

Sygn. akt I ACa 720/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 marca 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Elżbieta Borowska (spr.)
Sędziowie	:	SA Jadwiga Chojnowska SA Elżbieta Kuczyńska
Protokolant	:	Anna Bogusławska

po rozpoznaniu w dniu 8 marca 2019 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa **S. K. (1)**

przeciwko (...)w **O.**

o zapłatę, rentę i ustalenie

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku wstępnego Sądu Okręgowego w Olsztynie

z dnia 19 maja 2017 r. sygn. akt I C 662/13

oddala apelację.

Elżbieta Borowska J. E. K.

UZASADNIENIE

Małoletni powód S. K. (1), reprezentowany przez matkę A. K. (1) złożył pozew przeciwko (...)w O., w którym wniósł o zasądzenie na swoją rzecz od pozwanego:

- 1) kwoty 600.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 10 kwietnia 2011 r. do dnia zapłaty,
- 2) kwoty 57.788 zł tytułem wyłożenia z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia, płatne z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty,

3) kwoty 2.500 zł miesięcznie tytułem renty na zwiększone potrzeby, płatne do dnia 5 każdego miesiąca począwszy od dnia wytoczenia powództwa wraz z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia w płatności którejkolwiek z rat,

4) kwoty 77.500 zł tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia zgłoszenia roszczenia tj. 20 marca 2011 r. do listopada 2013 r., w tym:

- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 kwietnia 2011 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 maja 2011 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 czerwca 2011 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 lipca 2011 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 sierpnia 2011 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 września 2011 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 października 2011 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 listopada 2011 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 grudnia 2011 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 stycznia 2012 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 lutego 2012 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 marca 2012 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 kwietnia 2012 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 maja 2012 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 czerwca 2012 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 lipca 2012 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 sierpnia 2012 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 września 2012 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 października 2012 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 listopada 2012 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 grudnia 2012 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 stycznia 2013 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 lutego 2013 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 marca 2013 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 kwietnia 2013 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 maja 2013 r. do dnia zapłaty,

- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 czerwca 2013 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 lipca 2013 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 sierpnia 2013 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 września 2013 r. do dnia zapłaty,
- kwoty 2.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 października 2013 r. do dnia zapłaty,

a nadto:

5) ustalenie na przyszłość odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości, a wynikające z zaniedbań pozwanego, jakie miało miejsce podczas porodu z dnia 5 marca 2010 r., w szczególności w zakresie szkody wynikającej z pozbawienia szans, w tym zmniejszenia widoków powodzenia na przyszłość, także kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i innych rodzajów wydatków nie objętych żądaniem pozwu.

Dodatkowo wniosła o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania sądowego, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Na rozprawie w dniu 14 lutego 2014 r. pełnomocnik powoda sprecyzował żądanie w zakresie zasądzenia renty, w ten sposób, że wniosł o zasądzenie na rzecz powoda renty na zwiększone potrzeby w wysokości 2.500 zł miesięcznie za okres od dnia zgłoszenia roszczenia tj. od 202 marca 2011 r. do dnia wytoczenia powództwa, płatnej do 5 dnia każdego miesiąca począwszy od 1 kwietnia 2011 r. do 5 października 2013 r. z ustawowymi odsetkami za opóźnienie.

Uzasadniając stanowisko w sprawie, przedstawicielka ustawowa małoletniego powoda wskazała, że w dniu 5 marca 2010 r. zgłosiła się do pozwanego szpitala z powodu słabo odczuwalnych ruchów płodu. Niewłaściwa opieka medyczna w trakcie okresu poprzedzającego poród spowodowała, że doszło do urodzenia się S. z objawami silnego niedotlenienia mózgu. Następnie rozpoznano u niego także niewydolność oddechową, niewydolność wielonarządową, drgawki, przemijające zaburzenia elektrolitowe i przemijające zaburzenia krzepnięcia krwi oraz hipoglikemię, a także zaburzenie ośrodkowej koordynacji nerwowej w stopniu ciężkim, ostrą niewydolność nerek. Dodatkowo u małoletniego powoda zdiagnozowano mózgowie porażenie dziecięce oraz epilepsję, niedosłuch, wadę wzroku, refluks żołądkowo-przełykowy i ciężkie okołoporodowe uszkodzenie centralnego układu nerwowego – encefalopatię niedotleniowo-niedokrwienną. Obecnie powód nie mówi, wymaga stałej opieki osób trzecich. Komunikuje się z otoczeniem w sposób niewerbalny (np. uśmiechem). Poddawany jest stałej rehabilitacji. Nieprawidłowa reakcja personelu pozwanego szpitala doprowadziła do powstania u powoda ciężkiego kalectwa i nieuleczalnej choroby. Nigdy nie będzie osobą samodzielną i do końca życia będzie wymagał pomocy innych osób we wszystkich czynnościach życia codziennego.

W odpowiedzi na pozew, (...)w O. wniosł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych. Jednocześnie wniosł o zawiadomienie (...) S.A z/s w W. o toczącym się postępowaniu.

Argumentując swoje stanowisko wskazał, że przyczyną zamartwicy S. K. (1) było przewlekłe niedotlenienie płodu trwające co najmniej dwie doby przed przyjęciem do szpitala. Wykonanie cięcia cesarskiego nawet bezpośrednio w chwili zgłoszenia matki powoda do szpitala nie zmieniłoby zaistniałej sytuacji. Jednocześnie pozwany zanegował istnienie związku przyczynowego wynikającego z wykonania operacji po 3 godzinach od chwili przyjęcia matki powoda do szpitala, a stwierdzaną przewlekłą zamartwicą płodu.

Wyrokiem wstępnym z dnia 19 maja 2017 r. Sąd Okręgowy w Olsztynie uznał roszczenie powoda za usprawiedliwione co do zasady.

Powyższy wyrok został wydany w oparciu o następujące ustalenia faktyczne:

Matka powoda, A. K. (1) w 2010 r. była w trzeciej ciąży. Oczekiwała narodzin małoletniego powoda, S. K. (1). Ciąża przebiegała prawidłowo, bez większych odchyłeń, nie była to ciąża zagrożona. Jej lekarzem prowadzącym była B. M., pracująca w pozwanym szpitalu. Matka powoda odbywała regularne wizyty u lekarza ginekologa, średnio raz w miesiącu, a od 34 tygodnia ciąży – raz na dwa tygodnie. Stosowała się do zaleceń lekarza ginekologa. Prowadziła kartę monitorowania ruchów płodu od 36 tygodnia ciąży.

Kilka dni przed porodem matka powódka odbyła wizytę kontrolną u swojego lekarza prowadzącego jej ciążę. Jednocześnie tego dnia tj. w dniu 25 lutego 2010 r. ginekolog B. M. wystawiła skierowanie do pozwanego szpitala na Oddział Położniczy. Od 3 marca 2010 r. matka małoletniego powoda odczuwała słabsze ruchy płodu. W rozmowie telefonicznej, B. M. zapewniła ją, że mniejsza ruchliwość dziecka jest normalna. Innych niepokojących sygnałów nie było, dlatego lekarz zaproponowała pozostanie w domu.

Rano, w dniu 5 marca 2010 r. matka powoda zadzwoniła do swojej koleżanki I. M., pracującej w pozwanym szpitalu z informacją o słabo odczuwalnych ruchach dziecka. Ta zaproponowała jej, żeby szybko pojechała na izbę przyjęć. Następnie I. M. zadzwoniła do położnej z pozwanego szpitala z prośbą o wykonanie badań kardiologicznych (KTG) A. K. (2).

Tego dnia matka małoletniego powoda, będąc w 38 tygodniu ciąży zgłosiła się na izbę przyjęć do (...)w O.. Było to o godzinie 9:40. W tym czasie, w pozwanym szpitalu oddział położniczy zlokalizowany był na VI i VII piętrze. Na VII piętrze zlokalizowany był oddział patologii ciąży. Ilość łóżek na piętrze VI wynosiła 30, na VII – 10. Blok porodowy liczył 4 łóżka. W godzinach porannych na obu piętrach wszystkie łóżka były zajęte. Na VII piętrze były zajęte 3 łóżka na trakcie porodowym.

W dniu 5 marca 2010 r. było bardzo dużo przyjęć i trwały prace remontowe szpitala. Na oddziałach ginekologicznych pojawiały się trudności ze znalezieniem łóżek dla pacjentek.

W trakcie pobytu na izbie przyjęć, położna D. B. podłączyła matkę powoda do urządzenia wykonującego badanie kardiologiczne (dalej KTG), które służyło ustaleniu stopnia zagrożenia dla dziecka w czasie porodu i ewentualnemu wskazaniu konieczności rozwiązania ciąży cięciem cesarskim. Badanie trwało od godz. 9:43 do godziny 10:06. W trakcie badania położna zostawiła A. K. (1) samą. Ciężarna nie słyszała tętna płodu dobiegającego z aparatu. Położna tłumaczyła to rodzajem aparatu. W tym czasie położna przyjmowała jeszcze inną pacjentkę, w gabinecie odległym od gabinetu, w którym leżała matka powoda o 80 m, w innym skrzydle szpitala. Tą ostatnią pacjentkę musiała przyjąć na trak porodowy. Wynik badania KTG charakteryzował się takimi parametrami czynności serca płodu jak:

- czystością podstawową – 140/min,
- amplitudą zmienności (oscylacją) - <5/min,
- brakiem akceleracji,
- brakiem deceleracji.

Akceleracja to krótkotrwałe przyspieszenie czynności serca płodu trwające co najmniej 15 sekund i wynosi 15 uderzeń lub więcej na minutę. Akceleracja oznacza, że dziecko czuje się dobrze. Czasami może mieć związek z ruchami płodu, ale nie musi mieć związku z aktywnością ruchową. Normą jest od 5 do 25 uderzeń serca na minutę. Serce płodu pracuje ze zmieniającą się częstotliwością uderzeń. Brak akceleracji w trakcie badania KTG trwającego 20 minut stwarza konieczność jego dalszego kontynuowania. Ocena wyniku badania wskazywała na zawężoną oscylację czynności serca płodu. Oscylacja zawężona to częstotliwość uderzeń serca poniżej 5 na minutę. Oba czynniki przedstawiały nieprawidłowy wynik badania KTG. Taki stan wymuszał dalsze monitorowanie dobrostanu płodu przez co najmniej 80 minut. Nieprawidłowy wynik badania KTG wymaga natychmiastowego podjęcia dodatkowych badań diagnostycznych, jak badanie profilu biofizycznego płodu, czy badanie dopplerowskie, polegające na ocenie przepływu

krwi w naczyniach krwionośnych płodu, zwłaszcza tętnicy środkowej mózgu, czy wykonanie testu skurczowego. U A. K. (1) czynności diagnostycznych nie przeprowadzono. W trakcie pobytu w szpitalu żaden lekarz jej nie badał.

Po zakończonym badaniu KTG, położna zabrała matkę powoda i jeszcze inną pacjentką i razem pojechały na VI piętro, na oddział położniczy pozwanego szpitala. Następnie położna kazała A. K. (1) poczekać przy oknie z uwagi na to, że inną ciężarną musiała przekazać na trak porodowy. Czas pozostawienia A. K. (1) bez opieki personelu medycznego trwało to 15-20 minut. Wracając do matki powoda, położna zauważyła B. M., która kończyła właśnie dyżur. Okazała jej wynik KTG. A. K. (1) rozmawiała chwilę ze swoim lekarzem prowadzącym. Poleciała położnej przyjęcie jej na oddział znajdujący się na VII piętrze. Następnie poleciała zjechać na izbę przyjęć by założyć historię choroby.

W tym czasie lekarzem dyżurującym na oddziale położniczym pozwanego szpitala była A. R.. Była wówczas początkującym lekarzem. Do jej zadań należało odbieranie raportów od poprzedniej zmiany, uczestniczenie w obchodzie, przyjmowanie pacjentek, konsultowanie ich na izbie przyjęć i kierowanie na właściwy oddział, uczestniczenie w sali operacyjnej, a także praca na oddziale ginekologicznym i patologii ciąży. Do zadań lekarza dyżurującego należało w tym czasie przeprowadzenie wywiadu i przeprowadzenie badań pacjentek.

B. M. i A. R. rozmawiały o przypadku matki powoda. Wówczas A. R. podjęła decyzję o przyjęciu A. K. (1) na oddział.

W tym czasie A. K. (1) w obecności położnej zjechały ponownie windą na izbę przyjęć. O godzinie 10:28 A. K. (1) została przyjęta do szpitala w trybie nagłym ze skierowaniem innym niż pomoc doraźna. Przekazano ciężarnej dokumenty i kazano pójść na Oddział znajdujący się na VII piętrze. A. K. (1) towarzyszył mąż, A. K. (3). Aby wejść na VII piętro trzeba najpierw wjechać windą na VI piętro, a następnie przejść schodami na piętro VII. Tam wskazano, że nie ma miejsc i nakazano zejść schodami na VI piętro. W punkcie pielęgniarskim odebrano od ciężarnej dokumenty. Z uwagi na brak łóżek, skierowano matkę powoda do świetlicy. A. K. (1) dwukrotnie wchodziła do dyżurki pielęgniarek z prośbą o przyjęcie. Usłyszała, że nie teraz. Interweniował również ojciec S., ale usłyszał, że teraz trwają „wypisy” i pacjentka musi czekać.

Po skończonej rozmowie z B. M., lekarz dyżurujący, A. R. podjęła decyzję o przyjęciu A. K. (1) w trybie nagłym. Następnie poszła szukać jej na izbie przyjęć, lecz tam jej już nie było. Była tam inna pacjentka, co do której istniało pilne wskazanie do przyjęcia. Zdecydowała, że ta pacjentka została przyjęta i pojechała z nią na oddział. W międzyczasie lekarz dyżurująca została wezwana przez lekarza K. do asystowania przy operacji cięcia cesarskiego. Miała dodatkowo jeszcze inną pacjentkę z problemami kardiologiczno-neurologicznymi.

Po skończonej operacji, A. R. niezwłocznie wystawiła zlecenie wykonania monitorowania badania KTG. W tym samym momencie została ponownie wezwana do sali porodowej, tym razem przez doktor J. L. z powodu zagrożenia zamartwicy u innej pacjentki.

Po interwencjach A. K. (1) i A. K. (3) pokazano pokój, w którym zaplanowano pobyt matki powoda. Otrzymała do wypełnienia kartę ruchów. Następnie podłączono ją do KTG.

Po zakończonej operacji cięcia cesarskiego, A. R. zobaczyła A. K. (1) na oddziale, na VI piętrze. Matka powoda była już w trakcie wykonywania badania KTG. Lekarz dyżurujący zleciła natychmiastowe przeniesienie jej na salę porodową celem zweryfikowania zapisu akcji serca płodu z pierwszym zapisem. Badanie KTG było wykonane o godzinie 12:43 i zakończyło się o godzinie 13:07. Jego wynik wskazywał na bradykardię płodu z nieprawidłową oscylacją czynności serca płodu. Bradykardia to częstotliwość pracy serca płodu poniżej 110 uderzeń na minutę. Prawidłowa częstotliwość to podział od 110 do 160 uderzeń na minutę. Stan taki jest wykładnikiem niedotlenienia płodu i zaleceniem do przeprowadzenia cięcia cesarskiego. Wynik drugiego badania wskazywał także na oscylację zawężającą się, około 140/min, nadto na zagrożenie wewnątrzmaciczną zamartwicę płodu. Doktor J. L. podjęła decyzję o zakończeniu ciąży cięciem cesarskim w trybie natychmiastowym. A. K. (1) została zawieziona na blok operacyjny. Po otrzymaniu znieczulenia miejscowego, które okazało się nieskuteczne, zastosowano znieczulenie ogólne. Operację przeprowadzała doktor L., zaś A. R. jej asystowała.

W dniu 5 marca 2010 r. po godzinie 13:20 urodził się powód w stanie ciężkiej zamartwicy urodzeniowej, z niewydolnością oddechową i wielonarządową, ważył 3.200 kg, a w skali A. otrzymał tylko 1 punkt. Stwierdzono pępowinę owiniętą wokół szyi dziecka oraz małą ilość gęstych zielonych wód płodowych. Był bardzo wiotki i areaktywny. Z powodu trudności w oddychaniu zastosowano resuscytację (wentylację aparatem A.), następnie podłączono wentylację nosową. Wobec występujących drgawek podano leki przeciwdrgawkowe. Podjęto próbę przetransportowania noworodka do (...)w Ł., celem wdrożenia leczenia hypotermią, jednak bezskutecznie. W drugiej dobie życie z powodu występujących bezdechów został zaintubowany. W badaniach dodatkowych zaobserwowano leukocytozę, małopłytkowość. W trzeciej dobie życia z powodu utrzymujących się drgawek podano G. w ciągłym wlewie do uzyskania poziomu terapeutycznego. Ze względu na podejrzenie uogólnionej infekcji w tym zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych zastosowano leki B. oraz P., odstawiając P.. Z powodu zaburzeń krzepnięcia podano osocze i witaminę K. Założono cewnik dopęcherzowy, rozpoznając przy tym ostrą niewydolność nerek w przebiegu niewydolności wielonarządowej, podano F.. Od trzeciej doby obserwowano stopniowy spadek miana (...) oraz (...). W czwartej dobie odstawiono G., w piątek F., w siódmej Hydrokortyzon oraz ekstubowano powoda z połączeniem do nCPAP, a następnie włączono tlenoterapię bierną. W ósmej dobie ją odstawiono. W dwunastej dobie wyjęto powoda z łóżeczka i odstawiono B.. W trzynastej dobie zalecono badanie radiologiczne. Wynik badania klatki piersiowej bez zmian. W osiemnastej dobie leczenie na podstawie posiewu krwi zamieniono B. na E.. Rozpoznano u powoda niewydolność oddechową, niewydolność wielonarządową, przemijające zaburzenie elektrolitowe, przemijające zaburzenia krzepnięcia i hipoglikemię, niewydolność nerek. Powód został wypisany do domu w 28 dobie życia tj. w dniu 2 kwietnia 2010 r. Dodatkowo u małoletniego powoda stwierdzono obniżone napięcie mięśniowe z asymetrią lewostronną wymagającą specjalnych metod rehabilitacyjnych. Małoletniego powoda diagnozowano pod kątem narządu słuchu i stwierdzono obustronny niedosłuch zmysłowo-nerwowy w stopniu umiarkowanym. Małoletni S. pozostaje pod stałą opieką lekarzy specjalistów jak laryngologa, neurologa, chirurga oraz wymaga stałej rehabilitacji. Wymaga pomocy przy wszystkich czynnościach życia codziennego.

W godzinach od 9:00 do 13:00 odbyły się w pozwanym szpitalu 4 operacje cięcia cesarskiego, łącznie z operacją matki powoda. W dniu 5 marca 2010 r. przyjęto w sumie 6 pacjentek.

Blisko 3 godzinny stan bez podjęcia działań ze strony lekarzy i personelu medycznego, pomiędzy pierwszym badaniem KTG, a drugim miał wpływ na pogorszenie stanu zdrowia dziecka i nieodwracalne uszkodzenia mózgu.

W dniu 17 czerwca 2010 r. Komisja do spraw Orzeczenia o Niepełnoprawności uznała małoletniego powoda za osobę niepełnosprawną od urodzenia z uwagi na posiadane schorzenia, w tym narządu słuchu i narządu ruchu. Orzeczenie zostało wydane do dnia 31 lipca 2019 r.

Rodzice małoletniego powoda rozwiedli się po jego urodzeniu. Mąż A. K. (1) znęcał się nad nią. Twierdził, że S. nie jest jego dzieckiem. Sam zgłosił się do pozwanego, oferując swoje zeznania w tej sprawie.

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o zeznania świadków, powódki, dowody z dokumentów oraz opinię biegłego sądowego J. P.. Sąd Okręgowy uznał opinię biegłego za miarodajny dowód w sprawie wskazując, że jest ona spójna i rzeczowa, a nadto odpowiada na wszystkie postawione biegłemu pytania. Zawiera jasne i logiczne uzasadnienie końcowych wniosków, przez co jest merytorycznie zasadna. Sąd podkreślił, że biegły w kompetentny sposób odniósł się do zgłoszonych przez strony zastrzeżeń, wyjaśniając, w jaki sposób należało postępowania z pacjentką A. K. (1) i jakie względy medyczne wymuszały na personelu pozwanego szpitala kontynuowania zapisów KTG. Podkreślił, że na rozprawie w dniu 5 maja 2017 r. żadna ze stron nie kwestionowała opinii biegłego i nie wniosła o uzupełnienie dowodu lub o dopuszczenie dowodu z innego biegłego.

Sąd nie dał wiary zeznaniom świadka A. K. (3) w zakresie dbania A. K. (1) o stan własnego i zarazem stan zdrowia dziecka, którego przyjścia na świat oczekiwała. Lekarz prowadząca jej ciążę, wskazała, że pacjentka stosowała się do wszystkich jej zaleceń. Była to trzecia ciąża A. K. (1). Jako doświadczona matka, wiedziała kiedy zachowania płodu mogą być niepokojące, a kiedy nie. Ponadto B. M. wskazała, że ciąża przebiegała prawidłowo i nie było żadnych odchyłeń od normy. Zeznania A. K. (3) o nieprawidłowościach w zachowaniu matki powoda są zdeterminowane

istniejącym konfliktem pomiędzy byłymi małżonkami. Wobec tego, że jego zeznania są w dużej mierze subiektywnymi odczuciami, Sąd pierwszej nie dał im wiary w zakresie jakim nie znalazły potwierdzenie w pozostałym materiale dowody.

W tak ustalonym stanie faktycznym, Sąd Okręgowy uznał roszczenie powoda za usprawiedliwione co do zasady. Wskazał, że podstawę prawną odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego Szpitala stanowi przepis art. 471 k.c. w zw. z art. 474 k.c. Stosunek świadczenia zdrowotnego ma bowiem charakter zobowiązaniowy w związku z instytucją obligatoryjnego ubezpieczenia zdrowotnego, z którym wiąże się m. in. obowiązek świadczenia opieki zdrowotnej. Świadczeniodawca usług z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, jako kontrahent Narodowego Funduszu Zdrowia, ponosi odpowiedzialność cywilnoprawną w razie wyrządzenia pacjentowi szkody przy udzielaniu tych usług. Do jego odpowiedzialności stosuje się zatem reżim kontraktowy, co wynika z natury i charakteru zobowiązaniowego stosunku opieki zdrowotnej między świadczeniodawcą a pacjentem. Między pacjentem korzystającym z usług samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej a tym zakładem świadczącym określoną usługę dochodzi w drodze czynności konkludentnych do zawarcia umowy. Z reguły jest to umowa o świadczenie usług, do której – zgodnie z art. 750 k.c. – stosuje się odpowiednio przepisy o zleceniu. Lekarze i inni pracownicy szpitala, którzy faktycznie wykonują zabiegi lub świadczą inny rodzaj usług, nie ponoszą kontraktowej odpowiedzialności za jego skutki w stosunku do zamawiającego, tj. pacjenta zakładu opieki zdrowotnej. Z mocy art. 474 k.c. odpowiedzialność tę ponosi wyłącznie właściciel niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej lub wyposażony w osobowość prawną samodzielny zakład opieki zdrowotnej, który zawarł z pacjentem umowę o wykonanie zabiegu leczniczego. Fakt, że lekarz przeprowadzający zabieg nie jest zatrudniony w szpitalu na podstawie umowy o pracę, ale jako przedsiębiorca świadczy swoje usługi na rzecz zakładu opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej, nie powoduje wyłączenia odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej za szkody powstałe w następstwie działania lub zaniechania tego lekarza bądź personelu medycznego. W takim wypadku zakład opieki zdrowotnej dalej pozostaje stroną umowy o świadczenie usług medycznych. Kadra medyczna jest jedynie wykonawcą świadczenia (usługi medycznej), a więc podmiotem, któremu zakład opieki zdrowotnej powierzył przeprowadzenie określonego zabiegu lub wykonanie określonej usługi medycznej. Lekarza i innych pracowników zespołu medycznego nie łączy stosunek kontraktowy z zamawiającym zabieg. Wobec pacjenta zobowiązanie, które obciąża zakład opieki zdrowotnej. Szeroko rozumiany personel medyczny to zespół ludzi, którymi zakład opieki zdrowotnej się posługuje i za których ponosi pełną odpowiedzialność jak za własne działania i zaniechania. Sąd podkreślił, że często pacjent nie wie nawet, jakie stosunki prawne łączą lekarza z zakładem opieki zdrowotnej i ma wówczas prawo sądzić, że zawiera umowę tylko z zakładem, a lekarz jest wykonawcą zobowiązań zakładu, w szczególności w sytuacji, gdy w relacjach z pacjentem występuje tylko zakład opieki zdrowotnej, np. stosując karty choroby lub leczenia szpitalnego z oznaczeniem tego właśnie zakładu.

Ponieważ odpowiedzialność placówki medycznej ma charakter kontraktowy to na niej z racji art. 471 k.c. ciąży obowiązek wykazania należytego wykonania umowy, a mianowicie, że swoje obowiązki wykonał z należyłą starannością. Umowa o świadczenie usług medycznych (za wyjątkiem prostych zabiegów dentystrycznych czy medycyny estetycznej) jest umową starannego działania, a nie rezultatu.

Sąd Okręgowy dalej zauważył, że do zawinionego błędu medycznego może dojść w wypadku winy diagnostycznej, terapeutycznej, czy wreszcie organizacyjnej w pracy placówki medycznej, przy czym z punktu widzenia odpowiedzialności cywilnej bez znaczenia jest rodzaj winy. Stwierdził, że w sprawie mamy do czynienia z winą o charakterze organizacyjnym.

Sąd wyjaśnił, że konstrukcja winy organizacyjnej obejmuje zaniedbania związane z wadliwą organizacją procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Wina organizacyjna jest winą własną zakładu leczniczego i zachodzi na skutek np. nieodpowiedniej organizacji szpitala, braku odpowiedniego personelu, niedostatecznych kwalifikacji pracowników, nieodpowiednich warunków zabiegu czy leczenia, jak też w innych przypadkach związanych z wadliwą organizacją procesu leczenia. W takim przypadku winnym danej szkody nie jest konkretna osoba (np. lekarz), ale zakład leczniczy i jego organizacja.

W związku z powyższym przesłanką odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest nie tylko staranność wykonania czynności medycznych, ale także staranność w zakresie organizacji zakładu opieki zdrowotnej. Zakład opieki zdrowotnej jest bowiem ze swej definicji zespołem osób, który działa na zasadzie podziału obowiązków i współpracy wielu podmiotów. Udzielanie świadczeń zdrowotnych powinno odbywać się na zasadzie świadczenie usług optymalnych w sposób organizacyjny niewadliwy.

W płaszczyźnie organizacji służby zdrowia najczęściej dochodzi do sytuacji, w których nie można ustalić, kto dopuścił się winy, lub jest to bardzo utrudnione, natomiast można z łatwością wykazać, że dopuszczono się zaniedbania, na skutek którego pacjent poniósł szkodę.

Obowiązkiem zakładu medycznego zarówno sprawne funkcjonowanie, właściwa organizacja, jak również świadczenie usług wysokiej jakości. Winę organizacyjną, stanowić będzie w szczególności: nieuzasadniona odmowa przyjęcia chorego do szpitala, brak odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów, zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej, zaniedbania w zakresie organizacji bezpieczeństwa, opieki nad chorym oraz zapewnienia higieny podczas jego pobytu w zakładzie leczniczym, wadliwość identyfikacji pacjenta.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej ponosi zatem odpowiedzialność za działania lub zaniechania lekarzy i zespołu medycznego, którym na podstawie umowy powierzył wykonanie zabiegu lub innej usługi medycznej.

Następnie Sąd zauważył, że pozwany szpital może ponieść odpowiedzialność zgodnie z art. 472 k.c. za niezachowanie należytej staranności. Jednocześnie przepis art. 471 k.c. przewiduje domniemanie, że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które dłużnik ponosi odpowiedzialność, a więc okoliczności powstałych najczęściej z jego winy lub niedołożenia należytej staranności przez osoby, za które ponosi on odpowiedzialność. Dla zwolnienia się zatem od odpowiedzialności dłużnik winien obalić to domniemanie przeciwdowodem, czyli poprzez wykazanie, że niewykonanie lub nienależyte wykonanie nastąpiło z przyczyn, za które nie ponosi odpowiedzialności.

Sąd stwierdził, że postępowanie szeroko rozumianego personelu medycznego pozwanego szpitala było niewłaściwe i niezgodne z zasadami wiedzy medycznej. W momencie przyjęcia do szpitala, matka powoda dysponowała skierowaniem wystawionym na 9 dni wcześniej przez B. M.. Przez całą ciążę pacjentka nie zgłaszała żadnych dolegliwości. W dniu 5 marca 2010 r. było dużo przyjęć pacjentek na oddziałach ginekologicznych. Wszystkie łóżka na jednym oddziale były zajęte, zaś na drugim dodatkowo dostawiono 4 łóżka. Ponadto w pozwanym szpitalu trwały prace remontowe jednego części budynku. Na izbie przyjęć matka powoda poinformowała położną o słabiej odczuwalnych ruchach dziecka. Została podłączona pod urządzenie pozwalające monitorować pracę serca płodu. Badanie KTG trwało zaledwie 23 minuty. Nie było przy niej żadnego lekarza, a położna z uwagi na konieczność pójścia do innej pacjentki, musiała na jakiś czas zostawić A. K. (1) samą. Następnie razem wraz z jeszcze inną pacjentką udały się na VI piętro. Przypadkowo spotkana tam lekarz B. M., obejrzała wynik badania i poleciła przyjęcie A. K. (1) do szpitala na oddział VII. Jednak aby zostać przyjętą musiała z położną udać ponownie do izby przyjęć w celu założenia karty historii choroby. Po tych czynnościach, w towarzystwie męża udała się na piętro VII. Aby się tam dostać musiała pokonując sześć pięter windą i jedno piętro schodami. Tam uzyskała informacje, że nie ma miejsc i musi iść na VI. Z kolei w punkcie pielęgniarskim oddziału ginekologicznego usytuowanego na VI piętrze, powiedziano jej, że trwają wypisy i musi czekać. Odesłano ją więc do świetlicy. W czasie, gdy matka powoda poruszała się pomiędzy izbą przyjęć, a piętrami oddziałów ginekologicznych i świetlicą, szukała jej lekarz dyżurujący, A. R.. Na izbie przyjęć matki powoda nie było. Wprawdzie została podjęta decyzja o przyjęciu matki powoda w trybie nagłym i monitorowanie stanu płodu, ale bezskutecznie. Zaś z izby przyjęć A. R. zabrała inna pacjentkę, której stan wymagał natychmiastowego podjęcia decyzji, gdyż tam matki powoda nie było.

W wyniku niewłaściwego przepływu informacji, niewłaściwej organizacji pracy oddziałów ginekologicznych z izbą przyjęć doszło do nieuzasadnionego „przerzucania” A. K. (1) z jednego miejsca do drugiego. Dowody takie jak zeznania B. M., A. R. potwierdzają „zagubienie” pacjentki na terenie pozwanego szpitala, zatem w pozwanym szpitalu niewłaściwie zaplanowano współpracę wielu osób, których spójne działania uniemożliwiłyby trzygodzinną zwłokę w przeprowadzeniu badań i podjęciu decyzji. Wina organizacyjna, polega na zaniedbaniu przez szpital ciężących

na nim obowiązków w zakresie należytej organizacji procesu leczenia oraz na wadliwym funkcjonowaniu instytucji leczniczej jako całości, które niezależnie od działań lekarza i personelu medycznego prowadzą do wyrządzenia pacjentowi szkody. W pozwanym szpitalu nie wdrożono systemu organizacji pracy na wypadek trwających prace remontowych szpitala lub jego części, ponadplanowych przyjęć pacjentek, ponadplanowych ilości operacji na oddziale ginekologicznym, co niewątpliwie utrudnia pracę i uniemożliwia zapewnieniu wykonywania pracy zgodnie ze sztuką. Nie zapewniono sprawnych rozwiązań w sytuacji niewystarczającej ilości personelu lub obciążania ich pracą. Sąd stwierdził, że zakres obowiązków A. R. polegających na uczestniczeniu w operacjach, które w tym dniu przebiegały niemalże jedna po drugiej, a nadto przyjmowaniu pacjentek, konsultowanie pacjentek na izbie przyjęć i ich badaniu, pracy na oddziale okazał się ponad możliwości jednej osoby. W szczególności, że w tym dniu oddziały ginekologiczne pracowały mając na swoich oddziałach komplet pacjentek. Na VI piętrze oddziału ginekologicznego były 30 pacjentki, zaś na VII piętrze, na oddziale patologii ciąży było pacjentek 13 (10 + 3 – blok porodowy). W sumie na obu oddziałach przebywały 43 pacjentki. Tego dnia przyjęto 6 pacjentek. Stan taki absorbował cały personel medyczny, od lekarzy, po salowe. Jednak nie było to stan nadzwyczajny, z którym szpital się spotkał pierwszy raz. Pozwany posiada najwyższy stopień referencyjności dla oddziału ginekologicznego i neonatologicznego. Jest centralnym i jedynym takim szpitalem w regionie. Swoim zasięgiem obejmuje 70% patologicznych ciąż i cięć cesarskich. Obowiązkiem zaś pozwanego szpitala jest dobranie takiej organizacji pracy, przepływu informacji, przyjmowania pacjentek aby zapewniać standardy wykonywanego zawodu przez zespół medyczny.

W kontekście wniosków opinii biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa, J. P. Sąd Okręgowy uznał, iż szpital dopuścił się niedbalstwa. Stan płodu winien być monitorowany przy pomocy urządzenia do badania KTG. Ponadto niepokojące sygnały, o których informowała personel medyczny, A. K. (1) wskazywało na poszerzenie zakresu badań diagnostycznych. Matka powoda ostatecznie została przyjęta na oddział w trybie nagłym, a więc nie było to przyjęcie planowe, wymagała niezwłocznego podjęcia dalszych działań i wyjaśnienie stanu płodu. Słabiej odczuwalne ruchy i oraz brak akceleracji i zawężająca oscylacja wymagały rzetelnie przeprowadzonej diagnostyki wobec pacjentki. Brak konkretnych działań i zarazem zgubienie pacjentki nie uzasadnia zwłoki ponad 2,5 godzinnej w pracy personelu medycznego. Każda godzina bez podjęcia diagnostyki była stracona, a proces niedotlenienia mózgu małego powoda trwał. Zaniedbania ze strony pozwanego szpitala spowodowały kalectwo. Niepodjęte, a konieczne postępowanie diagnostyczne personelu leczącego i pomocniczego było niewłaściwe i sprzeczne z zasadami wiedzy medycznej. Powód urodził się owinięty pępowiną i otrzymał tylko 1 punkt w skali A.. Zaś występowanie zielonych wód płodowych może wskazywać na oddanie smółki przez płód nawet do kilkunastu godzin przed porodem. Rozpoznano u niego zaburzenia ośrodkowego koordynacji nerwowej w stopniu ciężkim, ostrą niewydolność nerek po przebytej ostrej niewydolności wielonarządowej, niedowład obustronny, a także obustronny zmysłowo-rdzeniowy niedosłuch w stopniu umiarkowanym, dziecięce porażenie mózgowie oraz epilepsję z napadami ogniskowymi ruchowymi prawostronnymi z zaburzeniami świadomości, wadę wzroku, refluks żołądkowo-przełykowy. Nadto rozpoznane u niego zostało ciężkie okołoporodowe uszkodzenie układu nerwowo – encefalopatia niedotleniowo-niedokrwienne. Został uznany za osobę niepełnosprawną od urodzenia. Wymaga stałego współdziałania osób trzecich w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Wobec powyższego, Sąd stwierdził, że w sposób nie budzący wątpliwości zostały wykazane zaniedbania organizacyjne pozwanego szpitala, co determinowało kolejne błędy załogi medycznej w zakresie postępowania diagnostycznego wobec A. K. (1).

Mając na uwadze charakter niniejszej sprawy, Sąd Okręgowy w oparciu o art. 318 § 1 k.c. wydał wyrok wstępny, w którym orzekł o zasadzie wytoczonego powództwa. Wskazał, że ustalenie wysokości żądań zostanie rozpoznane po przeprowadzeniu czasochłonnego i kosztownego postępowania dowodowego.

Apelację od powyższego wyroku wniósł pozwany zarzucając:

1) naruszenie prawa materialnego:

- art. 415 k.c. poprzez błędne przyjęcie, że pozwany jest odpowiedzialny za powstanie u powoda szkody w postaci kalectwa polegającego na rozpoznaniu zaburzenia koordynacji nerwowej w stopniu ciężkim, ostrej niewydolności nerek po przebytej ostrej niewydolności wielonarządowej, niedowładzie obustronnym, a także obustronny zmysłowo – rdzeniowy niedosłuch w stopniu umiarkowanym dziecięce porażenie mózgowie oraz epilepsję z napadami ogniskowymi ruchowymi prawostronnymi z zaburzeniami świadomości, wadę wzorku, refluks żołądkowo – przełykowy, a nadto ciężkie okołoporodowe uszkodzenie układu nerwowego – encefalopatię niedotleniowo – niedokrwienną,

- art. 361 § 1 k.c. poprzez uznanie, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy zwłoką, która wystąpiła w szpitalu, a powstałą szkodą w postaci kalectwa, tj. zwłoką 2,5 godz. w prowadzeniu diagnostyki a kalectwem, gdy pozwany wskazał, że proces niedotlenienia trwał co najmniej od 48 godziny, a występowanie zielonych wód płodowych może wskazywać na oddalenie smółki przez płód nawet do kilkunastu godzin przez porodem, co świadczy o przewlekłym niedotlenieniu, ponadto nierozważenie zapisów zawartych w historii choroby, że kalectwo powoda może wynikać z wad genetycznych (gestoza w I ciąży, brat wodogłowie wrodzone) oraz pozostających z nimi w związku fragmentów opinii biegłego, który jako jedną z przyczyn zmniejszenie aktywności ruchowej płodu wskazywał obecność wad rozwojowych płodu,

- art. 362 k.c. poprzez jego niezastosowanie i przyjęcie, że zachowanie matki poszkodowanego podczas ciąży, a zwłaszcza w 38 tygodniu ciąży nie budziło zastrzeżeń ze względu na fakt, iż matka była doświadczoną matką (trzecia ciąża), gdy pozwany wskazał, że odczuwanie zmniejszonych ruchów płodu co najmniej 48 h przed przyjęciem w szpitalu oraz brak diagnostyki pomiędzy 28 lutym 2010r., ewentualnie 1,2 marca 2010 r., a 5 marca 2010 r. pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym z powstałą u małoletniego szkodą,

2) naruszenie prawa procesowego, które miało istotny wpływ na treść zaskarżonego wyroku

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez:

- przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, polegające na braku wszechstronnego i zgodnego z doświadczeniem życiowym rozważeniu materiału dowodowego, a w szczególności nieuwzględnienie zeznań świadka A. K. (3) w świetle zeznań złożonych przez przedstawiciela ustawowego powoda,

- przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów polegające na pominięciu w rozważaniach Sądu I instancji tych fragmentów opinii biegłego, z których jednoznacznie wynika, że uszkodzenie mózgu w następstwie niedotlenienia zależy od wielu czynników, a stopień uszkodzenia mózgu ma związek z czasem trwania procesu niedotlenienia i że nie jest możliwe stwierdzenie z całą pewnością, że wcześniejsze zakończenie ciąży uchroniłoby lub nie uchroniłoby S. K. (2) przed następstwem niedotlenienia – kalectwem, szkodą oraz stwierdzenia biegłego, że możliwe, że stan ten (niedotlenienie płodu) trwał dłużej niż dwa dni, pominięciu części opinii, w której biegły wskazuje, że znaczne zmniejszenie aktywności ruchowej płodu jest ważnym klinicznie objawem wskazującym na możliwość niedotlenienia płodu, poprzedzającym wewnątrzmaciczne obumarcie płodu,

- art. 328 § k.p.c. poprzez:

- niedostateczne uzasadnienie dlaczego Sąd I instancji niektórym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej, a w szczególności zeznaniom świadka A. K. (3), zwłaszcza w świetle ustalonego i przyjętego przez Sąd stanu faktycznego oraz ich zbieżności z innymi dowodami, w tym zeznaniami świadków, przedstawiciela ustawowego powoda A. K. (1),

- brak odniesienia się przez Sąd I instancji w uzasadnieniu do opinii biegłego w części wskazującej na czynniki niedotlenienia a stopień uszkodzenia mózgu oraz pominięcie opinii biegłego odnoszącej się do klinicznego objawu zmniejszenia aktywności ruchowej płodu i jego znaczenia dla płodu.

Wskazując na powyższe apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa oraz o zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych. Ewentualnie domagał się uchylenia wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu przy uwzględnieniu kosztów postępowania apelacyjnego.

Apelujący wnioskował też o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z genetyki klinicznej na okoliczność przyczyn nieodtlenienia i jego skutków dla powoda oraz związku przyczynowego pomiędzy 2,5 godzinną zwłoką w prowadzeniu diagnostyki przez pozwanego, a stanem zdrowotnym powoda.

Powód wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje:

Apelacja okazała się niezasadna.

W przedmiotowej sprawie zachodziła potrzeba uzupełnienia postępowania dowodowego, jednakże nie o opinię biegłego z zakresu genetyki klinicznej, jak wnioskowano w apelacji, a o opinię Instytutu (...) w W..

Apelacja w żaden sposób nie wyjaśniła związku pomiędzy specjalizacją biegłego (genetyka kliniczna), a wskazywaną tezą dowodową opinii. W toku postępowania przed Sądem pierwszej instancji pozwany nie powoływał się na potrzebę zasięgnięcia opinii biegłego o takiej specjalizacji, zaś w apelacji nie umotywowano w sposób odpowiedni do art. 381 k.p.c. potrzeby zasięgnięcia takiej opinii. Za takie wyjaśnienie nie można uznać twierdzeń apelacji, iż pozwany pozostawał w przekonaniu o braku dowodów pozwalających na przypisanie mu winy. Wskazać trzeba, że niemożność skorzystania w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji z określonych okoliczności faktycznych lub środków dowodowych nie ma miejsca, gdy istniała obiektywna możliwość powołania ich w tym postępowaniu, a tylko na skutek opieszałości, zaniedbań, zapomnienia lub błędnej oceny potrzeby ich powołania strona tego nie uczyniła (wyrok SA w Poznaniu z dnia 22 listopada 2018 r., Lex nr 2622180).

W konsekwencji sformułowany wniosek dowodowy został oddalony przez Sąd Apelacyjny, zaś strona pozwana, reprezentowana w sprawie przez fachowego pełnomocnika, nie złożyła do tego postanowienia zastrzeżeń.

Zapoznając się z materiałem sprawy sąd odwoławczy doszedł do wniosku, że zachodzi potrzeba uzupełnienia postępowania dowodowego, celem rozwiania wątpliwości co do istnienia związku przyczynowego pomiędzy zaniechaniem pozwanego a szkodą jakiej doznał powód. W tym celu sąd zobowiązał Instytut do ustalenia jaki byłby stan powoda, gdyby doszło do zakończenia ciąży poprzez cesarskie cięcie bezpośrednio po pierwszym badaniu KTG przeprowadzonym w godz. 9.43-10.06 w dniu 5 marca 2010 r., jak też sprecyzowania znaczenia upływu czasu pomiędzy pierwszym a drugim badaniem KTG w kontekście stanu, w jakim urodził się powód. Zdaniem Sądu Apelacyjnego odpowiednim i wymaganym dowodem w tej sprawie był dowód z opinii(...) w W.. Wobec tego postanowieniem z dnia 24 stycznia 2018 r. Sąd dopuścił ten dowód z urzędu (k. 1088).

Z opinii Instytutu wynika, że obraz kliniczny stanu pourazowego noworodka i ewolucja tego stanu w okresie adaptacji do samodzielnego życia świadczą o przebytych przedurodzeniowo (wewnątrzmacicznie) niedokrwieniu i niedotlenieniu. Świadczy o tym ocena punktowa w skali A. (1-3-4-7), konieczność resuscytacji, stan głębokiej kwasicy metabolicznej z pH 6,77 i niedoborem zasad 16,5, niewydolność oddechową wymagającą wsparcia oddechowego początkowo wentylacją nosową, a w okresie 2-6 doba pełnej wentylacji mechanicznej po zaintubowaniu i następnie ponownie wsparcia oddechu metodą nCPAP, zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego w postaci wczesnych drgawek w drugiej dobie życia i stanu nieprzytomności w trzeciej dobie życia, niewydolność nerek z oligurią i krwiomoczem, niewydolność przewodu pokarmowego w postaci niedrożności porażennej, zaburzenia metaboliczne w postaci hipoglikemii.

Powyższe objawy świadczyły o niewydolności wielonarządowej i wymagały standardowego różnicowania z wrodzoną infekcją lub wrodzoną chorobą metaboliczną. W wyniku przeprowadzonej diagnostyki laboratoryjnej, w tym dwukrotnego badania płynu mózgowo – rdzeniowego w dniach 9 i 19 marca 2010 r. wykluczono zakażenie

wewnątrzmaciczne i wrodzony defekt metaboliczny. Rozpoznanie encefalopatii niedokrwienno – niedotlenieniowej dodatkowo uzasadniały nieprawidłowości, do jakich doszło przed urodzeniem chłopca: wątpliwy zapis KTG z godziny 9.45 i nieprawidłowy zapis z godz. 13.00 oraz zielone zabarwienie płynu owodniowego. Z opinii wynika, że przyczyny niedotlenienia płodu nie są jasne, lecz wywiad matki nie wskazuje na istnienie zagrożeń w przebiegu ciąży i z jej strony. Ewentualna patologia krwotoczna też nie znajduje potwierdzenia w obrazie klinicznym, bo w przypadku przedwczesnego odklejenia łożyska najprawdopodobniej wystąpiłoby krwawienie, a w przypadku przetoczenia płodowo – matczynego stwierdzonoby niedokrwistość u noworodka, której jednak nie miał. Brak czynności skurczowej macicy przemawia przeciwko możliwości zaistnienia konfliktu pępowinowego jako przyczyny niedotlenienia płodu. Najbardziej prawdopodobną przyczyną wydają się być przedwczesne zmiany w łożysku, ale brak na ten temat danych w dokumentacji medycznej matki. Jedyna wzmianka na temat łożyska pochodzi z opisu operacji i jest to „ręczne wydobycie łożyska w całości”.

Opinia wskazuje, że brak jest narzędzi do monitorowania stanu płodu innych niż KTG i USG. Nie ma możliwości bezpośredniego zbadania czynności (...) płodu, ani ciągłego śledzenia jego sytuacji biochemicznej. Nie można zatem określić, kiedy sytuacja wewnątrzmaciczna płodu uległa pogorszeniu i czy wcześniejsze o trzy godziny wykonanie cięcia cesarskiego skutkowałoby brakiem zamartwicy urodzeniowej. Według opinii nie wiadomo jaka była przyczyna niedotlenienia i nie wiadomo czy niedotlenienie miało ostry czy przewlekły charakter. Nie wiadomo, kiedy dokładnie zapis KTG się pogorszył, zaś zielone zabarwienie płynu owodniowego występuje stosunkowo często i nie jest pewnym objawem wskazującym na niedotlenienie wewnątrzmaciczne. Brak zachyłstowego zapalenia płuc może świadczyć o przewlekłym niedotlenieniu, a nie o ostrym incydencie (k.1153-1157).

W opinii uzupełniającej złożonej w odpowiedzi na zastrzeżenia strony powodowej, Instytut zgodził się wprost z opinią biegłego J. P., iż pierwsze badanie KTG nie spełniało norm i nie było miarodajne. Wskazano też, że długość czasu trwania niedotlenienia wewnątrzmacicznego ma duże znaczenia dla stanu dziecka i zależność jest następująca: im dłużej trwa niedotlenienie, tym większe są zmiany niedokrwienno – niedotlenieniowe w mózgu płodu/novorodka. W opinii tej wskazano, że interpretacja zapisów KTG i porównań między zapisami należy do położników, a neonatolog nie ma takich uprawnień (k.1175).

Sąd Apelacyjny podzielił opinię Instytutu w całości. Uwzględniając takie kryteria jak: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego stanowiska, stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, należy stwierdzić, że opinia była miarodajna.

Opinia powyższa nie dała podstaw do zmiany ustaleń faktycznych Sądu Okręgowego. Ustalenia te należy zatem ocenić jako prawidłowe i zasługujące na podzielenie.

Całkowicie bezpodstawny jest zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. Zarzut naruszenia tego przepisu może być usprawiedliwiony tylko w tych wyjątkowych okolicznościach, w których treść uzasadnienia orzeczenia sądu całkowicie uniemożliwia dokonanie oceny toku wyводу, który doprowadził do wydania orzeczenia lub w przypadku zastosowania prawa materialnego do niedostatecznie jasno ustalonego stanu faktycznego (por.m.in.: wyrok SN z dnia 2 marca 2011 r., II PK 202/10, Lex nr 817516; wyroku SN z dnia 7 stycznia 2010 r., II UK 148/09, Lex nr 577847).

Uzasadnienie zaskarżonego wyroku zawiera szczegółowe ustalenia faktyczne, ocenę dowodów i rozważania pozwalające odtworzyć tok rozumowania Sądu Okręgowego. Tym samym odpowiada ono prawu. W ramach tego zarzutu w profesjonalnej apelacji podnosi się „niedostateczne uzasadnienie” dlaczego Sąd pierwszej instancji odmówił niektórym dowodom wiarygodności i mocy dowodowej, a w szczególności zeznaniom świadka A. K. (3). „Niedostateczne uzasadnienie” już tylko z samego z założenia nie może stanowić o naruszeniu wskazanego przepisu.

Sąd Okręgowy dokonał oceny zebranego materiału dowodowego bez naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Podkreślenia wymaga, że dla skuteczności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. nie wystarcza stwierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, które w przekonaniu skarżącego nie odpowiadają rzeczywistości. Konieczne jest tu wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie sądu w tym zakresie. W szczególności skarżący powinien wskazać, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej

lub niesłusznie im je przyznając. Zasadą orzekania jest bowiem zachowanie samodzielności i niezależności sądu w ustaleniu i wyciągnięciu wniosków istotnych z punktu widzenia prawa materialnego, a tej Sąd Okręgowy nie przekroczył. Wyjątkowo wnikliwie i szczegółowo ustalił bowiem stan faktyczny, a także omówił dowody i wnioski wypływające z opinii biegłego. Skuteczne podniesienie zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wskazania jaki konkretnie dowód został oceniony przez Sąd wadliwie w rozumieniu zasady swobodnej oceny dowodów, tj. pod kątem jego wiarygodności i mocy dowodowej w czym wadliwość tej oceny się wyraża i jaki wywarł wpływ na wynik sprawy.

Pozwany szpital odwoływał się do zeznań świadka A. K. (3) i negował ich ocenę, tymczasem ocena ta jest prawidłowa. Okoliczności podawane przez świadka w świetle konfliktu z matką małoletniego powoda, faktu zęciana się nad nią i zupełnie nietypowego faktu zgłoszenia się przez świadka do pozwanego z własnej inicjatywy, mogły wzbudzić wątpliwości Sądu Okręgowego co do ich wiarygodności i miał on prawo do dokonania oceny jego zeznań w sposób zaprezentowany w motywach wyroku. Sąd ma bowiem prawo oceniać wiarygodność i moc dowodów zebranych w postępowaniu według własnego przekonania, jednak zawsze na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego, a takie rozważania w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku zostały zawarte.

Trzeba jednak wskazać, że apelacja do tych zeznań przywiązuje nadmierne znaczenie, gdyż w tej sprawie zostało zgromadzonych szereg dowodów o charakterze obiektywnym w postaci dokumentacji medycznej, dowodu z opinii biegłego, a także dowodu z opinii Instytutu. Tylko w oparciu o odosobnione zeznania świadka (byłego męża powódki i skonfliktowanego z nią), pozostające w opozycji do nie tylko do zeznań A. K. (1), ale też i dokumentacji medycznej, sporządzonej w czasie przyjęcia do szpitala, kiedy A. K. (1) nie mogła ona przewidzieć dalszych okoliczności dotyczących jej ciąży i nie miała powodów do zatajania czegokolwiek, nie da się poczynić takich ustaleń, do jakich dąży apelacja tj. że A. K. (1) dużo wcześniej, niż podawane w wywiadzie przy przyjęciu do pozwanego Szpitala 2 dni, odczuwała słabe ruchy płodu. Nie da się też w oparciu o zeznania świadka zanegować wniosków opinii biegłego sądowego J. P. wskazujących na zaniedbania ze strony pozwanego. Trzeba przypomnieć, że Sąd nie może w miejsce fachowych poglądów biegłego formułować wniosków pozostających do nich w opozycji w oparciu o takie dowody jak zeznania świadków, stron, dokumenty (etc.). Inna jest rola świadka, który powinien dostarczyć sądowi informacji o znanych mu faktach, inna zaś rola biegłego, który na podstawie tych informacji oraz innych dowodów zgromadzonych w postępowaniu formułuje wnioski w kwestiach poddanych mu do oceny przez sąd, poprzez pryzmat posiadanych wiadomości specjalnych. Jest wręcz oczywiste, że na podstawie zeznań świadka (i to ocenionych jako niewiarygodne), nie można czynić prawidłowych ustaleń w zakresie przyczyny szkody powoda.

Można natomiast stwierdzić, że apelacja w swoim uzasadnieniu snuje niczym niepoparte insynuacje, bo tak właśnie należy ocenić próbę zdyskredytowania dokumentacji z momentu przyjęcia matki małoletniego do szpitala, czy też dywagacje na temat genetyki, jako przyczyny stanu zdrowia urodzonego dziecka. Sąd Apelacyjny stwierdza, że poleganie na teoretycznych przyczynach tego stanu z odwołaniem się jedynie do pierwszej ciąży powódki, która miała miejsce aż w 1994 r. i wodogłowia u brata powódki, nie jest nawet w najmniejszym stopniu wystarczające do zanegowania wniosków opinii biegłego sądowego. Zawarte w apelacji twierdzenie o genetycznych przyczynach stanu zdrowia dziecka jest w sposób jaskrawy oderwany od materiału dowodowego sprawy. Jest sprzeczne z opinią Instytutu, w której jest mowa o tym, że wywiad ze strony matki nie wskazuje na istnienie zagrożeń w przebiegu ciąży z jej strony.

Opinia Instytutu, w powiązaniu ze sporządzaną w toku postępowania przed Sądem Okręgowym, opinią biegłego J. P. daje obraz stanu powoda po jego urodzeniu i pozwala na możliwie najpełniejsze zrozumienie jego przyczyn. Opinia Instytutu potwierdza wątpliwy pierwszy zapis KTG i wyklucza zakażenie wewnątrzmaciczne i wrodzony defekt metaboliczny jako przyczynę niedotlenienia płodu, wskazuje na brak danych w dokumentacji pozwalających na stwierdzenie przedwczesnych zmian w łożysku, jak i na istnienie jakichkolwiek zagrożeń w przebiegu ciąży ze strony matki, wskazuje też na brak patologii krwotocznej (brak krwawienia, które ma miejsce w przypadku przedwczesnego odklejenia łożyska) i na brak podstaw do przyjęcia konfliktu pępowinowego. Opinia potwierdza natomiast istnienie niekorzystnej dla płodu/novorodka zależności między czasem trwania niedotlenienia a zmianami niedokrwienno – niedotlenionowymi, jak i potwierdza nieprawidłowy wynik pierwszego badania KTG.

Odwołując się do opinii biegłego J. P. przypomnieć trzeba, że pierwsze badanie KTG wskazywało na stan zagrożenia płodu i wobec tego należało podjąć dalszą diagnostykę. Nie można wykluczyć, że proces niedotlenienia rozpoczął się wcześniej, jednak brak jest na to badań, a istnieją tylko słowa matki o słabszych ruchach płodu. Zdaniem biegłego nie da się ze stuprocentową pewnością stwierdzić, jaki byłby stan dziecka gdyby ciążę zakończono już około godziny 10.00, jednak według biegłego bardziej prawdopodobne jest to, że brak działań ze strony szpitala pogorszył stan zdrowia płodu. Biegły podkreślił, że matka powoda wykazywała troskę o przebieg ciąży, zgłosiła się do szpitala, bo była zaniepokojona i była to prawidłowa reakcja, gdyż sygnalizowanie zmniejszenia ruchów płodu zawsze wymaga diagnostyki (opinia ustna biegłego złożona w drodze wideokonferencji, znaczniki czasowe: 00:29:24, 00:34:06, 00:55:23, 01:04:03, płyta CD k. 988, protokół (...) v.- 986 v.)

Opinia główna tego biegłego wskazuje na nieprawidłowy wynik KTG w czasie pierwszego badania – brak akceleracji czynności serca płodu oraz zawężoną oscylację czynności serca płodu (podobne wnioski zawiera opinia Instytutu). Kluczowymi elementami postępowania wobec ciężarnej zgłaszającej zredukowanie aktywności ruchowej płodu jest wykonanie badania KTG oraz USG, w przypadku podejrzanego wyniku zaleca się poszerzenia diagnozy o profil biofizyczny, ocenę przepływu krwi metodą dopplerowską w naczyniach płodu i test skurczowy. Biegły sądowy stwierdził, że wykonanie cesarskiego cięcia wobec drugiego badania KTG było prawidłowe, gdyż głęboka bradykardia płodu przebiegająca z minimalną zmiennością czynności serca jest traktowana jako wykładnik niedotlenienia płodu. Z jego opinii wynika jednoznacznie, że postępowanie personelu leczącego i pomocniczego wobec ciężarnej A. K. (1) było niewłaściwe i niezgodne z zasadami wiedzy medycznej, a zasadniczą nieprawidłowością była niewłaściwa interpretacja wyniku badania KTG wykonanego pomiędzy 9.43 a 10.06 i odstępianie od dalszych czynności diagnostycznych w sytuacji, gdy obraz kliniczny ciąży oraz obserwowany zapis nie pozwalały na wykluczenie stanu zagrożenia płodu. Istniało wówczas podejrzenie rozwoju procesu niedotlenienia (k.912-919). Jednocześnie biegły nie stwierdził, aby już wówczas istniała potrzeba zakończenia ciąży poprzez cesarskie cięcie. Według opinii uzupełniającej można przyjąć z dość dużym prawdopodobieństwem, że blisko trzygodzinny okres pomiędzy pierwszym, a kolejnym badaniem KTG mógł mieć wpływ na pogorszenie stanu zdrowia dziecka i nieodwracalność uszkodzeń mózgu. Co istotne, stwierdzenie takie jest bardziej prawdopodobne niż to, że czas w którym nie podejmowano żadnych działań diagnostycznych ani terapeutycznych (zakończenie ciąży cesarskim cięciem) pozostawał bez żadnego wpływu na stan dziecka i nieodwracalność zmian.

Prawidłowo Sąd pierwszej instancji opinię biegłego J. P. ocenił jako miarodajny dowód w sprawie i uczynił podstawą swych ustaleń. Opinia ta jest bowiem dokładna, logiczna, dobrze umotywowana i przekonująca. Wskazuje ona na nieprawidłowości ze strony szpitala względem matki małoletniego i niezgodność jego postępowania z zasadami wiedzy medycznej, jak też potwierdza adekwatny związek przyczynowy między zaniedbaniem personelu względem A. K. (1) a stanem dziecka, gdyż wskazuje na istnienie dużego prawdopodobieństwa między tym zaniedbaniem, a stanem urodzonego dziecka. Apelacja do tej opinii odwołuje się natomiast w sposób wybiórczy, prezentując jedyne wyrwane z kontekstu jej fragmenty.

Biorąc pod uwagę, że w tzw. procesach medycznych wykazywanie przez powoda wszystkich etapów związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem wskazywanym jako sprawcze, a szkodą może być nader utrudnione, a nawet niemożliwe, orzecznictwo dopuściło tzw. dowód prima facie oparty na konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.), które wymagają wykazania wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je jako oczywiste. Związek przyczynowy między zachowaniem pozwanego, a szkodą w postaci pogorszenia stanu zdrowia pacjenta nie musi być ustalony w sposób pewny, wystarczy wysoki stopień prawdopodobieństwa istnienia takiego związku, a w przypadku wielości możliwych przyczyn - przeważające prawdopodobieństwo związku przyczynowego szkody z jedną z tych przyczyn (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 5 lipca 1967 r., I PR 74/67, OSN z 1968 r. Nr 2, poz. 26; z dnia 7 czerwca 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA z 1969 r., nr 7 - 8, poz. 155; z dnia 13 czerwca 2000 r., V CKN 34/00, niepubl., z dnia 17 maja 2007 r.; III CSK 429/06, niepubl.; z dnia 2 czerwca 2010 r., III CSK 245/09, niepubl.). Wskazany dowód jest dowodem pośrednim, który nie zmienia rozkładu ciężaru dowodu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 lutego 2014 r., V CSK 140/13, niepubl.).

W przedmiotowej sprawie, została natomiast ustalona skonkretyzowana przyczyna leżąca po stronie pozwanego, która pozostaje w dostatecznie wysokim stopniu prawdopodobieństwa w związku przyczynowym ze szkodą doznaną przez małoletniego powoda. Przyczynę tę stanowiła nieprawidłowa interpretacja pierwszego wyniku badania kardiologicznego, zaniechanie dalszej diagnostyki i pozostawienie pacjentki samej sobie przez okres około 2,5 godziny. Do takiej sytuacji doszło na skutek wadliwej organizacji pracy szpitala i braku należytego przepływu informacji między personelem.

W konsekwencji, chybiony jest zarzut naruszenia art. 361 § 1 k.c. Adekwatny związek przyczynowy został w tej sprawie wykazany w należyty sposób. Do przyjęcia istnienia tego związku, nie jest konieczne ustalenie, że każdorazowemu zaistnieniu danej przyczyny towarzyszy badany skutek (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 lutego 2006 r., III CSK 135/05, LEX nr 201033). Nie jest też konieczne stwierdzenie, że jest to skutek typowy, zazwyczaj występujący. Wystarczy stwierdzenie, że zwiększa się prawdopodobieństwo jego wystąpienia. W konkretnych okolicznościach nawet wysoce prawdopodobny skutek nie musi wystąpić, będzie jednak normalnym następstwem, jeżeli zaistnieje. Także stosunkowo rzadko występujące następstwo może zostać uznane za normalne.

Zarzucone naruszenie art. 361 § 1 k.c. nie miało zatem miejsca.

Przesłanki odpowiedzialności pozwanego szpitala zostały zatem wykazane, co czyni niezasadnym zarzut naruszenia art. 415 k.c.

Jeśli chodzi o zarzut naruszenia art. 362 k.c., to należy wskazać, że zaskarżony wyrok dotyczy odpowiedzialności pozwanego co do zasady, a zakres obowiązku odszkodowawczego będzie dopiero podlegał badaniu w dalszym toku sprawy. Tym niemniej stwierdzić należy, że apelacja także w tym zakresie prezentuje swoje własne tezy z pominięciem materiału dowodowego.

W wyroku z dnia 25 lutego 2015 r., Sąd Najwyższy wskazał, że przyczynieniem się poszkodowanego w rozumieniu art. 362 k.c. jest każde zachowanie, któremu można przypisać cechy nieprawidłowości (naganności) pozostające w normalnym związku z przyczynowym ze szkodą, za którą ponosi odpowiedzialność inna osoba (IV CSK 297/14, Lex nr 1663826). W przedmiotowej sprawie obecny materiał nie pozwala na przypisanie matce małoletniego powoda nieprawidłowego zachowania. Nie ma dowodów na to, aby A. K. (1) postępowała wbrew zaleceniom lekarskim i aby podejmowała szkodliwe działania dla dobrostanu płodu, czy też aby nie reagowała należyście na przebieg ciąży. W swej opinii biegły sądowy J. P. jej zachowanie ocenił jako należyte, wskazał na troskę o ciążę i na prawidłowe zgłoszenie się na oddział w sytuacji odczuwania zmniejszonych ruchów płodu. Strona pozwana tego wniosku opinii nie negowała, a dopiero w apelacji poszukuje innych, aniżeli własne zaniedbania, przyczyn szkody powoda. Wypada powtórzyć, że także w opinii Instytutu wskazano, że wywiad matki nie wskazuje na istnienie zagrożeń w przebiegu ciąży z jej strony. Strona pozwana nie złożyła do tej opinii zastrzeżeń.

Wobec powyższych rozważań wnioski apelacji nie mogły być uwzględnione.

Przesłanki odpowiedzialności pozwanego co do zasady zostały spełnione, a to nakazywało oddalenie apelacji na mocy art. 385 k.p.c.

Sąd Apelacyjny nie orzekał o kosztach postępowania odwoławczego, gdyż wyrok wstępny nie kończy postępowania w sprawie w danej instancji w rozumieniu art. 108 § 1 k.p.c.

(...)