

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Poznań, dnia 5 grudnia 2017 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu XVIII Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSO Katarzyna Szmytke

Protokolant: p.o. stażysty Kacper Łuczak

po rozpoznaniu w dniu: 24.10.2017 r. w Poznaniu

sprawy z powództwa: **małol. M. M. (1) działającego przez rodziców M. i M. małż. M.**

przeciwko: **Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w K.,**

(...) S.A. z siedzibą w W.

o: **zapłatę**

1. Powództwo w całości oddala.
2. Nie obciąża strony powodowej kosztami niniejszego procesu.

/-/K. Szmytke

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 30 kwietnia 2014 r., powód M. M. (1), działający przez rodziców M. i M. małż. M. i reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika, wniósł o zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K. (pozwanego ad.1) oraz (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. (pozwanego ad. 2) na swoją rzecz (z tym zastrzeżeniem, że zapłata przez jednego z pozwanych zwalnia ze zobowiązania drugiego z nich): - tytułem zadośćuczynienia na podstawie art. 445 § 1 k.c. kwoty 150.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia powództwa do dnia zapłaty, - renty w wysokości po 2.000 zł miesięcznie płatnej od dnia wniesienia pozwu do dziesiątego dnia każdego miesiąca z góry wraz z ustawowymi odsetkami w wypadku zwłoki w płatności każdej z kwot, - kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz ustalenie na mocy art. 189 k.p.c. odpowiedzialności pozwanych za szkodę mogącą powstać u niego w przyszłości a mającą związek ze zdarzeniem szkodowym objętym niniejszym postępowaniem, a nadto o zwolnienie go od kosztów sądowych.

W uzasadnieniu pozwu pełnomocnik powoda wskazał, że inicjator procesu w dniu 03 maja 2011 r. spożywając posiłek, zadławił się, co wymagało interwencji pogotowia ratunkowego. Obsada karetki, która udzieliła mu pomocy po zaintubowaniu przewiozła go do siedziby pozwanego ad. 1, a stamtąd bezzwłocznie do (...) Szpitala (...). W chwili przyjęcia chłopca do kliniki w P. jego stan oceniono jako ciężki oraz stwierdzono, że rurka intubacyjna była zatkana treścią pokarmową. Powód został błędnie zaintubowany przez zespół pogotowia, rurka intubacyjna była włożona zbyt głęboko w wyniku czego dostała się do niej a w konsekwencji do płuc treść pokarmowa z żołądka. W SP ZOZ w K. nie zweryfikowano ułożenia rurki intubacyjnej – co oznacza brak właściwego zbadania pacjenta. W takim stanie dziecko było przez ok. 1,5 godz. transportowane do P. – walcząc o życie, albowiem w każdej chwili mogło się udusić. Konsekwencją błędnej intubacji stał się niedowład spastyczny 4 kończynowy, kurczowe porażenie czterokończynowe, zachyłstowe zapalenie płuc, zatrzymanie krążenia. Do wypadku w dniu 03.05.2011r. powód rozwijał się prawidłowo

(samodzielnie chodził, samodzielnie korzystał z nocnika, wymawiał pełne wyrazy). Po błędnym zaintubowaniu z nie można było z nim nawiązać kontaktu, przestał reagować na bodźce słuchowe i wzrokowe.

Rokowania co do dalszego stanu powoda są niepewne, aktualnie jest rehabilitowany w trybie ambulatoryjnym, co generuje znaczne koszty.

Postanowieniem z dnia 12 czerwca 2014 r. powód został zwolniony od kosztów sądowych w całości (k. 82).

W odpowiedzi na pozew z dnia 23 lipca 2014 r. pozwany ad. 2 wniósł o oddalenie powództwa (stwierdzając, że nie uznaje powództwa ani co do zasady, ani co do wysokości) oraz zasądzenie od powoda na swoją rzecz zwrotu kosztów procesu, w tym zastępstwa procesowego według norm przepisanych (k.106-109).

W uzasadnieniu pisma pozwany ten przyznał, że łączy go z pozwanym ad. 1 umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oraz, że udzielał pozwanemu Szpitalowi ochrony ubezpieczeniowej w okresie, w którym doszło do przedmiotowego zdarzenia. Wskazał, że po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego nie znalazł podstaw do przyjęcia swojej odpowiedzialności i wypłaty świadczenia. Pozwany ten przyjął, że powód został nieprawidłowo zaintubowany przez Zespół Pogotowia (...), bo rurka intubacyjna nie została prawidłowo wprowadzona do jego dróg oddechowych, zaś ani na SOR w K. ani też w dalszym transporcie do kliniki w P. nikt nie sprawdził położenia rurki intubacyjnej. Niemniej jednak jej założenie przyczyniło się do uratowania powodowi życia, bo mimo wszystko udrożniło jego drogi oddechowe i zapewniło, ponadto była na tyle cienka, że umożliwiała dostateczny dopływ powietrza do płuc. Zdaniem ubezpieczyciela, gdyby rurka intubacyjna blokowała dopływ powietrza i powodowała niedotlenienie doszło by do ponownego zatrzymania krążenia i oddychania u powoda w trakcie transportu.

W przedmiotowej sprawie postępowanie personelu medycznego ubezpieczonego nie daje podstaw do przyjęcia odpowiedzialności SP ZOZ w K. i dalej (...) S.A. za skutek w postaci uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego powoda. Zdaniem pozwanego ad 2 przyczyną uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego u małoletniego M. M. było zatrzymanie krążenia i oddychania w wyniku zachłyśnięcia a nie nieprawidłowe postępowanie ubezpieczonego. Pracownicy pozwanego szpitala udzielając świadczeń medycznych pozwanemu nie popełnili błędu medycznego i dołożyli należytej staranności, a świadczenia medyczne udzielane były przezeń zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Z daleko posuniętej ostrożności procesowej pozwany ad 2 dodał również, że zgłoszone przez powoda żądania finansowe są nieudokumentowane i zdecydowanie zawyżone.

W odpowiedzi na pozew datowanej na 31.07.2014r. (k. 309-312) pozwany ad. 1 wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych. W uzasadnieniu pisma podniósł, że pierwotną i wyłączną przyczyną szkody doznanej przez powoda było zachłyśnięcie (zadławienie) chłopca treścią pokarmową. To to zdarzenie spowodowało realne zagrożenie życia inicjatora procesu oraz szkodę, której naprawienia domaga się on od pozwanych w tym procesie. Zespół karetki, który przybył na miejsce zdarzenia podjął, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i dostępnymi środkami niezbędne czynności ratunkowe mające na celu ratowanie życia powoda a wręcz jego przywrócenie – nastąpiło bowiem u niego zatrzymanie krążenia (brak czynności serca i oddychania), zaś podjęte czynności ratunkowe doprowadziły, po okresie ok. 10 min. do jego przywrócenia. Wobec tego z uwagi na brak związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem personelu medycznego SP ZOZ w K. a skutkami zachłyśnięcia małego powoda oraz winy po stronie pozwanego ad 1 a zaistniała u powoda szkoda powództwo winno zostać oddalone. Pełn. pozwanego ad. 1 podkreślił, że strona powodowa przemilcza w pozwie najważniejszą okoliczność sprawy tj. fakt zachłyśnięcia (zadławienia) się powoda treścią pokarmową oraz w sposób nieuzasadniony połączyła zaistniałą szkodę ze zdarzeniem późniejszym tj. jego intubacją. Personel medyczny pozwanego przybył na miejsce zdarzenia wyjątkowo szybko (w ciągu zaledwie 10 min.) i natychmiast podjął czynności medyczne, które uratowały powodowi życie, a następnie czynności medyczne – transportowe do właściwego podmiotu leczniczego. Z ostrożności procesowej pozwany ad. 1 wskazał, że roszczenia finansowe powoda są nieudokumentowane, wygórowane i sprzeczne z art. 5 k.c.

Na dalszym etapie procesu strony podtrzymywały swoje stanowiska.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Pozwany ad. 1 – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w K. prowadzi działalność w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych służących ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz promocji i profilaktyki zdrowotnej. Pozwany ad. 1 jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego - Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji (...), Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej pod nr KRS (...).

Dowód: informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji (...), Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej (k. 315-319)

Dnia 03 maja 2011 r. ok. godziny 11:30 w miejscowości Z. gm. K., gdzie powód przebywał wraz z rodzicami i rodzeństwem w odwiedzinach u rodziny w czasie spożywania posiłku zachłysnął się przyjmowanym pokarmem, co spowodowało jego problemy z oddychaniem, utratę przytomności, zasinienie powłok ciała. Doszło do wezwania pogotowia ratunkowego, które pojawiło się na miejscu po ok. 10 minutach. W skład zespołu karetki „S” weszli m.in.: lekarz - (...), ratownik medyczny - D. P. i pielęgniarka - A. S.. Do czasu przyjazdu karetki, ojciec powoda samodzielnie reanimował syna, jednakże mimo tych działań 20 miesięczny M. nie odzyskał przytomności. W chwili przybycia karetki chłopiec był siny, nie oddychał, ustało również jego krążenie. Będąc w takim stanie, był niesionym na rękach przez matkę do nadjeżdżającego pogotowia – głową przy głowie niosącej i został przekazany zespołowi karetki. Ani ojciec powoda, ani też udzielający mu pomocy zespół karetki, nie byli w stanie usunąć treści pokarmowej, która zalegała w drogach oddechowych chłopca. W jego jamie ustnej nie stwierdzono natomiast pozostałości pożywienia. Wezwany na miejsce lekarz pogotowia (...) stwierdziwszy brak czynności serca i oddychania, podjął próbę reanimacji. Działania okazały się skuteczne – po paru (4-6) minutach serce dziecka zaczęło bić. Działania z zakresu pierwszej pomocy były kontynuowane. Dziecko zostało zaintubowane a następnie podłączone do respiratora. Podjęte działania przelożyły się na powrót hemodynamicznie wydolnej czynności serca z częstością 103 skurczy na minutę, źrenice (wcześniej szerokie) zwęziły się, skóra zaróżowiła, powód podjął próby samodzielnego oddechu, wobec czego zabezpieczono go do transportu (założono i zabezpieczono wenflon, zabezpieczono rurkę intubacyjną, zapięto pasy, podłączono go do monitora) a następnie podjęto decyzję o jego przewiezieniu na Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) pozwanego SP ZOZ w K.. Wszystkie czynności przy małod. powodzie od przybycia karetki do podjęcia decyzji o powrocie trwały ok. 25 min. Mimo prób samodzielnego oddechu po stronie dziecka J. S. nie zdecydował się na odłączenie go od respiratora, aby nie doprowadzić do niewydolności krążenia. W czasie transportu kilkakrotnie dokonywano odessania wydzieliny z dróg oddechowych. W drodze z miejsca wypadku do siedziby pozwanego ad. 1 (przejazd trwał ok. 17 min.) dziecku towarzyszyła matka, która zajęła miejsce tuż obok kierowcy i obserwowała czynności podejmowane przez zespół karetki, jednakże widoczność była w tym miejscu ograniczona, z uwagi na zamontowane przepierzenie do części w której chłopiec się znajdował. Po przewiezieniu dziecka na SOR, z oddziału dziecięcego zeszła doń lekarz M. K., która jednakże nie badała powoda i anestezjolog A. G.. W Szpitalu w K. podano powodowi relanium i mannitol i nie dostrzeżono żadnych nieprawidłowości w ułożeniu rurki intubacyjnej, a następnie podjęto decyzję o przekazaniu powoda do wysokospecjalistycznej placówki w P. (po telefonicznym uzgodnieniu tego z (...) kliniką) z uwagi na brak dziecięcego Oddziału Intensywnej (...) w pozwanym SP ZOZ. Transport na trasie z K. do P. był wykonywany przez tą samą karetkę i z tą samą załogą co na trasie ze Z. do K. i trwał ok. 60 minut. Karetka wyruszyła w tę trasę ok. 12.55. W czasie tego transportu stan powoda był stabilny, a wszystkie jego funkcje życiowe zachowane (tony serca były czyste, praca serca miarowa, nad polami płucnymi szmer był symetryczny, okresowo miało miejsce prężenie kończynowe, źrenice powoda prawidłowo reagowały na światło, a ich szerokość była normalna, skóra miała prawidłowy różowy kolor), jakkolwiek nadal pozostawał on nieprzytomny. W trakcie transportu podawano powodowi leki (relanium, mannitol, NaCl).

Od momentu przyjazdu karetki na teren Szpitala (...) w P. do przewiezienia powoda na Dziecięcy Oddział Intensywnej (...) minęło nie więcej niż 5-10 minut (szpital przyjmujący był bowiem wcześniej telefonicznie poinformowany o przyjeździe powoda). W tym czasie nastąpiło wyciągnięcie noszy z karetki, odblokowanie aparatury i przełożenie jej na nosze, przemieszczenie powoda na OIOM, przekazanie dokumentów i zdanie ustnej relacji o transportowanym przez lekarza karetki lekarzowi przejmującemu chorego. W czasie transportu stan powoda był weryfikowany na

podstawie wskazań respiratora i urządzenia lifepack oraz na podstawie oceny wizualnej cały czas towarzyszącego mu zespołu medycznego. Zespół ratunkowy nie zaobserwował żadnych alarmujących symptomów u powoda. Przyjmujący małego w (...) klinice lekarz G. B. (1) stwierdziła obecność treści pokarmowej w rurce intubacyjnej (wielkości nr 4) zatykającej jej światło i wysunięcie się tejże rurki w taki sposób z dróg oddechowych dziecka, że znalazła się ona w jego przełyku. Brzuch powoda był znacznie wysklepiony ponad klatkę piersiową, jego oddech był samoistny, wysiłkowy obok rurki intubacyjnej. Nie dokonano jednak wówczas weryfikacji położenia rurki poprzez zdjęcie RTG klatki piersiowej (z uwagi na brak czasu) czy poprzez kapnometrię (z uwagi na zatkanie rurki treścią pokarmową), natomiast po założeniu zgłębnika, odessaniu powietrza i treści pokarmowej, od razu wymieniono zaczopowaną rurkę intubacyjną na nową, o średnicy 5,0.

W dniach od 3 do 10 maja 2011 r. powód przebywał na Oddziale IX Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pediatricznej Szpitala (...) w P. z rozpoznaniem ostrej niewydolności oddechowej, zatrzymania krążenia ze skuteczną resuscytacją i zapalenia płuc wywołanego zachłyśnięciem się pokarmem lub wymiocinami. Stwierdzono także rozległe zmiany mięszone w obu płucach. Oddech powoda miał charakter wysiłkowy, obok rurki intubacyjnej, a zatem wdrożono procedurę oddychania wspomaganego respiratorem. Położenie nowej rurki intubacyjnej zostało skorygowane po wykonaniu RTG klatki piersiowej. W toku leczenia wdrożono respiratoroterapię, analgesję, neuroprotekcję, antybiotykoterapię i płynoterapię. Po wykonaniu badania KT głowy nie stwierdzono obrzęku mózgu. Wybudzanie dziecka rozpoczęło w siódmej dobie po przewiezieniu do P..

Następnie powód został przewieziony na Oddział XIV/1 Kliniki (...) w P., gdzie przebywał w dniach od 10 do 22 maja 2011 r. Przy przyjęciu rozpoznano u powoda nieżyt ostry żołądkowo-jelitowy wywołany przez rotawirusy, zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego, porażenie czterokończynowe, niedowład spastyczny czterokończynowy, zapalenie płuc wywołane zachłyśnięciem się oraz napady bezdechu afektywnego. Powód nie nawiązywał kontaktu wzrokowego i werbalnego z otoczeniem, nie reagował na bodźce dotykowe. Badanie MR głowy wykazało poszerzenie układu komorowego w niewielkim stopniu nadnamiotowo, poszerzenie podpajęczynówkowe na sklepiściach płatów czołowych, w szczelinach Sylwiusza i w biegunach skroniowych, niewielką torbiel w lewym, środkowym dole czaszki, zmiany o charakterze niedotlenieniowo-niedokrwiennym. Podczas hospitalizacji powód był rehabilitowany ruchowo i oddechowo.

W dniach od 22 do 30 maja 2011 r. powód przebywał na Oddziale VIII Kliniki (...) w P. z rozpoznaniem niedowładu spastycznego czterokończynowego, stanu po zatrzymaniu krążenia oraz ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego o etiologii rotawirusowej i wskazaniem obserwacji w kierunku padaczki. Badanie RM głowy wykazało poszerzenie przestrzeni podpajęczynówkowych na sklepiściach płatów czołowych, skroniowych, nie stwierdzono jednak świeżych ognisk niedokrwienia. Wykonane RTG klatki piersiowej wykazało całkowite ustąpienie zmian zapalnych. Lekarz prowadzący zalecił stałą opiekę neurologiczną i intensywną rehabilitację małego powoda.

M.. M. M. (1) przeszedł również rehabilitację w dniach od 09 czerwca do 21 lipca 2011 r. w ZOZ - Szpitalu (...) Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w G.. Celem podejmowanych działań rehabilitacyjnych była normalizacja napięcia jego mięśni, nauka przyjmowania i utrzymania pozycji w linii środkowej, nauka skracania i wydłużania boków, poprawa aktywności mięśni brzucha, poprawa kokontrakcji w obrębie barków i bioder, poprawa koordynacji oko-ręka, przyjmowania pozycji siedzącej, nauka przechodzenia do pozycji wyższych oraz poprawa funkcji ręki. Wdrożono leczenie kinezy i fizykoterapeutyczne, terapię w sali „doświadczenie świata”. Powód był również poddawany konsultacjom logopedycznym i psychologicznym. W dobrym stanie ogólnym został wypisany do domu z uwagi na osiągnięcie wyraźnej poprawy.

Następnie, w dniu 19 sierpnia 2011 r. powód został ponownie przyjęty na Oddział XIV/1 Kliniki (...) w P. w celu zakończenia procesu terapeutycznego. Wykonane badanie MR głowy wykazało lekki zanik korowo-podkorowy mózgowia wraz z cechami niedotlenienia/niedokrwienia. Lekarz prowadzący stwierdził u małego powoda utrzymujący się niedowład spastyczny czterokończynowy jednak z tendencją do ustępowania spastyki i poprawy funkcji motorycznych. Powód w pozycji siedzącej wykazywał cechy lekkiego stopnia ataksji, jak również drżenie głowy.

Inicjator procesu w dalszym ciągu wymaga rehabilitacji i stymulowania rozwoju pod opieką poradni specjalistycznych, jednakże rokowania na przyszłość są dobre. Od 2011 r. pozostaje pod opieką Poradni P.-Pedagogicznej nr 4 w P., z uwagi na fakt, iż stwierdzono u niego opóźnienia w rozwoju zarówno w sferze słowno-pojęciowej, jak i poznawczej. Również funkcje analizatora wzrokowego oraz rozwój procesów koordynacji wzrokowo-ruchowej są ukształtowane u niego na poziomie niższym niż przeciętny. U powoda stwierdzono także trudności w koncentracji. Od dnia 12 stycznia 2012 r. przechodzi on terapię logopedyczną z uwagi na zdiagnozowane wielopłaszczyznowe zaburzenia mowy utrudniające prawidłowe kontakty werbalne oraz niedobory w funkcjonowaniu językowym.

Ponadto powód jest rehabilitowany w (...) Centrum (...). Czyni duże postępy, jednakże niekiedy ma problemy z bezdechem, zaburzeniami koordynacji i koncentracji. Leczenie odbywa się również w Poradni Neurologii Wieku Rozwojowego.

Dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego (k. 13-19), karta informacyjna leczenia szpitalnego (k. 20-21), karta informacyjna leczenia szpitalnego (k. 22-24), karta informacyjna leczenia szpitalnego (k. 25-26), karta informacyjna leczenia (k. 45-46), zaświadczenie o stanie zdrowia (k. 47), informacja 29/14/2012-13 (k. 48), zaświadczenie z dnia 26 sierpnia 2013 r. (k. 49), dokumentacja medyczna (k. 56-64), karta pobytu pacjenta (k. 131), zlecenie na transport sanitarny (k. 131 v), zaświadczenie o stanie zdrowia (k. 138), karta wyjazdu pogotowia ratunkowego (k. 139, 148 i 150), oświadczenie z dnia 1 lutego 2012 r. (k. 151), historia choroby (k. 160), skierowanie do szpitala (k. 161), dokumentacja medyczna (k.162-182), poradnia rehabilitacyjna – historia choroby (k. 188-193), historia choroby (k. 196-200), historia choroby ogólna (k. 201-205), dokumentacja medyczna (k. 206-300), dokumentacja medyczna (...) (k. 302), dokumentacja medyczna (k. 304-309), zeznania M. M. (6), opinia logopedyczna (k. 369), zeznania świadka J. S. (k.413-415 i k. 673-677), zeznania świadka M. K. (k. 415-416), zeznania świadka D. P. (k. 416-418 i 698-700), zeznania świadka A. Ś. (k. 467-469), zeznania świadka G. B. (1) (k. 503-504)

Dnia 17 sierpnia 2011 r. Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w P. zaliczył powoda do osób niepełnosprawnych. W orzeczeniu o niepełnosprawności wskazano, że powód wymaga korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych) świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe i inne placówki; korzystania ze stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, stałego współdziałania na co dzień opiekuna w procesie leczenia i rehabilitacji. Kolejne orzeczenie o niepełnosprawności zostało wydane na okres do dnia 30 września 2015 r.

W związku z orzeczoną niepełnosprawnością powód otrzymywał w okresie od 01 czerwca 2011 r. do 31 sierpnia 2013 r. zasiłek pielęgnacyjny w wysokości 153 zł miesięcznie, zaś w okresie od 01 września 2011 r. do 31 sierpnia 2013 r. świadczenie pielęgnacyjne w wysokości 520 zł miesięcznie. Ponadto w okresie od 01 lipca 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. otrzymywał pomoc finansową w wysokości po 100 zł miesięcznie w ramach rządowego programu wspierania osób pobierających świadczenie pielęgnacyjne. Decyzją z dnia 29 października 2013 r. rodzice powoda otrzymali zasiłek rodzinny na powoda w wysokości 77 zł miesięcznie, zaś od dnia 01 września 2014 r. 106 zł miesięcznie, na córki K. M. i P. M. (starsze siostry powoda) w wysokości po 106 zł miesięcznie na każdą. Ponadto z tytułu rehabilitacji i kształcenia dziecka niepełnosprawnego przyznany został rodzicom powoda zasiłek w wysokości 60 zł miesięcznie, zaś od 01 września 2014 r. 80 zł miesięcznie. (...) Centrum (...) przyznało im również dodatki z tytułu wychowania dziecka w rodzinie wielodzietnej i rozpoczęcia roku szkolnego. Kolejne świadczenia (zasiłek pielęgnacyjny z tytułu niepełnosprawności w wysokości 153 zł miesięcznie, świadczenie pielęgnacyjne w wysokości 620 zł miesięcznie, pomoc finansowa w wysokości 200 zł miesięcznie) zostały przyznane małż. M. decyzjami z dnia 03 października 2013 r. i 07 października 2013 r.

Dowód: orzeczenie o niepełnosprawności z dnia 17 sierpnia 2011 r. (k. 29), orzeczenie o niepełnosprawności z dnia 6 września 2013 r. (k. 30), decyzja z dnia 9 września 2011 r. (k. 31), decyzja z dnia 3 października 2011 r. (k. 32), decyzja z dnia 22 sierpnia 2012 r., decyzja z dnia 29 października 2013 r. (k. 87), decyzja z dnia 17 października 2013

r. (k. 88), decyzja z dnia 3 października 2013 r. (k. 89), decyzja z dnia 7 października 2013 r. (k. 90), decyzja z dnia 7 października 2013 r. (k. 91)

Pozwany ad. 2 zajmuje się działalnością ubezpieczeniową i został wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego – Rejestru Przedsiębiorców pod nr (...). Pozwany ad. 1 zawarł z pozwanym ad. 2 w dniu 17 marca 2011 r. umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na okres od dnia 01 kwietnia 2011 r. do dnia 31 marca 2012 r.

Dnia 31 października 2011 r. powód zgłosił szkodę pozwanemu ad. 2 i zażądał 400.000 zł zadośćuczynienia za ból i cierpienie, miesięcznej renty w wysokości 2.000 zł oraz ustalenia odpowiedzialności pozwanego ad. 2 na przyszłość. Dnia 30 listopada 2011 r. powód zgłosił pozwanemu ad. 2 - z wykorzystaniem udostępnionego przez niego formularza - szkodę na osobie związaną z doznanym rozstrojem zdrowia.

Pismem z dnia 02 maja 2012 r. pozwany ad. 2 wskazał, że nie znalazł on podstaw do przyjęcia odpowiedzialności i wypłaty na rzecz powoda świadczenia z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej pozwanego ad.1. W ocenie pozwanego ad. 2 strona powodowa nie wykazała szkody, zawinionego zachowania personelu placówki medycznej i łączącego te dwa elementy normalnego, adekwatnego związku przyczynowego. Pozwany ad. 2 uznał jednak, że powód był nieprawidłowo zaintubowany przez Zespół Pogotowia (...), który go resuscytował, a na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, jak również w kolejnej karetce, która przewoziła powoda do P., nikt nie zweryfikował położenia rurki intubacyjnej. Pozwany ad. 2 wskazał jednakże, iż podjęte przez personel medyczny czynności uratowały powodowi życie, zaś średnica rurki była na tyle niewielka, że mimo niewłaściwego położenia, umożliwiła dopływ powietrza do płuc. Pozwany ad. 2 wskazał też, że przyczyną uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego było zatrzymanie krążenia i oddychania spowodowane zachłyśnięciem, a nie nieprawidłowym postępowaniem ubezpieczonego. Powyższe stanowisko zostało podtrzymane w piśmie z dnia 13 czerwca 2012 r. (k. 158)

Dowód: pismo z dnia 2 maja 2012 r. (k. 13), informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z Rejestru Przedsiębiorców (k. 65-70), potwierdzenie pokrycia ubezpieczeniowego (k. 119), druk zgłoszenia szkody na osobie z ubezpieczeń OC w przypadku doznania obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia (k. 120-121), zgłoszenie szkody z polisy nr (...)PO (...) (k. 122-123), pismo z dnia 12 sierpnia 2011 r. (k. 124), pismo z dnia 13 czerwca 2012 r. (k. 158)

Rodzice powoda, M. i M. małż. M., poza synem wychowują również dwie córki – K. M. (ur. dnia (...)) i P. M. (ur. dnia (...)). Ojciec powoda jest zatrudniony na stanowisku pracownika magazynowego w pełnym wymiarze czasu pracy. Za swoją pracę otrzymywał najpierw wynagrodzenie w wysokości miesięcznej brutto 1.850 zł. a od 01 maja 2014 r. w wysokości 2.250 zł brutto. Matka powoda, M. M. (7) była zatrudniona od dnia 01 lipca 2002 r. do dnia 31 sierpnia 2011 r. na stanowisku pracownika ochrony.

Dowód: umowa o pracę z dnia 30 kwietnia 2012 r. (k. 27), zaświadczenie o zatrudnieniu (k. 28), odpis skrócony aktu małżeństwa (k. 34), odpis skrócony aktu urodzenia (k. 35-36), umowa o pracę z dnia 31 stycznia 2014 r. (k. 86), świadectwo pracy (k. 136 v – 137)

Obecnie stan powoda uległ znaczącej poprawie, niedowład spastyczny czterokończynowy ustąpił, porusza się niemalże bez większych problemów, jednakże nadal jest rehabilitowany z uwagi na problemy z motoryką, wymową, etc. Wymaga również sporadycznego korzystania z pampersów oraz dowożenia na zabiegi rehabilitacyjne.

Dowód: zeznania rodziców powoda M. i M. M. (6) (k. 351-355)

Sąd Okręgowy podstawą ustalenia stanu faktycznego uczynił dowody wyżej wymienione.

Zgodnie z art. 244 § 1 k.p.c. dokumenty urzędowe, sporządzone w przepisanej formie przez powołane do tego organy władzy publicznej i inne organy państwowe w zakresie ich działania, stanowią dowód tego, co zostało w nich urzędowo zaświadczone. Znajdująca się w aktach sprawy dokumentacja medyczna nie stanowi jednak dokumentu urzędowego. Zgodnie z art. 244 k.p.c. dokumentem urzędowym jest dokument sporządzony w przepisanej formie przez powołane do tego organy władzy publicznej i inne organizacje państwowe w zakresie ich działalności, jak również organizacje

zawodowe, samorządowe, spółdzielcze i inne organizacje pozarządowe w zakresie zleconych im przez ustawę spraw z dziedziny administracji publicznej. O formie załączonej do pozwu dokumentacji medycznej stanowią przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 roku, poz. 159 ze zm.). Jednakże nie sposób przyjąć, iż pozwany Szpital należy do wymienionych w art. 244 k.p.c. podmiotów prawa publicznego. Brak jest przepisu szczególnego, który nakazywałby traktować przedmiotową dokumentację medyczną w postaci historii choroby, jako dokumentu urzędowego. Stąd też dokumentacja medyczna została potraktowana jako dokument prywatny, stanowiący dowód tego, że osoba, która go podpisała, złożyła oświadczenie zawarte w dokumencie (art. 245 k.p.c.). Zgromadzone dowody z dokumentów prywatnych, Sąd uznał za w pełni wiarygodne i przydatne dla ustalenia stanu faktycznego w niniejszej sprawie. Podkreślić należy, że w toku procesu nie zostały ujawnione jakiegokolwiek podstawy uzasadniające odmówienie tym dokumentom przymiotu wiarygodności bądź autentyczności.

Przechodząc do oceny osobowych źródeł informacji, Sąd zeznania ojca powoda, M. M. (6) oraz jego matki M. M. (7), ocenił jako wiarygodne, w zakresie, w jakim opisywali oni przebieg reanimacji powoda wykonywanej przez zespół karetki jak i dalszych działań medycznych podejmowanych wobec niego. W pozostałym zakresie ich zeznania Sąd uznał za niewiarygodne. Sąd zauważył, że nie znalazły potwierdzenia, w tym w szczególności w opinii biegłego, twierdzenia M. M. (6) w zakresie, w jakim wskazywał on na związek między nieprawidłowym zaintubowaniem syna a konsekwencjami zdrowotnymi dlań zdarzenia z 03.05.2011r. Ojciec powoda nie posiadał również wiedzy na temat stanu powoda w czasie jego przewożenia karetką, jak i w czasie dalszego jego transportu wewnątrz (...) szpitala klinicznego, albowiem nie był przy synu w czasie tego transportu, w karetce z małoletnim przemieszczała się jego matka. Jednakże i ona miała ograniczoną możliwość obserwowania dziecka w trakcie tego przemieszczania albowiem zajęła miejsce w pojeździe obok kierowcy oddzielone przegrodą, od tej części karetki, w której przewożony był małoletni powód. Zeznania ojca powoda, w części w której dopatrywał się on błędów w udzielaniu pomocy medycznej jego synowi na SOR-ze w K. nie zostały także potwierdzone opinią biegłego sądowego zasięganą w czasie procesu. Wg tej opinii do wysunięcia się rurki intubacyjnej z dróg oddechowych doszło z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością dopiero w trakcie transportu małoletniego szpitala klinicznym w P.. Również niezgodna z opinią biegłego pozostaje relacja M. M. (6), w myśl której powód miał wpaść w histerię w trakcie pobytu na (...)ze w K. i próbować sobie wyrwać rurkę intubacyjną, podczas gdy biegły jednoznacznie wykluczył, aby w stanie w jakim powód się wówczas znajdował mogło dojść do takiej sytuacji. Ojciec powoda twierdził w swoich depozycjach procesowych, że na (...)ze w K. nie było lekarza, który mógłby zająć się jego synem, co nie znalazło potwierdzenia w zeznaniach świadków w tym lekarzy pozwanego szpitala: M. K., A. G. czy J. S., A. S. tj. członków zespołu karetki udzielającej pomocy chłopcu informujących, że przy przyjęciu powoda w tym miejscu było przy nim dwoje lekarzy. Również czas pobytu na SOR został określony przez biegłego jako bardzo krótki, wbrew odmiennej sugestii ojciec chłopca.

Z kolei odnosząc się do zeznań matki powoda, wymaga podkreślenia, że oświadczyła ona, iż nie pamięta, czy na SOR w K. dziecko było sine, jak też, że zasinienie obserwowane u niego po przybyciu do P. było istotnie mniejsze niż po zachłyśnięciu. Wskazuje to na poprawę stanu chłopca w wyniku przeprowadzonej reanimacji i podejmowanych wobec niego dalszych działań medycznych w trakcie przewozu do (...) Kliniki i koresponduje z zeznaniami obsady karetki, lekarzy szpitala w K. i opinia biegłego sądowego.

Zeznania świadka J. S. Sąd ocenił jako wiarygodne. W sposób wewnętrznie spójny i logiczny potrafił on bowiem odtworzyć przebieg akcji reanimacyjnej powoda, wyjaśnić cel i zasadność podejmowanych przez zespół karetki działań. Zeznania świadka były przy tym spójne z zebrany w sprawie pozostałym materiałem dowodowym, w tym przede wszystkim z opinią biegłego. Świadek przekonująco wyjaśnił wskazane przez biegłego anestezjologa braki w dokumentacji medycznej, zeznając, iż brak adnotacji o określonych parametrach życiowych małoletniego w czasie transportu do P. świadczył, iż pozostawały one w normie, nadto w ocenie Sądu, w zgodzie z zasadami doświadczenia życiowego pozostaje twierdzenie, iż niekiedy dynamika akcji ratunkowej uniemożliwia systematyczne wypełnianie Karty Wyjazdowej. Także zeznania świadka w przedmiocie przebiegu transportu powoda na etapie bezpośrednio poprzedzającym dostarczenie go na OIOM w (...) szpitalu w sposób logiczny wyjaśniały dlaczego to właśnie na tym etapie najprawdopodobniej doszło do wysunięcia się rurki intubacyjnej z dróg oddechowych.

Również zeznania św. D. P. Sąd ocenił jako w istotnej części wiarygodne, choć dostrzegł, że świadek podał, iż powód był badany na SOR w K. przez „panią doktor”, podczas gdy z zeznań M. K. jednoznacznie wynikało, iż nie uczestniczyła ona w badaniu M. M. (1), że skupiała się na wystawieniu dla niego skierowania na OIOM dziecięcy w (...) klinice i ustaleniu numeru telefonu do tego docelowego miejsca leczenia chłopca. Św. P. co istotne przyznał, że nie uczestniczył jako ratownik, w tym co przy powodzie robili lekarze (...)u w K.. Co istotne, zeznania świadków D. P. i J. S., są ze sobą zasadniczo zgodne, a każde z nich z osobna logiczne i spójne. Przede wszystkim oboje zgodnie wskazywali, że ostatni etap transportu powoda do (...) kliniki był szczególnie trudny albowiem trzeba było w nim wykonywać wiele czynności jednocześnie – wydobywając chłopca z karetki - monitorując stan pacjenta. Te zeznania są również zgodne z opinią biegłego. Co więcej, świadek podkreślił, że obecnie transport chorego na oddział odbywa się pod opieką dwóch członków zespołu ratunkowego, a nie trzech, jak to miało miejsce w przypadku powoda.

Zeznania A. S., pielęgniarki która znalazła się w zespole karetki, również były spójne i zgodne z zeznaniami D. P. i J. S.. Istotne było spostrzeżenie świadka, że na miejscu zachłyśnięcia, dziecko było przenoszone przez matkę do karetki w nieprawidłowej pozycji. Świadek nie relacjonowała przebiegu pomocy udzielanej powodowi na (...)ze w K., wskazując, że tym czasie skupiała się na uzupełnieniu wyposażenie karetki w leki potrzebne jej do dalszej pracy, albowiem wszystko to co zostało zużyte musiało zostać uzupełnione.

Zeznania świadka A. D. Sąd ocenił jako wiarygodne i przydatne dla sprawy, w zakresie w jakim opisała ona stan małol. M. M. (1) przed i po wypadku z 03.05.2011r. Natomiast przebieg jego leczenia od momentu udzielenia powodowi pierwszej pomocy przez zespół karetki aż do opuszczenia przezeń Szpitala (...) w P. świadek ta знаła tylko z dokumentacji medycznej, gdyż nie uczestniczyła bezpośrednio w procesie leczenia powoda w tym okresie. Wszelkie jej rozważania na temat prawidłowości dokonanej intubacji dziecka miały więc jedynie charakter teoretyczny.

Jakkolwiek zeznania świadka M. K. Sąd ocenił jako wiarygodne, to były one mało przydatne dla sprawy, albowiem świadek nie pamiętała wielu istotnych okoliczności, jak też nie badała powoda. Jej udział w akcji ratunkowej ograniczył się do wypełnienia dokumentacji medycznej i znalezienia miejsca dla małoletniego M. M. (1) na OIOM w P.. Także zeznania świadka A. G., anestezjologa w SP ZOZ w K., również nie wniosły istotnych informacji dla ustalenia stanu faktycznego w przedmiotowym procesie, albowiem świadek nie pamiętał przypadku powoda, potrafił zaś jedynie wskazać czynności rutynowo podejmowane w takich jak jego przypadkach. Z kolei świadek A. Ś. nie pamiętała okoliczności przyjęcia powoda na oddział OIOM szpitala klinicznego przy ul. (...) w P. albowiem nie brała bezpośredniego udziału w tym zdarzeniu, a jej zeznania opierały się przede wszystkim na lekturze dokumentacji medycznej przed przybyciem na wezwanie sądu w toku procesu. Jednakże świadek podkreśliła, iż treść pokarmowa, która zaczepowała rurkę intubacyjną powoda, mogła pochodzić zarówno z jego układu pokarmowego, jak i z układu oddechowego. Świadek stwierdziła także, że wpis lekarza przyjmującego powoda do (...) szpitala tj. G. B. (1), iż rurka intubacyjna znajdowała się poza jego drogami oddechowymi należy odczytywać wyłącznie jako podejrzenie takiego stanu rzeczy albowiem nie przeprowadzono wówczas ani pomiaru dwutlenku węgla metodą kapnometrii ani zdjęcia radiologicznego klatki piersiowej chłopca – co wyjaśniało by tę kwestię w sposób bezsporny.

Zeznania świadka G. B. (1) w dużej mierze opierały się na archiwalnej dokumentacji medycznej powoda, albowiem, jak sama wskazała, nie pamiętała już okoliczności sprawy. Jednakże jej zeznania w kształcie, w którym zostały złożone Sąd uznał za wiarygodne. Pozostawały one bowiem spójne z pozostałym materiałem dowodowym, a świadek wyraźnie oddzielała okoliczności, co do których była pewna, od tych, które były jedynie jej hipotezami.

Dla ustalenia stanu faktycznego przydatna okazała się w całej rozciągłości opinia biegłego sądowego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii dra n. med. S. R. (1) - biegłego sądowego z zakresu anestezjologii. (k. 515-518, 548-552, 560-563, 721-726). Należy podkreślić, iż opinia biegłego podlega ocenie, jak każdy inny dowód, według art. 233 § 1 k.p.c. Jednak w wypadkach opinii biegłego, gdy w grę wchodzi wiedza specjalistyczna, kontrola wiarygodności opinii i wypowiedzi biegłego jest istotnie utrudniona. Dokonując oceny Sąd kontroluje wnioski i wywody opinii, pod kątem widzenia ich zgodności z zasadami logiki, poziomu wiedzy biegłego, sposobu motywowania przezeń stanowiska czy podstaw opinii.

Wskazać trzeba, że wnioski zawarte w opinii biegłego dr S. R. poddawały się pozytywnej ocenie Sądu, gdyż pozostawały w zgodzie z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, a osoba je sporządzająca dysponowała niewątpliwie poziomem wiedzy, doświadczeniem życiowym i zawodowym adekwatnym do stwierdzenia okoliczności objętych tezami dowodowymi. Ponadto, sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych przez biegłego wniosków, nie budził zastrzeżeń Sądu.

Biegły wyraźnie wskazał, że w chwili przekazania dziecka przez rodziców zespołowi ratownicznemu było ono sine i nie oddychało, co świadczyło o głębokim niedotlenieniu krwi, a co za tym idzie, mózgu i innych tkanek całego organizmu. Stan ten mógł trwać ok. 10 minut. Dalej jednoznacznie pozytywnie ocenił on działania lekarza pogotowia udzielającego powodowi pomocy, w tym prawidłowe umieszczenie przezeń rurki intubacyjnej w drogach oddechowych pacjenta. Stwierdził też, że rurka intubacyjna mogła się wysunąć na dalszych etapach transportu z uwagi na jej cechy konstrukcyjne (rurki stosowane u dzieci pozbawione są tzw. mankietu uszczelniającego, który dodatkowo je stabilizuje) i najprawdopodobniej nastąpiło to dopiero w P., w czasie przemieszczania powoda na noszach z karetki na OIOM. Mimo braku odnotowania stosownych informacji w Karcie W. Pogotowia (...) (niedostosowanej nota bene do zapisu takich obserwacji), biegły przyjął, że zespół medyczny monitorował stan zdrowia powoda oraz jego podstawowe funkcje życiowe, na co jednoznacznie wskazują (poza zeznaniami ratownika medycznego i lekarza karetki) zanotowanie takich parametrów jak saturacja czy częstotliwość skurczów mięśnia sercowego – których wartości odczytać można tylko z zapisów EKG czy pulsoksymetru. Jedynym zastrzeżeniem jakie biegły poczynił wobec pracy obsady karetki czy lekarzy szpitala w K. było to, że zaniechali oni zamieszczenia wszystkich informacji o parametrach życiowych pacjenta w sporządzonej dokumentacji.

Biegły w sposób jednoznaczny i stanowczy stwierdził, iż nie doszło do błędu w sztuce przy intubowaniu powoda i udzielaniu mu pomocy medycznej przez zespół karetki pogotowia czy lekarzy (...)u w K.. Był on cały czas monitorowany i prawidłowo medycznie prowadzony. Moment wysunięcia się rurki intubacyjnej, jej zaczopowania treścią pokarmową w jego ocenie nastąpił po wyjęciu noszy z powodem z karetki i transportowania go na oddział (...) kliniki. O ile bowiem w karetce pacjent leży na noszach, które są stabilnie przymocowane do podłoża a sprzęt monitorujący jest bezpiecznie przymocowany do ściany pojazdu, stąd zespół karetki może skupić się na chorym, to moment opuszczania samochodu i przemieszczania osoby transportowanej na oddział jest czasem, w którym trzeba zwracać uwagę na bardzo wiele różnych elementów bo i stan pacjenta, i stabilność przewożonego z nim sprzętu, należy pchać nosze, otwierać drzwi, przemieszczać się windą. Zdaniem biegłego tylko w takich okolicznościach mogło dojść do niezauważonego od razu przez personel karetki i krótkotrwałego przemieszczenia się rurki intubacyjnej. Biegły z całą stanowczością stwierdził, udzielając odpowiedzi na wszystkie pytania formułowane przez stronę powodową do jego opinii głównej, że gdyby do wysunięcia się rurki doszło jeszcze w Szpitalu w K., to dziecko nie przeżyłoby transportu do P.. Wysklepienie się brzucha ponad klatkę piersiową u tak małego pacjenta jak powód może powstać w wyniku zaledwie kilku oddechów wspomaganych respiratorem – przy przemieszczeniu się rurki intubacyjnej, a zatem zaobserwowanie tego objawu, w momencie przekazywania transportowanego (...) placówce klinicznej zdaniem biegłego, nie przeczy tezie o wysunięciu się rurki na ostatnim etapie transportu. Biegły nie dopatrywał się uchybień w organizacji pracy na (...)ze w K., gdzie po przybyciu karetki powód był badany przez anestezjologa, a drugi lekarz w tym czasie organizował miejsca dla powoda w placówce wysokospecjalistycznej. Oceniając wpływ wysunięcia się rurki na późniejszy stan zdrowia powoda, biegły wskazał, że współczesna medycyna nie ma odpowiednich narzędzi, które pozwoliłyby na ocenę, czy ewentualne (jak oceniła to G. B.) wysunięcie się owej rurki z dróg oddechowych w ostatniej fazie transportu małol. M. M. (1) pogłębiło uszkodzenia neurologiczne spowodowane pierwotnym niedotlenieniem po zakrzuszeniu. Stwierdził tu jedynie, że prawdopodobnie nie doszło przy tym incydencie do pogłębienia uszkodzenia mózgu powoda a motywował to czasem trwania owej sytuacji i zachowanym jednak przez małego samodzielny oddechem. Biegły zaprzeczył również, by powód w stanie utraty przytomności (głębokiej śpiączki) mógł wykonywać jakiegokolwiek ruchy celowe, w tym zmierzające do usunięcia rurki intubacyjnej i w sposób jasny i zrozumiały wyjaśnił stan, w którym małeletni się wówczas znajdował.

Biegły w pełni podtrzymał również swoje stanowisko zeznając na rozprawie (k. 560-564). I wtedy wyraźnie wskazał, że nie znalazł żadnych istotnych błędów analizując stan faktyczny sprawy w postępowaniu załogi karetki pogotowia,

a tym bardziej wykluczył, by podczas intubacji powoda doszło do błędu medycznego – jednoznacznie stwierdzając, że resuscytacja i intubacja uratowały mu życie. Dopiero na etapie transportu na OIOM w Szpitalu (...) mogło dojść do zaczopowania się rurki i do jej przemieszczenia się, w przeciwnym razie wystąpiłaby niewydolność oddechowa, co było by w pełni czytelne dla załogi karetki. Ponadto gdyby do zaczopowania rurki doszło w karetce, to respirator zaalarmował by ratowników o wzrastającym ciśnieniu w drogach oddechowych. Dodatkowo biegły wskazał, że z uwagi na niewielką (80-100 ml) objętość żołądka u dzieci, wysklepienie brzucha w wyniku przemieszczenia się rurki intubacyjnej i wentylowania układu pokarmowego zamiast układu oddechowego, może pojawić się w przeciągu jednej minuty. Ponadto wentylowanie żołądka doprowadza do wymiotów, co nie mogło by umknąć uwadze zespołu karetki, gdyby do wysunięcia rurki z dróg oddechowych doszło w czasie przewozu. Zaczopowanie rurki intubacyjnej w wyniku wymiotów musiałoby zostać odnotowane przez lekarza przyjmującego w Szpitalu (...) w P., a nie miało to miejsca (wskazano jedynie na zatkanie rurki treścią pokarmową, nie zaś treścią pokarmową i sokami żołądkowymi). Biegły nie dopatrywał się nieprawidłowości przy mocowaniu rurki intubacyjnej.

Postanowieniem z dnia 20 maja 2016 r. (k. 572) Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii biegłego z dziedziny medycyny, specjalisty neurologa dziecięcego na okoliczność czy, a jeżeli tak, to jaki wpływ na stan zdrowia powoda miały ewentualne nieprawidłowości przy udzielaniu powodowi pomocy przez personel karetki pogotowia SP ZOZ w K. polegające na braku nadzoru nad mocowaniem i położeniem rurki intubacyjnej, umożliwienia jej przemieszczenia się, wysunięcia poza drogi oddechowe dziecka – w szczególności przy transportowaniu chłopca z karetki na OIOM i terapii pediatrycznej; czy przełożyło się to na wtórne niedotlenienie małoletniego powoda i zmiany w jego ośrodkowym układzie nerwowym.

Opinia biegłej dr n. med. A. N. (k. 610-612), wskazała, że zmiany niedotlenieniowo – niedokrwiennie obserwowane w badaniu MRI mózgu powoda wykonanym 17.05.2011r. przy braku w szczególności dokumentacji z badań neuroobrazowych (np. USG oun) sprzed 03.05.2011r. mogły już wystąpić w okolicy rogów tylnych komór bocznych na etapie okresu okołoporodowego. Stan neurologiczny powoda w dacie jego badań przeprowadzonych przez biegłą uniemożliwiał jej jednoznaczne rozgraniczenie czego jest wynikiem czy tego co działo się z powodem w okresie okołoporodowym, występujących u niego bezdechów afektywnych – w czasie płaczu, czy zachłyśnięcia się pokarmem i w wyniku tego zatrzymania oddechu i akcji serca, czy okresem transportowania z przemieszczoną rurką intubacyjną. Opinia ta, choć nie kwestionowana przez Sąd i przedstawiająca stan neurologiczny powoda aktualny w dacie jej wydania, w istotnym zakresie - nie mogła się przełożyć na rozstrzygnięcie niniejszej sprawy.

Mając powyższe na uwadze Sąd zważył co następuje:

Powództwo okazało się niezasadne i jako takie podlegało oddaleniu.

Zgodnie z art. 415 k.c., kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Mianem przesłanek odpowiedzialności tradycyjnie określa się uogólnione elementy stanu faktycznego, których łączne wystąpienie jest w świetle przepisów prawa cywilnego niezbędne dla powstania odpowiedzialności odszkodowawczej. W ramach odpowiedzialności ex delicto wyróżniamy trzy jej przesłanki, a mianowicie: szkodę, zdarzenie, z którym ustawa łączy obowiązek odszkodowawczy, oraz związek przyczynowy między dwiema pierwszymi przesłankami.

Szkoda jakiej doznał powód jest bezsporna. Istotne jest jedynie ustalenie, czy za jej wyrządzenie winę ponosi pozwany Szpital – jego lekarze i personel medyczny. Rozpatrując w tym miejscu drugą z wymienionych przesłanek odpowiedzialności, należy podkreślić trzy podstawowe kwestie. Po pierwsze, ogólna formuła deliktu odnosi się do wszelkich podmiotów prawa cywilnego, zarówno do osób fizycznych, jak i prawnych. Po drugie, dotyczy ona każdego czynu człowieka, mogącego przybrać postać działania lub zaniechania dokonania czynności, zarówno psychofizycznej, jak i konwencjonalnej, w tym także zawarcia umowy, np. sprzedaż rzeczy cudzej (por. Radwański, Olejniczak, Zobowiązania 2016, s. 199 i podane tam orzecznictwo), jak również naruszenie uprzednio istniejącego zobowiązania, co spowodowało naruszenie interesów osoby trzeciej, stojącej poza tym zobowiązaniem (Brzozowski, Jastrzębski, Kaliński, Skowrońska-Bocian, Zobowiązania 2016, s. 71). Po trzecie wreszcie, treść komentowanego przepisu odnosi

się do zdarzeń "wyrządzających szkodę drugiemu", co wyznacza podmiotowy zakres odpowiedzialności sprawcy czynu niedozwolonego za jego następstwa.

Podstawową cechą zachowania sprawcy szkody jest jego wina. Kodeks cywilny nie definiuje pojęcia winy, pozostawiając tę kwestię doktrynie i orzecznictwu. Regulacja k.c., posługując się w treści art. 415 pojęciem winy, pozwalała na podtrzymanie ugruntowanego w doktrynie poglądu, iż wina w ujęciu komentowanego artykułu jest pojęciem dwuelementowym. Nie sposób bowiem mówić o winie jako przesłance odpowiedzialności wyłącznie w ujęciu podmiotowym, nie odnosząc jej do ujemnej oceny zachowania się sprawcy szkody. Dlatego też tradycyjnie przyjmuje się, że wina w formule generalnej deliktu składa się z dwóch elementów: obiektywnego określanego mianem bezprawności oraz subiektywnego określanego niekiedy mianem winy sensu stricto (tak wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 maj 2008 r., sygn. akt II CSK 4/08, Legalis). Współcześnie jednak coraz częściej – pod wpływem nauki prawa karnego – postulując rozdzielenie zakresów winy i bezprawności, wskazuje się, że bezprawność jest jedynie przesłanką winy.

Zgodnie z treścią art. 6 k.c., ciężar dowodu istnienia przesłanek przewidzianych w art. 415 spoczywa na poszkodowanym. Niekiedy jest to zadanie trudne i w praktyce niemożliwe do precyzyjnego przeprowadzania. Obowiązek dowodowy poszkodowanego w odniesieniu zwłaszcza do winy sprawcy ułatwiają więc szeroko stosowane domniemania faktyczne (art. 231 k.p.c.). W okolicznościach konkretnego przypadku wystarczy więc dla ustalenia winy sprawcy szkody wykazanie bezprawności jego zachowania się – jako podstawy domniemania faktycznego..

Drugą podstawą prawną, z której odpowiedzialność pozwanego Szpitala mógłby wywodzić powód jest art. 430 k.c. Przesłanki roszczenia z art. 430 są następujące:

- 1) powierzenie wykonania czynności na własny rachunek osobie podlegającej kierownictwu powierzającego;
- 2) zawinione zachowanie podwładnego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności;
- 3) szkoda;
- 4) związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem podwładnego a szkodą.

Dowód co do tych okoliczności, w tym więc również co do winy bezpośredniego sprawcy szkody, obciąża poszkodowanego

Na tle art. 430 k.c. nie można wykluczyć stosowania konstrukcji winy anonimowej, jeżeli jest co najmniej ustalone, że sprawca należy do kręgu podwładnych podmiotu odpowiedzialnego. Jest to szczególnie częsta konstrukcja prawna w przypadku szkód medycznych.

Odpowiedzialność powierzającego jest niezależna od winy własnej i została ukształtowana na zasadzie ryzyka. W konsekwencji nie może on uchylić się od odpowiedzialności, przeprowadzając dowód co do braku winy własnej, w tym m.in. co do starannego wyboru wykonawcy czynności.

Powierzenie wykonania czynności na własny rachunek oznacza, że czynność jest podejmowana w obszarze własnej aktywności powierzającego, z zaangażowaniem własnego interesu powierzającego. Powierzenie może nastąpić na podstawie stosunku prawnego (mającego swoje źródło w umowie cywilnoprawnej, stosunku pracy, ustawie) lub nawet stosunku faktycznego. Zwierzchnikiem określonego pracownika nie jest jego przełożony w rozumieniu wynikającym ze schematu organizacyjnego danej jednostki, lecz sama ta jednostka – jako osoba prawna lub inna jednostka organizacyjna. Istotne jest, by był to taki podmiot, na którego rachunek następuje powierzenie wykonania czynności (tak wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 2 lipca 2014 r., sygn. akt I A.Ca 308/14, L.)

Decydujące znaczenie dla przyjęcia odpowiedzialności z art. 430 k.c. ma istnienie stosunku zwierzchnictwa pomiędzy powierzającym a wykonawcą czynności. Chodzi tu więc o taki układ relacji, który ze swej istoty zakłada podległość wykonawcy wobec powierzającego, a więc obowiązek stosowania się do jego wskazówek. Stosunek podległości istnieje

także wtedy, gdy de facto, mimo istniejących możliwości, powierzający rezygnuje z wpływu na zachowanie się wykonawcy czynności i pozostawia mu swobodną rękę w zakresie podejmowanych czynności. Tak samo należy ocenić sytuację, gdy podwładny nie stosuje się do udzielonych mu wskazówek przy wykonywaniu powierzonej mu czynności.

Zakres zwierzchnictwa w stosunku do tej samej osoby może być zróżnicowany – w zakresie pewnych czynności wykonawca może zachowywać pełną samodzielność i autonomię (i w takim wypadku znajdzie zastosowanie art. 429 k.c.), w zakresie innych czynności będzie podlegał kierownictwu powierzającego (i wtedy podstawą odpowiedzialności będzie art. 430 k.c.). Na pełne poparcie zasługuje tendencja, która umożliwia stosowanie art. 430 k.c. również w sytuacji pozostawienia podwładnemu znaczącego zakresu samodzielności, jeżeli zarazem ogólnie sfera aktywności danego podmiotu podlega kontroli zwierzchnika. Dotyczy to np. oceny sytuacji lekarza wykonującego czynności medyczne na rachunek szpitala (tak wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 listopada 2011 r., sygn. akt IV CSK 308/10, OSN 2011, Nr 10, poz. 116);

Przenosząc powyższe na grunt rozpoznawanej sprawy, zarówno w przypadku roszczeń kierowanych wobec pozwanego Szpitala na podstawie art. 415 k.c., jak i art. 430 k.c., dla przyjęcia odpowiedzialności pozwanego konieczne jest przypisanie mu winy w wykonywaniu świadczeń medycznych wobec osoby powoda – udzielanej mu pomocy po zadławieniu. Bezsprzecznie bowiem powód doznał po 03.05.2011r. znacznych cierpień, a stan jego zdrowia uległ istotnemu pogorszeniu.

Jakkolwiek jeszcze na etapie przedprocesowym strona pozwana przyjęła po swojej stronie błąd w intubacji – opierając się tu na opinii lekarza przyjmującego powoda do (...) szpitala, to jednak przeprowadzone postępowanie dowodowe w tym procesie wykazało, że stanowisko takie nie było w pełni prawidłowe. Już zeznania św. A. Ś. ordynatora Kliniki (...) szpitala im. K. J. wskazały, że diagnoza postawiona przez przyjmującą powoda na OIOM G. B. nie jest bezsporna (może być rozpatrywana wyłącznie w jako podejrzenie tego lekarza), albowiem weryfikacja ułożenia rurki intubacyjnej może nastąpić jedynie poprzez wykonanie zdjęcia radiologicznego klatki piersiowej pacjenta bądź poprzez pomiar dwutlenku węgla metodą kapnometrii – co nie nastąpiło. Także zaobserwowanie wysklepionego ponad wysokość klatki piersiowej pacjenta jego brzucha nie może być uważane za okoliczność jednoznacznie przemawiającą za hipotezą błędnego umiejscowienia rurki intubacyjnej, zwłaszcza w przypadku dziecka (mała objętość żołądka) i przy oddechu wysiłkowym, przy którym, jak wskazała G. B. (1), część powietrza może być połykana i zamiast trafiać do płuc, być kierowana do żołądka. Zatem w przedmiotowym stanie faktycznym biorąc pod uwagę i działania reanimacyjne z intubacją - zespołu karetki w miejscu zachłyśnięcia powoda i ich skutki - przywrócenie funkcji życiowych oraz dalsze działania medyczne wobec małoletniego w czasie jego transportu, pobytu na (...)ze w K. i przewozu do (...) kliniki, brak jest podstaw do przyjęcia, aby intubacja powoda przez lekarza pogotowia była wykonana nieprawidłowo. Ewentualne całkowite wysunięcie się rurki intubacyjnej z dróg oddechowych M. M. (1) lub jej pewne przemieszczenie - z dużą dozą prawdopodobieństwa, kierując się opinią biegłego, nastąpiło dopiero w ostatniej fazie transportu chłopca na (...) kliniki.

W żadnym razie - w procesie nie wykazano, aby rurka intubacyjna od początku, albo w istotnie długim czasie – co można by było kwalifikować jako błąd medyczny, znajdowała się w przełyku powoda, a nie w jego drogach oddechowych. Co ważne treść pokarmowa, która zaczopowała rurkę mogła pochodzić z dróg oddechowych, a niekoniecznie z układu pokarmowego małoletniego M.. A zatem zator w rurce nie jest okolicznością bezpośrednio wskazującą na nieprawidłowe jej założenie lub też wysunięcie się jej w całości z dróg oddechowych powoda.

Z dużą dozą prawdopodobieństwa graniczącego z pewnością – za biegłym dr S. R. Sąd przyjął, że przemieszczenie się rurki intubacyjnej u powoda nastąpiło na ostatnim etapie jego transportu tj. przemieszczania z karetki na (...) szpitala. Albowiem jak wyjaśniał biegły gdyby intubacja od początku nie była prawidłowa, to nie udało by się uratować dziecka – przywrócić jego krążenia i oddechu po zadławieniu. Zaś gdyby przemieszczenie się rurki nastąpiło przy transporcie z miejsca zadławienia do szpitala w K., w którym nie zweryfikowano by jej położenia czy w toku blisko godzinnego transportu do P. – to dziecko udusiło by się przed zalezieniem się w (...) klinice. Zatem najbardziej prawdopodobnym jest, że do przemieszczenia się rurki intubacyjnej doszło na etapie od wyciągnięcia pacjenta na noszach z karetki na terenie Szpitala (...) w P. do przetransportowania go na OIOM tej placówki medycznej. Za

takim stanowiskiem przemawiają i okoliczności, które zawsze wiążą się z transportem chorego na tym etapie, takie jak wstrząsy wywołane wyciąganiem noszy, związane z korzystaniem z windy, pokonywanie zakrętów i ciasnych korytarzy, itp. Jest to dla zespołu ratowniczego zawsze stosunkowo trudny moment, albowiem należy wówczas nie tylko zwracać uwagę na chorego, ale również na stabilność przewożonego z nim sprzętu (respirator, butla z tlenem, worek Ambu, torby z zestawem do intubacji, torby z niezbędnymi lekami), jak również należy pchać same nosze, manewrować nimi, otwierać drzwi. Sąd zgadza się także z biegłym co do tego, że gdyby do wysunięcia się rurki intubacyjnej z dróg oddechowych powoda i jej częściowego zacopowania miało dojść wcześniej, w czasie jazdy karetki, to zespół ratunkowy niewątpliwie dostrzegł by ten fakt, albowiem otrzymałby i odpowiednie sygnały ze strony aparatury medycznej (respirator, lifepack) i na podstawie wizualnej oceny stanu powoda (wysklepienie brzucha, zasinienie, stan źrenic) – stale obserwowanego. Co istotne przy transporcie chorego, od momentu wysunięcia noszy z karetki, do momentu dostarczenia go na OIOM, dochodzi do różnych wstrząsów, w wyniku których może nastąpić przemieszczenie się treści pokarmowej, która dostała się wcześniej do dróg oddechowych pacjenta (tu: przy zadławieniu), zaś odessanie jej na tym etapie jest niemożliwe. Nie sposób również oczekiwać, że w przypadku medycyny ratunkowej, charakteryzującej się ogromną dynamiką, zwłaszcza przy bezpośrednim udzielaniu pacjentowi pomocy, przemieszczaniu się z nim może dojść do - w jakikolwiek sposób niezawinionych - ujemnych następstw procesu leczenia czy transportowania. Jest to niejako wpisane w charakterystykę tej gałęzi medycyny, w której nie można w sposób z góry zaplanowany przeprowadzić wszelkich działań.

Inną kwestią, która wymagała rozważenia było ustalenie wpływu przemieszczenia się rurki intubacyjnej z jej częściowym zacopowaniem się na dalszy stan zdrowia powoda. Na tak postawione pytanie biegły S. R. (1) odpowiedział, a Sąd podzielił taki pogląd, iż w jego ocenie wszelkie trwałe lub długotrwałe ujemne następstwa dla powoda by wynikiem jego zadławienia się, w efekcie którego doszło do zatrzymania krążenia i oddechu - tj. w czasie oczekiwania na przybycie karetki po jej wezwaniu (powód wówczas nie oddychał, zszedł, jego mózg był niedotleniony i niedokrwiony). Taki stan w momencie przybycia pogotowia po ok. 10 min. od wezwania nie wskazywał na prawidłowe/skuteczne udzielanie mu pierwszej pomocy przez osoby z otoczenia, w którym przebywał. W chwili przyjazdu karetki żadna pomoc nie była już mu udzielana a chłopiec był niesiony na rękach przez matkę ze swoją głową przy jej głowie. Reanimacja i intubacja dokonana po przyjeździe karetki uratowała dziecku życie. Późniejszy epizod przemieszczenia się rurki intubacyjnej i jej częściowego zablokowania nie trwał tak długo jak pierwotne niedotlenienie – na co wskazuje stan powoda w momencie przejmowania go przez lekarza (...) szpitala, a w ocenie biegłego nastąpił on na krótko przed tym przekazaniem - w okresie ok. 2 minut przed nim (biorąc pod uwagę czas na wysklepienie się brzucha u dziecka w wieku powoda oraz nie doprowadzenie przez wentylację jego żołądka jeszcze do wymiotów). Co istotne przy tym incydencie dziecko miało jednak zachowany własny oddech, choć wysiłkowy. To zdaniem biegłego przemawia za postawieniem tezy, że nie doszło wówczas do pogłębienia uszkodzenia jego mózgu.

Jedynym strzeżeniem, jakie można było postawić pracownikom pozwanego ad. 1 był niepełny zapis w kartach udzielanej powodowi pomocy - jego parametrów życiowych - na przestrzeni czasu udzielania tej pomocy. Niemniej jednak Sąd miał na uwadze, co podkreślił również biegły dr n. med. S. R. (1), że obowiązująca ówczesnie Karta Wyjazdu Pogotowia Ratunkowego, nie umożliwiała swoimi gabarytami rejestracji takich parametrów oraz że wypełnianie dokumentów następuje przez lekarza pogotowia po dostarczeniu pacjenta do szpitala albowiem wcześniej skupia się on na zajmowaniu się samym pacjentem.

Skoro nie było podstaw do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego ad 1, to nie zachodziły także warunki do odpowiedzialności jego ubezpieczyciela, a to mając na uwadze treść umowy ubezpieczenia i przepisów art. 805 i n. k.c.

Mając na uwadze powyższe, Sąd orzekł jak w punkcie 1 wyroku.

W pkt 2 wyroku Sąd postanowił nie obciążać powoda kosztami procesu. Zgodnie z art. 102 k.p.c. w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Zwolnienie od kosztów sądowych i ustanowienie dla strony adwokata lub radcy prawnego nie zwalnia samo przez się strony od obowiązku zwrotu kosztów przeciwnikowi. Sąd może wprawdzie odstąpić od nałożenia na stronę obowiązku zwrotu kosztów procesu na podstawie art. 102 k.p.c., jednak ustalenie, czy w danych

okolicznościach zachodzą "wypadki szczególnie uzasadnione", ustawodawca pozostawia swobodnej ocenie sądu, która następuje niezależnie od przyznanego zwolnienia od kosztów sądowych. Zasada słuszności, jaką kieruje się sąd stosując omawiany przepis jest wyjątkiem od zasady odpowiedzialności za wynik sprawy i dlatego nie należy jej wyklądać roszszerzająco.

Art. 102 k.p.c. chroni w wypadkach „szczególnie uzasadnionych” stronę przegrywającą w ten sposób, że sąd uwzględniając całokształt okoliczności sprawy może nie obciążyć jej obowiązkiem zwrotu kosztów procesu stronie wygrywającej w ogóle albo też obowiązek ten ograniczyć do części należnych kosztów.

Za zastosowaniem art. 102 k.p.c. przemawiać będzie precedensowy charakter sprawy oraz sytuacji, w których powód mógł być subiektywnie przekonany o słuszności swojego żądania.

Trudna sytuacja życiowa, majątkowa, zdrowotna, osobista, która uniemożliwia pokrycie przez stronę kosztów procesu należnych przeciwnikowi, należy do okoliczności uzasadniających odstępianie od zasady wyrażonej w art. 98 § 1 k.p.c.. Dokonując tej oceny sąd orzekający powinien kierować się własnym poczuciem sprawiedliwości.

W okolicznościach rozpoznawanej sprawy Sąd nie miał najmniejszych wątpliwości, że sytuacja powoda i jego najbliższej rodziny w tym w szczególności stan zdrowia małego M. M. (1) oraz sytuacja materialna jego rodziców przemawiają za zastosowaniem przepisu art. 102 k.p.c. i nieobciążania powoda kosztami procesu w jakiegokolwiek części.

/-/ K. Szmytke