

**Sygn. akt: I C 662/13**

## WYROK WSTĘPNY W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 maja 2017 r.

**Sąd Okręgowy w Olsztynie I Wydział Cywilny**

w składzie następującym: Przewodniczący SSO Juliusz Ciejek

Protokolant: sekr. sądowy Aleksandra Bogusz-Dobrowolska

po rozpoznaniu w dniu 5 maja 2017 r. w Olsztynie

sprawy z powództwa **S. K.**

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

**o zapłatę, rentę i ustalenie**

uznaje roszczenia powoda za usprawiedliwione co do zasady.

**Sygn. akt I C 662/13**

## UZASADNIENIE

Małoletni powód S. K., reprezentowany przez matkę A. K. (1) złożył pozew przeciwko (...) Szpitalowi (...) 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 pozbawienie 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.

Uzasadniając stanowisko w sprawie, przedstawicielka ustawowa małoletniego powoda wskazała, że w dniu (...)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 reakcje 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 (k. 3-20).

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

Argumentując swoje stanowisko wskazał, że przyczyną zamartwicy S. K. było przewlekłe niedotlenienie płodu trwające co najmniej dwie doby przed przyjęciem do szpitala. Wykonanie cięcia cesarskiego nawet bezpośredni 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 (k. 122-127).

Na rozprawie w dniu 14 lutego 2014 r. pełnomocnik powoda sprecyzował żądanie w zakresie zasądzenia renty, w ten sposób, że wniósł 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 (k. 344-353 i 354).

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

Matka powoda, A. K. (1) w 2010 r. była w trzeciej ciąży. Oczekiwała narodzin małoletniego powoda, S. K.. Ciąża przebiegała prawidłowo, bez większych odchyłeń, nie była to ciąża zagrożona. Jej lekarzem prowadzącym była B. M. (1), 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. (1) 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. (1) zapewniła ją, że mniejsza ruchliwość dziecka jest normalna. Innych niepokojących sygnałów nie było, dlatego lekarz zaproponowała pozostanie w domu.

(dowód: skierowanie k. 33świadka A. K. (2) k. 425, świadka D. B. k. 376v, świadka B. M. (1) k. 375, zeznania A. K. (1) k. 839v, świadek A. R. k. 375v-376)

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 kardiologicznego (KTG) A. K. (3).

(dowód: zeznania świadka D. B. k. 376 v, świadka I. M. k. 424).

Tego dnia matka małoletniego powoda, będąc w 38 tygodniu ciąży zgłosiła się na izbę przyjęć do (...) Szpitala (...) 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 było 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.

(dowód: zeznania świadka A. R. k. 376v, świadka D. B. k. 377, zeznana A. K. (1) k. 839-841, niezaprzeczone, a nadto dowód: k. 744 )

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 charakteryzowało się takimi parametrami czynności serca płodu jak:

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

Akceleracja to krótkotrwałe przyśpieszenie 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 dopplerowskiego 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.

(dowód: opinia biegłego J. P. k.912-919, zeznania świadka B. M. (1) k. 375, ustna uzupełniająca opinia biegłego J. P. k. 985v)

Po zakończonym badaniu KTG, położna zabrała matkę powoda i jeszcze inną pacjentkę 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. (1), 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.

(dowód: zeznania świadka D. B. k. 377, zeznania świadka B. M. (2) k. 375)

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.

(dowód: zeznania świadka A. R. k. 376-376v)

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

(dowód: zeznania świadka A. R. k. 376, świadka B. M. (2) k. 375, zeznania świadka D. B. 377)

W tym czasie A. K. (1) w obecności położnej zjechały ponownie windą na izbę przyjęć. Matka powód została przyjęta do szpitala w trybie nagłym ze skierowaniem innym niż pomoc doraźna. 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. (2). 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. (1), lekarz dyżurujący, A. R. podjęła decyzję o przyjęciu A. K. (1) w trybie nagłym. Następnie poszła szukać 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. (2) 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 zlecił 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 zawieszona na blok operacyjny. Po otrzymaniu znieczulenia miejscowego, które okazało się nieskuteczne, zastosowano znieczulenie ogólne. Operację przeprowadzała doktor L., zaś A. R. jej asystowała.

(dowód: zeznania świadka D. B. k. 376v-377, świadka B. M. (1) k. 375, świadka A. R. k. 375v-376, dowód: zeznania świadka J. L. k. 373v-374, zeznania świadka A. K. (2) k. 425, zeznania powódki k. 839v-841, z opinii biegłego J. P. k.

913, ustnej uzupełniającej opinii biegłego J. P. k. 985v, zeznania świadka J. L. k. 373v-374, historia choroby k. 274, k. 276-283, 284-285, 286, zeznania świadka A. C. k. 380, protokół cięcia cesarskiego k. 578, zeznania A. K. (1) k. 840v, historia choroby k. 36-37)

W dniu 5 marca 2010 r. po godzinie 13:20 urodził się powód w stanie ciężkiej zamartwicy urodzeniowej, niewydolnością oddechową i wielonarządową, ważył 3.200 kg, a w skali Apgar 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 Ambu), następnie podłączono wentylację nosową. Wobec występujących drgawek podano leki przeciwdrgawkowe. Podjęto próbę przetransportowania noworodka do Instytutu Centrum (...) w Ł., celem wdrożenia leczenia hypotermią, jednak bezskutecznie. W drugiej dobie życia z powodu występujących bezdechów został zaintubowany. W badaniach dodatkowych zaobserwowano leukocytozę, małopłytkowość. W trzeciej dobie życia z powodu utrzymujących się drgawek podano Gardenal w ciągłym wlewie do uzyskania poziomu terapeutycznego. Ze względu na podejrzenie uogólnionej infekcji w tym zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych zastosowano leki Biotaksym oraz Pentaglobinę, odstawiając Pipryl. Z powodu zaburzeń krzepnięcia podano osocze i witaminę K. Założono cewnik dopęcherzowy, rozpoznając przy tym ostrą niewydolność nerek w przebiegu niewydolności wielonarządowej, podano Furosemid. Od trzeciej doby obserwowano stopniowy spadek miana CRP oraz PCT. W czwartej dobie odstawiono Gardenal, w piątek Furosemid, 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 Biotaksym. W trzynastej dobie zalecono badanie radiologiczne. Wynik badania klatki piersiowej bez zmian. W osiemnastej dobie leczenie na podstawie posiewu krwi zamieniono Biofuroksym na Edicin. 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. W małoletniego powoda zdiagnozowano 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.

(dowód: karta wypisu ze szpitala k. 45, k. 149-150, k. 155, zaświadczenie z dnia 20 października 2010 r. 52, opinia surdologopedy k.57, protokół cięcia cesarskiego k. 30, dokumentacja medyczna k. 601-720, 726-732, opinii (...) Ośrodka (...) k. 733-742, dokumentacja medyczne k. 30-77, 131-316, , 469-506, 526-543, 547-742, 747-754, 799-810, koperta 817, , 822-838)

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.

(dowód: pismo k. 744, raport z dyżuru z dnia 3-4 marca 2010 r. k. 745 746, 747-754)

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

(dowód: opinie biegłego J. P. k. 946-949, k 912-919, ustna uzupełniająca opinia biegłego J. P. k. 985-987)

W dniu 17 czerwca 2010 r. Komisja do spraw Orzeczenia o Niepełnosprawności 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.

(dowód: orzeczenie o niepełnosprawności k. 54 i 55)

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.

(dowód: zeznania A. K. K. 840-841)

### **Sąd zważył, co następuje:**

W oparciu o zgromadzony materiał dowodowy w sprawie, Sąd uznał roszczenie powoda za usprawiedliwione co do zasady.

W pierwszej kolejności należy podkreślić, iż w realiach niniejszej sprawy 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. Wykonują 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. Niejednokrotnie przecież 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 należytą starannością. Umowa o świadczenie usług medycznych (za wyjątkiem prostych zabiegów dentystrycznych czy medycyny estetycznej) jest umową starannego działania, a nie rezultatu.

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. W niniejszej sprawie mamy do czynienia właśnie z winą o charakterze organizacyjnym.

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 (wyrok Sądu Najwyższego z 4 maja 1977 r., I CR 115/77). 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 organizacyjnie 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 jest tym samym zarówno sprawne funkcjonowanie, właściwa organizacja, jak również świadczenie usług wysokiej jakości. Winę organizacyjną, w myśl utrwalonego poglądu orzecznictwa i literatury, stanowiąć 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.

Powyższe uwagi prowadzą do wniosku, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność za działania lub zaniechania lekarzy i zespołu medycznego, którym na podstawie umowy powierzył wykonanie zabiegu lub innej usługi medycznej.

Podstawową okolicznością, za którą pozwany szpital może ponieść odpowiedzialność jest – zgodnie z art. 472 k.c. – niezachowanie należytej staranności. Jednocześnie należy pamiętać, iż 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.

W toku niniejszego postępowania ustalono, 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. (1). 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. (1), 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 inną 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 jego miejsca do drugiego. Dowody takie jak zeznania B. M. (1), A. R. potwierdzają „zagubienie” pacjentki na terenie pozwanego szpitala. Z czego można wywieść wniosek, że w pozwanym szpitalu niewłaściwie zaplanowano współpracę wielu osób, których spójne działania uniemożliwiłyby trzygodzinną zwłokę w przeprowadzeniu badań i podjęciu decyzji. Wina organizacyjna, bo o takiej tu mowa, polega na zaniedbaniu przez szpital ciążyących 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. Ponadto nie zapewniono sprawnych rozwiązań w sytuacji niewystarczającej ilości personelu lub obciążania ich pracą. Bez wątplenia 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. Zaznaczyć należy, że 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 przebywało 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 stopniu referencyjności dla oddziału ginekologicznego i neonatologicznego. Zarazem 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.

Spór w niniejszej sprawie koncentrował się wokół rozstrzygnięcia kwestii, czy działania podejmowane wobec matki małoletniego powoda, A. K. (1) przez personel medyczny strony pozwanej, podczas pobytu w szpitalu były prawidłowe i czyniły zadość sztuce lekarskiej. W związku z tym, że ustalenie powyższej kwestii wymagało wiadomości specjalnych, koniecznym stało się dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa.

Biegły opracowując opinię na zlecenie Sądu, stwierdził, że pierwsze czynności wykonane wobec A. K. (1), zgłaszającej mniejszą aktywność płodu, były prawidłowe. Zaś nieprawidłowa była interpretacja wyników KTG, która wskazywała na brak akceleracji czynności serca płodu oraz zawężoną oscylację czynności serca płodu. Przeprowadzone badania KTG trwały zbyt krótko dla wyciągnięcia jednoznacznych wniosków. Występujące nieprawidłowości były wskazaniem do kontynuowania badania i podjęcia dalszych badań diagnostycznych. Wskazał nadto, że postępowanie diagnostyczne personelu leczącego i pomocniczego nie było właściwe i zgodne z zasadami wiedzy medycznej.

Zastrzeżenie do powyższej opinii złożyła strona powodowa w zakresie czasu niedotlenienia płodu dziecka, o czasie ukończenia ciąży i czy ewolucja zapisów KTG miała wpływ na stan zdrowia dziecka. Do zgłoszonych zarzutów, biegły ustosunkował się na piśmie. Wskazał, że czas trwania niedotlenienia ma istotne znaczenia dla nieodwracalnych zmian zachodzących w mózgu. Zmiana parametrów zapisów KTG miała wpływ na pogorszenie stanu zdrowia dziecka i nieodwracalne skutki w postaci uszkodzenia mózgu.

Zastrzeżenie do opinii uzupełniającej zgłosiła strona pozwana, domagając się jej uzupełnienia poprzez odniesienia się do zapisów znajdujących się w protokole cięcia cesarskiego i karty obserwacji z dnia 5 marca 2010 r. W ustnej uzupełniającej opinii biegły wskazał, że akceleracja jest oznaką, że dziecko czuje się dobrze. Normą jest od 5 do 25 uderzeń serca na minutę. Serce dziecka pracuje ze zmieniającą się częstotliwością. Oscylacja zawężona to częstotliwość uderzeń serca poniżej 5 na minutę. Wynik pierwszego badania KTG uzasadniał kontynuowanie tego badania w celu dokonania prawidłowej interpretacji zapisu. Zaś wykonany zapis nie pozwalał na rzetelne dokonanie jego wykładni. O godzinie 10 istniały okoliczności wskazujące na zagrożenie płodu. Brak aktywności ruchowej płodu,

brak akceleracji i zawężona oscylacja wymagały wdrożenia intensywnego monitorowania stanu płodu. Pacjentka, która zgłasza zmniejszenie ruchów płodu zawsze wymaga diagnostyki.

W ocenie Sądu, oceniona całościowo opinia biegłego J. P. zasługuje na uwzględnienie. Opinia jest spójna i rzeczowa, a nadto odpowiada na wszystkie postawione biegłemu pytania istotne z punktu widzenia rozstrzygnięcia niniejszej sprawy. Zawiera jasne i logiczne uzasadnienie końcowych wniosków, przez co jest merytorycznie zasadna. Biegły sporządził opinię w oparciu o całokształt dokumentacji zgromadzonej w aktach sprawy. Nadto, 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. Trzeba przy tym pamiętać, że biegły J. P. jest biegłym sądowym od kilkunastu lat, zaś w zawodzie lekarza ginekologa-położnika pracuje od 38 lat. Nadto jest zastępcą kierownika Kliniki (...) w B.. W ocenie Sądu świadczy to o posiadanej wiedzy teoretycznej i praktycznej, niezbędnej do wydania opinii. Ostatecznie, 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.

W kontekście końcowych wniosków opinii biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa, J. P. należało uznać, iż w niniejszym postępowaniu zostało wykazane niedbalstwo ze strony pozwanego szpitala. 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. Pomimo tego, że 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 Apgar. 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 ciężki, ostrą niewydolność nerek po przebytej ostrej niewydolności wielonarządowej, niedowład obustronny, a także obustronny zmysłowo-rdzeniowy niedosłuch w stopniu umiarkowanym, dziecięce porażenie mózgowe 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-niedokrwienna. Został uznany za osobę niepełnosprawną od urodzenia. Wymaga stałego współdziałania osób trzecich w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji.

W tym miejscu należy wskazać, że Sąd nie dał wiary zeznaniom świadka A. K. (2) w zakresie dbania A. K. (1) o stan własnego i zarazem stan zdrowia dziecka, którego przyjścia na świat oczekiwała. Lekarka prowadząca jej ciążę, wskazała, że pacjentka stosowała się do wszystkich jej zaleceń. Przypomnieć należy, że była to trzecia ciąża A. K. (1). Jako doświadczona matka, wiedziała kiedy zachowania płodu mogą być niepokojące, a kiedy nie. Ponadto B. M. (1) wskazała, że ciąża przebiegała prawidłowo i nie było żadnych odchyłeń od normy. Zeznania A. K. (2) 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 nie dał im wiary w zakresie jakim nie znalazły potwierdzenie w pozostałym materiale dowody.

Wobec powyższego, 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 w oparciu o art. 318 § 1 k.c. wydał wyrok wstępny, w którym orzekł o zasadzie wytoczonego powództwa. Ustalenie zaś wysokości żądań zostanie rozpoznane po przeprowadzeniu czasochłonnego i kosztownego postępowania dowodowego.