

Sygn. akt I ACa 1163/15

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 października 2016 roku

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Krzysztof Górski
Sędziowie:	SSA Agnieszka Sołtyka (spr.) SSA Małgorzata Gawinek
Protokolant:	sekr. sądowy Emilia Startek

po rozpoznaniu w dniu 12 października 2016 roku na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa F. S.

przeciwko Szpitalowi (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w B.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda i pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 27 października 2015 roku, sygn. akt I C 582/10

**I. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie drugim w ten sposób, że zasądza od pozwanego Szpitala (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w B. na rzecz powoda F. S. miesięczną rentę w kwocie po 2.000 (dwa tysiące) złotych płatną do dnia 10-go każdego miesiąca, z odsetkami ustawowymi w przypadku opóźnienia w płatności którejkolwiek z rat, poczynając od listopada 2013r., przy czym na jej poczet zalicza świadczenia rentowe wypłacone przez pozwanego w wykonaniu postanowienia Sądu Okręgowego w Szczecinie z dnia 28 października 2013 roku, sygn. akt I C 582/10,**

**II. oddala apelację pozwanego,**

**III. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 7.200 (siedem tysięcy dwieście) złotych tytułem kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym,**

**IV. nakazuje pobrać od pozwanego Szpitala (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w B. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Apelacyjnego w Szczecinie kwotę 801,22 zł (osiemset jeden złotych dwadzieścia dwa grosze) tytułem kosztów sądowych.**

## UZASADNIENIE

Małoletni powód F. S., reprezentowany przez matkę U. S., wniósł o zasądzenie od pozwanego Szpitala (...) sp. z o.o. z siedzibą w B. (w dniu wniesienia pozwu Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w B.): kwoty 18.530 złotych z ustawowymi odsetkami, od dnia 28 grudnia 2009 r., tytułem odszkodowania, kwoty 500.000 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 28 grudnia 2009 r. tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 4.000 złotych miesięcznie tytułem renty mającej na celu zaspokojenie zwiększonych potrzeb powoda, liczonej od momentu urodzenia powoda. Ponadto wniósł o ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za skutki, jakie u niego powstaną w związku ze stwierdzoną niepełnosprawnością (rozstrojem zdrowia). Powód wniósł także o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w maksymalnej wysokości, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powód podał, że U. S. – jego matka, została przyjęta na Oddział Ginekologiczno - Położniczy pozwanego w dniu 28 października 2008 r., w związku z wyznaczonym terminem porodu. W dniu 29 października 2008 r., po przeprowadzeniu wstępnych badań U. S., lekarz stwierdził, że ze względu na wielkość płodu, niezbędnym jest przeprowadzenie porodu cesarskim cięciem. Termin porodu został wyznaczony na dzień 30 października 2008 r., na godzinę 8.30. Akcja porodowa rozpoczęła się u U. S. w wyznaczonym terminie odejściem wód płodowych o godzinie 4.20 nad ranem. Pomimo rozpoczęcia akcji porodowej pacjentka nie miała kontaktu z lekarzem. Około godziny 8.00 przybył lekarz, który miał odebrać poród i jednoznacznie stwierdził, że poród nastąpi siłami natury, bez ingerencji chirurgicznej. U. S. miała znaczne trudności z porodem. Niemożliwość porodu utrzymywała się do około godziny 11.00, to jest do momentu, gdy akcja pracy serca płodu zaczęła słabnąć, na co jednoznacznie wskazywał sygnał monitoringu kardiologicznego (KTG). Dopiero wówczas podjęto decyzję o przeprowadzeniu porodu, za pomocą zabiegu cesarskiego cięcia. O godzinie 11.55 został wykonany zabieg.

Małoletni powód urodził się w 40 tygodniu ciąży, cięciem cesarskim, w stanie ciężkim, czego potwierdzeniem były oceny 1, 4, 7 i 8 według skali Apgara. W związku z brakiem oddechu u powoda niezbędne było przeprowadzenie resuscytacji. Pomimo tak istotnych powikłań w trakcie porodu, dopiero w drugiej dobie życia powód F. S. został przekazany do Oddziału Noworodków, Patologii i Intensywnej Terapii (...) w S., ze względu na występujące u niego drgawki. Wstępne rozpoznanie przeprowadzone na Pododdziale Intensywnej Terapii Noworodka wymienionego szpitala wykazało ciężką zamartwicę urodzeniową oraz występowanie cech obrzęku mózgowia, z zaleceniem wczesnego patronatu lekarza

W dalszej kolejności powód podniósł, że komplikacje poporodowe wymagały konsultacji neurologicznych w zakresie zaburzeń koordynacji nerwowej. Wyniki uzyskane za pomocą rezonansu magnetycznego wykazały zmiany po przebytych w okresie okołoporodowym niedokrwieniu. Wobec powyższego, aktualnie powód podlega dalszej rehabilitacji neurorozwojowej i kontroli pediatrycznej w rejonie zamieszkania.

Powód podniósł, że wskutek zachowania lekarzy pozwanego Szpitala, tj. błędu w sztuce lekarskiej, polegającego na poleceniu urodzenia powoda siłami natury, zwlekaniu przez kilka godzin z przeprowadzeniem cięcia cesarskiego oraz zaniechaniu niezwłocznego przewiezienia powoda do specjalistycznego szpitala, doszło do poważnego i trwałego rozstroju zdrowia u powoda, co uzasadnia przyznanie zadośćuczynienia w żądanej wysokości. Rozstrój zdrowia powoda wyraża się w mózgowym porażeniu dziecięcym, w postaci piramidowo - pozapiramidowej, refluksu żołądkowo - przełykowego II stopnia i subklinicznej niedoczynności tarczycy. Powyższe powoduje znaczne opóźnienia w rozwoju psychomotorycznym powoda. Zakłócenie funkcjonowania organizmu powoda, będące wynikiem rażąco nienależytego zachowania pracowników strony pozwanej skutkuje koniecznością comiesięcznego ponoszenia przez rodziców powoda znacznych kosztów, w tym kosztów leczenia (pobyty w szpitalu, konsultacje u specjalistów), specjalnego odżywiania, wydatków związanych z przewozem chorego do szpitala i na zabiegi, w tym również kosztów

zabiegów rehabilitacyjnych, którym powód musi się poddawać. Koszty te do chwili wniesienia pozwu wyniosły 18.530 złotych i kwoty tej powód domaga się tytułem odszkodowania na podstawie art. 444 § 1 k.c.

Powód podał, że wnioskiem z dnia 21 grudnia 2009 r. wezwał pozwanego do ugodowego rozwiązania sporu. Pozwany odmówił zawarcia ugody, nie uznając swojej odpowiedzialności za powstałą u powoda szkodę.

Pozwany Szpital (...) sp. z o.o. z siedzibą w B. (w chwili wniesienia odpowiedzi na pozew Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital (...) w B.) wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Pozwany wniósł także o wezwanie do udziału w sprawie, na podstawie art. 84 k.p.c., swojego ubezpieczyciela, którym jest (...) S.A. w W..

Pozwany podał, że nie uznaje roszczeń powoda, gdyż są one bezzasadne. Podał, że sprawa powoda była przedmiotem wnikliwej analizy, w wyniku której nie stwierdzono jakichkolwiek uchybień w udzielaniu powodowi świadczeń zdrowotnych.

W ocenie pozwanego, istotnym w sprawie jest fakt, że matka powoda, w trakcie ciąży była leczona euthyreoxem z powodu choroby tarczycy. Schorzenie to powoduje, że ryzyko wystąpienia niedotlenienia mózgu u noworodka jest znacznie wyższe.

Pozwany wskazał też, że istotne dla sprawy jest także podejrzenie schorzeń metabolicznych powoda - o czym świadczy karta informacyjna leczenia powoda załączona do pozwu. Powyższe schorzenie może być bezpośrednią przyczyną doznanych przez powoda urazów.

W toku prowadzonego postępowania pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w B. przekształcił się w spółkę z o.o. pod firmą Szpital (...) z siedzibą w B. i przejął wszelkie zobowiązania dotychczasowego pozwanego.

Wyrokiem z dnia 27.10.2015r. Sąd Okręgowy w Szczecinie zasądził od pozwanego na rzecz powoda: kwotę 9.265 złotych z ustawowym odsetkami od dnia 12 stycznia 2010 r. do dnia zapłaty, kwotę 250.000 złotych z ustawowym odsetkami od dnia 12 stycznia 2010 r. do dnia zapłaty, rentę miesięczną w kwocie po 2.000 (dwa tysiące) złotych płatną do dnia 10-go każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w przypadku opóźnienia w płatności którejkolwiek z rat, poczynając od dnia uprawomocnienia się wyroku. Ponadto Sąd Okręgowy ustalił odpowiedzialność pozwanego na przyszłość za skutki, jakie powstaną u powoda F. S. w związku ze stwierdzoną u niego niepełnosprawnością (rozstrojem zdrowia), oddalił powództwo w pozostałej części oraz orzekł o kosztach postępowania.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Matka małoletniego powoda F. S. - U. S., zaszła w ciążę z małoletnim powodem w wieku 24 lat. Była to pierwsza ciąża U. S.. U U. S. w 12 roku stwierdzono appendectomię. U matki małoletniego powoda zdiagnozowano także thyreosis chronica tj. przewlekłe autoimmunologiczne zapalenie tarczycy oraz PCOS (zespół policystycznych jajników). W związku z tym schorzeniem U. S. w czasie ciąży leczyła się u endokrynologa i przyjmowała hormony tarczycy z wyrównaniem tyreometabolicznym.

Będąc w ciąży z małoletnim powodem, na pierwszą wizytę lekarską, do lekarza ginekologa U. S. udała się 27 marca 2008 r., wówczas pacjentka była w 10 tygodniu ciąży. Podczas tej wizyty lekarskiej U. S. założono kartę ciąży.

W czasie ciąży, U. S. odbyła 12 wizyt lekarskich, co odnotowano w karcie ciąży. Pacjentka w czasie ciąży pozostawała pod opieką ambulatoryjną kilku lekarzy.

Podczas wizyt lekarskich w czasie ciąży u pacjentki wyliczano tygodnie trwania ciąży, badano masę ciała ciężarnej, badano także ciśnienie tętnicze krwi (RR), którego wartości były prawidłowe, za wyjątkiem pomiarów dokonanych: w 38 tygodniu ciąży -142/76 mmHg, w 40 tygodniu ciąży -139/86 mmHg oraz w 41 tygodniu ciąży -163/80 mmHg.

U pacjentki badano także obecność żylaków i obrzęków (zaznaczono je w 22, 27, 33, 36, 38 tygodniu ciąży), częstość serca płodu oraz ruchy płodu, które zaobserwowano od 23 tygodnia ciąży.

W trakcie ciąży matki małoletniego powoda przeprowadzono także sześciokrotnie badania morfologii krwi (wyniki za każdym razem były prawidłowe), analizę moczu (stwierdzono niewielkie zmiany w liczbie leukocytów - bez znaczenia klinicznego), badano czystość pochwy i przeprowadzono badanie cytologiczne szyjki macicy, a także test obciążenia glukozą (wynik prawidłowy). W 14 tygodniu ciąży u matki powoda wykonano badanie stężenia glukozy w surowicy, wynik badania był prawidłowy.

W dniu 4 września 2008 r., u pacjentki U. S. wykonano badanie USG, w wyniku którego stwierdzono, że ciąża jest pojedyncza, położenie płodu główkowe I, przedstawiono także umiejscowienie graficzne łożyska i stwierdzono, że wody płodowe są w normie.

W czasie ciąży u U. S. występowała otyłość, gdyż przytyła ona 20 kg (masa ciała początkowa 90 kg (BMI - 31,14 kg/m<sup>(2)</sup>), przybór 20 kg (BMI - 38,06 kg/m<sup>(2)</sup>). Nadal występowało także zapalenie autoimmunologiczne tarczycy, wymagające leczenia substytucyjnego, a w ostatnich tygodniach ciąży pojawiło się nadciśnienie tętnicze.

W czasie ciąży U. S. leczona była hormonami tarczycy, z powodu przewlekłego zapalenia tarczycy autoimmunologicznego. Dawkę 112,5 um hormonu zalecono zmniejszyć po porodzie do 87,5 ug. W dniu 28 sierpnia 2008 r. lekarz W. W. stwierdził brak przeciwwskazań do każdej formy porodu.

W dniu 28 października 2008 r., o godz. 8.30, U. S. została przyjęta na Oddział Ginekologiczno - Położniczy SPZOZ Szpitala (...) w B. celem rozwiązania ciąży cesarskim cięciem. U. S. była wówczas w 40 tygodniu ciąży. Nie występowała u niej akcja skurczowa. Podczas przyjęcia do oddziału, w rozpoznaniu wpisano: „ciąża I Poród I 40 tyg. Położenie podłużne główkowe”. Lekarzem przyjmującym pacjentkę była lekarz medycyny K. G., specjalista ginekolog położnik, która zebrała od pacjentki wywiady ogólny i położniczy, oceniła stan ogólny pacjentki (ciężota ciała - 36,6°C, tętno - 117 ud./minutę, RR - 145/110 mmHg) oraz położniczy - w badaniu zewnętrznym i przez pochwę. Dokonano również pomiaru zewnętrznych wymiarów miednicy kostnej. Za wyjątkiem wartości wymiaru międzykolcowego, pozostałe wartości były prawidłowe.

W trakcie badania określono położenie płodu, jako podłużne główkowe, odsłuchano częstość serca płodu (FHR) - 140 ud./minutę, co było wynikiem prawidłowym.

O godzinie 10.50, u pacjentki U. S. przeprowadzono badanie położnicze przez pochwę, stwierdzając, że: „część pochwowa - 1,0 cm, ujście zewnętrzne, kanał szyjki i ujście zewnętrzne - o (zamknięte), pęcherz płodowy zachowany”.

Kolejne badanie przez pochwę, przeprowadzono u pacjentki w dniu 29 października 2008 r. Podczas badania lekarz stwierdziła, że parametry są analogiczne, jak w poprzednim badaniu. Stwierdziła też, że z uwagi na duży płód - w ocenie manualnej powyżej 4000 g - rozwiązanie ciąży powinno nastąpić cięciem cesarskim. Zostało to odnotowane w karcie położniczej. W związku z tym stwierdzeniem, termin cięcia cesarskiego wyznaczono na dzień 30 października 2008 r.

W dniu 29 października 2008 r., U. S. podpisała formularz świadomej zgody na operację. W formularzu tym, w punkcie 1 wpisano „wskazanie do operacji”, zaś w dniu 30 października 2008 r., w formularzu zamieszczono wpis „zaburzenia tętna płodu występujące w II okresie porodu”.

Podczas pobytu pacjentki U. S. na oddziale położniczo -ginekologicznym pozwanego szpitala, w dniach 28 -29 października 2008 r., prowadzono nadzór nad płodem metodami biofizycznymi: osłuchiwano płód wielokrotnie w ciągu doby FHR detektorem ręcznym (kontrola tętna płodu - wszystkie wartości ~140 ud./minutę – prawidłowe) oraz prowadzono badania KTG (w dniu 28 października 2008 r., dwukrotnie - zapisy kategorii I, w dniu 29 października 2008 r., dwukrotnie - zapisy kategorii I). W dniu 30 października 2008 r., prowadzono również badania KTG kilkakrotnie śródporodowo odnotowano zapisy w kategorii II.

W dniu 30 października 2008 r., o godz. 5.30 u matki małoletniego powoda U. S. pękł pęcherz płodowy i odpłynęły wody płodowe. U. S. zaczęła także odczuwać czynność skurczową macicy. Wystąpienie wszystkich tych objawów pacjentka zgłosiła lekarzowi M. S. - specjalście ginekologowi położnikowi, który w tym czasie dyżurował na Oddziale Położniczym pozwanego szpitala.

O godzinie 8.00, założono dla pacjentki kartę obserwacji porodu (partogram), w której odnotowano: „odpływanie płynu owodniowego od godz. 5.30 - wody czyste, początek czynności skurczowej o godz. 6.00, stan ogólny rodzącej (tętno, ciepłota ciała, RR - czterokrotnie; wszystkie wartości prawidłowe), częstość serca płodu (FHR)-135-145 ud./minutę”. O godzinie 8.00 skurcze u pacjentki występowały co 2 minuty i trwały po 30 sekund. Nie występowało u niej wówczas krwawienie.

O godzinie 8.30, u U. S. rozpoczęła się akcja porodowa. Wówczas lekarz M. S. przeprowadził badanie przez pochwę, w wyniku którego ustalił, że „część przodująca zgładzona, rozwarcie 4 cm, główka płodu nisko, przyparta do wchodu, odpływają czyste wody płodowe, pęcherza płodowego brak, sączy się czysty płyn owodniowy, zaś tętno płodu wynosi 140/min. Na podstawie takich parametrów, lekarz uznał, że pacjentka ma szansę urodzenia siłami natury. Pacjentka wyraziła na to ustną zgodę.

O godzinie 10.00 rozwarcie szyjki macicy u pacjentki wynosiło 7 cm, a o godz. 11.30 - 10 cm. O godzinie 10.00 pacjentce podano kroplówkę naskurczową w postaci 500 ml 0,9% NaCl oraz 5 jednostek oksytocyny. Od godz. 10.00 rozpoczęto zapis kardiograficzny (KTG).

Na polecenie M. J.- specjalisty ginekologa- położnika podjęto próbę porodu siłami natury. W obserwacji lekarskiej przeprowadzonej przez lekarza M. J. stwierdzono, że czynność skurczowa występuje co 5 - 4 minuty, w badaniu wewnętrznym stwierdzono rozwarcie szyjki 7 cm. Pacjentka miała trudności z parciem.

W czasie od godziny 10.41 do godziny 11.41, w badaniu KTG stwierdzono zawężoną falującą oscylację czynności serca płodu, od godziny ok. 11.15, zapis czynności serca płodu, wskazywał oscylację z zaznaczonymi deceleracjami - mieszczącą się w paśmie od 150 do 90/min. Średnia FHR wynosiła przez pierwsze 30 minut 140 ud./min., przez kolejne 30 minut 120 ud./min. Spadki częstotliwości uderzeń nie przekraczały przedziałów czasowych 10 minutowych.

O godzinie 11.41 u pacjentki U. S. stwierdzono całkowite rozwarcie ujścia szyjki macicy, ustalono, że główka płodu jest przyparta do wchodu, zaś tętno płodu okresowo zwalniało do 120 ud./min.

W tym momencie uznano, że stan pacjentki stanowi wskazanie do rozwiązania ciąży drogą cięcia cesarskiego i podjęto decyzję o jego wykonaniu. Następnie lekarz M. J. wraz z asystującym jej lekarzem B. przeprowadziła cięcie cesarskie otrzewnowe poprzeczne nadłonowe. Cięcie zostało przeprowadzone w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym. Cięcie rozpoczęło o 11.45, zaś wydobycie płodu nastąpiło o godz. 11.55, przy czym w dokumentacji lekarskiej odnotowano, że „przed główką wypadła pętla pępowiny”, na którą najprawdopodobniej uciskała główka płodu, co utrudniało przepływ krwi przez naczynia pępowiny. W opisie zabiegu nie opisano zabarwienia wód płodowych.

Małoletni powód F. S. w chwili urodzenia ważył 3.820 g. Noworodek był bez odruchów, bez napięcia mięśniowego i bez własnego oddechu, z czynnością serca ok. 80 uderzeń na minutę. Natychmiast po zakończonym porodzie lekarz neonatolog S. A. zalecił podłączenie małoletniego powoda pod oddech zastępczy, nakładając mu aparat A. na maskę, z czystym powietrzem. W 3 minucie życia oddech małoletniego powoda stał się prawie wydolny, a w 5 minucie stał się wydolny. Czynność serca znormalizowała się u powoda w 3 minucie życia, również w 3 minucie życia zaczęła ustępować sinica. Po 5 minutach czynność serca u małoletniego powoda wynosiła ok. 160 uderzeń na minutę.

Bezpośrednio po narodzinach noworodek w skali V. Apgar otrzymał 1 pkt, w trzeciej minucie 4, w piątej 7, a w dziesiątej 8 pkt. Jego stan określono, jako bardzo ciężki.

W trakcie porodu U. S. otrzymała łącznie 15 jednostek oksytocyny, otrzymała także C. w dawce 2 x 1,0 g dożylnie, leki przeciwbólowe, płyny dożylnie.

U. S. przebywała w pozwanym szpitalu na oddziale położniczym pozwanego szpitala łącznie 4 doby, po czym z uwagi na prawidłowy przebieg rekonwalescencji poporodowej opuściła szpital w dniu 3 listopada 2008 r.

W przypadku U. S. poród został przeprowadzony w sposób prawidłowy, zgodnie ze wskazaniami współczesnej wiedzy medycznej. Decyzja o podjęciu próby porodu drogami natury, wobec rozpoczęcia akcji porodowej przed wykonaniem planowanego cięcia cesarskiego była prawidłowa, nie istniały przeciwwskazania do porodu drogami natury, a decyzja o zakończeniu porodu cięciem cesarskim została podjęta bez zbędnej zwłoki, po pojawieniu się wskazań do jego wykonania. Decyzja o zakończeniu porodu na drodze cięcia cesarskiego została podjęta bez zbędnej zwłoki. Również bez zbędnej zwłoki wykonano cięcie cesarskie i wydobyte płodu.

Małoletni powód F. S., bezpośrednio po zakończeniu porodu, w dniu 30 października 2008 r., został przeniesiony na oddział Pediatriczno- Neonatologiczny Szpitala (...) w B., umieszczony w inkubatorze i monitorowany przy pomocy pulsometru. Małoletniemu powodowi podano wodorowęglany.

W badaniu gazometrycznym, wykonanym 30 minut po urodzeniu, u małego powoda ustalono pH krwi 6,82 oraz niedobór zasad.

O godz. 12.30 w dniu 30 października 2008 r., po zbadaniu noworodka stwierdzono, że jego żywotność jest średnia, reaktywność dość dobra, skóra bladoróżowa, bez wykwitów, tkanka podskórna dobrze rozwinięta, czaszka asymetryczna, z obrzękiem na szczycie, ciemność przednie w normie, jama ustna bez wad, obojczyki całe, czynność serca miarowa, tony czyste, nad płucami pojedyncze fuczzenia, brzuch miękki, odruchy z kończyn symetryczne, żywe.

O godzinie 14.00 tego dnia, powodowi przestano podawać dodatkowy tlen do inkubatora, natomiast dalej wyrównywano lekami występującą u powoda kwasicę.

O godz. 14.11 u dziecka nadal występowała nasilona kwasica metaboliczna pH 7,098 BE-18 i dopiero w badaniu z godziny 17.12, kwasicy już nie stwierdzono.

O godzinie 17.30 okresowo podano małoletniemu powodowi ponownie tlen „na maskę”.

W dniu 30 października 2008 r., powodowi podano następujące leki: glukozę, NaHCO<sub>3</sub> (którą powodowi podano jeszcze na bloku operacyjnym) a także C., A., witaminy K i E oraz L.

W dniach 30 i 31 października 2008 r. noworodkowi wykonano morfologię oraz kilkakrotnie gazometrię.

W dniu 31 października 2008 r., o godzinie 6.00, noworodka wyjęto z inkubatora i przeniesiono do łóżeczka. Wówczas stwierdzono, że adaptuje się dobrze. Podjęto także próby doustnego karmienia małego powoda, które okazały się nieudane.

Podczas badania przeprowadzonego o godzinie 9.00, w dniu 31 października 2008 r. stwierdzono, że stan ogólny noworodka jest średni, żywotność średnia, reaktywność wygórowana, napięcie tułowia miernie obniżone, napięcie mięśni kończyn wzmożone. Już wówczas, w trakcie przeprowadzania badania napięcia mięśni i odruchów zaobserwowano u powoda krótkotrwały napad drgawek wędrujących, bez senności ponapadowej. U powoda stwierdzono odruchy powierzchowne - symetryczne, żywe, zaś odruchy głębokie - trudne do wywołania, leniwe, symetryczne. Stwierdzono też, że jama ustna, serce i płuca osłuchowo bez zmian, brzuch miękki. Dziecko było wówczas wyrównane gazometrycznie.

Podczas badania przeprowadzonego o godzinie 13.12, u małego powoda stwierdzono bardzo niski poziom sodu (126 mmol/L), który zaczęto wyrównywać. W tym czasie żywotność dziecka była średnia, natomiast reaktywność wygórowana.

Od godziny ok. 14.00 w dniu 31 października 2008 r., u małego powoda wystąpiła seria napadów drgawkowych, połączonych ze spadkiem saturacji. Pomiędzy napadami powód był wydolny krążeniowo i oddechowo. W reakcji na

powyższe dziecku podano ponownie lek L. (pierwszy raz już o godz. 12.00, z zaznaczeniem, że podano profilaktycznie, następnie zaś o godzinie 14.00 lek podano w reakcji na drgawki).

Przeprowadzone ponownie próby karmienia małego powoda piersią nie powiodły się.

Oddział noworodkowy pozwanego szpitala jest ośrodkiem o I stopniu referencyjności.

Po wyrównaniu stanu dziecka, w dniu 30 października 2008 r., należało je natychmiast przekazać do ośrodka III stopnia referencyjności, aby można było zastosować ewentualne procedury leczniczo-diagnostyczne niedostępne na poziomie I stopnia referencyjności.

Drgawki mogą wystąpić w wielu jednostkach chorobowych, w tym w encefalopatii niedotlenieniowo - niedokrwiennnej w wyniku zamartwicy okołoporodowej. W tej chorobie rozpoczynają się około 6-18 godziny po porodzie i ulegają pogorszeniu w następnych godzinach życia. Mogą one przedłużać się i mogą być odporne na leczenie.

Powodem 2/3 przypadków drgawek jest niedotlenienie okołoporodowe prowadzące do encefalopatii niedotlenieniowo- niedokrwiennnej, jest to najbardziej prawdopodobną przyczyną drgawek u powoda. Dzieci, które przebyły zamartwicę okołoporodową 2-5 razy częściej demonstrują drgawki w porównaniu ze zdrowymi noworodkami. W takim przypadku w większości ujawniają się w pierwszych 24 godzinach życia, rozpoczynają się ok. 6-18 godzin po porodzie i ulegają pogorszeniu w następnych godzinach życia, mogą się przedłużać. Napady mają różną postać, często są trudne do leczenia farmakologicznego.

Inną przyczyną drgawek mogą być zaburzenia elektrolitowe i przemiany węglowodanów, co u powoda wykluczono. W chorobach metabolicznych i uwarunkowanych genetycznie zaburzenia pojawiają się po 2-3 dniach, kiedy nieprawidłowe produkty przemiany materii ulegają kumulacji. Drgawki u powoda po raz pierwszy wystąpiły pod koniec pierwszej doby życia, ale początkowo zakwalifikowane nieprawidłowo, jako zaburzenia mięśniowe, co spowodowało opóźnienie leczenia. Bez względu na przyczynę drgawek, rozpoznano je i rozpoczęto leczenie zbyt późno.

U małego powoda rozpoznawano również hiponatremię, która może być przyczyną drgawek, ale wyrównano te zaburzenia, a mimo to drgawki nawracały.

Zmiany poniedotlenieniowe takie jak jamy leukomalacyjne ujawniają się w badaniu USG zwykle między 2 - 4 tygodniem życia, czyli około miesiąc od zaistnienia niedotlenienia.

W ciężkiej encefalopatii niedotlenieniowo- niedokrwiennnej ultrasonograficznie stwierdza się początkowo zatarcie normalnie dobrze widocznych struktur mózgu (obrzęk mózgu), następnie obszary podwyższonej echogeniczności i ostatecznie martwicę wielogniskową dającą obraz jam- tak było w przypadku małego powoda.

Ciężkie niedotlenienie okołoporodowe u powoda było czynnikiem ryzyka wystąpienia zaburzeń wielonarządowych stwarzających zagrożenie życia i prawidłowego rozwoju.

Wszystkie nieprawidłowości występujące u powoda nakazywały jak najszybsze przekazanie noworodka do ośrodka o wyższej referencyjności, który gwarantował możliwość odpowiedniego leczenia.

Przeniesienie powoda do takiego ośrodka w odpowiednim czasie (natychmiast po wyrównaniu jego stanu) mogło zapobiec pojawieniu się kolejnych drgawek (o godzinie 9.00 i następnie 14.00 w dniu 31 października 2008 r. Kolejne drgawki mogły pogłębiać wcześniejsze niedotlenienie ośrodkowego układu nerwowego i stanowić stan zagrożenia życia.

Zaniechanie przeniesienia noworodka do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności w możliwie najkrótszym czasie po przeprowadzeniu skutecznej resuscytacji krążeniowo- oddechowej było postępowaniem wyczerpującym znamiona błędu medycznego decyzyjnego. W ośrodku o wyższym stopniu referencyjności możliwe byłoby wdrożenie

skuteczniejszego leczenia drgawek, niż leczenie wdrożone w Szpitalu (...) w B.. Mniejsze byłyby wówczas ostateczne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego.

Wobec występujących u małego powoda napadów drgawkowych, około godziny 15.30, personel medyczny pozwanego szpitala podjął decyzję o przekazaniu powoda do wyspecjalizowanej placówki medycznej. Następnie uzgodniono telefonicznie przekazanie powoda na Oddział Noworodków Patologii i Intensywnej Terapii (...) w S..

Powód został do tej placówki przywieziony karetką neonatologiczną w dniu 31 października 2008 r., około godz. 18.00. W rozpoznaniu podczas przyjęcia powoda w Oddziale Noworodków Patologii i Intensywnej Terapii (...) w S. stwierdzono u małego powoda ciężką zamartwicę urodzeniową oraz drgawki, zaś w epikryzie wpisano: „noworodek z CI, PI, Hbd 40, urodzony cięciem cesarskim (depresja tętna płodu, niestosunek porodowy) w stanie ciężkim, z Apgar 1, 4, 7, 8, z masą ciała 3620 g, resuscytowany, pół godziny po porodzie w gazometrii pH 6,82, BE -26,7, NaHCO<sub>3</sub>, przekazany w drugiej dobie życia z powodu drgawek o różnej morfologii”.

Podczas przyjęcia do szpitala w Z. stan ogólny małego powoda określono jako średnio ciężki, stwierdzono że powód jest pobudzony, czuwający, drażliwy, ze wzmożonym napięciem mięśniowym, gorączkujący do 37,6°C, wydolny oddechowo i krążeniowo.

W pierwszych godzinach pobytu na oddziale u powoda zaobserwowano drgawki uogólnione toniczno - kloniczne. Po przeprowadzonych badaniach nie stwierdzono u powoda wykładników niedotlenienia.

U małego powoda wykluczono neuroinfekcję, poprzez wykonanie punkcji.

Wdrożono leczenie lekiem G. i E., uzyskując ustąpienie drgawek po włączeniu do leczenia leku S.. Wdrożono także hipotermię przy pomocy zimnych okładów, małowiemniemu powodowi podano leki moczopędne i mniejszą ilość płynów. Dzięki powyższym zabiegom stan małego powoda ustabilizował się.

Podczas przeprowadzonego w dniu 3 listopada 2008 r. badaniu USG mózgowia powoda, stwierdzono u niego występowanie obrzęku mózgowia, z zaciśnięciem światła komór i niejednorodnie podwyższoną echogenicznością tkanki nerwowej, w związku z czym zastosowano leczenie przeciwobrzękowe: restrykcje płynowe, 20% MgSO<sub>4</sub> i F..

W trakcie dalszego pobytu małego powoda w szpitalu w Z. nie zaobserwowano u niego ponownych napadów drżeń i drgawek, pomimo zmniejszenia dawek leków. Przez okres pobytu w szpitalu w Z. małowiemniemu powodowi podawano lek L. 1 (po 1/2 tabletki).

Początkowo małowiemni powód karmiony był pozajelitowo, później sondą dożołądkowo, od 6 doby życia wprowadzono karmienie doustne.

Małowiemni powód został wypisany ze szpitala w Z. w dniu 18 listopada 2008 r., w stanie ogólnym dobrym, wydolny krążeniowo i oddechowo. Był już wówczas karmiony piersią i dokarmiany pokarmem mamy przez smoczek.

Przy wypisie małowiemni powoda zalecono: wczesny patronat lekarza POZ, kontrolę w Poradni Wad Słuchu, badanie stawów biodrowych w Poradni Ortopedycznej, kontrolne badanie okulistyczne za 3 miesiące, kontrolę w Poradni Kardiologicznej za pół roku, kontrolę USG mózgowia i neurologiczną za miesiąc, zalecano także szczepienia przeciw DiPerTe szczepionkami celularnymi i przeciw pneumokokom oraz podawanie preparatu witaminy K (VitaK) 1 x 1 ml do ukończenia 3 miesiąca, w przypadku karmienia piersią i podawanie L. 1 x 1A tabl. do czasu konsultacji neurologicznej. Zalecono także, by noworodek był karmiony mlekiem B. (...).

Po około trzech tygodniach od daty wypisania ze szpitala, małowiemni powód F. S. zaczął wymiotować. Z uwagi na to, że dziecko nie umiało połykać pożywienia, lekarz pediatra z przychodni w B. stwierdził, że prawdopodobnie dziecko cierpi na chorobę refluksową żołądka i skierował je do placówki medycznej na specjalistyczne badania.



W okresie od 26 do 29 grudnia 2008 r., powód był hospitalizowany na Oddziale Dziecięcym Szpitala (...) SP ZOZ w B. z rozpoznaniem: nietolerancja białek mleka krowiego, nieżyt żołądkowo - jelitowy, podejrzenie kamicy nerki lewej.

Po wypisaniu ze szpitala małeletni powód w dalszym ciągu nie chciał jeść, miał kolki, był płacziwy, rozdrażniony.

Następnie w okresie od 31 grudnia 2008 r. do 7 stycznia 2009 r., małeletni powód był hospitalizowany w Oddziale I Pediatrii, Alergologii i Pulmonologii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w S. z rozpoznaniem: obserwacja w kierunku nietolerancji mleka krowiego, zaburzenia ośrodkowe koordynacji nerwowej.

W okresie od 10 do 12 lutego 2009 r. małeletni powód był hospitalizowany na Oddziale II Pediatrii i Neurologii Wiekii Rozwojowego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w S. z rozpoznaniem: zaburzenia ośrodkowej koordynacji nerwowej, obserwacja w kierunku choroby metabolicznej. Wówczas w badaniu tomografii rezonansu magnetycznego głowy stwierdzono jamy po przebytym niedokrwieniu w obu torebkach zewnętrznych i wzgórzach oraz uogólnione zaniki korowo-podkorowe umiarkowanego stopnia.

W okresie od 18 maja 2009 r. do 6 czerwca 2009 r. małeletni powód przebywał w Klinice Pediatrii (...) w S. z rozpoznaniem: obserwacja w kierunku chorób metabolicznych, ciężka zamartwica urodzeniowa w wywiadzie, mózgowie porażenie dziecięce (postać piramidowo- pozapiramidowa), obserwacja w kierunku padaczki, subkliniczna niedoczynność tarczycy, obserwacja w kierunku alergii na białka mleka krowiego, obserwacja w kierunku refleksu żołądkowo-przełykowego, rotawirusowe zakażenie przewodu pokarmowego.

W dniu przyjęcia do szpitala małeletni powód znajdował się w stanie ogólnym dobrym, był wydolny krążeniowo i oddechowo, w badaniu przedmiotowym stwierdzono wzmożone napięcie mięśniowe w kończynach, obniżone w osi głowa- tułów, tendencję do prężeń (ruchy dystoniczne) i odgięciowego układania ciała oraz okresowe drżenie kończyn górnych. W trakcie konsultacji neurologicznej u małeletniego powoda stwierdzono stan po ciężkiej zamartwicy i obrzęku mózgu ze zmianami w MRI głowy potwierdzającymi encefalopatię niedotlenieniową - niedokrwinną, zmienne ułożenie, cechy wzmożonego napięcia mięśniowego, samoistne prężenie i ruchy dystoniczne, odruchy pierwotne pierwszego półrocza (toniczny szyjny asymetryczny, toniczny szyjny symetryczny). W czasie pobytu w tej placówce medycznej niemowlę nawiązywało kontakt, wodziło wzrokiem.

W dniu 7 lipca 2009 r., w Instytucie Centrum (...) wykonano u małeletniego powoda badania profilu kwasów organicznych w moczu metodą GC/MS, wynik nie odbiegał od normy i nie wskazywał na wrodzone wady metabolizmu.

W dniach od 9 do 11 września 2009 r., małeletni powód przebywał na Oddziale Niemowlęcym Kliniki Pediatrii (...) Szpitala (...) w S. z rozpoznaniem: dziecięce porażenie mózgowie, refluks żołądkowo- przełykowy, subkliniczna niedoczynność tarczycy. W MRI głowy wykazano, w porównaniu z badaniem poprzednim, m.in. częściową regresję ognisk patologicznych w obu torebkach zewnętrznych i wzgórzach oraz zmniejszenie szerokości przestrzeni zewnątrzmożgowej.

W ocenie procesów integracji sensorycznej z dnia 28 stycznia 2011 r., stwierdzono u małeletniego powoda zaburzenia pierwotne, związane z kontrolą ruchu, napięciem mięśniowym oraz regulacją zachowania, a w konsekwencji zaburzenia mechanizmów posturalnych oraz mechanizmów, umożliwiających uzyskiwanie informacji o własnych działaniach, planach i wpływie na otoczenie. Dodatkowo stwierdzono zaburzenia wtórne, spowodowane nieprawidłową lub niewystarczającą informacją sensoryczną z ograniczeniami ruchowymi, nieprawidłowymi kompensacyjnymi wzorcami motorycznymi i słabym dostosowaniem posturalnym oraz nadreaktywność układu dotykowego, objawiającą się problemami z czynnościami higienicznymi oraz karmieniem dziecka, przy czym stwierdzono, że trudności z jedzeniem spowodowane są również zaburzeniami neurologicznymi, związanymi z nadmiernym napięciem mięśniowym w częściach dystalnych i kontrolą jamy ustnej.

W dacie orzekania przez Sąd I instancji powód F. S. miał 7 lat.

Małoletni powód cierpi na mózgową porażenie dziecięcą (postać piramidowo- pozapiramidowa), z czym wiąże się opóźnienie w rozwoju psychomotorycznym, ponadto u małego powoda zdiagnozowano refluks żołądkowo-jelitowy i subkliniczną niedoczynność tarczycy. Nie stwierdzono u niego zaburzeń genetycznych.

Małoletni powód nigdy nie rozwijał się stosownie do swojego wieku.

Kiedy miał 2 lata nie siedział, nie chodził, nie interesował się zabawkami, miał ręce ułożone wzdłuż tułowia, mocno się przeżył, nie potrafił połykać pokarmu, którym się krztusił, w związku z czym karmiony był wyłącznie zupkami i papkami.

Obecnie małoletni powód nadal „przeży się”, co jest niewskazane, stąd rodzice dążą do tego, by ten patologiczny odruch zwalczać. Nadal ma problemy z połykaniem, krztusi się, robi się wówczas siny. Dziecko potrafi nakarmić tylko matka. Małoletni powód bardzo słabo sypia.

Sprawność ruchowa małego powoda jest znacznie upośledzona, dziecko nie chodzi, nie siada, nie jest w stanie utrzymać pozycji siedzącej, a nawet obrócić się w pozycji leżącej, funkcja chwytnej ręki jest bardzo słabo rozwinięta, podobnie jak kontrola ruchów głowy. Kontakt z dzieckiem jest zachowany jedynie częściowo, dziecko reaguje na głos, rozumie proste polecenia, ale swoje potrzeby potrafi wyrażać jedynie za pomocą płaczu, śmiechu i nieartykułowanych dźwięków. Z tych też powodów F. S. jest niezdolny do samodzielnej egzystencji,

Małoletni powód jest w dalszym ciągu pampersowany, gdyż nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych. Dziecko bardzo mocno się ślini, nie potrafi przełknąć śliny.

W związku z koniecznością sprawowania całodobowej opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem, U. S. nie wróciła po urodzeniu dziecka do pracy zawodowej. Przed porodem U. S. pracowała jako pracownik administracyjny w firmie transportowej. Aktualnie jedynym żywicielem rodziny jest S. S..

Rodzice powoda pobierają zasiłek pielęgnacyjny i świadczenie pielęgnacyjne.

Aktualnie małoletni powód znajduje się pod stałym nadzorem pediatry, neurologa. Małoletni powód jest także rehabilitowany. Uczęszcza na zajęcia rehabilitacyjne w B. (trzy razy w tygodniu) i G. (dwa razy w tygodniu), mające prowadzić do odworowania prawidłowych odruchów i likwidowania patologicznego napięcia mięśniowego (metoda Bobath). Zajęcia rehabilitacyjne są nieodpłatne. Rodzice rehabilitują także powoda samodzielnie w domu. Małoletni powód uczęszcza na zajęcia z hipoterapii, które są odpłatne, a nadto razem z matką uczestniczy w zajęciach przedszkola integracyjnego.

Powód rozpoznaje rodziców, babcię i dziadka. Dziecko nie interesuje się zabawkami, gdyż nie ma koordynacji wzrokowo - ruchowej, nie podąża wzrokiem za przedmiotem.

Powód jest obecnie żywiony gotowymi preparatami - zupkami w słoiczku, kaszkami, produktami typu G.. Małoletni powód jest leczony prywatnie u stomatologa, neurologa (cena jednej wizyty wynosi około 70 złotych), gastroenterologa (cena jednej wizyty wynosi 150 złotych). Rodzice małego powoda ponoszą także koszty dojazdów do tych lekarzy, do S. i G..

Obecnie małoletni powód z leków zażywa doraźnie L. oraz codziennie Malatoninę.

Od chwili urodzenia małego powoda F. S. istnieją zwiększone potrzeby wynikające z konieczności ponoszenia większych, niż w przypadku zdrowego dziecka wydatków na opiekę, pielęgnację, leczenie, wyżywienie małego powoda oraz związane z koniecznością poddawania powoda stałym zabiegom rehabilitacyjnym i stałymi wyjazdami do placówek leczniczych poza miejscem zamieszkania małego powoda.

Rodzice małego powoda ponoszą zwiększone koszty konieczne w celu zaspokojenia podstawowych potrzeb powoda, związanych z rozstrojem zdrowia powoda. Są to m.in. koszty związane z udziałem powoda w zajęciach

hipoterapii, indywidualnymi dodatkowymi zajęciami z rehabilitacji ruchowej, zajęciami z pedagogiki specjalnej, zajęciami psychoterapeutycznymi, zajęciami logopedycznymi, koszty związane z koniecznością odbycia wizyt u lekarzy specjalistów, wizyt u stomatologa, koszty zakupu pieluch i środków higienicznych związanych z używaniem pieluch. Dodatkowo rodzice małoletniego powoda ponoszą także koszty związane z uczestnictwem powoda w turnusach rehabilitacyjnych (zwykle dwa turnusy rocznie).

Wydatki ponoszone przez rodziców małoletniego powoda na jego leczenie i rehabilitację są wydatkami koniecznymi, gdyż wskazana jest stymulacja ogólnego rozwoju psychomotorycznego dziecka. W przypadku małoletniego powoda niezbędna jest także rehabilitacja ruchowa, terapia logopedyczna i stała opieka specjalistyczna.

Biorąc pod uwagę aktualny stan zdrowia małoletniego powoda oraz fakt, że podłożem tego stanu jest organiczne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego spowodowane jego okołoporodowym niedotlenieniem, przy uwzględnieniu wieku dziecka, aktualnego stanu klinicznego i dotychczasowego postępu rozwoju psychoruchowego, stan ten należy uznać za trwały. Intensywna i systematyczna rehabilitacja może przynieść w przyszłości pewną poprawę, ale i tak nie będzie to poprawa na tyle istotna, aby F. S. był w stanie samodzielnie poruszać się, przygotowywać i spożywać posiłki, realizować potrzeby z zakresu fizjologii i higieny osobistej, a także w sposób ogólnie zrozumiały komunikować się z otoczeniem.

Rokowania na przyszłość odnośnie stanu zdrowia F. S. są niekorzystne. Co prawda intensywna i systematyczna rehabilitacja może przynieść w przyszłości pewną poprawę, ale i tak nie będzie to poprawa na tyle istotna, aby F. S. stał się osoba chociażby częściowo zdolną do samodzielnej egzystencji.

Wydatki ponoszone przez rodziców powoda i wyliczenia aktualnych zwiększonych kosztów utrzymania powoda w związku z koniecznością wizyt lekarskich i rehabilitacji są uzasadnione stanem zdrowia F. S.. Co prawda F. S. wymaga obecnie pokarmów silnie rozdrobnionych, ale nie oznacza to, że może spożywać jedynie gotowe tego typu produkty, może on spożywać również zwykłe posiłki przygotowywane w warunkach domowych tyle, że przed podaniem powinny być one zmiksowane.

Podstawowy i niezbędny sprzęt potrzebny do usprawniania F. S. w domu to: wałek rehabilitacyjny, piłka rehabilitacyjna, materac do ćwiczeń, mata edukacyjna, pionizator, wózek inwalidzki dziecięcy, fotelik samochodowy ze stabilizacją głowy. Dla zapewnienia odpowiedniej pozycji i ustawienia kończyn mogą być konieczne ortezy na kończyny górne i dolne oraz orteza tułowia zabezpieczająca przed narastaniem skoliozy. Postępowanie rehabilitacyjne może jedynie ograniczyć niektóre skutki uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, a w szczególności może zmniejszyć wzmożone napięcie mięśniowe i jego następstwa, poprawić sprawność ruchową i komunikację z otoczeniem, ponadto może być elementem profilaktyki zakażeń układu oddechowego i moczowego, może usprawniać pasaż jelitowy.

Niezbędnym będzie również przystosowanie mieszkania do potrzeb powoda: likwidacja barier architektonicznych ułatwiających przemieszczania się wózkiem inwalidzkim, odpowiednie łóżko z możliwością regulacji podparcia głowy i tułowia. W celu ułatwienia higieny konieczne będzie przystosowanie łazienki do potrzeb powoda: poręcze i uchwyty, w późniejszym okresie podnośnik do wanny. Dla rozszerzenia rehabilitacji w domu można także zamontować wannę z hydromasażem.

Środki na przystosowanie mieszkania dla potrzeb osób niepełnosprawnych mogą pochodzić z funduszy PFRON. Część zaopatrzenia w środki ortopedyczne w całości lub częściowo refundowane jest z NFZ.

Żadne postępowanie lecznicze nie przywróci powodowi utraconych funkcji ośrodkowego układu nerwowego. Wątpliwe jest także, by postępowanie rehabilitacyjne rozwinęło na tyle alternatywne drogi komunikacji z otoczeniem, by pozwolić powodowi na czynny współudział w czynnościach życiowych. Najprawdopodobniej małoletni powód pozostanie na zawsze osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji, wymagającą całkowitej opieki i nadzoru osób

trzecich. Rehabilitacja jednak powinna być prowadzona wielokierunkowo i ciągle, praktycznie do końca życia, celem utrzymania dotychczasowej sprawności oraz dążenia do jej poprawy w jak największym zakresie.

Niezbędnymi i najważniejszymi zabiegami dla powoda wykonywanymi przez specjalistów w danej dziedzinie pod kontrolą lekarza rehabilitacji medycznej są:

-indywidualne ćwiczenia z fizjoterapeutą prowadzone metodami neurofizjologicznymi (NDT Bobath, terapia Vojty, PNF) 3 razy w tygodniu,

-zajęcia w wodzie (w przypadku dobrej tolerancji) - hydroterapia 1-2 x w tygodniu,

-zajęcia integracji sensorycznej 1-2 razy w tygodniu,

-terapia logopedyczna 1 raz w tygodniu,

-dogoterapia i/lub hipoterapia 1 raz w tygodniu,

-zajęcia z pedagogiem 3-5 razy w tygodniu po osiągnięciu przez powoda wieku szkolnego.

Rehabilitacja powoda metodami neurofizjologicznymi powinna być prowadzona minimum 3 razy w tygodniu. Najczęściej stosowanymi metodami są NDT Bobath, terapia Vojty oraz PNF. Każdą z tych metod prowadzi odpowiednio wykwalifikowany fizjoterapeuta, ale w terapię powinni być czynnie zaangażowani również opiekunowie dziecka. Rehabilitacja metodami neurofizjologicznymi polega na wykonywaniu z pacjentem odpowiednich dla danej metody ćwiczeń (zabiegów) oraz prowadzeniu instruktażu ćwiczeń dla opiekunów. Do prowadzenia takiej rehabilitacji niezbędne są m.in. wałki, piłki, ortezy dynamiczne (kombinezony), pionizatory, który to sprzęt pacjent powinien posiadać. Natomiast w dniach, w których nie są prowadzone zabiegi z fizjoterapeutą, opiekunowie dziecka powinni prowadzić ćwiczenia wg wcześniejszych zaleceń terapeuty, wykorzystując posiadany do tego celu sprzęt.

Dla rozluźnienia wzmożonego napięcia mięśniowego, oprócz farmakoterapii, można stosować masaż ręczny, hydroterapię oraz dogoterapię i/lub hipoterapię - wybór metody uzależniony jest od reakcji pacjenta na poszczególne bodźce.

Natomiast dla poprawy komunikacji z otoczeniem oraz poprawy reakcji na bodźce zewnętrzne, jak również w przypadku powoda rozwoju funkcji gryzienia i żucia pokarmów stałych, niezbędna jest terapia logopedyczna oraz integracja sensoryczna.

Powód wymaga i będzie wymagał do końca życia całkowitej opieki i nadzoru osób trzecich, w tym pomocy w czynnościach dnia codziennego. Stacjonarne ośrodki rehabilitacyjne, do których zalicza się oddziały rehabilitacji dla dzieci (większość pobytów finansowanych jest z NFZ, ale istnieje również możliwość pobytów komercyjnych) oraz ośrodki komercyjne realizujące turnusy rehabilitacyjne (pobyty finansowane z PFRON lub przez pacjenta), w przypadku dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym wymagają również pobytu opiekuna dziecka. Turnus rehabilitacyjny jest formą aktywnej rehabilitacji połączonej z elementami wypoczynku, mającej na celu przede wszystkim ogólną poprawę sprawności, wyrobienie zaradności, pobudzanie i rozwijanie zainteresowań. Turnus rehabilitacyjny może być raz w roku dofinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Z turnusów rehabilitacyjnych można również korzystać bez dofinansowania. Koszt turnusu jest uzależniony od bazy zabiegowej, standardu ośrodka oraz czasu trwania (14-21 dni). W turnusach uczestniczy dziecko wraz z opiekunem. Powód powinien uczestniczyć w 2-3 tego typu turnusach w ciągu roku.

Po dokonaniu takich ustaleń Sąd Okręgowy uznał, że powództwo okazało się częściowo uzasadnione.

Sąd stwierdził, że okoliczności faktyczne przedstawione przez powoda wskazywały, że podstawę prawną powództwa stanowią przepisy art. 445 § 1 i art. 444 § 1 i 2 k.c., w związku z art. 415 i art. 430 k.c.

Sąd wskazał, że małoletni powód swoje roszczenia wywodził z odpowiedzialności deliktowej pozwanego szpitala, zarzucając mu błąd w sztuce lekarskiej. Podstawę faktyczną żądań powoda stanowiły dwa zdarzenia związane ze sobą. Pierwsze zdarzenie polegało na zaniechaniu wykonania cesarskiego cięcia u U. S. podczas porodu we właściwym momencie i przewleczeniu próby urodzenia powoda siłami natury, mimo istnienia zalecenia rozwiązania ciąży przez cesarskie cięcie. Drugie zdarzenie polegało na zaniechaniu niezwłocznego przewiezienia powoda - noworodka w ciężkim stanie do ośrodka medycznego o wyższym stopniu referencyjności, niż pozwany szpital. W związku z takimi działaniami powód doznał niedotlenienia, co skutkowało porażeniem okołoporodowym, mającym wpływ na aktualny stan zdrowia powoda.

Sąd I instancji stwierdził, że pozwanemu Szpitalowi (...) spółce z o.o. w B. przysługuje przymiot osobowości prawnej. Jego odpowiedzialność deliktowa w niniejszej sprawie opiera się zatem na art. 430 k.c., w związku z art. 415 k.c.

Sąd wskazał też, że niekwestionowaną w sprawie była okoliczność, iż lekarze dokonujący czynności i zabiegów medycznych w procesie porodu małoletniego powoda byli pracownikami pozwanego szpitala.

Sąd wskazał na przesłanki odpowiedzialności pozwanego za szkodę, której doznał powód i stwierdził, że bez znaczenia w okolicznościach niniejszej sprawy jest, który konkretnie z pracowników pozwanego w sposób zawiniony wyrządził szkodę powodowi.

Sąd Okręgowy wskazał, że błąd w sztuce lekarskiej nie jest definiowany w żadnym konkretnym przepisie prawa, uznał więc, że odwoływać się należy do ogólnych reguł odpowiedzialności deliktowych określonych w art. 415 k.c. Podniósł też, że nie można przy tym tracić z pola widzenia, iż leczenie jest zawsze obarczone ryzykiem wystąpienia różnorodnych, częstokroć niemożliwych do przewidzenia powikłań, które mogą całkowicie lub choćby częściowo zniweczyć starania personelu służby zdrowia. Uznał zatem Sąd meriti, że odpowiedzialność odszkodowawcza zatrudniającej lekarza jednostki służby zdrowia, aktualizuje się jedynie wtedy, gdy zatrudnionym w nim pracownikom przypisać można, co najmniej niedbalstwo w postaci działań czy zaniechań, w zakresie przeprowadzanych procedur medycznych - w tym wszelakich zabiegów, niezgodnych z możliwie najwyższymi standardami w tym zakresie.

Sąd I instancji stwierdził, że ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny, obejmuje tylko zwykłe powikłania pooperacyjne. Dodał też, że nie można uznać, że taka zgoda obejmuje również komplikacje powstałe wskutek pomyłki lekarza.

Sąd Okręgowy zauważył ponadto, że zasadniczym problemem, który pojawia się w związku z odpowiedzialnością szpitala jest także kwestia ustalenia związku przyczynowego, będącego jedną z przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej. Podkreślił, że o odpowiedzialności za szkodę można mówić wówczas, gdy szkoda jest skutkiem określonego zdarzenia, za które ktoś odpowiada.

W ocenie Sądu Okręgowego, biorąc pod uwagę dyspozycję art. 6 k.c. oraz art. 361 § 1 k.c., strona powodowa w niniejszej sprawie zdołała wykazać zaistnienie błędu w sztuce lekarskiej, polegającego na zaniechaniu natychmiastowego przewiezienia małoletniego powoda F. S. - noworodka w ciężkim stanie, po wystąpieniu u niego drgawek, do specjalistycznego szpitala o wyższym stopniu referencyjności. Sąd uznał też, że strona powodowa nie zdołała natomiast wykazać, że aktualny stan małoletniego powoda i jego niepełnosprawność jest w jakimkolwiek stopniu wynikiem nieprawidłowego postępowania personelu pozwanego szpitala podczas porodu, polegającego przede wszystkim tym, że personel medyczny pozwanego zwlekał z decyzją o rozwiązaniu ciąży U. S. drogą cesarskiego cięcia, mimo, że istniały do tego medyczne wskazania.

Ustalając, czy w realiach niniejszej sprawy pozwany popełnił błąd medyczny Sąd oparł się na wnioskach opinii biegłych. Stwierdził Sąd, że zagadnieniem kluczowym dla rozstrzygnięcia sprawy było ustalenie, czy decyzja o zakończeniu rozwiązania ciąży cesarskim cięciem została podjęta we właściwym momencie, czy też należało ją podjąć o

30 minut wcześniej. W konsekwencji, czy zbyt późne podjęcie tej decyzji skutkowało stanem powoda, w jakim znajduje się on obecnie.

W oparciu o wnioski wynikające z opinii biegłych Sąd I instancji uznał, że w okolicznościach tej sprawy, nie popełniono błędu lekarskiego w samym procesie porodu pacjentki U. S., konsekwencją którego byłby aktualny stan zdrowia małoletniego powoda.

Odnosnie pozytywnej oceny działań podjętych przez personel medyczny pozwanego, podczas porodu F. S. Sąd oparł się na wnioskach wynikających z opinii Uniwersytetu (...) w Ł. z 27 listopada 2013 r. i opinii biegłego specjalisty położnictwa i ginekologii prof. J. O. z Katedry Kliniki (...) w L., sporządzonej 1 lipca 2015 r.

Sąd wskazał, że zdaniem wszystkich biegłych, w tym również biegłych Zakładu Medycyny Sądowej (...) w S., prowadzenie ciąży u pacjentki U. S. było prawidłowe.

Po dokonaniu analizy treści wszystkich opinii złożonych w tej sprawie sąd meriti uznał, że ostateczna decyzja o rozwiązaniu ciąży cesarskim cięciem została podjęta we właściwym momencie i przed godziną 11.45 nie było wskazań do jej podjęcia. Płód został wydobyty w ciągu 10 minut od wykonania cięcia, co jest standardem według obecnej wiedzy medycznej.

Sąd Okręgowy podkreślił, że bez wpływu na powyższy wniosek pozostaje fakt, że matka powoda zgłosiła się do pozwanego szpitala celem rozwiązania ciąży cesarskim cięciem, a także fakt, że ostatecznie poród został zapoczątkowany siłami natury. Sąd wskazał, że przed wyznaczonym terminem operacji rozpoczęła się bowiem akcja porodowa, pękl pęcherz płodowy i odeszły wody płodowe. W takich okolicznościach w ocenie sądu brak było wskazań do wykonania cesarskiego cięcia w trakcie trwającego porodu drogami natury. Dopiero o godzinie 11.45 zaistniała sytuacja do pilnego wykonania cesarskiego cięcia i wówczas podjęto decyzję o takim zakończeniu porodu.

Sąd stwierdził także, że nie znalazł potwierdzenia, ani w dokumentacji medycznej, ani w zeznaniach personelu medycznego zarzut U. S., że w trakcie trwania akcji porodowej personel pozwanego szpitala zastosował tzw. zabieg Kristellera, zmierzający do wypchnięcia płodu z kanału rodowego, co mogło doprowadzić do mechanicznego uszkodzenia płodu i spowodowania jego niedotlenienia. Sąd uznał, że biegli jednoznacznie stwierdzili, że takich zabiegów nie wykonuje się i nie stwierdzili, by w przypadku rodzącej U. S. taki zabieg zastosowano.

W konsekwencji, opierając się na wnioskach opinii biegłych w tym zakresie, Sąd Okręgowy stwierdził, że pourodzeniowy stan noworodka należy traktować jako powikłanie niekorzystnego przebiegu porodu, w trakcie którego najprawdopodobniej doszło do niedotlenienia płodu z powodu ucisku pępowiny przez główkę płodu, czego nie można było przewidzieć ani uniknąć, a podjęta w odpowiednim czasie decyzja o zakończeniu porodu cięciem cesarskim pozwoliła na ograniczenie skutków tego niedotlenienia, dzięki czemu poród nie zakończył się śmiercią płodu. Niedotlenienie płodu mogło nastąpić jeszcze przed rozpoczęciem porodu. Biegły O. stwierdził, że określenie momentu powstania uszkodzenia neurologicznego, które w efekcie doprowadza do mózgowego porażenia dziecięcego jest zadaniem bardzo trudnym i często niemożliwym.

Mając na uwadze powyższe, Sąd I instancji uznał, że brak jest jakiegokolwiek związku przyczynowego pomiędzy działaniem personelu medycznego pozwanego szpitala podczas porodu powoda, a po urodzeniowym stanem zdrowia powoda.

Za działanie nieprawidłowe, rodzące odpowiedzialność po stronie pozwanego szpitala uznał natomiast Sąd Okręgowy sprawowanie opieki poporodowej nad F. S., w szczególności zaniechanie niezwłocznego przekazania małoletniego powoda do ośrodka o wyższej referencyjności. Decyzję w tym zakresie, w ocenie sądu meriti, należało podjąć zaraz po porodzie i wyrównaniu stanu dziecka.

Oceniając prawidłowość postępowania personelu medycznego pozwanego szpitala sąd oparł się na opiniach biegłych U. (...) w Ł. i Zakładu Medycyny Sądowej (...) w S..

Sąd stwierdził, że z opinii tych jednoznacznie wynika, że powód urodził się w stanie ciężkim, w następstwie niedotlenienia wewnątrzmacicznego. Sąd uznał, że stwierdzenie ciężkiej zamartwicy powinno skutkować natychmiastowym przekazaniem noworodka do ośrodka III stopnia referencyjności, zaraz po wyrównaniu stanu dziecka, aby można było zastosować ewentualne procedury leczniczo-diagnostyczne niedostępne w ośrodku medycznym na poziomie I stopnia referencyjności. Bez względu na przyczynę ciężkiego stanu dziecka, proces leczenia i diagnostyki przeprowadzonej w Oddziale Noworodkowym, w ocenie sądu meriti, był niewystarczający.

Sąd wskazał, że po urodzeniu prawidłowo przeprowadzono u powoda resuscytację krążeniowo-oddechową. Podkreślił jednak, że po przeprowadzeniu skutecznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej, mając na uwadze stan po urodzeniowy noworodka i wyniki badań gazometrycznych krwi, ze znacznego stopnia kwasicy, jak również uwzględniając ograniczone możliwości diagnostyczno-lecznicze Szpitala (...) w B., należało w możliwie najkrótszym czasie przenieść noworodka do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, posiadającego większe możliwości diagnostyczno-lecznicze. Takim ośrodkiem mógł być np. Pododdział Intensywnej Terapii Noworodka Oddziału Noworodków, Patologii i Intensywnej Terapii (...) w S., do którego ostatecznie małoletni powód został przekazany, ale ze znacznym i nieuzasadnionym opóźnieniem.

Bez wpływu na taki wniosek, w ocenie Sądu I instancji, pozostawał fakt, że podczas pobytu w Oddziale Pediatryczno-Neonatologicznym Szpitala (...) w B. uzyskano znaczącą poprawę stanu zdrowia noworodka. Sąd uznał bowiem, że mając na uwadze przebyte niedotlenienie można było i należało przewidywać, że w ciągu najbliższych godzin może dojść do ponownego pogorszenia stanu noworodka, w tym wystąpienia drgawek, przede wszystkim w następstwie narastania poniedotlenieniowego obrzęku mózgu. Takie drgawki mogą pogłębiać wcześniejsze niedotlenienie ośrodkowego układu nerwowego i stanowić stan zagrożenia życia, a ich leczenie mogło być trudne i wykraczać poza możliwości lecznicze Szpitala (...) w B.. Podniósł Sąd, że takie nawracające drgawki, w przebiegu których obserwowano spadki saturacji krwi, wystąpiły u małoletniego powoda, a zastosowane w pozwanym szpitalu leczenie przeciwdrgawkowe z użyciem L. okazało się nieskuteczne.

W ocenie Sądu Okręgowego zaniechanie przeniesienia noworodka do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności w możliwie najkrótszym czasie po przeprowadzeniu skutecznej resuscytacji krążeniowo - oddechowej było postępowaniem wysoce nieostrożnym, wyczerpującym znamiona błędu medycznego decyzyjnego. Sąd stwierdził, że w ośrodku o wyższym stopniu referencyjności możliwe byłoby wdrożenie skuteczniejszego leczenia drgawek, niż leczenie wdrożone w Szpitalu (...) w B., a wówczas drgawki zostałyby opanowane w krótszym czasie, niedotlenienie ośrodkowego układu nerwowego będące następstwem napadów drgawkowych byłoby mniejsze i mniejsze byłoby ostateczne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego.

Sąd meriti stwierdził wprawdzie, że nie wiadomo, w jakim stopniu przełożyłoby się to na aktualny stan F. S., ale uznał, że gdyby postępowanie medyczne było prawidłowe, to być może aktualny stan F. S. byłby nieco lepszy, ale najprawdopodobniej i tak F. S. miałyby mózgowo porażenie dziecięce, upośledzenie umysłowe i byłby trwale niezdolny do samodzielnej egzystencji.

Dokonując oceny postępowania personelu medycznego pozwanego w tym zakresie, sąd I instancji wziął pod uwagę fakt, że biegli wydali opinie w oparciu o wiedzę medyczną i doświadczenie zawodowe. Dodatkowo odwołali się do standardów zachowań w kreślonych sytuacjach. Sąd podkreślił, że nie była to wiedza wykraczająca poza standardową, czy też odkrytą po 2008 r. Sąd Okręgowy uznał, że skorzystania z tej wiedzy wymagała staranność zawodowa przy podejmowaniu kolejnych czynności. Podkreślił, że od personelu medycznego oczekuje się wysokiego poziomu staranności w odniesieniu do każdego pacjenta.

Sąd Okręgowy przyjął, że personel medyczny pozwanego w ramach szeroko pojętej staranności zawodowej, powinien dysponować taką wiedzą w dniu 30 października 2008 r., a zatem powinien przetransportować noworodka do innego ośrodka, co dawało lepsze rokowania stanu zdrowia noworodka, a przede wszystkim mogło wykluczyć kolejne drgawki, powodujące głębsze uszkodzenia w obrębie ośrodkowego układu nerwowego.

Dysponując tak jednoznacznymi twierdzeniami sąd I instancji uznał, że zaniechanie przekazania powoda do ośrodka medycznego o wyższej referencyjności już w dniu 30 października 2008 r. było działaniem, które doprowadziło do większego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, niż uszkodzenie doznane przed lub podczas porodu. Przetransportowanie dziecka do Pododdziału Intensywnej Terapii Noworodka Oddziału Noworodków, Patologii i Intensywnej Terapii (...) w S. dopiero późnym popołudniem 31 października 2008 r., w ocenie sądu meriti, ma bezpośredni związek z aktualnym stanem powoda.

Końcowo Sąd wskazał, że nie wiadomo, w jakim stopniu opóźnienie przekazania noworodka do ośrodka wyższej referencyjności miało wpływ na jego aktualny stan. Sąd uznał, że nie da się tego ustalić.

Sąd I instancji wziął także pod uwagę fakt, że nie da się jednoznacznie stwierdzić, w którym momencie konkretnie nastąpiło niedotlenienie, którego wynikiem było uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego powoda. Wskazał, że współczesna medycyna nie dysponuje jeszcze na tyle czułymi metodami diagnostyki śródporodowej, które pozwoliłyby wykluczyć powikłanie, jakim jest ryzyko wystąpienia neurologicznego uszkodzenia mózgu płodu. Stwierdził, że określenie momentu powstania uszkodzenia jest zadaniem złożonym, gdyż przeważająca większość dzieci manifestuje objawy choroby w pierwszym roku życia, natomiast dowód na ustalenie odległych skutków neurologicznych jest często pośredni; opiera się bowiem na rozpoznaniu niejednoznacznie zdefiniowanego niedotlenienia okołoporodowego (opinia biegłego O.).

Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy stwierdził, że zaniechanie niezwłocznego przekazania małoletniego powoda do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności wyczerpuje znamiona błędu w sztuce lekarskiej, a nieprawidłowe postępowanie personelu pozwanego szpitala uzasadnia uznanie jego odpowiedzialności odszkodowawczej, z uwagi na spełnienie jej przesłanek. Zaniechanie przekazania noworodka tuż po ustabilizowaniu jego stanu do ośrodka o wyższej referencyjności podpadało w ocenie Sądu meriti pod pojęcie błędu w sztuce, co jednoznacznie stwierdziły oba zespoły biegłych.

Sąd Okręgowy uznał w konsekwencji, że niewątpliwie powstały u powoda uszczerbek na zdrowiu był spowodowany niewłaściwym (zawinionym) postępowaniem personelu pozwanego, zaistniał także adekwatny związek przyczynowy pomiędzy zaistniałym uszczerbkiem na zdrowiu powoda a czynnościami wykonywanymi przez personel pozwanego szpitala.

W konsekwencji Sąd Okręgowy stwierdził, że zgłoszone przez powoda żądanie zasądzenia zadośćuczynienia, odszkodowania oraz comiesięcznej renty, przy uznaniu zaistnienia odpowiedzialności deliktowej pozwanego, są usprawiedliwione co do zasady. Ustalając natomiast ich wysokość Sąd I instancji kierował się uznaniem, że twierdzenia powoda co do błędu w sztuce lekarskiej okazały się zasadne w odniesieniu do zdarzenia polegającego na zaniechaniu przeniesienia powoda do ośrodka o wyższej referencyjności. Tym samym Sąd Okręgowy uznał, że należało przyjąć, iż powód wykazał istnienie odpowiedzialności pozwanego w 50 %. W związku z tym, w takiej proporcji Sąd uwzględnił zgłoszone przez niego roszczenia.

Podstawę żądania zasądzenia na rzecz powoda zadośćuczynienia stanowił art. 445 § 1 k.c., w związku z art. 444 § 1 k.c.

Sąd stwierdził, że aktualnie u małoletniego powoda stwierdzono mózgowie porażenie dziecięce, refluks żołądkowo-jelitowy i subliniczną niedoczynność tarczycy.

W ocenie sądu I instancji aktualny stan zdrowia małoletniego powoda jest wynikiem organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego spowodowanego okołoporodowym niedotlenieniem. W ocenie sądu stan zdrowia powoda byłby lepszy, gdyby decyzję o przetransportowaniu powoda – noworodka do ośrodka o wyższej referencyjności podjęto w dniu 30 października 2008 r., możliwie w jak najkrótszym czasie, po przeprowadzeniu skutecznej resuscytacji krążeniowo – oddechowej, a nie dopiero 31 października 2008 r.



Sąd Okręgowy wskazał, że z opinii biegłych wynika, że nie można ocenić, jakie to przyniosło następstwa; na ile stan zdrowia aktualny powoda jest gorszy przez działanie szpitala, jednak uznał, że niewątpliwie transport o właściwej porze gwarantował lepszy stan.

Sąd stwierdził, że powód domagał się zadośćuczynienia w kwocie 500.000 złotych, a podstawę żądania w takiej wysokości stanowiły dwa zdarzenia. Istnienia pierwszego zdarzenia, polegającego na zbyt późnym podjęciu decyzji o zakończeniu porodu cesarskim cieciami, rodzącego odpowiedzialność pozwanego w ocenie sądu powód nie wykazał. Wykazał natomiast zaistnienie zdarzenia drugiego polegającego na zaniechaniu przewiezienia powoda do ośrodka medycznego o wyższej referencyjności, co skutkowało pogorszeniem się stanu zdrowia powoda.

Sąd stwierdził, że rzeczą sądu w niniejszej sprawie było zatem ustalenie sumy odpowiedniej za krzywdy doznanej przez powoda w przebiegu drugiego ze zdarzeń, polegającego na zaniechaniu przewiezienia go do innego ośrodka medycznego i Sąd stwierdził, że było to zadanie trudne z uwagi na niemożliwość ustalenia, w jakim zakresie i o ile stan zdrowia powoda byłby lepszy, gdyby do zaniechania przez personel medyczny pozwanego nie doszło.

Sąd I instancji podkreślił, że zasadniczą funkcją zadośćuczynienia jest funkcja kompensacyjna. Przyznana z tego tytułu pokrzywdzonemu suma pieniężna powinna stanowić przybliżony ekwiwalent poniesionej szkody niemajątkowej. Powinna ona w pewnym stopniu zniwelować i wynagrodzić pokrzywdzonemu doznane cierpienia fizyczne i psychiczne.

Sąd stwierdził, że krzywdy doznanej przez powoda nie da się zmierzyć, szczególnie że jego aktualny stan jest przede wszystkim wynikiem splotu okoliczności, które zaistniały w trakcie porodu i tuż przed nim, niezawinionych przez pozwanego. Podkreślił Sąd I instancji, że powód nigdy nie będzie sprawnym człowiekiem. Jego życie na zawsze jest podporządkowane zabiegom rehabilitacyjnym, leczeniu. Powód nigdy nie będzie świadomy sukcesu, czy porażki, jakich doświadczają na kolejnych etapach życia jego rówieśnicy. Zawsze będzie zdany na pomoc innych osób. Najprawdopodobniej powód nigdy nie będzie samodzielny na tyle, żeby przeżyć chociaż jeden dzień bez niczyjej pomocy.

W niniejszej sprawie sąd I instancji wziął pod uwagę fakt, że po narodzinach powód został pozbawiony możliwości powrotu do domu i przebywania w rodzinie, pomiędzy najbliższymi osobami. Strach, który powód odczuwał w związku z aplikowaniem leków dożylnie. Bólem związanym z iniekcjami.

Zauważył Sąd I instancji, że stan powoda nie jest w całości wynikiem błędu medycznego popełnionego przez personel pozwanego szpitala. Jednakże uznał, że błąd ten przyczynił się do aktualnego stanu powoda. Stwierdził, że nie można ustalić, w jakim stopniu stan zdrowia powoda byłby lepszy, gdyby błędu nie popełniono i na ile popełnienie błędu pogłębiło niepełnosprawność powoda. Niewątpliwie jednak w ocenie sądu meriti, co wynika z opinii biegłych wprost, przewiezienie powoda we właściwym momencie do innego ośrodka medycznego zmniejszyłoby w znacznym stopniu możliwość wystąpienia kolejnych drgawek, a w konsekwencji głębszego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Sąd wskazał, że biegli stwierdzili, przy uwzględnieniu wieku dziecka, aktualnego stanu klinicznego i dotychczasowego postępu rozwoju psychoruchowego, że stan ten należy uznać za trwały. Zauważył, że intensywne i systematyczne rehabilitacja może przynieść w przyszłości pewną poprawę, ale i tak nie będzie to poprawa na tyle istotna, aby F. S. był w stanie samodzielnie poruszać się, przygotowywać i spożywać posiłki, realizować potrzeby z zakresu fizjologii i higieny osobistej, a także w sposób ogólnie zrozumiały komunikować się z otoczeniem. Podkreślił Sąd, że powód wymaga i w dalszym ciągu będzie wymagał rehabilitacji. Postępowanie rehabilitacyjne może jedynie ograniczyć niektóre skutki uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, a w szczególności może zmniejszyć wzmożone napięcie mięśniowe i jego następstwa, poprawić sprawność ruchową i komunikację z otoczeniem, ponadto może być elementem profilaktyki zakażeń układu oddechowego i moczowego, może usprawniać pasaż jelitowy. Jednakże nie ma większych szans na to, że powód kiedykolwiek uzyska pełną sprawność fizyczną i umysłową. Najprawdopodobniej zatem powód na zawsze już pozostanie osobą niepełnosprawną. Zarówno jego dzieciństwo, jak i dorosłe życie będzie się diametralnie różniło- na niekorzyść- od życia osób zdrowych i w pełni sprawnych. Podniósł Sąd, że małeletni powód ma

niewielkie szanse na zdobycie wykształcenia i podjęcie pracy. Edukacja powoda będzie możliwa jedynie w oświatowych placówkach o charakterze integracyjnych, zaś ewentualna praca jedynie w zakładach pracy chronionej. Ponadto, małoletni powód na zawsze już pozostanie osobą niesamodzielną, zdaną na pomoc innych osób. Dolegliwości, na które cierpi nie pozwolą mu na beztrudne korzystanie z dzieciństwa, zabawy z rówieśnikami, nawiązanie kontaktów interpersonalnych. Życie powoda zawsze będzie przebiegało według określonych schematów, nadto z koniecznością stałej kontroli lekarskiej, zażywania leków, rehabilitacji, pomocy osoby trzeciej w codziennym życiu.

Ustalając wysokość należnej z tytułu zadośćuczynienia kwoty Sąd I instancji rozważył wszystkie okoliczności przedmiotowej sprawy, przede wszystkim jednak rodzaj i rozmiar doznanej krzywdy, stopień i czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych (wielokrotne pobyty powoda w szpitalu, komplikacje w procesie leczenia, konieczność stałej rehabilitacji), trwałość skutków czynu niedozwolonego, poczucie nieprzydatności, bezradność życiowa, prognozy na przyszłość, wiek powoda, opierając się w tej mierze na zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej oraz opiniach biegłych sądowych. Podkreślił Sąd, że potwierdzone w sprawie zostało, że w odniesieniu do małoletniego powoda nie jest możliwy powrót do pełni zdrowia z uwagi na nieodwracalny charakter dziecięcego porażenia mózgowego. Powyższe potwierdza zatem, iż zakres dolegliwości dziecka jest bardzo duży, wiąże się dla niego z długotrwałym odczuwaniem cierpienia fizycznego i psychicznego, koniecznością korzystania ze stałej pomocy osób trzecich we wszystkich funkcjach życiowych. Sąd zwrócił ponadto uwagę, że dziecko systematycznie poddawane jest zabiegom rehabilitacyjnym, musi stale korzystać z specjalistycznych konsultacji lekarskich i zasadniczo jego życie koncentruje się na ciągłej walce o choćby niewielką poprawę stanu zdrowia. Nie bez znaczenia pozostawało również to, że stan zdrowia powoda w pewien sposób determinuje życie całej jego rodziny- np. matka małoletniego powoda zmuszona była zrezygnować z pracy zawodowej i aktualnie całą swoją uwagę koncentruje na wychowaniu małoletniego powoda.

Biorąc pod uwagę, że powód domagał się zasądzenia kwoty 500.000 złotych tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w wyniku dwóch zdarzeń, sąd meriti uznał, że połowa tej kwoty będzie w okolicznościach niniejszej sprawy odpowiednią dla zrekompensowania dolegliwości powoda doznanych w wyniku jednego z nich.

W pozostałej części żądanie zadośćuczynienia zostało oddalone.

Sąd miał na względzie, że zadośćuczynienie pieniężne przewidziane w przepisie art. 445 § 1 k.c. pełni przede wszystkim funkcję kompensacyjną, mając służyć złagodzeniu doznanych przez poszkodowanego cierpień zarówno psychicznych jak i fizycznych i z tego względu jego wysokość powinna przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość. Uznał jednakże, że wysokość zadośćuczynienia nie powinna być jednak nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy i aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa, a więc powinna być utrzymana w rozsądnych granicach. Z tych też względów Sąd uznał, że przyznana powodowi tytułem zadośćuczynienia kwota 250.000 zł będzie adekwatna do skali ujemnych następstw deliktu i spełni wszelkie cele stawiane instytucji zadośćuczynienia.

Mając powyższe na uwadze sąd orzekł jak w pkt I wyroku.

Odnosząc się do zgłoszonego żądania zapłaty odszkodowania opartego o treść art. 444 § 1 k.c. oraz art. 361 k.c. Sąd wskazał, że z ustaleń faktycznych poczynionych w niniejszej sprawie wynika, że małoletni powód jest całkowicie niesamodzielną osobą, wymaga całodobowej opieki drugiej osoby, nie spożywa normalnych posiłków, a jedynie pokarmy w formie rozdrobnionej, tzw. „papki”, powód wymagał także i nadal wymaga stałej opieki lekarzy specjalistów oraz stałej rehabilitacji, na stałe zażywa także leki- dorażnie L., codziennie Melatoninę, jest także pampersowany, co skutkuje koniecznością zakupu pieluch. Do lekarzy specjalistów i na zajęcia rehabilitacyjne powód musi być dowożony, z czym wiążą się koszty dojazdów.

Sąd uznał, że wydatki ponoszone przez rodziców powoda i wyliczenia aktualnych zwiększonych kosztów utrzymania powoda w związku z koniecznością wizyt lekarskich i rehabilitacji są uzasadnione stanem zdrowia F. S.. Wszelkie zatem koszty ponoszone przez rodziców powoda na jego leczenie, rehabilitację i zapewnienie małoletniemu powodowi warunków rozwoju, opieki, są konieczne, celowe, pozostają w normalnym związku przyczynowym z zaistniałą szkodą i podlegają refundacji na podstawie art. 444 § 1 k.c. Nie ulegało bowiem żadnej wątpliwości Sądu, że gdyby nie zdarzenie skutkujące powstaniem szkody, za które odpowiada pozwany, nie wystąpiłaby konieczność ponoszenia

przez rodziców małoletniego wydatków na leczenie, rehabilitację powoda, zakup leków, artykułów higieny osobistej, czy też specjalnych posiłków.

W ocenie sądu meriti koszt dochodzony w pozwie powód udokumentował rachunkami i fakturami. Wskazał sąd, że wartość szkody została określona jako wynikająca z dwóch zdarzeń, przy czym jedno z tych zdarzeń odpadło. Stąd mając na uwadze, że w przedmiotowej sprawie Sąd uznał, że ściśle wyliczenie wydatków poniesionych do tej pory przez rodziców małoletniego powoda w związku z jego stanem zdrowia, spowodowanym zaniechaniem szpitala pozwanego jest niemożliwe i szkoda podlegała oszacowaniu na podstawie art. 322 k.p.c.

Sąd ustalając należne odszkodowanie wziął pod uwagę treść zeznań rodziców powoda odnośnie ponoszonych przez nich zwiększonych kosztów na opiekę, leczenie oraz rehabilitację małoletniego powoda, a także przedłożone przez rodziców powoda rachunki i faktury dokumentujące te wydatki i na podstawie art. 322 k.p.c. ustalił kwotę należnego powodowi odszkodowania.

Sąd stwierdził, że powód tytułem odszkodowania żądał kwoty 18.530 zł. Wykazano za pomocą faktur i rachunków, że takie kwoty poniesiono do chwili wniesienia pozwu na leczenie powoda i opiekę nad nim. Pozwany nie kwestionował treści rachunków, ale kwestionował niektóre działania odpłatne, które podejmowali rodzice wobec powoda. W szczególności konieczność hipoterapii i dojazdów na nią, konieczność zakupu wózka specjalistycznego, skoro „przysługuje wózek” refundowany przez NFZ. Ponadto konieczność wizyt prywatnych u lekarzy specjalistów.

W ocenie sądu meriti, każdy pacjent może samodzielnie decydować o tym, w jaki sposób i w jakiej placówce będzie leczony. Skoro decyduje się na leczenie prywatne, może z niego skorzystać ponosząc opłaty. Jeśli konieczność leczenia wynika z czynu niedozwolonego popełnionego przez inną osobę, ta osoba jest zobowiązana koszty leczenia ponieść. Sąd wziął pod uwagę wiedzę wynikającą z doświadczenia życiowego, że ubezpieczonym przysługują wizyty specjalistyczne i specjalistyczne badania w systemie reglamentowanym. Poza tym terminy wizyt specjalistycznych są bardzo odległe. W przypadkach nagłych nie ma możliwości skorzystania z wizyty specjalisty. W przypadku powoda są to wizyty u lekarzy różnych specjalności. W takiej sytuacji powód jest jak najbardziej uprawniony do korzystania z praktyk prywatnych w takich terminach, jakie sobie wybierze.

Sąd stwierdził, że z opinii biegłych wynikało jednoznacznie, że poniesione dotychczas wydatki były konieczne i celowe. Powód przedstawił zaświadczenia, z których wynikała konieczność uczestniczenia przez niego w rehabilitacji prowadzonej według różnych metod. Powinien uczestniczyć w zajęciach różnorodnych. Sąd uznał zgodnie z opinią biegłych skuteczność tego typu działań, a zatem konieczność ich stosowania wobec powoda. Sąd zauważył, że pozwany, poza zaprzeczeniem zasadności prowadzenia ćwiczeń (np. hipoterapii) nie wykazał, by nie były one konieczne w przypadku powoda.

Podniesiono też, że powód mieszka w niewielkim ośrodku miejskim i istnieje konieczność dojazdu na wizyty do większych ośrodków. Stąd wydatki na dojazdy ponoszone od chwili urodzenia uznał Sąd za jak najbardziej konieczne i zasadne.

Ponieważ w pozwie powód domagał się odszkodowania zawierającego koszty leczenia i inne wydatki, wynikające z zaistnienia dwóch zdarzeń, a odpowiedzialność pozwanego za jedno z tych zdarzeń została wykluczona, stąd też tytułem odszkodowania sąd I instancji przyznał powodowi kwotę 9.265 złotych, odpowiadającą połowie dochodzonej kwoty 18.530 zł. W pozostałej zaś części żądanie zapłaty odszkodowania oddalił.

O odsetkach od zasądzonych na rzecz powoda kwot tytułem zadośćuczynienia i odszkodowania Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c. i art. 455 k.c. Sąd stwierdził, że jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, to dłużnik powinien spełnić świadczenie niezwłocznie po wezwaniu.

Zdaniem Sądu orzekającego w niniejszej sprawie, z charakteru świadczenia w postaci zadośćuczynienia, którego wysokość zależna jest od oceny rozmiaru doznanego krzywdy, ze swej istoty trudno wymiernej i zależnej od szeregu

okoliczności związanych z następstwami uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, wynika, że obowiązek jego niezwłocznego spełnienia powstaje po wezwaniu dłużnika i że od tego momentu należą się odsetki za opóźnienie

Sąd Okręgowy podzielił pogląd, że specyfika roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia, zależnego od rozmiaru doznanej krzywdy przemawia za poglądem, iż decydująca dla ustalenia wymagalności tego roszczenia jest data, w której istniały wszystkie okoliczności składające się na doznaną krzywdę.

W ocenie sądu meriti w niniejszej sprawie okoliczności wpływające na określenie wysokości żądania zarówno odszkodowania, jak i zadośćuczynienia były stronom znane przed wytoczeniem powództwa. Podniesiono, że pismem z dnia 21 grudnia 2009 r., powód zawezwał pozwanego szpitala do próby ugodowej oraz do zapłaty zadośćuczynienia (w kwocie 500.000 zł), odszkodowania (w kwocie 16.240 zł) oraz comiesięcznej renty (w kwocie 3.000 zł), w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania do zapłaty. Powyższe pismo zostało nadane w placówce pocztowej w dniu 22 grudnia 2009 r. Przyjmując 7-dniowy termin na odebranie przesyłki przez pozwanego, w ocenie sądu w dniu 29 grudnia 2009 r., najpewniej powziął on wiadomość o roszczeniach powoda. Znane też pozwanemu były już wówczas okoliczności pozwalające na zaspokojenie, chociażby częściowe, roszczeń małoletniego powoda. Sąd wskazał, że powód w piśmie z dnia 21 grudnia 2009 r., zakreślił pozwanemu 14 dniowy termin zapłaty, stąd też pozwany pozostawał w opóźnieniu z realizacją roszczeń powoda od dnia 12 stycznia 2010 r. Dlatego też od tej daty Sąd zasądził odsetki ustawowe od przyznanej powodowi tytułem odszkodowania kwoty 9.265 złotych i tytułem zadośćuczynienia kwoty 250.000 złotych.

Odnosząc się do żądania zasądzenia renty w łącznej comiesięcznej kwocie 4.000 złotych, płatnej do 10 dnia każdego miesiąca, mającej na celu zaspokojenie zwiększonych potrzeb powoda, liczonej od momentu urodzenia powoda Sąd przywołał art. 444 § 2 k.c.,

Co do renty z tytułu zwiększonych potrzeb powoda, to w ocenie Sądu jego „potrzeby” wyrażają się w konieczności korzystania przez powoda z opieki innych osób, w konieczności ponoszenia przez powoda wydatków na rehabilitację, na specjalistyczne leczenie, zakup leków, przyrządów do rehabilitacji, artykułów higienicznych, specjalnych posiłków, pokrycie kosztów uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych, itd.

Nie ulegało też żadnej wątpliwości Sądu, że małoletni powód, jako osoba całkowicie niesamodzielna, wymaga praktycznie całodobowej opieki i nadzoru osób trzecich, w tym pomocy w czynnościach dnia codziennego. Z uwagi na to, matka małoletniego powoda musiała zrezygnować z pracy zarobkowej, aktualnie jedynym żywicielem rodziny pozostaje ojciec małoletniego powoda. Sąd stwierdził, że stan zdrowia powoda wymaga stałej rehabilitacji, specjalistycznego leczenia, zakupu leków, specjalnych posiłków, przyrządów do ćwiczeń. Pożądane jest także uczestnictwo powoda w turnusach rehabilitacyjnych. Sąd uznał, że w realiach tej sprawy mamy do czynienia z rzeczywistym zwiększeniem się potrzeb poszkodowanego będącym następstwem powstałego rozstroju zdrowia. Koszty związane ze zwiększeniem się potrzeb powoda ponoszą i będą w przyszłości ponosił jego rodzice. Nie ulegało bowiem wątpliwości, że z uwagi na stan zdrowia powoda, konieczność ponoszenia powyższych wydatków nie zniknie.

W ocenie Sądu powód wykazał w niniejszym procesie, że comiesięczne wydatki związane z jego stanem zdrowia oscylują w granicach 4.000 złotych. Na kwotę tę składają się wydatki z tytułu lekarstw, środków higienicznych, sprzętu rehabilitacyjnego, a przede wszystkim zajęć rehabilitacyjnych, w których powód musi uczestniczyć, zarówno w celu poprawy jego stanu, a także w celu zachowania osiągniętego poziomu funkcji życiowych. Zaliczył tu Sąd także należy koszt produktów spożywczych, w tym gotowych preparatów, jak odżywki typu G.. W ocenie sądu, zasadności zakupu tych preparatów, nie stoi na przeszkodzie fakt, że powód może przyjmować „normalne” posiłki, przygotowane w domu, w rozdrobnionej postaci. Podkreślono, że przygotowywanie posiłków jest czasochłonne. Tym bardziej w przypadku, gdy dodatkowo te posiłki mają mieć rozdrobnioną postać. Sąd wziął tu pod uwagę fakt, że nie każde danie można rozdrobnić. Poza tym podkreślił, że powód, musi otrzymywać posiłki zbilansowane energetycznie, odżywcze.

W ocenie sądu meriti kwota 4.000 złotych, została wykazana przedstawionymi rachunkami i fakturami, a nadto wynika z zeznań przesłuchanych w charakterze świadków - rodziców powoda.

Z tych względów, Sąd uznał za zasadne zgłoszone przez powoda żądanie zasądzenia na jego rzecz renty z tytułu zwiększonych potrzeb. Sąd należną powodowi kwotę renty również ustalił kierując się wskazaniem art. 322 k.p.c. i mając na względzie ustaloną 50 % odpowiedzialność pozwanego za zaistnienie szkody.

Tym się kierując, Sąd zasądził od pozwanego na rzecz małoletniego powoda rentę miesięczną w kwocie po 2.000 złotych, płatną do dnia 10-go każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w przypadku opóźnienia w płatności którejkolwiek z rat.

Sąd zasądził rentę na rzecz powoda, poczynając od dnia uprawomocnienia się wyroku, a nie jak tego żądał powód, od daty jego urodzenia. Sąd miał tu na względzie, że postanowieniem z dnia 28 października 2013 r., udzielono powodowi zabezpieczenia poprzez zobowiązanie Szpitala (...) spółki z o.o. w B. do wypłacania powodowi na poczet dochodzonej renty kwoty po 4.000 złotych miesięcznie, płatnej do 10-go dnia każdego miesiąca, z odsetkami ustawowymi w przypadku uchybienia płatności którejkolwiek raty, poczynając od miesiąca listopada 2013 r. do dnia prawomocnego zakończenia sprawy. Dlatego Sąd uznał, że w okresie od listopada 2013 r. do momentu uprawomocnienia się wyroku powód pobierał i nadal pobiera rentę z przeznaczeniem na pokrycie kosztów swoich zwiększonych potrzeb i w tym zakresie jego interesy nie doznały uszczerbku. Natomiast, zasądzenie renty już od daty narodzin powoda byłoby zdaniem Sądu zbyt daleko idące, albowiem w początkowym okresie życia powoda po pierwsze nie było pewne, że stan niepełnosprawności powoda pozostaje w związku z zawinionym zachowaniem pozwanego, po drugie zaś w tym czasie rodzina powoda nie ponosiła aż tak znacznych jak obecnie kosztów z tytułu zwiększonych potrzeb powoda.

Z powyższych względów, żądanie zasądzenia renty, za okres od daty narodzin powoda, do dnia uprawomocnienia się wyroku zostało oddalone.

Co do żądania ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za skutki, jakie powstaną u niego, w związku ze stwierdzoną u powoda niepełnosprawnością (rozstrojem zdrowia) sąd wskazał, że takie żądanie ma swą podstawę w art. 189 k.p.c. W ocenie sądu w przedmiotowej sprawie powód niewątpliwie miał interes prawny w żądaniu ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość i Sąd uznał powyższe roszczenia powoda za uzasadnione, ustalając w wyroku odpowiedzialność pozwanego na przyszłość za skutki, jakie powstaną u małoletniego powoda F. S. w związku ze stwierdzoną u powoda niepełnosprawnością (rozstrojem zdrowia). Sąd przywołał stanowisko wyrażone w opiniach biegłych, iż rokowania na przyszłość odnośnie stanu zdrowia F. S. są niekorzystne. Zawyżywszy na fakt, że powód cierpi na dziecięce porażenie mózgowie (postać piramidowo- pozapiramidowa), z czym wiąże się opóźnienie w rozwoju psychomotorycznym, ponadto u małoletniego powoda zdiagnozowano refluks żołądkowo-jelitowy i subkliniczną niedoczynność tarczycy, nie było zdaniem Sądu wykluczone, że w przyszłości w stanie zdrowia powoda ujawnią się jeszcze inne negatywne zdrowotne następstwa zaistniałego rozstroju zdrowia. Podkreślono, że powód w dalszym ciągu będzie wymagał specjalistycznego leczenia oraz intensywnej i systematycznej rehabilitacji, gdyż tylko taka może przynieść w przyszłości pewną poprawę w stanie zdrowia powoda, mimo to, nie ma pewności, czy rzeczywiście stan powoda ulegnie poprawie. Mając bowiem na względzie, że schorzenia, na które cierpi powód, są bardzo poważne, zdaniem Sądu istnieje także realna możliwość pogorszenia się stanu zdrowia powoda w przyszłości. Stąd też, za taki stan rzeczy i ewentualne dalsze negatywne następstwa rozstroju zdrowia, jakie mogą u powoda wystąpić w przyszłości, w ocenie Sądu Okręgowego pozwany szpital będzie musiał ponieść odpowiedzialność.

O kosztach procesu sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. i 108 § 1 k.p.c.

Mając na uwadze wynik procesu i to, w jakim stopniu strony utrzymały się ze swoimi żądaniami, Sąd w punkcie V wyroku orzekł, że kosztami procesu i nieuiszczonymi kosztami sądowymi obciążył w 50% pozwanego i w 50 % powoda, z tym, że nieuiszczone przez powoda koszty sądowe Sąd nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Okręgowego w Szczecinie z zasądzonych na rzecz powoda roszczenia, zgodnie z art. 113 ust. 1 i 2 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. nr 167, poz.1398).

Jednocześnie, na podstawie art. 108 § 1 k.p.c., Sąd pozostawił szczegółowe wyliczenie kosztów referendarzowi sądowemu.

Z wyrokiem tym nie zgodziły się obie strony.

Powód zaskarżył wyrok Sądu Okręgowego w części, to jest w zakresie daty początkowej, od której zasądzona została od pozwanego na rzecz powoda renta w pkt II wyroku, określonej, jako dzień uprawomocnienia się wyroku oraz w zakresie oddalenia powództwa w przedmiocie żądania renty w wysokości 2000 zł miesięcznie za okres od listopada 2013r. do dnia uprawomocnienia się wyroku, objętego pkt IV wyroku. Zaskarżonemu wyrokowi zrzucił:

1) naruszenie przepisów prawa materialnego, a mianowicie art. 444 § 2 k.c. poprzez nieprawidłowe zastosowanie polegające na nie zasądzeniu od pozwanego na rzecz powoda renty w wysokości 2000 zł miesięcznie za okres od listopada 2013r. do dnia uprawomocnienia się wyroku i oddalenie powództwa w tym zakresie, pomimo uznania przez Sąd Okręgowy za uzasadnione żądania zapłaty renty za okres od listopada 2013r.;

2) naruszenie przepisów prawa procesowego, a mianowicie art. 754<sup>1</sup> § 1 k.p.c. poprzez błędną wykładnię i nieprawidłowe zastosowanie polegające na nie zasądzeniu od pozwanego na rzecz powoda renty w wysokości 2000 zł miesięcznie za okres od listopada 2013r. do dnia uprawomocnienia się wyroku i oddalenie powództwa w tym zakresie;

Wskazując na powyższe apelujący powód wniósł o:

1) zmianę zaskarżonego wyroku w zaskarżonej części i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda renty miesięcznej w kwocie po 2000 złotych płatnej do dnia 10-go każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w przypadku opóźnienia w płatności którejkolwiek z rat, poczynając od listopada 2013r.,

2) zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu za II instancję, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu apelacji skarżący powód podniósł, że uwzględniając roszczenie w zakresie renty, Sąd Okręgowy zasądził rentę w wysokości 2000 zł miesięcznie, poczynając od dnia uprawomocnienia się wyroku, a nie jak tego żądał powód, od daty jego urodzenia. W uzasadnieniu wyroku wskazano też, iż Sąd miał tu na względzie, że postanowieniem z dnia 28 października 2013r., udzielono powodowi zabezpieczenia poprzez zobowiązanie Szpitala (...) spółki z o.o. w B. do wypłacania powodowi na poczet dochodzonej renty kwoty po 4.000 złotych miesięcznie, płatnej do 10-go dnia każdego miesiąca, z odsetkami ustawowymi w przypadku uchybienia płatności którejkolwiek raty, poczynając od miesiąca listopada 2013 r., do dnia prawomocnego zakończenia sprawy. A zatem, w ocenie skarżącego, Sąd Okręgowy uznał, iż w okresie od listopada 2013 r. do momentu uprawomocnienia się wyroku powód pobierał i nadal pobiera rentę z przeznaczeniem na pokrycie kosztów swoich zwiększonych potrzeb i w tym zakresie jego interesy nie doznały uszczerbku.

W ocenie powoda stanowisko Sądu Okręgowego jest chybione, a to ze względu na treść art. 754<sup>1</sup> § 1 k.p.c. Podkreślono, że z chwilą prawomocnego rozstrzygnięcia sprawy odpadają przyczyny, dla których dokonano zabezpieczenia. Ochronę prawną zapewnia uprawnionemu prawomocne orzeczenie sądu. Zarzucono także, iż w trybie zabezpieczenia roszczenia o zapłatę renty uprawniony otrzymuje to, co zostanie zasądzone w przyszłym wyroku. Podniesiono, że nie jest to zaspokojenie definitywne, lecz prowizoryczne i warunkowe. Gdyby bowiem powództwo wierzyciela nie zostało ostatecznie uwzględnione, obowiązanemu (pozwanemu) przysługiwać będzie roszczenie o zwrot spełnionego lub wyegzekwowanego świadczenia. W tym stanie rzeczy w ocenie apelującego Sąd I instancji powinien był zasądzić od pozwanego na rzecz powoda rentę w wysokości 2000 zł miesięcznie, poczynając od listopada 2013r., nie zaś od dnia uprawomocnienia się wyroku. Niniejsze wynika również z treści postanowienia Sądu Okręgowego z dnia 28.10.2013r., w którym został zastrzeżony obowiązek zwrotu pobranej sumy świadczeń w takim stosunku, w jakim nie zostanie zasądzona renta w prawomocnym orzeczeniu kończącym postępowanie w sprawie.

Wobec tego w ocenie skarżącego rozstrzygnięcie zawarte w pkt II i IV zaskarżonego wyroku jest błędne i skutkuje obowiązkiem powoda zwrotu pobranej renty za okres do dnia uprawomocnienia się niniejszego wyroku. Zarzucono, że Sąd Okręgowy pomimo uznania, iż zgodnie z art. 444 § 2 k.c., powodowi należy się od pozwanego renta,

poczynając od listopada 2013r., oddalił powództwo w zakresie renty uwzględniającej ten okres, tj. okres poprzedzający uprawomocnienie się wyroku. Apelujący podniósł, że Sąd I instancji błędnie uznał, iż wobec pobrania przez powoda renty od listopada 2013r., na podstawie postanowienia z dnia 28.10.2013r. i uprawnień do jej dalszego pobierania do dnia uprawomocnienia się wyroku, nie ma podstaw do zasądzenia renty zaskarżonym wyrokiem za przedmiotowy okres czasu. Oddalając powództwo w tym zakresie, w ocenie skarżącego Sąd Okręgowy pozbawił powoda podstawy prawnej uzasadniającej pobranie od pozwanego renty do dnia uprawomocnienia się wyroku.

Pozwany zaskarżył wyrok Sądu Okręgowego w pkt I, II, III oraz V, tj. w części dotyczącej zasądzenia od pozwanego na rzecz powoda kwoty 9.265,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 12.01.2010 r. do dnia zapłaty, kwoty 250.000,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 12.01.2010 r. do dnia zapłaty, renty miesięcznej w wysokości 2.000,00 zł płatnej do dnia dziesiątego każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w przypadku opóźnienia w płatności którejkolwiek z rat, poczynając od dnia uprawomocnienia się wyroku, ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za skutki, jakie powstaną u powoda w związku ze stwierdzonym u niego rozstrojem zdrowia oraz w części dotyczącej rozstrzygnięcia o kosztach.

Wyrokowi zarzucił:

I. Błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia polegający na sprzeczności ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego poprzez:

1. nieuzasadnione przyjęcie, iż przeniesienie powoda do ośrodka w odpowiednim czasie mogło zapobiec pojawieniu się kolejnych drgawek (o godzinie 09:00 i następnie 14:00 w dniu 31 października 2008 r.), podczas gdy z dokumentacji medycznej, w szczególności z historii rozwoju noworodka wynika, iż pojawienie się drgawek miało miejsce po raz pierwszy ok. 09:00 w dniu 31 października 2008 r. i nie były to kolejne, lecz pierwsze takie objawy u powoda;

2. błędne przyjęcie, że zaniechanie przeniesienia noworodka (powoda) do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności było postępowaniem wyczerpującym znamiona błędu medycznego decyzyjnego, podczas gdy decyzja o przeniesieniu noworodka (powoda) do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności podjęta została niezwłocznie po niewątpliwym stwierdzeniu pojawienia się u noworodka drgawek ok. godz. 14:00 w dniu 31 października 2008 r., które to przeniesienie ok. godz. 15:30 ustalone zostało z Oddziałem Noworodków, Patologii i Intensywnej Terapii (...) w S.,

3. niepoczynienie żadnych ustaleń w zakresie okoliczności i przyczyn przyjazdu jedynej w województwie karetki neonatologicznej, którą dysponuje (...) w S., dopiero ok. godz. 18:00, na którą to okoliczność pozwany nie miał wpływu;

II. Naruszenie przepisów prawa materialnego:

1. Art. 361 §1 K.c. poprzez błędne uznanie, iż doznany przez powoda rozstrój zdrowia jest normalnym następstwem działania (zaniechania) pozwanego;

2. Art. 415 K.c. w zw. z art. 430 poprzez jego błędną subsumpcję i błędne zastosowanie polegające na przyjęciu winy pozwanego oraz domniemania istnienia normalnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem pozwanego a rozmiarem szkody, jakiej doznał powód;

3. Art. 355 K.c. poprzez przyjęcie progu zawodowej staranności pozwanego na poziomie niemożliwym do osiągnięcia, powodujące w rzeczywistości ustalenie podstaw odpowiedzialności pozwanego na zasadzie ryzyka;

4. Art. 445 §1 K.c. w zw. z art. 444 §1 i 2 K.c. oraz art. 189 K.p.c. poprzez ich błędne i nieuzasadnione zastosowanie;

5. Art. 455 w zw. z art. 481 §1 K.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie przy rozstrzygnięciu o odsetkach w niniejszej sprawie;

III. Naruszenie przepisów prawa procesowego:

1. Art. 322 K.p.c. poprzez:

a) zasądzenie sumy zadośćuczynienia oraz renty według oceny Sądu I instancji, jednak nie opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy, a mianowicie pominięcia okoliczności zaliczenia ciąży matki powoda do kategorii ciąży ryzyka z uwagi na jej stan zdrowia, nieuwzględnieniu okoliczności, iż do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego doszło w następstwie niedotlenienia w końcowym okresie porodu (niezawinionego przez pozwanego), nieuwzględnieniu okoliczności przypuszczalnego a nie przyjętego za pewnik lepszego „stanu” powoda w przypadku wcześniejszego przekazania do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności,;

b) błędne przyjęcie, że roszczenie powoda wywodzone z jednego ze zdarzeń, tj. z faktu nieprzekazania powoda odpowiednio wcześniej do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności jest uzasadnione w pełnej wysokości, tj. pominięcie przy ustalaniu wysokości zasądzanych kwot stwierdzonego przez biegłych jedynie prawdopodobieństwa wpływu wcześniejszego przekazania powoda na jego aktualny stan, skoro jak stwierdzają biegli „nie byłby to wpływ wysoce istotny”;

2. Art. 233 § 1 K.p.c. poprzez przekroczenie granicy swobodnej oceny dowodów polegającej na:

a) bezspornym przyjęciu, iż „transport o właściwej porze gwarantował lepszy stan”, podczas gdy w opinii biegłych z U. (...) w Ł., na której Sąd I instancji oparł swe rozstrzygnięcie stwierdza się w trybie przypuszczającym, iż „być może aktualny stan F. S. byłby nieco lepszy, ale najprawdopodobniej i tak F. S. miałyby mózgowo porażenie dziecięce, upośledzenie umysłowe i byłby trwale niezdolny do pracy”;

b) całkowitym pominięciu w uzasadnieniu orzeczenia okoliczności dowiedzionej, ustalonej przez Sąd I instancji oraz potwierdzonej w opinii biegłych (prof. J. O., iż u matki małoletniego powoda zdiagnozowano fhyreosis chronica tj. przewlekłe autoimmunologiczne zapalenie tarczycy, PCOS (zespół policystycznych jajników), a w trakcie ciąży otyłość oraz w ostatnich tygodniach ciąży - nadciśnienie tętnicze, które to okoliczności spowodowały zakwalifikowanie ciąży matki powoda do kategorii ciąży ryzyka co, jak wynika z opinii biegłego miało wpływ na stan noworodka po porodzie, a co nie zostało w ogóle uwzględnione przez Sąd I instancji w zaskarżonym orzeczeniu;

c) niespójnym i wewnętrznie sprzecznym formułowaniem w treści uzasadnienia twierdzeń na podstawie tego samego materiału dowodowego.

Wskazując na powyższe apelujący pozwany wniósł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku w pkt I, II, III wyroku - poprzez oddalenie powództwa,

2. zmianę zaskarżonego wyroku w części dotyczącej rozstrzygnięcia o kosztach postępowania, tj. pkt V wyroku, poprzez zasądzenie na rzecz pozwanego kosztów procesu w I instancji

oraz

3. zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych za II instancję.

ewentualnie:

4. uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi I instancji z pozostawieniem do rozstrzygnięcia o kosztach postępowania.

W uzasadnieniu apelacji pozwany podniósł błędy w ustaleniach faktycznych poczynionych przez Sąd I instancji. Zarzucił, że Sąd I instancji przyjął w nieuzasadniony sposób, iż „przeniesienie powoda do ośrodka w odpowiednim czasie mogło zapobiec pojawieniu się kolejnych drgawek (o godzinie 09:00 i następnie 14:00 w dniu 31 października 2008 r.)”. Podniósł, że jak wynika z dokumentacji medycznej, w szczególności z historii rozwoju noworodka,



pojawienie się drgawek miało miejsce po raz pierwszy ok. godz. 09:00 w dniu 31 października 2008 r. i nie były to kolejne, lecz pierwsze takie objawy. Podkreślił też, że u powoda pierwsze, a nie kolejne, jak bezpodstawnie stwierdził Sąd, drgawki pojawiły się dopiero ok. 20 godziny życia.

Zarzucono też, że Sąd arbitralnie stwierdził, iż „zaniechanie przeniesienia noworodka do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności w możliwie najkrótszym czasie po przeprowadzeniu skutecznej resuscytacji krążeniowo - oddechowej było postępowaniem wyczerpującym znamiona błędu medycznego decyzyjnego”. Podkreślono bowiem, że w opinii biegłych z U. (...) w Ł. stwierdzono jedynie w formie przypuszczenia, iż „prawdopodobne jest przy tym, że w ośrodku o wyższym stopniu referencyjności możliwe byłoby wdrożenie skuteczniejszego leczenia drgawek niż leczenie wdrożone w Szpitalu (...) w B. (...)”.

Z ustaleniem sądu meriti pozwany nie zgodził się ze względu na okoliczność, iż twierdził, że drgawki, które mogły być podstawą do podjęcia decyzji o przeniesieniu powoda do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności wystąpiły u powoda ok. godz. 14:00 w dniu 31 października 2008 r., podnosząc, że potwierdza to znajdująca się w dokumentacji medycznej historia rozwoju noworodka oraz twierdząc, że ustalenie przeniesienia noworodka na Oddział Noworodków, Patologii i Intensywnej Terapii (...) w S. miało miejsce już o godz. 15:30 w dniu 31 października 2008 r.

Zarzucono w tym miejscu, że nieuzasadnione jest pominięcie przez Sąd I instancji kwestii ustalenia okoliczności i przyczyn przejazdu karetki neonatologicznej do pozwanego szpitala dopiero ok. godz. 18:00 tego dnia. Okoliczność ta, jako istotna zarówno dla stanu powoda, jak i zakresu odpowiedzialności pozwanego została przez Sąd I instancji, zdaniem skarżącego pozwanego, zbagatelizowana, zatem poczynione przez Sąd ustalenia uznać należy za niekompletne.

Apelujący zarzucił, że ocena dowodów dokonana przez Sąd I instancji jest wybiórcza, gdyż pominięta została w uzasadnieniu orzeczenia okoliczność dowiedziona, ustalona przez Sąd I instancji oraz potwierdzona w opinii biegłych (prof. J. O., (...) Medyczny w Ł.), iż u matki małoletniego powoda zdiagnozowano thyreosis chronica tj. przewlekłe autoimmunologiczne zapalenie tarczycy, PCOS (zespół policystycznych jajników), a w trakcie ciąży otyłość oraz w ostatnich tygodniach ciąży - nadciśnienie tętnicze, które to okoliczności spowodowały zakwalifikowanie ciąży matki powoda do kategorii ciąży ryzyka co, jak wynika z opinii biegłego miało wpływ na stan noworodka po porodzie, a co nie zostało w ogóle uwzględnione ani też rozważone przez Sąd I instancji w zaskarżonym orzeczeniu.

Zarzucił także apelujący błędną subsumpcję ustalonego stanu faktycznego sprawy pod normę wynikającą z art. 415 k.c., który ustanawia odpowiedzialność deliktową sprawcy na zasadzie winy.

Podniesiono, że wystąpienie u powoda pierwszych objawów drgawkowych miało miejsce dopiero w 20 godzinie życia powoda, wskazano, że podjęto leczenie, jednak po stwierdzeniu nawrotów drgawek, ok. godz. 14:00, podjęto działania celem przewiezienia powoda do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności. Apelujący podkreślił, że niezależny od pozwanego przyjazd karetki neonatologicznej miał miejsce dopiero ok. godz. 18:00, a biegli ocenili takie działanie jako „wysoce nieostrożne”.

W ocenie pozwanego jednak określenie to nie uprawnia do twierdzenia o niewątpliwej winie pozwanego, gdyż pozwany podjął działania celem przekazania noworodka po stwierdzeniu zaistnienia ku temu podstawy.

Podkreślił też apelujący, że aktualny stan zdrowia powoda nie wynika z zaniechania po stronie pozwanego, zarzucił, że w rzeczywistości biegli nie byli w stanie określić wpływu na aktualny stan zdrowia F. S. okoliczności, iż został przeniesiony na Oddział Noworodków, Patologii i Intensywnej Terapii (...) w S. w dniu 31 października 2008 r. ograniczając się do stwierdzeń, iż „nie wiadomo, w jakim stopniu przełożyłoby się to na aktualny stan F. S.. Prawdopodobnie nie byłoby to jednak wpływ wysoce istotny.”

To w ocenie pozwanego uniemożliwia przypisanie mu winy. Konsekwencją stanowiska o braku odpowiedzialności pozwanego w niniejszej sprawie jest uznanie, iż błędnie zastosowane zostały przez Sąd przepisy art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 i 2 k.c.

Apelujący zarzucił, że nie sposób oprzeć się wrażeniu, iż pomimo stwierdzenia przez biegłych powstania rozstroju zdrowia powoda na skutek zdarzeń, za które nie odpowiada pozwany, usiłuje się przypisać pozwanemu odpowiedzialność celem zasądzenia kwot na pokrycie kosztów, które rodzice małoletniego i tak musieliby ponosić w związku z rozstrojem zdrowia ich syna wynikającym z przebytego niedotlenienia okołoporodowego.

Zarzucono, że również zastosowanie przez Sąd I instancji przepisu art. 444 §2 k.c. nie znajduje w sprawie niniejszej uzasadnienia. Wskazano, że rentę zasądzić można od zobowiązanego do naprawienia szkody, a apelujący wskazał, że zobowiązanym takim pozwany nie jest, ponieważ pozwanemu nie została wykazana szkoda, za którą miałby odpowiadać.

Podobne stanowisko zaprezentował pozwany w zakresie uwzględnienia żądania powoda co do ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość, zarzucając, że Sąd I instancji stwierdził, że rozstrój zdrowia powoda oraz ewentualne dalsze negatywne jego następstwa są „przede wszystkim wynikiem splotu okoliczności, które zaistniały w trakcie porodu i tuż przed nim, niezawinionych przez pozwanego.”

Pozwany zarzucił także naruszenie art. 361 §1 k.c. poprzez błędne uznanie przez Sąd I instancji, iż doznany przez powoda rozstrój zdrowia jest normalnym następstwem działania pozwanego. Podniósł, że na podstawie opinii biegłych (U. (...) w Ł. oraz U. (...) w L.) wyłączona została przez Sąd I instancji odpowiedzialność pozwanego za zarzucany mu błąd w sztuce lekarskiej, który miał zostać popełniony podczas porodu. Zarzucono, że Sąd I instancji niezasadnie przyjął natomiast istnienie związku przyczynowego pomiędzy niepozwalającą się określić szkodą, jaką miał ponieść powód a działaniem (zaniechaniem) pozwanego polegającym na nie przeniesieniu odpowiednio wcześniej powoda do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności.

Podkreślono, że biegli stwierdzili, że „do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego doszło przede wszystkim w następstwie niedotlenienia w końcowym okresie porodu”, i wskazano, że za to zdarzenie pozwany odpowiedzialności nie ponosi.

W dalszej kolejności pozwany zarzucił zaskarżonemu wyrokowi, iż Sąd uznając za niemożliwe ścisłe udowodnienie wysokości żądania zasądził odpowiednią sumę (w szczególności w zakresie zadośćuczynienia) według swej oceny, nie oparł jej jednak na wszystkich okolicznościach sprawy, a zatem nie została wypełniona dyspozycja przepisu art. 322 k.p.c. Podkreślono, że Sąd uznając za uzasadnione roszczenie powoda wywodzone z jednego ze zdarzeń, tj. z faktu nieprzekazania powoda odpowiednio wcześniej do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, nie uwzględnił ustalając (według swej oceny) odpowiednią sumę istotnej okoliczności niniejszej sprawy, a mianowicie stwierdzonego przez biegłych jedynie prawdopodobieństwa wpływu wcześniejszego przekazania powoda na jego aktualny stan, skoro jak stwierdzają biegli „nie byłyby to wpływ wysoce istotny”.

Zarzucono też, że Sąd całkowicie pominął przy orzekaniu okoliczności zaliczenia ciąży matki powoda do kategorii ciąży ryzyka z uwagi na jej stan zdrowia, fakt, iż do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego doszło w następstwie niedotlenienia w końcowym okresie porodu, w tym możliwe, iż z uwagi na ucisk pępowiny (niezawinionego przez pozwanego), a także przypuszczalnego a nie przyjętego przez biegłych za pewnik lepszego „stanu” powoda w przypadku wcześniejszego przekazania do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności.

Pozwany zakwestionował również przyjęte przez Sąd I instancji podstawy rozstrzygnięcia o odsetkach od zasądzonych na rzecz powoda kwot tytułem zadośćuczynienia oraz odszkodowania.

Zdaniem pozwanego w sprawie niniejszej zastosowanie powinno znaleźć to z prezentowanych w judykaturze stanowisk, które zakłada, że zadośćuczynienie za krzywdę wymagalne staje się dopiero w dacie wydania przez sąd wyroku określającego jego wysokość, ponieważ dopiero od tego dnia dłużnik pozostaje w opóźnieniu z jego zapłatą.

Z tych względów pozwany zarzucił błędne zastosowanie przez Sąd I instancji przepisów art. 455 w związku z art. 481 §1 k.c. przy rozstrzygnięciu o należnych powodowi odsetkach ustawowych. Za rozstrzygnięciem na podstawie art. 316 k.p.c. w związku z art. 363 §1 k.c. w zakresie odsetek ustawowych w ocenie apelującego przemawiają okoliczności niniejszej sprawy, a mianowicie niewątpliwie ocenny charakter wysokości zadośćuczynienia oraz niezbędność znajomości przez dłużnika wysokości żądania uprawnionego, które ustalone zostało wyrokiem sądowym.

W odpowiedziach na apelacje strony wniosły o oddalenie apelacji przeciwnika procesowego i zasądzenie na swoją rzecz kosztów postępowania apelacyjnego.

### **Rozpoznając apelacje Sąd Apelacyjny zważył, co następuje;**

Apelacja pozwanego jest bezzasadna, natomiast za uzasadnioną uznał Sąd Apelacyjny apelację powoda.

Na wstępie stwierdza sąd odwoławczy, że z uwagi na podniesione w apelacji pozwanego zarzuty dotyczące błędnych ustaleń faktycznych i dowolnej oceny materiału dowodowego dokonanej przez Sąd I instancji w postępowaniu apelacyjnym Sąd II instancji dopuścił dowód z uzupełniających ustnych wyjaśnień biegłych do sporządzonych przez nich opinii.

Kluczowe dla rozstrzygnięcia było bowiem, jako że sąd I instancji uznał, że podstawą odpowiedzialności jest tylko jedno ze zdarzeń zarzucanych pozwanemu, ustalenie, czy są podstawy do przypisania pozwanemu odpowiedzialności na zasadzie deliktu za stan zdrowia małoletniego powoda. Pozwany skarżył bowiem swą odpowiedzialność w zasadzie jedynie co do zasady, nie podnosząc żadnej argumentacji w zakresie wysokości zasądzonego zadośćuczynienia, odszkodowania czy renty, poza podnoszeniem naruszenia art. 322 k.p.c. oraz błędnego ustalenia początkowej daty odsetek od zasądzonych świadczeń.

W istocie apelacja pozwanego koncentruje się wokół zarzutu, że sąd I instancji niezasadnie przyjął, iż przeniesienie powoda do ośrodka o wyższej referencyjności w odpowiednim czasie mogło zapobiec pojawieniu się kolejnych drgawek, podczas gdy w ocenie pozwanego podjął on w odpowiednim czasie decyzję o przetransportowaniu dziecka oraz zarzucie, że Sąd Okręgowy błędnie przyjął, że zaniechanie przeniesienia noworodka (powoda) do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności było postępowaniem wyczerpującym znamiona błędu medycznego decyzyjnego. Skarżący zarzucił też, że Sąd I instancji pominął okoliczności zaliczenia ciąży matki powoda do kategorii ciąży ryzyka z uwagi na jej stan zdrowia, nie uwzględnił okoliczności, iż do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego doszło w następstwie niedotlenienia w końcowym okresie porodu (niezawinionego przez pozwanego), a także nie uwzględnił okoliczności przypuszczalnego, a nie przyjętego za pewnik lepszego „stanu” powoda w przypadku wcześniejszego przekazania do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności.

W tym zakresie pozwany podkreślał, że biegli z U. (...) w Ł. stwierdzili jedynie prawdopodobieństwo wpływu wcześniejszego przekazania powoda na jego aktualny stan, wskazując przy tym, że „nie byłby to wpływ wysoce istotny”.

Sąd Apelacyjny stwierdza, że w istocie takie stwierdzenie w opinii biegłych z U. (...) z Ł. znalazło się. Wskazuje także, że ten pogląd wyrazili biegli J. W. ( neonatolog), M. N. ( neurolog) składając w dniu 18 maja 2016r ustne wyjaśnienia do złożonej na piśmie opinii. Wskazać jednak trzeba, że biegły J. W. stwierdził w ustnych wyjaśnieniach do opinii, że nie można wykluczyć, by wcześniejsze przekazanie powoda do ośrodka w S. poprawiło ostateczny stan neurologiczny dziecka. Prawdopodobieństwo lepszego stanu powoda określił nawet pomiędzy stopniem nikłym a średnim. Stwierdzić też należy, że to zbyt późne przekazanie powoda do S. biegli określili jako błąd decyzyjny.

Zauważa także Sąd Apelacyjny, że w sprawie znajdują się także opinie sporządzone przez biegłych z ZMS (...) w S.. Jednym z opiniujących biegłych była też specjalista neonatolog E. P., która przed sądem drugiej instancji w dniu 12 października 2016r złożyła również ustne wyjaśnienia do opinii.

Biegła ta kategorycznie stwierdziła, że przekazanie małoletniego powoda do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności dopiero w godzinach popołudniowych w dniu 31 października 2008 r było błędne. Biegła stanowczo

wskazała, że ze względu na ciężki stan noworodka przekazanie to powinno nastąpić niezwłocznie po ustabilizowaniu się stanu zdrowia dziecka, a zatem w pierwszej dobie życia i już w dniu 30 października 2008r. Biegła wskazała, że w rekomendacjach (aktualnych w dacie urodzenia dziecka) było podane, że dziecko, które urodziło się z niedotlenieniem wewnątrzmacicznym, a u powoda bez wątplenia stwierdzono ciężkie niedotlenienie wewnątrzmaciczne, powinno być niezwłocznie po ustabilizowaniu się stanu dziecka przekazane do ośrodka o wyższej referencyjności. Biegła stwierdziła, że zbagatelizowano drgawki, które niewątpliwie wystąpiły już o godz. 9.00 w dniu 31 października 2008r, a które, biorąc pod uwagę ciężki stan po urodzeniowy dziecka powinny być przewidziane i w celu pogłębionej diagnostyki i wdrożenia leczenia zapobiegającego skutkom niedotlenienia dziecko już w dniu 30 października 2008r powinno być przetransportowane do specjalistycznego ośrodka. Biegła podkreśliła, że każde drgawki degenerują dalej tkankę mózgową, czemu można było zapobiec podejmując we właściwym czasie i zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami decyzję o transporcie.

Biegła podkreśliła, że należało uzgadniać przewóz noworodka odpowiednio wcześniej i uwzględnić czas oczekiwania na karetkę. Biegła, po analizie dokumentacji medycznej wskazała, że było to możliwe, a dbałość o stan zdrowia dziecka i zapobieżenie dalszym następstwom związanym z niedotlenieniem okołoporodowym tego wymagała. Biegła stwierdziła, że standardy opieki obowiązujące w 2008r w województwie (...) nakazywały przetransportowanie dziecka. Biegła podtrzymała swoje stanowisko, że zbyt późne przekazanie dziecka do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności uniemożliwiło, przez brak odpowiedniego leczenia zminimalizowanie odległych skutków niedotlenienia okołoporodowego. Biegła stwierdziła, że to opóźnienie pozbawiło powoda szansy szybsze wdrożenie leczenia i szansy na lepszy stan zdrowia. Zauważa Sąd Apelacyjny, że z opinii biegłych z ZMS (...) w S. wynika, że stan dziecka od momentu urodzenia był nieprawidłowy, istniało zagrożenie dla zdrowia i życia dziecka i dlatego należało przekazać dziecko do ośrodka wyższej referencyjności.

Odnosząc się do zarzutów pozwanej szpitala w zakresie wpływu stanu zdrowia matki powoda z okresu ciąży na stan dziecka zauważyć trzeba, że biegli wskazali, że u powoda nie rozpoznano choroby metabolicznej. Ponadto w opinii biegłych z Uniwersytetu w Ł. z dnia 27.11.2013r. wskazano, iż pourodzeniowy stan powoda był spowodowany niedotlenieniem w przebiegu porodu oraz że brak jest jakichkolwiek przesłanek do stwierdzenia lub chociażby podejrzenia innej etiologii pourodzeniowej powoda, w tym choroby tarczycy matki, wad genetycznych dziecka i zaburzeń metabolicznych.

Końcowo zauważyć należy, że biegła E. P. stwierdziła wprost, że drgawki u powoda rozpoznano i leczono zbyt późno. Podniosła, że początkowo występujące już u powoda w pierwszej dobie życia w dniu 30 października 2008r drgawki zostały zakwalifikowane nieprawidłowo, jako zaburzenia mięśniowe, co spowodowało opóźnienie leczenia. Drgawki rozpoznane w dniu 31 października 2008r były kolejnymi już drgawkami.

Sąd Apelacyjny stwierdza, również jako sąd merytoryczny, którego obowiązkiem jest z mocy art. 378 § 1 k.p.c. rozpoznać sprawę, iż analiza materiału dowodowego zebranego w tej sprawie, a przede wszystkim analiza materiału zawierającego wiadomości specjalne, a tym są pisemne i ustne opinie zespołów biegłych nie pozwala na podzielenie stanowiska apelującego pozwanej, że Sąd I instancji dokonał błędnych ustaleń faktycznych przyjmując, że pozwany zbyt późno podjął decyzję o przeniesieniu powoda do ośrodka o wyższej referencyjności. W konsekwencji prawidłowo przyjął, że takie postępowanie było postępowaniem wyczerpującym znamiona błędu medycznego decyzyjnego. W tym zakresie nie mają istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia ustalenia dotyczące zbyt późnego, jak twierdzi pozwany, przyjazdu karetki neonatologicznej. Podkreślić bowiem trzeba, że przyjazd karetki należało uzgodnić odpowiednio wcześniej i transport powinien odbyć się już w dniu 30 października 2008r, bo stan zdrowia noworodka na to pozwalał, a równocześnie tego wymagał.

Za niezasadny uznaje sąd drugiej instancji zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granicy swobodnej oceny dowodów. Formułując ten zarzut apelujący skupia się jedynie na wybranych tezach z opinii biegłych z U. (...) w Ł. i biegłego prof. J. O.. Pomija jednak twierdzenia wynikające z opinii biegłych z ZMS (...) w S. odnoszące się do zarzucanych pozwanej działań związanych ze zbyt późnym przekazaniem noworodka do ośrodka w S.. Te zaniedbania przełożyły się na przyjęcie odpowiedzialności pozwanej wobec powoda, a źródłem tej odpowiedzialności

jest pozbawienie powoda szans na to, by wcześniej podjęte w specjalistycznym ośrodku leczenie zminimalizowało skutki niedotlenienia okołoporodowego. Wskazać trzeba, że biegła E. P. wyraźnie wskazała, że przetransportowanie dziecka, jeszcze w dniu 30 października 2008r dawałoby szansę zminimalizowania, choć być może nie całkowitego, odległych skutków niedotlenienia, a rehabilitacja dałaby lepsze efekty i niepełnosprawność byłaby mniejsza. Biegła stwierdziła nawet wprost, że była szansa, że zmiany będą minimalne.

Za niedotlenienie pozwany odpowiedzialności nie ponosi, co przesądził sąd I instancji, ponosi jednak odpowiedzialność za pozbawienie powoda szansy na zminimalizowanie skutków tego niedotlenienia.

Wskazuje też końcowo sąd odwoławczy, wyczerpując tę część argumentacji związanej z zarzutem pozwanego, iż przesądzone jest w sprawie, że za niedotlenienie okołoporodowe pozwany nie ponosi odpowiedzialności, zatem w ocenie sądu drugiej instancji odnoszenie się do zarzutów formułowanych w apelacji podkreślających stan zdrowia matki powoda w ciąży, który przełożyć się miał na stan urodzeniowy dziecka, jest zbędne.

W konsekwencji, w ocenie Sądu Apelacyjnego zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. jest chybiony. Skarżący nie wskazał ponadto, na czym polegało naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. i jakie reguły oceny dowodów naruszyć miał przy orzekaniu sąd I instancji.

Sąd Apelacyjny wskazuje, że sąd orzekający ma zapewnioną ustawową swobodę w ocenie wiarygodności i mocy dowodów według własnego przekonania, powziętego w wyniku bezpośredniego zetknięcia się z dowodami. Jeżeli więc z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadził wnioski logicznie poprawne i zgodne z zasadami doświadczenia życiowego, to taka ocena dowodów nie narusza art. 233 § 1 k.p.c. i musi się ostać, choćby nawet w równym stopniu, na podstawie tego samego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w powiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo-skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może zostać skutecznie podważona (por. wyrok SN z dnia 27 września 2002r. II CKN 817/00, LEX nr 56906).

Podkreślić też trzeba, że na tym etapie postępowania badaniu podlegało jedynie to, czy materiał dowodowy zebrany w niniejszej sprawie pozwala na uznanie, że istnieje podstawa do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego za skutki w sferze pogorszenia stanu zdrowia powoda będące następstwem podjęcia decyzji o przetransportowaniu dopiero po południu w dniu 31 października 2008r.

Ustalenia Sądu I instancji w tym przedmiocie, które to ustalenia sąd drugiej instancji jako niewadliwe podziela i przyjmuje za własne bez potrzeby ich powtarzania, wynikają wprost z opinii lekarskich, tj. z opinii biegłych lekarzy z (...) w S. i U. (...) w Ł.. Z opinii biegłych U. (...) w Ł. i Zakładu Medycyny Sądowej (...) w S., uzupełnionych w postępowaniu apelacyjnym o ustne wyjaśnienia biegłych do opinii, jednoznacznie wynika, że powód urodził się w stanie ciężkim, w następstwie niedotlenienia wewnątrzmacicznego. Stwierdzenie ciężkiej zamartwicy, powinno skutkować natychmiastowym przekazaniem noworodka do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, zaraz po wyrównaniu stanu dziecka, aby można było zastosować ewentualne procedury leczniczo-diagnostyczne niedostępne w ośrodku medycznym na poziomie I stopnia referencyjności. Uznać też należy, na podstawie tych opinii, że bez względu na przyczynę ciężkiego stanu dziecka, proces leczenia i diagnostyki przeprowadzonej w Oddziale Noworodkowym pozwanego szpitala był niewystarczający. Biegli lekarze z zakresu neonatologii i neurologii dziecięcej z U. (...) w Ł. jednoznacznie stwierdzili, iż u noworodka urodzonego w ciężkiej zamartwicy istnieje znaczne prawdopodobieństwo wystąpienia drgawek. Stwierdzili-„Dlatego też w przypadku F. S. można było i należało przewidywać, że w ciągu najbliższych godzin może dojść do ponownego pogorszenia stanu noworodka, w tym wystąpienia drgawek, przede wszystkim w następstwie narastania poniedotlenieniowego obrzęku mózgu, które to drgawki mogą pogłębiać wcześniejsze niedotlenienie ośrodkowego układu nerwowego i stanowić stan zagrożenia życia. Oczywiście od samego początku nie można było mieć pewności, że w ciągu najbliższych godzin dojdzie do ponownego pogorszenia stanu noworodka i wystąpienia drgawek, ale przewidując taką ewentualność, mając na uwadze dobro pacjenta i świadomość ograniczonych możliwości diagnostyczno - leczniczych Szpitala (...) w B., należało w możliwie

najkrótszym czasie przenieść noworodka do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności." Biegli lekarze wyraźnie wskazali, że zaniechanie przeniesienia noworodka do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności w możliwie najkrótszym czasie po przeprowadzeniu skutecznej resuscytacji krążeniowo - oddechowej było postępowaniem wysoce nieostrożnym, wyczerpującym znamiona błędu medycznego decyzyjnego. W ośrodku o wyższym stopniu referencyjności możliwe byłoby wdrożenie skuteczniejszego leczenia drgawek, niż leczenie wdrożone w Szpitalu (...) w B., a wówczas drgawki zostałyby opanowane w krótszym czasie, niedotlenienie ośrodkowego układu nerwowego będące następstwem napadów drgawkowych byłoby mniejsze i mniejsze byłoby ostateczne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego.

W tym stanie rzeczy, ustalenia Sądu Okręgowego oparte na powyższych opiniach są prawidłowe, a polemika pozwanego w tym przedmiocie sprowadza się do podważania słuszności merytorycznej opinii biegłych.

W związku z powyższymi ustaleniami pojawia się konieczność rozważenia zasadności zarzutu naruszenia art. 361§ 1 k.c. Tylko bowiem pozytywna odpowiedź na pytanie, czy gdyby decyzję o transporcie podjęto wcześniej, tj. po unormowaniu się stanu noworodka, co według biegłej E. P. nastąpiło już w godzinach popołudniowych w dniu 30 października 2008r, to stan powoda dziecka byłby lepszy, skutkować może przyjęciem odpowiedzialności pozwanego za ten błąd medyczny decyzyjny.

Ta kwestia jest bardzo skomplikowana, o czym świadczą pewne rozbieżności w opiniach biegłych. Rozbieżności te w istocie, w przekonaniu Sądu Apelacyjnego, są jednak pozorne, albowiem, co podkreślić trzeba, biegli nie zaprzeczyli, że wcześniejszy transport do ośrodka w S. mógłby spowodować, że stan zdrowia powoda byłby lepszy. Co istotne, biegli nie wykluczyli tezy, że stan zdrowia powoda byłby lepszy, przy czym biegli z U. (...) w Ł. stwierdzili, że stopień prawdopodobieństwa uzyskania w wyniku szybciej wdrożonego leczenia w S. lepszego stanu zdrowia powoda oceniają pomiędzy stopniem niskim a średnim. Bardziej optymistyczną prognozę postawili biegli z ZMS (...) w S., a biegła E. P. uznała, że zbyt późne przekazanie powoda do S. uniemożliwiło, przez brak odpowiedniego leczenia, zminimalizowanie odległych skutków niedotlenienia okołoporodowego.

Biegła ta stanowczo stwierdziła, że spóźniony w jej ocenie transport do ośrodka w S. pozbawił powoda szans na leczenie, które mogło zapobiec nieodwracalnym skutkom niedotlenienia. W tym, w ocenie sądu drugiej instancji, leży zawinione działanie pozwanego skutkujące przyjęciem jego odpowiedzialności. To spóźnione podjęcie decyzji skutkowało zbyt późnym przewiezieniem dziecka do S., gdzie można było wdrożyć specjalistyczne leczenie, w wyniku którego stan zdrowia powoda mógłby być lepszy, a prowadzona rehabilitacja przyniosła znacznie lepsze efekty, a to w ocenie Sądu Apelacyjnego pozwala na przyjęcie, że pomiędzy zawinionym działaniem (zaniechaniem) pozwanego a aktualnym stanem zdrowia powoda, który mógłby być lepszy, gdyby pozwany postąpił zgodnie z procedurami, zachodzi normalny związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c.

Podkreślić należy, że specyfika spraw w przedmiocie roszczeń z tytułu błędu medycznego, w znacznej części nie pozwala na ustalenie w sposób pewny i stanowczy okoliczności określających odpowiedzialność szpitala. Rodzące się wątpliwości w sytuacji, gdy odpowiedzialność ta nie została wykluczona przez biegłych specjalistów, a jedynie niemożliwym pozostaje ustalenie stopnia prawdopodobieństwa co do możliwości wpływu zawinionego działania na stan zdrowia powoda, w ocenie sądu drugiej instancji, samoistnie nie mogą prowadzić do oddalenia powództwa.

Z uwagi na powyższe odpowiedzialność pozwanego ma swą podstawę w art. 415 k.c. w związku z art. 430 k.c., a strona powodowa wykazała wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności.

Podkreśla Sąd Apelacyjny, co słusznie zauważył sąd I instancji, że dokonując oceny postępowania personelu medycznego pozwanego w tym zakresie, należy wziąć pod uwagę to, że biegli wydali opinie w oparciu o wiedzę medyczną i doświadczenie zawodowe. Dodatkowo opinie te odwoływały się do standardów zachowań w określonych sytuacjach. Jak wynika z ustnych wyjaśnień biegłej E. P. nie była to wiedza wykraczająca poza standardową, czy też uzyskana po 2008 r. Skorzystania z tej wiedzy wymagała staranność zawodowa, przy podejmowaniu kolejnych czynności.

Nie wymaga szerszego uzasadnienia to, że od personelu medycznego oczekuje się wysokiego poziomu staranności w odniesieniu do każdego pacjenta. Personel medyczny pozwanego w ramach staranności zawodowej powinien dysponować taką wiedzą w dniu 30 października 2008 r., a zatem powinien przetransportować noworodka do innego ośrodka, co dawało lepsze rokowania stanu zdrowia noworodka, a przede wszystkim mogło wykluczyć kolejne drgawki, powodujące głębsze uszkodzenia w obrębie ośrodkowego układu nerwowego.

Dlatego za uzasadniony w realiach badanej sprawy należy uznać wniosek, że zaniechanie przekazania powoda do ośrodka medycznego o wyższej referencyjności już w dniu 30 października 2008 r. było zachowaniem, które doprowadziło do większego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, niż uszkodzenie doznane przed lub podczas porodu. W konsekwencji przetransportowanie dziecka do Pododdziału Intensywnej Terapii Noworodka Oddziału Noworodków, Patologii i Intensywnej Terapii (...) w S. dopiero późnym popołudniem 31 października 2008 r., ma bezpośredni związek z aktualnym stanem powoda.

Tym samym w ocenie sądu II instancji niezasadne są zarzuty pozwanego, iż Sąd Okręgowy naruszył przepisy prawa materialnego w zakresie: art. 361 § 1 k.c., 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c.

Niezasadne jest też twierdzenie pozwanego o przyjęcie prognozy zawodowej staranności pozwanego na poziomie niemożliwym do osiągnięcia, bowiem z opinii biegłych lekarzy wynika, iż niezwłoczna decyzja o przewiezieniu powoda do szpitala o wyższym poziomie referencyjności mieściła się w ramach należytej zawodowej staranności personelu medycznego oraz że konieczność jej podjęcia była zdeterminowana stanem pourodzeniowym powoda oraz wiedzą medyczną w odniesieniu do ograniczonych możliwości szpitala w B.. Potwierdziły to też ustne wyjaśnienia do opinii złożone przez biegłą E. P.. Dlatego w ocenie sądu drugiej instancji Sąd Okręgowy słusznie stwierdził, iż niniejsze nie wymagało wiedzy wykraczającej poza standardową, czy też odkrytą po 2008 r. Zarzut naruszenia art. 355 k.c. nie jest zasadny.

W konsekwencji uznaje Sąd Apelacyjny, że nie jest zasadny zarzut naruszenia przez błędne i nieuzasadnione zastosowanie art. 445§ 1 k.c. i art. 444§1 i 2 k.c. oraz art. 189 k.p.c.

Wskazać trzeba bowiem, że dwa zespoły biegłych lekarzy (z (...) w S. i z U. (...) w Ł.) stwierdziły popełnienie przez personel pozwanego błędów medycznych decyzyjnych oraz wywołanie tym błędem pogłębionego uszczerbku na zdrowiu powoda, zatem zaistniały podstawy do zastosowania tych przepisów. Opinia biegłego prof. J. O., na której twierdzenia powołuje się pozwany, nie może być dla rozstrzygnięcia w tym zakresie miarodajna, bowiem opinia ta została wydana przez biegłego ze specjalności ginekologii i położnictwa, którego zadaniem była ocena prawidłowości postępowania personelu pozwanego Szpitala w trakcie porodu, nie zaś w trakcie opieki nad powodem po urodzeniu, co podlegało ocenie przez lekarzy ze specjalności neurologii dziecięcej i neonatologii ( opinie zespołu biegłych z U. (...) w Ł. ZMS (...) w S.).

Wskazać też trzeba, że Sąd Okręgowy uznał, iż żądania zasądzenia na rzecz powoda zadośćuczynienia, odszkodowania oraz comiesięcznej renty, przy uznaniu zaistnienia odpowiedzialności deliktowej pozwanego, są usprawiedliwione co do zasady. Ustalając natomiast ich wysokość Sąd kierował się uznaniem, że twierdzenia powoda co do błędów w sztuce lekarskiej okazały się zasadne w odniesieniu do zdarzenia polegającego na zaniechaniu przeniesienia powoda do ośrodka o wyższej referencyjności. Tym samym przyjął Sąd, że powód wykazał istnienie odpowiedzialności pozwanego w 50 %. W związku z tym, w takiej proporcji Sąd uwzględnił zgłoszone przez powoda roszczenia. To rozstrzygnięcie Sąd I instancji spójnie i jasno uzasadnił. Takie stanowisko nie jest wadliwe, nadto pozwany w apelacji kwestionował swą odpowiedzialność co do zasady, nie podnosił dodatkowo żadnych zarzutów w zakresie wysokości zasądzonych świadczeń.

W tej sytuacji Sąd Apelacyjny stwierdza, że nie można uznać, by zasądzone zadośćuczynienie było rażąco wygórowane, natomiast wysokość renty i odszkodowania zostały wykazane w dowodach zebranych w sprawie. W ocenie sądu drugiej instancji kwota zasądzonych zadośćuczynienia uwzględnia wszystkie następstwa dla stanu zdrowia powoda będące konsekwencją zarzucanych pozwanemu zaniechań. Biorąc pod uwagę wiek małoletniego powoda, doznawane przez

niego już od drugiej doby życia krzywdy, ból fizyczny, uwzględniając pozbawienie go możliwości na lepsze życie, rozwój osobisty, przyjaźnie, pewną samodzielność, w ocenie sądu drugiej instancji kwota zasądzonego zadośćuczynienia nie jest zawyżona i uznać ją należy za odpowiednią.

Podnieść po raz kolejny należy też, że z opinii biegłych sporządzonych w sprawie wynika wprost, że przewiezienie powoda we właściwym momencie do innego ośrodka medycznego zmniejszyłoby w znacznym stopniu możliwość wystąpienia kolejnych drgawek, a w konsekwencji zapobiegłoby głębszemu uszkodzeniu ośrodkowego układu nerwowego.

Podnieść trzeba, że w stanie faktycznym niniejszej sprawy Sąd Okręgowy uwzględnił obok okoliczności zawinionych przez personel pozwanego, również okoliczności niezawinione, które wpłynęły na stan zdrowia powoda. Zaskarżony wyrok te ustalenia odzwierciedla.

Sąd Okręgowy słusznie zatem uznał, iż skoro pozwany ponosi odpowiedzialność za stan zdrowia powoda z tytułu jednego ze zdarzeń zarzuconych pozwanemu, to zasadnym jest zasądzenie jedynie części żądanych kwot.

Wysokość zasądzonych roszczeń nie wzbudza wątpliwości w powiązaniu z zebranymi dowodami.

Dlatego zarzut naruszenia art. 322 k.p.c. uznaje sąd drugiej instancji za niezasadny, tym bardziej, że w okolicznościach badanej sprawy wszystkie wydatki wskazywane przez rodziców powoda okazały się według biegłych uzasadnione stanem zdrowia dziecka, a niemożność rozdzielenia ich na te, które są skutkiem jedynie stanu zdrowia wynikającego ze spóźnionego przetransportowania powoda do S. uzasadniała zastosowanie art. 322 k.p.c. przy ustaleniu wysokości renty i zadośćuczynienia.

Wskazuje Sąd Apelacyjny, że powołani w sprawie biegli stwierdzili przy uwzględnieniu wieku dziecka, aktualnego stanu klinicznego i dotychczasowego postępu rozwoju psychoruchowego, iż stan zdrowia powoda należy uznać za trwały. Wskazali także, że intensywne i systematyczne rehabilitacje może przynieść w przyszłości pewną poprawę, ale i tak nie będzie to poprawa na tyle istotna, aby powód był w stanie samodzielnie poruszać się, przygotowywać i spożywać posiłki, realizować potrzeby z zakresu fizjologii i higieny osobistej, a także w sposób ogólnie rozumiały komunikować się z otoczeniem. Nie ulega też wątpliwości, że powód wymaga i w dalszym ciągu będzie wymagał rehabilitacji. Postępowanie rehabilitacyjne może jedynie ograniczyć niektóre skutki uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, a w szczególności może zmniejszyć wzmożone napięcie mięśniowe i jego następstwa, poprawić sprawność ruchową i komunikację z otoczeniem, ponadto może być elementem profilaktyki zakażeń układu oddechowego i moczowego, może usprawniać pasaż jelitowy. Nie ma jednak większych szans na to, że powód kiedykolwiek uzyska pełną sprawność fizyczną i umysłową. Najprawdopodobniej zatem powód na zawsze już pozostanie osobą niepełnosprawną. Zarówno jego dzieciństwo, jak i dorosłe życie będzie się diametralnie różniło - na niekorzyść - od życia osób zdrowych i w pełni sprawnych. Małoletni powód ma niewielkie szanse na zdobycie wykształcenia i podjęcie pracy. Edukacja powoda będzie możliwa jedynie w oświatowych placówkach o charakterze integracyjnych, zaś ewentualna praca jedynie w zakładach pracy chronionej. Co więcej, małoletni powód na zawsze już pozostanie osobą niesamodzielną, zdaną na pomoc innych osób. Dolegliwości, na które cierpi nie pozwolą mu na beztrudne korzystanie z dzieciństwa, zabawy z rówieśnikami, nawiązanie kontaktów interpersonalnych. Życie powoda zawsze będzie przebiegało według określonych schematów, nadto z koniecznością stałej kontroli lekarskiej, zażywania leków, rehabilitacji, pomocy osoby trzeciej w codziennym życiu.

W tym stanie rzeczy, Sąd I instancji zasadnie orzekł w oparciu o 445 § 1 k.c. o przyznaniu powodowi zadośćuczynienia w zasądzonej kwocie 250.000 zł, a także na podstawie art. 189 k.p.c. ustalając w wyroku odpowiedzialność pozwanego na przyszłość za skutki, jakie powstaną u małego powoda F. S. w związku ze stwierdzoną u powoda niepełnosprawnością (rozstrojem zdrowia). Biegli stwierdzili bowiem we wnioskach sporządzonej przez siebie opinii, że rokowania na przyszłość odnośnie stanu zdrowia F. S. są niekorzystne.



Za niezasadny uznał też Sąd Apelacyjny zarzut naruszenia art. 455 w zw. z art. 481 §1 k.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie przy rozstrzygnięciu o odsetkach w niniejszej sprawie.

W ocenie sądu drugiej instancji Sąd Okręgowy słusznie opowiedział się w zakresie początkowej daty odsetek za jednym z prezentowanych w orzecznictwie poglądów, uznając, iż w niniejszej sprawie okoliczności wpływające na określenie wysokości żądania zarówno co do odszkodowania, jak i zadośćuczynienia były stronom znane przed wytoczeniem przez powoda powództwa. Pozwany nie zakwestionował, że pismem z dnia 21 grudnia 2009r., powód zaważwał pozwanego szpitala do próby ugodowej oraz do zapłaty zadośćuczynienia (w kwocie 500.000 zł), odszkodowania (w kwocie 16.240 zł) oraz comiesięcznej renty (w kwocie 3.000 zł), w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania do zapłaty. Powyższe pismo zostało nadane w placówce pocztowej w dniu 22 grudnia 2009 r. Przyjmując zatem kilkudniowy termin na odebranie przesyłki przez pozwanego, najpóźniej w dniu 29 grudnia 2009 r. powziął on wiadomość o roszczeniach powoda. Sąd Okręgowy słusznie też uznał, iż znane też pozwanemu były już wówczas okoliczności pozwalające na zaspokojenie, chociażby częściowe, roszczeń małoletniego powoda. Te okoliczności do dnia wyrokowania przez Sąd I instancji nie zmieniły się. Powód w piśmie z dnia 21 grudnia 2009 r., zakreślił pozwanemu 14 dniowy termin zapłaty, stąd też pozwany pozostawał w opóźnieniu z realizacją roszczeń powoda od dnia 12 stycznia 2010 r. Dlatego też, od tej daty Sąd zasądził odsetki ustawowe od przyznanej powodowi tytułem odszkodowania kwoty 9.265 złotych i tytułem zadośćuczynienia kwoty 250.000 złotych.

Z tych względów apelacja pozwanego jako bezzasadna podlegała oddaleniu, o czym na podstawie art. 385 k.p.c. orzeczono w punkcie II wyroku.

Na uwzględnienie zasługiwała natomiast apelacja powoda. Uzasadniony jest bowiem zarzut naruszenia art. 754<sup>1</sup> § 1 k.p.c.

Sąd I instancji stwierdził, że roszczenie o zasądzenie renty w kwocie 2000 zł jest zasadne, ale zasądził rentę w tej wysokości począwszy od uprawomocnienia się wyroku. Błędnie jednak sąd meriti uznał, że wobec udzielonego powodowi postanowieniem z dnia 28.10.2013r. zabezpieczenia roszczenia rentowego w kwocie po 4.000 zł na czas trwania procesu, interesy powoda nie doznają uszczerbku, gdy renta zasądzona zostanie począwszy od uprawomocnienia się wyroku.

Zauważyć bowiem należy, że postanowieniem z dnia 28.10.2013r. sąd I instancji udzielił powodowi zabezpieczenia poprzez zobowiązanie pozwanego do uiszczania kwoty po 4.000 zł tytułem renty na czas trwania procesu, począwszy od listopada 2013r, z zastrzeżeniem jednak obowiązku zwrotu pobranej sumy świadczeń w takim stosunku, w jakim nie zostanie zasądzona renta w prawomocnym orzeczeniu kończącym postępowanie w sprawie.

Skoro zatem w zaskarżonym wyroku sąd I instancji uznał, że należna jest powodowi renta w kwocie po 2000 zł i podstawę do takich ustaleń stanowiło ustalenie, że co najmniej od listopada 2013r stan zdrowia powoda wymaga zwiększonych nakładów finansowych na rehabilitację, opiekę, środki higieniczne, leki, sprzęt rehabilitacyjny, turnusy i zajęcia rehabilitacyjne, specjalne wyżywienie dostosowane do stanu zdrowia, to w ocenie sądu drugiej instancji w orzeczeniu kończącym postępowanie w sprawie taką rentę powinien zasądzić przynajmniej od listopada 2013r, tym bardziej, że w postanowieniu z dnia 28.10.2013r. orzekł o obowiązku zwrotu pobranych świadczeń w sytuacji zasądzenia ich w wyroku w niższej wysokości.

To aktualizowało potrzebę zmiany zaskarżonego wyroku w postulowanym w apelacji powoda kierunku, o czym na podstawie art. 386§1 k.p.c. orzeczono w punkcie I wyroku.

Jednocześnie, w celu zapobieżenia egzekucji renty na podstawie dwóch orzeczeń Sąd Apelacyjny zastrzegł, że na poczet zasądzonej w wyroku renty pozwany zaliczyć może kwoty wypłacanej powodowi renty na podstawie postanowienia o udzieleniu zabezpieczenia.

Orzeczenie o kosztach procesu wydano przy zastosowaniu zasady odpowiedzialności za wynik procesu. Powód wygrał postępowanie przed sądem drugiej instancji, dlatego należne są mu koszty zastępstwa procesowego udzielonego w

związku z jego apelacją ( kwota 1.800 zł) oraz w związku z apelacją pozwanego ( kwota 5.400 zł ), o czym na podstawie art. 98, 99 i 108 k.p.c. orzeczono w punkcie III wyroku.

Orzeczenie o kosztach zawarte w punkcie IV wyroku- wydatki na opinię uzupełniającą biegłych wydano na podstawie art. 113 ust. 1 u.k.s.c., obciążając nimi pozwanego, który przegrał spór.

M. Gawinek K. Górski A. Sołtyka