyhodowały się bakterie, chyba *Escherichia coli*, ale nie były to bakterie alarmowe, niemniej zostały podjęte działania, aby odkazić te miejsca. Bakterii, którą wyhodowano u O. Ś. oraz drugiej pacjentki, podczas kontroli nie stwierdzono.

G. W. - szpitalna pielęgniarka epidemiologiczna oraz K. P. (1) - przewodnicząca Zespołu (...), zeznały że bakteria, jaka została wyhodowana u O. Ś., wcześniej nie występowała w szpitalu. Przeprowadzone dochodzenie epidemiologiczne nie doprowadziło do ustalenia, jaką drogą doszło do zakażenia. Nie stwierdzono nieprawidłowości w przestrzeganiu procedur sanitarnych i nie było ujawnionych innych przypadków wyhodowania tej bakterii. Na poparcie powyższego przedłożono stosowne dokumenty sanitarno-epidemiologiczne.

S. B. - lekarz pracujący w (...) nr 4 w Ł. zeznał, że przyjmował dziewczynkę z powodu niedrożności przewodu pokarmowego.

U O. Ś. przeprowadzony był zabieg, a po jego wykonaniu dziewczynka ponownie została przyjęta na (...), była zaintubowana, założona tzw. droga centralna. Po zabiegu stan zdrowia dziecka był ciężki, podłączone było do respiratora, otrzymywała sedację z M., zlecone leki przeciwbólowe oraz włączono antybiotykoterapię, pozostawiono sondy żołądkową i jelitową. Podczas kolejnego dyżuru stan dziecka nadal był bardzo ciężki, średnio stabilny, na wentylacji o dość dużych parametrach, dziecko było nieprzytomne, o napiętym ciemieniu, źrenicach bez reakcji na światło wraz z wlewem z lekami. Przetoczone zostało osocze świeżo mrożone wobec zaburzeń w koagulogramie, wobec hipotensji włączono w nocy wlew z noradrenaliny. Na wyraźne sugestie rodziców dotyczące przebywania ich córki wraz z dzieckiem ze stwierdzoną sepsą z innego powodu pacjentkę przeniesiono do boks nr 9. Dodał także,

że wcześniejszego dnia miał dyżur w karetce neonatologicznej i przywoził ze szpitala im. M. w Ł. dziecko, które prawdopodobnie miało tę bakterię. Nie pamiętał, do którego boksu zostało położone to dziecko i czy leżało wspólnie z O. Ś..

D. W. - lekarz pracujący w (...) nr 4 w Ł. zeznał, że w dniu 21 kwietnia 2013 r. znieczulił O. Ś. do zabiegu, który przebiegł bez powikłań. Następnie, po zabiegu dziewczynka w stanie stabilnym została przekazana lekarzowi z (...) z zaleceniem antybiotykoterapii i dalszego leczenia. Została położona w boksie, który był wcześniej dla niej przygotowany. Lekarz ten wskazał, że nie miał wpływu na to, jaki to będzie boks.

R. S. - lekarz pracujący w (...) nr 4 w Ł. zeznała, że w 2013 r. pracowała na (...) razem z dr W. S. (2). Wspólnie z ww. lekarzem przyjęła na oddział noworodka, u którego zdiagnozowano wrodzoną niedrożność przewodu pokarmowego. Dziewczynkę przygotowano do zabiegu i zoperowano w trybie przyspieszonym. Przebieg zabiegu i znieczulenia był bez powikłań, okołoperacyjnie otrzymała antybiotykoterapię. W kontrolnych badaniach stan zdrowia dziecka poprawiał się. Po decyzji prof. P. odstawiono antybiotyk, gdyż poprawiały się wyniki badań u dziecka.

W następnych dobach planowany był wypis na chirurgię. Do przeniesienia na oddział chirurgiczny nie doszło z powodu objawów uogólnionej infekcji (sepsy). Pomimo włączonego intensywnego leczenia, jako powikłanie sepsy doszło do masywnego krwawienia do ośrodkowego układu nerwowego. Nieodwracalne zmiany w mózgu, pomimo poprawiających się badań doprowadziły do zgonu dziewczynki. Wskazała, że po zabiegu operacyjnym wykonanym u dziecka, na sąsiednie łóżko przyjęto dziecko z innego szpitala, z wywiadem głębokiego wcześniactwa, bronchodysplazji oskrzelowo-płucnej, po infekcjach wtórnych

w przebiegu długotrwałej hospitalizacji. Dziecko z innego szpitala zostało przyjęte celem wykonania szczepienia przeciwko wirusowi (...). Przy przyjęciu pobrano od tego dziecka posiewy nieinwazyjne, z których nie wyhodowano żadnych bakterii. Wskazała, że w tym czasie nie było żadnego innego miejsca i dziewczynki leżały razem w boksie. Kontakt z dziewczynką mieli lekarze, pielęgniarki, rodzice. Bakteria, która spowodowała u O. Ś. sepsę, była też przyczyną infekcji, na którą chorowała w innym szpitalu dziewczynka z sąsiedniego stanowiska. Nadto, przy przyjęciu Z. G. do szpitala nie było widać, by była nosicielem bakterii.

K. M. - lekarz pracujący w (...) nr 4 w Ł. zeznał, że decyzję o umieszczeniu O. Ś. na oddziale podejmuje lekarz, który przyjmuje takiego pacjenta, jeżeli ma to miejsce na dyżurze wówczas decyzję taką podejmuje starszy lekarz dyżuru. W czasie zwykłych godzin pracy jest to, w zależności od sytuacji, lekarz prowadzący bądź ordynator oddziału. Wskazał, że pamięta przypadek bakterii, która wystąpiła u O. Ś., gdyż wcześniej nie występowała na oddziale i po jej zgodnie omawiali sytuację wystąpienia nowego szczepu.

J. T. - lekarz pracująca w (...) nr 4 w Ł. zeznała, że miała dyżur kiedy dziewczynka była w trzeciej dobie po operacji. W czasie jej dyżuru O. Ś. była w stanie stabilnym, wydolna oddechowo i krążeniowo, bez istotnych dolegliwości i niepokojących objawów. Wyniki badań dodatkowych nie wykazywały infekcji. Dziecko nie otrzymywało antybiotyków. Wskazała, że kojarzy bakterię, którą miała później O. Ś., ale też ta bakteria nie wystąpiła nigdy na oddziale, na którym ona pracuje.

J. S. - pielęgniarka pracująca w (...) nr 4 w Ł. zeznała, że w dniach 23-24 kwietnia 2013 r. miała dyżur nocny, w tym czasie dziecko było na oddechu własnym, bladobiałe, okresowo niespokojne. Wskazała, że przed oddziałem jest umywalka, mydło, płyn dezynfekujący. Pielęgniarki dokładnie myją ręce, dezynfekują i wchodzi na oddział, przed kontaktem z pacjentem zakładają jeszcze rękawiczki, które następnie po dokonaniu danej czynności są wyrzucane i jest ponownie umycie rąk. Idąc do kolejnego pacjenta wykonują tę samą procedurę. Nie ma możliwości, żeby w tych samych rękawiczkach dotykać różnych pacjentów. Na oddziale ustalone jest, że nie wolno nosić biżuterii. Nadto, mycie dziecka odbywa się w inkubatorze albo w wanience, ale jeżeli stan dziecka jest ciężki, to wówczas ustalone jest to z lekarzem. Każde dziecko

ma swoją wanienkę. Rany pooperacyjne zabezpieczają chirurdzy na bloku operacyjnym. To chirurdzy zmieniają opatrunki. Pielęgniarki tylko opisują czy opatrunek jest suchy, czy przesiąknięty. Inkubatory są zmieniane co 7 dni lub w zależności od potrzeby. Inkubatory są czyszczone przez wyznaczoną do tego osobę.

Przesłuchane na okoliczności sprawy pielęgniarki: A. W., J. D., K. S. (1), M. B., A. S., I. W., I. H., M. O., K. S. (2), A. T., E. S., B. J. (1), M. W., J. K., K. S. (3), B. J. (2), E. T., K. P. (2), M. S., M. A., J. E., I. B., B. P., J. W. (1), A. D. (1), M. R., E. K., I. P., J. C., B. B., A. P. (2), A. F., E. W. i salowe: K. G., J. W. (2), M. K. (1), K. P. (3), K. P. (4), zeznały, że procedury przy pacjentach wykonują w rękawiczkach, dezynfekują ręce, posiadają aktualne książeczki zdrowia. Powyższe zeznania potwierdził także pielęgniarz - P. G. (2).

M. G. - matka Z. G. zeznała, że jej córka została przewieziona do szpitala na ul. (...) ze szpitala im. M. w Ł.. Dziecko było wcześniakiem i nie potrafiło samodzielnie funkcjonować. Z. G. leżała na jednej sali z O. Ś., gdzie rodzice przed wejściem do dziecka są instruowani, co należy zrobić. Przed wejściem na oddział trzeba umyć i zdezynfekować ręce, po wyjściu od dziecka również trzeba było zdezynfekować ręce. Nie zauważyła, by ktoś nie przestrzegał tych procedur. Zanim Z. G. trafiła do szpitala na ul. (...) to miała wykonywane posiewy. Nadto podała, że nic wie wiedziała o tym, że w posiewach u córki ujawniono jakąkolwiek bakterię. Wskazała, że pielęgniarki wchodząc i wychodząc z sali dezynfekowały ręce.

Zespół biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej (...)

w B. stwierdził, że działania lekarskie w zakresie opieki prenatalnej, okołoporodowej i poporodowej wobec O. Ś. były zgodne z zasadami wiedzy i sztuki medycznej. Tak samo oceniono leczenie w Oddziale (...). Warunki hospitalizacji O. Ś. w Oddziale Intensywnej Terapii oceniono jako odpowiadające standardom sanitarno-epidemiologicznym. Biegli nadto wskazali, że pacjentka Z. G. mogła być potencjalnym źródłem zakażenia oraz, że nie było bezwzględnych przeciwwskazań do umieszczenia O. Ś. w jednej sali z Z. G., pod warunkiem zachowania norm sanitarno-higienicznych. Jednak w uzupełniającej opinii z 20 listopada 2014 r. biegli stwierdzili, że umieszczenie pacjentek w tym samym boksie naraziło O. Ś. na zakażenie bakterią, która wywołała posocznicę i naraziło ją na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia czy też ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

W kolejnej opinii z 18 maja 2015 r. odnieśli się do powyższej sprzeczności, podnosząc, że pomiędzy tymi sformułowaniami zachodzi pozorna sprzeczność, albowiem podtrzymują stanowisko, że sam fakt umieszczenia pacjentek w tym samym boksie (przy zachowaniu reżimu sanitarnego), teoretycznie nie powinien narazić O. Ś. na zakażenie bakterią *raoultella ornithinolytica*.

W praktyce musiało jednak dojść do naruszenia procedur sanitarnych i zakażenia O. Ś. tą bakterią, która w przypadku Z. G. była umiejscowiona jedynie w jelicie, a w przypadku O. Ś. wywołała posocznicę i wstrząs toksyczny, który był przyczyną zgonu. Dlatego biegli uznali, że naraziło to O. Ś. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Jednak w opinii z 1 października 2015 r. biegli wskazali, że nie można jednoznacznie ustalić, na jakim etapie hospitalizacji O. Ś. doszło do naruszenia procedur sanitarnych, ani też jakie procedury zostały naruszone. Niemożliwe jest również określenie dokładnego czasu zakażenia bakterią *raoultella ornithinolytica*. Najbardziej prawdopodobnym mechanizmem przeniesienia bakterii był kontakt z bakterią przez zanieczyszczone ręce, łóżko, pościel, wanienki, sprzęt czy aparaturę medyczną. Ustalenie jednoznacznych dowodów, że środki ostrożności zostały naruszone jest niemożliwe.

Zdaniem biegłych, jeżeli kierować się procedurami, to decyzyja

o umieszczeniu Z. G. w tym samym boksie, w którym przebywała O. Ś. była dozwolona; nie było bowiem bezwzględnych przeciwwskazań, żeby podjąć taką decyzję. Bakteria, która bytowała w organizmie Z. G. nie była drobnoustrojem z rodzaju czynników alarmowych, do których zalicza się drobnoustroje odporne na leki. Bakteria

ta równie dobrze mogła bytować u personelu, u rodziców, jest to bakteria powszechnie występująca w przewodzie pokarmowym. Ten rodzaj bakterii, który występował u Z. G. jest nieco rzadziej identyfikowany, ale bakterie rodzaju K. są wszechobecne i w tym sensie takie postępowanie, polegające na położeniu dziecka, u którego stwierdzono tę bakterię w przewodzie pokarmowym, było dozwolone.

Odnosząc się do zagadnienia momentu zakażenia - biegli wskazali, że w pierwszej dobie wykonano u O. Ś. wymazy do badań bakteriologicznych i nie stwierdzono obecności bakterii rodzaju K.. Zatem, można z całą pewnością stwierdzić, że w tym momencie w organizmie O. Ś. bakterii nie było i do zakażenia doszło później, ale w którym momencie - tego nie wiadomo. W dniu 21 kwietnia 2013 r. dziecko było operowane i tego dnia wykonano badania bakteriologiczne, również nie stwierdzono bakterii K.. Dlatego też biegli założyli, że do zakażenia doszło na oddziale intensywnej terapii. Z wysokim prawdopodobieństwem można wykluczyć, że do zakażenia doszło na oddziale chirurgii. W kolejnym badaniu

(z 27/28 kwietnia 2013 r.) w posiewie krwi stwierdzono obecność bakterii, która wywołała posocznicę. Okres rozwoju objawów posocznicy wynosi od jednego do kilku dni, zależy to od chorobotwórczości bakterii, a także od stanu organizmu. W dniu 26 kwietnia 2013 r. przyjęto Z. G. do tego samego boksu co O. Ś., natomiast posocznica rozwinęła się u O. Ś. w nocy

z 27 na 28 kwietnia 2013 r. Posocznica mogła rozwinąć się w okresie półtorej doby. Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że odporność u dziecka po operacji mogła być mniejsza. Ponadto, wywołanie posocznicy tą konkretną bakterią jest bardzo rzadkie, gdyż nie jest to szczególnie chorobotwórcza bakteria. Istnieje prawdopodobieństwo, że źródłem zakażenia była inna osoba, będąca nieświadomym nosicielem bakterii, mogła to być jakakolwiek osoba, uczestnicząca w opiece nad dzieckiem, zarówno spośród personelu medycznego, ale również chociażby rodzice. Biegli podnieśli, że jest niewykluczone, że pracownicy szpitala nie dopełnili procedur sanitarnych, jednakże nie ma bezspornych dowodów na to wskazujących.

Zakażenie, które objawiło się u pacjentki w ósmej dobie życia, jest zakażeniem szpitalnym, można zatem założyć, że wina w tym zakresie leży po stronie szpitala. Jeżeli rodzice uczestniczyli w opiece nad dzieckiem, to również nie można wykluczyć, że oni poprzez kontakt przenieśli bakterię, bądź to pochodzącą od Z. G., bądź też, której mogli być nosicielami, chyba, że mieli wówczas wykonywane badania w tym kierunku, które wykluczają nosicielstwo. Nie ma przy tym znaczenia dla prawdopodobieństwa przeniesienia bakterii, czy pacjentka leżała w inkubatorze, gdyż nie jest to bakteria lotna, nie zakaża droga kropelkową, a jedynie kontaktową.

Biegli stwierdzili, że nie było bezwzględnych proceduralnych przeciwwskazań do umieszczenia pacjentki w tym samym boksie, zatem samo umieszczenie Z. G. w tym samym boksie nie powinno narazić O. Ś. na niebezpieczeństwo zakażenia bakterią. W praktyce mogło, ale nie musiało, dojść do naruszenia procedur sanitarnych w oddziale. Dodali, że nawet ewentualne naruszenie procedur sanitarnych nie powinno przynieść takiego skutku w postaci posocznicy ze wstrząsem, gdyż tego typu bakteria zwykle nie wywołuje takich skutków. Ponadto biegli wskazali, że do zakażenia O. Ś. mogło dojść od chwili przybycia do boks zakażonego dziecka, jednak nie wykluczają również tego, że do zakażenia doszło wcześniej. Nadto biegli wskazali, że do zakażenia mogło dojść na każdym etapie opieki szpitalnej i pielęgniarstwa nad O. Ś.. Udział w wystąpieniu zakażenia szpitalnego ma również utrzymanie czystości pomieszczeń, wyposażenia i sprzętu. Niemożliwe jest ustalenie przez kogo doszło do naruszenia zasad higienicznego postępowania i reżimu sanitarnego, niezbędnego dla zapobieżenia zakażeniu. Są różne możliwości przebiegu rozwoju choroby, która mogła rozwinąć się szybko

i nagle z uwagi na małą odporność organizmu i masywność zakażenia, ale również możliwe jest, że choroba rozwijała się dłużej i doszło w dłuższym okresie do rozwoju objawów, a to co zaobserwowano było ostatecznym skutkiem rozwoju choroby.

Biegli podkreślili przy tym, że nie było bezwzględnych wskazań do izolowania pacjentki Z. G., ponieważ nie była nosicielem bakterii alarmowej. Korzystniej byłoby pacjentkę odizolować, ale ułożenie pacjentki w tym samym boksie było działaniem prawidłowym, co także potwierdził biegły

z zakresu mikrobiologii lekarskiej - A. D. (2). Podkreślił on, że personel winien stosować się do zasad tzw. izolacji standardowej, czyli stosować zasady profilaktyki zakażeń, takie jak mycie rąk i dezynfekcja rąk, stosowanie

jednorazowych rękawic ochronnych, kiedy jest to zalecane oraz prowadzenie bieżącej dekontaminacji sprzętu i elementów wyposażenia sali. Biegli wskazali, że istnieje domniemanie, że O. Ś. zaraziła się od Z. G., bo u niej wykryto bakterię, ale mogła też zarazić się od innej osoby. Jednocześnie w przypadku stwierdzenia nosicielstwa bakterii, którą wykryto u Z. G., nie są przewidziane specjalne procedury sanitarne, stosuje się procedury ogólnie przyjęte. Nadto wskazać należy, że bakterie rodzaju K. występują powszechnie w środowisku naturalnym oraz przewodzie pokarmowym ludzi i zwierząt. Bakterie te nie wykazywały oporności na leki.

Zdaniem biegłych opiniujących w sprawie postępowanie lecznicze u O. Ś. było prowadzone zgodnie ze standardami postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u noworodka urodzonego o czasie, bez obciążonego wywiadu, który był operowany w 2 dobie życia z powodu wady przewodu pokarmowego. Zdaniem biegłych brak jest podstaw do przyjęcia, że samo umieszczenie dziecka skolonizowanego tą bakterią w jednym boksie z O. Ś. naraziło pokrzywdzoną na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia bądź ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

W opinii z 27 lutego br. biegły z zakresu mikrobiologii lekarskiej - A. D. (2) wskazał, że faktycznie dziecko zostało skolonizowane drobnoustrojami, które były izolowane od innego dziecka, niemniej jednak, przy przyjęciu nie wykonano u O. Ś. badań oceniających kolonizację, a tym samym nie ma pewności, że dziecko nie było skolonizowane tymi drobnoustrojami wcześniej, tj. przed przyjęciem do szpitala im. M. K. w Ł.. Prawdopodobieństwo takiego stanu jest relatywnie niskie, jednakże występuje. Biegły wskazał także, że możliwe jest również, że wskutek uchybień w zakresie stosowania procedur zapobiegania zakażeniom doszło do przeniesienia drobnoustrojów od skolonizowanej Z. G. na O. Ś., które początkowo skolonizowały jej organizm, a następnie jeden z nich wywołał inwazyjne zakażenie. W ocenie biegłego nie ma jednak możliwości wykazania, w jaki dokładnie sposób drobnoustroje znalazły się w organizmie O. Ś.. Dziecko od początku pobytu w szpitalu przebywało w inkubatorze, który praktycznie działa jak izolatka - dziecko nie ma kontaktu z otoczeniem zewnętrznym. Nie ma pewności czy umieszczenie dziecka w inkubatorze, w jednoosobowej sali chorych zapobiegłoby kolonizacji i zakażeniu bakteriami, jednak prawdopodobieństwo byłoby wyższe. Ale, aby podjąć decyzję o izolacji muszą występować do tego wskazania, a w przypadku O. Ś. żadna z tych okoliczności nie występowała oraz muszą być stosowne warunki, tj. oddział musi dysponować wolną salą izolacyjną. Biegły A. D. (2) wskazał także, że nie można bakterii *rautella ornithinolytica* oraz *klebsiella* zaliczyć do drobnoustrojów szczególnie zjadliwych. Nadto biegły podał, że standardy określone przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia nie odnoszą się do kwestii rozmieszczenia pacjentów, w tym jednego zakażonego bakterią *rautella ornithinolytica* oraz *klebsiella oxytoca* z dzieckiem, które miało obniżoną odporność, nie przyjmującego antybiotyku i znajdującego się tuż po zabiegu operacyjnym.

Biegli odnieśli się także do decyzji o zaprzestaniu podawania O. Ś. antybiotyku w dwie doby po zabiegu. Ich zdaniem decyzja taka była prawidłowa. W okresie okołoperacyjnym zastosowano antybiotyk zgodnie z rekomendacjami stosowania antybiotyków u noworodków z wywiadem nieobciążonym, w okresie zabiegu operacyjnego na przewodzie pokarmowym. Czas stosowania antybiotyku był zgodny z zasadami antybiotykoterapii. Biegli wskazali, że należy unikać profilaktyki antybiotykowej, aby ograniczyć rozwój szczepów lekoopornych i immunopresji. W momencie podejrzenia infekcji rozpoczęto kurację antybiotykami o szerokim spectrum działania. Zdaniem biegłych, podawanie dziecku antybiotyku w okresie okołoperacyjnym nie mogło zapobiec zakażeniu bakterią, a czy zapobiegałoby rozwojowi posocznicy - tego nie można określić. Nadto biegli wskazali, że w warunkach domowych noworodek nie przebywa w sterylnych warunkach i styka się z powszechnie występującymi drobnoustrojami także z bakteriami rodzaju K.. Organizm dziecka ze sprawnym układem odpornościowym potrafi kontrolować rozwój infekcji.

Odnośnie postępowania pielęgnacyjnego - biegli również nie dostrzegli naruszenia reguł właściwego postępowania. W dniu 26 kwietnia 2013 r. na oddziale intensywnej terapii i anestezjologii przebywało 13 dzieci i 7 pielęgniarek na dyżurze dziennym oraz 5 pielęgniarek na dyżurze nocnym. Następnego dnia pracowało 6 pielęgniarek na zmianie

dziennej i tyle samo na nocnej zmianie, przy 13 pacjentach. Ilość pielęgniarek opiekujących się pacjentami spełniała normy. Z zeznań pielęgniarek wynika, że znają i przestrzegają zasad higieniczno-sanitarnych.

Nadto powołana w sprawie biegła z zakresu anestezjologii B. G. podała, że biorąc pod uwagę następstwo zdarzeń, ciężkie zaburzenia krążeniowe z licznymi okresami spadku ciśnienia tętniczego już w dniu 28 kwietnia 2013 r., wystąpienie małopłytkowości przed podaniem dopeksaminy i brak doniesień o powikłaniach związanych z małopłytkowością po podaniu dopeksaminy w piśmiennictwie medycznym należy wnioskować, że przyczyną wylewu krwi do komór mózgu była choroba - wstrząs septyczny, przebiegający z małopłytkowością, a nie działanie niepożądane leku D.. W związku z powyższym należy wnioskować, że brak jest podstaw do przypuszczeń, aby do śmierci O. Ś. przyczyniło się podanie leku D..

W postępowaniu cywilnym dodatkowo przeprowadzono opinie biegłych neonatologa i bakteriologa.

Biegła neonatolog profesor zwyczajny dr hab. n. med. M. K. (3) potwierdziła, że najbardziej prawdopodobnym okresem zakażenia, graniczącym z pewnością, z uwagi na niezwykle rzadki rodzaj bakterii jest moment od umieszczenia innego skolonizowanego tymi bakteriami dziecka Z. G. na tej samej sali. Nie ma jednak dowodu, że bakterie nie znajdowały się wcześniej we krwi O. Ś., gdyż nie wykonano badań bakteriologicznych posiewu krwi przed transportem dziecka ani w chwili przyjęcia do szpitala, w którym doszło do zgonu ani także bezpośrednio po wykonanym zabiegu operacyjnym. Wykonano jedynie rutynowe wymazy z odbytu i gardła, które nie wykazały kolonizacji.

Kolonizacja zaczyna się od momentu kontaktu z bakterią, a najczęstszym źródłem kolonizacji jest nieprzestrzeganie należytej higieny mycia i dezynfekcji rąk, wkłucia dożylnie, konieczność żywienia parenteralnego, długotrwała antybiotykoterapia. Wszystkie te potencjalne źródła zakażenia występowały u O. Ś..

Umieszczenie O. Ś. w jednym boksie z Z. G. mogło narazić ją na skolonizowanie bakteriami obecnymi u drugiego dziecka. Za najbardziej prawdopodobne mechanizmy powodujące posocnicę należy przyjąć konieczność inwazyjnych procedur medycznych (zakładanie wkłuc centralnych, żywienie pozajelitowe, z zastosowaniem sondy żołądkowej, intubowanie, zabieg operacyjny).

Również biegła z zakresu mikrobiologii medycznej M. P. potwierdziła, że w jej opinii odizolowanie O. Ś. od innych pacjentów

na (...) mogło ją uchronić od zakażenia. O. Ś. należała do grupy pacjentów z obniżoną odpornością, po przebytych zabiegach chirurgicznym,

z założonym cewnikiem naczyniowym, bez naturalnej mikroflory bakteryjnej,

co potencjalnie zwiększało ryzyko wystąpienia zakażenia. Zdaniem biegłej bezpośrednio po zabiegu operacyjnym nie było podstaw do włączenia antybiotykoterapii, a antybiotyk zastosowany profilaktycznie w trakcie zabiegu został słusznie odstawiony. Do zakażenia najprawdopodobniej doszło po kolonizacji organizmu bakterią 26 kwietnia 2013 r. w momencie umieszczenia

w tej samej sali Z. G.. Noworodki umieszczone w inkubatorach

ze względu na temperaturę 35 stopni są bardziej narażone na kolonizację bakteriami. Przenoszenie bakterii z jednego pacjenta na drugiego odbywa się za pośrednictwem rąk pielęgniarek i lekarzy. Do zakażenia mogło też dojść podczas wykonywania wkłucia (pobranie krwi, założenie cewnika naczyniowego). Brak jest dowodów kolonizacji O. Ś. pałeczkami *R. ornithinolytica*

w Wojewódzkim Szpitalu im. M Pirogowa. Taką kolonizację u Z. G. potwierdza wynik posiewu kału z 10 kwietnia 2013 r.

Nie można określić dokładnie kiedy doszło do kolonizacji organizmu O. Ś. ani całkowicie wykluczyć kolonizacji na oddziale neonatologicznym szpitala (...) (dawniej M.), ale najbardziej prawdopodobne jest zakażenie w pozwanym szpitalu od Z. G., nawet jeżeli kontakt był dopiero od popołudnia 26 kwietnia 2013 r. Do posocznicy może dojść w bardzo szybkim czasie. Nie wiadomo jak często było pielęgnowane miejsce podania żywienia pozajelitowego.

Zwykle robi się to raz na dobę, ale procedury wewnętrzne mogły być inne. Źródło posocznicy nie musiało być jedno, dziecko było po zabiegu operacyjnym i w związku z tym mogło być wiele źródeł. Kolonizacja bakterią to jest moment kiedy bakteria wnika do organizmu, natomiast zakażenie to jest moment, kiedy dochodzi do ujawnienia objawów klinicznych posocznicy i to może być nagle. Zdarza się, że nawet przy objawach klinicznych posiew krwi nie jest dodatni. Jeżeli jest dodatni, to jest to oznaka sepsy. Kolonizacja bakterią u zdrowego dziecka może być korzystna. Inaczej jest u dziecka chorego, które wymaga pobytu na intensywnej terapii. Kolonizacja musi być pod kontrolą, stąd trzeba zachować wszystkie procedury. Nie da się wszystkiego wysterylizować w 100%. Najważniejsza jest sterylizacja rąk. Ręce muszą być myte w odpowiedni sposób, a po ich umyciu niczego nie można dotknąć. Po dotknięciu inkubatora z zewnątrz czy monitora trzeba natychmiast wydezynfekować ręce. Skoro doszło do sepsy to musiało dojść do jakiejś nieprawidłowości, choć oczywiście dziecko miało bardzo obniżoną odporność, co bardzo sprzyjało zakażeniu. Nie ma oddziały na świecie, gdzie wszystkie procedury są przestrzegane.

Największe prawdopodobieństwo wywołania sepsy u dziecka to niewłaściwa higiena rąk personelu, który się nią opiekował w szpitalu. Pobyt dziecka w inkubatorze z jednej strony zabezpiecza go przed bakteriami, a z drugiej strony - ze względu na temperaturę - sprzyja ich rozwijaniu. Kilkanaście godzin pomiędzy położeniem do boksu Z. G.

a wystąpieniem objawów klinicznych u O. Ś. było wystarczające, żeby zakażenie się ujawniło, ponieważ dziecko nie miało żadnej bariery ochronnej

i odporności. Kolonizacja bakterią w sprzyjających warunkach nie powoduje niczego złego, a wręcz odwrotnie - powoduje nabycie odporności. Zakażenie jest to wniknięcie bakterii do organizmu, między innymi w wyniku przerwania ciągłości tkanek. Zakażenie polega na wniknięciu bakterii do płynów takich, jak krew, płyn mózgowo-rdzeniowy. Wtedy dochodzi do zakażenia.

Szpital przyjmując dziecko ze stwierdzoną kolonizacją bakterią powinien je odizolować od innych dzieci, zwłaszcza tych z obniżoną odpornością. To było największe zaniedbanie, które zaważyło na późniejszych zdarzeniach. Badania czystości rąk personelu pokazują, że nigdy w 100% nie są zachowywane zasady sterylności. Zasada, że jedna pielęgniarka na oddziale intensywnej terapii opiekuje się jednym pacjentem jest prawidłowa. Gdyby był oddzielny boks miałoby to jednak znaczenie, bo oznaczałoby, że ten standard jest bardziej rygorystyczny.

Wyniki kontroli sanepidu w pozwanym szpitalu niewiele pomagają

w ustaleniu źródła zakażenia O. Ś.. Podwyższona temperatura i reakcja bezdechu bezpośrednio po zabiegu operacyjnym nie musi świadczyć, że już wtedy nastąpiło zakażenie. Pierwszym objawem posocznicy u noworodka może być wstrząs septyczny. Rzadko przebiega bezobjawowo lub skąpoobjawowo. Posocznica może rozwinąć się już po 24h od wniknięcia bakterii do krwi. Posocznica nie jest chorobą zakaźną i nie powinien się na jej temat wypowiadać biegły ds. chorób zakaźnych.

Zgodnie z książką raportów pielęgniarskich Z. G. umieszczona została w boksie, w którym przebywała O. Ś. 26 kwietnia 2013 r. ok. godziny 13.30. W tym dniu do godziny 19.00 O. Ś. opiekowała się pielęgniarka M. B., a Z. M. K.. W nocy z 26 na 27 kwietnia dziewczynkami opiekowały się również różne pielęgniarki: A. M. i E. S.. Jedynie w dniu 27 kwietnia 2013 r. między godzinami 15.00 a 19.00 oboma zajmowała się jedna pielęgniarka I. W.. W tym czasie wykonywane były jedynie czynności pielęgnacyjne i karmienie, a u O. Ś. dodatkowo podłączenie wlewu z Albumin do już istniejącego wkłucia dożylnego, co nie naruszyło ciągłości tkanek i miało miejsce przed kontaktem z Z. G..

I. W. nadal pracuje jako pielęgniarka w pozwanym szpitalu. Twierdzi, że pamięta dziecko powódki i wie, że zmarło, ale nie na jej dyżurze. Dziecko leżało w boksie 3, w którym w 2013 r. było miejsce dla trójki pacjentów noworodkowych. Dyżur pielęgniarki trwał 12 godzin. Na początku dyżuru pielęgniarka otrzymuje przydział pacjentów. Książkę dyżurów uzupełnia się na koniec dyżuru opisując co się zdarzyło. Według I. W., czemu sąd nie dał wiary, bez zaglądania do dokumentów dokładnie pamięta, że O. Ś. miała przydzieloną na początku dyżuru, a nadzór nad Z. G. miała od 15:00 do 19:00. Przejęła ten nadzór od koleżanki, która wychodziła. Dzieci, jeżeli mają tę samą florę bakteryjną, mogą być połączone,

a jeśli mają inną muszą być rozłączone. O tym decyduje lekarz. Jak było w tym przypadku nie pamięta. Jej zdaniem na oddziale nie było mowy o tym, aby O. Ś. zaraziła się bakterią od Z. G..

O 18:00 wykonuje się czynności pielęgnujące, najpierw u swojego pacjenta (wcześniej przedzielonego), potem należy wyjść, zmienić rękawiczki, zdezynfekować ręce i dopiero można iść do drugiego pacjenta. Gdy małe dziecko leży w inkubatorze zdarzają się sytuacje, że trzeba podejść i coś poprawić. Takich czynności się nie raportuje, jeżeli się nic złego nie dzieje. Ręce się myje

i zakłada rękawiczki w boksie. Wyjątek może być, jeżeli lekarz każe dodatkowo założyć fartuch. Nie zdarza się, żeby cokolwiek zrobić bądź przy dziecku bądź przy aparaturze bez rękawiczek. Nie jest też możliwe, ażeby zrobić coś przy dziecku, a potem nie zmieniając rękawiczek podejść do drugiego dziecka.

I. W. uważa, że na pewno najpierw wykonywała czynności przy O. Ś., a potem przy Z. G., bo taka jest procedura. O. Ś. była jej pacjentką przez 12h. Nie wykonywała przy żadnym z dzieci czynności związanych z przerwaniem ciągłości tkanek. Czynności pielęgnacyjne to było karmienie, zmiana pampersa. Nie pamięta, jak była karmiona O. Ś.. Środki ochrony pomiędzy obsługą jednej pacjentki a drugiej to mycie rąk i zmiana rękawiczek.

I. W. nie pamięta czy w miesiącu, gdy zajmowała się O. Ś. miała jakieś dni wolne. Nie pamięta jakimi dziećmi zajmowała się wcześniej ani później. Nie przypomina sobie zmiany procedur na surowsze po ujawnieniu się zakażenia. Nie potrafi podać danych o ilości dzieci zmarłych na oddziale, na którym pracuje.

Powódka pamięta, że druga dziewczynka Z. G. nie była w inkubatorze, tylko na łóżeczku, była większa od innych dzieci. Widziała pielęgniarki, które opiekowały się córką. To były różne pielęgniarki, za każdym razem inna. Do innych dzieci przychodziły inne pielęgniarki, ale zdarzało się, że jedna pielęgniarka coś poprawiała u różnych dzieci. Według powódki pielęgniarki zaczęły zakładać rękawiczki i wszystko myć, kiedy jej córka była już w stanie ciężkim. Jej zdaniem było kilka pielęgniarek, które nie zmieniały rękawiczek. Nie potrafi powiedzieć czy należała do nich I. W.. Widziała, że dezynfekowały ręce, ale nie zmieniały rękawiczek. O tym, że to drugie dziecko Z. G. mogło być źródłem zakażenia dowiedziała się od dyrektora i ordynatora szpitala, który mówili, że u córki powódki wykryto tę samą bakterię, co miała tamta dziewczynka. Częściej w szpitalu był ojciec O. - R. Ś.. Powódka przyjeżdżała rzadziej, bo była słaba po porodzie.

O. była pierwszym dzieckiem powódki. Niedrożność dwunastnicy była zdiagnozowana już w trakcie ciąży. Powódka mieszka pod S., ale ciążę prowadził lekarz z Ż., który po stwierdzeniu u O. niedrożności dwunastnicy konsultował się z prof. S., ze szpitala (...) (obecnie Pirogowa) w Ł., dlatego tam powódka zdecydowała się na poród. Nikt nie zaproponował, żeby rodziła w Centrum (...). Miała świadomość, że dziecko będzie operowane i że ta operacja będzie musiała być

w innym szpitalu. Była przekonana, że to będzie (...). Dopiero po fakcie dowiedziała się od męża, że dziecko zostało przewiezione do szpitala dziecięcego na Sporną. To była decyzja lekarzy z M..

Powódka nigdy nie pogodziła się ze śmiercią córki. Od września 2021 r. jest pod opieką psychologa. Wcześniej nie korzystała z pomocy psychologa ani psychiatry. Ma córkę L., która urodziła się (...) Jest zdrowa. Chodzi do zerówki. Obecnie powódka jest w trakcie rozwodu z mężem R. Ś., jednak od 8 września 2021 r. sprawa jest zawieszona na zgodny wniosek stron. Według powódki problemy małżeńskie trwały w zasadzie od początku małżeństwa. Śmierć O. przyczyniła się do pogorszenia relacji małżeńskich, ponieważ mąż obwinił ją, że zdecydowała się rodzić w Ł.. Były też inne przyczyny złych relacji. Powódka pracuje jako nauczyciel religii od

2003 r. Obecnie uczy w szkole średniej w S.. Wcześniej uczyła

w szkole podstawowej. Zmieniła szkołę po urlopie macierzyńskim. W ciąży

z O. poszła na zwolnienie w drugim semestrze, po feriiach zimowych. Do pracy wróciła we wrześniu 2013 r. Początkowo nie chciała kolejnego dziecka, ale lekarz ginekolog zachęcał, żeby zbyt długo nie zwlekać, bo z każdym kolejnym rokiem

będzie to trudniejsze. Przez całą ciążę z L. powódka była nerwowa, modliła się, żeby dziecko było zdrowe. Cięża była podtrzymywana. Powódka była na zwolnieniu, przyjmowała leki. W domu leżała i chodziła. L. urodziła w szpitalu w Ż.. Dziecko urodziło się zdrowe. Powódka uważa, że opiekując się L. była przewrażliwiona. Przez 3 lata karmiła piersią. Była

i jest nadal nadopiekuńcza. Córka chodzi do przedszkola odkąd skończyła

3 lata. Do pracy powódka wróciła po roku. Z dzieckiem w domu zostawała ciocia. Do psychologa powódka zgłosiła się we wrześniu 2021 r. w związku

z problemami małżeńskimi. Z rozmów z psychologiem wyniknęło, że sprawa śmierci O. nie jest zamknięta. O. jest pochowana w S.. Powódka z córką L. odwiedza grób zmarłej córki. Stara się, aby było to co najmniej raz w miesiącu. Na tym samym cmentarzu pochowany jest brat powódki.

Powódka bardzo przeżyła postępowanie prokuratorskie, które toczyło się 4,5 roku. Uważa, że została skrzywdzona, bo prokuratura nie zabezpieczyła dowodu z monitoringu. Dlatego nie ustalono, kto jest osobiście odpowiedzialny za śmierć O.. Nikomu nie postawiono zarzutów. Dlatego zdecydowała się wystąpić na drogę cywilną. Nie pamięta dokładnie, od kiedy zaczęła myśleć

o postępowaniu cywilnym, prawdopodobnie po zakończeniu sprawy karnej. Występowała z zawezwaniem do próby ugodowej, które zostało odrzucone.

Powódka jest wierząca, wierzy, że jej dziecko jest w niebie, ale nie ma dnia, żeby nie myślała jak dzisiaj by wyglądała, gdyby żyła. Ze strony szpitala nie było żadnych gestów współczucia. Powódka ma też żal za to, jak została potraktowana. Padły słowa, że mogą iść do S., a i tak nie dostaną odszkodowania.

Poza problemami małżeńskimi oraz problemami ze zdrowiem rodziców powódka nie przypomina sobie szczególnych wydarzeń w swoim życiu od grudnia 2017 r., gdy zakończyła się sprawa karna do wniesienia pozwu w sprawie cywilnej.

Sąd Okręgowy w tak zilustrowanym stanie sprawy uznał powództwo za częściowo zasadne, podkreślając że choć w przypadku śmierci O. Ś.

nie można ustalić konkretnej osoby, której niedopatrzenie doprowadziło do zakażenia jej organizmu i zgonu z powodu wstrząsu w przebiegu posocznicy, to jednak z bardzo dużym, wręcz graniczącym z pewnością, prawdopodobieństwem można założyć, że źródłem zakażenia były bakterie skolonizowane w organizmie Z. G., która od godzin popołudniowych 26 kwietnia 2013 r. przebywała w tym samym boksie na oddziale Intensywnej Terapii, co O. Ś.. Wskazuje na to, po pierwsze zbieżność czasowa przyjęcia Z. G. i zapaści zdrowotnej O. Ś., po drugie bardzo rzadka bakteria wychodowana u obu dziewczynek. W konsekwencji winy pozwanego szpitala należało upatrywać w niedołożeniu wszelkich możliwych środków do zapobiegnięcia zakażeniu osłabionego po zabiegu operacyjnym organizmu O. Ś..

Sąd zwrócił uwagę na to, że w przedmiotowej sprawie obaj pozwani powołali się na zarzut przedawnienia, który w przypadku pozwanego (...) okazał się chybiony, a co najmniej sprzeczny z zasadami współżycia społecznego. Wyjaśnił w tym zakresie, że powódka niewątpliwie zgłosiła szkodę przed

2 sierpnia 2016 r. (data decyzji odmownej). W aktach sprawy brak jest samego zgłoszenia, nie można zatem ustalić jego dokładnej daty. Pozwany w odpowiedzi na pozew wskazał wprawdzie na 5 maja 2016 r., ale wspominał o próbie ugodowej i nie przedstawił żadnego dokumentu. Gdyby nawet zgłoszenie szkody miało miejsce później, po 2 maja 2016 r., zdaniem Sądu opóźnienie było bardzo nieznaczne, a nadto w toku było jeszcze wówczas postępowanie prokuratorskie w sprawie ewentualnej winy personelu szpitala. Powódka mogła zatem oczekiwać na wynik tego postępowania. Po raz drugi bieg przedawnienia przerwało zawezwanie do próby ugodowej z 27 kwietnia 2018 r. i tu już po stronie powódki opóźnienia nie było.

W przekonaniu Sądu zasadny był natomiast zarzut przedawnienia pozwanego szpitala. Do niego nie ma bowiem zastosowania przerwanie biegu przedawnienia wobec (...), o czym wprost stanowi art. 372 k.c. - przerwanie

lub zawieszenie biegu przedawnienia w stosunku do jednego z dłużników solidarnych (odpowiednio dłużników in solidum) nie ma skutku względem współdłużników. Nadto uznanie zarzutu przedawnienia po stronie szpitala nie było sprzeczne z zasadami współżycia społecznego, gdyż powódka mogła skutecznie dochodzić swych roszczeń od zakładu ubezpieczeń.

Przyznając powódce sumę 150.000 zł zadośćuczynienia, Sąd Okręgowy miał na uwadze z jednej strony okoliczność, że O. Ś. żyła zaledwie kilkanaście dni i całe swoje życie spędziła w szpitalu oraz, że z uwagi na ciężką wadę przewodu pokarmowego jej życie od początku było zagrożone, czego świadomość powódka miała jeszcze przed porodem. Z drugiej strony uwzględnił fakt, że powódka wyczekiwała narodzin córki i była z nią silnie związana. Jednocześnie dostrzegł, że powódka ma jeszcze jedną córkę i realizuje się zawodowo, co pozwala jej – mimo ogromnej straty – żyć dalej.

Odsetki od powyższej kwoty zostały zasądzone od 15 października 2019 r., tj. dnia następującego po dniu doręczenia odpisu pozwu, jako że powódka nie wykazała, by wcześniej wzywała pozwanego do zapłaty konkretnej kwoty zadośćuczynienia.

W kwestii kosztów procesu Sąd Okręgowy przyznał powódce zwrot 1/3 kosztów zastępstwa procesowego, to jest w części odpowiadającej jej wygranej w sporze i nie obciążył jej kosztami procesu od oddalonej części powództwa na podstawie art. 102 k.p.c.

(uzasadnienie zaskarżonego wyroku – k. 630 – 642 verte)

Pozwany ubezpieczyciel zaskarżył opisany wyrok w pkt. 1, 3 i 4

apelacją opartą na zarzucie naruszenia art. 6 k.c. w zw. z art. 361 k.c.

w zw. z art. 430 k.c. oraz art. 446 § 4 k.c. poprzez ich niewłaściwe

zastosowanie i uznanie powództwa za usprawiedliwione co do zasady, a tym samym przyjęcie odpowiedzialności pozwanego szpitala, w konsekwencji ubezpieczyciela, w przypadku, gdy nie zostały udowodnione i wykazane przesłanki odpowiedzialności deliktowej podmiotu ubezpieczonego

w postaci szkody oraz adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy nieprawidłowościami w procesie leczenia a szkodą powódki.

W konkluzji skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku przez oddalenie powództwa oraz skorygowanie rozstrzygnięć o kosztach z pkt. 3 i 4.

(apelacja ubezpieczyciela – k. 649 – 651 verte)

Z kolei powódka zaskarżyła wyrok Sądu Okręgowego w pkt. 2 apelacją, w której zarzuciła:

1. naruszenie przepisów postępowania, tj. art. 233 § 1 k.p.c.

poprzez dokonanie oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego,

w szczególności zeznań powódki, mającej cechy oceny dowolnej, a nie swobodnej i uznanie, że kwota 150.000 zł to odpowiednia kwota zadośćuczynienia

w sytuacji, gdy:

- zmarła O. Ś. była pierwotnym dzieckiem powódki, której powódka, jako osoba wierząca, wyczekiwała,
- wada ww. małej została zoperowana bez powikłań i zarówno powódka, jak i jej mąż przed pogorszeniem się stanu zdrowia córki zdążyli otrzymać informację o dobrym stanie córki, która oddychała samodzielnie i powracała do zdrowia, rozpoczęto dokarmianie dziecka pokarmem powódki,
- powódka była przekonana, że leczenie wdrożone względem jej córki, jak również podjęte środki ostrożności związane z obniżeniem odporności ww. małej są prawidłowe i zapewniają bezpieczeństwo zmarłej O. Ś.,

- powódka miała możliwość nacieszenia się rodzicielstwem jedynie przez okres ok. 2 tygodni, w czasie którego zarówno małoletnia, jak i jej rodzice przebywali w szpitalu, nie mogąc spędzać z córką tyle czasu, ile chcieliby i ile wymagała małoletnia,
- zmarła O. Ś. była noworodkiem, mającym przed sobą całe życie, a wada zdrowotna, z którą się urodziła nie zagrażała jej życiu i została usunięta, co dawało jej rodzicom asumpt do przypuszczeń, że córka będzie zupełnie zdrowa i wkrótce opuści szpital,
- powódka nigdy nie pogodziła się ze śmiercią córki, a przeżycia i trauma z tym związane odbiły się zarówno na jej małżeństwie, jak i na zdolnościach rodzicielskich i relacji z córką L. Ś. oraz jej psychice na tyle znacznie, że powódka w dalszym ciągu wymaga opieki lekarza psychologa,
- powódka doznała ogromnej traumy nie tylko w związku ze śmiercią nowonarodzonego dziecka, które nie było chore letalnie, ale również w związku z długoletnim prowadzeniem postępowania karnego (finalnie umorzonego) oraz postępowania przed sądem cywilnym, co każdorazowo wiązało się dla powódki z koniecznością ponownego przeżywania dramatycznych zdarzeń,
- sytuacja życiowa i finansowa powódki prowadzi do wniosku, że uwzględnienie powództwa w całości nie będzie skutkowało bezpodstawnym wzbogaceniem się powódki, ale będzie wyłącznie rekompensatą za doznane przez nią cierpienia, które są o tyle dotkliwe, że dotyczą straty nowonarodzonego dziecka, którego śmierci żadne z rodziców się nie spodziewało (nie było również takiego ryzyka medycznego),

2. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj.:

a) art. 446 § 4 k.c. poprzez jego niewłaściwą interpretację, skutkującą uznaniem, że kwota 150.000 zł jest odpowiednią kwotą zadośćuczynienia za krzywdę powódki doznaną w związku ze śmiercią małoletniej O. Ś.

w sytuacji, gdy powódka straciła pierworodną, nowonarodzoną córkę, której wada zdrowotna nie zagrażała życiu, a nadto została skutecznie usunięta

w trakcie operacji, o czym powódka, przed znacznym pogorszeniem się stanu zdrowia córki, została poinformowana, co uzasadnia zasądzenie zadośćuczynienia w łącznej kwocie 450.000 zł,

b) art. 442¹ § 1 k.c. w zw. z art. 5 k.c. poprzez jego niewłaściwą interpretację skutkującą uznaniem, że roszczenie powódki wobec pozwanego

ad. 1 uległo przedawnieniu w sytuacji, gdy wobec braku jednoznacznej odpowiedzi na pytanie kiedy i w wyniku jakich i czyich działań doszło do zakażenia małoletniej O. Ś. bakterią, która doprowadziła do jej śmierci, trudno mówić, aby powódce znana była osoba zobowiązana do naprawienia wyrządzonej jej szkody, co stanowiło również naruszenie zasad współżycia społecznego, gdyż powódka od samego początku usiłowała ustalić osobę odpowiedzialną za śmierć córki, zwracając się w tej kwestii do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Prokuratury Rejonowej Ł., które to organy te nie dopatrzyły się jakiegokolwiek czynu stanowiącego przewinienie zawodowe lub czyn karalny. Tym samym wadliwe ustalenia właściwych organów oraz długotrwałość prowadzonych postępowań nie mogą wywoływać negatywnych skutków dla powódki oraz prowadzić do zwolnienia

z odpowiedzialności pozwanego ad. 1, co do którego zasad i prawidłowości postępowania uwagi mieli powołani w niniejszym postępowaniu biegli,

c) art. 442¹ k.c. w zw. z art. 123 § 1 pkt 1 k.p.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie skutkujące uznaniem, że roszczenie powódki względem pozwanego ad. 1 uległo przedawnieniu w sytuacji, gdy Sąd I instancji nie wziął pod uwagę, że powódka wystosowała również względem pozwanego ad. 1 zawiadanie do próby ugodowej w sprawie o sygn. akt I CO 105/16 przed Sądem Rejonowym dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi, w związku z czym doszło do przerwania biegu przedawnienia względem pozwanego szpitala,

d) art. 481 § 1 k.c. i art. 455 k.c. poprzez ich niezastosowanie i uznanie, że roszczenie powódki o odsetki od dochodzonego roszczenia tytułem zadośćuczynienia są należne dopiero od dnia następującego po dniu doręczenia odpisu pozwu w sytuacji, gdy do postawienia roszczenia w stan wymagalności względem pozwanych doszło co najmniej z momentem wystosowania zawiadzenia do próby ugodowej przed Sądem Rejonowym dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi w sprawie o sygn. akt I CO 105/16, w związku z czym odsetki ustawowe za opóźnienie należne są od 5 maja 2016 r.

W związku z powyższym skarżąca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku przez uwzględnienie powództwa w całości oraz zasądzenie solidarnie od pozwanych na jej rzecz kosztów postępowania.

(apelacja powódki – k. 665 – 670)

Każdy ze skarżących w odpowiedzi na apelację przeciwnika wniósł o jej oddalenie oraz zwrot kosztów, które poniósł na tym etapie sporu.

(wzajemne odpowiedzi na apelacje – k. 687 – 687 verte, 693 – 695)

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

I. W pierwszej kolejności konieczne jest odniesienie się do apelacji pozwanego (...) SA z siedzibą w W., jako skargi apelacyjnej dalej idącej. Ta apelacja okazała się bezzasadna i tym samym podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

1. Wstępnie przy tym trzeba zaznaczyć, że Sąd Apelacyjny podziela pogląd Sądu Najwyższego wyrażony w uchwale z dnia 31 stycznia 2008 r. w sprawie III CZP 49/07 (OSNC 2008/6/55), że sąd drugiej instancji rozpoznający sprawę na skutek apelacji nie jest związany przedstawionymi w niej zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa materialnego, wiążą go natomiast zarzuty dotyczące naruszenia prawa procesowego; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania. W związku z tym dla postępowania apelacyjnego znaczenie wiążące mają tylko takie uchybienia prawu procesowemu, które zostały przedstawione w apelacji i nie są wyłączone spod kontroli sądu odwoławczego na podstawie przepisu szczególnego.

Ponieważ apelacja (...) SA nie zakwestionowała żadnych ustaleń faktycznych Sądu a quo, trzeba było przyjąć, że postawiony zarzut naruszenia art. 6 k.c. w zw. z art. 361 k.c. w zw. z art. 430 k.c. oraz art. 446 § 4 k.c., należy rozpatrywać w kontekście poczynionych ustaleń faktycznych.

2. Sąd Okręgowy, jako podstawę prawną rozstrzygnięcia wskazał art. 430 k.c. w zw. z art. 415 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. Przepis ten statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy, przez co przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, że pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.).

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 np. w zakresie grafików operacji, dyżurów. Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga jednak spełnienia 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 lub innego personelu medycznego wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność 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. W realiach tej sprawy strona powodowa udowodniła wystąpienie przywołanych przesłanek zgodnie z art. 6 k.c.

3. Kwestia zawinienia personelu medycznego.

Po pierwsze, bezspornie do zdarzenia doszło na terenie pozwanej placówki, przy czym nie budziło także wątpliwości, że przeprowadzony w dniu 21 kwietnia 2013 r. zabieg operacyjny usuwający wrodzoną wadę przewodu pokarmowego został wykonany prawidłowo i wywołał oczekiwany skutek. Tym samym wyeliminowana została, jako przyczyna śmierci O. Ś., kwestia prawidłowości wykonania zabiegu operacyjnego z 21 kwietnia 2013 r.

Po drugie, nie budzi sporu, a co wynika wprost z ustaleń faktycznych Sądu pierwszej instancji, że sekcja zwłok O. Ś. wykazała, iż przyczyną śmierci była niewydolność wielonarządowa w przebiegu wstrząsu septycznego. O tym, że krytyczny stan dziecka jest wywołany sepsą, rodzice dziecka zostali poinformowani już w dniu 28 kwietnia 2013 r. przez kierownika oddziału szpitala. Wtedy także padła informacja, że dziecko zostało prawdopodobnie zarażone bakterią *raoutella ornitllynoytica*, na którą organizm dziecka zareagował sepsą.

Po trzecie, w związku z powyższym zagadnieniem spornym i kluczowym dla tej sprawy stało się ustalenie gdzie, kiedy i z jakiej przyczyny doszło do zarażenia bakterią *raoutella ornitllynoytica*. W tym zakresie Sąd Okręgowy przeprowadził prawidłowo postępowanie dowodowe z wykorzystaniem wiedzy specjalnej biegłych sądowych neonatologa i bakteriologa, dopuszczonych bezpośrednio w tym postępowaniu na podstawie art. 278 k.p.c. a także z opinii biegłych wydanych w toku śledztwa prowadzonego przez Prokuraturę Rejonową Ł. w Ł., wykorzystanych na mocy art. 278¹ k.p.c.

Uzyskany materiał dowodowy został następnie poddany ocenie poprzez zastosowanie art. 233 § 1 k.p.c., co nie zostało podważone przez skarżące (...) SA. Specyfika oceny dowodu z opinii biegłych wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. Odwołanie się przez sąd do tych kryteriów oceny stanowi więc należyte i wystarczające uzasadnienie przyczyn uznania opinii biegłych za przekonujące. Dezaprobatą strony dla wniosków biegłego – niekorzystnych z punktu widzenia jej interesów w sprawie – nie może stanowić podstawy prowadzenia dalszego postępowania dowodowego (wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 4 października 2017 r. w sprawie I ACa 313/17, Lex nr 2396218), w szczególności dopuszczania dowodu z dalszych opinii biegłych sądowych tej samej specjalności. W tej sprawie nie złożono jednak takiego wniosku.

Natomiast niezaprzeczalnie z wszystkich uzyskanych opinii wynika, że O. Ś. z największym prawdopodobieństwem zakażyła się w pozwanym szpitalu od innej pacjentki – Z. G., umieszczonej w tej samej sali, o której było wiadomo, że jest zarażona bakterią *raoutella ornitllynoytica*.

Po czwarte, z tego samego materiału dowodowego wynika także, że takiego zakażenia O. Ś. można było uniknąć, gdyby zachowano standardy i umieszczono Z. G. w izolacji od innych pacjentów, w tym O. Ś.. Było to podstawowe zaniedbanie, stanowiące przejaw niedbalstwa personelu szpitala. Kolejnym niedbalstwem była niewłaściwa higieny rąk personelu, który opiekował się O. Ś..

Po piąte, pozwany szpital i ubezpieczyciel nie uprawdopodobnili, aby z większym prawdopodobieństwem śmierć dziecka mogła nastąpić z jakichkolwiek innych przyczyn lub, że do zakażenia doszło w innym miejscu i na skutek innych przyczyn. W apelacji pojawia się wątek sugerujący, że O. Ś. uległa zakażeniu w Wojewódzkim Szpitalu im. (...), czego biegle sądowe nie wykluczyły i co również rozważały, ale pozwany szpital nie przeprowadził stosownych badań u O. Ś. w chwili jej przyjęcia, natomiast umieścił ją w jednej sali z Z. G., u której już 10 kwietnia 2013 r. wykryto bakterią *raoutella ornitllynoytica*. Pozwany szpital wiedział, że przyjmuje z Wojewódzkiego Szpitala im. (...) dwie pacjentki, z których jedna ma bakterię *raoutella ornitllynoytica*, a mimo to nie zbadał drugiej i umieścił ją wraz z pacjentką na pewno zarażoną. Wydaje się, że to także łamie standardy należytej staranności i stanowi ewidentne zaniedbanie.

Reasumując, został wykazany subiektywny element konieczny dla przypisania winy personelowi pozwanego szpitala w postaci niedbalstwa.

4. Istnienie normalnego związku przyczynowego.

Istnienie normalnego związku przyczynowego między naruszeniem przez dłużnika więzi zobowiązaniowej a szkodą wierzyciela definiuje art. 361 § 1 k.c. stanowiąc, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Zobowiązany do odszkodowania ponosi zatem odpowiedzialność wyłącznie za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. W tym znaczeniu adekwatny związek przyczynowy zachodzi tylko wtedy, gdy w zestawie wszystkich przyczyn i skutków mamy do czynienia jedynie z takimi przyczynami, które normalnie powodują określone skutki. Dla stwierdzenia istnienia adekwatnego związku przyczynowego niezbędne jest zatem zbadanie, czy pomiędzy kolejnymi faktami istnieją obiektywne powiązania tj. wyjaśnienie, czy dany fakt (przyczyna) był koniecznym warunkiem wystąpienia drugiego z nich (skutku), czyli czy bez niego skutek nastąpiłby (wyrok SA w Krakowie z dnia 15.01.2018 r., I ACa 1057/16, LEX nr 2486506). Dla określenia normalnych następstw działania lub zaniechania podmiotu nie należy odwoływać się do przewidywalności (kryterium podmiotowego, właściwego dla ustalania winy), lecz w sposób obiektywny ustalić, czy prawdopodobieństwo skutku zwiększa się każdorazowo wraz z wystąpieniem przyczyny danego rodzaju. Chodzi o ustalenie, że dane zdarzenie należy do okoliczności ogólnie sprzyjających powstaniu badanego skutku. W tym celu dokonuje się najpierw pewnego uogólnienia przyczyny (zabieg generalizacji), aby określić następnie dla danej sytuacji zakres następstw, które zachodzą w zwyczajnym biegu rzeczy (wyrok SA w Warszawie z dnia 4.01.2018 r., VII AGa 54/18, LEX nr 2478475).

W tzw. szkodach medycznych ugruntowany jest pogląd, że związek między szkodą a rażąco niedbałym postępowaniem ubezpieczonego może być ustalony nie tylko na podstawie przeprowadzonych dowodów, lecz także przez odwołanie się do wnioskowania opartego na zasadach doświadczenia życiowego i logice, tj. na podstawie art. 231 k.p.c. (np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 września 2022 r., (...) 358/22, LEX nr 3410355).

Jak się wskazuje w orzecznictwie tzw. dowód prima facie oparty na konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.) zwalnia stronę ponoszącą ciężar dowodu od żmudnego wykazania wszystkich etapów związku przyczynowego między pierwotnym zdarzeniem sprawczym a szkodą, wymaga jednak wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je, jako oczywiste (zob. wyrok SN z 2 czerwca 2010 r., III CSK 245/09, LEX nr 611825). Dla zastosowania wnioskowania prima facie konieczne jest wykazanie faktów stanowiących podstawę domniemania faktycznego, które pozwalają na wnioskowanie o prawdopodobieństwie zawinonego działania personelu medycznego szpitala i jego związku przyczynowego ze szkodą i krzywdą po stronie powoda. Należy jednak podkreślić, że dowód taki nie wystarcza w razie wykazania okoliczności uprawdopodobniającej inną przyczynę szkody. (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 23 stycznia 2019 r., I ACa 159/18, LEX nr 2636494.)

In casu wykazane zostało wysokie prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je, jako oczywiste, a jednocześnie strona pozwana nie wykazała okoliczności uprawdopodobniających inną przyczynę szkody.

5. Szkoda powódki.

Śmierć córki stanowi krzywdę (szkodę niemajątkową) powódki w rozumieniu art. 446 § 4 k.c., co musi być poza sporem.

Konkludując, z tych wszystkich przyczyn apelacja (...) SA jest bezzasadna.

II. Apelacja powódki częściowo okazała się trafna i w tym zakresie podlegała uwzględnieniu na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. W pozostałej części, odnoszącej się do zakwestionowania wysokości zadośćuczynienia, skarga apelacyjna podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

1. Zgłoszenie przez stronę pozwaną zarzutu przedawnienia uzasadniało przeprowadzenie przez Sąd a quo postępowania dowodowego zmierzającego do ustalenia okoliczności niezbędnych z punktu widzenia przesłanek determinujących jego rozpoznanie, a w szczególności typowego w prawie cywilnym momentu rozpoczęcia biegu terminu a tempore scientiae, który oznacza czas uzyskania przez poszkodowanego wiedzy o szkodzie, stanowiącej źródło jego roszczeń i osobie zobowiązanej do jej naprawienia.

W art. 442¹ § 1 k.c. w stanie prawnym obowiązującym w chwili przedmiotowego zdarzenia, ustawodawca sformułował ogólne reguły określające termin przedawnienia roszczeń o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym: przedawnienie następuje z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia (termin a tempore scientiae), jednakże termin ten nie może być dłuższy niż 10 lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę (termin a tempore facti). Jednocześnie ustawodawca określił dwa istotne odstępstwa od tych reguł: dla przedawnienia roszczeń deliktowych, jeżeli szkoda wynikła ze zbrodni lub występku (art. 442¹ § 2 k.c.), oraz dla roszczeń

o naprawienie szkód na osobie (art. 442¹ § 3 k.c.), w tym ostatnim wypadku przewidując jedynie wyżej określony termin a tempore scientiae w nieco zmienionym ujęciu (przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia). Szczególną regulację prawną ustawodawca zastosował natomiast w odniesieniu do przedawnienia roszczeń odszkodowawczych osoby małoletniej o naprawienie szkody na osobie. Znajduje tu wprawdzie zastosowanie reguła wyrażona w art. 442¹ § 3 k.c., lecz art. 442¹

§ 4 k.c. zastrzega, że przedawnienie roszczeń osoby małoletniej o naprawienie szkody na osobie nie może się skończyć wcześniej niż z upływem 2 lat od uzyskania przez nią pełnoletności. Dla rozpoznawanej sprawy decydujące znaczenie ma treść art. 442¹ § 1 k.c.

Nie może budzić wątpliwości, że nie jest konieczne, aby poszkodowany dowiedział się równocześnie o szkodzie, jak i o osobie zobowiązanej do jej naprawienia, a w sytuacji, gdy powyższe wiedzę o dłużniku później niż o samej szkodzie przyjmuje się, że termin przedawnienia rozpocznie bieg w tej późniejszej dacie (wyrok SN z dnia 10 kwietnia 2002 r., IV CKN 949/00).

Słusznie skarżąca powódka podniosła, że Sąd Okręgowy w tej sprawie naruszył art. 442¹ § 1 k.c. w zw. z art. 5 k.c. poprzez jego niewłaściwą interpretację skutkującą uznaniem, że roszczenie powódki wobec pozwanego ad. 1 uległo przedawnieniu w sytuacji, gdy wobec braku jednoznacznej odpowiedzi na pytanie kiedy i w wyniku jakich oraz czyich działań doszło do zakażenia małoletniej O. Ś. bakterią, która doprowadziła do jej śmierci, trudno mówić, aby powódce znana była osoba zobowiązana do naprawienia wyrządzonej jej szkody, mimo, że szkoda była wiadoma i nastąpiła w postaci śmierci córki w dniu 2 maja 2013 r.

Powódka od samego początku usiłowała ustalić osobę odpowiedzialną za śmierć córki, zwracając się w tej kwestii do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Prokuratury Rejonowej Ł., które to organy nie dopatrzyły się jakiegokolwiek czynu stanowiącego przewinienie zawodowe lub czyn karalny. Tym samym nie można przyjąć, także w kontekście art. 5 k.c., aby termin przedawnienia rozpoczął bieg przed zakończeniem postępowania karnego, tj. przed 18 grudnia 2017 r. Przyjmując zatem, że bieg terminu przedawnienia rozpoczął się 19 grudnia 2017 r., to 3 letni termin przedawnienia upłynąłby 18 grudnia 2020 r., a tymczasem pozew został wniesiony 13 sierpnia 2019 r., co powoduje, że zarzuty przedawnienia obu pozwanych są chybione.

2. Niezależnie od powyższej oceny zupełnie umknęło Sądowi pierwszej instancji, że powódka wniosła o zawezwanie do próby ugodowej pierwszy raz złożyła już 27 kwietnia 2016 r – załączone akta sprawy I Co 105/16 Sądu Rejonowego

dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi – wobec obojga pozwanych, wnosząc o przyznanie kwoty 1.000.000 zł tytułem zadośćuczynienia. Czynność ta miała miejsce przed upływem 3 lat od śmierci córki i spowodowała przerwanie biegu terminu przedawnienia w rozumieniu art. 123 § 1 pkt. 1 k.c.

Zaś zgodnie z art. 124 § 1 k.p.c. bieg terminu przedawnienia po każdym przerwaniu biegnie na nowo. Przy czym skutek w postaci przerwy biegu przedawnienia następuje niezależnie od tego, czy ugoda została zawarta, a więc także wtedy, gdy postępowanie zakończyło się stwierdzeniem sądu, że do ugody nie doszło. Zgodnie z art. 124 § 2 k.c., w razie przerwania przedawnienia przez czynność w postępowaniu przed sądem lub innym organem powołanym do rozpoznawania spraw lub egzekwowania roszczeń danego rodzaju albo przed sądem polubownym albo przez wszczęcie mediacji, przedawnienie nie biegnie na nowo, dopóki postępowanie to nie zostanie zakończone. Przepis ten nie zawiera warunku zakończenia postępowania w sposób pozytywny dla wnioskodawcy lub powoda, stanowi zaś jedynie, że przedawnienie biegnie na nowo po zakończeniu postępowania. Sposób zakończenia postępowania ma znaczenie dla określenia długości terminu przedawnienia. Roszczenie stwierdzone prawomocnym wyrokiem albo ugodą przedawnia się z upływem lat dziesięciu od dnia zakończenia postępowania (art. 125 k.c.), w przeciwnym zaś razie przedawnienie biegnie od tego dnia na nowo, a długość jego terminu zależy od rodzaju roszczenia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 kwietnia 2014 r., V CSK 274/13, LEX nr 1460982).

W realiach tej sprawy termin przedawnienia zaczął biec na nowo od 10 sierpnia 2016 r. Przedawnienie nastąpiłoby zatem 10 sierpnia 2019 r., a pozew został wniesiony 13 sierpnia 2019 r. Tyle, że bieg terminu przedawnienia został przerwany drugą próbą ugodowego załatwienia sporu z dnia 26 kwietnia 2018 r. wobec obojga pozwanych, w sprawie I Co 81/18 Sądu Rejonowego dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi (załączone akta). Posiedzenie, na którym nie doszło do ugody odbyło się 1 sierpnia 2018 r. Termin przedawnienia zaczął biec ponownie zatem od 1 sierpnia 2018 r. i zakończyłby się 1 sierpnia 2021 r., ale 13 sierpnia 2018 r. został przerwany wniesieniem pozwu.

Zatem, nawet gdyby przyjąć z uwagi na pojawiające się w judykaturze poglądy ograniczające skuteczność zawezwania do próby ugodowej, jako środka przerywającego bieg przedawnienia, tylko do przypadków, w których zawarcie ugody jest rzeczywiście realne, w tym wypadku do pierwszej próby ugodowego załatwienia sporu, ostatecznie doszłoby do przekroczenia 3 letniego terminu przedawnienia jedynie o 3 dni, co zważywszy na charakter sprawy musiałyby zostać uznane za dopuszczalne i zgodne z zasadami współżycia społecznego.

Gdyby przyjąć, że również drugie wezwanie do próby ugodowej przerwało bieg przedawnienia, to w ogóle nie zaistniałaby sytuacja przedawnienia roszczenia, nawet przy liczeniu, że punktem wyjścia była śmierć dziecka.

3. W apelacji powódki został formalnie postawiony zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., ale jest on oczywiście chybiony. Jego analiza prowadzi bowiem do wniosku, że nie są kwestionowane ustalenia faktyczne, a jedynie zarzucane jest Sądowi pierwszej instancji nie wzięcie pod uwagę wymienionych aspektów sprawy, ale na płaszczyźnie art. 446 § 4 k.c., co stanowi w istocie powielenie zarzutu naruszenia prawa materialnego w postaci art. 446 § 4 k.c. Oba te zarzuty nie są trafne.

Oczywistym jest, że zasadniczym kryterium decydującym o wysokości należnego zadośćuczynienia jest rozmiar (zakres) doznanej przez pokrzywdzonego krzywdy, a niewymierny charakter takiej krzywdy sprawia, że ocena w tym zakresie winna być dokonywana na podstawie całokształtu okoliczności sprawy. O wysokości zadośćuczynienia decyduje zatem sąd po szczegółowym zbadaniu wszystkich okoliczności sprawy, kierując się podstawową zasadą, że przyznane zadośćuczynienie powinno przedstawiać realną wartość dla pokrzywdzonego (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 7 września 2012 r., I ACa 640/12, LEX nr 1220559). Zasądzona kwota zadośćuczynienia nie może być więc symboliczna. Musi mieć charakter kompensacyjny i musi spełniać także funkcję represyjną wobec sprawcy naruszenia. Suma ta bowiem powinna być „odpowiednia”, a jej określenie musi uwzględniać wszystkie okoliczności sprawy – co nie zmienia faktu, że zależy od swobodnego uznania sędziowskiego.

Kalkulacja sumy „odpowiedniej” w znaczeniu przypisanym temu słowu przez ustawodawcę w art. 445 § 1 k.c. zakłada uwzględnienie takich okoliczności sprawy jak: rodzaj i rozmiar doznanych obrażeń, długotrwałość i uciążliwość procesu leczenia i rehabilitacji, nasilenie dolegliwości bólowych, konieczność korzystania z pomocy

osób drugich, zakres trwałych następstw wypadku w sferze psychicznej i fizycznej poszkodowanego oraz ich wpływ na dotychczasowe życie wyżej wymienionego. Ferowana na tej podstawie ocena winna uwzględniać również jego dotychczasowy tryb życia, mobilność oraz intensywność kontaktów towarzyskich, rodzinnych i zawodowych, co częstokroć pozostaje w związku z wiekiem pokrzywdzonego (por. Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 11 czerwca 2014 r., I ACa 1593/13, Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z dnia 17 czerwca 2014 r., I ACa 172/14 oraz Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z dnia 21 marca 2014 r., I ACa 837/13). Wysokość zadośćuczynienia odpowiadająca doznanej krzywdzie powinna być odczuwalna dla poszkodowanego i przynosić mu równowagę emocjonalną, naruszoną przez doznane cierpienia psychiczne i fizyczne. Należy nadto podkreślić, że zadośćuczynienie ma mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość.

Orzecznictwo w ostatnim czasie odchodzi od dawnego rozumienia „odpowiedniej sumy”, jako takiej, która powinna być „utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa”. Konsekwencją takiej wykładni było zasądzanie tytułem zadośćuczynienia sum raczej skromnych, co prowadziło do nieuzasadnionego pokrzywdzenia poszkodowanych i stawiało pod znakiem zapytania prawidłową realizację funkcji instytucji zadośćuczynienia. Orzecznictwo z ostatniego okresu prezentuje tendencję odwrotną podkreślając kompensacyjną funkcję zadośćuczynienia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 stycznia 2004 r. – sygn. akt I CK 131/03). Nadto należy podzielić pogląd wyrażony przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 16 lipca 1997 r. – sygn. akt II CKN 273/97, że „zdrowie jest dobrem szczególnie cennym; przyjmowanie niskich kwot zadośćuczynienia w przypadkach ciężkich uszkodzeń ciała prowadzi do niepożądanego deprecjacji tego dobra”. W tym świetle trzeba zgodzić się z aktualnym poglądem doktryny i orzecznictwa, że przyznane zadośćuczynienie nie może stanowić symbolicznego świadczenia, ale musi mieć określoną wartość, która winna zrekompensować poszkodowanemu ból i cierpienie.

Wysokość zadośćuczynienia przyznawanego na podstawie art. 445

§ 1 k.c. ma charakter ocenny, dlatego przy jego ustalaniu sądy zachowują duży zakres swobody. W konsekwencji strona może skutecznie zakwestionować wysokość zadośćuczynienia tylko wtedy, kiedy nieproporcjonalność do wyrządzonej krzywdy jest wyraźna lub rażąca. Co za tym idzie zarzut niewłaściwego określenia wysokości zadośćuczynienia może być uwzględniony tylko wtedy, gdyby nie zostały wzięte pod uwagę wszystkie istotne kryteria wpływające na tę postać kompensaty. Uwzględnienie omawianego zarzutu mogłoby nastąpić także wtedy, gdyby Sąd uczynił jedno z wielu kryteriów decydujących o wysokości zadośćuczynienia elementem dominującym i przede wszystkim w oparciu o nie określił wysokość takiego zadośćuczynienia. Korygowanie przez sąd drugiej instancji zasądzanego zadośćuczynienia może być aktualne zatem tylko wtedy, gdy przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy, mających wpływ na jego wysokość, jest ono niewspółmiernie nieodpowiednie, czyli albo rażąco wygórowane, albo rażąco niskie (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 27 września 2012 r. I ACa 607/12, LEX nr 1223370).

W tej sprawie Sąd pierwszej instancji uwzględnił wszystkie przywołane wcześniej elementy, a apelacja powoda stanowi jedynie próbę polemiki z rozstrzygnięciem Sądu poprzez powielanie tych samych argumentów, nie dostarczając żadnych nowych o charakterze logicznym, jurydycznym lub wynikającym z doświadczenia życiowego. Przyznana kwota 150.000 zł z tytułu zadośćuczynienia jest już bardzo wysoka, gdyż uwzględnia całą złożoność przedmiotowej sprawy i znacząco odbiega in plus na rzecz powódki od kwot zasądzanych według daty wyrządzenia szkody. Tym samym nie jest prawdziwa teza apelacji, że Sąd a quo dokonał zawężającej wykładni i zmarginalizował kompensacyjną funkcję zadośćuczynienia, czy też zaniechał odwoływania się do aktualnych kryteriów ekonomicznych.

Prawdą jest, że zmarła była pierwotnym dzieckiem powódki, ale powódka później urodziła drugie dziecko. Małoletnia była dotknięta wrodzoną bardzo poważną wadą, co było wiadomym już w okresie prenatalnym i stanowiło przesłankę do koniecznej operacji ratującej życie. Konieczność przebywania dziecka powódki w szpitalu i przejścia operacji była nieunikniona, a zatem okoliczność, że powódka nie mogła spędzić z córką całego czasu pozostaje poza związkiem przyczynowym z zarażeniem na terenie szpitala. Operacja rzeczywiście się udała, co rozbudziło nadzieję powódki, a zatem szok związany ze śmiercią dziecka był tym większy, ale został uwzględniony w przyznanej kwocie zadośćuczynienia. Podobnie jak fakt, że powódka nigdy nie pogodziła się ze śmiercią córki, a przeżycia i trauma z tym związane odbiły się na jej psychice. Natomiast sytuacja finansowa powódki nie jest elementem, który ma wpływa na

wysokość zadośćuczynienia, gdyż rekompensata za doznane przez nią cierpienia nie może być powiązana z poziomem życia powódki.

4. Sposób obliczania odsetek przyjęty przez Sąd Okręgowy odpowiada zasadzie, w myśl której jeżeli zobowiązany nie płaci zadośćuczynienia w terminie wynikającym z przepisu szczególnego lub w terminie ustalonym zgodnie z art. 455 in fine k.c., uprawniony nie ma niewątpliwie możliwości czerpania korzyści z zadośćuczynienia, jakie mu się należy już w tym terminie. W tej sprawie za taką datę uznano doręczenie odpisu pozwu obu pozwanych z uwagi na to, że dopiero w pozwie doszło do urealnienia kwoty zadośćuczynienia i wskazania wniosków dowodowych. Ponadto powódka zupełnie zbędnie dwukrotnie wzywała pozwanych do prób ugodowych, nie decydując się na wniesienia wprost pozwu o zadośćuczynienie. Wzięto również pod uwagę pozostawienie przez ustawę zasadzenia zadośćuczynienia i określenia jego wysokości w pewnym zakresie uznaniu sądu, co konkretyzuje się dopiero w treści wyroku (wyrok SN z dnia 18 lutego 2011 r., I CSK 243/10, Lex nr 848109).

III. Koszty procesu.

O kosztach postępowania prze Sądem Okręgowym orzeczono w sposób niepogardzający sytuacji powódki, wobec braku uwzględnienia apelacji strony pozwanej. Natomiast o kosztach postępowania apelacyjnego rozstrzygnięto zgodnie z art. 100 zd. 1 k.p.c., wobec oddalenia obu apelacji w kwestiach zasadniczych, samej zasady odpowiedzialności (apelacja pozwanego) i znaczącego podwyższenia wysokości zadośćuczynienia (apelacja powódki).