

Sygn. akt I ACa 1024/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 lutego 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSA Bożena Wiklak (spr.)

Sędziowie: SA Joanna Walentkiewicz – Witkowska

del. SO Bożena Rządzińska

Protokolant: st. sekr. sąd. Grażyna Michalska

po rozpoznaniu w dniu 9 lutego 2017 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa **W. Z.**

przeciwko **(...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w J.**

o zadośćuczynienie

na skutek apelacji pozwanego Szpitala (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością

od wyroku Sądu Okręgowego w Kaliszu

z dnia 17 marca 2016 r. sygn. akt I C 1456/13

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od pozwanego Szpitala (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w J. na rzecz W. Z. kwotę 10.800 (dziesięć tysięcy osiemset) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.**

Sygn. akt I ACa 1024/16

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w Kaliszu zaskarżonym wyrokiem z dnia 17 marca 2016 r. zasądził na rzecz powódki W. Z. tytułem zadośćuczynienia: od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwotę 194.002,65 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 28 sierpnia 2013 r. do dnia zapłaty i od pozwanego Szpitala (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością kwotę 505.997,35 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 26 listopada 2015 r. do dnia zapłaty, 3 oddalił powództwo w pozostałej części i orzekł o kosztach procesu.

Powyższy wyrok został wydany na podstawie następujących ustaleń, które Sąd Apelacyjny podzielił i przyjął za własne:

Powódka W. Z. jest drugim z czworga dzieci A. i J. małżonków Z., pochodzi z trzeciej ciąży A. Z., z których jedna zakończyła się poronieniem. Cięża powódki przebiegała prawidłowo, nie była ciążą patologiczną ani ciążą wysokiego ryzyka. W czasie jednego z ostatnich badań USG przed porodem lekarz prowadzący stwierdził położenie miednicowe płodu, jednak z uwagi na potencjalną możliwość zmiany położenia dziecka do przewidywanego terminu porodu, nie sugerował rozwiązania ciąży za pomocą zabiegu cesarskiego cięcia.

Położenie miednicowe płodu wiąże się ze zwiększoną umieralnością i chorobowością w okresie okołoporodowym, dlatego poród cięciem cesarskim może zmniejszyć ryzyko powikłań okołoporodowych. Poród w położeniu podłużnym miednicowym, tzw. poród zabiegowy, jest możliwy drogą pochwową pod warunkiem, że rodząca jest wieloródką, a masa płodu nie przekracza 3500 g, przy czym przed podjęciem decyzji co do sposobu rozwiązania należy wykonać bezwzględnie badanie USG uwzględniające ocenę ułożenia główki płodu, która musi być przygięta. Badania USG wykonane w czasie ciąży nie mają w tej sytuacji żadnego znaczenia, ponieważ do dnia porodu położenie płodu może się zmieniać. W rekomendacjach (...) Towarzystwa Ginekologicznego zwrócono uwagę na czynniki istotne dla rokowania przy prowadzeniu porodu drogami naturalnymi w położeniu miednicowym, z których jednym z najważniejszych jest bezwzględna obecność przy porodzie doświadczonego operatora - lekarza o specjalizacji położniczej. Nieobecność przy porodzie lekarza posiadającego doświadczenie w prowadzeniu porodów drogą pochwową w przypadku położenia miednicowego płodu jest wymieniana w literaturze przedmiotu jako jeden z czynników stanowiących przeciwwskazanie do porodu drogą pochwową. Czynnikiem przemawiającym przeciwko prowadzeniu porodu z położenia miednicowego siłami natury jest również hipotrofia płodu, albowiem znaczna dysproporcja pomiędzy niewielkim korpusem płodu a znacznie większą główką dziecka przy niepełnym rozwarciu może spowodować problem z wytoczeniem główki. Poród z położenia miednicowego nie powinien być przyspieszony.

W II okresie porodu miednicowego, gdy płód urodzi się do kątów łopatek, powinno nastąpić podanie dożylnie 5 jednostek O., wówczas położna powinna ucisnąć główkę celem umożliwienia urodzenia barków i główki (tzw. metoda B.). Takie postępowanie znacznie zmniejsza ryzyko zarzucenia rączek i ułatwia płodowi pokonanie kanału rodneggo wzdłuż jego krzywizny. Przeprowadzenie porodu opisaną metodą wymaga doskonałej współpracy lekarza prowadzącego poród z położną.

W 2011 r. w województwie (...) wykonano 94% cięć cesarskich w położeniu miednicowym. Obecnie porodów z położenia miednicowego siłami natury nie prowadzi się prawie w ogóle.

W dniu 9 października 2010 r., A. Z. będąc w 37 tygodniu ciąży, została przyjęta na Oddział (...) Położniczy Szpitala (...) w J. z powodu bólu brzucha i gorszego samopoczucia. Lekarz ginekolog M. W., przyjmująca A. Z. na oddział szpitala, w badaniu fizycznym stwierdziła miednicowe położenie płodu, jednak nie podjęła decyzji o przeprowadzeniu badania USG celem dokonania oceny przygięcia główki płodu i masy płodu, decydując o kontynuowaniu porodu siłami natury, mimo że badanie USG było możliwe od przybycia pacjentki do szpitala do momentu rozpoczęcia II okresu porodu. Pacjentka około godz. 23:55 została umieszczona na sali porodowej, gdzie opiekę nad nią do godz. 6:10 sprawowały dwie położne. Lekarka M. W., prowadząca poród, pojawiła się na sali porodowej dopiero o godz. 6:10, mimo wymogu obserwacji pacjentki co 2-3 godziny, zalecając podłączenie kroplówki z O. celem nasilenia skurczów macicy. Zapisy KTG w czasie porodu były prawidłowe, nie świadczyły o niedotlenieniu płodu - w szczególności, w czasie skurczów macicy nie następował spadek tętna płodu. Lekarka prowadząca poród o godz. 6:50 poinformowała ordynatora oddziału W. B., pełniącego dyżur telefoniczny, o porodzie zabiegowym prowadzonym u A. Z., otrzymując zalecenie kontynuowania porodu siłami natury, a w przypadku jakichkolwiek wątpliwości, niejasności czy komplikacji - zalecenie kontaktu telefonicznego z ordynatorem.

Lekarka prowadząca poród nie posiadała specjalizacji położniczej. Nie skonsultowała z lekarzem nadzorującym - ordynatorem oddziału decyzji o aktywnym prowadzeniu porodu z kroplówką z O., mimo że w przypadku lekarza bez specjalizacji winien on w każdym przypadku przed podjęciem decyzji diagnostyczno - terapeutycznej konsultować takie decyzje z lekarzem dyżurnym. W dokumentacji lekarskiej przebiegu porodu brak wzmianki o podaniu dożylnym 5 jednostek O. w II fazie porodu.

Ordynator szpitala lekarz W. B. nie był obecny na sali porodowej w II fazie porodu A. Z., nie dotarł na salę porodową również bezpośrednio po porodzie, mimo że przyjechał już wówczas do placówki szpitalnej.

Powódka urodziła się w dniu (...) o godzinie 7:10, w stanie bardzo ciężkim, wiotka, nie wykazywała reakcji na bodźce. Po urodzeniu niezwłocznie zastosowano u niej oddech aparatem A., po którym podjęła akcję oddechową. Podano tlen

i umieszczono dziewczynkę w inkubatorze na Oddziale Noworodkowym Szpitala (...) w J.. U powódki rozpoznano zamartwicę A. 1, niedotlenienie wewnątrzmaciczne i obniżone napięcie mięśniowe. Dziecko ważyło około 2300 g.

Powódka w dniu 10 października 2010 r. została przetransportowana karetką na Oddział Patologii i Intensywnej Terapii Noworodków Wojewódzkiego Szpitala (...) w K., gdzie przebywała do dnia 9 listopada 2010 r. Została umieszczona w inkubatorze, stosowano u niej przez kilka dni tlenoterapię bierną, z uwagi na zaburzenie odruchu ssania była karmiona przez sondę żołądkową.

Badanie histopatologiczne łożyska wykonane po porodzie wykazało zawał błady łożyska, zmiany martwicze kosmków łożyska oraz liczne ogniska zwapnień. Do zawału bladego łożyska nie mogło dojść w czasie akcji porodowej, musiało to nastąpić w czasie trwania ciąży, jego skutkiem mogła być hipotrofia płodu.

W dniu 9 listopada 2010 r. powódkę przetransportowano do Kliniki (...) w P. z rozpoznaniem zespołu dziecka wiotkiego i zamartwicy. Powódka przebywała w ww. placówce do dnia 17 stycznia 2011 r. Rozpoznano u niej encefalopatię niedotlenieniowo - niedokrwinną, zaburzenia napięcia mięśniowego i zamartwicę ciężkiego stopnia, opóźnienie rozwoju psychoruchowego, a także ubytek przegrody przedsionkowej. W wyniku prowadzonego w Klinice leczenia i rehabilitacji stan neurologiczny dziecka uległ pewnej poprawie - szczególnie w zakresie kontaktu wzrokowego (śledzenie wzrokiem osób z otoczenia), dziecko próbowało się uśmiechać, płakało pod wpływem silnych bodźców z otoczenia oraz reagowało na dźwięki z otoczenia. Nastąpiła pewna poprawa w zakresie aktywności ruchowej, spontanicznej dziecka, jednak w dalszym ciągu dominowała senność i uboga motoryka. W wykonanym u powódki w dniu 7 grudnia 2010 r. badaniu nie stwierdzono wad wrodzonych metabolizmu.

W dniu 17 stycznia 2011 r. powódka została przetransportowana do Oddziału Dziecięcego (...) Centrum Medycznego w P., gdzie przebywała do dnia 21 stycznia 2011 r., celem dalszej obserwacji oraz nauki matki pielęgnacji, rehabilitacji i karmienia dziecka. Następnie została wypisana do domu.

Wykonane u powódki w dniu 4 lutego 2011 r. badanie genetyczne nie wykazało obecności mutacji genowej odpowiedzialnej za rdzeniowy zanik mięśni. W dniu 4 kwietnia 2011 r. w Klinice (...) w P. zdiagnozowano u powódki wrodzoną wadę serca w postaci dwóch małych ubytków przegrody międzyprzedsionkowej.

Od lutego 2011 r. powódka nieprzerwanie pozostaje pod opieką lekarza neurologa dziecięcego w ramach Poradni Neurologicznej w J. oraz lekarza specjalisty z dziedziny ortopedii i traumatologii w ramach (...) w J.. Z powodu wiotkiego niedowładu czterokończynowego oraz zaburzeń napięcia mięśniowego powódka była wielokrotnie hospitalizowana na Oddziale (...) w O. W., gdzie wykonywano wobec niej szereg ćwiczeń i zabiegów rehabilitacyjnych mających na celu przywrócenie bądź poprawę sprawności ruchowej. Dodatkowo powódka pozostaje pod opieką lekarza alergologa. W 2013 r. powódka uczestniczyła w zajęciach z terapii zajęciowej w związku z zaburzeniami integracji sensorycznej. Z uwagi na niepełnosprawność ruchową oraz opóźniony poniżej normy wiekowej rozwój psychomotoryczny, wobec dziewczynki w dniu 24 lutego 2014 r. wydano opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie i stymulowania psychofizycznego rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole. Dziewczynka, poza rehabilitacją ruchową, wymaga prowadzenia intensywnej stymulacji funkcji percepcyjno - motorycznych, poznawczych i mowy.

Orzeczeniem z dnia 21 marca 2011 r. powódka została zaliczona do osób niepełnosprawnych. Kolejnym orzeczeniem z dnia 17 czerwca 2014 r. powódkę zaliczono do osób niepełnosprawnych z adnotacją, że wymaga konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby i że spełnia przesłanki określone w ustawie Prawo o ruchu drogowym. Stopień niepełnosprawności ustalono do dnia 30 kwietnia 2016 r.

Obecnie małaletnia W. porusza się samodzielnie, przy ograniczonej sprawności ruchowej, chodząc na szerokiej podstawie jak kacuszka. Jest dzieckiem otyłym. Zaczęła mówić późno, obecnie odpowiada na proste pytania, choć niewyraźnie, a jej wymowa jest zrozumiała dla najbliższych, którzy na co dzień z nią przebywają. Nie wszystkie polecenia rozumie, mimo ich tłumaczenia. Nie odróżnia osób nieznanymi sobie od członków dalszej rodziny.

W ostatnich miesiącach zachowuje się nerwowo, nie słucha poleceń, na które reaguje złością. W sytuacjach, w których nie radzi sobie z problemami, przeżywa silne emocje, bardzo się denerwuje, kładzie się na podłogę i rozpacza. Dziewczynka rzadko sygnalizuje swoje potrzeby fizjologiczne, w związku z czym przez cały czas pozostaje pieluchowana. Wie, w jaki sposób korzystać z nocnika, ale bardzo rzadko zdarza się jej załatwić do niego swoje potrzeby, potrafi spędzić siedząc na nocniku 10-20 minut bez efektu. Zdarzyło się, że w czasie siedzenia na nocniku zasnęła. Nie dzieli się zabawkami z rodzeństwem i dziećmi w przedszkolu, gdzie nie uczestniczy we wspólnych zabawach. Nie skupia się. Odczuwa zmęczenie fizyczne przy chodzeniu po schodach, wtedy potyka się i upada, konieczne jest wniesienie jej na rękach przez rodzica. W czasie spacerów konieczne jest zabieranie ze sobą wózka, ponieważ dziewczynka szybko się męczy i nie jest w stanie samodzielnie się poruszać. Nie ubiera się ani nie rozbiera się samodzielnie. Zaczyna rysować i malować, lubi się kąpać. Bardzo lubi bawić się lalkami, na których pokazuje ćwiczenia, jakie wykonuje w ramach rehabilitacji. Nie interesuje się bajkami w telewizji ani czytanyimi jej przez matkę, jak również muzyką czy komputerem. Jest dzieckiem mało samodzielnym. Obecnie pozostaje na poziomie rozwoju dziecka w wieku 2,5-3 lat.

Z uwagi na zagrożenie zapaleniem opon mózgowych, usunięto jej wszystkie zęby mleczne, co zrodziło konieczność podawania pokarmów zmiksowanych. Przy pokarmach o bardziej płynnej egzystencji wymaga pomocy przy karmieniu, ponieważ nie potrafi ich spożywać samodzielnie bez rozlewania. Na niektóre potrawy jest uczulona, mimo że je lubi i chętnie zjada. Płynny pije przez smoczek. Dziewczynka od około 3 lat ma wadę wzroku. Często choruje na choroby wirusowe, przechodziła ospę, półpasiec, zapalenie uszu, ma mieć usunięty „trzeci migdał”. W ciągu roku 4-5 razy jest hospitalizowana w ramach trzytygodniowych turnusów rehabilitacyjnych, w szpitalu przebywa sama, ponieważ jej matka musi zająć się pozostałym trojgiem małych dzieci. W. bardzo przeżywa rozłąkę z najbliższymi, mimo codziennych rozmów telefonicznych z matką.

W. nie radzi sobie z problemami, z którymi potrafi poradzić sobie jej 2-letnia siostra, jest to widoczne w czasie wspólnych zabaw dzieci, kiedy młodsza siostra odbiera jej zabawkę. Woli bawić się sama, bo nie może nadążyć za zabawą z pozostałymi dziećmi. Obecnie dziewczynka chodzi do przedszkola zintegrowanego, ale radzi sobie w nim bardzo słabo. Dzieci różnie na nią reagują, w większości jest odsuwana przez rówieśników - sytuacja ta miała miejsce szczególnie w „normalnym” przedszkolu, do którego uprzednio uczęszczała.

W trakcie porodu u małej W. doszło do ciężkiego niedotlenienia centralnego układu nerwowego, tj. encefalopatii niedotlenieniowo - niedokrwiennej. Jego skutkiem są zaburzenia czynności układu nerwowego ośrodkowego wyrażające się obniżeniem napięcia mięśniowego oraz opóźnieniem rozwoju psychoruchowego małej W. w stosunku do normy wiekowej. Okoloporodowe niedotlenienie mózgu skutkuje trwałymi zaburzeniami czynności układu nerwowego - przejawia się to w opóźnionym rozwoju ruchowym oraz obniżonym rozwoju funkcji umysłowych i poznawczych, w tym znacznie opóźnionym rozwoju mowy. Skutki niedotlenienia powódka będzie odczuwać do końca życia, choć ostateczny ich rozmiar obecnie jest trudny do precyzyjnego określenia. Z powodu zaburzeń rozwoju mała W. musi być stale poddawana rehabilitacji i terapii wspomagającej rozwój, w związku z czym konieczne są jej częste pobyty na Oddziale Rehabilitacyjnym, które wyłączają dziewczynkę ze środowiska rówieśniczego i rodzinnego, wymuszając pewien reżim działań terapeutycznych, co istotnie rzutuje na jej codzienne życie. U małej W. nie występują przy tym ograniczenia mechaniczne w narządzie ruchu do wykonywania jakichkolwiek czynności, natomiast opóźnienie aktywności ruchowej i psychicznej dziewczynki w stosunku do normy wiekowej występuje ze względu na deficyty w zakresie koordynacji i kontroli ruchu oraz ze względu na opóźnienie rozwoju funkcji psychicznych. Nie sposób przewidzieć, czy i kiedy nastąpi w tym zakresie „zrównanie” grupą rówieśniczą. Powódka wymaga okresowych kontroli neurologicznych (praktycznie do końca życia), opieki rehabilitacyjnej (przynajmniej do osiągnięcia dojrzałości) i psychologiczno - pedagogicznej, zgodnie z wymogami systemu (do zakończenia nauki).

Z punktu widzenia neurologicznego uszczerbek na zdrowiu powódki wynosi 50%, na którą to ocenę składają się zaburzenia funkcji ruchowych i mowy.

Z punktu widzenia psychologicznego u małej W., na skutek niekorzystnych warunków związanych z porodem, występuje opóźniający się przebieg rozwoju funkcji poznawczych i dojrzałości życiowej. Dziewczynka samodzielnie stawiała w 2 roku życia, chodzić zaczęła po upływie 2,5 roku życia. W dużej mierze rozumie i spełnia proste polecenia, jednak nie opanowała mowy w stopniu umożliwiającym jej komunikowanie się bez przeszkód z otoczeniem. Z usposobienia jest dzieckiem pogodnym, spokojnym i stabilnym emocjonalnie, ufnym wobec otoczenia i bezpośrednim. Dla uzyskania poprawy stanu psychicznego konieczne jest pozostawanie w dalszym ciągu w kontakcie terapeutycznym z psychologiem, pedagogiem i logopedą. Czas trwania zabiegów korekcyjnych przewiduje się wprawdzie na okres nauki, jednak trudno wykluczyć zaistnienie sytuacji, w której może dojść do konieczności jego przedłużenia w czasie późniejszym ze względu na ewentualne powikłania neurologiczne czy trudności w procesie adaptacji społecznej. Obecnie dziewczynka, z powodu nieświadomości własnych braków rozwojowych, dobrze odnajduje się w nowych warunkach społecznych, jednak jej zachowanie prawdopodobnie ulegnie zmianie na gorsze, kiedy dojdzie do uświadomienia tych braków. Może to nastąpić w późniejszym okresie rozwojowym, około 12 roku życia, kiedy dziecko uzyskuje zdolność myślenia refleksyjnego. W toku tworzenia się poczucia tożsamości, przy niekorzystnym spostrzeganiu siebie na tle rówieśników, może dojść do bolesnego przeżywania swojej mniejszej wartości, z czym wiąże się narastanie różnego rodzaju trudności przystosowawczych i emocjonalnych. U powódki tego rodzaju negatywna prognoza staje się wysoce prawdopodobna z uwagi na występowanie zmian organicznych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego.

Z punktu widzenia psychiatrycznego, w związku z niedotlenieniem okołoporodowym u małej W. zaistniały mieszane specyficzne zaburzenia rozwojowe, stanowiące kombinację kilku zaburzeń rozwojowych, tj. mowy i języka, umiejętności szkolnych i funkcji motorycznych, które zwykle, choć nie zawsze, są skojarzone z pewnym ogólnym osłabieniem. Postawienie głównego rozpoznania nie jest możliwe, ponieważ żadne ze wskazanych zaburzeń nie przeważa. Do skutków zdarzenia związanego z nieprawidłowo prowadzonym porodem należy zaliczyć wszelkie negatywne konsekwencje powstałe w sferze zdrowia psychicznego powódki w okresie tuż po zdarzeniu, jak brak samodzielności psychicznej i fizycznej, konieczność zapewnienia stałej opieki i niepewne rokowania na przyszłość (dalsze pogorszenie się sprawności psychofizycznej, ubezwłasnowolnienie całkowite). W obecnym stanie wiedzy medycznej zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym są nieodwracalne. Ponieważ mała W. nadal znajduje się w okresie rozwojowym, dystans pomiędzy oczekiwaniami odpowiednimi do wieku i rozwoju a rzeczywistą jej sprawnością psychofizyczną i możliwością odgrywania ról społecznych ulegnie z czasem znacznemu powiększeniu. Odniesione przez powódkę obrażenia i inne negatywne dla jej zdrowia konsekwencje skutkują trwałym uszczerbkiem na jej zdrowiu psychicznym, wynoszącym 100%, z uwagi na encefalopatię i otępienie lub ciężkie zaburzenia z zaburzeniami zachowania i emocji, uniemożliwiające samodzielną egzystencję.

Z punktu widzenia ortopedycznego powódka w następstwie uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek niedotlenienia okołoporodowego nie doznała uszkodzenia struktury narządu ruchu ani jakiegokolwiek zaburzenia czynności, w związku z czym nie wymaga opieki w zakresie większym niż jej rówieśnicy. Nie ujawniły się również żadne skutki ortopedyczne zamartwicy, choć w przyszłości może dojść do powstania skrzywienia kręgosłupa i zaburzenia osi kończyn. Powódka nie odczuwa dolegliwości fizycznych. Wymaga systematycznej rehabilitacji w celu stymulacji napięcia mięśniowego, bez zaopatrzenia ortopedycznego. W przyszłości nie będzie mogła uprawiać sportu w formie bardziej zaawansowanej niż rekreacyjna. Pod względem ortopedycznym nie wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu.

Prawidłowa profilaktyka okołoporodowa, w tym wykonanie badania USG celem określenia masy płodu oraz przygięcia główki dziecka, uczestnictwo w porodzie z położenia miednicowego drogą pochwową lekarza doświadczonego w prowadzeniu takich porodów zabiegowych i posiadającego specjalizację z zakresu ginekologii i położnictwa, względnie podjęcie decyzji o wykonaniu cesarskiego cięcia u A. Z., z dużym prawdopodobieństwem zapobiegłoby skutkom w postaci niedotlenienia okołoporodowego u małej W. Z..

Pomiędzy pozwanym Szpitalem (...) w J. jako zamawiającym a lekarką M. W. (Indywidualna (...)) jako wykonawcą w dniu 1 października 2010 r. została zawarta umowa o świadczenie w siedzibie zamawiającego usług medycznych w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, w szczególności: diagnozowanie, badanie, prowadzenie

leczenia, sprawowanie opieki i nadzoru nad pacjentami przebywającymi na Oddziale G. - Położniczym w szpitalu w J. oraz wykonywanie innych zleceń wydanych przez zamawiającego zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, według ustalonego miesięcznego rozkładu usług uzgadnianego między stronami, pozostawanie poza siedzibą zamawiającego w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale G. - Położniczym w dniach uzgodnionych z Kierownikiem (...) oraz wykonywanie innych zleceń zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami według ustalonego miesięcznego rozkładu usług uzgadnianego między stronami umowy. Umowa została zawarta na czas określony do dnia 30 listopada 2010 r.

Pomiędzy pozwanym Szpitalem jako zamawiającym a W. B. (Indywidualna (...)) jako Wykonawcą w dniu 1 października 2010 r. została zawarta umowa, której przedmiotem było kierowanie i zarządzanie Oddziałem G. - Położniczym, świadczenie usług medycznych w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, w szczególności: diagnozowanie, badanie, prowadzenie leczenia, sprawowanie opieki i nadzoru nad pacjentami przebywającymi na Oddziale G. - Położniczym w szpitalu w J. oraz wykonywanie innych zleceń wydanych przez zamawiającego zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, według ustalonego miesięcznego rozkładu usług uzgadnianego między stronami umowy, pozostawanie poza siedzibą zamawiającego w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale G. - Położniczym w dniach uzgodnionych z Kierownikiem (...) oraz wykonywanie innych zleceń zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami według ustalonego miesięcznego rozkładu usług uzgadnianego między stronami umowy. Umowa została zawarta na czas określony do dnia 30 listopada 2010 r.

Pozwany Szpital (...) w J. łączyła z pozwanym (...) S.A. w W. umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2010 r. do dnia 31 grudnia 2010 r., potwierdzona polisą (...) - 015. Suma ubezpieczenia opiewała na kwotę 194.002,65 złotych. Szpital zawarł także dobrowolną umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Strony umowy rozszerzyły ochronę ubezpieczeniową ponad sumę gwarancyjną wynikającą z powołanej umowy o sumę 300.000 zł, pomniejszoną obecnie o kwotę dotychczasowej wypłaty z polisy, tj. 37.401,50 zł. Odpowiedzialność powyższa była w realiach niniejszej sprawy wyłączona z uwagi na fakt spowodowania szkody w następstwie wykonywania świadczeń zdrowotnych przez lekarzkę nieposiadającą wymaganej specjalizacji do prowadzenia porodu.

Orzeczeniem z dnia 16 lutego 2015 r. wydanym w sprawie (...)/W./2014 przez Okręgowy Sąd Lekarski Okręgowej Izby Lekarskiej w S. lekarz M. W. uznana winną tego, że w dniach od 9 do 10 października 2010 r. w Szpitalu (...) w J. przy ul. (...) nie dochowała należytej staranności podczas porodu pacjentki A. Z., co stało się przyczyną niedotlenienia wewnątrzmacicznego i urodzenia noworodka W. Z. w stanie bardzo ciężkim - zamartwicy, a w konsekwencji naraziło dziecko na poważne i nieodwracalne komplikacje zdrowotne. Obwinionej wymierzono karę pieniężną w wysokości 10.000 zł na rzecz Stowarzyszenia Pomocy (...) w S. przy ul. (...). (...). W uzasadnieniu orzeczenia uznano stopień zawinienia lekarki za znaczny, a skutki jej działania - za nieodwracalne dla dziecka i całej jego rodziny.

Postępowanie karne i dyscyplinarne przeciwko ordynatorowi Szpitala (...) w J. W. B. umorzono z powodu przedawnienia.

Postanowieniem Prokuratora Rejonowego w Jarocinie z dnia 30 marca 2011 r. postępowanie w sprawie podejrzenia popełnienia na szkodę powódki przestępstwa nieumyślnego narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia bądź ciężkiego uszczerbku na zdrowiu podczas porodu zostało umorzono wobec braku znamion czynu zabronionego.

Sąd Okręgowy oddalił wniosek pozwanego Szpitala (...) w J. o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) im. K. M. (1) w P. na okoliczność, czy postępowanie lekarzy było prawidłowe, co było przyczyną stanu zdrowia dziecka, w jakim stopniu ewentualne konkretne działania lekarzy przyczyniły się do złego stanu zdrowia dziecka po urodzeniu, czy jednoznacznie można określić, że wykonanie cięcia cesarskiego (w którym momencie można uznać, że były takie wskazania medyczne) mogło w pełni zapobiec skutkom związanym z patologią łożyska. W ocenie Sądu, na powyższe pytania w sposób pełny i wyczerpujący odpowiedzi udzielił biegły sądowy lekarz ginekolog B. P. (1), który w sporządzonych na użytek niniejszego postępowania opiniach pisemnych, jak i w czasie

dwukrotnego przesłuchania na rozprawie, w sposób jednoznaczny wskazał, że wykonanie zabiegu cięcia cesarskiego u A. Z. z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością pozwoliłoby na uniknięcie skutków w postaci niedotlenienia okołoporodowego małej W. Z..

Zdaniem biegłego fakt wystąpienia zawału błędnego łożyska w okresie ciąży, a nie porodu, miał ewentualnie wpływ na wagę płodu, oscylującą w chwili urodzenia na granicy hipotrofii, natomiast wystąpienie u małej powódki zamartwicy było spowodowane: 1) prowadzeniem porodu siłami natury, 2) przez lekarza nie posiadającego specjalizacji ginekologiczno- położniczej i 3) niedoświadczonego w tej materii oraz 4) zaniechaniem wykonania badania USG pozwalającego na ocenę przygięcia główki i masy płodu.

Sąd Okręgowy w świetle poczynionych ustaleń uznał powództwo zasadne. Wskazał, że odpowiedzialność pozwanego szpitala wynika z art. 430 k.c. regulującego odpowiedzialność podmiotu, który na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie podlegającej przy jej wykonywaniu jego kierownictwu i mającej obowiązek stosować się do jego wskazówek, odpowiada za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby. Sąd Okręgowy uznał, że niezależność zawodowa lekarza w zakresie sztuki medycznej nie sprzeciwia się stwierdzeniu stosunku podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. zachodzi tylko wówczas, gdy spełnione są przesłanki odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie: wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności. Nie jest przy tym wymagane, by związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza (personelu leczniczego) a powstałą szkodą został udowodniony w sposób pewny. Szczególnie w „procesach lekarskich” jest to bowiem niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości przypadków można mówić o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadziej o pewności czy wyłączności przyczyny. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działanie lub zaniechanie personelu było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony.

Przenosząc powyższe uwagi na grunt niniejszej sprawy, Sąd Okręgowy uznał za spełnione wszystkie przesłanki odpowiedzialności deliktowej pozwanego szpitala.

Lekarka przyjmująca A. Z. świadczyła usługi medyczne na podstawie umowy z pozwanym szpitalem. Ponadto dyżur telefoniczny pełnił wtedy lekarz, którego łączyła z pozwanym szpitalem umowa o świadczeniu usług medycznych, a nadto - o kierowanie i zarządzanie Oddziałem G.-Położniczym. Lekarka przyjmująca pacjentkę, a następnie prowadząca poród przed skierowaniem pacjentki na salę porodową nie wykonała badania USG, pomimo podania przez pacjentkę, że płód położony jest miednicowo, co było niezbędne w celu określenia dalszych działań związanych ze sposobem rozwiązania ciąży. Lekarka prowadząca poród nie posiadała wymaganej specjalizacji z zakresu położnictwa oraz nie skonsultowała z pełniącym dyżur telefoniczny ordynatorem szpitala decyzji o prowadzeniu porodu z użyciem O., kontaktując się z nim dopiero w czasie trwania II fazy porodu, kiedy to ordynator polecił prowadzenie porodu w dalszym ciągu siłami natury. W czasie akcji porodowej lekarka nie kontrolowała stanu pacjentki, pojawiła się na sali porodowej dopiero po 6 godzinach od ostatniej obserwacji. Dokumentacja lekarska nie zawierała również zapisu o podaniu pacjentce w II fazie porodu 5 jednostek O. celem przyspieszenia skurczów i umożliwienia urodzeniu główki płodu. Nie została również podjęta decyzja o wykonaniu zabiegu cesarskiego cięcia.

Powyższe nieprawidłowe decyzje personelu medycznego spowodowały, że powódka urodziła się w stanie niedotlenienia okołoporodowego - tzw. zamartwicy oraz niewydolności krążeniowej i oddechowej, otrzymując 1 pkt w skali A..

Sąd Okręgowy uznał, że pomiędzy skutkami dla zdrowia małej W. Z., a nieprawidłowym działaniem personelu pozwanego Szpitala zachodzi adekwatny związek przyczynowy. Prawidłowa profilaktyka okołoporodowa, w tym wykonanie badania USG celem określenia masy płodu oraz przygięcia główki dziecka, uczestnictwo w porodzie z położenia miednicowego drogą pochwową lekarza doświadczonego w prowadzeniu takich porodów zabiegowych i posiadającego specjalizację z zakresu ginekologii i położnictwa, względnie podjęcie decyzji o wykonaniu

cesarskiego cięcia u A. Z. z dużym prawdopodobieństwem zapobiegłyby bowiem skutkom w postaci niedotlenienia okołoporodowego u małoletniej powódki. Sąd Okręgowy podkreślił, że Okręgowy Sąd Lekarski Okręgowej Izby Lekarskiej w S. uznał, że lekarka prowadząca poród u pacjentki A. Z. nie dochowała należytej staranności, co stało się przyczyną niedotlenienia wewnątrzmacicznego i urodzenia noworodka W. Z. w stanie bardzo ciężkim – zamartwicy, a w konsekwencji naraziło dziecko na poważne i nieodwracalne komplikacje zdrowotne.

Odpowiedzialność pozwanego (...) S.A. wynika z zawartej z pozwanym Szpitalem umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy, który podpisał z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Minimalna suma ubezpieczenia za jedno zdarzenia wynosi 46.500 euro (tj. 194.002,65 zł w oparciu o kurs waluty euro ogłoszony przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w 2010 r.).

W ocenie Sądu Okręgowego stopień krzywdy, jakiej małoletnia powódka doznała na początku swojego życia wskutek nieprawidłowo przeprowadzonego u jej matki porodu, jest ogromny. W związku z niewydolnością oddechową – krążeniową, konieczne było podłączenie jej do maszyny wspomagającej oddech i trwająca ponad 3 miesiące hospitalizacja dziewczynki w placówkach w K. oraz w P., wynikająca z rozległego uszkodzenia mózgu – encefalopatii doznanej w następstwie niedotlenienia. Małoletnia W. jest dzieckiem znacząco opóźnionym w rozwoju psychofizycznym w stosunku do swojego wieku. Stwierdzono u niej dziecięce porażenie mózgowie, które rodzi konieczność wczesnego wspomagania jej rozwoju, aktualnie do momentu pójścia do szkoły. Dziewczynka pozostaje pod stałą kontrolą lekarza neurologa i ortopedy oraz poradni psychologiczno – pedagogicznej, kilkakrotnie w ciągu roku zmuszona jest przebywać przez okres każdorazowo 3 tygodni na oddziale rehabilitacyjnym, gdzie wykonywane są wobec niej zabiegi rehabilitacyjne z powodu wiotkiego niedowładu czterokończynowego oraz zaburzeń napięcia mięśniowego. Wiąże się to z rozłąką z najbliższą rodziną, szczególnie z sprawującą opiekę nad pozostałą trójką rodzeństwa matką, co dziewczynka za każdym razem bardzo przeżywa. Turnusy rehabilitacyjne wyłączają dziewczynkę ze środowiska rówieśniczego i rodzinnego, wymuszając reżim działań terapeutycznych, co istotnie rzutuje na jej codzienne życie. Opóźnienie aktywności ruchowej i psychicznej dziewczynki w stosunku do normy wiekowej występuje ze względu na deficyty w zakresie koordynacji i kontroli ruchu oraz ze względu na opóźnienie rozwoju funkcji psychicznych, w związku z czym nie sposób przewidzieć, czy i kiedy nastąpi w tym zakresie „zrównanie” grupą rówieśniczą. Leczenie neurologiczne powódki potrwa praktycznie do końca jej życia, konieczność korzystania z rehabilitacji – przynajmniej do końca okresu dojrzewania. W. jest dzieckiem niesamodzielnym w zakresie podstawowych czynności samoobsługowych. Ma problemy z poruszaniem się – przy wyjściach z domu konieczne jest używanie wobec niej wózka, nie zgłasza potrzeb fizjologicznych, w związku z czym przez cały czas nosi pieluchy, a także ma problemy z mową, którą rozumieją jedynie osoby na co dzień z nią przebywające. Mimo uczęszczania do przedszkola zintegrowanego, W. wykazuje problemy w kontaktach z innymi dziećmi – unika wspólnych zabaw, nie nadąża za grupą, nie radzi sobie z zachowaniami rówieśników, a także młodszego rodzeństwa, w sytuacji konfrontacji wycofując się i odchodząc. Widoczna jest u niej frustracja wynikająca z braku umiejętności radzenia sobie z emocjami, co przejawia się popadaniem w histerię, rzucaniem się na podłogę itd. Małoletnia jest również odrzucana przez środowisko rówieśnicze z uwagi na swoją „inność”, co w miarę upływu czasu będzie wywoływało w niej coraz większą frustrację i poczucie skrzywdzenia.

Małoletnią W. na samym początku jej życia uczyniono dzieckiem niepełnosprawnym fizycznie, ale przede wszystkim psychicznie, albowiem niedotlenienie okołoporodowe spowodowało u niej nieodwracalne uszkodzenie mózgu i wszelkie płynące stąd konsekwencje. Dziewczynka została tym samym bezpowrotnie pozbawiona szansy na prowadzenie normalnego życia, w tym na szczęśliwe i beztrudne dzieciństwo, a wskutek konieczności pozostawiania pod opieką osób trzecich – do końca swojego życia będzie uzależniona od świata zewnętrznego. Małoletnia powódka nigdy nie będzie funkcjonować na poziomie choćby zbliżonym do tego, na jakim funkcjonują jej rówieśnicy, nie dane jej również będzie uzyskanie w przyszłości wykształcenia czy też podjęcie pracy zarobkowej. Wprawdzie dziewczynka nie odczuwa cierpienia fizycznego, niemniej jednak rozmiar obiektywnych cierpień psychicznych, jakie towarzyszą jej każdego dnia i będą towarzyszyć do końca życia, jest bardzo duży. Zmiany, jakie zaszły w rozwoju fizycznym i psychicznym małoletniej powódki, będące następstwem uszkodzenia mózgu wskutek niedotlenienia okołoporodowego, mimo podejmowanej rehabilitacji i wczesnego wspomagania rozwoju, są nieodwracalne, a

rokowania co do minimalnej choćby poprawy stanu powódki – wysoce niepewne. Nie sposób również stwierdzić, w jaki sposób jej stan zdrowia zmieni się w miarę upływu czasu, w szczególności, czy nie ujawnią się dodatkowe schorzenia o charakterze neurologicznym, np. padaczka, co spowoduje zwiększenie rozmiaru doznanej przez nią krzywdy. Co więcej, ponieważ małaletnia powódka nadal znajduje się w okresie rozwojowym, dystans pomiędzy oczekiwaniami odpowiednimi do wieku i rozwoju a rzeczywistą jej sprawnością psychofizyczną i możliwością odgrywania ról społecznych ulegnie z czasem znacznemu powiększeniu. Biegli lekarze w sporządzonych na użytek niniejszego postępowania stwierdzili uszczerbek na zdrowiu powódki wynoszący odpowiednio 50% - biegły lekarz neurolog oraz 100% - biegły lekarz psychiatra.

Mając to wszystko na uwadze, Sąd Okręgowy uznał, że żądana przez powódkę kwota 700 000 zł stanowi odpowiednie zadośćuczynienie w rozumieniu art. 445 § 1 k.c. i zgodnie z żądaniem powódki część tej kwoty odpowiadającą wysokości sumy gwarancyjnej, t.j. kwotę 194.002,65 zł zasądził od pozwanego ubezpieczyciela, a pozostałą część, t.j. kwotę 505.997,35 zł - od pozwanego Szpitala.

Uzasadniając rozstrzygnięcie o kosztach procesu Sąd Okręgowy wskazał, że mając na uwadze stopień przegranej każdego z pozwanych, zasądził na rzecz powódki od pozwanego (...) S.A. w W. kwotę 1.455 zł, a od pozwanego Szpitala (...) w J. – kwotę 3.561 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego i nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Kaliszu od pozwanego (...) S.A. w W. – kwotę 10.557 zł, a od pozwanego Szpitala (...) w J. – kwotę 27.395 zł, tytułem zwrotu kosztów sądowych.

Powyższy wyrok został zaskarżony apelacją pozwanego Szpitala (...) w J. w części uwzględniającej powództwo w stosunku do tego pozwanego i obciążającej go kosztami procesu.

Apelujący zarzucił naruszenie:

1) art. 233 § 1 k.p.c. przez przekroczenie zasady swobodnej oceny dowodów i brak wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału dowodowego przez:

a) wyprowadzenie błędnego wniosku z opinii biegłego sądowego, w wyniku czego Sąd uwzględnił bezpodstawne powództwo, dokonując na podstawie zgromadzonych w sprawie dowodów błędnego ustalenia, że „wykonanie badania USG celem określenia masy płodu oraz przygięcia główki dziecka, uczestnictwo w porodzie (...) lekarza (...) posiadającego specjalizację z zakresu ginekologii położnictwa, względnie podjęcie decyzji o wykonaniu cesarskiego cięcia u A. Z., z dużym prawdopodobieństwem zapobiegłoby skutkom w postaci niedotlenienia okołoporodowego u małaletniej powódki” w sytuacji, gdy z przeprowadzonych dowodów wynika, że nie było wskazań do wykonania cięcia cesarskiego a podjęcie próby porodu naturalnego było zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej;

b) wyprowadzenie błędnego wniosku z opinii biegłego sądowego, że zachodzi adekwatny związek przyczynowy pomiędzy działaniem personelu pozwanego Szpitala, a skutkami dla zdrowia małaletniej), podczas gdy z zebranego materiału dowodowego wynika, że nie można tego jednoznacznie określić;

c) poprzez błędne uznanie, że biegły sądowy lekarz ginekolog B. P. udzielił odpowiedzi na pytania w sposób pełny i wyczerpujący, co poskutkowało oddaleniem wniosku pozwanego o przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego;

2) art. 217 § 1 k.p.c., art. 227 k.p.c. i art. 278 k.p.c. poprzez nieuzasadnione oddalenie wniosku o przeprowadzenie dowodu z treści pytań egzaminów PES z 2015 r. oraz opinii innego niezależnego biegłego z dziedziny ginekologii i położnictwa (Katedra i Zakład Medycyny Sądowej (...) im. K. M. w P.);

3) art. 278 k.p.c. poprzez wyznaczenie biegłego sądowego - lekarza ginekologa B. P. (1) – z tego samego terenu, na którym pozwany świadczy usługi, co może budzić uzasadnioną wątpliwość co do bezstronności biegłego;

4) błąd w ustaleniach faktycznych i brak ustalenia adekwatnego związku przyczynowo -skutkowego między działaniami personelu pozwanego a stanem zdrowia powódki;

5) art. 445 § 1 k.c. poprzez jego błędne zastosowanie i zasądzenie niewspółmiernie wysokiego zadośćuczynienia, nie uwzględniającego stopnia uszczerbku na zdrowiu poszkodowanej i stopnia winy sprawcy ;

6) art. 108 k.p.c. w zw. z 328 § 2 k.p.c. poprzez niejasne wskazanie w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku wysokości rozliczanych kosztów postępowania;

7) art. 328 § 2 k.p.c. poprzez brak wskazania podstawy prawnej oddalenia wniosku o przeprowadzeniu dowodu z treści pytań egzaminów PES z 2015r. oraz opinii innego niezależnego biegłego z dziedziny ginekologii i położnictwa (Katedra i Zakład Medycyny Sądowej (...) im. K. M. w P.);

Ponadto skarżący wniósł o:

1) przeprowadzenie dowodu z załączonych do apelacji opinii prof. dr hab. S. S. – Kierownika Kliniki (...) z Katedry Ginekologii, Położnictwa i Onkologii Ginekologicznej (...) im. K. M. (1) w P.;

2) wyłączenie biegłego sądowego B. P. (1);

3) zwrócenie się do Centrum Egzaminów Medycznych w Ł. o nadesłanie treści pytań z egzaminu PES z sesji wiosennej 2015 ze specjalizacji ginekologia i położnictwo wraz z prawidłowymi odpowiedziami i przeprowadzenie dowodu z tych pytań;

4) przeprowadzenie dowodu z niezależnej opinii biegłych z dziedziny ginekologii i położnictwa na okoliczność zgodności działań personelu Szpitala (...) Sp. z o.o. z ówczesną dostępną wiedzą medyczną oraz brakiem bezpośredniego związku działań tegoż personelu ze stanem zdrowia powódki - i zlecenie sporządzenia opinii w uniwersyteckiej Katedrze i Zakładowi Medycyny Sądowej.

W konkluzji skarżący wniósł o zmianę wyroku poprzez oddalenie powództwa co do pozwanego Szpitala (...) w J. i zasądzenie od powódki kosztów procesu, ewentualnie o uchylenie wyroku zaskarżonej w części i przekazanie sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania.

Powódka w odpowiedzi na apelację wniosła o oddalenie apelacji i zasądzenie od pozwanego Szpitala rzecz powódki kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie jest zasadna. Wbrew jej zarzutom Sąd pierwszej instancji przeprowadził postępowanie dowodowe w zakresie wystarczającym do rozpoznania istoty sprawy, poddał zebrane dowody ocenie spełniającej wymagania określone przez przepis art. 233 § 1 k.p.c., poczynił prawidłowe ustalenia i na ich podstawie wyprowadził trafne wnioski, słusznie uznając za wykazane wszystkie przesłanki odpowiedzialności deliktowej pozwanego szpitala.

Sąd Okręgowy słusznie uznał, że opinia biegłego ginekologa dr. B. P. (1) wyjaśniła wszystkie okoliczności pozwalające na ocenę postępowania personelu medycznego pozwanego Szpitala podczas porodu i prawidłowości podejmowanych decyzji.

Zapis dźwiękowy rozprawy z 10 marca 2016 r. wskazuje na to, że biegły udzielił odpowiedzi na wszystkie pytania zadane przez pełnomocnika pozwanego Szpitala, także dotyczące stanu łożyska. Wskazał, że nie doszło do błędnego zawału łożyska, a zmiany w łożysku mogły spowodować jedynie niską wagę płodu i nie były przyczyną niedotlenienia.

O wydolności łożyska świadczyły także prawidłowe zapisy kardiokardiofoniczne w czasie porodu.

Biegły B. P. błędów w postępowaniu personelu pozwanego Szpitala upatrywał w zaniechaniu wykonania badania USG pozwalającego na ocenę przygięcia główki i masy płodu, prowadzeniu porodu siłami natury przez lekarza nie

posiadającego specjalizacji ginekologiczno - położniczej i niedoświadczonego w tej materii oraz niepodaniu O. na początku II fazy porodu.

Skarżący nie zakwestionował twierdzeń opinii, przedstawionych z odwołaniem się do rekomendacji (...) Towarzystwa Ginekologicznego, że poród miednicowy powinien być prowadzony przez bardzo doświadczonego lekarza posiadającego specjalizację z dziedziny ginekologii oraz położnictwa i przy współpracy tego lekarza z drugim lekarzem, ewentualnie z położną. Gdyby pozwany Szpital zastosował się do tego wymogu nie zachodziłyby podstawy do postawieniu mu zarzutu niezachowania standardów przez to, że u matki powódki nie przeprowadzono cesarskiego cięcia.

Lekarz M. W. nie posiadała wymaganej specjalizacji, a zawarte w apelacji twierdzenie, że była doświadczonym lekarzem nie było przedmiotem dowodzenia i należy je uznać za gołosłowne. Z niezakwestionowanych w tym zakresie ustaleń wynika, że M. W. nie monitorowała stanu pacjentki i podczas I fazy porodu przy rodzącej nie był obecny żaden lekarz, a podczas II fazy porodu był obecny lekarz nie posiadający kwalifikacji do prowadzenia porodu miednicowego siłami natury. Wezwanie do porodu ordynatora jako lekarza nadzorującego nastąpiło z opóźnieniem.

Z dokumentacji medycznej nie wynika, że rodzącej podano O.. Wykazanego przez biegłego B. P. jako uchybienie ustalenia wskazującego na niepodanie O. w II fazie porodu apelujący nie zakwestionował.

O niezachowaniu standardów świadczy także odstąpienie od wykonania badania USG celem ustalenia położenia płodu i jego masy oraz przygięcia główki dziecka. Wykonanie tego badania pozwoliłoby na ocenę ryzyka wynikającego z prowadzenia porodu miednicowego siłami natury.

Należy podkreślić, że istnienie związku przyczynowego między przebiegiem porodu a stanem zdrowia powódki nie budzi wątpliwości nie tylko w świetle opinii biegłego B. P., lecz także w świetle pozostałych wydanych w sprawie opinii, t.j. opinii biegłych lekarzy z dziedziny neurologii, ortopedii i psychiatrii, które nie zostały zakwestionowane przez skarżącego. Opinie te jednoznacznie wskazały, że niedotlenienie okołoporodowe mózgu spowodowane nieprawidłowo prowadzonym porodem było przyczyną wystąpienia u powódki trwałych zaburzeń.

Nie można wykluczyć, że wykonanie badania USG, prowadzenie porodu przez doświadczonego lekarza o wymaganej specjalizacji, właściwe monitorowanie rodzącej, podanie O. w odpowiednim czasie i przy wymaganej w tym zakresie współpracy lekarza i położnej (vide opinia k. 135 – 136) zapobiegłoby niedotlenieniu płodu.

Podjęcie decyzji o prowadzeniu porodu siłami natury bez uprzedniego wykonania badania USG umożliwiającego ocenę ryzyka wynikającego z prowadzenia porodu miednicowego siłami natury, w świetle pozostałych wykazanych uchybień personelu medycznego pozwanego Szpitala, było nieprawidłowe. Opinia biegłego B. P. wyjaśniła wszystkie okoliczności uzasadniające wyprowadzenie takiego wniosku. Nie zachodziła zatem potrzeba dopuszczenia dowodu z opinii innego biegłego z dziedziny ginekologii i położnictwa.

Biegły B. P. posiada duże doświadczenie zawodowe, także w zakresie porodów miednicowych. Od 44 lat pracuje jako ginekolog – położnik, przez 12 lat sprawował funkcję ordynatora, a przez 18 lat – funkcję zastępcy ordynatora (zapis dźwiękowy protokołu rozprawy z 10 marca 2016 r.). Wnioski wyprowadzone przez tego biegłego w zakresie stwierdzającym istnienie wskazań do rozwiązania ciąży u rodzącej A. Z. cięciem cesarskim są zbieżne z wnioskami opinii prof. dr. hab. n. med. A. T., wydanej w postępowaniu przed Okręgowym Sądem Lekarskim w sprawie obwinionej M. W. (k. 234).

Wniosek o wyłączenie biegłego B. P. (1) nie zasługiwał na uwzględnienie jako spóźniony i niezasadny. Uzasadniając wniosek, apelujący wskazał, że na stronie internetowej (...) spółki z o.o., które pozostaje w stosunku konkurencyjności z pozwanym Szpitalem, dr. B. P. (1) jest wymieniony jako lekarz wchodzący w skład personelu Oddziału (...) Położniczego. Poza tym podniósł, że biegły w okresie od 1.09.2011 r. do 31.03.2015 r. pracował w (...) Centrum Medycznym w P. z dr. W. B., który obecnie sprawuje funkcję Kierownika Medycznego pozwanego Szpitala.

Skoro informacja o zatrudnieniu dr. B. P. (1) zawarta jest na powszechnie dostępnej stronie internetowej, brak było przeszkód do zgłoszenia wniosku o wyłączenie biegłego w postępowaniu przez Sąd Okręgowy, czego pozwany Szpital zaniechał. Pozwany Szpital nie złożył wniosku o wyłączenie biegłego, lecz wnioski o wydanie przez biegłego opinii uzupełniającej na piśmie, a następnie - opinii ustnej.

Skarżący, formułując zarzut wątpliwości co do bezstronności biegłego, nietrafnie powołał się na orzeczenie Sądu Najwyższego z 2.10.2015 r., II CSK 622/14). Orzeczenie to zapadło w odmiennym stanie faktycznym i odnosiło się do sytuacji, w których dochodzi do przychylności biegłych lekarzy wobec innych lekarzy, czyli do solidarności zawodowej.

Należy podnieść, że opinia pisemna została wydana 28.01.2014 r., a ustna opinia uzupełniająca - 20.03.2014 r. Jak wynika z twierdzeń apelacji w tym czasie dr W. B. nie pracował w pozwanym Szpitalu (...) w J., a Szpital (...) w J. nie był jeszcze stroną procesu, został bowiem dopozwany postanowieniem z 27 lipca 2015 r.

Nie można zatem zarzucić biegłemu, że wydając opinię kierował się solidarnością zawodową oraz że naruszył zasadę bezstronności.

Znajomość biegłego z zatrudnionym obecnie w pozwanym Szpitalu lekarzem, przy braku innych argumentów, które mogłyby budzić zastrzeżenia co do bezstronności biegłego, nie stanowiła dostatecznej podstawy do wyłączenia biegłego. Takiej podstawy nie stanowi także zarzut pozostawania w stosunku konkurencyjności pracodawcy biegłego z innym Szpitalem, który w dacie opiniowania nie był stroną procesu.

Niezasadne są także zarzuty dotyczące oddalenia wniosku o przeprowadzenie dowodu z treści pytań egzaminacyjnych z dziedziny położnictwa i ginekologii. Skarżący podniósł, że kształcenie lekarzy opiera się na twierdzeniu, że u wieloródki w przypadku miednicowego położenia płodu właściwym postępowaniem jest podjęcie porodu siłami natury. Wykazaniu tego twierdzenia miał służyć dowód z treści pytań egzaminacyjnych.

Treść testu egzaminacyjnego z dziedziny położnictwa i ginekologii w podnoszonym przez pozwanego zakresie była przedmiotem pytań zadawanych biegłemu B. P. na rozprawie 10 marca 2016 r. Z udzielonych przez biegłego wyjaśnień wynika, że pytanie testu dotyczące porodu w położeniu miednicowym płodu było mu znane. Biegły wskazał, że ze sformułowanego pytania nie wynika, że w przypadku miednicowego położenia płodu właściwym postępowaniem jest podjęcie porodu siłami natury. Pytanie dotyczyło bowiem tego, jaką czynność należy podjąć w przypadku porodu miednicowego prowadzonego siłami natury. Prawidłowa odpowiedź powinna brzmieć „wykonać manewr ucisku dna miednicy”. Z tak sformułowanego pytania nie można zatem wyprowadzać wniosków zgodnych z twierdzeniami skarżącego.

Z przedstawionych przez biegłego danych statystycznych dotyczących tylko wieloródek wynika, że 94 % porodów miednicowych województwie (...) kończono cesarskim cięciem. Także dane statystyczne przytoczone w apelacji, z których wynika, że w (...) w P. 84 % ciąży - bez rozgraniczenia pierworódek i wieloródek - jest rozwiązywana cesarskim cięciem, wskazują na to, że prowadzenie porodu miednicowego siłami natury ma miejsce w przypadku niewielkiego odsetka porodów. Zebrane w sprawie dowody wskazują na to, że zastosowanie u matki powódki tego sposobu rozwiązania ciąży było wynikiem błędnej decyzji.

W świetle powyższych uwag za zbędne należało uznać uzupełnienie postępowania dowodowego w kierunku postulowanym przez skarżącego.

Odnośnie do załączonego do apelacji dokumentu w postaci opinii prof. dr. hab. S. S. dodatkowo należy podnieść, że opinia ta jako dokument prywatny stanowiła jedynie uzupełnienie stanowiska strony pozwanej.

Niezasadny okazał się także zarzut obrazy art. 328 § 2 k.p.c. poprzez niejasne wskazanie wysokości rozliczanych kosztów postępowania. Wprawdzie Sąd Okręgowy nie określił łącznej wysokości kosztów, jednak wyjaśnił w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, że orzekając o kosztach procesu miał na uwadze stopień, w jakim każdy z pozwanych uległ w procesie.

Od pozwanego Szpitala została zasądzona kwota 505.997,35 zł, która stanowi 72% zasądzonej łącznie kwoty 700.000 zł. Nieuiszczonymi kosztami sądowymi, od których powódka w całości została zwolniona (opłata od pozwu – 35.000 zł i koszty opinii) pozwany został obciążony w takiej części.

Suma kwot zasądzonych na rzecz powódki od obu pozwanych tytułem kosztów zastępstwa procesowego wynosi 5.016 zł. Kwota ta mieści się w granicach określonych przepisami § 2 ust. 2 i § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 28.09.2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie...(j.t. Dz.U. 2013.461 ze zm.). Zasądzona od pozwanego Szpitala kwota 3.561 zł odpowiada zakresowi jego przegranej.

Za nietrafny należało uznać zarzut naruszenia art. 445 § 1 k.c. Obrazy tego przepisu skarżący upatrywał w tym, że Sąd Okręgowy, określając wysokość należnego powódce zadośćuczynienia nie uwzględnił stopnia uszczerbku na zdrowiu powódki oraz stopnia winy sprawcy. Rozwijając ten zarzut w części motywacyjnej apelacji, skarżący ograniczył się do podniesienia, że przy ocenie wysokości zadośćuczynienia pominięto to, że powódka nie odczuwa cierpienia fizycznego.

Należy podkreślić, że określenie wysokości zadośćuczynienia stanowi atrybut Sądu pierwszej instancji. Wyważenie odpowiedniej kwoty, w relacji do okoliczności sprawy, należy do swobodnego uznania sędziowskiego. Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Sąd drugiej instancji może korygować wysokość zadośćuczynienia tylko wówczas, gdy zadośćuczynienie jest niewspółmiernie nieodpowiednie jako rażąco wygórowane lub rażąco niskie (tak Sąd Najwyższy m.in. w wyroku z 18 listopada 2004 r., I CK 2019/03).

Wbrew zarzutom apelacji, Sąd Okręgowy przy ocenie należnego powódce zadośćuczynienia wnikliwie rozważył wszystkie okoliczności decydujące o wysokości zadośćuczynienia, nie pomijając tego, że powódka nie odczuwa cierpienia fizycznego (vide str. 17 uzasadnienia zaskarżonego wyroku).

Sąd ten podniósł, że wprawdzie dziewczynka nie odczuwa cierpienia fizycznego, niemniej jednak rozmiar cierpienia psychicznego, jakie towarzyszą jej każdego dnia i będą towarzyszyć do końca życia, jest bardzo duży. Podzielając to stanowisko należy w całości podzielić argumenty przedstawione na str. 16 – 18 uzasadnienia zaskarżonego wyroku, które zdaniem Sądu Okręgowego, przemawiały za taką oceną.

Należy podnieść, że w sprawach o zadośćuczynienie miernikiem należnej poszkodowanemu kwoty jest rozmiar krzywdy i cierpienia doznanych w związku z zaistniałym zdarzeniem, a określony procentowo rozmiar uszczerbku na zdrowiu ma jedynie charakter pomocniczy.

U powódki na skutek niedotlenienia okołoporodowego doszło do nieodwracalnych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym objawiających się obniżeniem napięcia mięśniowego o cechach niedowładu czterokończynowego, opóźnieniem rozwoju ruchowego i rozwoju mowy, obniżeniem funkcji umysłowych i poznawczych. Powódka była wielokrotnie hospitalizowana, wymaga stałej rehabilitacji, z czym wiąże się rozłąka z rodziną. Prognoza zdrowia psychicznego powódki jest negatywna. Sprawność psychofizyczna powódki będzie się pogarszała. Powódka będzie wymagała stałej opieki. Dystans pomiędzy oczekiwaniami odpowiednimi do wieku i rozwoju a rzeczywistą sprawnością psychofizyczną, możliwością odgrywania ról społecznych ulegnie znacznemu powiększeniu.

Wprawdzie uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego nie spowodowało u powódki uszczerbku ortopedycznego, jednak w przyszłości może dojść do powstania skrzywienia kręgosłupa i zaburzenia osi kończyn.

Skutki nieprawidłowości, jakich dopuścił się personel pozwanego Szpitala są nieodwracalne i rzutują na życie powódki we wszystkich jego aspektach. Powódka odczuwa skutki zdarzenia wywołującego szkodę od chwili urodzenia i będzie je odczuwała do końca życia.

Mając powyższe na uwadze, nie można uznać, że zadośćuczynienie w kwocie 700.000 zł jest rażąco niewspółmierne w stosunku do rozmiaru cierpienia powódki i stopnia doznanego uszczerbku na zdrowiu.

Skarżący nie uzasadnił zarzutu niewspółmierności zadośćuczynienia w stosunku do stopnia winy sprawcy, co czyni podniesiony zarzut gołosłownym. Nie zakwestionował przy tym prawidłowości ustaleń, które zostały poczynione z odwołaniem się do orzeczenia Okręgowego Sądu Lekarskiego, w którego uzasadnieniu stopień zawinienia lek. (...). M. W. uznano za znaczny.

Z tych wszystkich względów Sąd Apelacyjny oddalił apelację na podstawie art. 385 k.p.c. i na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 i art. 391 § 1 k.p.c. zasądził na rzecz powódki kwotę 10.800 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego, wynikającą z § 2 pkt 7 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22.10.2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. 2015.1800).