

Sygn. akt II C 166/o8

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 31 grudnia 2012 r.

Sąd Okręgowy w Gliwicach Wydział II Cywilny Ośrodek (...) w R.

w składzie:

Przewodniczący Sędzia Sądu Okręgowego Elżbieta Gawlik

Protokolant Bogumiła Brzezinka

po rozpoznaniu w dniu 17 grudnia 2012r.

w R.

sprawy z powództwa małoletniego P. J. (1) działającego przez rodziców

K. i D. małżonków J.

przeciwko Szpitalowi (...) im. dr J. R. w R.

z udziałem interwenienta ubocznego po stronie pozwanego – Towarzystwa (...) w W.

o zapłatę i rentę

1. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 100.000 zł (sto tysięcy) z ustawowo należnymi odsetkami od dnia 31.12.2012r.;
2. w pozostałym zakresie powództwo oddala;
3. przyznaje adwokatowi T. S. ze Skarbu Państwa (Sąd Okręgowy w Gliwicach Ośrodek (...) w R.) wynagrodzenie w kwocie 8.856 zł (osiem tysięcy osiemset pięćdziesiąt sześć) tytułem nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu, w tym kwota 1.656 zł stanowi podatek od towarów i usług;
4. nakazuje pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa (Sąd Okręgowy w Gliwicach Ośrodek (...) w R.) kwotę 8.591 zł (osiem tysięcy pięćset dziewięćdziesiąt jeden złotych) tytułem części kosztów sądowych, od których powód był zwolniony;
5. odstępuje od obciążenia stron resztą należnych kosztów sądowych;
6. oddala wniosek pozwanego o zasądzenie na jego rzecz zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;
7. oddala wniosek interwenienta ubocznego o zasądzenie na jego rzecz zwrotu kosztów postępowania.

Sygn. akt II C 166 /o8

UZASADNIENIE

Powód małoletni P. J. (1), działający przez swoich rodziców K. J. (1) i D. J. wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego Szpitala (...) im. dr J. R. w R. kwoty **200.000 zł** tytułem **zadośćuczynienia** za doznane cierpienie psychiczne i fizyczne z odsetkami ustawowymi od dnia 11września 2008 roku do dnia zapłaty, **renty tymczasowej** z tytułu zwiększonych potrzeb powoda w kwocie **900 zł** miesięcznie wraz z odsetkami ustawowymi

od dnia 11 września 2008 roku od każdej raty miesięcznej do dnia zapłaty, **zwrotu kosztów leczenia** powoda w kwocie **40.000 zł**, które zostały poniesione przez jego rodziców od momentu jego zachorowania do dnia skierowania wezwania do zapłaty, z odsetkami ustawowymi od dnia 11 września 2008 roku do dnia zapłaty oraz **orzeczenie o odpowiedzialności pozwanego za skutki** wynikłe w przyszłości ze zdarzenia stanowiącego podstawę odpowiedzialności pozwanego.

W uzasadnieniu roszczeń powoda reprezentujący go rodzice podali, że urodził się on 11 października 2004 roku na Oddziale G. – Położniczym pozwanego Szpitala; poród przebiegał prawidłowo, jako noworodek uzyskał 10-punktową ocenę w skali A., co wskazywało, że dziecko urodziło się zdrowe, a czynności wszystkich ważnych organów jego organizmu przebiegały prawidłowo, podobnie jak ciąża, z której urodził się. Przez pierwsze cztery doby rozwijał się prawidłowo, a gdy w piątej dobie życia miał zostać wypisany ze Szpitala do domu, został przewieziony na Oddział Intensywnej (...) Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala (...) (dalej w tekście: (...)) w J. z zaleceniem koniecznej hospitalizacji, co spowodowane było zakażeniem małego bakterią K. pneumoniae- pałeczką zapalenia płuc, do którego doszło podczas pobytu na Oddziale, na którym urodził się- najpewniej w czwartej dobie. Tam rozpoznano u niego niewydolność oddechową – krążeniową, posocznicę bakteryjną spowodowaną właśnie przez bakterię K. pneumoniae, wstrząs septyczny, zapalenie opon rdzeniowo – mózgowych również wywołane tą bakterią, obustronne zapalenie płuc, drgawki uogólnione, a także ropne zapalenie spojówek. Posiew krwi i płynu mózgowo- rdzeniowego wykazał obecność tej bakterii. Po uzyskaniu znacznej poprawy stanu zdrowia powód w dniu 26 października 2004 roku przewieziony został do Szpitala pozwanego do dalszego leczenia, skąd został wypisany do domu w dniu 8 listopada 2004 roku, mimo, iż w dniu 6 listopada poziom białka znacznie przewyższał wskaźnik istnienia stanu zapalnego u ludzi zdrowych. Takie działanie lekarzy pozwanego skutkowało tym, że już po upływie sześciu dni nastąpił u powoda nawrót choroby i musiał on zostać ponownie umieszczony w szpitalu. Przykre doświadczenia z pobytu w Szpitalu pozwanego sprawiły, że tym razem został on umieszczony w szpitalu w R. na Oddziale Pediatrycznym (z rozpoznaniem sepsy i obustronnego zapalenia płuc), a wobec pogarszającego się stanu jego zdrowia w dniu 16 listopada 2004 roku został przewiezony go ponownie do (...) w J. i umieszczono na Oddziale Intensywnej Terapii Dziecięcej. Ponownie zdiagnozowano u niego niewydolność oddechową i krążeniową, posocznicę zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych, zapalenie jamy ustnej i niedokrwistość wtórną, zaś w posiewie płynu mózgowo – rdzeniowego ponownie stwierdzono bakterię K. pneumoniae - pałeczkę zapalenia płuc.

Właśnie w wyniku zakażenia powoda tą bakterią w Szpitalu pozwanego, wystąpiły u niego liczne następstwa skutkujące powikłaniami i rozstrojem jego zdrowia, koniecznością hospitalizacji przez niemal dwa i pół miesiąca. Powód upatruje przyczyny tego stanu, w braku zachowania należytej higieny w Szpitalu pozwanego i czystości w obrębie Oddziału (...) Położniczego, co nosi znamiona winy umyślnej w przypadku działań lekarzy, a w przypadku medycznego niższego stopnia znamiona niedbalstwa. W efekcie winy i zaniedbań personelu pozwanego Szpitala małego, mimo, iż przebywał w domu, to pozostawać musiał pod stałą opieką lekarską, a po ukończeniu drugiego roku życia także pod opieką psychologa, neurologa, logopedy i laryngologa. Miał bowiem poważne problemy z mową, rozumieniem kierowanych do niego słów, był ciągle pobudzony, kołysał się. Podejrzewano u niego opóźnienie rozwoju umysłowego ze wskazaniem przeprowadzenia konsultacji w Poradni P. – Pediatrycznej celem wydania opinii, czy wymaga zastosowania tzw. wczesnego wspomaganie rozwoju. W dniu 26 czerwca 2006 roku decyzją (...) do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w R. zaliczony został do osób niepełnosprawnych z uwagi na chorobę neurologiczną z ustaleniem, że niepełnosprawność trwa od pierwszego miesiąca życia, i że wymaga on stałego współdziałania na co dzień z opiekunem w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Powód podnosi, iż urodził się jako dziecko zdrowe, a zaistniały stan jego zdrowia spowodowany został zainfekowaniem go w Szpitalu pozwanego bakterią K. pneumoniae. Żąda więc zadośćuczynienia za to, że „mimo, że urodził się zdrowy, to wskutek nabycia w szpitalu sepsy, doznał opóźnienia w rozwoju, stał się nadpobudliwy, ma opóźnioną mowę „ (oświadczenie k. J., k.122).

Nadto, w oparciu o treść art. 444 par. 1 k.c. powód wniósł o zasądzenie na jego rzecz kwoty 40.000 zł tytułem zwrotu wszystkich kosztów wynikłych ze szkody, w tym kosztów opieki nad nim, utraconych przez jego matkę zarobków za okres 3 lat i 4 miesięcy, kiedy to zmuszona była sprawować nad nim osobistą opiekę, kosztów dojazdów na leczenie

i hospitalizację. Natomiast na wysokość żądanej renty składają się koszty opieki nad nim, koszty dowozu do poradni psychologiczno –pedagogicznej, a następnie – do szkoły określonego typu.

Powód na koniec podał, że skierowanie sprawy do Sądu poprzedził wezwaniem pozwanego do zapłaty dochodzonych kwot, na które otrzymał odpowiedź odmowną.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o **oddalenie powództwa** i zasądzenie od powoda kosztów procesu.

Potwierdził, że powód urodził się w jego placówce, i że stwierdzono u niego zakażenie o podłożu bakteriologicznym, ale nie było ono wywołane działaniem , bądź zaniechaniem personelu Szpitala. Zarzucił, że żadna z przesłanek odpowiedzialności Szpitala nie została przez powoda wykazana.

Załączył dokumentację medyczną powoda, z której wynika, że jego zachorowanie nie zostało zawinione przez pozwanego, ponieważ zakażenie bakterią K. pneumonie ma charakter poza szpitalny. Świadczą o tym takie okoliczności , jak fakt, że wszyscy pracownicy Oddziału Położniczo – Ginekologicznego mają aktualne książeczki dopuszczające ich do pracy, świadcząc o ich zdrowiu i braku nosicielstwa bakterii chorobotwórczych, a na Oddziale przeprowadzane są okresowe badania kontrolne przez Zespół ds. Zakażeń Wewnątrzszpitalnych stwierdzające prawidłowy stan sanitarno – epidemiologiczny pomieszczeń ,jak i zatrudnionych pracowników. Kontrole takie przeprowadzone w okresie bezpośrednio poprzedzającym narodziny powoda nie wykazały istnienia uchybień, a w całym 2004 roku nie stwierdzono żadnego - poza ujawnionym u powoda –przypadku występowania bakterii K. pneumonie.

pozwany stwierdził, m.in. że „aby móc przypisać jemu odpowiedzialność Stwierdził pozwany nadto ,że matka powoda nie miała w trakcie ciąży wykonanych badań wykluczających nosicielstwo czy skolonizowanie patogennymi bakteriami; w trakcie ciąży rozpoznano niej infekcję dróg moczowych, która mimo późniejszych badań moczu wskazujących pogłębiający się stan zapalny w dalszym ciągu nie była leczona. Jakkolwiek u matki małoletniego w kolejnym badaniu moczu stwierdzono trwający od 6 tygodni stan zapalny, to otrzymała ona leczenie ampicyliną bez wykonania testów lekowrażliwości (antybiogram) i bez identyfikacji czynnika patogennego (posiew moczu) , podczas gdy stwierdzony u powoda szczep bakteryjny na ten rodzaj antybiotyku jest całkowicie odporny, o czym świadczy raport z badania mikrobiologicznego z dnia 6 listopada 2004 roku. Niewykluczone więc jest, że przyczyną tej infekcji było zakażenie bakterią K. pneumonie . O występowaniu stanu zakażenia u matki powoda w chwili porodu świadczy stan płynu owodniowego . Wody płodowe nie były klarowne

(stwierdzony stan : zielone), co wskazuje na septyczny (zakażony) poród. Okoliczności te stanowiły podstawę do uznania tego zakażenia jako pozaszpitalnego, co odnotowano w Karcie rejestracyjnej zakażenia szpitalnego. Zarzucił też pozwany, że poród odbywał się w obecności rodziny ,a obecna przy porodzie osoba towarzysząca nie jest wcześniej diagnozowana, tj . nie ma wykonywanego posiewu w kierunku nosicielstwa bakterii, nadto ,że dziecko po porodzie przebywało z matką w systemie „rooming - in”, a więc z dostępem osób postronnych (rodziny) i było karmione wyłącznie piersią.

Podsumowując swoje wywody , pozwany uznał, że zakażenie powoda nie miało związku z działaniem bądź zaniechaniem personelu Szpitala, a zdaniem personelu Szpitala powód wypisany został ze szpitala w stanie dobrym , aczkolwiek nie sposób wykluczyć i takiej sytuacji, że powracając do zainfekowanego środowiska domowego został ponownie narażony na występowanie bakterii chorobotwórczych.

Ostatecznie podniósł, że powód nie wykazał, że opóźnienie rozwojowe zostało wywołane procesem chorobowym związanym z zakażeniem bakterią K. pneumonie , a także tego, aby szkoda, albo krzywda ,jakich doznał znajdowały odzwierciedlenie w kwocie żądanej w pozwie. Skoro zadośćuczynienie pełni przede wszystkim funkcję kompensacyjną, co wiąże się z tym ,że jego wysokość winna być utrzymana rozsądnych granicach , to pozwany zmuszony jest do zakwestionowania wysokości dochodzonego żądania .

Towarzystwo (...) w W. będące ubezpieczycielem pozwanego i działające jako interwenient uboczny po jego stronie pozwanego również wniosło o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu, w całości popierając stanowisko pozwanego.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny :

W dniu **11 października 2004** roku matka powoda zgłosiła się do Szpitala (...) w R. im. dr J. R. z nasilającymi się bólami, gdzie rozpoznano u niej poród samoistny w ułożeniu podłużnym potylicowym (historia choroby k.63). Termin porodu wyznaczony miała na dzień 13.10.2004 roku. W czasie badania wstępnego w dniu przyjęcia K. J. (1) do Szpitala pozwanego nie stwierdzono objawów istniejącej infekcji, a ciepłota jej ciała podana została z błędem (opinia zespołu biegłych z zakresu położnictwa, ginekologii i neonatologii k. 238 i n.).

Przewieziono ją na salę porodową , gdzie siłami natury urodziła P.. Małoletni urodził się z ciąży pierwszej , otrzymał 10 punktów w skali A. . Na podstawie tej punktacji można wnioskować pośrednio, że poród bez względu na jego przebieg nie miał istotnego wpływu na pogorszenia stanu płodu w chwili urodzenia (k.241). W karcie położniczej odnotowano m.in. : „wody płodowe zielone” , a następnie w dacie 21 października 2004 roku : „ w czwartej dobie po porodzie cuchnące odchody „ „, „dziecko objawami posocznicy przewieziono do J.” (k.65 i v., k.67).” Mimo stwierdzenia u położnicy cuchnących odchodów oraz słabą involucję mięśnia macicy oprócz badania ultrasonograficznego nie zastosowano powszechnie przyjętej diagnostyki laboratoryjnej dla potwierdzenia i oceny ciężkości stanu zapalnego oraz jego zakresu”(-za opinią biegłych w opinii, k.242). Diagnostykę kliniczną infekcji połogowej prowadzono niefachowo i chaotycznie, a dokumentacja lekarska prowadzona była niestarannie , lakonicznie odbiegając od standardów , logika postępowania lekarskiego ”skleja się bardzo trudno, a czasem nietrafnie ‘, ” tymczasem powód z tego szpitala nie wyszedł bez szwanku”(k.244-245). Proces diagnostyczny leczniczy, jakiemu poddana została matka powoda po porodzie przeprowadzony został dość nieudolnie. Mimo stwierdzenia u niej nieprawidłowych odchodów w dniu 15.10.2004 roku w diagnostyce pominięto cały panel badań bakteriologicznych mających na celu identyfikację drobnoustroju, który mógł wywołać proces zapalny w obrębie narządów rodnych. Powyższe pozbawiło kolejnych lekarzy diagnozujących i leczących powoda jakichkolwiek możliwości identyfikacji tego drobnoustroju, co w istotny sposób utrudnia stwierdzenie, czy infekcja matki i dziecka była wywołana tym samym drobnoustrojem, a to – zdaniem biegłych – jest wysoce prawdopodobne (k.243). Przebieg kliniczny infekcji przemawia za tym, że nie była to bakteria szpitalna, również kontrole sanitarno epidemiologiczne raczej wykluczają możliwość ,aby bakteria, którą zaraził się powód pochodziła ze Szpitala. Wszelkie wątpliwości związane z tożsamością czynnika etiologicznego , który wywołał zakażenie u małego dziecka rozwiąłyby badania bakteriologiczne materiału pobranego od matki i niezrozumiałym jest dlaczego takich badań nie wykonano , tym bardziej, że możliwości wykonania takich badań w Szpitalu pozwanego istniały , i że przecież u powoda je wykonano (k.249). Podobną opinię zawarła w swej opinii lekarz specjalista epidemiolog M. R.– Z. : „ jednoznaczne powiązanie źródła zakażenia P. J. (1) z organizmem matki dałyby badania mikrobiologiczne w kierunku K. pneumoniae „. Brak tych badań biegła uznała za niezrozumiałą (k. 723) , a zespół biegłych –za „ zastanawiające „ .Wobec zaniechania przeprowadzenia badań bakteriologicznych u matki powoda, przy poddaniu przez biegłych w wątpliwość istnienia u niej zakażenia dróg moczowych w okresie ciąży można równie dobrze założyć, że związek K. J. z posocznicą stwierdzoną u małego dziecka jest logicznie wykluczony (k.254). Bezspornym jednakże jest, że stwierdzono u powoda pałeczki K. a te mogą wywołać szereg chorób o ciężkim przebiegu, w tym : posocnicę, wstrząs endotoksynowy, zapalenie płuc, ropnie płuc, choroby układu pokarmowego i dróg żółciowych, stany zapalne zatok i ucha środkowego , zapalenie opon mózgowo –rdzeniowych, stany zapalne tkanek miękkich, zapalenie szpiku. Do kolonizacji tymi bakteriami organizmu ludzkiego może dojść już w kilka do kilkunastu godzin po urodzeniu. W warunkach polskich dotyczy to przeciętnie 33,2 procent zdrowych, donoszonych noworodków urodzonych szpitalu. Personel pozwanego winien był zatem być przygotowany do zdiagnozowania i leczenia takich przypadków, tym bardziej mając na uwadze, że najgroźniejszy jest przebieg zakażenia tą bakterią , gdy noworodek przez dłuższy okres przebywa w środowisku szpitalnym, gdyż nabiera wówczas odporności na większość dostępnych antybiotyków , zatem nie -jak wskazał na przyczynę powrotu choroby -wobec przebywania dziecka środowisku domowym. Przy najmniejszym podejrzeniu zakażenia K. pneumoniae trzeba działać natychmiast i obok czynności diagnostyczno leczniczych wykonać działania epidemiologiczne mające na celu wykrycie źródła zakażenia.

Matka powoda będąc w ciąży przebyła infekcję dróg moczowych, którą stwierdziła lekarz ginekolog podczas wizyty w Poradni dla (...) w R. w dniu 18.08.2004 roku, przyjmowała preparat o nazwie F., ostatecznie w wynikach kontrolnych w dniu 3.09.2004 roku nie stwierdzono zakażenia. W czasie tej wizyty lekarz ginekolog stwierdziła zagrożenie ciąży porodem przedwczesnym i zaleciła K. J. (1) kolejną konsultację internistyczną w celu rozszerzenia diagnostyki układu moczowego np. poprzez USG nerek. Przy okazji następnej wizyty kontrolnej w dniu 17.09.2004 roku w okazanym przez nią wyniku moczu stwierdzono nieliczne bakterie, co nie wymagało wykonania posiewów moczu. Skoro pacjentka była wówczas w trzecim trymestrze ciąży lekarz zaleciła jej kurację antybiotykiem A. w celu jak najszybszego wyleczenia infekcji. W czasie następnej wizyty w dniu 1.10.2004 roku nie zgłaszała już dolegliwości układu moczowego, ale też wobec poczynionych przez siebie ustaleń lekarz skierowała ją do szpitala celem obserwacji i przeprowadzenia badań. K. J. (1) nie wykazała wobec swojego lekarza ginekologa, aby odbyła zaleconą jej konsultację internistyczną, aczkolwiek zeznała, że ją odbyła, nie okazała też kontrolnego wyniku moczu (k184, zeznania św. I. A. k.191). W ocenie biegłych istnienie infekcji w obrębie dróg moczowych u matki powoda nie jest jednak do końca pewne (k.252 i n.)

Poród odbywał się w obecności ojca dziecka, małżonkowie mieli bowiem zgodę Szpitala na poród rodzinny. D. J. miał wówczas na sobie świeżo uprane ubranie, po przybyciu do szpitala pielęgniarki nie kazały mu dodatkowo przebierać się, założył natomiast kitel ochronny, buty, maseczkę, podczas gdy pracownicy Szpitala asystujący przy porodzie nie mieli maseczek na twarzach. K. J. (1) pozostawała w przekonaniu, że poród odbył się bez komplikacji, a dziecko urodziło się zdrowe. Przez pierwsze 4 doby pobytu w Szpitalu „wszystko było w porządku, na tyle, że następnego dnia miał a z dzieckiem opuścić szpital, (k.201 v.). Nieoczekiwanie dla samej siebie poinformowana została przez lekarza, że dziecko musi być przewiezione do szpitala w J. na oddział intensywnej terapii, bo jest zarażone posocznica. Zaprowadzono ją do leżącego w inkubatorze dziecka, które ciężko oddychało, zgodziła się aby pielęgniarka natychmiast ochrzczyła dziecko, gdy ta zaproponowała, że może to uczynić, bo być może chrzest uratuje życie dziecka. Ją samą natychmiast poddano badaniom i przeniesiono na oddzielną salę oddziału ginekologicznego, gdzie do dnia 21.10.2004 roku leżała sama. W tej sytuacji jedyną jej podporą był mąż, bowiem ze strony Szpitala nie otrzymała żadnego wsparcia psychologicznego. Jakkolwiek dziecko przewieziono karetką do szpitala (...), to ją również zatrzymano w szpitalu, gdyż karmiła piersią.

Powód przebywał w szpitalu w J. w dniach **15.10.04 do 26.10.2004** roku. W karcie informacyjnej (...) w J. odnotowano m.in., że dziecko przyjęte zostało z rozpoznaniem niewydolności oddechowo – krążeniowej, posocznicy bakteryjnej wstrząsem septycznym, zapaleniem opon mózgowo – rdzeniowym (K. pnemumoniae), obustronnym zapaleniem płuc, zakażeniem wewnątrzmacicznym, drgawkami uogólnionymi, obustronnym ropnym zapaleniem spojówek. W epikryzie odnotowano, że zostało przyjęte z podejrzeniem infekcji uogólnionej z zajęciem ośrodkowego układu nerwowego, w wywiadzie u matki: zakażenie dróg moczowych w ostatnim tygodniu, przy przyjęciu stan dziecka ciężki – nadpobudliwy, we wstrząsie septycznym, drgawki uogólnione, gorączka. W badaniu fizykalnym stwierdzono u powoda m.in.: zaburzenia oddychania, skórę blado-żółtą, sinicę obwodową, cechy odwodnienia nad płucami rozsiane rzężenia różno – bankowe. Po zastosowaniu leczenia uzyskano systematyczną poprawę stanu klinicznego i normalizację parametrów laboratoryjnych umożliwiającą odłączenie od respiratora na oddech własny i rozpoczęcie karmienia doustnego. W dniu 22.10.2004 roku wykonano małośletniemu badania posiewu płynu mózgowo – rdzeniowego, których wynik jest nieznany, bowiem nie figuruje w dokumentacji medycznej powoda (k.255).

Ostatecznie, w dwunastej dobie leczenia powód w stanie ogólnym dobrym, wydolny oddechowo i krążeniowo przekazany został do Oddziału Dziecięcego pozwanego Szpitala (k.97).

W dniu **26 października 2004** roku pozwany Szpital przyjął powoda do dalszego leczenia, a kontynuując je pozwany nie zapoznał się z wynikami badań z 22. (...). Przy przyjęciu odnotowano stan powoda dość dobry, był wydolny oddechowo – krążeniowo, ale nad płucami stwierdzono dość liczne trzeszczenia, wymagał stosowania tlenoterapii biernej, stwierdzono u niego niedokrwistość znacznego stopnia. Poddano go leczeniu, po którym odnotowano, że jego stan poprawił się, wycofały się zmiany osłuchowe, a w dniu 8 listopada 2004 roku wypisany został

do domu w stanie dobrym ze wskazaniem koniecznej stałej opieki lekarza pediatry i neurologa dziecięcego (k.96, 99) , mimo, że jeszcze w dacie 4 i 5 listopada stwierdzono, że gorączkuje – do 38 stopni, pokaszuje, a osłuchowo nad płucami stwierdzono pojedyncze trzeszczenia podczas głębokiego wdechu, a następnego dnia był blady, nie przybierał na wadze, brak wpisów odnośnie leczenia i stanu zdrowia powoda z 7 listopada (!) , za to już **8 listopada** został wypisany ze szpitala do domu „ w stanie dobrym „ (k.99 v.). W opinii biegłych prawdopodobnie zbagatelizowano lub pominięto w analizie stanu powoda ponowny, jednorazowy i niewielki wzrost białka ostrej fazy (...) w dniu 2.11.2004 roku, prawdopodobnie nie wykonując kontrolnych posiewów krwi czy płynu mózgowo – rdzeniowego, prawdopodobnie, bo brak tych wyników w dokumentacji(k. 256). Gdyby przeprowadzono te badania, a w ich w wynikach stwierdzono obecność bakterii w płynie mózgowo – rdzeniowym, konieczna byłaby antybiotykoterapia.

Odnośnie zaś ostatecznego wypisania powoda do domu w dniu 8.11.2004 roku

stwierdzić należy, że skoro u małego leczono zakażenie opon mózgowo rdzeniowych, to przed zakończeniem takiego leczenia, a więc przed wypisaniem dziecka ze szpitala, konieczna była powtórna ocena(poznanie i interpretacja wyników badań) płynu rdzeniowo – mózgowego wraz z wykonaniem posiewu . a tego Szpital nie zrobił. W przypadku stwierdzenia obecności bakterii w płynie mózgowo – rdzeniowym konieczna byłaby dalsza antybiotykoterapia celem jego wyjałowienia i uzyskania ujemnych posiewów (k.330). Gdyby Szpital wypisując powoda w dniu 8 listopada dokonał pełnej oceny jego stanu zdrowia, najprawdopodobniej można byłoby zapobiec ponownej hospitalizacji począwszy od dnia 10.12.2004 roku (k.330). Zatem dalsze powikłania neurologiczne obserwowane u powoda mogą być konsekwencją już pierwotnego zakażenia ośrodkowego układu nerwowego. Z kolei przedłużanie trwania procesu zapalnego w zakresie układu nerwowego mogło doprowadzić do dalszego pogłębiania następstw neurologicznych, które powstały w czasie pierwotnego zakażenia (k.331).

Sąd ustalił , że elementarne zasady reżimu sanitarnego świadczące o stanie sanitarnym pozwanego Szpitala zostały zachowane , aczkolwiek niewykonanie badań laboratoryjnych u K. J. budzi zastrzeżenia również o tyle, że ich wyniki mogłyby zmusić Szpital do wzmożonego nadzoru epidemiologicznego (k.724, 725).

14 listopada 2004 roku powód „ zaczął dziwnie oddychać „ (k.202), gorączkować. Rodzice zawieźli go do szpitala w R., do R., już nie chcieli jechać. W nocy z 15/16 listopada dziecko krzyczało z bólu, przybrało na wadze około pół kilograma, spuchło, jego widok był dla matki straszny. Lekarze zdecydowali o ponownym przewiezieniu małego do Szpitala w J., gdzie potwierdzono wystąpienie posocznicy z zapaleniem opon mózgowych, a zatem nawrót choroby. Wobec tego, iż rodzice powoda nie mieli samochodu, na ich prośbę syn przewieziony został w do szpitala w R. , gdzie – z racji bliższej odległości od miejsca zamieszkania - mogli go już odwiedzać.

22 listopada 2004 roku powód zabrany został do domu. Przez pierwsze dni pobytu powoda w domu, przychodziła rehabilitantka pokazując jego matce, jak ma ćwiczyć z dzieckiem, pobudzać wszystkie jego mięśnie. Potem, zgodnie z zaleceniem lekarza, rodzice małego konsultowali go kolejno u pediatry, okulisty, internisty, neurologa, poddali badaniu USG głowy. Za radą neurologa , u którego konsultowali dziecko co 3 miesiące ,z uwagi na zapalenie opon mózgowych, odłożyli szczepienia ochronne syna. Zaniepokoił się , gdy dziecko nieustannie kopało nóżkami, dość długo raczkowało i dopiero mając 13 miesięcy zaczęło stawać na nogi. Zauważyli u niego tak silną nadpobudliwość, że dziecko skacząc w łóżeczku przesuwało go po całym pokoju, aż łóżeczko rozpadło się . Dwukrotnie konsultowali dziecko w Centrum (...) w C., przy czym do pierwszych badań w 2008 roku nie doszło z uwagi na nadpobudliwość P.. Centrum nie potwierdziło niedosłuchu, stwierdziło natomiast brak rozwoju mowy i stan po zapaleniu opon mózgowo rdzeniowych, zalecając stałą opiekę logopedyczną i psychologiczną. Rodzice powoda zwrócili też uwagę na to, że syn nie słucha, gdy do niego mówią, buja się . Ze skierowania neurologa udali się z dzieckiem na terapię do laryngologa, potem do psychologa, a ten skierował ich do Poradni Pedagogicznej w R. celem wydania opinii o wczesnym wspomaganie rozwoju. Tam powód otrzymał zaświadczenie będące podstawą wydanego przez (...) do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w R. w dniu **26.06.2008 roku orzeczenia o jego niepełnosprawności** od pierwszego miesiąca życia z powodu schorzeń neurologicznych ze wskazaniem konieczności stałej opieki osoby trzeciej przy rehabilitacji i edukacji, które co do treści powtórzono decyzją z dnia 12.07 2010 roku (k.752). Badania laryngologiczne wykazały, że dziecko ma prawidłowy słuch. Od września 2008 roku powód korzysta z zajęć w ośrodku

terapii logopedycznej i sensorycznej mającej na celu pobudzenie wszystkich zmysłów. W wieku niespełna pięciu lat zaczął mówić pełnymi wyrazami, nie potrafił jednak formułować pełnych zdań, wyraźnie odstawał swym rozwojem od rówieśników, aczkolwiek ma wygląd „zdrówego dziecka”. Umieszczenie go w przedszkolu, w miejscowości, w której mieszka, było niemożliwe z uwagi na zbyt liczną grupę tamtejszych przedszkolaków, by mógł w niej przebywać, nie spełniał też wymogów umieszczenia go w przedszkolu integracyjnym (k.31, 32, 33, 34,35,36).

Ostatecznie w roku szkolnym 2009/2010 powód uczęszczał do przedszkola integracyjnego, gdzie kontynuował terapie (k.751 i n.). W 2011 roku uczęszczał do przedszkola publicznego w L., do grupy integracyjnej, które otworzenie spowodowali jego rodzice (k.754, 756 v.).W przedszkolu przebywa od godziny 8.00 do godziny 13.00, powoli zaczyna integrować się z grupą.

Opinią Poradni P. – Pedagogicznej w R. z dnia 31.08.2009 roku stwierdzono dalszą niesprawność małoletniego, opóźniony rozwój psychoruchowy, nadpobudliwość psychoruchową z deficytami funkcji wzrokowych, słuchowych i zaburzonej koordynacji, niesamoistny opóźniony rozwój mowy. Stwierdzono, że dziecko wymaga indywidualnych zajęć korekcyjno – kompensacyjnych w przedszkolu celem dalszej stymulacji rozwoju zaburzonych funkcji, konieczność pogłębionej diagnozy klinicznej celem wskazania odpowiednich form pomocy dziecku. Orzeczeniem z dnia 26.03.2010 roku (...) orzekła potrzebie dalszego kształcenia specjalnego P. J. (1) (k.749), a następnie orzeczeniem z dnia 7.06.2010 roku o potrzebie kontynuacji wczesnego wspomaganie rozwoju od momentu podjęcia obowiązku szkolnego z uwagi na zaburzenia i odchylenia rozwojowe (k.750).

Opinią Poradni P.-Pedagogicznej w R. z dnia 2.08.2011 roku zalecono odroczenie spełniania obowiązku szkolnego.

W dniach 2-8 .12.2009 roku powód przebywał w Katedrze Pediatrii Kliniki (...) w K., gdzie m.in. potwierdzono u niego opóźnienie rozwoju intelektualnego, konieczność dalszej stymulacji w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju, nadpobudliwość psychoruchową z pojedynczymi cechami autystycznymi, nieadekwatność reakcji emocjonalnych, w stosunku do bodźców (k.747 i n.).

Od lipca 2008 roku ojciec powoda pracuje w kopalni wcześniej podejmował dorywcze prace. Obecnie zarabia około 2.5000 zł, jest jedynym żywicielem rodziny.. Matka – przed zajściem w ciążę ,do czwartego miesiąca ciąży pracowała na umowie zlecenia w hurtowni kwiatów w charakterze sprzedawcy. Po porodzie nie wróciła do pracy wobec konieczności sprawowania osobistej opieki nad synem. Małoletni powód jest pierwszym dzieckiem małżonków J., obecnie mają oni drugie dziecko w wieku rok i trzy miesiące. Małżonkowie pobierają zasiłek pielęgnacyjny z tytułu niepełnosprawności syna w kwociwe153 zł, nie ponoszą kosztów pobytu P. w przedszkolu, a jedynie koszty jego wyżywienia w placówce.

Powyższe Sąd ustalił w oparciu o dopuszczone dowody : dokumentację medyczną powoda i jego matki, również tę, która stanowi dokumenty prywatne powoda, albowiem wszystkie sporządzone zostały przez uprawnione, kompetentne podmioty, w ramach prowadzonej działalności. W całości dał Sąd wiarę zeznaniom świadka I. A. – lekarza ginekologa, pod której opieką matka powoda pozostawała w czasie ciąży, bowiem są one zgodne z wydanym przez nią zaświadczeniem o pacjentce K. J. (1), rzeczowe i wiarygodne. Nie wypowiada się natomiast Sąd przedmiocie wątpliwości biegłych co do trafności diagnozy i leczenia powódki przez świadka, bowiem nie stanowi to istoty sprawy i pozostaje bez wpływu na nią.

W całości dał też Sąd wiarę zeznaniom rodziców powoda zeznającym w charakterze strony, albowiem zeznania te są konkretne, pozbawione egzaltacji, czy zbędnych emocji, spójne ze sobą, układają się w logiczną całość, pozostają w zgodzie z pozostałym materiałem dowodowym, w szczególności z dokumentacją lekarską i inną dotyczącą stanu zdrowia, konsultacji i sytuacji życiowej powoda.

Twierdzenia odnośnie procesu diagnostycznego i leczniczego, jaki zastosowano wobec powoda i jego ocena, są ustaleniami, jakie Sąd, wobec braku własnej wiedzy specjalistycznej tym zakresie, poczynił, przyjmując za swoje ustalenia biegłych – wybitnych specjalistów medycyny, których opinii dał wiarę w zakresie ich wiedzy. Miał przy tym Sąd na uwadze niekonsekwencje biegłych, którzy w sposób jednoznaczny skrytykowali i wręcz podważyli

prawidłowość diagnostyki i leczenia powoda, a następnie wystawili laurkę pozwanemu Szpitalowi czyniąc uogólnienia o jego dobrej opinii. Nie od rzeczy będzie tu stwierdzenie, iż coraz częściej sądy spotykają się wręcz z odmową wydania opinii medycznych w sprawach dotyczących „błędu lekarskiego”, co m.in. legło u podstaw odstąpienia od zlecenia dalszych opinii w sprawie, jakkolwiek decyzja ta miała na celu głównie nie przedłużanie postępowania w sprawie, tym bardziej, że na pełnomocnik powoda złożył dalsze dokumenty odnośnie aktualnego stanu zdrowia powoda, które Sąd przyjął w poczet materiałów dowodowych uznając je za wystarczające dla rozstrzygnięcia w sprawie.

Opinia biegłej specjalisty epidemiologa M. R. – Z. z dnia 26 lipca 2010 roku nie wniosła nic nowego do sprawy, potwierdziła natomiast że brak wykonania u matki powoda badań bakteriologicznych uniemożliwia dalsze ustalanie ewentualnych powiązań źródła zakażenia powoda z organizmem matki, ale też rzutuje na ocenę staranności Szpitala w zakresie nadzoru epidemiologicznego. Sąd uznał opinię biegłej za w pełni wiarygodną i kompetentną.

Sąd zważył co następuje:

Powód wniósł o zasądzenie od pozwanego Szpitala na jego rzecz kwoty 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznane cierpienie psychiczne i fizyczne z odsetkami ustawowymi od dnia 11 września 2008 roku do dnia zapłaty, renty tymczasowej z tytułu zwiększonych potrzeb w kwocie 900 zł miesięcznie wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 11 września 2008 roku od każdej raty miesięcznej do dnia zapłaty, zwrotu kosztów leczenia powoda w kwocie 40.000 zł, które zostały w poniesione przez jego rodziców od momentu jego zachorowania do dnia skierowania wezwania do zapłaty, z odsetkami ustawowymi od dnia 11 września 2008 roku do dnia zapłaty oraz orzeczenie o odpowiedzialności pozwanego za skutki wynikłe w przyszłości ze zdarzenia stanowiącego podstawę odpowiedzialności pozwanego.

Stwierdził, że w Szpitalu doszło do zakażenia go bakterią *K. pneumoniae*, i mimo, że urodził się jako dziecko zdrowe, był długotrwale hospitalizowany i leczony, a skutkiem jego zakażenia jest niepełnosprawność wynikająca z opóźnienia w rozwoju datująca się od pierwszego miesiąca życia. Żąda więc zadośćuczynienia za to, że „mimo, że urodził się zdrowy, to wskutek nabycia w szpitalu sepsy, doznał opóźnienia w rozwoju, stał się nadpobudliwy, ma opóźnioną mowę „

Nadto, w oparciu o treść art. 444 par. 1 k.c. powód o zasądzenie na jego rzecz kwoty 40.000 zł tytułem zwrotu wszystkich kosztów wynikłych ze szkody, w tym kosztów opieki nad nim, utraconych przez jego matkę zarobków za okres 3 lat i 4 miesięcy, kiedy to zmuszona była sprawować nad nim osobistą opiekę, kosztów dojazdów na leczenie i hospitalizację. Natomiast na wysokość żądanej renty składają się koszty opieki nad nim, koszty dowozu do poradni psychologiczno – pedagogicznej, a następnie – do szkoły określonego typu.

Wbrew stanowisku powoda, Sąd w oparciu o opinie biegłych ustalił, że zakażenie mogło mieć charakter poza szpitalny. Jednakże nawet w tym przypadku, jeśli nie za zakażenie, to za dopuszczenie do jego skutków Sąd przypisał winę umyślną działaniom i zaniechaniom lekarzy pozwanego Szpitala, a pozostałemu personelowi Szpitala niedbalstwo, będące przyczyną wszelkich następstw i powikłań stanu zdrowia powoda.

Słusznie pozwany w odpowiedzi na pozew podnosi, że dla uznania jego odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną powodowi, muszą być spełnione łącznie następujące przesłanki: wyrządzenie szkody przez lekarzy lub/ i personel pomocniczy, ich zawinione działanie lub zaniechanie, adekwatny (normalny) związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem /zaniechaniem, a wyrządzoną szkodą, wyrządzenie szkody przy wykonywaniu czynności powierzonej lekarzowi i personelowi.

Stwierdził pozwany nadto, że matka powoda nie miała w trakcie ciąży wykonanych badań wykluczających nosicielstwo czy skolonizowanie patogennymi bakteriami, że rozpoznano u niej infekcję dróg moczowych, jednakże wbrew jego twierdzeniom, była leczona. Niewykluczone jest, że przyczyną zakażenia powoda było istnienie tej infekcji u jego matki K. J. (1). O występowaniu stanu zakażenia u matki powoda w chwili porodu świadczy stan płynu owodniowego (wody płodowe), które nie były klarowne (stwierdzony stan: zielone), co wskazuje na septyczny (zakażony) poród.

Okoliczności te stanowiły podstawę do uznania zakażenia jako pozaszpitalnego, co odnotowano co odnotowano w Karcie rejestracyjnej zakażenia szpitalnego.

Winą pozwanego jest , że mimo stwierdzenia u niej nieprawidłowych odchodów w dniu 15.10.2004 roku , w diagnostyce pominięto cały panel badań bakteriologicznych mających na celu identyfikację drobnoustroju, który mógł wywołać proces zapalny w obrębie narządów rodnych. Powyższe pozbawiło kolejnych lekarzy diagnozujących i leczących powoda jakichkolwiek możliwości identyfikacji tego drobnoustroju, co w istotny sposób utrudnia stwierdzenie, czy infekcja matki i dziecka była wywołana tym samym drobnoustrojem, a to – zdaniem biegłych – jest wysoce prawdopodobne (k.243). Takie działania zaniechania ze strony personelu pozwanego , w opinii biegłych są „zastanawiające”, „niezrozumiałe”. Diagnostykę kliniczną infekcji połogowej prowadzono niefachowo i chaotycznie, a dokumentacja lekarska prowadzona była niestarannie , lakonicznie odbiegając od standardów , logika postępowania lekarskiego ”skleja się bardzo trudno, a czasem nietrafnie ‘,” tymczasem powód z tego szpitala nie wyszedł bez szwanku”(k.244-245). Proces diagnostyczny leczniczy, jakiemu poddana została matka powoda po porodzie przeprowadzony został dość nieudolnie. Przyjąwszy na powrót powoda do leczenia swoim Szpitalu, pozwany wdrożył leczenie małoletniego nie zapoznając się z wynikami badań laboratoryjnych wykonanymi w (...) w J. w dniu 22 listopada. Powyższe ,zdaniem Sądu wywiedzionym z opinii biegłych ,miało niewątpliwy wpływ na dalszy sposób leczenia małoletniego, a ostatecznie przełożyło się na jego stan zdrowia : niepełnosprawność, opóźnienie w rozwoju, konieczność jego wspomagania. W warunkach polskich zakażenie bakterią K. dotyczy przeciętnie 33,2 procent zdrowych, donoszonych noworodków urodzonych szpitalu. Personel pozwanego winien był zatem być przygotowany do zdiagnozowania i leczenia takich przypadków, tym bardziej mając na uwadze, że najgroźniejszy jest przebieg zakażenia tą bakterią , gdy noworodek przez dłuższy okres przebywa w środowisku szpitalnym, gdyż nabiera wówczas odporności na większość dostępnych antybiotyków , zatem nie -jak wskazał na przyczynę powrotu choroby -wobec przebywania dziecka środowisku domowym. Przy najmniejszym podejrzeniu zakażenia K. pneumoniae trzeba działać natychmiast i obok czynności diagnostyczno leczniczych wykonać działania epidemiologiczne mające na celu wykrycie źródła zakażenia. Szpital tego zaniechał.

Zarzucił też pozwany, że poród odbywał się w obecności rodziny ,a obecna przy porodzie osoba towarzysząca nie jest wcześniej diagnozowana, tj . nie ma wykonywanego posiewu w kierunku nosicielstwa bakterii, nadto ,że dziecko po postronnych (rodziny) i było karmione wyłącznie piersią. Ten zarzut brzmi o tyle absurdalnie, że to właśnie Szpital kształtuje standardy wymogów zachowań przy porodzie rodzinnym, to Szpital ma wiedzę ,jaki warunki muszą spełnić osoby trzecie współobecne przy porodzie. Jeśli dla uczestniczenia w porodzie rodzinnym u pozwanego wystarczy mieć na sobie świeżo uprane ubranie , kitel ochronny i ochronne buty i maseczkę, to D. J. w pełni spełnił te wymogi, i tak wyekwipowany przez pielęgniarki został wpuszczony na salę porodową.

Interwient uboczny działający po stronie pozwanego w swym pierwszym piśmie procesowym stwierdził, że powód winien w pierwszej kolejności udowodnić winę pozwanego , wtedy możliwe jest dowodzenie wysokości poszczególnych roszczeń. Przychylił się do wskazań w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 7.05.2008 roku (II CSK 4/08, Lex nr 424363) ”dopiero czyn bezprawny może być oceniany kategoriach czynu zawinionego w rozumieniu art.415 k.c. Bezprawność czynu oznacza jego sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym. Winę natomiast można przypisać sprawcy czynu w sytuacji, w której istnieją podstawy do negatywnej oceny jego zachowania z punktu widzenia zarówno obiektywnego, jaki subiektywnego „. Właśnie w tak postawioną tezę wpasowuje się zachowanie pozwanego. Oczywiście jest, że szpital, nie może ponosić odpowiedzialności odszkodowawczej za każde powikłanie występujące w toku leczenia pacjenta, bądź w toku porodu, gdyż wiązałoby się to z jego odpowiedzialnością absolutną (art.444 par. 1 i 2k.c. oraz 445 par.1 k.c.). Warunkiem jego odpowiedzialności jest przypisanie mu winy za powstanie szkody (art.415 k.c.), a ta , w niniejszym postępowaniu została wykazana. W tej sprawie kluczowe wydaje się orzeczenie Sądu Najwyższego z 9.12.1981 roku, w myśl którego lekarz na podstawie uzyskanej wiedzy i dostępnej w publikacjach medycznych ogólnych lub specjalistycznych powinien liczyć się z możliwością powstania określonego schorzenia. Powinien znać sposoby ujawnienia tego schorzenia oraz sposób jego leczenia, które to działania podjęte we właściwym czasie mogłyby uchronić organizm ludzki przed nieodwracalnymi , niekorzystnymi zmianami (wyrok SN I CR 335/81, LEX nr 8379).

Zespół biegłych z zakresu ginekologii, położnictwa i neonatologii krytycznie wyraził się o rzetelności prowadzonej dokumentacji lekarskiej, co skutecznie uniemożliwia odtworzenie myśli medycznej i koncepcji diagnostyczno-terapeutycznej, jaka została zastosowana wobec pacjentki. Wobec pojawienia się zielonych wód płodowych, lekarze winni byli powiązać ten fakt z patologią położniczą i wdrożyć intensywny nadzór nad płodem w czasie porodu z zastosowaniem kardiografii. Stwierdzony przez biegłych brak wdrożenia tego systemu, nad którym biegli – jak twierdzili nie mogą przejść obojętnie, poczytali jako poważne odstępstwo od dobrej praktyki lekarskiej. Według opinii biegłych wysoka punktacja w skali A. (powód uzyskał maksymalną punktację) silnie dodatnio koreluje z rozwojem dzieci w okresie postnatalnym, dzieci, które uzyskały wysoką punktację w skali A. dobrze rozwijają się w życiu pozalodowym. Mimo dobrego stanu pourodzeniowego powoda biegli krytycznie ocenili sposób prowadzenia jego porodu. Nie zostały bowiem zastosowane wszystkie możliwe do zastosowania procedury medyczne, które uczyniłyby poród bezpieczniejszym i bardziej zbliżonym do fizjologicznego, określili wręcz poród jako tzw. poród uliczny, a jako taki bardziej obciążający dla płodu, co jednak w tym przypadku nie miało wpływu na dalsze losy powoda. Proces diagnostyczny i leczniczy, jakiemu poddana została matka powoda po porodzie przeprowadzony został dość nieudolnie. Oczywiście to nie K. J. jest powódką w niniejszej sprawie, jednakże sposób jej leczenia i diagnozowania jest potwierdzeniem standardów w Szpitalu pozwanego w okresie przebywania tam małoletniego P. J., na którego stan zdrowia przełożyły się niewłaściwe diagnozowanie i leczenie jego matki.

Zgodnie z art. 445 § 1 k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Ustawodawca wskazał, że suma pieniężna przyznana tytułem zadośćuczynienia powinna być odpowiednia, nie określił jednak zasad ustalania jej wysokości.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że o rozmiarze należnego zadośćuczynienia decyduje rozmiar doznanego krzywdy, zadośćuczynienie ma bowiem na celu naprawienie szkody niemajątkowej, wyrażającej się doznaną krzywdą w postaci cierpień fizycznych i psychicznych. Niedający się ściśle wymierzyć charakter krzywdy sprawia, że ustalenie jej rozmiaru, a tym samym i wysokość zadośćuczynienia zależy od oceny sądu. Ocena ta powinna uwzględniać całokształt okoliczności sprawy, nie wykluczając takich czynników, jak np. wiek poszkodowanego oraz postawa sprawcy, w tym przypadku bezkrytyczne stanowisko pozwanego wobec błędów, uchybień i zaniechań swojego personelu. Przy ustalaniu rozmiaru cierpień powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny, odniesione jednak do indywidualnych okoliczności zdarzenia, z którego wywodzą się (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 września 2010r., II CSK 94/10, OSNC 2011, nr 4, poz. 44).

Oceniając rozmiar doznanego krzywdy, trzeba zatem wziąć pod rozwagę całokształt okoliczności, w tym rozmiar cierpień fizycznych i psychicznych, ich nasilenie i czas trwania, nieodwracalność następstw zdarzenia, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiową oraz inne czynniki podobnej natury (zob. uchwała pełnego składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973r., III CZP 37/73, OSNCP 1974, nr 9, poz. 145 oraz wyroki Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 1965r., II PR 280/65 OSNCP 1966, nr 10, poz. 168, z dnia 4 czerwca 1968r., I PR 175/68, OSNCP 1969, nr 2, poz. 37, z dnia 10 października 1967r., I CR 224/67, OSNCP 1968, nr 6, poz. 107, z dnia 19 sierpnia 1980r., IV CR 238/80, OSNCP 1981, nr 5, poz. 81, z dnia 30 stycznia 2004r., I CK 131/03, OSNC 2005, nr 2, poz. 40, z dnia 28 czerwca 2005r., 2006r., z dnia 14 lutego 2008r., II CSK 536/07, OSP 2010, nr 5, poz. 47, z dnia 26 listopada 2009r., III CSK 62/09, OSNC-ZD 2010, nr C, poz. 80 i z dnia 28 stycznia 2010r., I CSK 244/09, nie publ.).

W orzecznictwie i w piśmiennictwie przyjmuje się, że zadośćuczynienie pełni funkcję kompensacyjną, przyznana bowiem suma pieniężna ma stanowić przybliżony ekwiwalent poniesionej szkody niemajątkowej. Powinna ona wynagrodzić doznanego cierpienia fizyczne i psychiczne, aby w ten sposób przynajmniej częściowo przywrócona została równowaga zachwiana na skutek popełnienia czynu niedozwolonego. Funkcja kompensacyjna powinna mieć istotne znaczenie dla ustalenia wysokości zadośćuczynienia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 września 2010r., II CSK 94/10).

W latach 60 ubiegłego stulecia w orzecznictwie ukształtował się jednak pogląd, że wysokość zadośćuczynienia powinna być utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających warunkom i przeciętnej stopie życiowej

społeczeństwa, dochodziło przy tym do odnoszenia wysokości zasądzonych zadośćuczynień do rzeczywistej stopy życiowej uprawnionego i jego rodziny, z którą pozostawał we wspólnym gospodarstwie domowym (zob. orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 24 czerwca 1965r., I PR 203/65, OSPiKA 1966, nr 4, poz. 92). Jego konsekwencją – na co wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 stycznia 2004r., I CK 131/03 (OSNC 2005, nr 2, poz. 40) – była utrzymująca się tendencja do zasądzenia skromnych sum tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

W ostatnich latach Sąd Najwyższy, w dążeniu do przełamania tej tendencji, w swoich orzeczeniach wielokrotnie podkreślał, że ze względu na kompensacyjny charakter zadośćuczynienia jego wysokość musi przedstawiać odczuwalną wartość ekonomiczną, adekwatną do warunków gospodarki rynkowej. Zwracał uwagę, że nie można akceptować stosowania taryfikatora i ustalania wysokości zadośćuczynienia według procentów trwałego uszczerbku na zdrowiu, że zdrowie ludzkie jest dobrem o szczególnie wysokiej wartości, w związku z czym zadośćuczynienie z tytułu uszczerbku na zdrowiu powinno być odpowiednio duże. Nawiązując do praktyki zapoczątkowanej orzeczeniem z dnia 24 czerwca 1965r., I PR 203/65 (OSPiKA 1966, nr 4, poz. 92), Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 stycznia 2004r., I CK 131/03, podkreślił, że powołanie się przy ustalaniu zadośćuczynienia na potrzebę utrzymania jego wysokości w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, nie może prowadzić do podważenia kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 18 listopada 1998r., II CKN 353/98, nie publ., z dnia 29 października 1999r., I CKN 173/98, nie publ., z dnia 12 października 2000r., IV CKN 128/00, nie publ., z dnia 11 stycznia 2001r., IV CKN 214/00, nie publ., z dnia 12 września 2002r., IV CKN 1266/00, nie publ., z dnia 11 października 2002r., I CKN 1065/00, nie publ., z dnia 10 lutego 2004r., IV CK 355/02, nie publ., z dnia 27 lutego 2004r., V CK 282/03, nie publ., z dnia 28 czerwca 2005r., I CK 7/05, nie publ., z dnia 10 marca 2006r., IV CSK 80/05, OSNC 2006, nr 10, poz. 175 i z dnia 9 listopada 2007r., V CSK 245/07, i z dnia 28 stycznia 2010r., I CSK 244/09 nie publ.).

W orzecznictwie oraz w piśmiennictwie przyjmuje się, że suma pieniężna przyznana tytułem zadośćuczynienia ma stanowić przybliżony ekwiwalent poniesionej szkody niemajątkowej, powinna zatem wynagrodzić poszkodowanemu doznane przez niego cierpienia fizyczne i psychiczne oraz ułatwić przewyciężanie ujemnych przeżyć. W żadnym wypadku nie można np. ograniczyć stosownego zadośćuczynienia aby twierdzić, że dziecko ze względu na wiek odczuwało tylko cierpienia fizyczne. Okoliczność, że nie miało ono jeszcze ukształtowanej psychiki nie może oznaczać, iż nie doznawało również cierpień psychicznych. Zresztą nawet przy przyjęciu, że dziecko doznawało jedynie cierpień fizycznych, okoliczność ta nie może tylko z tego powodu prowadzić do obniżenia wysokości zadośćuczynienia, ze względu przede wszystkim na skutek niewłaściwego leczenia powoda w pozwanej placówce. Zasada umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia nie może oznaczać przyzwolenia na lekceważenie bezcennych wartości jak zdrowie lub integralność cielesna, a okoliczności wpływające na określenie tej wysokości i kryteria ich oceny muszą być zawsze rozważane indywidualnie w związku z konkretną osobą poszkodowanego i jego sytuacją życiową (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007r., I CSK 384/07, nie publ.).

O charakterze kryteriów wyznaczających wysokość odpowiedniej sumy, o którym mowa w art. 445 § 1 k.c. sprawa, że możliwość zgłoszenia przez każdą ze stron ewentualnego zarzutu naruszenia tego przepisu przez zawyżenie lub zaniżenie wysokości przyznanego zadośćuczynienia dyscyplinują Sąd do rozważnego miarkowania kwoty przyznanej powodowi tytułem zadośćuczynienia za doznane szkody (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 26 listopada 1948r., C 859/48, (...) 1949, nr 11, s.127, z dnia 9 lipca 1970r., III PRN 39/70, OSNCP 1971, nr 3, poz. 53, z dnia 15 września 1999r., III CKN 339/98, OSNC 2000, nr 3, poz. 58, z dnia 29 października 1999r., I CKN 173/98, nie publ., z dnia 7 stycznia 2000r., II CKN 651/98, z dnia 12 października 2000r., IV CKN 128/00, nie publ., z dnia 22 marca 2001r., V CKN 1360/00, nie publ., z dnia 4 lipca 2002r., I CKN 837/00, nie publ., z dnia 6 czerwca 2003r., IV CKN 213/01, „Izba Cywilna” 2004, nr 5, s. 45, z dnia 30 stycznia 2004r., I CK 131/03, z dnia 27 lutego 2004r., V CK 282/03, nie publ., z dnia 18 listopada 2004r., I CK 219/04, nie publ., z dnia 15 lutego 2006r., IV CK 384/05, nie publ. i z dnia 17 września 2010r., II CSK 94/10).

Wobec poczynionych ustaleń według stanu rzeczy istniejącego na dzień wyrokowania i powyższych rozważań Sąd uznał za stosowne zasądzenie na rzecz małoletniego zadośćuczynienia wysokości 100.000, zł uznając dalej idące

żądanie za wygórowane. Określenie wysokości zadośćuczynienia według stanu rzeczy na dzień wyrokowania uzasadnia natomiast przyznanie odsetek dopiero od tej daty.

Oddalił też Sąd dalsze roszczenia powoda : zasądzenia na jego rzecz odszkodowania i renty.

W uzasadnieniu żądania zasądzenia odszkodowania powód oczekiwał zwrotu kosztów leczenia powoda , które zostały w poniesione przez jego rodziców od momentu jego zachorowania do dnia skierowania wezwania do zapłaty, bo z pewnością koszty takie zostały poniesione i Sąd nie neguje słuszności roszczenia w tym zakresie co do zasady. W skład kosztów wynikłych wskutek wywołania rozstroju zdrowia , o których mowa w art. 444 par.1 k.c. wchodzi nie tylko koszty leczenia w ścisłym tego słowa znaczeniu, lecz także wydatki związane z odwiedzinami chorego w szpitalu przez osoby bliskie . Odwiedziny te niezbędne są zarówno dla poprawienia samopoczucia chorego i przyśpieszenia w ten sposób leczenia, jak i dla kontaktu z lekarzami w celu uzyskania informacji i wskazówek o zdrowiu chorego i jego potrzebach. Odnosi się to zwłaszcza , gdy poszkodowanym jest dziecko i gdy chodzi o wizyty jego rodziców, które, zważywszy na wiek powoda były po prostu konieczne. Jednakże żądana przez powoda kwota odszkodowania , w żaden sposób nie została wykazana, zatem Sąd nie miał możliwości oceny zasadności żądania co do jego wysokości.

Analogicznie Sąd odniósł się do żądania zasądzenia renty. Bezsprzeczne winno być , że stan zdrowia małoletniego pociąga za sobą ponadstandardowe koszty utrzymania. Powód nie wykazał jednakże, na ile zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość. Zatem powództwo w tym zakresie oddalone zostało nie co do zasady, ale wobec braku wykazania zasadności żądania kwoty jak w pozwie ,a zarazem braku wykazania zasadności zasądzenia ewentualnie innej kwoty tytułem renty.

O kosztach postępowania Sąd orzekł po myśli art. 102 k.p.c.

Wynagrodzenie pełnomocnikowi powoda Sąd przyznał mając na uwadze zapis par. 19 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości za czynności adwokackie oraz ponoszenie przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (DZ. U. Nr 163 poz.1348 z późn. zm).

Kosztami sądowymi, od których powód był zwolniony Sąd obciążył pozwanego stosownie do zakresu , w jakim uległ on powodowi , tak odnośnie opłaty od pozwu, jak i kosztów opinii biegłych. Te ostatnie wyniosły łącznie 5.029,05 zł (543,40 zł, 1874 zł i 1993,20 zł, 618,45 zł).