

Sygn. akt II C 674/12

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 marca 2015 roku

Sąd Okręgowy w Łodzi II Wydział Cywilny

Przewodniczący SSO Adam Kmiecik

Protokolant Monika Bartos

po rozpoznaniu w dniu 17 lutego 2015 roku w Łodzi

sprawy z powództwa M. N., L. N.

przeciwko 1. Samodzielnemu Publicznemu ZOZ (...) Szpitalowi (...) im. M. K. w Ł.

2. (...) S.A. z siedzibą w W. Oddział regionalny w Ł.

o zapłatę

1. Oddała powództwa;

2. Nie obciąża powodów pozostałą częścią nieuiszczonej opłaty sądowej od pozwu oraz wydatkami, poniesionymi tymczasowo ze Skarbu Państwa;

3. Nie obciąża powodów zwrotem kosztów zastępstwa procesowego na rzecz pozwanych.

Sygnatura akt II C 674/12

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 26 kwietnia 2012 roku, wniesionym przeciwko Skarbowi Państwa – U. Medycznemu w Ł. SP ZOZ (...) Szpital (...) oraz przeciwko (...) S.A, M. N. i L. N. wnieśli o zasądzenie od pozwanych odpowiednio:

1. na rzecz M. N. kwoty 200.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w związku ze śmiercią dziecka-F. N. wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 23.01.2012 roku do dnia zapłaty, kwoty 50.000,00 złotych tytułem odszkodowania za znaczne pogorszenie się sytuacji życiowej wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 23 stycznia 2012 roku do dnia zapłaty.

2. na rzecz L. N. kwoty 200.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w związku ze śmiercią dziecka-F. N. wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 23.01.2012 roku do dnia zapłaty, kwoty 1.560, 00 złotych tytułem odszkodowania za znaczne pogorszenie się sytuacji życiowej wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 23 stycznia 2012 roku do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu strona wskazała, iż podstawą dochodzonych roszczeń są zaniedbania pozwanego szpitala w konsekwencji, których F. N., syn strony powodowej zmarł, na skutek zakażenia wewnątrzszpitalnego.

(pozew k.2-13)

W dniu 13 sierpnia 2012 roku wpłynęła do Sądu odpowiedź na pozew pozwanego (...) S.A w Ł. , w której nie uznał powództwa i wniósł o jego oddalenie.

W uzasadnieniu strona pozwana wskazała, iż brak jest jakichkolwiek dowodów, aby zgon małoletniego F. N. był spowodowany zawinionymi działaniami lub zaniechaniami pracowników szpitala. Strona pozwana podniosła również, że zmarłe dziecko stron należało do grupy pacjentów najwyższego ryzyka, co spowodowane było tym, że był dzieckiem z niedoborem odporności i niedojrzałością tkanki płucnej związanej z wcześniactwem. Wskazano również, iż zmarłe dziecko stron doznało krwawienia wewnątrz czaszkowego i rozległy zabieg operacyjny, miało stosowaną respiroterapię i antybiotykoterapię.

(odpowiedz na pozew k.212- 212 verte)

W dniu 14 sierpnia 2012 roku odpowiedz na pozew wniósł drugi pozwany SPZOZ (...) Szpital (...) 4.

Wyżej wskazany pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości.

(odpowiedz na pozew k.222-226)

Postanowieniem z dnia 24 maja 2012 roku Sąd zwolnił powódkę od kosztów sądowych w części powyżej 200 zł każdorazowej należności , powoda również Sąd zwolnił od kosztów sądowych w części powyżej 200 zł każdorazowej należności.

(postanowienie z dnia 24 maja 2012 roku k. 197)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka M. N. w dniu 26. 01. 2011 trafia do Kliniki (...) w Ł. z powodu zagrażającego

porodu przedwczesnego ciąży bliźniaczej wysokiego ryzyka - poczęta drogą rozrodu wspomaganego (ICSI), z niewydolnością szyjki macicy wymagającą założenia w 26 tygodniu Pessar. Już podczas wcześniejszych badań USG wykryto obrzęk płodu jednego z bliźniąt , bradykardię oraz zespół wad wrodzonych. U płodu drugiego stwierdzono prawidłową czynność serca oraz rozdęte pętle jelitowe. Podczas pobytu powódki w szpitalu stwierdzono obumarcie jednego z płodów oraz dobry stan płodu drugiego. Zlecono antybiotykoterapię.

W dniu 30. 01. 2011 stwierdzono odpływanie wód płodowych - zdecydowano o zakończeniu ciąży drogą cięcia cesarskiego. Jedno z bliźniąt urodziło się martwe, bliźnię drugie przyszło na świat żywe.

Noworodek z ciąży bliźniaczej - F. N. urodził się w 30 tygodniu trwania ciąży z oceną Apgar 8, z masą ciała 1600g. Niestety wcześniak musiał trafić do inkubatora i wymagał wspomagania oddechu. Ze względu, iż zastosowane wspomaganie okazało się niewystarczające dziecko zostało zaintubowane i wentylowane sztucznie. Od początku noworodek leczony był antybiotykami. W wykonanych kolejnych dwóch zdjęciach rtg klatki piersiowej stwierdzano cechy zapalenia śródmiąższowego płuc, a w zdjęciu jamy brzusznej cechy niskiej niedrożności przewodu pokarmowego. W echo serca stwierdzono przetrwały przewód tętniczy(wada serca wynikającą z wcześniactwa). W usg p/ciemniączkowym mózgu stwierdzono cechy obustronnego krwawienia dokomorowego.

Z uwagi na niewydolność oddechową i niedrożność jelit dziecko w dniu 3 lutego 2011 roku zostało przeniesione do Szpitala (...) przy ul. (...) w Ł.

F. N. trafił do Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii Instytutu (...) pozwanego szpitala w stanie ciężkim ale stabilnym. Następnego dnia po przyjęciu wykonano dziecku zabieg operacyjny w znieczuleniu dotchawiczym- stwierdzono tym samym anomalie naczyniową i zagięcie jelita. Przywrócono drożność jelit. Podjęto dalsze leczenie antybiotykowe i leczenie ibuprofenem przetrwałego przewodu tętniczego(PDA). Noworodek został ekstubowany i pozostawiony na oddechu własnym z tlenoterapią doinkubatorową. W dniu 7. 02. 2011 roku przeprowadzono kontrolne USG serca, które wykazało dobry efekt leczenia PDA, odstawiono ibuprofen i antybiotyk. Niestety już następnego dnia u F. N. stwierdzono wzmożony wysiłek oddechowy , dziecko wymagało ponownie wspomagania oddechu najpierw przez systemy nosowe potem przez podłączenie do respiratora, podano również kofeinę. W dniu

10/11.02.2011 roku nadal, stan dziecka był ciężki, pogarszała się wydolność oddechowa, narastała retencja dwutlenku, zmieniono CPAP na BiPAP, pobrano ponownie posiewy. Wyniki badań morfologii pogorszyły się. Włączono silne antybiotyki -tazocin z wankomycyną. Dziecko pozostawało na oddechu własnym, z okresowo występującymi bezdechami i bradykardią. W posiewach wyhodowano gronkowca naskórkowego, równocześnie kontynuowano leczenie wankomycyną.

W dniu 16/17. 02.2011 roku pobrane posiewy okazały się jałowe. W dniu 19. 02.2011 roku odstawiono antybiotyk, stan noworodka określono jako średni. W nocy 23/24. 02.2011 roku wystąpiły u F. N. liczne incydenty bezdechów. Rano ponownie podłączono F. N. do BiPAP - pobrano wydzielinę na obecność antygeny RSV, wynik okazał się dodatni.

F. N. został umieszczony w boksie , w którym znajdowały się dwa inkubatory i łóżeczko dla starszego dziecka. Wchodząc do boksu gdzie znajdował się syn powodów, osoby odwiedzające, musiały założyć obuwie ochronne, nie było czepków i maseczek. Przy obsłudze dziecka przez personel medyczny, wszystkie osoby trzecie były wyprasane.

W dniu 22. 02. 2011 do Instytutu (...) trafiła K. S. w wieku 5 miesięcy, chorująca już od 5 dni, hospitalizowana poprzednio w Szpitalu w S. - początkowo do oddziału VII, po krótkiej interwencji na (...) z powodu nasilenia bezdechów i duszności. U dziewczynki rozpoznano zakażenia wirusem RSV. Dziewczynka ze względu na poprawę stanu zdrowia, 26-go lutego 2011 roku została przeniesiona ponownie do szpitala do S..

W dniu 24. 02. 2011 przyjęto do Instytutu (...) w wieku 4 miesięcy z powodu niewydolności oddechowej w przebiegu zapalenia płuc i wcześniactwa oraz wady serca. Dziecko było już wcześniej hospitalizowane w tym oddziale, w terminie podanym wyżej trafiła po pobycie w Szpitalu w Ł. i Szpitalu im (...) w Ł.. Przyczyną pogorszenia stanu zdrowia była infekcja RSV.

Jedna z dziewczynek została umieszczona w sali, gdzie przebywał F. N.. Jednak nie wiadomo, która z dziewczynek leżała w sali z dzieckiem strony powodowej. Daty wskazują , że dziecku powodów pogorszyło się w okresie, kiedy trafiły tam w/w dziewczynki. Jednakże okres inkubacji wirusa RSV wynosi około 4-6 dni. Dziecko stron miało objawy po kilku godzinach. Wskazuje to , że do zetknięcia wirusem doszło wcześniej, niż chwila pojawienia się w sali zarażonej wirusem RSV jednej z w/w dziewczynek.

Ponowne pogorszenie stanu dziecka strony powodowej miało miejsce w dniu 27/28. 02.2011 roku- stwierdzono stan ciężki niestabilny. Dziecko wymagało intubacji i wentylacji zastępczej o wysokich parametrach. Wykonanych posiewach z nosogardła wyhodowano P. aeruginosa natomiast z kału i odbytu- Staphylococcus epidermidis. Włączono antybiotyki. Stwierdzono również zmiany osłuchowe nad polami płucnymi. W następnych dobach stan dziecka pogarszał się, przetoczono krew oraz globuliny odpornościowe. Przed zgonem dziecka nastąpił krwotok z płuc. W dniu 3 marca 2011 roku F. N. zmarł.

W rozpoznaniu ostatecznym stwierdzono u F. N. wcześniactwo 30 tyg., niedrożność przewodu pokarmowego, infekcja wrodzona, krwawienie do ośrodkowego układu nerwowego, zapalenie płuc, posocznica, niewydolność krążenia.

U zmarłego dziecka wykonano sekcję sądowo-lekarską stwierdzając cechy niedojrzałości organizmu, krwotoczno-ropne zapalenie płuc, stan po zespoleniu chirurgicznym jelit bez cech zapalenia, oraz obecność błon szklistych w płucach, zmiany odczynowe zapalne w wątrobie, nerkach, jądrach. Pobrany materiał do badań bakteriologicznych po racjonalnej ocenie ustalił, jako przyczynę choroby obecność w płynie mózgowo-rdzeniowym, krwi i innych narządów Pseudomonas aeruginosa ESBL(-)MBL(-) o wrażliwości takiej samej jak wykryty przyżyciowo.

(dokumentacja medyczna k. 71-196, opinia Sadowo –lekarsa do sekcji zwłok nr (...) k. 67-70, zeznania świadka A. P. k. 259-260, zeznania świadka I. W. k.260, zeznania R. G. k.261, zeznania świadka W. S. k. 261, dokumentacja medyczna K. S. k. 279-298 verte, zeznania świadka M. G. k.513, dokumentacja medyczna P. P. k. 300-490 , zeznania powoda L. N. zapis dźwiękowy 00:04:28 -00:09:36 protokół rozprawy z dnia 2 grudnia 2014 roku k.882)

Stan dziecka po urodzeniu był co prawda oceniony skalą Apgar na 8 pkt. Jednakże wskazać należy, iż skala ta dotyczy przede wszystkim dzieci urodzonych o czasie i w przypadku wcześniaków, zwłaszcza tak wczesnych jak zmarłe dziecko powodów, jest to ocena zawodna. Dziecko powodów nie było zdolne do samodzielnego życia w warunkach innych niż szpitalne - wymagało inkubatora, oraz wspomagania oddechu i szybko potem intubacji i wentylacji sztucznej. Był także karmiony pozajelitowo nie tylko z powodu niedrożności jelita, ale także z powodu braku prawidłowego odruchu ssania. Matka dziecka jeszcze w ciąży była leczona antybiotykami z powodu infekcji i dziecko urodziło się z cechami infekcji wrodzonej, co zdecydowanie pogarsza rokowania życiowe wcześniaka.

Niekorzystnie na zdrowie dziecka powodów wpłynęła operacja niedrożności oddechowej oraz konieczność leczenia wady serca wynikającej z wcześniactwa.

Dziecko powodów było diagnozowane i leczone w placówce leczącej dzieci ciężko chore, wymagające licznych zabiegów, leczenia antybiotykowego, przede wszystkim intubacji i wentylacji sztucznej, w warunkach sprzyjających zakażeniu szpitalnym. Szpital reagował prawidłowo na najdrobniejsze nawet objawy rodzących się zakażeń, stosując właściwe pod każdym względem leczenie.

Dzięki poprawnej reakcji personelu medycznego udało się poprawić stan dziecka po pierwszej infekcji wrodzonej a następnie pierwszym zakażeniu szpitalnym wywołanym gronkowcem naskórkowym.

Następnym zakażeniem była infekcja wirusowa wirusem RSV, groźnym dla wcześniaków, do której doszło z wysokim prawdopodobieństwem drogą kropelkową z oddziału, czy poprzez odwiedzających. Wyżej wskazane, również zakażone wirusem RSV dziewczynki, które trafiły na oddział na którym przebywał syn strony powodowej wydają się być tym źródłem wysoce mało prawdopodobnym. Infekcja wirusem RSV mogła u dorosłych nie dać żadnych lub tylko śladowe objawy infekcji.

Odwiedzający dzieci mogli przychodzić do oddziału w okresie wczesnej infekcji, bez wyraźnych jej cech i stanowić źródło zakażenia dzieci w oddziale. Podobnie mogło to dotyczyć personelu, choć nawet drobne cechy infekcji wykluczają z pracy personel w takim oddziale

Następna infekcja bakteryjna, związana z pobytem dziecka w szpitalu to zakażenia *Pseudomonas aeruginosa*, która w ostateczności doprowadziła do zgonu noworodka.

Przyczyną zgonu dziecka powodów była niedojrzałość organizmu spowodowana przedwczesnym urodzeniem, infekcją wrodzoną oraz dodatkowe zakażenia, jakie miały miejsce w krótkim życiu wcześniaka. Ostatnia w/w infekcja bakteryjna spowodowana zakażeniem bakterią *Pseudomonas aeruginosa* była bezpośrednio powodem zgonu - wyhodowano ją z krwotoczno-ropnych zmian w płucach tak jak przyżyciowo z krwi dziecka.

Pierwszą infekcją dotyczącą F. N. było zakażenie wewnątrzmaciczne prawdopodobnie bakterią *Escherichia coli*. Następne było zakażenie szpitalne gronkowcem naskórkowym, potem infekcja RSV i zakażenie *Pseudomonas aeruginosa*. Główną przyczyną wszystkich infekcji dziecka powodów było wcześniactwo i spowodowane tym brak prawidłowej odporności, zdecydowanie mniejszej niż ta u zdrowego noworodka. Dziecko wymagało pobytu w szpitalu, bo tylko to pozwalało na utrzymywanie go przy życiu (ogrzanie w inkubatorze, wspomaganie oddechu, lub sztuczna wentylacja, liczne wkłucia dożylnie i do naczyń centralnych celem odżywiania i podawania leków). Środowisko szpitalne, gdzie przebywają chorzy sprzyja przenoszeniu się infekcji mimo stosowania się do zasad ich zapobiegania. Leczenie dziecka powodów w pozwanym szpitalu było całkowicie prawidłowe i zgodne z zasadami postępowania w ciężkich zakażeniach u wcześniaków, z zastosowaniem wszystkich możliwych, dostępnych terapii.

Zakażenia szpitalne przenoszone drogą kropelkową mogą pochodzić od innych chorych, od personelu, od odwiedzających. Zakażenia drogą zabiegów medycznych mogą wiązać się z licznymi wkłuciami do naczyń dużych, a bakterie je wywołujące mogą pochodzić od personelu, odwiedzających, aparatury i itp.

Zakażenie gronkowcem naskórkowym niewątpliwie jest zakażeniem szpitalnym najczęściej pochodzi od samego chorego. Natomiast wirus RSV należy do czynników alarmowych i zgodnie z zasadami należy izolować dzieci nim zakażone w okresie ich zakaźności.

Jednakże umieszczenie innego dziecka z dzieckiem powodów trudno uznać za błąd medyczny.

(opinia biegłego lek. Med. E. S. k.773-785, uzupełniająca opinia biegłego lek. Med. E. S. zapis dźwiękowy 00:04:0000:38:35 rozprawa z dnia 10 czerwca 2014 roku k.834)

W (...) Szpitalu (...) w Ł. prowadzone są procedury zapobiegające zakażeniom. Raz na miesiąc sporządzane są raporty zakażeń, jakie mają miejsce na poszczególnych oddziałach w w/w szpitalu. Miesięczne wykazy zakażeń przedstawiane są przez przewodniczącą Zespołu do Spraw Zakażeń K. P. Komitetowi Kontroli Zakażeń Szpitalnych, która składa się z ordynatorów

poszczególnych oddziałów, wykaz przedstawiany jest również dyrektorowi pozwanego szpitala. Sporządzany jest również roczny wykaz zakażeń szpitalnych, który przedstawiany jest (...). Raporty z wykazami zakażeń jakie występują w pozwanej placówce medycznej przechowywane są przez okres około 5 lat.

W w/w szpitalu prowadzone są raz na pół roku badania flory bakteryjnej wodzy, badania takie niezależnie przeprowadza również w w/w placówce medycznej sanepid. Woda w celu wyzbycia się z niej bakterii jest przegrzewana. W w/w szpitalu prowadzone są wyłącznie standardowe badania okresowe personelu. Incydentalnie w sytuacji, gdy na którymś z oddziałów pojawiają się częste zakażenia jednym rodzajem bakterii przeprowadza się badania bakteriologiczne personelu danego oddziału.

W pozwanym szpitalu periodycznie prowadzone są przez pielęgniarkę epidemiologiczna szkolenia personelu. Personel zapoznawany jest również z instrukcjami i procedurami obowiązującymi w szpitalu między innymi z zasadami mycia i dezynsekcji boksu po wypisie pacjenta , instrukcją mycia i dezynfekcji pomieszczeń , urządzeń i sprzętu w tym kuchenki oddziałowej, zasadami postępowania ze sprzętem do inhalacji. Planem higieny i dezynsekcji.

(zeznania świadka G. W. (1) zapis dźwiękowy 00:004:29-00:12:38, zeznania świadka K. P. zapis dźwiękowy 00:12:59-00:31:29 protokół rozprawy z 4 czerwca 2013 roku k. 537, wykaz instrukcji i procedur obowiązujących w jednostce organizacyjnej k. 590-612 raport roczny o zakażeniach zakładowych drobnoustrojach alarmowych za okres od 1.01.2010 rok do 31.12.2010 roku, oraz za okres 01.01.2011- 31.12.2011 roku k. 704-705 verte))

Remont Oddziału Intensywnej Terapii, na której przebywał syn strony powodowej remontowany był w latach 1997-1997. Sale chorych są myte i odkażane Odsetek zakażeń, na w/w oddziale jest mały, wynosi około 5,6%. (zeznania świadka K. P. k.260)

Pismem z dnia 20 grudnia 2011 roku strona powodowa zwróciła się z przesądowym wezwaniem do zapłaty do pozwanego szpitala, wnosząc

odpowiednio o wypłatę na rzecz M. N. kwoty 200.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 50.000,00 zł tytułem odszkodowania oraz na rzecz L. N. kwoty 200.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 50.000,00 zł tytułem odszkodowania .

Pismem z dnia 30 listopada 2011 roku strona powodowa zwróciła się z przesądowym wezwaniem do zapłaty do pozwanego szpitala, wnosząc odpowiednio o wypłatę na rzecz M. N. kwoty 250.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 50.000,00 zł tytułem odszkodowania oraz na rzecz L. N. kwoty 250.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 50.000,00 zł tytułem odszkodowania .

W piśmie z dnia 27 grudnia 2011 roku pełnomocnik pozwanego szpitala podniósł, iż zdaniem szpitala brak jest podstaw do przyjęcia jego odpowiedzialności za śmierć F. N.. Pozwany PS ZOZ (...) Szpital (...) im. (...)w Ł. na okres od 15

lutego 2011 roku do 14 lutego 2012 roku objęty był ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej polisa nr (...), zawartą z P.Z.U S.A Oddział (...) w Ł.

(pismo z dnia 30 listopada 2011 roku k. 49-50 verte, pismo z dnia 20 grudnia 2011 roku k.52-53 verte, pismo z dnia 27 grudnia 2011 roku k.5656-57 verte. polisa nr (...) k. 219)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny w oparciu o zeznania świadków, załączone do akt sprawy dokumenty oraz o opinie sporządzoną przez biegłego. Sąd uznał za nieudowodnione twierdzenia powoda L. N. i powódki M. N. dotyczące, nie przestrzegania przez personel medyczny zasad dotyczących ubioru i używania telefonów komórkowych w salach gdzie znajdowały się chore noworodki. Powód zeznał, iż niejednokrotnie widział jak pielęgniarki wchodziły do boksu gdzie znajdowały się noworodki w prywatnym obuwiu, a podczas reanimacji syna powodów jedna z obecnych pielęgniarek znajdowała się w prywatnym obuwiu- czerwonych kozakach. Ponadto z zeznań powoda wynika, że stałym, procederem na oddziale, w tym na sali gdzie znajdował się syn powodów, było korzystanie przez personel medyczny z telefonów komórkowych. Brak jest poza zeznaniami strony powodowej, dowodów świadczących o w/w naruszeniach personelu medycznego. Natomiast z zeznań świadków w tym G. W. (2) wynika, iż pielęgniarki są kontrolowane przez pielęgniarkę epidemiologiczną i pouczany o obowiązku przestrzegania zasad higieny.

Sąd Okręgowy, zważył, co następuje:

Powództwo, jako bezzasadne podlegało oddaleniu.

Podstawę odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi art. 430 k.c., zgodnie, z którym kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy, a więc przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.). Należy nadmienić, iż także lekarz, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie. Ze względu na brak podstaw do przypisania odpowiedzialności pozwanym na podstawie w/w artykułów, brak jest również podstaw do zasądzenia zadośćuczynienia na podstawie art. 445 kc.

Z kolei odpowiedzialność pozwanego (...) S.A. wynika z zawartej umowy ubezpieczenia z (...) Szpitalem (...) w Ł. , zgodnie z którą ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność cywilną za ubezpieczonego . Ustawową podstawą odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela jest przepis art. 822 k.c. stanowiący, że zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem, których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba, na której rzecz zostaje zawarta umowa ubezpieczenia.

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce lekarskiej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego powstanie wymaga zaistnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego (art. 415 k.c.).

Ściśle biorąc, błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi, bowiem czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo (M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej, Warszawa 2004, s. 29 i n.; orzeczenie SN z 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1/1957, poz. 7 oraz Lex nr 118379).

Sąd dokonał analizy materiału dowodowego pod kątem prawidłowości postępowania medycznego względem syna powodów F. N.. Za bezsporne Sąd przyjął, iż noworodek urodził się wcześniakiem, niezdolnym do samodzielnego życia w warunkach innych niż szpitalne. Dziecko wspomagane było inkubatorem, zastosowano również sztuczną wentylację. F. N. karmiony był przy tym bezjelitowo ze względu na niedrożność jelita i braku prawidłowego odruchu ssania. Dziecko ponadto urodziło się z infekcją wrodzoną, również wymagającą leczenia. Te zdarzenia zdecydowanie pogorszyły rokowania życiowe wcześniaka ze znacznie ograniczoną odpornością.

Poza w/w infekcją wrodzoną noworodek doznał trzech infekcji szpitalnych. Uznać jednak należy, iż postępowanie personelu szpitala przez czas pobytu noworodka w pozwanej placówce medycznej było prawidłowe. Trafnie stawiano diagnozy, podejmowano należyte i skuteczne leczenie, dziecko miało podawane antybiotyki. Udało się wyprowadzić noworodka z infekcji wrodzonej, powiodła się również operacja, prawidłowo zwalczano również zakażenia szpitalne. Jednakże przy tak znacznie obciążającym organizm noworodka zakażeniach i podjętym leczeniu, jego odporność i tak już dość niska stała się jeszcze bardziej obniżona. W takiej sytuacji organizm dziecka nie podołał zwalczeniu trzeciej infekcji zakażeniem *Pseudomonas aeruginosa*, która w ostateczności doprowadziła do zgonu dziecka.

Konieczność leczenia chorego wcześniaka wymagała pobytu w oddziale intensywnej terapii, gdzie znajdują się aparaty do wspomagania oddechu i specjalnie wyposażone inkubatory pozwalające na utrzymaniu przy życiu coraz większej grupy zbyt wczesnie urodzonych dzieci. Niestety sprzyja to wszystkemu występowaniu zakażeń szpitalnych w takich oddziałach, mimo ścisłego przestrzegania procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń szpitalnych. Liczne wkłucia do naczyń celem karmienia pozajelitowego, podawania leków oraz intubacja i liczne czynności diagnostyczno-lecznicze sprzyjają wystąpieniu zakażeń szpitalnych w najlepszych nawet oddziałach szpitalnych. Taka sytuacja miała miejsce w przypadku dziecka powodów

Reasumując śmierć dziecka powodów spowodowana była przede wszystkim wcześniactwem, dodatkowe zakażenia szpitalne były przyczyną wtórna, wynikającą z pierwszej. Odnosząc się do zakażenia noworodka wirusem RSV, wskazać trzeba, iż na podstawie akt sprawy i zawartej w nich dokumentacji medycznej nie można ustalić, że źródłem zakażenia tym wirusem była jedna z dziewczynek z zakażeniem tym wirusem przyjętych do oddziału, na którym przebywał syn powodów.

Ponadto kierując się doświadczeniem życiowym Sąd miał również na uwadze, iż nawet przy zachowaniu najbardziej restrykcyjnych zasad higieny, nie da się w takich miejscach jak szpital, w tym oddział intensywnej terapii uniknąć występowania zakażeń szpitalnych. Z drugiej strony wskazać należy, że w pozwanym szpitalu podejmowane są wszelkie możliwe działania w celu jak najszerzego zniwelowania występujących zakażeń. Dzięki co miesięcznym raportom, istnieje możliwość szybkiego wykrycia zakażenia, jego przyczyn, a w konsekwencji podjęcia środków mających na celu wyeliminowanie zakażenia i jego źródła..

Przy ustalaniu stanu faktycznego, Sąd nie stwierdził okoliczności wskazujących na nieprofesjonalne, działania lekarzy i pielęgniarek. Postępowanie personelu szpitala było przez cały czas pobytu dziecka prawidłowe. Sposób leczenia i diagnozowania zakażeń był prawidłowy, szybki. Stosowano antybiotyki zgodnie z antybiogramem lub intuicyjnie bardzo szeroko do czasu jego otrzymania. Zakażenia szpitalne to w przypadku wcześniaków bez istotnych wad rozwojowych najczęstsze przyczyny ich zgonu. Obecnie można wspomagać oddech lub zastępować go wentylacją sztuczną, można karmić pozajelitowo, (choć wiąże się to z licznymi wkłuciami do naczyń centralnych), potem podawać nowoczesne mieszanki do odżywiania wcześniaków, które są lepiej przez nietolerowane. Niestety pobyt dla wykonywania tych wszystkich czynności musi mieć miejsce w szpitalu, gdzie przebywają dzieci chore. Sprzyja to występowaniu zakażeń szpitalnych w sposób zdecydowanie częstszy niż w oddziałach noworodkowych.

Powyższe argumenty wskazują na brak możliwości przypisania personelowi medycznemu w tym lekarzom (...) Szpitala (...) w Ł. jakiegokolwiek zaniedbania podczas leczenia syna strony powodowej. Strona powodowa nie wykazała przesłanek odpowiedzialności szpitala, a w konsekwencji jego następcy ubezpieczyciela- pozwanego w niemniejszej sprawie (art. 6 k.c.). Nie było więc podstaw do zasądzenia żądanych świadczeń.

Z powyższych względów, powództwo podlegało oddaleniu w całości.

O kosztach procesu Sąd orzekł w oparciu o art. 102 kpc., i nie obciążył powodów obowiązkiem ich uiszczenia. Sąd orzekając w zakresie kosztów procesu miał na względzie charakter przedmiotowej sprawy. Składając pozew strona powodowa mogła być przekonana o słuszności swoich żądań. Po sporządzeniu opinii przez biegłych strona powodowa wprowadziła nadal formalnie popierała powództwo, jednakże Sąd uznał, że sytuacja w jakiej znaleźli się powodowie oraz fakt, że w rzeczywistości o zasadności roszczeń rozstrzygnęła opinia specjalisty, dają podstawę do uznania, że w niniejszej sprawie zachodzi szczególny wypadek uzasadniający nie obciążanie strony przegrywającej sprawę kosztami procesu