

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 21 grudnia 2012 roku, skierowanym przeciwko (...) S.A. w W., F. W. reprezentowany przez swoją matkę K. M. (1), wniósł o zasądzenie kwoty 350.000 zł zadośćuczynienia oraz kwoty 13.151 zł odszkodowania za doznaną krzywdę i szkodę w związku z nieprawidłową opieką okołoporodową (...) Centrum (...) w (...) Spółki z o.o. wraz z odsetkami od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty. Powód wniósł także o ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za skutki zdarzenia z dnia 1 kwietnia 2011 roku i zasądzenie zwrotu kosztów procesu. W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, iż urodził się w szpitalu w B. w dniu 1 kwietnia 2011 roku z rozpoznaniem zamartwicy, stanu po obrzęku mózgu, encefalopatii niedokrwiennie- niedotlenionej. Stan ten był wynikiem długotrwałego niedotlenienia w trakcie porodu. Brak należytego nadzoru nad stanem dziecka – w postaci braku monitorowania tętna płodu za pomocą KTG w okresie całego porodu oraz niepodjęcie decyzji o wcześniejszym zakończeniu porodu doprowadziły do uszkodzenia ciała powoda. Pozwany jest ubezpieczycielem placówki medycznej. Wzywany do zapłaty odmówił przyjęcia odpowiedzialności. Na koszty odszkodowania składają się zakup leków 1703 zł, rehabilitacji w domu – 7.000 zł oraz dojazdów na rehabilitację i do lekarzy 4.140 zł, a także pobyt matki powoda w szpitalu w związku z hospitalizacją powoda - 308 złotych.

(pozew k- 2-8)

W odpowiedzi na pozew z dnia 5 lutego 2013 roku pozwany nie uznał powództwa, wnosząc o jego oddalenie oraz zwrot kosztów procesu. Pozwany, przyznając fakt objęcia ochroną ubezpieczeniową (...) Centrum (...) w B. za okres 1 sierpnia 2010 do 31 lipca 2011 roku, wskazał iż górną granicę odpowiedzialności stanowi kwota 45.000 Euro za jedno zdarzenie oraz 275.000 Euro za wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia. Pozwany podniósł, iż brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności ubezpieczonego, gdyż powódka nie wykazała żadnych nieprawidłowości w opiece medycznej nad nią i jej dzieckiem. Świadczenia medyczne udzielone jej były zgodne ze wskazówkami wiedzy medycznej. Z dokumentacji porodu wynika, iż to matka powoda odmówiła poddania się badaniu KTG. Niedotlenienie płodu mogło nastąpić już w okresie ciąży albo być wynikiem zapalenia oskrzeli położnicy, czy też stwierdzonego u niej zapalenia dróg moczowych. Z ostrożności procesowej, pozwany podniósł zarzut przyczynienia się przedstawicielki ustawowej powoda do powstania szkody odmową poddania się badaniu KTG. Zaś z daleko idącej ostrożności pozwany zakwestionował wysokość dochodzonych roszczeń.

(odpowiedź na pozew k- 101-104)

W piśmie procesowym z dnia 15 kwietnia 2013 roku przedstawicielka ustawowa powoda stanowczo zakwestionowała jakoby odmówiła poddaniu się badaniu KTG. Podniosła, iż poza badaniem przy przyjęciu do szpitala, taka propozycja ze strony personelu medycznego nie padła. Zakwestionowała prawdziwość dokumentu w postaci karty obserwacyjnej stanowiącej załącznik do karty położniczej. Podniosła, iż z dokumentu tego w sposób czytelny wynika, że dopiski o braku zgody rodzącej na badanie KTG zostały poczynione później.

(pismo procesowe k- 152-153)

Na wniosek powoda, postanowieniem z dnia 18 listopada 2014 roku, Sąd wezwał do udziału w sprawie, na podstawie art. 194§ 3 k.p.c. (...) Spółkę z o.o.

(wniosek k- 327-328, postanowienie k- 329, dowód doręczenia postanowienia k- 408)

W odpowiedzi na pozew z dnia 12 grudnia 2014 roku ten pozwany również nie uznał powództwa, wnosząc o jego oddalenie oraz zwrot kosztów procesu. Pozwany podniósł, iż podjął wobec powódki prawidłowe czynności medyczne. Zapis kardiograficzny płodu wykonany podczas przyjęcia rodzącej do szpitala był prawidłowy. Był to jedyny zapis, na który rodząca wyraziła zgodę, pomimo poinformowania jej przez położną o zagrożeniach jakie ta decyzja mogła spowodować. Gdyby rodząca wyraziła zgodę na wykonanie zapisów kardiograficznych w odstępach

czasu proponowanych przez personel Sali porodowej wówczas można byłoby wykryć zaburzenia w tonach serca płodu. Pozwany stanął na stanowisku, iż na stan urodzeniowy powoda miała niewątpliwie wpływ infekcja dróg oddechowych u matki.

(odpowiedź na pozew k- 409-415)

Powód kilkakrotnie rozszerzał powództwo. W piśmie z dnia 12 października 2015 roku zażądał dodatkowo od pozwanego Centrum (...) renty z tytułu zwiększonych potrzeb po 2.500 złotych, począwszy od października 2015 roku i na przyszłość, płatnej do 10 – tego każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminu płatności.

(pismo wraz z dowodami nadania k-461-464)

W piśmie z dnia 4 stycznia 2016 roku wniósł o zasądzenie od (...) w B. in solidum – 350.000 zł z tytułu zadośćuczynienia i 13.151 zł z tytułu odszkodowania wraz z odsetkami ustawowymi od wytoczenia powództwa . Wniósł o ustalenie, że obaj pozwani ponoszą odpowiedzialność na przyszłość za skutki zdarzenia z 1 kwietnia 2011 roku. Dodatkowo od (...) w B. o zasądzenie kwoty 450.000 zł dalszego zadośćuczynienia wraz odsetkami od kwoty 350.000 zł od dnia doręczenia pisma z wezwaniem do udziału w sprawie , a od kwoty 450.000 zł od doręczenia niniejszego pisma.

(pismo wraz z dowodami nadania k- 520-525)

Ostatecznie w piśmie z dnia 16 stycznia 2017 roku powód wniósł o zasądzenie:

od (...) S.A. oraz (...) Sp. z o.o. kwot:

a) 350.000,00 zł zadośćuczynienia

- w przypadku (...) SA- wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wytoczenia powództwa do dnia 31 grudnia 2015r. a za okres od 1 stycznia 2016r. do dnia zapłaty z odsetkami ustawowymi za opóźnienie,
- w przypadku (...) Sp. z o.o. - wraz z odsetkami ustawowymi od dnia doręczenia pisma z wezwaniem do udziału w sprawie do dnia 31 grudnia 2015r. a za okres od 1 stycznia 2016r. do dnia zapłaty z odsetkami ustawowymi za opóźnienie,
- b) odszkodowania w kwocie 13.151,00 zł
- w przypadku (...) SA- wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wytoczenia powództwa do dnia 31 grudnia 2015r. a za okres od 1 stycznia 2016r. do dnia zapłaty z odsetkami ustawowymi za opóźnienie,
- w przypadku (...) Sp. z o.o. - wraz z odsetkami ustawowymi od dnia doręczenia pisma z wezwaniem do udziału w sprawie do dnia 31 grudnia 2015r. a za okres od 1 stycznia 2016r. do dnia zapłaty z odsetkami ustawowymi za opóźnienie,

z tym zastrzeżeniem, że spełnienie powyższych świadczeń przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z obowiązku zapłaty do wysokości uiszczonej sumy.

Powód zażądał także ustalenia odpowiedzialności pozwanych na przyszłość za skutki zdarzenia z dnia 1.04.2011r.

(...) Sp. z o.o., ponad roszczenie opisanej wyżej:

- 450.000,00 zł tytułem dalszego zadośćuczynienia z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 5 stycznia 2016r. do dnia zapłaty,

- renty na zwiększone potrzeby w wysokości 2.500 zł od 1 października 2015r. do 31 grudnia 2016r. płatnej do 10-ego dnia każdego miesiąca wraz z odsetkami ustawowymi za uchybienie terminu płatności każdej z rat do dnia 31 grudnia 2015 a za okres od 1 stycznia 2016r. do dnia zapłaty z odsetkami ustawowymi za opóźnienie,

- renty na zwiększone potrzeby w wysokości 6.500 zł miesięcznie począwszy od 1 stycznia 2017r. i na przyszłość płatnej do 20-ego dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi za opóźnienie na wypadek uchybienia w terminie płatności każdej z rat.

(pismo k- 770-773)

Na rozprawie w dniu 12 lipca 2017 roku pełnomocnik powoda wniósł o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego w podwójnej stawce.

Pełnomocnicy obydwu pozwanych również wnieśli o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego w takiej samej stawce. W pozostałym zakresie stanowiska pozwanych nie uległy zmianie.

(protokół skrócony k- 903)

Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:

K. M. (1), mająca wówczas 20 lat, korzystała z usług (...) w B., będąc w ciąży z synem F.. W dniach 22 do 25 marca 2011 roku została przyjęta na Oddział (...) z rozpoznaniem – ciąża I -38 tydzień, nawracające infekcje dróg moczowych, niedokrwistość w ciąży. Przeprowadzono badanie USG , które nie wykazało żadnych nieprawidłowości, wad wrodzonych , czy też zaburzeń rozwoju, tętno płodu prawidłowe. Podczas tego pobytu wykonano 3 – krotnie badanie KTG płodu.

W dniu 1 kwietnia 2011 roku, o godzinie 5.30 K. M. (1) ponownie zgłosiła się do w.w placówki z rozpoczętą akcją porodową, w stanie dobrym. Skurcze rozpoczęły się o godzinie 4.00. Rozpoznano poród drogami i siłami natury. Przeprowadzone badania, w tym ginekologiczne i badanie KTG płodu nie wykazały żadnych nieprawidłowości. Tętno płodu wynosiło 140/min. Na salę porodową skierowano rodzącą o godzinie 6.00. O godzinie 11.15 przebito pęcherz płodowy, stwierdzając czystość wód płodowych. Tętno płodu osłuchiowano TSP, odnotowując je na poziomie 120-130 / min. Powód urodził się o godzinie 14.35 w stanie ciężkiej zamartwicy. Był owinięty pępowiną wokół nóżek. Na salę wezwano anesteziologa. Przeprowadzono resuscytację. Odnotowano akcję serca na 140/min, skórę różową. Ocena noworodka według Appgar 2/4. Czas trwania I okresu porodu to 10 godzin, zaś II okresu 35 minut, III 10 minut. W łóżysku nie stwierdzono nieprawidłowości. Stan rodzącej dobry, stwierdzono zapalenie płuc. Wykonano badanie równowagi kwasowo – zasadowej (data rejestracji 01.04.2011 godz. 15.21) – pH6,94, pCO2 62, 60 po2 92,20, saturacja 90, 60 HCO3 13, 40 mmol/lBE/B – 19,90. O godzinie 15.55 pH 7 ,25, pCO2 32, 7 pO2 69, 70 , saturacja 90, 90, HCO3 14,10, BE/B 11,80.

O godzinie 16.15 dziecko przekazano personelowi karetki „N” i przewieziono do Oddziału (...) Uniwersytetu Medycznego – Szpitala im. (...).

(dokumentacja medyczna w oryginale- załączona do akt)

Przy porodzie uczestniczyła położna K. J. (1), która wykonywała KTG przy przyjęciu rodzącej na oddział. Doktor K. M. (2) badał rodzącą przy przyjęciu do szpitala. Nigdy nie zdarzyło się aby jakaś pacjentka odmówiła tym osobom badania KTG.

(zeznania K. J. k- 171 – 00:10:40-00:29:19, K. M. k- 171 00:30:31- 00:36:10 i k- 679v 00:26:26-00:33:22)

Doktor Z. K. (1) przejął opiekę nad rodzącą od godziny 10.00 do zakończenia porodu. To on w dokumentacji medycznej uczynił kilkakrotnie adnotacje o odmowie poddania się badaniu KTG przez rodzącą. Poród odbierała położna I. G. (1).

Jej również powódka nie odmówiła badania. W przebiegu porodu nic nie wzbudziło niepokoju lekarza ani położnej. Nie zauważono także objawów przeziębienia u rodzącej.

(zeznania Z. K. k- 171 v 00:38:40 – 00:57:40, I. G. k- 72v01:00:04- 01:17:56)

W końcowej fazie porodu była obecna także położna E. J., która nie odnotowała zakłóceń w tętnie płodu. Tej położnej powódka nie odmawiała badania.

(zeznania E. J. 00:26:55- 00:43:45 i k- 680 00:34:42 – 00:40:15)

W karcie nadzoru śródporodowego odnotowano 22 przyłożenia aparatu do badania tętna. W II fazie porodu odnotowano badanie o 14.15, 14.22 i 14.30. Skurcze zaś były co 2,3 minuty.

(oryginał karty w dokumentacji medycznej załączonej do akt)

Rodzącej przez niemal cały okres porodu towarzyszył partner i ojciec dziecka R. W. (1) oraz od godziny 6.00 matka H. M.. Do godziny 13.00 rodząca przebywała głównie na korytarzu przed salą porodową chodząc. Miała silne bóle, cierpiała, prosiła aby zrobiono jej cesarskie cięcie. Na zalecenie doktora K. rodząca kilka razy była pod prysznicem oraz ćwiczyła na piłce lekarskiej. Na korytarzu było chłodno, a rodząca była ubrana w koszulę szpitalną. W okresie od 6.00 do 13.00 pielęgniarka kilka razy przykładała do brzucha K. M. (1) aparat do pomiaru tętna płodu. Badanie to trwało kilka, kilkanaście sekund. Około 14.00 rodzącą poproszono na salę porodową. Ani razu nie zaproponowano jej badania KTG. Nie było takiej sytuacji aby rodząca odmówiła poddania się jakimkolwiek badaniu.

(zeznania świadków R. W. (1) k- 150 01:05:09-01:18:11, H. M. 00:29:26 – 00:39:03, zeznania przedstawicielki ustawowej k- 902v 00:23:31)

Na sali porodowej powinien być prowadzony ciągły nadzór KTG u każdej rodzącej z niewielkimi przerwami na toaletę i inne czynności. Ułatwia to w zdecydowany sposób wykrycie zagrożenia wystąpienia niedotlenienia okołoporodowego płodu.

Z dokumentacji medycznej sporządzonej przez pozwaną placówkę nie wynika jednak bezwzględna potrzeba monitoringu zapisem KTG. Jednakże stan noworodka po porodzie może wskazywać na to, że niezbędne było ciągle monitorowanie aparatem KTG zarówno w I jak II fazie porodu. **Wątpliwości budzi odnotowany w dokumentacji medycznej stan noworodka po porodzie – 140 uderzeń serca na minutę. Z reguły przy ciężkiej zamartwicy towarzyszy bradykardia, a nawet brak tętna. Gdyby u dziecka po porodzie stwierdzono zwolnioną akcję serca, ewentualnie pojedyncze uderzenia lub brak akcji serca płodu, wtedy jednoznacznie można byłoby stwierdzić, że nie wychwycono okołoporodowych zaburzeń tętna.** Występujące u rodzącej infekcje typu zapalenie płuc mogą być przeniesione na płód i mogą się manifestować obrazem zapalenia płuc u noworodka, jednakże problemy z tym związane nie mają znaczącego wpływu na stan płodu w macicy, ponieważ płuca płodu w macicy są wyłączone z czynności oddechowej. Płód dostaje tlen od matki poprzez łożysko i pępowinę.

Dokumentacja medyczna dotycząca II okresu porodu wskazuje na monitorowanie tętna nie rzadziej niż co 15 minut. Osluchiwanie tętna płodu zarówno w I – szym jak i II okresie powinno trwać minimum minutę . Zbyt krótkie osłuchiwanie może opóźnić wykrycie poważnych zaburzeń w utlenieniu krwi pępowinowej, a przez co doprowadzić do ciężkiej zamartwicy. Ciężki stan powoda po porodzie wskazuje na ciężkie niedotlenienie okołoporodowe (trwające w czasie). Z reguły w takich przypadkach jest to poprzedzone głębokimi zaburzeniami w tętnie płodu, które utrzymują się również w chwili urodzenia dziecka. Biorąc pod uwagę stan noworodka – zaburzenia w tętnie powinny zostać wychwycone. Wykrycie niedotlenienia jest zaleceniem do szybszego zakończenia porodu. Szybsze zakończenie porodu mogło ograniczyć skutki niedotlenienia. Stan powoda jest wynikiem przebiegu porodu. Analiza pantografu pozwala na ustalenie, że kontrole tętna płodu w II jego fazie były zbyt rzadkie , a zatem procedury medyczne mogły

zostać naruszone. Odczyty tętna były zbyt rzadkie w stosunku do skurczy. Przeprowadzone u powoda badania nie potwierdziły zaburzeń metabolicznych.

(opinia pisemna biegłego ginekologa - położnika k- 203-206, opinia uzupełniająca k- 262-264, ustna k- 316v 00:05:52-00:42:18 i 01:00:48- 01:06:28, ustna k- 667v 00:28:57-01:16:12)

Zarówno występującą u rodzącej niedokrwistość jak i zapalenie dróg moczowych należy zaliczyć do czynników ryzyka identyfikowanych w czasie ciąży. Zespół zamartwicy rozwija się w następstwie niedotlenienia okołoporodowego. Przyczyny niedotlenienia są różne – mogą być związane z patologią matki, płodu i płodu oraz nieprawidłowym przebiegiem porodu. K. M. (1) przeżyła w czasie ciąży infekcję dróg moczowych, niedokrwistość, a po porodzie stwierdzono zapalenie płuc. Stopień nasilenia tych zmian nie wpłynął na stan zdrowia noworodka po urodzeniu i nie mógł być przyczyną ciężkiej zamartwicy. Nie wystąpiły także w przedmiotowym wypadku czynniki ze strony płodu i płodu – przedwczesne odklejenie się łożyska, krwawiące łożysko przodujące. Dlatego też uznać należy, iż przyczyną ciężkiej zamartwicy, obrzęku mózgu, encefalopatii i następnego porażenia mózgowego było niedotlenienie śródporodowe.

Wątpliwości budzi ocena stanu noworodka po urodzeniu. Zapis o ciężkiej zamartwicy nie koresponduje z akcją serca 140/min i różową skórą noworodka. To jest nieprawdopodobne. W przypadku zamartwicy stan noworodka winien być oceniany po 1, 3,5 i 10 minutach. W tym wypadku brak takiej oceny.

Stan zdrowia powoda wymaga stałej opieki rodziców, ciągłej rehabilitacji, prowadzenia leczenia farmakologicznego zalecanego przez lekarzy. Rokowania co do poprawy rozwoju psychoruchowego są niekorzystne.

Przy niedotlenieniu takim, jak stwierdzono u F. W. **jest niemożliwym aby w czasie porodu nie doszło do znaczących wahań w tętnie płodu.** Monitorowanie tętna w zakresie wynikającym ze standardów postępowania (I faza co 15, 30 minut po 1 minutę, a II faza po każdym skurczu przez minutę) powinny pozwolić na wykrycie lub zanik tętna płodu. Stan noworodka wskazywał na to, że okres niedotlenienia trwał dłuższy czas w przedziale czasowym. Doszło tutaj do ostrego niedotlenienia w przedziale czasowym 15- 20 minut. **Osluchiwanie tętna płodu w II fazie porodu było zbyt rzadkie. Im wcześniej zostałyby wykryte zaburzenia tętna, tym lepszy byłby stan noworodka. Zapisy w dokumentacji medycznej są nielogiczne.**

(opinia podstawowa neonatologa k- 221-231, opinia uzupełniająca k-269-271, ustna k- 317v 00:43:15 – 00:59:38, ustna k- 673v 00:01:29 – 00:50:35)

Z Oddziału Intensywnej Terapii powód w dniu 3 maja 2011 roku został wypisany z rozpoznaniem zamartwica, stan po obrzęku mózgu, drgawki, infekcja wrodzona e.coli, encefalopatia niedotleniowo – niedokrwienne. Następnie w okresie od 3 do 19 maja 2011 roku powód był leczony w Oddziale Pediatrycznym i Chorób Metabolicznych Kości, gdzie stwierdzono odchylenia neurologiczne pod postacią odgięciowego ukladania się, wzmożonego napięcia mięśniowego, niedokrwistość wtórną. Kolejny pobyt powoda w szpitalu to okres od 13 do 22 czerwca 2011 roku w związku z zapaleniem płuc i infekcją wirusową przewodu pokarmowego.

Następnie opiekę nad powodem przejęła Klinika (...), gdzie powód przebywał wielokrotnie. Rozpoznano padaczkę lekooporną, zespół Westa, wzmożone napięcie mięśniowe – czterokończynowe. Powód był także w hospitalizowany Klinice (...) w W. z tożsamym rozpoznaniem oraz w styczniu, kwietniu i czerwcu 2013 roku na Oddziale (...) Szpitala w W. gdzie rozpoznano padaczkę objawową ze zmianami strukturalnymi mózgu z napadami o zlokalizowanym początku, mózgowo porażenie dziecięce pod postacią niedowładu czterokończynowego piramidowo- pozapiramidowego wyrażonego w stopniu znacznym oraz znaczne opóźnienie rozwoju psychoruchowego. Powód pozostaje także pod opieką (...) Stowarzyszenia na Rzecz Osób Niepełnosprawnych koło w Z..

(epikryza przeniesieniowa k- 56, karta informacyjna k-47- 50, karta informacyjna k- 193 -195, dokumentacja z (...), dokumentacja k- 79-86)

Decyzją z dnia 13 września 2011 roku (...) Zespół Do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności zaliczył powoda do osób niepełnosprawnych od urodzenia.

(decyzja k- 44)

Badający powoda biegły neurolog rozpoznał mózgowo porażenie dziecięce, postać piramidowo- pozapiramidową na podłożu niedotleniowo- niedokrwiennym, padaczkę lekooporną objawową i opóźnienie rozwoju psychoruchowego znacznego stopnia.

Obecny stan neurologiczny powoda jest bardzo zły. Z uwagi na brak aktywności ruchowej infekcje, na które powód jest narażony, będzie przechodził ciężiej. Każda z infekcji jest zagrożeniem utraty życia . Również częste napady padaczkowe nie pozwalały na poprawę rozwoju i mogą być zagrożeniem życia. Rokowania na przyszłość są złe. Powód nigdy nie osiągnie pełnej sprawności psychofizycznej. Biorąc pod uwagę obecny stan i ciężkie uszkodzenie będzie raczej osoba leżącą , bez większego kontaktu z otoczeniem , wymagającą opieki 24 – godzinnej (w zakresie karmienia, pielęgnacji, toalety, ubierania). Powód wymagał i będzie nadal wymagał rehabilitacji.

Wydaje się, że wzmożone napięcie mięśniowe, występujące u powoda może być źródłem cierpień bólowych, ale nie można określić stopnia ich natężenia. To zaś zależy od stopnia świadomości i rozeznania. Powód ma znacznie ograniczone rozeznanie. Uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi 100 % na podstawie pkt 5a .

(opinia pisemna biegłego neurologa k- 429-434, ustna k- 500v 00:06:56- 00:23:29)

W czasie badania przeprowadzonego w dniu 29 lutego 2016 roku przez biegłego rehabilitanta powód biernie zsuwał się z kolan matki, nie kontrolował ustawienia głowy, tułowia. Dziecko nie reagowało na głos. Na dotyk reagował spastycznością.

Z punktu widzenia rehabilitacji powód cierpi na mózgowo porażenie dziecięce, spastyczny niedowład cztero kończynowy, skoliozę szyjno- piersiowo- lędźwiową oraz opóźnienie psychoruchowe znacznego stopnia. Powód jest dzieckiem bez kontaktu, nie ma możliwości współpracy przy rehabilitacji. Wymaga on kompleksowego postępowania rehabilitacyjnego, na które składa się właściwa pielęgnacja, prawidłowe ułożenia, rehabilitacja ruchowa oraz prawidłowy dobór i zastosowanie zaopatrzenia ortopedycznego oraz sprzętów pomocniczych. Ze względu na dużą liczbę napadów w ciągu dnia i częste infekcje wskazana jest rehabilitacja domowa prowadzona przez fizjoterapeutę w wymiarze 1 godziny dziennie codziennie. Powód wymaga i będzie wymagał w przyszłości rehabilitacji w celu zapobiegania powstawania przykurczów oraz zaników mięśni. Poza fizjoterapią konieczne jest stosowanie zaleceń w pozostałym czasie w ciągu doby – są to ułożenia przeciwspatyczne i przeciwprzykurczeniowe, pielęgnacja skóry, pionizacja, stosowanie zaopatrzenia ortopedycznego. Wskazane są ćwiczenia bierne, masaże mięśni obniżające napięcie oraz pionizacja. Terapia sensoryczna w przypadku powoda nie jest wykluczona, jednakże z uwagi na jego stan zasadnicze znaczenie ma codzienna domowa rehabilitacja.

W przypadku powoda wskazane jest posiadanie zaopatrzenia ortopedycznego:

- wózek inwalidzki wyposażony w pasy stabilizujące (raz na 3 lata),
- pionizator (raz na 5 lat),
- materac przeciwodłężynowy,
- gorset ortopedyczny (do 18 - tego roku życia , nie częściej niż co 6 miesięcy),
- kortezy stabilizujące kończyny dolne i górne (raz na 3 lat),
- buty ortopedyczne (raz na 6 miesięcy).

Zaopatrzenie to jest aktualnie wypisywane na wniosek przez lekarza i realizowane w ramach NFZ dla dzieci do 18 tego roku życia. W przypadku wcześniejszego zużycia, na wniosek lekarza sprzęt może być również z refundacją.

Ponadto wskazane jest posiadanie przez powoda, a nie refundowane przez NFZ - stół/ materac do ćwiczeń, wálki, kliny, piłki do ćwiczeń oraz łó¿ko ortopedyczne.

Z uwagi na liczne napady padaczkowe udział powoda w zorganizowanych turnusach rehabilitacyjnych nie jest wskazany.

Koszt jednej godziny rehabilitacji to kwota od 80 do 120 złotych Powód może korzystać także z rehabilitacji finansowanej z NFZ w zakresie wynikającym z terminów oczekiwania i limitów. Limity te to 80 godzin wciágu roku. W przypadku dzieci jest to trudne do wyegzekwowania. NFZ jest w stanie udostępnić tę rehabilitację co 2 lata.

(opinia pisemna biegłego ds. rehabilitacji k- 581-587, ustna k- 619 v 00:07:50- 00:18:13)

W dniu 30 kwietnia 2017 roku zostało przeprowadzone badanie neurologopedyczne powoda. W trakcie badania kontakt z powodem był bardzo ograniczony. Dziecko sporadycznie reagowało na głos i inne bodźce słuchowe. Z powodu deficytów posturalnych u powoda występuje nieprawidłowe ułożenie głowy, co powoduje patologiczne zmiany w ułożeniu okolic oralnych ust i języka. U dziecka występuje niedomykalność ust- nieprawidłowe napięcie mięśniowe mięśni okrężnych ust, co w konsekwencji prowadzi do patologicznych zmian zgryzu. Powód nie podejmuje prób celowego używania aparatu artykulacyjnego. Taka konfiguracja deficytów prowadzi w konsekwencji do wytworzenia się nieprawidłowego toru oddechowego – chłopiec oddycha buzią, nie kontroluje ślinienia, co z kolei uniemożliwia przyjmowanie pokarmów stałych i płynów.

W związku z powyższym powód wymaga intensywnej terapii neurologopedycznej. Terapia ta powinna być prowadzona równolegle do rehabilitacji. Brak tego typu terapii może w przyszłości doprowadzić do zatracenia umiejętności już posiadanych. Mogą pojawić się trudności z oddychaniem czy przelýkaniem śliny. Optymalny czas prowadzenia terapii neurologopedycznej to 1-2 godziny dziennie, codziennie w warunkach domowych. Celem terapii neurologopedycznej u powoda jest przede wszystkim poprawa jakości życia. Przeciętny koszt tej terapii to 80 – 120 zł za godzinę zegarową. Koszt terapii tygodniowej, przy założeniu spotkań 1 godzinę dziennie - to kwota od 560 do 640 złotych . W ramach NFZ jest możliwa taka terapia np. w (...). Spotkania z neurologopedą odbywają się 1-2 razy w miesiącu. Terapie neurologopedyczna i rehabilitacja nie pokrywają się.

(opinia pisemna neurologopedy k- 839-841 i k-866)

Przez 2 pierwsze lata życia dziecko korzystało także z rehabilitacji w (...). W okresie od 1 stycznia 2016 roku do 31 grudnia 2016 roku powód był objęty programem realizowanym w ramach projektu: „Pomoc na Dobry Start”. Dzięki temu był objęty zapewnioną nieodpłatnie rehabilitacją ruchową i neurologopedyczną, miała zajęcia z sensoryki oraz terapię psychologiczną w wymiarze 4 godziny tygodniowo. Od 1 stycznia 2017 roku powód nie zakwalifikował się do tego programu i nie korzysta z rehabilitacji w (...).

(niesporne, zeznania przedstawicielki ustawowej 00:06:23-00:21:33)

Postanowieniem z dnia 6 kwietnia 2016 roku Okręgowy Sąd Lekarski w Ł. umorzył postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy toczące się na okoliczność ustalenia czy w postępowaniu wobec przedstawicielki ustawowej dopatrzyć się można znamion przewinienia zawodowego powoda ze względu na ustanie karalności .

(postanowienie k- 616)

W trakcie tego postępowania opinię w przedmiocie prawidłowości postępowania dr. K. wydawali profesor R. D. oraz doktor M. G. (1). Obydwie opinie założyły, iż doszło w tym wypadku **najprawdopodobniej do oscylacji milczacej**, która to jest niezawinioną patologią płodu. Opinię wydano przy przyjęciu, za dokumentacja medyczną, że

tętno płodu było w granicach normostanu, a pacjentka odmówiła badania KTG, co było najważniejszym czynnikiem uniemożliwiającym rozpoznanie pogarszającego się dobrostanu płodu.

(opinie k- 578-584)

Oscylacje milczącą można wykryć dzięki ciągłemu zapisowi KTG. Jest to bardzo rzadki przypadek i głównie dotyczy ciąży patologicznych. W przypadku powoda do niedotlenienia doszło w okresie porodu. Zapis KTG przy przyjęciu w dniu porodu był prawidłowy. Zarówno przebiecie pęcherza płodowego, jak i zapalenie płuc u matki stanowią podstawy do objęcia rodzącej nadzorem KTG. W karcie nadzoru porodu brak dostatecznych danych o częstotliwości nasłuchu płodu. Doktor M. G. (1) w swojej karierze zawodowej miał 5-6 przypadków oscylacji, w tym 1 w przypadku ciąży prawidłowej i prawidłowym porodzie.

(ustna opinia M. G. k- 781v 00:12:01)

W kilkudziesięcioletniej praktyce zawodowej biegłych L. i M. nie zdarzyło się aby pacjentki odmówiły badania KTG, ani też nie spotkali się oni w praktyce z przypadkiem oscylacji milczącej.

(opinie biegłego L. – pisemna k- 204 i ustna k-668v 00:28:57, M. pisemna k- 230 i ustna k- 674 00:05:35)

W dacie narodzin powoda nie obowiązywały standardy postępowania zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 roku, gdyż weszły one w życie dopiero 8 kwietnia 2011 roku. W świetle Rekomendacji Zespołu (...) dotyczących opieki okołoporodowej i prowadzenia porodu z lipca 2009 roku do metod śródporodowego monitorowania stanu płodu, które powinny być dostępne na każdej sali porodowej należy zaliczyć osłuchiwanie: przy ciąży niskiego ryzyka w I okresie porodu nie rzadziej niż co 30 minut, w II okresie **po każdym skurczu ale nie rzadziej niż co 15 minut**. Monitorowanie kardiograficzne wskazane jest natomiast przy nieprawidłowej czynności serca płodu, nieprawidłowym zapisie NST KTG przed przyjęciem do sali porodowej, odpływanie zielonego płynu owodniowego oraz ciąża wysokiego ryzyka.

(rekomendacje k- 704-707)

Od urodzenia powód zażywa lekarstwa przeciwbólowe, rozluźniające, w trakcie infekcji przeciwwzapalne i przeciwgorączkowe. Ich koszt w okresie do końca 2012 roku wyniósł 1.703 złotych. W związku z dojazdami do lekarzy, szpitala i na rehabilitację w okresie do października 2012 roku, przedstawiciele ustawowi powoda ponieśli koszty dojazdów w wysokości 4.140 złotych. Koszt rehabilitacji od 3 miesiąca życia powoda do października 2012 roku łącznie wyniósł 7.000 złotych. Koszt pobytu matki powoda w szpitalu w związku z chorobą syna to kwota 308 zł.

(rachunki k- 15 -43, zeznania świadka R. W. k 783v 01:13:16-01:34:50)

W styczniu 2015 roku rehabilitacja powoda kosztowała 1.600 zł, od lutego do września 2015 roku miesięczny koszt rehabilitacji wyniósł 640 złotych.

(faktury k- 531-540)

Aktualnie powód ma 6 lat. Przez cały czas opiekuje się nim matka, która nie pracuje, pozostając na zasiłku pielęgnacyjnym w kwocie 1.500 złotych. Dziecko ma często napady padaczki, podczas których wykrzywia ciało i zaczyna płakać. Napady te zdarzają się także w nocy. Dostaje leki wyciszające oraz przeciwbólowe. Jest karmiony przez specjalne urządzenie Peg. Korzysta z pieluch jednorazowych. Ma pionizator, stabilizatory kończyn, gorset usztywniający, wózek inwalidzki i materac przeciwoleżynowy, ssak. Dziecko często zapada na infekcje, zapalenie płuc i w związku z tym razem z matką przebywa w szpitalu. Podczas infekcji jest używany koncentrator tlenu. Dziecko nosi także okulary. Znaczna część zakupionego sprzętu dla dziecka była refundowana z (...) lub fundacją (...). Dziecko korzysta z częściowej refundacji sprzętu z tytułu darowizn 1 % podatku. Jednakże w pierwszym roku dochód z tego tytułu był najwyższy bo wynosił 11.000, w kolejnym 5.000, w ostatnim roku 4.000 złotych. Miesięczny koszt lekarstw dla dziecka to kwota średnio 300 zł, koszt pampersów 60 złotych, chusteczek higienicznych, kremów - 40 zł, środków

dezynfekujących, gazików i środków opatrunkowych 100 złotych. Dziecko pozostaje pod opieką lekarzy z (...) oraz neurologa. Wizyty u neurologa odbywają się co 3 miesiące, a ich koszt to kwota 120 - 150 złotych. Do szpitala i lekarzy wozi syna jego ojciec samochodem D. (...) o pojemności silnika 1,6 l. Od początku tego roku rodzice zatrudnili dla F. rehabilitanta, który rehabilitował dziecko w ubiegłym roku nieodpłatnie w ramach programu. Koszt jednej godziny to kwota 90 złotych. Odbywa się 2 razy w tygodniu. Ponadto z synem ćwiczy codziennie jego matka, która robi mu także masaże. Dziecko dobrze reaguje na rodzinę i osoby które zna. Nie lubi wiatru, więc rzadko wychodzi na dwór. Rok po narodzinach F. M. urodziła zdrową córkę. Syn dobrze reaguje na siostrę. W opiece nad chorym pomagają także dziadkowie.

(zeznania świadka R. W. k783v 01:13:16-01:34:50, przedstawicielki ustawowej k- 901v 00:06:23 -00:39:18, decyzje k- 810 - 813)

(...) Centrum (...) w okresie świadczenia usług powodowi miało zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z (...) S.A. w W. – numer polisy (...). Suma gwarancyjna za wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia wynosi 275.000 Euro a za jedno 46.500 Euro.

(polisa k- 137)

Szkoda została zgłoszona ubezpieczycielowi po raz pierwszy w maju 2012 roku, zaś w dniu 10 października 2012 roku pełnomocnik powoda wskazał dokładne kwoty żądań. W dniu 7 listopada 2012 roku ubezpieczyciel odmówił spełnienia roszczeń.

(zgłoszenie, pismo i decyzja w załączonych aktach szkody)

Postanowienie o dopoznaniu (...) Spółki z o.o. w B. zostało doręczone 26 listopada 2014 roku.

(potwierdzenie odbioru k- 408)

Sąd dokonał następującej oceny dowodów:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o załączone do akt dokumenty , opinie biegłych lekarzy, zeznania świadków oraz przedstawiciela ustawowego powoda.

Sąd odmówił wiary zeznaniom świadków K., J., C., G. i J. jakoby powódka odmówiła badania KTG. W toku pierwszych zeznań przed Sądem żaden ze świadków nie był w stanie powiedzieć komu rodząca odmówiła tego badania. Świadczenie rzekomo o tym słyszeli od innych osób. Ponieważ na wniosek dopozwanego (...) postępowanie dowodowe było powtarzane, świadkowie zeznawali po raz drugi. W trakcie drugich zeznań prowadzący poród dr. K. przypomniał sobie, że pacjentka odmówiła właśnie jemu tego badania. Skoro było to wydarzenie nadzwyczajne (bo żaden z lekarzy o długoletnim stażu, w tym biegli sądowi, nie spotkali się z takim przypadkiem aby rodząca odmówiła badania KTG), to nieprawdopodobnym jest, że w toku pierwszych zeznań lekarz prowadzący nie był w stanie powiedzieć komu pacjentka odmówiła. Zeznania te są wewnętrznie sprzeczne i nie logiczne. Tak samo jak sporządzone w dokumentacji medycznej adnotacje na ten temat. Porównanie wpisów w oryginalnej dokumentacji wprost wskazuje, że zapisy o odmowie badania KTG zostały dopisane później. W zestawieniu z zeznaniami świadków , rodzącej , której postawa w toku procesu była od początku konsekwentna, dokumentację uznać należy za niezetelnie prowadzoną. Wersja zaś o odmowie badania pojawiła się po urodzeniu powoda i powstała na potrzeby obrony szpitala w ewentualnym procesie. Dodatkowym argumentem świadczącym o nieprawidłowym prowadzeniu dokumentacji jest także nadpis o owinięciu pępowiną na górze karty położniczej, ale przede wszystkim opis stanu noworodka po urodzeniu i jego ocena w skali Apgar. Wątpliwości w tym zakresie zgłosili obaj biegli zarówno ginekolog, jak i neonatolog. Wreszcie też wątpliwości budzi częstotliwość i prawidłowość osłuchu tętna samą głowicą. Wedle wiarygodnych zeznań świadków i samej rodzącej w pierwszej fazie odbyło się kilka kilkusekundowych przyłożeń głowicy tzw. „trąbki” , a w II fazie takiego badania nie było w ogóle. Reasumując pracownicy pozwanej placówki widząc zły stan noworodka wpisali do dokumentacji okoliczności, które by ten stan usprawiedliwiały, a minimalizowały błędy personelu.

Sąd pominął zeznania świadka Ł., który nie był przy porodzie, a całą sprawę zna z dokumentacji medycznej. Warto zwrócić uwagę, że również temu świadkowi, będącemu ordynatorem nigdy nie odmówiono badania KTG. Sąd nie dał wiary zeznaniom świadka A. C., która to oceniała stan noworodka. Świadek najpierw nic nie pamiętała, następnie zeznała, że dziecko nie miało oddechu, a potem zaś, że rytm serca to 140/m, skóra różowa. W zeznaniach tego świadka po raz pierwszy pojawiła się wersja, że powód miał pępowinę owiniętą wokół szyi. W dokumentacji brak takich zapisów. To ten świadek był autorem dokumentacji w zakresie oceny stanu noworodka kwestionowanej przez biegłych.

Z uwagi na konieczność skorzystania z wiadomości specjalnych, Sąd dopuścił dowód z opinii biegłych lekarzy: ginekologa i neonatologa, którzy to kilkakrotnie uzupełniali opinie, byli przesłuchiwanie przez Sąd. Opinia biegłego neonatologa była od początku jasna i konsekwentna. Biegły wskazywał od początku na śródporodowe niedotlenienie powoda oraz nieprawidłową ocenę stanu noworodka, które to powinny zostać wykryte. Opinia ta nie budzi wątpliwości.

Jeśli zaś chodzi o opinię biegłego ginekologa - zasadniczo Sąd przyjął ją jako podstawę ustaleń w sprawie. Sąd pominął jedynie tę część ustnych wyjaśnień biegłego złożonych po raz drugi, kiedy to biegły, jako przyczynę stanu powoda wskazał wystąpienie oscylacji milczącej za stanowiskiem prof. D. wyrażonym w opinii sporządzonej dla potrzeb postępowania dyscyplinarnego. Biegły mimo, iż nigdy się z tym zjawiskiem nie spotkał, podniósł że nie może kwestionować autorytetu profesora D..

Ponieważ sam autor drugiej opinii dr G. poddał w wątpliwość wystąpienie tego zaburzenia oraz biorąc pod uwagę fakt, iż występuje ono niezwykle rzadko, tę część ustnych wyjaśnień biegłego ginekologa Sąd pominął. Dr G. będąc lekarzem doświadczonym w zakresie patologii ciąży podniósł, że przy ciąży niepowikłanej o zjawisku tym słyszał tylko 1 raz. Ten biegły wskazał, iż podstawowym założeniem jego opinii i opinii prof. D. było po pierwsze przyjęcie, że rodząca odmówiła poddania się badaniu KTG, a po drugie, że tętno płodu było prawidłowo i wystarczająco często osłuchiwane. Po okazaniu biegłemu zapisu karty opieki okołoporodowej z odnotowaną częstotliwością osłuchu, biegły wprost wskazał, że odbywał się on za rzadko.

Biorąc pod uwagę fakt, iż przedstawicielka ustawowa powoda nie odmówiła badania KTG, a w II fazie porodu osłuch był co najmniej za rzadki (wedle zeznań rodzącej nie było go w ogóle), dokumentacja medyczna była prowadzona nierzetelnie uznać należy, że mało prawdopodobnym jest aby oscylacja w przypadku powoda wystąpiła.

Jeśli chodzi o stan powoda i zakres jego potrzeb, Sąd oparł się na opiniach biegłych do spraw rehabilitacji, neurologopedii oraz biegłego neurologa. Żadna z tych opinii nie została ostatecznie zakwestionowana. Wszystkie one są sporządzone zgodnie z wymaganiami z art. 285 k.p.c., są rzetelne i logiczne.

Sąd oddalił wnioski pozwanych o dopuszczenie dowodu z zeznań świadka profesora R. D. z uwagi na to, iż przeprowadzenie tego dowodu jedynie przedłużyłoby postępowanie i nie wniosło nic nowego do sprawy. Profesor D. został wezwany przez Sąd na rozprawę, na której został przesłuchany także dr G. - autor identycznej opinii sporządzonej w toku postępowania dyscyplinarnego aby wyjaśnić na czym zjawisko oscylacji milczącej polega. Ponieważ profesor nie mógł przyjechać do Sądu i wnosił o przesłuchanie go w drodze videokonferencji, Sąd stanął na stanowisku, iż wyznaczanie kolejnego terminu w tym celu jest zbędne i zbytnio wydłuży i tak już długo trwający proces. Zwłaszcza, że Sąd uzyskał ustną opinię dr. G., który w sposób wystarczający wyjaśnił, tak samo zjawisko, jak i założenia opinii. Ponieważ Sąd ustalił, że rodząca nie odmówiła badania, a fakt ten nie był w ogóle przez profesora brany pod uwagę, dalsze przesłuchiwanie tegoż świadka niczego do sprawy nie wniosłoby.

Uznając, że biegli ginekolog i neonatolog w sposób kompleksowy ocenili przebieg porodu i stan powoda, wykluczając choroby metaboliczne, Sąd oddalił wniosek pozwanego (...) o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego ds. chorób metabolicznych oraz wnioski obydwu pozwanych o dopuszczenie dowodu z opinii instytutu.

Nie można przyjąć, że Sąd obowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony. Podobny pogląd wyraził Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 14 lutego 1974 roku

w sprawie sygn. akt II CR 817/73(nie publ) oraz z dnia 18 lutego 1974 roku w sprawie sygn. akt II CR 5/74 (Biul. SN z 1974 roku, nr 4, poz. 64). Odmienne stanowisko oznaczałoby przyjęcie, że należy przeprowadzić dowód z wszelkich możliwych biegłych, by upewnić się, że niektórzy z nich nie byłiby takiego samego zdania jak strona.

Nierzetelne prowadzenie dokumentacji pozwanego Szpitala uniemożliwia odtworzenie przebiegu porodu i pełną ocenę prawidłowości postępowania w trakcie porodu. Dokumentacja medyczna, sporządzona w sposób zgodny z przepisami prawa, stanowi środek dowodowy służący ustalaniu przebiegu wyników leczenia, mimo że nie wszystkie jej składniki odpowiadają wymaganiom stawianym dokumentom przez przepisy kodeksu postępowania cywilnego. Sposób przeprowadzenia dowodu z tego środka dowodowego wymaga odpowiedniego stosowania przepisów o dowodach, przede wszystkim o dowodzie z dokumentów (stanowisko takie wyraził Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 21 maja 2010 roku sygn. akt II CSK 643/09). Stosownie do treści przepisów obowiązujących w dacie zdarzenia, a w szczególności w myśl przepisu art. 18 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91 , poz. 408 ze zm.) zakład opieki zdrowotnej obowiązany jest prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu, którą ma obowiązek udostępnić pacjentowi. W myśl przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania z dnia 21 grudnia 2006 roku (Dz. U. Nr 347, poz. 1819) historia choroby składa się z formularza historii choroby, dokumentów dodatkowych, a w szczególności : kart indywidualnej pielęgnacji, kart obserwacji, w tym karty gorączkowej, kart zleceń lekarskich, karty przebiegu znieczulenia, jeżeli było one wykonywane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi. Dokonywanie dopisków w karcie obserwacyjnej załączonej do położniczej stawia pod znakiem zapytania rzetelność pozostałych dokumentów oraz uniemożliwia wypowiedzenie się przez biegłych w sposób kategoryczny co do prawidłowości działania lekarzy pozwanego.

Niewątpliwie powódka zgodnie z treścią przepisu art. 6 k.c. powinna udowodnić okoliczności, z których wywodzi skutki prawne. W rozpoznawanej sprawie powódka zgłosiła stosowne wnioski dowodowe w postaci udostępnionej jej dokumentacji medycznej oraz opinii biegłych. Skoro dokumentacja medyczna jest podstawowym dowodem , na podstawie którego biegli oceniali prawidłowość postępowania pozwanej, a była ona prowadzona nierzetelnie, to powódka nie może ponosić ujemnych konsekwencji tego faktu.

W przekonaniu Sądu powódka nie może ponosić negatywnych konsekwencji związanych z niewłaściwie, nierzetelnie prowadzoną dokumentacją medyczną przez pozwaną ZOZ. Postępowanie strony pozwanej jednoznacznie wskazuje na występowanie braku należytej staranności w dbałości o dobro pacjenta i prawidłowy przebieg leczenia, a zatem na nienależyte wypełnianie obowiązków w rozumieniu przepisu art. 355 k.c. .

Stosownie do treści przepisu art. 233 k.p.c. Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodową według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału, na tej samej postawie Sąd ocenia też jakie znacznie nadać czynieniu dopisków w dokumentacji, czy dokonywanie zapisów oceniających stan dziecka uznany przez biegłych za nieprawdopodobny.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Z dokonanych przez Sąd ustaleń faktycznych wynika, iż w pozwanej placówce medycznej doszło do nieprawidłowości w leczeniu powoda, co uzasadnia odpowiedzialność tego podmiotu wobec powoda na podstawie przepisu art. 430 k.c.

Przesłanki odpowiedzialności na podstawie powołanego wyżej przepisu są następujące:

- wyrządzenie szkody osobie trzeciej przez podwładnego,
- wina podwładnego,
- wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności.

Między osobą powierzającą wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. W doktrynie i judykaturze przyjmuje się, że chodzi o pojęcie podporządkowania tylko ogólnoorganizacyjne. W konsekwencji tego, stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii (stanowisko takie zostało przedstawione w tezie 8 do art. 430 k.c. Komentarz do Kodeksu Cywilnego Księga Trzecia, Zobowiązania tom 1, pod redakcją Gerarda Bieńka, Wydanie 7 LexisNexis Warszawa 2006 s. 389)

Warunkiem odpowiedzialności pozwanych Szpitali jest kumulatywne spełnienie wszystkich wymienionych wyżej przesłanek.

W nauce prawa cywilnego i orzecznictwie, przyjmuje się, że lekarz ponosi winę za powstanie szkody, jeżeli nie zastosował właściwych środków w należyty sposób.

Przez „zastosowanie właściwych środków” rozumie się takie fachowe postępowanie (np. zastosowanie właściwej diagnozy, przeprowadzenie określonego badania), które w danej sytuacji było wskazane z medycznego punktu widzenia. Postępowanie odmienne określane zazwyczaj jest jako błąd w sztuce lekarskiej. Natomiast przez pojęcie „w należyty sposób” należy rozumieć dołożenie takiej staranności jaka w określonej sytuacji była należna, wymagana i potrzebna.

Przez błąd lekarski należy rozumieć obiektywny element winy. Stwierdzenie błędu lekarza dostarcza jedynie naukowych kryteriów oceny postępowania lekarza i oznacza jedynie, że postępowanie lekarza wywołuje określone zastrzeżenia z naukowego punktu widzenia. Stanowi jedynie teoretyczną ocenę tego postępowania, którą następnie należy skonfrontować z pełnym zakresem powinności lekarza i konkretnymi warunkami, w jakich miało miejsce jego postępowanie (M. Sośniak, „Cywilna odpowiedzialność lekarza”, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977, s. 98-100).

Zagadnienie związku przyczynowego jest niezwykle istotne w procesach odszkodowawczych. Artykuł 361 § 1 kc wyznacza podstawową przesłankę odpowiedzialności odszkodowawczej wskazując, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania bądź zaniechania z którego wynika szkoda. W polskim kodeksie cywilnym przyjęta jest teoria adekwatnego związku przyczynowego oznaczająca, że odpowiedzialność ponosi się tylko za normalne następstwa działania bądź zaniechania tzn., że za normalne skutki działań uznaje się tylko takie, które w danych okolicznościach następują. O normalności następstw decyduje aktualny stan wiedzy medycznej. Nie znaczy to, że dany skutek powinien zawsze pojawić się jako efekt podjętych konkretnych działań ale, że w danych okolicznościach zwykle następuje. Nie należy się jednak posługiwać kategorią statystyczną wskazującą, że nawet w najmniejszej liczbie przypadków określone działanie może spowodować określony efekt. Przyjęcie winy lekarza nie jest decydującą przesłanką odpowiedzialności za skutek. Związek przyczynowy pomiędzy działaniami medycznymi a powstałą szkodą podlega udowodnieniu przez poszkodowanego zgodnie z ogólną regułą art.6 kc. To na powodzie spoczywa ciężar tego dowodu. Jednakże w procesach medycznych poszkodowany może mieć trudność w wykazaniu istnienia związku przyczynowego. Poszkodowany działaniami służby zdrowia często nie jest w stanie przeprowadzić tego dowodu zwłaszcza w dobie znacznego „zaawansowania technicznego i sprzętowego” procedur medycznych oraz występowania zwykle wielu przyczyn mogących powodować określony skutek.

Szeroki zakres ochrony zdrowia powinien zmniejszać do minimum ryzyko pacjenta poddanego leczeniu. Dopuszcza się przyjęcie związku przyczynowego także w trybie domniemania faktycznego z art.231 kpc (por. wyrok Sądu Najwyższego z 11.01.1972 r. w sprawie CR 516/71 opubl. OSNCP 1972, nr 9 poz.159). Dalej idąc tym tokiem rozumowania, Sąd Najwyższy zalecił przyjęcie w sposób elastyczny, uwzględniający specyfikę danych przypadków, regułę ciężaru dowodu. Jeżeli strona powoda udowodniła fakty przemawiające za zasadnością powództwa, to na stronie pozwanej spoczywa ciężar udowodnienia ekscpecji i faktów uzasadniających, jej zdaniem oddalenia

powództwa (tak Sąd Najwyższy w niepublikowanych wyrokach z 20.04.1982 r. w sprawie I CR 79/82 i z 14.10.1974 w sprawie II CR 415/74).

Najistotniejsze w rozpoznawanej sprawie jest to, że nie ma wymogu by związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy wadliwym zastosowaniem określonej procedury medycznej a szkodą miał charakter bezpośredni. Adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem lekarza a szkodą może być bezpośredni, może być również pośredni. Jest zatem rzeczą obojętną, czy przyczyna jest dalsza czy bliższa, byleby tylko skutek pozostawał jeszcze w granicach normalności. Oznacza to, że wystarczający jest związek przyczynowy pośredni pomiędzy szkodą a zdarzeniem (np. zaniechaniem lekarza), które doprowadziło do jej wyrządzenia (tak Mirosław Nestorowicz w pracy - Prawo Medyczne Wydawnictwo Dom Organizatora TNOIK Wydanie III Toruń 1998 na str.38).

Skutki dla zdrowia pacjenta nie muszą być bezpośrednim następstwem „zdarzenia sprawczego”. Zawinione działanie (zaniechanie) lekarza nie musi stanowić bezpośredniej przyczyny pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta. Związek między zachowaniem lekarza a szkodą musi być adekwatny, pozostawać w granicach normalnego powiązania kauzalnego (art. 361 § 1 KC), ale nie musi być bezpośredni. Zaniechanie, obejmujące opóźnienie zawinione przez lekarza, powoduje odpowiedzialność za pogorszenie stanu zdrowia w takim zakresie, w jakim pogorszenie to pozostaje jego normalnym następstwem. Szkada spowodowana zaniechaniem odpowiednich czynności lub zaniechaniem podjęcia ich we właściwym czasie może polegać na utracie lub zmniejszeniu szans wyleczenia, a także na zmniejszeniu szans na poprawę zdrowia; jeżeli wyrazi się ona w jednej z postaci określonych w art. 444 § 2 K.C. (per analogiam także określonych w § 1 art. 444 k.c.), będzie stanowić przesłankę zasądzenia (por. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 czerwca 2009 r., IV CSK 37/09 ; OSP 2010 nr 9, poz. 93, str. 655).

W orzeczeniu z 5.07.1967 r. w sprawie I PR 74/67 Sąd Najwyższy stwierdził: „W procesie nie da się przeprowadzić dowód bez reszty. Jest to częstokroć utrudnione aktualnym stanem wiedzy medycznej, która nie zawsze jest w stanie dać stanowczą odpowiedź na każde pytanie. W takiej sytuacji sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy , uznać dowód za przeprowadzony mając na uwadze wysoki stopień prawdopodobieństwa (...)” (OSN 1968 nr 2 poz.26). W orzeczeniu z 17.06. 1969 w sprawie II CR 165/69 jeszcze dalej rozluźnił te reguły stwierdzając, że istnienie związku przyczynowego jest możliwe do przyjęcia gdy jest on ustalony „z dostateczną dozą prawdopodobieństwa” (OSP i KA 1969 z.7-8 poz.155).

Oznacza to, że tendencja o dopuszczalności obniżenia standardów dowodowych w procesach lekarskich jest dominująca i szeroko stosowana.

Przy ustaleniach poczynionych przez Sąd Okręgowy i po zastosowaniu wyżej omówionych reguł interpretacyjnych można przyjąć istnienie związku przyczynowego pomiędzy zaniechaniem przeprowadzenia badania KTG, zbyt krótkim i zbyt rzadkim osłuchiowaniem tętna płodu, a stanem pourodzeniowym powoda.

W świetle obowiązujących w dacie narodzin powoda rekomendacji rzeczywiście nie było **bezwzględnych** wskazań do przeprowadzenia badania KTG. Cięża nie została zakwalifikowana jako wysokiego ryzyka, nie wychwycono wcześniej zaburzeń tętna płodu. Jednakże były wskazywane przez biegłych przyczyny względne. Po pierwsze nawracające zapalenia dróg moczowych, a po drugie niedokrwistość rodzącej. Kolejną przyczyną podjęcia decyzji o badaniu KTG powinno być przebicie pęcherza płodowego, co miało miejsce o 11.15. Wedle opinii ginekologów badanie KTG mimo braku bezwzględnych wskazań w przepisach, co do zasady powinno być przeprowadzone u każdej rodzącej.

Wreszcie też wskazać należy, że samo osłuchiwanie przez przyłożenie głowicy nie było prawidłowe, bo trwało zbyt krótko (powinno trwać minutę), a w II fazie porodu było zbyt rzadko lub nawet wcale go nie było. W świetle zgodnych opinii biegłych ginekologa i neonatologa przyczyna niedotlenienia powoda była śródporodowa, a przeprowadzone badanie KTG i prawidłowe osłuchiwanie tętna pozwoliłoby na wychwycenie zaburzeń tętna płodu. To z kolei mogłoby doprowadzić do wcześniejszego zakończenia porodu cesarskim cięciem. Skoro zostały wykluczone wszystkie pozostałe ewentualne przyczyny niedotlenienia uznać należy, że gdyby pracownicy pozwanego szpitala prawidłowo zaproponowali rodzącej badanie KTG i to badanie przeprowadzili oraz dokonywali prawidłowo osłuchu tętna płodu - te zaburzenia dałoby się wychwycić i powód urodziłby się w lepszym stanie. To postępowanie należy

uznać za zaniedbanie i naruszenie obowiązku należytej staranności (art. 355 k.p.c.). Podobne stanowisko zajął Sąd Apelacyjny w Gdańsku, który stwierdził, iż zaniechanie u kobiety ciężarnej w dniu przyjęcia jej do szpitala z objawami mogącymi świadczyć o zagrożeniu płodu wykonania w trybie pilnym koniecznych badań, które stwarzałyby szanse na wcześniejsze wdrożenie stosownego postępowania medycznego, jest niezgodne z zasadami Kodeksu Etyki Lekarskiej i stanowi winę lekarza (wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku - I Wydział Cywilny z dnia 23 listopada 2011 r. I ACa 1124/11). Podobne stanowisko zaprezentował także Sąd Apelacyjny w Łodzi w sprawie o sygn. akt I ACa 852/08.

W przekonaniu Sądu zgromadzony w sprawie materiał dowodowy pozwala na stwierdzenie, że zachodzą przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego szpitala wobec powoda. Nie ulega wątpliwości, że lekarz obecny przy porodzie oraz położne obecne przy nim w dniu 1 kwietnia 2011 roku byli pracownikami pozwanego szpitala.

Podstawę odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela, nie kwestionowaną przez żadną ze stron jest przepis art. 822 k.c. W § 1 przepis ten stanowi, że przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia. Zgodnie z § 2 umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody, o których mowa w § 1, będące następstwem przewidzianego w umowie wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia. W myśl zaś § 4 uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń.

Zakres odpowiedzialności pozwanych, a co za tym idzie wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia określa art. 445 § 1 k.c., który stanowi, iż w wypadku uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Przez krzywdę rozumie się przy tym doznane cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno doznane jak i przyszłe. Zadośćuczynienie ma ją zaś zrekompensować, ma przy tym charakter kompensacyjny. Jego przyznanie jest zależne od uznania Sądu, a wysokość winna uwzględniać wszelkie okoliczności wpływające na rozmiar krzywdy.

W wyroku z dnia 30 stycznia 2004 roku wydanym w sprawie sygn. akt I CK 131/03 Sąd Najwyższy stwierdził, że powoływanie się przez Sąd przy ustalaniu zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na potrzebę utrzymania wysokości zadośćuczynienia w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, nie może prowadzić do podważenia kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia (OSNC z 2005 roku, z. 2 poz. 40).

W świetle powyższego przy określaniu wysokości zadośćuczynienia należy wziąć pod uwagę całokształt okoliczności sprawy, zadośćuczynienie bowiem ma na celu naprawienie krzywd niematerialnych, więc trudno wymiernych i jego wysokość zależy od każdego, indywidualnego przypadku.

Wysokość zadośćuczynienia została określona mianem „odpowiedniej sumy”. Kwota ta w każdym przypadku powinna być ustalana indywidualnie przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności sprawy. Z jednej strony należy więc brać pod uwagę, czas trwania oraz intensywność cierpień fizycznych i psychicznych, nieodwracalność skutków urazu (kalectwo, oszpecenie), stopień doznanego uszczerbku na zdrowiu, wiek pokrzywdzonego. Z drugiej strony kwota zadośćuczynienia nie może stanowić zapłaty symbolicznej lecz musi stanowić odczuwalną wartość ekonomiczną, a jednocześnie nie może być nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy. Należy również mieć na uwadze fakt, iż zadośćuczynienie musi mieć charakter całościowy i obejmować wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne zarówno te doznane, jak i te które wystąpią w przyszłości.

Uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi 100 %. Powód jest osobą leżącą i wymagającą nieustannej opieki i rehabilitacji. Ciągłe napady padaczki oraz infekcje są czynnikami wpływającymi na zagrożenie życia powoda. Przykurcze mięśni przysparzają powodowi cierpienie. W świetle opinii biegłych rokowania co do dalszego stanu zdrowia powoda nie są pomyślne. Z tych wszystkich przytoczonych powyżej względów, Sąd uznał, iż najbardziej adekwatną i kompensującą powodowi rozmiar doznanych przez niego krzywd jest kwota 500.000 złotych. Przy czym, zgodnie z żądaniem powoda

kwota 350.000 zł została zasądzona od obojga pozwanych in solidum (z uwagi na różne podstawy odpowiedzialności pozwanych). Zaś kwotę 150.000 Sąd zasądził od pozwanej placówki medycznej.

Sąd oddalił żądanie dalej idące jako nazbyt wygórowane i nie uwzględniające realiów życia w naszym kraju. Nie bez znaczenia jest także okoliczność, iż stan powoda nie pozwala na określenie stopnia jego cierpień, a w świetle opinii neurologa można przypuszczać, że części z nich powód nie odczuwa.

Na podstawie art. 444 § 1 k.c. powód żąda kwoty 13.151 złotych odszkodowania obejmującego koszty leczenia, rehabilitacji i dojazdów do placówek medycznych za lata 2011- 2012 . Biorąc pod uwagę przebieg choroby powoda, jego liczne hospitalizacje oraz opinie biegłych, którzy zasadność ponoszenia kosztów leczenia oraz rehabilitacji potwierdzili, Sąd zasądził dochodzoną w pozwie kwotę jako niewygórowaną w oparciu o przepis art. 322 k.p.c. Przykładowe rachunki za leki i rehabilitacje łącznie z zeznaniami rodziców powoda potwierdzają poniesione wydatki w co najmniej żądanej kwocie.

O odsetkach ustawowych od obydwu żądań Sąd orzekł na podstawie art. 481 k.c. w zw. z art. 359 § 1 i 2 k.c. Jeśli chodzi o pozwanego ubezpieczyciela Sąd zasądził odsetki od daty wniesienia pozwu to jest 21 grudnia 2012 roku , zgodnie z żądaniem. Ten pozwany, w myśl art. 817 k.c. zobowiązany był do naprawienia szkody w 30 dni od jej zgłoszenia. Zgłoszenie zaś miało miejsce w maju 2012 roku.

Jeśli chodzi o drugiego z pozwanych – odsetki od kwoty 350.000 zł zostały zasądzone od dnia następnego po doręczeniu wezwania do udziału w sprawie, które miało miejsce w dniu 26 listopada 2014 roku a od kwoty Sąd zasądził odsetki także zgodnie z żądaniem od 5 stycznia 2016 roku. Powód żądanie zadośćuczynienia w wyżej kwocie głosił w piśmie z 30 grudnia 2015 roku, które wpłynęło do Sądu w dniu 4 stycznia 2016 roku,

Sąd uwzględnił zmianę stanu prawnego w zakresie prawa materialnego wynikającą z art. 2 w zw. z art. 56 ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1830), która nadała art. 481 § 2 k.c. od dnia 1 stycznia 2016 r. następujące brzmienie: „Jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była oznaczona, należą się odsetki ustawowe za opóźnienie w wysokości równej sumie stopy referencyjnej Narodowego Banku Polskiego i 5,5 punktów procentowych. Jednakże gdy wierzytelność jest oprocentowana według stopy wyższej, wierzyciel może żądać odsetek za opóźnienie według tej wyższej stopy”. Przepis ten określa zatem nową kategorię odsetek ustawowych za opóźnienie naliczanych według innej stopy niż inne odsetki ustawowe (art. 359 § 2 k.c.). Zgodnie z art. 56 ustawy nowelizującej, do odsetek należnych za okres kończący się przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe. Z tej przyczyny rozstrzygnięcie o odsetkach ustawowych (w tej sprawie służących wynagrodzeniu opóźnienia dłużnika) wymagało rozróżnienia okresów naliczania odsetek według innych stóp przed i po dniu 1 stycznia 2016 r.

Biorąc pod uwagę podniesione w toku procesu ograniczenie odpowiedzialności pozwanego (...) do określonej w umowie ubezpieczenia sumy gwarancyjnej, Sąd ustalił granice tej odpowiedzialności.

Na podstawie art. 189 k.p.c. Sąd ustalił odpowiedzialność pozwanych za szkody mogące wystąpić w przyszłości. W ocenie Sądu powód z uwagi na odniesione obrażenia i nie pewne rokowania ma interes prawny w tym aby żądanie takie zgłaszać.

Zgodnie z art. 444 § 2 k.c., poszkodowany może żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty jeżeli zwiększyły się jego potrzeby. Takie żądanie powód zgłosił wobec pozwanej placówki medycznej, biorąc pod uwagę ograniczenie odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela.

Za okres od 1 października 2015 roku do 31 grudnia 2016 roku powód żądał w tego tytułu kwoty **po 2.500 zł** , do 10 – tego każdego miesiąca, a od 1 stycznia 2017 roku i na przyszłość po 6.500 złotych do 20 – tego dnia każdego miesiąca. Obydwie renty z odsetkami na wypadek opóźnienia rat.

Dla obliczenia renty powód przyjął koszty rehabilitacji, zakupu leków, wizyt lekarskich oraz niezbędnej powodowi pomocy osób trzecich.

W okresie od października 2015 roku do grudnia 2016 powód korzystał z rehabilitacji w ramach programów – najpierw (...), a następnie Pomoc na Dobry Start, dlatego też ponoszone przez rodziców koszty rehabilitacji były niższe, obejmowały średnio 640 zł miesięcznie. Do tego należy doliczyć koszt leków, wynoszący średnio 300 złotych na miesiąc, wizyt lekarskich i dojazdów do lekarza – średnio 300 złotych. Wreszcie też koszt pomocy osób trzecich, której to stale przez 24 godziny powód wymaga. Już tylko ten ostatni, biorąc pod uwagę stawki odpłatności stosowane przez (...) Komitet Pomocy (...) – 9,50 zł – 11 złotych za godzinę oraz przyjmując jej zakres na poziomie 10 godzin dziennie wynosi 3.000 zł. Stawki te są Sądowi znane urzędowo.

Zakres potrzebnej powodowi całodobowej opieki oraz rehabilitacji wynika z opinii biegłych neurologa, rehabilitanta, neurologopedy i wydaje się być oczywisty. Bezsporne są także koszty ponoszone na zakup leków, czy też środków higieny.

W okresie od stycznia 2017 roku, kiedy to powód nie zakwalifikował się na żaden nieodpłatny rodzaj rehabilitacji, żądanie renty wynosi **6.500 złotych**. Żądanie to jest zasadne nawet bez doliczania kwestionowanych, a częściowo refundowanych przez różne organizacje i (...) sprzętów, niezbędnych powodowi do życia. Biorąc pod uwagę niezbędną rehabilitację ruchową - 7 godzin w tygodniu, po 100 zł (przeciętny koszt wedle opinii rehabilitanta), daje to kwotę 3.000 złotych. Do tego należy doliczyć rehabilitację neurologopedyczną w minimalnym zakresie, bo 1 godzina dziennie, co stanowi wydatek rzędu 2.400 zł (koszt tygodniowy wyliczony przez biegłą neurologopedię to kwota 560-640 zł). Ponadto rodzice powoda stale ponoszą koszty zakupu leków i środków pielęgnujących oraz pieluch w kwocie około 500 złotych. Reszta to koszty opieki sprawowanej nad powodem (minimum 3.000 zł miesięcznie, biorąc pod uwagę 10 godzin dziennie), czy też koszty dojazdów do placówek medycznych.

Dlatego też żądanie renty, Sąd uznał za w pełni uzasadnione i nie wygórowane.

Należy w tym miejscu jedynie wskazać, iż przypadku obliczania renty z tytułu zwiększonych potrzeb sąd nie jest zobowiązany do drobiazgowej dokładności. W tym zakresie powinien się kierować wskazaniem z art. 322 KPC. (por. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 3 listopada 2009 r. II CSK 249/09, Legalis).

O odsetkach ustawowych od każdej opóźnionej raty Sąd orzekł na podstawie art. 481 k.c.

Jako bezzasadny Sąd potraktował zarzut przyczynienia się przedstawicielki ustawowej powoda do zwiększenia rozmiaru jego szkody poprzez odmowę badania KTG. Z przyczyn przytoczonych szczegółowo wyżej, Sąd nie dał wiary twierdzeniom pozwanego oraz dokumentacji medycznej w tym zakresie. Dodatkowo wskazać należy, iż brak jest racjonalnych postaw aby dać wiarę odmowie poddania się takiemu badaniu przez matkę powoda, skoro wcześniej na takie badanie zgodziła się, jest to badanie bezinwazyjne i bezbolesne.

O kosztach procesu Sąd orzekł w oparciu o przepis art. 100 zd. 2 k.p.c. w zw. z art. 105 k.p.c. Pozwany (...) przegrał proces w całości, gdyż wobec tego pozwanego żądanie zostało uwzględnione w całości. Dlatego też Sąd zasądził od niego na rzecz powoda zwrot kosztów procesu w całości. Na zasadzoną kwotę składa się wynagrodzenie pełnomocnika powoda w podwójnej stawce minimalnej ustalonej na podstawie Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz. U. z 2015 roku, poz. 616) - § 6 pkt 7. Sąd uwzględnił żądanie tego pełnomocnika z uwagi na skomplikowany charakter sprawy, wielość rozpraw oraz pism procesowych składanych przez pełnomocnika przyczyniających się do wyjaśnienia sprawy.

Pozwany szpital przegrał sprawę w 67,7 % i w takim zakresie Sąd obciążył tego pozwanego kosztami procesu. Przy ich ustalaniu Sąd również wziął pod uwagę wynagrodzenie pełnomocnika tego pozwanego w podwójnej stawce minimalnej z uwagi na jego nakład pracy.

Na podstawie art. 105 k.p.c. Sąd ustalił solidarną odpowiedzialność za koszty do wysokości przegranej drugiego pozwanego.

W oparciu o przepis art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. Nr 167, poz. 1398 ze zm.) w zw. z art. 98 i 105 kpc Sąd obciążył pozwanych kosztami sądowymi, od których powód był zwolniony. Koszty wyniosły łącznie 38.690,62 złotych. Były to koszty poniesione łącznie w celu wyjaśnienia sprawy. Przy ustalaniu zakresu odpowiedzialności pozwanych za te koszty Sąd wziął pod uwagę w jakim stopniu procentowym w stosunku do żądanej ogólnie kwoty pozwani przegrali proces. Jest to najwłaściwszy sposób na rozdzielenie zakresu obciążenia tymi kosztami pozwanych. Tak więc od pozwanego (...) nie można było pobrać więcej niż 39 % (stosunek kwoty zasądzonej od tego pozwanego do żądanej od obojga). Zatem solidarna odpowiedzialność pozwanych sięga kwoty 14.175 zł odpowiadającej 39 %. W pozostałym, zakresie nie większym niż 67,7 % koszty obowiązany jest ponieść drugi pozwany.

Na podstawie art. 113 ust. 4 powołanej wyżej ustawy Sąd odstąpił od obciążenia powoda kosztami sądowymi od oddalonej części powództwa. Sąd miał na uwadze zarówno wiek powoda, nie osiąganie przezeń żadnych dochodów, jak i charakter dochodzonego roszczenia.

z/ odpisy wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikom stron.