

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 czerwca 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSA Edyta Mroczek

Sędziowie: SA Bogdan Świerczakowski

SO del. Joanna Wiśniewska-Sadowska (spr.)

Protokolant: sekretarz sądowy Sławomir Mzyk

po rozpoznaniu w dniu 7 czerwca 2017 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa M. K. i R. K. (1)

przeciwko Szpitalowi (...) w W. – (...) i (...) spółce akcyjnej w W.

o zadośćuczynienie

na skutek apelacji powodów i pozwanego Szpitala (...) w W. – (...)

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 6 listopada 2015 r., sygn. akt I C 542/13

I. zmienia zaskarżony wyrok:

- w punkcie drugim częściowo w ten tylko sposób, że zasądza od Szpitala (...) w W. – (...) i (...) spółki akcyjnej w W. na rzecz M. K. dalszą kwotę 50.000 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 6 listopada 2015 roku do dnia zapłaty, z tym zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty;

- w punkcie trzecim w całości w ten sposób, że ustala, że M. K. co do swojego żądania wygrała w 35 %, a R. K. (1) co do swojego żądania wygrał w 25 %, pozostawiając szczegółowe wyliczenie kosztów procesu referendarzowi sądowemu;

II. oddala apelację powódki w pozostałej części, a apelację powoda w całości;

III. oddala apelację Szpitala (...) w W. – (...);

IV. zasądza od Szpitala (...) w W. – (...) na rzecz M. K. kwotę (...) (siedem tysięcy dziewięćset czterdzieści trzy) złote tytułem zwrotu kosztów postępowania w instancji odwoławczej;

V. znosi wzajemnie między R. K. (1) a Szpitalem (...) w W. – (...) koszty postępowania w instancji odwoławczej.

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 6 listopada 2015 r. w sprawie o sygn. akt I C Sąd Okręgowy w Warszawie zasądził od Szpitala (...) w W. - (...) i (...) S.A. w W. na rzecz M. K. i R. K. (1) kwoty po 125.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 6 listopada 2015 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia z tym zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty; w pozostałym zakresie oddalił powództwo; ustalił, że każdy z powodów ponosi 25% kosztów procesu, a pozwani ponoszą 75% tych kosztów, pozostawiając szczegółowe ich wyliczenie referendarzowi sądowemu.

Podstawą tego wyroku były następujące ustalenia i rozważania:

M. K. i R. K. (1) byli narzeczeństwem przez 4 lata. Podjęli decyzję o powiększeniu rodziny przed ślubem. Powódka, gdy dowiedziała się, że jest w ciąży, zgłosiła się do lekarki E. P.. Powódka cierpiała na astmę, przyjmowała lek wziewny. Stosowała go w czasie ciąży, codziennie rano.

W dniu 13 grudnia 2010 r. powódka zgłosiła się do Szpitalnego Oddziału (...) Szpitala (...) w W. (...) w W. na kontrolne badanie KTG. Została przyjęta o godz. 10.40. Po przeprowadzeniu badania KTG została wypisana do domu o godz. 11.00.

Tego samego dnia, około godziny 22.00 powódka zaczęła odczuwać coraz mocniejsze skurcze. Powodowie przyjechali do pozwanego szpitala około 2 nocy w dniu 14 grudnia 2010 r. W ciągu 30 minut trafili na trakt porodowy. O godz. 2:24 powódka została podłączona do urządzenia KTG. Górny zapis został rozpoczęty o godzinie 2:24; zapis trwający 15 minut dokonany został na końcowym fragmencie rolki papieru. W zapisie tym widoczna jest czynność podstawowa w przedziale 140 - 160 uderzeń na minutę, oscylacja falująca, brak jakiegokolwiek reakcji na widoczne w zapisie trzy skurcze macicy. Prawidłowy zakres podstawowej czynności serca płodu w ciąży donoszonej. W związku z przekroczeniem 160 uderzeń na minutę wynikającego ze zmienności czynności zapis jako wątpliwy (wyłącznie oscylacja falująca zawężona, brak akceleracji przy ruchach) powinien być kontynuowany. Zapis nie stanowił wskazania do ukończenia ciąży cięciem cesarskim.

Drugi zapis KTG, a właściwie dwa zapisy wykonane zostały innym aparatem kardiograficznym. Pierwsza część zapisu rozpoczęła się około godziny 4:50 i trwała 18 minut do godziny 5:08. Badanie KTG wykonywano około 2:30, 5:00 i po godzinie 7:00. Zapis z okolicy godziny piątej był podobny do poprzedniego, podstawowa czynność serca płodu w granicach 140 - 160/min, oscylacja falująca zawężona, brak rejestracji czynności skurczowej macicy. Zapis jako wątpliwy powinien być kontynuowany. Zapis nie stanowił wskazania do wykonania cięcia cesarskiego. Po zatrzymaniu zapisu około godziny 5:08 podłączono go ponownie o godzinie 7:10 i kontynuowano przez 12 minut. Już w ciągu pierwszych pięciu minut zaobserwowano zwolnienie czynności serca płodu do 100 i do 80 uderzeń na minutę, zaś w siódmej minucie zapisu rozpoczęło się głębokie zwolnienie czynności serca płodu do 50 uderzeń na minutę, następnie krótkotrwałe przyśpieszenie czynności serca i ponowne obniżenie podstawowej czynności serca płodu. Powódka została zbadana wewnętrznie i po pęknięciu pęcherza płodowego stwierdzono odchodzenie gęstego zielonego płynu owodniowego. Około godziny 7:22 podjęto decyzję o ukończeniu porodu cięciem cesarskim. Cięcie cesarskie rozpoczęto o godzinie 7:35 i po pięciu minutach, czyli o godzinie 7:40 urodzono dziecko, dwukrotnie owinięte pępowiną, w stanie ogólnym średnim, ocenionym na 4, 4, 4 i 3 pkt w skali Apgar odpowiednio w 1, 2, 3 i 5 minucie. W piątej minucie punktacja Apgar odpowiadała złemu stanowi urodzeniowemu. Parametry równowagi kwasowo zasadowej z krwi pępowinowej wskazywały na ciężkie i długotrwałe niedotlenienie. Wzrost deficytu zasad o 0,7 mmol/L występuje po 3 - 5 minutach niedotlenienia. Niedobór przekraczający 25 mmol/L wiązał się z niedotlenieniem trwającym co najmniej półtorej godziny.

W związku z dalszym pogorszeniem się stanu dziecka pomimo intubacji i intensywnej terapii oddechowej zostało ono o godzinie 12:15 przewiezione karetką „N” do Oddziału (...) Szpitala im. (...) w W., gdzie pomimo wdrożonego intensywnego leczenia o godzinie 14:30 stwierdzono zgon dziecka - S. K.. Jako przyczynę zgonu wskazano m.in. ciężką zamartwicę urodzeniową oraz ostrą niewydolność krążeniowo-oddechową noworodka.

Dziecko urodziło się ciężko niedotlenione. Powikłania ciąży M. K. nie miały związku ze zgonem jej dziecka. Błędem w trakcie opieki śródporodowej było przerwanie zapisu kardiokardiograficznego, pomimo faktu, że nie był to zapis w pełni prawidłowy. Ani pierwszy zapis, ani pierwsza część zapisu drugiego nie spełniały kryteriów zapisu patologicznego, były to zapisy wątpliwe, co powinno być uzasadnieniem do kontynuacji zapisu. Brak zapisu KTG na dwie godziny przed stwierdzeniem ich występowania po godzinie siódmej rano uniemożliwił wychwycenie momentu rozpoczęcia się patologicznego zapisu, co biorąc pod uwagę fakt głębokości niedoboru zasad w krwi pępowinowej powinno mieć miejsce co najmniej godzinę wcześniej. Ważność atestów aparatów KTG nie miała znaczenia, jako, że wszystkie analizowane zapisy były dobre technicznie i nie wskazywały na usterki techniczne aparatu.

Stan zdrowia powódki, w tym jej dolegliwości związane z układem moczowym, nie miały wpływu na przebieg porodu i śmierć dziecka. Chociaż nie można wykluczyć wpływu infekcji wrodzonej na ciężki stan urodzeniowy noworodka, gdyż płody z infekcją wrodzoną mogą znacznie gorzej znosić poród i łatwiej dochodzi u nich do niedotlenienia okołoporodowego, a infekcja wrodzona jest jednym z czynników ryzyka wystąpienia niedotlenienia okołoporodowego, to o tych wszystkich problemach pozwany szpital miał wiedzę, a powódka przyjmowała leki w szpitalu przed porodem. Lekarze powinni wziąć pod uwagę możliwość infekcji wrodzonej płodu. Po przebicium pęcherza płodowego wody płodowe były gęste, zielone. Donoszony płód ma już dojrzały, prawidłowo reagujący na niedotlenienie ośrodek oddechowy znajdujący się w centralnym układzie nerwowym. W wyniku niedotlenienia wewnątrzłonowego nasila się perystaltyka jelit, jednocześnie obniża się napięcie zwieracza odbytu, co jest przyczyną oddania smółki do wód płodowych zabarwiającej je na kolor zielony. Jednocześnie płód „odczuwając duszność” zaczyna wykonywać ruchy oddechowe aspirując do układu oddechowego płyn owodniowy zmieszany ze smółką.

Noworodek urodził się z stanie ciężkim, z urodzeniową masą ciała wynoszącą 3500 gramów. Oceniony był wg skali Apgar na 4/4/4/3 pkt w kolejnych minutach życia. Syn powodów nie miał wykonanej gazometrii z krwi pępowinowej wkrótce po porodzie, co utrudniło ocenę okołoporodową. Bezpośrednio po urodzeniu skóra i pępowina miały szaro-zielone zabarwienie, napięcie mięśniowe było obniżone, dziecko płytko oddychało, akcja serca była obniżona i wynosiła początkowo około 80/min. Rozpoczęto resuscytację krążeniowo-oddechową. Odessano nosogardło noworodka z zielonych wód płodowych, rozpoczęto wentylację sztuczną przez maskę twarzową przy pomocy AMBU, do którego podłączono tlen, wykonano masaż pośredni serca. Ponieważ stan ogólny nie poprawił się, wykonano odessanie dolnych dróg oddechowych (krtani i tchawicy), nie uzyskując ewakuacji zielonych wód płodowych, a następnie pacjent został zaintubowany (do dolnych dróg oddechowych - krtani, była włożona rurka intubacyjna, rozmiar 3,5 na głębokość 9 cm, zbyt płytko w stosunku do zaleceń, ale wystarczająco głęboko, aby uzyskać prawidłową wentylację, szmer pęcherzykowy był prawidłowy), przez którą dalej była prowadzona wentylacja pacjenta przy pomocy AMBU. Podano 0,1 mg adrenaliny, po której akcja serca przyspieszyła do 120-128/min. Założono cewnik do żyły pępkowej i rozpoczęto resuscytację płynową. Saturacja krwi (procentowa zawartość hemoglobiny utlenowanej), służąca do oceny prawidłowego utlenowania organizmu wzrosła do 75, 80, 85%, a akcja serca przyspieszyła do 140/min. Postępowanie resuscytacyjne było prawidłowe. O godzinie 10:22 (prawie trzy godziny po urodzeniu) było wykonane pierwsze badanie gazometryczne z żyłnej krwi pępowinowej. Wykazało ono skrajną kwasicę metaboliczną z pH krwi wynoszącym 6,8.

Bezpośrednio po wydobyciu noworodka i stwierdzeniu jego ciężkiego stanu, nie wykonano gazometrii wykonanej z krwi pępowinowej chociaż w dokumentacji zaznaczono, że badanie to było zleczone. Kilkakrotne wykonanie tego badania pozwoliłoby obiektywnie sterować wentylacją pacjenta wykonywaną przy pomocy AMBU, energiczniej walczyć z kwasicą metaboliczną oraz zorientować się, czy oprócz zamartwicy nie rozwija się zespół aspiracji smółki (MAS). Postępowanie takie nie było prawidłowe.

O godzinie 11:00 przyjechała karetka neonatologiczna, syn powodów został podłączony do respiratora na wysokie parametry wentylacji IPPV. Pomimo tego zarówno wartości saturacji, jak i kolejna gazometria były nieprawidłowe, ze skrajną kwasicią. Nie próbowano zmniejszyć kwasicy i poprawić utlenowania poprzez dalsze zwiększanie parametrów wentylacji, czy poprzez podanie wodorowęglanu sodowego. Na podstawie karty transportowej noworodka nie można nic powiedzieć na temat wydolności układu krążenia, ponieważ nie notowano wartości akcji serca ani ciśnienia tętniczego krwi. Nie wiadomo również, jak stosowane podczas transportu leki wpłynęły na wartość ww. parametrów. Transport pacjenta w tak ciężkim stanie był obarczony dużym ryzykiem zgonu. Parametry wentylacji, bardzo niskie utlenowanie krwi, bardzo zła wymiana gazowa, utrzymująca się ciężka kwasica metaboliczna wskazywały, że głównym problemem noworodka była nie zamartwica, tylko MAS. Do szpitala (...) pacjent został przywieziony o godz. 12:20. Pierwsza i kolejna gazometria wykonane o godzinach: 12:26, 13:51 wykazywały już ciężką mieszaną kwasicę (oddechową i metaboliczną) związaną z brakiem prawidłowej wymiany gazowej pomimo stosowania skrajnie wysokich parametrów wentylacji mechanicznej. Z dolnych dróg oddechowych przez rurkę intubacyjną odesłano zielony, zmieszany ze smółką, płyn owodniowy. W wykonanym zdjęciu radiologicznym klatki piersiowej potwierdzono MAS (bezpowietrzne płuca, widoczny jedynie ujemny bronchogram, co jest związane z brakiem surfaktantu w pęcherzykach płucnych). Następnie rozwinęło się śródmiąższowe i chemiczne zapalenie płuc z obrzękiem oskrzeli. W wyniku MAS nie było prawidłowej wymiany gazowej, rozwinęła się ciężka hipoksemia (niedotlenienie) oraz hiperkapnia (retencja dwutlenku węgla). Wykonano lavage układu oddechowego rozcieńczonym egzogennym surfaktantem. Jednak nie uzyskano poprawy wymiany gazowej. S. K. zmarł, a bezpośrednią przyczyną zgonu był zespół aspiracji smółki. W badaniu histopatologicznym potwierdzono rozpoznanie kliniczne.

R. K. (1) obecnie ma 32 lata, z zawodu jest księgowym. Po śmierci dziecka nie był na zwolnieniu lekarskim, ponieważ prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą. W późniejszym okresie po śmierci korzystał z pomocy psychologa, gdyż emocje wzmagaly się. Były to trzy wizyty u psychologa. Nie brał żadnych leków. Powód przed śmiercią syna spotykał się ze znajomymi, czynnie uprawiał sport, grał w piłkę, pływał. Po tragedii, która się wydarzyła, miał przerwę, nie czuł potrzeby, żeby gdzieś wyjść, zastanawiał się, co wtedy będzie robiła żona. Przez dłuższy okres nie wychodził nigdzie z żoną, bo nie czuł takiej potrzeby. Do tej pory nie chodzi grać w piłkę nożną, co było jego pasją. Kiedy zmarł syn S., nie był w stanie sobie tego wytłumaczyć. Powód wziął na siebie obowiązki związane z tą sytuacją, w tym obowiązki związane z pogrzebem. Mimo, że związane ze śmiercią dziecka emocje już trochę opadły, powód nadal ma wspomnienia. Nadal z żoną trzymają grzechotkę, ubranko w szafie, które miały być przeznaczone dla zmarłego S.. Powód myśli o zmarłym dziecku, chodzi na cmentarz raz w tygodniu.

Powód w związku ze śmiercią nowonarodzonego syna i okolicznościami porodu przeżył zaburzenia adaptacyjne, będące reakcją na ciężki stres i przejawiające się głównie w postaci okresowo obniżonego nastroju, przygnębienia, żalu oraz poczucia straty. W związku z tymi objawami miał poczucie subiektywnego dyskomfortu psychicznego. W okresie pierwszych kilku miesięcy od zdarzenia objawy były nasilone w stopniu umiarkowanym, nieuniemożliwiającym, ale utrudniającym mu codzienne funkcjonowanie. Po tym okresie objawy uległy złagodzeniu, a proces adaptacji do nowej sytuacji zakończył się po urodzeniu się pierwszej córki. Obecnie z psychologicznego punktu widzenia funkcjonuje prawidłowo i śmierć syna pozostaje bez wpływu na jego funkcjonowanie z obszarze, rodzinnym, zawodowym, społeczno-interpersonalnym, emocjonalno-motywacyjnym i aktywności własnej. Nadal, bez dłuższych przerw w prowadzeniu działalności jest aktywny zawodowo, odczuwa satysfakcję w relacji z innymi, ma własne hobby i zainteresowania, nie ma długotrwałych stanów obniżonego nastroju, ma adekwatne plany na przyszłość. Rokowania, co do poprawy stanu psychicznego powoda są korzystne. Brak jest wskazań do leczenia psychiatrycznego czy też psychologicznego. Ma dwoje dzieci, które są jego radością.

M. K. obecnie ma 31 lat, jest księgową. Śmierć dziecka bardzo źle na nią wpłynęła. Czuje się niedowartościowana jako kobieta oraz ma ogromną krzywdę, żal, że coś takiego mogło się zdarzyć, obwiniała się o śmierć dziecka. Nie miała świadomości, że jadąc do szpitala urodzić dziecko przy fachowej pomocy, gdy ciąża przebiegała prawidłowo, może zdarzyć się coś złego. Przez kilka tygodni nie docierało do niej, że nie ma dziecka. Miesiąc po stracie dziecka przez powódkę dziecko urodziła jej siostra, powódka bardzo to przeżywała, w synu siostry widziała swoje dziecko. Relacje z mężem po śmierci syna czasami układały się ciężko, powódka nie powałała na to, aby mąż ją zrozumiał.

Po czterech miesiącach od śmierci dziecka powódka zaczęła się starać o kolejne dziecko. W dniu 22 grudnia 2011 r. powódce urodziła się córka, do porodu doszło w pozwanym szpitalu. Powódka z obawy o kolejne dziecko, w czasie ciąży zmieniała lekarzy. Po porodzie wróciła do pracy w firmie, w której pracowała przed porodem. Wiele osób pracujących z powódką nie wiedziało, co się stało i pytały powódkę o dziecko, kończyło się to dla powódki płaczem w toalecie. M. K. ma lęki, gdy zostawia dzieci pod czyjąś opieką, boi się, że może coś im się stać. Kolejne dziecko powódka urodziła 16 stycznia 2015 r., również w pozwanym szpitalu. Gdy patrzy na syna siostry, który jest młodszy o miesiąc od jej zmarłego dziecka, widzi, co zostało jej zabrane. Cały czas trzyma rzeczy, które miały być przeznaczone dla zmarłego dziecka. Chodzi wraz z mężem na cmentarz. Nie chce opowiadać znajomym o tym, co się stało. Nie poszła na pogrzeb, ponieważ nie była w stanie. Wie, że wpadłaby w histerię. Kiedy zdarzają się sytuacje, np. w telewizji usłyszy, że dziecko zmarło przy porodzie, wpada w histerię.

W związku ze śmiercią nowonarodzonego syna i okolicznościami jego porodu u powódki rozwinęły się zaburzenia adaptacyjne, będące reakcją na ciężki stres przejawiające się głównie w postaci obniżonego nastroju, przygnębienia, lęku, obaw, żalu, zamartwiania się, poczucia winy. Wywołany u powódki stan subiektywnego distressu i zaburzeń emocjonalnych miał wpływ na jej codzienne funkcjonowanie głównie w aspekcie wycofania się z relacji interpersonalnych i ograniczenia aktywności własnej. W okresie pierwszych kilku miesięcy/roku od zdarzenia objawy były wyraźnie nasilone. Obecnie nie mają one istotnego wpływu na jej funkcjonowanie w obszarze zawodowym, społeczno-interpersonalnym, motywacyjnym i aktywności własnej. Jest aktywna zawodowo, odczuwa satysfakcję w relacji z innymi, ma własne pasje i zainteresowania, nie ma długotrwałych stanów obniżonego nastroju. Powódce część ww. objawów nadal jednak towarzyszy i dotyczą one głównie aspektu rodzinnego, tj. nadmiernej koncentracji i lękowym sfokusowaniu na własnych dzieciach, obaw o przyszłość rodziny i przyszłe ciąży, rozpamiętywania zmarłego syna z nadal żywymi reakcjami emocjonalnymi, lęku o zdrowie członków rodziny, które to symptomy niekorzystnie wpływają na jej poczucie dobrostanu psychicznego. Rokowania, co do poprawy stanu psychicznego powódki są korzystne ze względu na jej strukturę osobowości, stosowane dojrzałe mechanizmy obronne, duże wsparcie rodzinne i społeczne, zachowaną zdolność do realizowania przypisanych jej ról społecznych (matki, żony, pracownika) oraz pozytywny obraz siebie. Dla przepracowania mechanizmów kreujących i podtrzymujących nadal jeszcze obecnych u powódki objawów, korzystny wpływ na rokowanie mogłoby mieć podjęcie przez nią psychoterapii. Urodzenie w okresie roku od śmierci S., drugiego zdrowego dziecka miało korzystny wpływ na proces adaptacji po stresogennym wydarzeniu. Duża chęć posiadania przez powodów dziecka (powodowie długo przygotowywali się do pierwszego dziecka, starannie podchodzili do przebiegu pierwszej ciąży) i ich decyzja o ponownej próbie poczęcia potomstwa, nie stanowi i nie jest równoznaczna z pomyślnym stanem psychicznym. O stanie psychicznym stanowi wyłącznie fakt występowania lub braku określonych objawów psychopatologicznych.

Na dzień szkody (...) S.A. posiadał zawartą w 2009 r. umowę ubezpieczenia obowiązkowego z okresem odpowiedzialności od dnia 1 stycznia 2010 r. do 31 grudnia 2010 r. Polisa ta została zawarta na sumę gwarancyjną w wysokości 46.500 euro na jedno zdarzenie według kursu z dnia 2 stycznia 2009 r., tj. wg kursu ogłoszonego po raz pierwszy w danym roku kalendarzowym, w którym zawarto polisę 4,17 zł za euro. Oznacza to, że sumę gwarancyjną na jedno zdarzenie stanowi kwota 193.905 zł. Szpital (...) w W. posiadał również polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej potwierdzającą zawarcie z pozwanym umowy w dniu 29 grudnia 2009 r. Polisa ta opiewa na sumę gwarancyjną 500.000 zł - w ramach roku polisowego na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe.

Zdaniem Sądu Okręgowego powództwo zasługiwało na uwzględnienie w części.

Sąd zaznaczył, że po stronie pozwanej wystąpiły dwa podmioty połączone ze sobą węzłem odpowiedzialności in solidum, które odpowiadają względem powodów na innej płaszczyźnie prawnej: szpital jako odpowiedzialny z tytułu czynu niedozwolonego, a zakład ubezpieczeń na podstawie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej łączącej go ze szpitalem.

Podstawę odpowiedzialności (...) S. A. w W. stanowi art. 805 k.c. w związku z zawarciem ze Szpitalem (...) w W. (...) w W. w 2009 i 2010 roku umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Pozwany odpowiada o tyle, o ile uprzednio

wykazane zostaną przesłanki odpowiedzialności deliktowej szpitala, odpowiedzialność bowiem zakładu ubezpieczeń ma charakter gwarancyjny.

W pierwszej kolejności Sąd Okręgowy poddał analizie roszczenia powodów, oceniając je przez pryzmat kodeksowej regulacji odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej z tytułu czynów niedozwolonych. Sąd analizował przesłanki odpowiedzialności z art. 430 k.c., a zwłaszcza stosunek podległości w sprawach o naprawienie szkody wyrządzonej przy świadczeniu usług leczniczych, podkreślając, że mimo samodzielności lekarzy dokonujących czynności diagnostycznych i terapeutycznych, powszechnie przyjmuje się odpowiedzialność jednostek organizacyjnych, na rachunek których lekarze wykonują te czynności. Ciężar dowodu winy podwładnego spoczywa na poszkodowanym, przy czym w orzecznictwie i doktrynie dopuszcza się stosowanie koncepcji winy anonimowej (beziemiennej), która pozwala uznać winę określonej jednostki organizacyjnej na podstawie ustaleń niewłaściwego postępowania bliżej niezidentyfikowanych osób fizycznych, działających w danej strukturze.

Sąd Okręgowy wskazał ponadto, że zakład leczniczy jest zobowiązany, poza świadczeniem usług leczniczych, do zapewnienia pacjentowi "bezpieczeństwa" pobytu, jest to obowiązek starannego działania. Pacjent nie ma żadnego wpływu na funkcjonowanie szpitala, stosowane środki lecznicze i podejmowane przez lekarzy decyzje, nie może więc tak daleko ponosić ryzyka szkody (orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 28 listopada 1983 r., sygn. akt II CR 358/83). Odpowiedzialność za skutek powinien ponosić zakład leczniczy. Zakres czynności powierzonych lekarzowi traktuje się bardzo szeroko.

Sąd podkreślił ponadto, że odpowiedzialność zakładu leczniczego występuje, gdy między zawinionym zachowaniem a szkodą istnieje adekwatny związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. Orzecznictwo Sądu Najwyższego utrwaliło pogląd, iż nie jest wymagane, by związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza (personelu leczniczego), a powstałą szkodą został udowodniony w sposób pewny. Często w "procesach lekarskich" jest to niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości przypadków można mówić o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadziej o pewności czy wyłączności przyczyny. Na powstanie szkody może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników pozostaje niedbalstwo lekarza (personelu zakładu leczniczego). Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działanie lub zaniechanie personelu było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Do przyjęcia winy osoby na podstawie art. 430 k.c. nie jest potrzebne wykazanie, że osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego - wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 marca 2013 r., sygn. akt I ACa 852/12).

Sąd Okręgowy podkreślił ponadto, że wysokie wymagania stawiane lekarzowi nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać, tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Dlatego stwierdzenie błędu lekarskiego wyczerpuje zasadniczo tylko obiektywny element winy (z tym zastrzeżeniem, że są takie kategorie błędu lekarskiego, które będą wystarczające dla stwierdzenia winy także w ujęciu subiektywnym). Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., sygn. akt V CSK 287/09). Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku "błędu w sztuce", czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, czyli polegający na zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca.

Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że powództwo jest usprawiedliwione co do zasady, ponieważ spełnione zostały przesłanki odpowiedzialności cywilnej Szpitala (...) w W.. Tym samym występują również podstawy do obciążenia

pozwanego zakładu ubezpieczeń odpowiedzialnością względem powodów, skoro ponosi on odpowiedzialność za zachowania personelu medycznego szpitala w okresie, w którym doszło do śmierci synów powodów.

Sąd zasięgnął opinii biegłych lekarzy specjalistów, aby ocenić, czy personel medyczny szpitala w W. dopuścił się błędu w sztuce medycznej, uznając, że do takiej oceny niezbędne są wiadomości specjalne. W zakresie zachowań personelu, który prowadził poród powódki biegły lekarz prof. dr hab. dr med. R. D. wyjaśnił szczegółowo, logicznie i rzetelnie, że personel medyczny, który przeprowadzał poród w dniu 14 grudnia 2010 r. popełnił błąd, ponieważ nie podjęto wymaganych czynności medycznych. Biegły wyjaśnił, że przerwanie zapisu kardiokotograficznego, pomimo faktu, że nie był to zapis w pełni prawidłowy, powinno zostać wychwycone i uzasadnić jego kontynuowanie. Brak zapisu KTG na dwie godziny przed stwierdzeniem ich występowania po godzinie siódmej rano uniemożliwił wychwycenie momentu rozpoczęcia się patologicznego zapisu, co biorąc pod uwagę fakt głębokości niedoboru zasad w krwi pępowinowej powinno mieć miejsce co najmniej godzinę wcześniej.

Na błędy personelu wskazała również biegła dr n. med. I. W., podając, że niewykonanie badania gazometrycznego krwi z tętnicy pępowinowej bezpośrednio po porodzie, pomimo zlecenia takiego badania, uniemożliwiło ocenę stopnia niedotlenienia noworodka tuż po urodzeniu i wdrożenie adekwatnego leczenia do stanu zdrowia dziecka, niewykonano pomiaru tętniczego krwi noworodka, który pozwoliłby obiektywnie sterować wentylacją dziecka, jak również zaniechano energicznej walki z kwasicią metaboliczną oraz zweryfikowania, czy oprócz zmartwicy nie rozwija się zespół aspiracji smółki.

W wyniku tych zaniedbań nie zdiagnozowano w porę stanu płodu, a później dziecka i nie podjęto właściwych działań w odpowiednim czasie.

Zgromadzone w sprawie dowody w postaci opinii biegłych specjalistów dają zdaniem Sądu Okręgowego podstawy do uznania, iż personelowi szpitala należy postawić zarzut niedołożenia należytej staranności, zaniedbania i zaniechania we właściwym prowadzeniu porodu, skutkujący przyjęciem odpowiedzialności (...) w W. oraz (...) S.A. za naruszenie dobra osobistego powodów w postaci zerwania więzi rodzinnej z dzieckiem wskutek jego śmierci (art. 23 i 24 k.c.).

W dalszych wywodach Sąd Okręgowy odniósł się do kwestii zadośćuczynienia, wskazując, że zadośćuczynienie przewidziane w art. 446 § 4 k.c. służy rekompensacie krzywdy po śmierci osoby najbliższej i ma za zadanie złagodzić wywołane tym zdarzeniem cierpienia psychiczne, a także ma pomóc pokrzywdzonemu w dostosowaniu się do zmienionej sytuacji. Określenie wysokości należnego zadośćuczynienia ustawodawca pozostawił uznaniu sędziowskiemu, wskazując jedynie, że ma to być kwota odpowiednia do doznanej krzywdy. Przy ustaleniu zadośćuczynienia nie stosuje się automatyzmu, a każda krzywda jest oceniana przez pryzmat konkretnych okoliczności sprawy. W razie śmierci osoby bliskiej na rozmiar krzywdy mają przede wszystkim wpływ dramatyzm doznań osoby bliskiej, poczucie osamotnienia i pustki, cierpienia moralne i wstrząs psychiczny wywołany śmiercią tej osoby, rodzaj i intensywność więzi łączących pokrzywdzonych ze zmarłym, wystąpienie zaburzeń będących skutkiem tego odejścia (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 23 kwietnia 2013 r., sygn. akt V ACa 30/13). O wysokości zadośćuczynienia z art. 446 § 4 k.c. rozstrzyga stopień i nasilenie odczuwanej krzywdy oraz potrzeba zrekompensowania jej skutków. O odczuwanym poczuciu krzywdy decydują różne okoliczności, w tym przede wszystkim stopień bliskości i poziom oraz charakter relacji z osobą zmarłą. Decyduje o nim również osobista wrażliwość osoby pokrzywdzonej, która jest właściwa każdej z osób pokrzywdzonych i inna u każdej z nich (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 29 kwietnia 2013 r., sygn. akt V ACa 22/13). Na rozmiar krzywdy mają wpływ przede wszystkim: wstrząs psychiczny i cierpienia moralne wywołane śmiercią osoby bliskiej, poczucie osamotnienia i pustki po jej śmierci, rodzaj i intensywność więzi łączącej pokrzywdzonego ze zmarłym, rola w rodzinie pełniona przez osobę zmarłą, wystąpienie zaburzeń będących skutkiem śmierci osoby bliskiej, stopień, w jakim pokrzywdzony będzie umiał odnaleźć się w nowej rzeczywistości i zdolność do jej zaakceptowania, wiek pokrzywdzonego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2011 r., sygn. akt III CSK 279/10). Sąd ustalając wartość zadośćuczynienia powinien opierać się na obiektywnych i sprawdzalnych kryteriach, przy jednoczesnym uwzględnieniu indywidualnej sytuacji stron (wyrok Sądu Najwyższego z 12 września 2002 r., sygn. akt IV CKN

1266/00). Jednym z kryteriów określających „odpowiedniość” zadośćuczynienia jest jego kompensacyjny charakter - zadośćuczynienie musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość przy utrzymaniu jej w rozsądnych granicach.

W świetle powyższych rozważań Sąd uznał, że powodowie wykazali istnienie tego rodzaju więzi ze zmarłym dzieckiem, które uzasadnia przyznanie im zadośćuczynienia. M. i R. K. (1) w chwili śmierci ich dziecka S. K. byli młodym małżeństwem czekającym z utęsknieniem na nowego członka rodziny.

Przyjmując istnienie więzi, o której mowa w art. 446 § 4 k.c. pomiędzy powodami a zmarłym S. K. oraz jej zerwanie wskutek tragicznego zdarzenia, Sąd uznał żądanie pozwu za nieadekwatne do ustalonego rozmiaru krzywdy doznanej przez powodów a będącej następstwem błędu medycznego w postaci zaniedbania ze strony personelu pozwanego szpitala, którego skutkiem była śmierć ich syna powodująca zerwanie więzi rodzinnej i tym samym naruszenie ich dobra osobistego.

Sąd wskazał, że powodowie początkowo byli wstrząśnięci tragiczną śmiercią ich dziecka; oboje przeżyli zaburzenia adaptacyjne będące reakcją na ciężki stres w postaci obniżonego nastroju, przygnębienia, żalu oraz poczucia straty. Udawali się do szpitala po pomoc przy porodzie, zamiast pomocy spotkało ich tam największe nieszczęście, jakie może spotkać rodziców czekających z upragnieniem na swe pierwsze dziecko. Z powyższych względów Sąd ustalił wysokość zadośćuczynienia na stosunkowo wysokim poziomie 125.000 zł. przyjmując, że dalej idące żądanie jest wygórowane i nieadekwatne do doznanej krzywdy oraz okoliczności sprawy. Sąd podkreślił, że powodowie nie doznali trwałego uszczerbku na zdrowiu, długotrwałego rozstroju zdrowia, poradzili sobie z tą sytuacją, wrócili do pełnienia swych ról społecznych, do pracy, a po czterech miesiącach zaczęli znów myśleć o powiększeniu rodziny. Powrót do pracy, powiększenie rodziny pozwoliło im skupić się skutecznie na nowych wyzwaniach. Sąd uznał zatem, że powodowie podnieśli się z tej trudnej sytuacji, a rokowania na przyszłość są w miarę pomyślne.

Odsetki ustawowe od zasądzonej kwoty 125.000 zł tytułem zadośćuczynienia, zostały przyznane od dnia wyrokowania, tj. 6 listopada 2015 r. Pozwani kwestionowali nie tylko wysokość roszczenia, ale i jego zasadność, zaś ustalenie przesłanek odpowiedzialności pozwanych i rozmiaru krzywdy zdeterminowane było przeprowadzeniem licznych odpowiednich dowodów w toku tego procesu.

O kosztach procesu orzeczono w oparciu o treść art. 100 zdanie pierwsze k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 zdanie drugie k.p.c. Sąd ustalił, że każdy z powodów ostał się ze swoim żądaniem w 25%, więc winien ponieść 75% kosztów procesu, a pozwani winni ponieść 25% tych kosztów, ponieważ w 75% wygrali proces.

Apelację od powyższego wyroku wnieśli powodowie, zaskarżając go w części:

w pkt. II w zakresie oddalającym żądanie powódki o zasądzenie kwoty 50.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi w stosunku do Szpitala (...) w W. od dnia 1 maja 2012 r. do dnia zapłaty, a w stosunku do (...) SA. w W. od dnia 1 lipca 2012 r. do dnia zapłaty; w pkt. II w zakresie oddalającym żądanie powódki o zasądzenie odsetek ustawowych od kwoty 125.000 zł w stosunku do pozwanego szpitala od dnia 1 maja 2012 r. do dnia 5 listopada 2015 r., w stosunku do (...) S.A. od dnia 1 lipca 2012 r. do dnia 5 listopada 2015 r.;

w pkt. II w zakresie oddalającym żądanie powoda o zasądzenie odsetek ustawowych od kwoty 125.000 zł w stosunku do pozwanego szpitala od dnia 1 maja 2012 r. do dnia 5 listopada 2015 r. i w stosunku do (...) S.A. od dnia 1 lipca 2012 r. do dnia 5 listopada 2015 r. oraz w pkt. III, zarzucając mu:

I naruszenie przepisów postępowania, co miało istotny wpływ na wynik sprawy, tj.:

1/ art. 233 § 1 k.p.c. poprzez niedokonanie wszechstronnego rozważenia okoliczności sprawy i błędną ocenę dowodów wynikających z zebranego materiału dowodowego, który sąd w całości uznał za miarodajny, a w konsekwencji dokonanie niepełnych ustaleń w przedmiocie rozmiaru krzywdy doznanej przez powódkę, trwałości następstw porodu i śmierci syna, co skutkowało zasądzeniem na rzecz powódki zadośćuczynienia w rażąco zaniżonej wysokości;

2/ art. 100 k.p.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie polegające na stosunkowym rozdzieleniu kosztów procesu pomiędzy każdego z powodów i pozwanych, tj. poprzez częściowe obciążenie powodów kosztami procesu i brak włożenia na pozwanych obowiązku zwrotu wszystkich kosztów procesu w sytuacji, gdy powodowie wygrali sprawę co do zasady oraz gdy określenie należnej powodom sumy tytułem zadośćuczynienia zależało od oceny sądu;

3/ w razie nieuwzględnienia zarzutu z pkt 2 - naruszenie art. 102 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie polegające na stosunkowym rozdzieleniu kosztów procesu pomiędzy każdego z powodów i pozwanych, tj. poprzez nałożenie na powodów obowiązku zwrotu części kosztów procesu w sytuacji, w której wobec szczególnych okoliczności sprawy sąd powinien odstąpić od nałożenia na powodów kosztów procesu.

II naruszenie prawa materialnego, tj.

1/ art. 446 § 4 k.c. poprzez nieuwzględnienie w odpowiednim zakresie kryteriów, jakie powinny być rozważone celem ustalenia wysokości przysługującego powodce zadośćuczynienia oraz wszystkich okoliczności składających się na krzywdę powódki, a w konsekwencji uznanie, że ustalone przez sąd zadośćuczynienie spełnia kryterium „odpowiedniego” w rozumieniu powołanego przepisu;

2/ art. 481 § 1 k.c. w zw. z art. 455 k.c. oraz w zw. z art. 817 § 1 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i zasądzenie odsetek od uwzględnionej części dochodzonego przez każdego z powodów roszczenia o zadośćuczynienie dopiero od daty wyroku, tj. od dnia 6 listopada 2015 r., podczas gdy zadośćuczynienie było należne powodom przed wytoczeniem powództwa z uwagi na wówczas istniejące okoliczności, a zadośćuczynienie jako świadczenie o nieoznaczonym terminie spełnienia, stało się wymagalne najpóźniej z dniem zgłoszenia przez powodów pozwanym roszczenia w tym zakresie, a zatem z dniem doręczenia pozwanym przedsądowego wezwania do zapłaty i zgłoszenia szkody, wobec czego pozwany szpital pozostawał w opóźnieniu ze spełnieniem należnego powodom świadczenia od następnego dnia po dniu doręczenia przedsądowego wezwania do zapłaty, tj. od dnia 1 maja 2012 r., pozwany (...) S.A. pozostawał w opóźnieniu ze spełnieniem należnego świadczenia najpóźniej od następnego dnia po upływie 30 dni od zgłoszenia szkody, tj. od dnia 1 lipca 2012 r.

W związku z podniesionymi zarzutami powodowie wnieśli o zmianę wyroku w zaskarżonym zakresie oraz kosztów postępowania apelacyjnego, ewentualnie uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji wraz z pozostawieniem temu sądowi orzeczenia o kosztach postępowania za obie instancje.

Apelację od powyższego wyroku wniósł pozwany Szpital (...) w W., zaskarżając go w zakresie punktu I i III, zarzucając mu:

1. sprzeczność istotnych ustaleń Sądu pierwszej instancji ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym,
2. naruszenie art. 361 § 1 k.c., art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. i art. 446 § 4 k.c.,
3. naruszenie art. 233 § 1 k.p.c.

W związku z podniesionymi zarzutami pozwany wniósł o zmianę wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie kosztów postępowania za obie instancje, ewentualnie uchylenie wyroku w zaskarżonym zakresie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji.

Rozpoznając sprawę w granicach zaskarżenia, Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

W niniejszej sprawie wpłynęły dwie apelacje, przy czym apelacja pozwanego szpitala dotyczyła w głównej mierze ustalenia, czy postępowanie lekarzy było prawidłowe, czy też popełniono błędy lekarskie, a w konsekwencji, czy istniał związek przyczynowy pomiędzy działaniem/zaniechaniem personelu szpitala a śmiercią nowonarodzonego synka powodów. Pozwany kwestionował też wysokość przyznanego powodom zadośćuczynienia. Natomiast w apelacji powodów podniesiono wspólne zarzuty dotyczące terminu zasądzenia odsetek ustawowych. Ponadto powódka

wskazała, że w jej ocenie przyznane jej zadośćuczynienie jest rażąco zaniżone. Zdaniem Sądu Apelacyjnego apelacja powódki jest częściowo zasadna, czego konsekwencją była częściowa zmiana zaskarżonego orzeczenia. Natomiast zarzuty podniesione w apelacji powoda i pozwanego Szpitala (...) w W. nie zasługiwały na uwzględnienie.

Odnosząc się w pierwszej kolejności do apelacji pozwanego szpitala wskazać należy, że Sąd Apelacyjny w pełni podziela ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego, zwłaszcza dotyczące błędu medycznego w postaci zaniedbania ze strony personelu pozwanego szpitala, którego skutkiem była śmierć S. K., co czyni niezasadnym zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Sąd Okręgowy – wbrew zarzutom skarżącego - przeprowadził szczegółowe postępowanie dowodowe, odtwarzając w oparciu o zachowaną dokumentację medyczną zarówno przebieg porodu, jak i podjęte później działania zmierzające do uratowania nowonarodzonego synka powódów. Prawidłowo także Sąd pierwszej instancji przyjął, że do oceny, czy postępowanie lekarzy w czasie pobytu powódki w pozwanym szpitalu oraz podczas porodu było prawidłowe, czy zastosowane zostały wszelkie procedury i standardy bezpieczeństwa, a lekarze postępowali zgodnie z wiedzą medyczną, niezbędne są wiadomości specjalne. Sporządzone przez biegłych sądowych opinie Sąd Okręgowy poddał wnikliwej analizie, wyjaśniając, dlaczego uznał je za pomocne do ustalenia stanu faktycznego. Podkreślić należy, że opinia biegłego podlega, jak inne dowody, ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., odróżniając ją jednak szczególnie dla tego dowodu kryteria oceny, takie jak: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej. Specyfika oceny tego dowodu wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia i wiedzy powszechnej. Sąd Okręgowy zwrócił uwagę na te elementy oceny, podkreślając fakt, że biegli posiadają wiedzę popartą tytułami naukowymi oraz wieloletnie doświadczenie zawodowe, a ich opinie nie zawierają luk w rozumowaniu niedających się uzasadnić logicznie. Sąd odwoławczy w pełni tę ocenę podziela.

Sąd Apelacyjny nie dopatrywał się także nieprawidłowości w oddaleniu przez Sąd pierwszej instancji wniosku pozwanego szpitala o dopuszczenie dowodu z opinii instytutu. Podważenie mocy dowodowej opinii poprzez zakwestionowanie wiadomości specjalnych, do których biegli się odwołują, bądź wywodzenie z takiej opinii dalszych wniosków opartych na wiadomościach tego rodzaju, z uwagi na treść art. 278 § 1 k.p.c., może zatem nastąpić wyłącznie poprzez przeprowadzenie dowodu z uzupełniającej opinii tych samych biegłych lub z opinii innego biegłego. Potrzeba powołania innego biegłego lub dalsze uzupełnienie przedstawionej opinii powinny zaś wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczasowej opinii. O dopuszczeniu tego dowodu nie może zatem decydować wyłącznie wniosek strony, lecz zawarte w tym wniosku konkretne uwagi i argumenty podważające miarodajność dotychczasowej opinii. W przeciwnym wypadku, wniosek taki musi być uznany za zmierzający wyłącznie do nieuzasadnionej zwłoki w postępowaniu, co winno skutkować jego pominięciem. W swej apelacji pozwany de facto nie podniósł żadnych okoliczności, które podważałyby ustalenia biegłych, a tym bardziej żadnych przesłanek uzasadniających potrzebę zasięgnięcia opinii placówki naukowej lub naukowo-badawczej.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, a zwłaszcza sporządzonych opinii biegłych wynika w sposób niebudzący wątpliwości, że personel pozwanego szpitala dopuścił się szeregu zaniedbań, które w efekcie doprowadziły do śmierci S. K.. Podstawowym błędem były nieprawidłowości na etapie prowadzenia porodu. W swej opinii biegły R. D. stanowczo podkreślił, że w trakcie opieki śródporodowej błędem było przerwanie zapisu kardiokograficznego, pomimo faktu, że nie był to zapis w pełni prawidłowy. Wprawdzie ani pierwszy zapis KTG, ani pierwsza część zapisu drugiego nie spełniały kryteriów zapisu patologicznego i nie kwalifikowały porodu do cesarskiego cięcia, ale były to zapisy wątpliwe, co powinno być uzasadnieniem do kontynuacji zapisu. Biegły zwrócił także uwagę na fakt, że powyższe zaniechanie uniemożliwiło wychwycenie momentu rozpoczęcia się patologicznego zapisu. Podkreślić należy, że powodowie zgłosili się do szpitala około 2:00 w nocy, licząc na to, że podczas pobytu w szpitalu powódka będzie miała zapewnioną fachową opiekę lekarską i położniczą. Wprawdzie wykonano badania KTG, na podstawie których można było monitorować pracę serca płodu, ale trwały one zbyt krótko (od 2:24 do 2:39 oraz od 4:50 do 5:08), mimo, że powinny być kontynuowane ze względu na „wątpliwość” zapisu. W ocenie Sądu odwoławczego pracownicy pozwanego szpitala nie dokonali prawidłowej analizy odczytu KTG, całkowicie pomijając fakt braku reakcji płodu na skurcze macicy. W takiej sytuacji koniecznym było kontynuowanie badania.

Okoliczność ta miała szczególne znaczenie, bowiem – co jednoznacznie wynika z opinii biegłego – przeprowadzone tuż po urodzeniu badania lekarskie (a zwłaszcza parametry równowagi kwasowo-zasadowej z krwi pępowinowej) wskazywały na ciężkie i długotrwałe niedotlenienie, które – według biegłego – trwało co najmniej półtorej godziny. Przeprowadzenie kolejnego badania KTG dopiero o godzinie 7:10, czyli po ponad dwugodzinnej przerwie, pomimo że wcześniejsze badania budziły (a przynajmniej powinny wzbudzić) wątpliwości, było ewidentnym błędem, który uniemożliwił zauważenie momentu, gdy zapis stał się patologiczny, a stan dziecka zaczął się pogarszać i podjęcia w porę akcji ratunkowej. Podkreślić przy tym należy, że przez ten cały czas powódka przebywała w szpitalu, gdzie była teoretyczna możliwość zarówno zrobienia badania KTG, jak i przeprowadzenia operacji cesarskiego cięcia. Decyzja o cesarskim cięciu została podjęta wówczas, gdy stan dziecka był już bardzo poważny, a oprócz ciężkiego niedotlenienia doszło do rozwinięcia się zespołu aspiracji smółki.

Drugim błędem lekarskim, na który zwróciła uwagę biegła I. W., były nieprawidłowości w czasie akcji ratunkowej prowadzonej bezpośrednio po porodzie. Skoncentrowano się wówczas na walce z zagrażającą zamartwicą, zaniechano natomiast całkowicie diagnostyki w kierunku MAS. O ile postępowanie lekarzy w związku z niedotlenieniem było prawidłowe, to niewykonanie (mimo zaleceń) badania gazometrii z krwi pępowinowej było ewidentnym błędem lekarskim. Pierwsze badanie gazometrii wykonano dopiero trzy godziny później (o 10:22), stwierdzono wówczas skrajną kwasicę metaboliczną. Wcześniejsze wykonanie tego badania pozwoliłoby skuteczniej sterować wentylacją pacjenta i w porę zauważyć rozwijający się zespół aspiracji smółki (MAS), który okazał się bezpośrednią przyczyną śmierci S. K.. Z dokumentacji lekarskiej wynika także, że również później nie próbowano walczyć z kwasicą i poprawić utlenowania poprzez zwiększanie parametrów wentylacji, bądź podanie wodorowęglanu sodowego. Wątpliwości wzbudziła także decyzja o przewiezieniu dziecka do Szpitala (...).

W ocenie Sądu Apelacyjnego Sąd Okręgowy prawidłowo ustalił, że pomiędzy stwierdzonymi błędami lekarskimi a śmiercią dziecka istnieje adekwatny związek przyczynowy. O ile rację ma pełnomocnik skarżącej, że nie można zapobiec okręceniu się dziecka pępowiną, to w sytuacji, gdy ciężarna matka znajdowała się w szpitalu pod kontrolą lekarską, odpowiednio przeprowadzone badanie KTG (dłuższe i częściej powtarzane) oraz właściwe monitorowanie stanu matki i dziecka pozwoliłoby w porę zauważyć moment, gdy zapis KTG stał się patologiczny i odpowiednio wcześniej podjąć decyzję o cesarskim cięciu, jeszcze zanim doszło do tak poważnego niedotlenienia, zwłaszcza, że już we wcześniejszych zapisach KTG (z godziny 2:24 i 4:50) zaczęły pojawiać się pierwsze nieprawidłowości.

Także podnoszone w apelacji sugestie, że przyczyną złego stanu dziecka była infekcja przebyta przez matkę w okresie przedporodowym, są całkowicie nieuzasadnione i pozostają w rażącej sprzeczności ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym. Bezsporne jest, że bezpośrednią przyczyną śmierci S. K. był zespół aspiracji smółki, który rozwinął się w związku z długotrwałym i ciężkim niedotlenieniem. Nieprawidłowa diagnostyka i niewłaściwe monitorowanie przebiegu porodu, a także nieprzeprowadzenie niezbędnych badań gazometrycznych oraz niepodjęcie skutecznego leczenia w związku z kwasicą metaboliczną, było bezpośrednią przyczyną zgonu dziecka, a okoliczności, czy u S. K. stwierdzono dodatkowo infekcję bakteryjną są wtórne i nie mają żadnego związku z jego śmiercią. Trafnie zwrócił przy tym uwagę Sąd Okręgowy, że szpital był powiadomiony o chorobie matki, wiedział, jakie leki przyjmowała, prowadzący poród lekarze powinni zatem wziąć pod uwagę możliwość infekcji wrodzonej i podjąć w związku z tym odpowiednie działania. Z powyższych względów podniesione przez pozwanego zarzuty naruszenia art. 361 § 1 k.c., art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. oraz art. 233 § 1 k.p.c. uznać należy za całkowicie niezasadne.

Kolejna grupa zarzutów podnoszonych zarówno przez pozwanego szpital, jak i powódkę, dotyczyła wysokości przyznanego powodowi zadośćuczynienia. Strony zarzucały Sądowi pierwszej instancji naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. i będące tego konsekwencją naruszenie art. 446 § 4 k.c., przy czym skarżący szpital twierdził, że zadośćuczynienie przyznane powodowi jest rażąco zawyżone, natomiast powódka podnosiła w swej apelacji, że przyznano jej zbyt niskie zadośćuczynienie.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego zarzuty podniesione w apelacji pozwanego nie zasługują na uwzględnienie. Wskazać należy, że przepis art. 446 § 4 k.c. nie określa szczegółowych przesłanek mających wpływ na ustalenie wysokości należącego zadośćuczynienia stanowiąc, iż ma być to kwota „odpowiednia”. Przyznane na podstawie tej normy

zadośćuczynienie – na co trafnie zwrócił uwagę Sąd Okręgowy - służy rekompensacie krzywdy po śmierci osoby najbliższej i ma za zadanie złagodzić wywołane tym zdarzeniem cierpienia psychiczne oraz pomóc pokrzywdzonemu w dostosowaniu się do zmienionej sytuacji. Zgodnie z orzecnictwem Sądu Najwyższego wysokość zadośćuczynienia za doznaną krzywdę powinna opierać się na obiektywnych kryteriach, przy jednoczesnym uwzględnieniu indywidualnej sytuacji stron i nie może być to ani kwota symboliczna, ani zawyżona. Przy ocenie wysokości zadośćuczynienia za krzywdę w związku ze śmiercią osoby bliskiej należy uwzględnić przede wszystkim dramatyzm doznań osoby bliskiej, poczucie osamotnienia, cierpienia moralne i wstrząs psychiczny wywołany śmiercią tej osoby, rodzaj i intensywność więzi łączących pokrzywdzonego ze zmarłym, a także wystąpienie późniejszych zaburzeń będących skutkiem śmierci osoby najbliższej.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego Sąd Okręgowy poczynił szczegółowe i wnikliwe ustalenia faktyczne w zakresie przesłanek wpływających na wysokość należnego powodom zadośćuczynienia. Trafnie zwrócił ponadto uwagę na te okoliczności, które jego zdaniem uzasadniały przyznanie powodom zadośćuczynienia w kwocie po 125.000 zł. Sąd odwoławczy w znacznej części podzielił te rozważania, uznając, że zadośćuczynienie przyznane powodowi jest adekwatne do poniesionej przez niego krzywdy, co czyni niezasadnym podniesione w apelacji pozwanego zarzuty. W ocenie Sądu zadośćuczynienie przyznane na rzecz powódki zostało natomiast ustalone w zbyt niskiej kwocie, co skutkowało koniecznością zmiany zaskarżonego wyroku i zasądzeniem na jej rzecz dodatkowej kwoty 50.000 zł.

W toku postępowania apelacyjnego Sąd odwoławczy uzupełnił postępowanie dowodowe i dopuścił dowód z zaświadczenia lekarza psychiatry z dnia 25 lutego 2016 r. (k.949). Był to nowy dokument, z którego wynikało, że powódka rozpoczęła terapię z rozpoznaniem „depresja nieaktywna”. Była to nowa okoliczność dotycząca stanu psychicznego powódki.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, a w szczególności opinie psychologiczne, wskazują na konieczność zróżnicowania sytuacji życiowej powodów, a w konsekwencji zwiększenia zadośćuczynienia należnego powodce. Trafnie Sąd Okręgowy ustalił, że dla powoda śmierć syna była trudnym, traumatycznym doświadczeniem, ale zgodzić się jednocześnie należy z zarzutami apelacji, że w przypadku powódki jej krzywda była większa, a śmierć dziecka stanowiła jeszcze głębsze i boleśniejsze doświadczenie. Oprócz okoliczności podniesionych przez Sąd pierwszej instancji wyeksponować należy, że dziewięciomiesięczna ciąża i stała więź fizyczna z dzieckiem powodowały, że kontakt powódki z nienarodzonym synem był znacznie intensywniejszy i pełniejszy niż ojca. To matka przez dziewięć kolejnych miesięcy nosiła dziecko, obserwowała jak rośnie, czuła, jak się porusza, miała je cały czas przy sobie, a tragiczny poród i śmierć syna spowodowały w jej życiu pustkę i poczucie ogromnego żalu.

Dodatkowo krzywdę doznaną przez powódka pogłębiła ciąża siostry, która miesiąc po śmierci dziecka powodów urodziła zdrowego synka. Powódka bardzo przeżyła to wydarzenie, cieszyła się szczęściem siostry, ale jednocześnie na nowo przeżywała własną tragedię. W synku siostry powódka widzi własnego, zmarłego syna, który byłby teraz w tym samym wieku i uświadamia sobie, co straciła. Z opinii biegłego psychologa wynika jednoznacznie, że powódka nie jest w stanie i nie chce zamknąć etapu żałoby, analizuje przeszłe zdarzenia, wspomina syna i wyobraża sobie, jak by wyglądał i zachowywał się obecnie. Wspomnienie o zmarłym synu i związane z tym poczucie straty powodują, że miewa zmienne nastroje, często zamyka się w sobie, płacze, nie chce wówczas rozmawiać z bliskimi. Każda audycja telewizyjna dotycząca nieszczęśliwego porodu wzbudza u niej szczególne emocje i przywołuje negatywne wspomnienia związane z przebiegiem porodu i śmiercią syna. Pomimo upływu lat nadal przechowuje niektóre rzeczy synka, przynajmniej raz w tygodniu chodzi na cmentarz.

Doznana trauma miała i ma dodatkowe przełożenie na obecne życie powódki. Cechuje ją obsesyjny strach o dzieci. Późniejsze ciąża były okresem strachu i obaw o szczęśliwy poród i życie dzieci, nie były to wydarzenia radosne. Fakt, że poród odbył się w tym samym szpitalu, nie oznacza, że złe wspomnienia z pierwszą ciążą uległy zatartciu. Powodowie podkreślali, że kolejna ciąża i poród zostały inaczej zorganizowane, lekarz był oplacony, zaplanowano także rozwiązanie porodu przez cesarskie cięcie, aby zminimalizować potencjalne ryzyko powikłań.

W związku ze śmiercią syna i okolicznościami porodu u powódki – na co zwrócił uwagę biegły psycholog - rozwinęły się zaburzenia adaptacyjne będące reakcją na ciężki stres, przejawiające się w postaci obniżonego nastroju, przygnębienia, lęku i obaw, żalu, zamartwiania się i poczucia winy. Zdaniem biegłego mimo upływu ponad 5 lat od zdarzenia, u powódki nadal występują niekorzystne symptomy wpływające negatywnie na jej stan psychiczny, takie jak nadmierna koncentracja i lękowe sfokusowanie na własne dzieci, obawy o przyszłość rodziny i przyszłe cięższe, rozpamiętywanie zmarłego syna z nadal żywymi reakcjami emocjonalnymi oraz lęk o zdrowie członków rodziny. Z poczynionych w sprawie ustaleń wynika, że powódka wymaga psychoterapii, na którą ostatecznie – co wynika z załączonego w toku postępowania odwoławczego dokumentu – powódka się zdecydowała. Wprawdzie biegły psycholog podkreślał, że rokowania co do poprawy stanu zdrowia psychicznego powódki są pomyślne, są one uzależnione od wsparcia specjalistów w ramach zalecanej terapii.

W ocenie Sądu Apelacyjnego dodatkowego wyeksponowania wymagają ponadto okoliczności towarzyszące pierwszemu porodowi. Powodowie trwali wówczas w poczuciu pozornego bezpieczeństwa, byli w szpitalu, pod opieką specjalistów i byli przekonani, że nic złego nie powinno się zdarzyć, zwłaszcza, że ciąża rozwijała się prawidłowo. Nie wiedzieli, że poprzednie odczyty KTG budziły wątpliwości. Przeżyli szok związany z porodem i śmiercią syna, zwłaszcza, że stan, w jakim urodził się S. K., świadczył o tym, że stan niedotlenienia trwał co najmniej przez 1,5 godziny. W swych zeznaniach podkreślali, że nikt do nich nie zaglądał i byli pozostawieni sami sobie. Nikt z pracowników szpitala nie zauważył, że dzieje się coś złego z dzieckiem. Dopiero o 7 rano, kiedy nastąpiła zmiana położnych, zrobiono kolejne KTG, ale wówczas stan dziecka był krytyczny. Decyzja o natychmiastowej „cesarce” była dla nich szokiem, nie spodziewali się jej, nie wiedzieli, że jest niedobrze z dzieckiem.

Powodowie akcentowali też brak informacji ze strony lekarzy i wsparcia w związku z żałobą. Nikt z nimi nie rozmawiał po śmierci synka, nie wyjaśnił, dlaczego tak się stało. Rada dla rodziców, którzy właśnie stracili swoje pierwsze wyczekane dziecko, aby postarali się o nowe, była okrutna i świadczyła o bezduszości i całkowitym braku empatii.

Powyższe okoliczności przemawiają w ocenie Sądu Apelacyjnego za ustaleniem należnego powodom zadośćuczynienia w znacznej wysokości, a przyznana powodowi kwota 125.000 zł jest kwotą adekwatną do poniesionej przez niego krzywdy. Jednocześnie Sąd odwoławczy stanął na stanowisku, że należy zróżnicować wysokość tego zadośćuczynienia w przypadku obojga powodów.. Tragiczna śmierć dziecka była traumatycznym doświadczeniem dla obojga rodziców, ale bezsprzecznie skutki tego zdarzenia są zdecydowanie poważniejsze w przypadku powódki, która pomimo upływu ponad 5 lat o śmierci S. nadal nie pogodziła się z tą stratą, a jej stan psychiczny wymaga specjalistycznej terapii. Z powyższych względów Sąd Apelacyjny w tym zakresie na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok i zasądził dodatkowo na rzecz powódki kwotę 50.000 zł.

Sąd Apelacyjny nie podzielił natomiast zarzutów powodów dotyczących nieprawidłowego naliczenia odsetek ustawowych, które zdaniem skarżących powinny być naliczone: w przypadku pozwanego szpitala od następnego dnia po dniu doręczenia przedsądowego wezwania do zapłaty, tj. od dnia 1 maja 2012 r., a w przypadku (...) najpóźniej od następnego dnia po upływie 30 dni od zgłoszenia szkody, tj. od dnia 1 lipca 2012 r., a nie od dnia wyroku, tak jak zrobił to Sąd Okręgowy w zaskarżonym orzeczeniu.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego występuje rozbieżność stanowisk co do początkowego terminu naliczania odsetek za opóźnienie w zapłacie zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Rozbieżne stanowiska w tym zakresie syntetycznie przedstawione zostały w szczególności w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 lutego 2011 r. (sygn. akt I CSK 243/10), zgodnie z którym „terminem, od którego należą się odsetki za opóźnienie w zapłacie zadośćuczynienia za krzywdę jest – w zależności od okoliczności sprawy - dzień poprzedzający wyrokowanie o zadośćuczynienie lub dzień tego wyrokowania”. Wymagalność roszczenia o zadośćuczynienie za krzywdę, a tym samym i początkowy termin naliczania odsetek ustawowych za opóźnienie w jego zapłacie zależy od okoliczności każdego indywidualnie rozpatrywanego przypadku, co oznacza, że datą początkową biegu odsetek ustawowych może być zarówno dzień wyrokowania, jak i dzień poprzedzający datę wydania przez sąd orzeczenia zasądzającego stosowne zadośćuczynienie. Wprawdzie kwestia ta jest kontrowersyjna i istnieją także istotne argumenty przemawiające za poglądem prawnym reprezentowanym w tej sprawie przez skarżącą, jednak Sąd Apelacyjny w okolicznościach rozpoznawanej sprawy uznał, że zasądzenie

odsetek od daty wyroku było prawidłowe. Podkreślić należy, że ustalając należne powodom zadośćuczynienie Sąd Okręgowy brał pod uwagę stan istniejący na datę zamknięcia rozprawy, jednocześnie jego ustalenia faktyczne obejmowały cały okres poczynając od śmierci S. K. do chwili obecnej, uwzględniając zmiany, jakie zachodziły w sytuacji życiowej powodów i różne fazy żałoby, przez które przechodzili. Ponieważ powodowie nie otrzymali wcześniej zadośćuczynienia, przyznana im suma była zatem odpowiednio wyższa, uwzględniając tym samym cały okres, który upłynął od chwili śmierci dziecka.

Rozpoznając wniesione apelacje Sąd Apelacyjny uwzględnił w części jedynie apelację powódki i na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zasądził dodatkowo na jej rzecz kwotę 50.000 zł. Konsekwencją dokonanej zmiany była zmiana ustalonego przez Sąd pierwszej instancji stopnia, w jakim powódka wygrała postępowanie pierwszoinstancyjne. Zasądzona ostatecznie kwota 175.000 zł stanowi 35% żądanej w pozwie kwoty, a tym samym powódka powinna otrzymać od pozwanych zwrot 35% poniesionych przez siebie kosztów.

W pozostałej części, tj. w zakresie żądania zasądzenia dodatkowych odsetek za okres przed wydaniem wyroku, apelacja powodów została oddalona w trybie art. 385 k.p.c. Apelacja pozwanego jako całkowicie niezasadna została oddalona w całości na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania odwoławczego Sąd orzekł zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu.

Nadmienić należy, że w orzecznictwie występują rozbieżności w zakresie oceny, czy współuczestnictwo członków najbliższej rodziny osoby, która zmarła, w postępowaniu sądowym o zapłatę ma charakter współuczestnictwa materialnego (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 30 kwietnia 1966 r., sygn. akt II PR 20/66, z dnia 20 kwietnia 1967 r., sygn. akt II CZ 29/67, z dnia 20 stycznia 1977 r., sygn. akt IV CZ 7/77, z dnia 19 grudnia 1985 r., sygn. akt I CZ 135/85, uchwała Sądu Najwyższego z dnia 9 stycznia 2008 r., sygn. akt III CZP 111/07), czy też współuczestnictwa formalnego (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 28 lutego 1997 r., sygn. akt I CKN 31/97, z dnia 26 maja 1998 r., sygn. akt III CZ 69/98; z dnia 30 maja 2006 r., sygn. akt I CSK 142/06, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 października 2008 r., sygn. akt III CSK 143/08, postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 sierpnia 2013 r., sygn. akt IV CSK 200/13, postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 23 lipca 2014 r., sygn. akt V CZ 51/14). Sąd Apelacyjny stoi na stanowisku – tak jak przyjął to Sąd pierwszej instancji pobierając opłaty od pozwu i od apelacji, że współuczestnictwo powodów w niniejszej sprawie ma charakter współuczestnictwa formalnego. Odnosząc się do przesłanki z art. 72 § 1 k.p.c. warunkującej przyjęcie w stosunku do kilku osób występujących w jednej sprawie współuczestnictwa materialnego w postaci praw i obowiązków opartych na tej samej podstawie prawnej i faktycznej należy podkreślić, że taka sama podstawa prawna zachodzi wówczas, gdy przepisy prawne stosuje się wspólnie do wszystkich współuczestników, natomiast jednakowa podstawa prawna, gdy te same przepisy stosowane są oddzielnie w stosunku do każdego ze współuczestników. W przypadku powodów ma zastosowanie nie ta sama, ale jednakowa podstawa prawna w postaci art. 446 § 4 k.c. stosowana oddzielenie w stosunku do każdego z nich. Także podstawa faktyczna roszczeń powodów jest zbliżona, jednak nie jest taka sama, także zakres ich krzywdy jest inny, co znalazło wyraz chociażby w zróżnicowaniu przez Sąd odwoławczy wysokości należnego zadośćuczynienia, co skutkowało przyjęciem istnienia między powodami współuczestnictwa formalnego.

Ponieważ apelacje pozwanego szpitala i powoda zostały w całości oddalone, Sąd zniósł między nimi koszty postępowania odwoławczego w trybie art. 100 zd.1 k.p.c. Natomiast koszty postępowania pomiędzy powódką a pozwanym szpitalem Sąd Apelacyjny stosunkowo rozdzielił, uwzględniając stopień, w jakim strony utrzymały się przy swoich żądaniach. Żądania apelacji powódki zostały uwzględnione w 50%, co skutkowało zasądzeniem na jej rzecz 50% poniesionych przez nią kosztów (opłata od apelacji, wynagrodzenie pełnomocnika) pomniejszonych o należny pełnomocnikowi pozwanego szpitala zwrot 50% jego kosztów (wynagrodzenie), co w efekcie daje kwotę 2543 zł. Ponadto, rozliczając koszty związane z wniesioną przez pozwanego apelacją, która została w całości oddalona, Sąd przyznał powódce w tym zakresie zwrot całości poniesionych przez nią kosztów wynagrodzenia pełnomocnika (5400 zł). Łącznie na rzecz powódki od pozwanego szpitala zasądzono kwotę 7943 zł.