

Sygn. akt I ACa 338/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 września 2012 roku

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny:

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Ryszard Iwankiewicz
Sędziowie:	SSA Eugeniusz Skotarczak (spr.) SSA Agnieszka Sołtyka
Protokolant:	sekretarz sądowy Magdalena Goltsche

po rozpoznaniu w dniu 22 sierpnia 2012 r. na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa P. B. (1)

przeciwko (...) Publicznemu Szpitalowi (...). (...) w S.

o zapłatę, rentę i ustalenie

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 20 marca 2012 r., sygn. akt I C 551/08

I. oddala apelację;

II. zasądza od pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...). (...) w S. na rzecz powoda P. B. (1) kwotę 5.400 (pięciu tysięcy czterysta) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

SSA A. Sołtyka SSA R. Iwankiewicz SSA E. Skotarczak

Sygn. akt I ACa 338/12

UZASADNIENIE

Powód P. B. (1) pozwem z dnia 4 lipca 2008 r., uzupełnionym pismem procesowym z dnia 1 lutego 2012 r. wniósł przeciwko (...) Publicznemu Szpitalowi (...) (...) w S. o zasądzenie kwoty 1.200.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi w następujący sposób: od kwoty 700.000 zł od dnia 29 listopada 2007 r. i od kwoty 500.000 zł od dnia 26 stycznia 2012 r.

Ponadto powód wniósł o zasądzenie od pozwanego comiesięcznej renty w wysokości 12.000 zł, płatnej z góry do 15. każdego miesiąca począwszy od 1 grudnia 2007 r. z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w płatności oraz ustalenie odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać u powoda w przyszłości w następstwie zdarzenia z dnia 24 sierpnia 2007 r., a także zasądzenie od strony pozwanej na rzecz powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) Publiczny Szpital (...) (...) w S. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda kosztów postępowania według norm przepisanych.

Wyrokiem z dnia 20 marca 2012 roku Sąd Okręgowy w Szczecinie zasądził na rzecz powoda małoletniego P. B. (1) od pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) (...) w S.: kwotę 1.200.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami: od kwoty 700.000 zł od dnia 29 listopada 2007 r., od kwoty 500.000 zł od dnia 26 stycznia 2012 r. aż do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę; zasądził na rzecz powoda małoletniego P. B. (1) od pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) (...) w S. rentę w kwocie 12.000 zł miesięcznie, począwszy od dnia 1 grudnia 2007 r., płatną z góry do 15-go każdego bieżącego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami od każdej należnej miesięcznej raty renty do dnia zapłaty, a w razie zwłoki w płatności którejkolwiek z rat w przyszłości wraz z odsetkami ustawowymi aż do dnia zapłaty; ustalił odpowiedzialność pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) (...) w S. za szkody mogące powstać u powoda w przyszłości w następstwie zdarzenia z dnia 24 sierpnia 2007 r., zasądził na rzecz powoda małoletniego P. B. (1) od pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) (...) w S. kwotę 67.200 zł tytułem zwrotu kosztów procesu; zasądził na rzecz powoda małoletniego P. B. (1) od pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) (...) w S. kwotę 43.217 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Orzeczenie tej treści Sąd pierwszej instancji wydał po dokonaniu szczegółowych ustaleń faktycznych wskazanych w pisemnym uzasadnieniu wyroku, z których wynika, że małoletni P. B. (1) urodzony w dniu (...) był dobrego stanu zdrowia i prawidłowo rozwijał się.

Powód był pacjentem lekarza rodzinnego B. Z., która przeprowadziła bilans czterolatka na osobie powoda, a którego celem miała być ocena rozwoju dziecka i ogólnego stanu zdrowia. W czasie bilansu dziecko było zdrowe i nie stwierdzono żadnych odchyłeń od normy, a jedynie stwierdzono u P. B. (1) stulejkę. W związku z tym lekarz rodzinny polecił rodzicom powoda podjęcie zabiegu operacyjnego, zachęcając ich do skorzystania z usług oferowanych przez Specjalistyczny SPZOZ (...) położony przy ul. (...) w S..

Rodzice powoda zdecydowali się jednak na przeprowadzenie powyższego zabiegu w pozwanym (...) Publicznym Szpital (...) (...) w S. ze względu na zapewnienie bezpośredniego kontaktu rodziców z dzieckiem.

W dniu 23 sierpnia 2007 r. rodzice powoda - B. i P. B. (2) stawili się wraz z nim w pozwanym szpitalu i podczas tej wizyty P. B. (1) został zbadany, a lekarz anestezjolog poinformował rodziców powoda o przebiegu znieczulenia. W tym samym dniu powód został wypisany ze szpitala z obowiązkiem ponownego przybycia w dniu następnym.

W dniu 24 sierpnia 2007 r. około godziny 7.00 rodzice stawili się wraz z małoletnim powodem do niniejszego szpitala. Następnie powód został umiejscowiony na Oddziale (...) i po godzinie 12.00 pielęgniarka podała zdenerwowanemu P. B. (1) syrop na uspokojenie. Około godziny 12.30 małoletni powód został przewieziony na salę operacyjną w celu przeprowadzenia operacji stulejki.

Operację chirurgiczną stulejki powoda przeprowadził M. R. i asystowała mu J. R., a znieczulenie wykonywał P. B. (3), który w tym czasie był na czwartym roku specjalizacji z anestezjologii.

Wybudzony, ale podsypiający P. B. (1) przekazany został około godziny 13.20 z bloku operacyjnego do jednostki macierzystej w pozycji na bok.

Powód nie został po zabiegu operacyjnym podłączony do pulsoksymetru. W tym czasie było jedno takie urządzenie na sali opatrunkowej. Ponadto na powyższym oddziale były w tym czasie dwa kardiomonitoringi.

Podczas pobytu powoda w sali chorych nr 7 jego rodzice zauważyli zmianę koloru skóry powoda, która stała się coraz bardziej biała, a następnie dziecko zaczęło sinieć. W związku z tym zaniepokojeni rodzice powoda wezwali lekarza C. P., który stwierdził sinicę skóry dziecka, bezdech, brak wyczuwalnego tętna na tętnicy szyjnej. Lekarz ten rozpoczął resuscytację krążeniowo - oddechową. Po pierwszych oddechach ratunkowych dziecko zaczęło się zaróżwiać, prowadzono również oddech usta - usta, masaż zewnętrzny serca, podano 0,5 mg adrenaliny dożylnie, powoda zaintubowano i przewieziono do Centrum (...) w celu możliwości zastosowania tlenoterapii i monitorowania funkcji życiowych z kontynuowaną resuscytacją. Następnie P. B. (1) podłączono do respiratora, założono wkłucie do tętnicy promieniowej ręki prawej, cewnik do prawej żyły podobojczykowej, sondę do żołądka i cewki do pęcherza.

Powód był w śpiączce tiopentalowej, zastosowano wlew ksylołainy, osmodiretyki w dawce, jak dla obrzęku mózgu cytostycznego, analgezja fentanylem.

W dniu 24 sierpnia 2007 r. Oddział (...) w (...) Publicznym Szpitalu (...) (...) nie posiadał sali pooperacyjnej. Przedmiotowy stan istniał pomimo wielokrotnego zgłaszania przez pracowników szpitala konieczności zorganizowania niniejszego pomieszczenia zarówno kierownictwu Kliniki (...), jak i dyrekcji szpitala.

Powyższa sala pooperacyjna powstała w pozwanym szpitalu w dniu 25 sierpnia 2007 r., po zdarzeniu z udziałem małoletniego powoda.

W toku przeprowadzonej operacji usunięcia stulejki u powoda i bezpośrednio po nim na całym oddziale obecna była niewielka liczba pielęgniarek z powodu okresu urlopowego, która nie odpowiadała potrzebom oddziału.

Po zdarzeniu z udziałem P. B. (1) każde dziecko po zabiegu w znieczuleniu ogólnym jest umieszczane na sali pooperacyjnej pod nadzorem pielęgniarki i podłączane do aparatury monitorującej funkcje życiowe.

Ponadto w trakcie pobytu powoda w pozwanym szpitalu w sierpniu 2007 r. nie było możliwości zapewnienia wszystkim pacjentom monitorowania przez pulsoksymetrię. Mimo takiego stanu - operacje odbywały się zgodnie z grafikiem.

W Centrum (...) w (...) Publicznym Szpitalu (...) im. (...) P. B. (1) przebywał w okresie od dnia 24 sierpnia do 19 października 2007 r.

W dniu 25 sierpnia 2007 r. wykonano TK mózgowia, które nie wykazało organicznych zmian patologicznych.

W dniu 26 sierpnia 2007 r. około godz. 14.30 doszło do dużego napadu padaczkowego z przegryzieniem rurki intubacyjnej, który ustąpił po podaniu Relanium. Zdecydowano o ponownym wprowadzeniu dziecka w sen, w tym wypadku propofolowy i czas trwania snu zaplanowano na kolejne dwie doby.

W dniu 29 sierpnia 2007 r. wystąpiły prężenia, nieprawidłowa reakcja na ból i nieprawidłowe ruchy gałek ocznych. TK mózgowia wykazało zaciśnięcie bruzd szczytu półkul (obrzęk) oraz zatarcie zróżnicowania korowo - podkorowego. Dziecko wprowadzono w śpiączkę triopentalową.

Ponowne TK mózgowia z dnia 30 sierpnia 2007 r. wykazało zmniejszenie zmian obrzękowych bez ewidentnych oznak zmian niedokrwiennych.

Stan powoda w dalszym ciągu był ciężki i początkowo był głęboko nieprzytomny, w części z powodu śpiączki tiopentalowej. W dniu 3 września wykonano kolejne badanie TK mózgowia, w którym nie opisano zmian patologicznych i podjęto decyzję o wybudzaniu dziecka.

Utrzymywało się pogotowie drgawkowe z napadami drgawek, prężeniem kończyn górnych i dolnych, wobec czego poszerzono terapię przeciwdrgawkową.

W dniu 6 września rozintubowano powoda. W ciągu następnych 24 godzin zaobserwowano pogorszenie wydolności oddechowej dziecka i nadmierne wzbudzenie nieprawidłowych reakcji neurologicznych, w związku z czym dokonano jego ponownej intubacji dotchawiczej przez usta i podłączono do respiratora.

Z krótkimi przerwami powód utrzymywany był w stanie analgosedacji polegającej na jednoczesnym zastosowaniu leków o działaniu uspokajającym i nasennym oraz leków o działaniu przeciwbólowym do dnia 17 września 2007 r.

W dniu 14 września wykonano tracheotomię. Obserwowano powolną, aczkolwiek wyraźną poprawę w stanie ogólnym i neurologicznym. Stało się możliwe usunięcie rurki tracheotomijnej. Powód zaczął połykać pokarm podawany łyżeczką.

Zdecydowanemu zmniejszeniu uległo napięcie kończyn, stopniowo zmniejszała się liczba mioklonii w ciągu jednej minuty, Powód otwierał oczy i wodził nimi za głosem, fiksował wzrok na osobach z otoczenia zabawkach. Ponadto powód zaczynał reagować na obecność rodziców.

Rodzice powoda podjęli działania rehabilitacyjne w celu poprawy stanu zdrowia powoda. W związku z obowiązkiem całodobowej opieki nad powodem, jego matka zrezygnowała ze świadczenia pracy, a ojciec ograniczył prowadzoną działalność gospodarczą.

Rozpoczęto proces intensywnej rehabilitacji powoda (zarówno w ośrodkach na terenie kraju, jak i w domu powoda), który trwa do dnia dzisiejszego.

W okresie od dnia 19 października 2007 r. do dnia 19 listopada 2007 r. powód przebywał w Szpitalu Specjalistycznym w K. w celu rehabilitacji polegającej na ćwiczeniach biernych i rozluźniających, kontynuacji pionizacji, masażu ręcznego głaskającego i rozluźniającego całe ciało, ćwiczenia specjalne według NDT Bobach oraz profilaktykę przeciwoleżynową.

W trakcie tego pobytu powód nie nawiązywał kontaktu słownego, reagował na dotyk, ból oraz dźwięki drgnięciami ciała, okresowo wodził wzrokiem za przedmiotem lub osobą; na potylicy zauważono bliznę po odleżynie średnicy około 2 cm. Ponadto utrzymywało się napięcie mięśniowe w czterech kończynach, brak było ruchów czynnych, ułożenie ciała przymusowe, zgięte kończyny górne w stawach łokciowych i stawach nadgarstkowych, dłonie zaciśnięte w pięstki, kończyny dolne w ułożeniu zgięciowym w stawach kolanowych, stopy w ułożeniu końsko - szpotawym, utrwalone przykurcze. Powód karmiony był łyżeczką, połykał małe ilości pokarmów papkowatych. Z powodu trudności w połykaniu płynów zastosowano sondę dożołądkową. Pojawiły się napady krótkotrwałych wyłączeń.

W piątej dobie pobytu w szpitalu w K. uzyskano informację z Centrum (...) o tym, że powód jest nosicielem szczepu bakterii VRE w związku z czym zastosowano reżim sanitarny. W kontrolnym badaniu TK głowy stwierdzono cechy narastającego wodogłowia.

Ocena powoda według zmodyfikowanej skali Barthel w dniu 20 października 2007 r. wskazała zerową wartość punktową (w skali od 1 do 10) w zakresie stanu samodzielności pacjenta.

Pismem z dnia 24 października 2007 r. pozwany szpital zwrócił się z prośbą do Katedry i Kliniki Rehabilitacji w B. o rozważenie możliwości leczenia powoda.

Pozwany szpital podjął starania w celu zapewnienia powodowi rehabilitacji pediatrycznej.

Powód skorzystał z pomocy zaproponowanej przez pozwanego polegającej na codziennej rehabilitacji w warunkach domowych prowadzonej przez J. K., odrzucając propozycje takie, jak: konsultację rehabilitacyjną w oddziale rehabilitacyjnym w szpitalu w Z., rehabilitację na oddziale rehabilitacji szpitala i w C. wraz z zapewnionym bezpłatnym pobytem matki dziecka, pomoc w zabezpieczeniu środka transportu do przewozu dziecka na rehabilitacje w granicach miasta S., turnus rehabilitacyjny w Centrum (...) od dnia 7 lutego 2008 r., dojazd transportem lotniczym do W. na ww turnus rehabilitacyjny.

Badanie tomografii komputerowej wykonane u P. B. (1) w dniu 16 listopada 2007 r. wykazało cechy zaników korowo - podkorowych w całym mózgowiu - bardziej nasilone nadnamiotowo. Stwierdzono też u powoda niewielki obszar malacyjny 7 mm w przyśrodkowym odcinku prawej półkuli mózdzku oraz w prawym wzgórzu 6 mm oraz wyraźne poszerzenie układów komorowych.

W związku z narastającym wodogłowiem przerwano rehabilitację w Szpitalu Specjalistycznym w K. i wypisano P. B. (1) celem konsultacji neurochirurgicznej S.. W dniu 20 listopada 2007 r. odbyła się konsultacja neurologiczna i neurochirurgiczna, w trakcie której stwierdzono u powoda utrzymujące się zaburzenia świadomości, spastyczność czterokończynową, ślad przykurczów w stawach łokciowych. W badaniu MRI głowy wykazano rozległe zaniki korowo - podkorowe, a w badaniu EEG - czynność fal delta oraz uogólnione zmiany napadowe. Powoda wypisano do domu m.in. z zaleceniem dalszej rehabilitacji oraz stosowania diety zgodnie z zaleceniami dietetyka.

Pozwany (...) Publiczny Szpital (...) w S. w okresie od dnia 30 stycznia 2007 r. do dnia 29 stycznia 2008 r. był ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej lekarzy, przedstawicieli innych zawodów medycznych oraz zakładów opieki zdrowotnej w (...) spółce akcyjnej na wszystkie zdarzenia do kwoty 1.000.000 zł, a limit na jedno zdarzenie wyniósł 250.000 zł. Podlimit w ramach sumy gwarancyjnej na jedno i wszystkie zdarzenia za szkody wyrządzone podczas udzielenia świadczeń zdrowotnych w ramach ginekologii, chirurgii, ortopedii, anestezjologów wyniósł 250.000 zł.

Pismem z dnia 28 listopada 2007 r. P. B. (1) wezwał stronę pozwaną i (...) spółkę akcyjną z siedzibą w S. do przyznania i wypłacenia mu kwoty 1.000.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz comiesięcznie kwoty 12.000 zł tytułem renty z uwagi na zwiększenie się potrzeb poszkodowanego i zmniejszenie się jego widoków na przyszłość.

W toku postępowania likwidacyjnego (...) Spółka Akcyjna w W. uznał swoją odpowiedzialność gwarancyjną z tytułu umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zawartej przez SPSK (...) w S.. Z uwagi na ograniczenie - stosownie do treści umowy ubezpieczenia - zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, wypłacono powodowi jedynie kwotę 250.000 zł. Ograniczenie odpowiedzialności do takiej kwoty uniemożliwiło przyznanie renty P. B. (1), niemniej lekarz (...) S.A. w W. stwierdził, że rozmiar cierpienia fizycznego powoda jest znaczny.

W związku z brakiem odpowiedzi ze strony pozwanego, powód w dniu 29 lutego 2008 r. skierował do niego kolejne pismo - przedsądowe wezwanie do zapłaty kwoty 750.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz 12.000 zł tytułem renty.

P. B. (1) korzystał ze wsparcia fundacji charytatywnej - (...), która zrefundowała wydatki poniesione na rehabilitację w kwocie 14.209,26 zł.

Powoda wsparła również fundacja (...), która przekazała na jego rzecz jednorazowo kwotę 2.700 zł tytułem częściowej refundacji zakupu wózka K. o wartości 10.322 zł.

Z kolei fundacja Dzieciom (...) refunduje udokumentowane fakturami, rachunkami, bądź innymi dowodami wydatki ponoszone przez rodziców powoda. Do dnia 24 lutego 2009 r. została zrefundowana kwota 123.956,59 zł.

Zawiadomieniem z dnia 5 lutego 2008 r. (...) A w W. zawiadomiła powoda o przyznaniu mu kwoty 250.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Pismem z dnia 14 kwietnia 2008 r. pozwany zaproponowali powodowi zawarcie ugody, na podstawie której powód otrzymałby zadośćuczynienie w kwocie 50.000 zł oraz miesięczną rentę w wysokości 1.500 zł naliczaną od września 2007 r.

Pismem z dnia 25 kwietnia 2008 r. powód poinformował pozwany szpital o ustaleniu wstępnych rocznych kosztów związanych z dalszym tokiem leczenia i rehabilitacji powoda w łącznej kwocie 164.120 zł.

W 2008 r. rodzice powoda ponieśli wydatki w łącznej kwocie 143.385,35 zł, które związane były z zapewnieniem P. B. (1) usług pielęgniarских, ćwiczeń, zabiegów, terapii, konsultacji, z zakupem: produktów dietetycznych, artykułów higienicznych, paliwa, leków i sprzętów rehabilitacyjnych, np. pionizatora, pufy rehabilitacyjnej, łóżka do masażu, wibratora.

Wyrokiem z dnia 15 września 2010 r., w sprawie o sygn. akt V K 904/09 Sąd Rejonowy (...) w S. uznał P. B. (3) za winnego tego, że w dniu 24 sierpnia 2007 r., będąc jako lekarz anestezjolog wykonujący znieczulenie w trakcie zabiegu chirurgicznego, osobą, na której ciążył obowiązek opieki nad małoletnim pacjentem P. B. (1), nieumyślnie, nie zachowując reguł ostrożności wymaganej w danych okolicznościach poprzez to, że bezpośrednio po wykonanym zabiegu chirurgicznym, w czasie szczytowego działania znieczulenia przewodowego i w związku tym wymagającego dalszej obserwacji anestezjologicznej, przekazał słabo wybudzonego ze znieczulenia, małoletniego P. B. (1) do oddziału chirurgicznego bez zlecenia szczególnego nadzoru pooperacyjnego, w tym bez zlecenia szczególnego nadzoru pooperacyjnego, w tym bez zlecenia podłączenia pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia oraz nieumyślnie spowodował skutek w postaci niedotleniowego uszkodzenia mózgu pokrzywdzonego i w konsekwencji ciężką chorobę nieuleczalną, to jest czynu z art. 160 § 2 i 3 kk w zb. z art. 156 § 2 kk w zw. z art. 11 § 2 kk i za to przestępstwo na podstawie art. 160 § 2 kk w zw. z art. 11 § 3 kk skazał go na karę sześciu miesięcy pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawiesił na okres dwóch lat próby. Ponadto na podstawie art. 46 § 1 kk zobowiązano P. B. (3) do zapłaty zadośćuczynienia w kwocie 50.000 zł na rzecz małoletniego pokrzywdzonego P. B. (1).

Wyrokiem z dnia 26 stycznia 2011 r., w sprawie o sygn. akt IV Ka 1261/10 Sąd Okręgowy w S. utrzymał w mocy zaskarżony wyrok, uznając apelację wniesioną przez P. B. (3) za oczywiście bezzasadną.

W dniu 15 listopada 2011 r. powód został skierowany na zabieg założenia PEG (przezskórnej endoskopowej gastrostomii). Przedmiotowy zabieg został przeprowadzony w dniu 29 listopada 2011 r.

W 2009 i 2010 r. rodzice powoda ponieśli wydatki w łącznej kwocie 143.385,35 zł związane z zapewnieniem P. B. (1): usług pielęgniarских, ćwiczeń, zabiegów, terapii, konsultacji, zakupu: produktów dietetycznych, artykułów higienicznych, paliwa, leków i sprzętów rehabilitacyjnych.

Stan zdrowia małoletniego powoda pogarsza się i nie widać oznak poprawy. Nastąpiły zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, nasilają się zmiany w stawach nadgarstków oraz stóp, nasila się bolesna spastyka mięśniowa oraz napady: padaczkowe. Ponadto dochodzi do silnych zakrztuszeń śliną podczas snu powoda i pojawił się zez rozbieżny.

P. B. (1) cierpi na niedowład połowiczny obustronny, jest nadreaktywny na bodźce zewnętrzne, nie mówi, nie potrafi utrzymać głowy, nie potrafi zmienić pozycji ciała, nie potrafi podnieść kończyn ani wykonać innych ruchów o charakterze celowym, ma problemy z przyjmowaniem pokarmów, wypróżnia się jedynie z zastosowaniem leków, ma duże problemy z zaśnięciem. Stan w jakim obecnie znajduje się powód określa się jako przewlekły wegetatywny.

P. B. (1) jest rehabilitowany ruchowo, sensomotorycznie i neurologopedycznie. Wdrożona rehabilitacja jest w zdecydowanej części odpłatna. Rehabilitacja, jakiej wymaga powód jest dostępna w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ jedynie w niewielkim zakresie - niektóre zabiegi (np. hydroterapia) nie są refundowane, dostępność innych jest zaś znacznie ograniczona. Z uwagi na to, że powód jest dzieckiem wymagającym stałej, intensywnej rehabilitacji, jedyną możliwością jego kompleksowej, efektywnej rehabilitacji jest korzystanie z usług podmiotów prywatnych w zakresie nier refundowanym przez NFZ.

Powód wymaga także nieustannej, całodobowej, profesjonalnej i wszechstronnej opieki. P. B. (1) jest całkowicie niezdolny do samodzielnego życia. Godzina pracy pielęgniarki - osoby odpowiednio wykwalifikowanej przy dziecku znajdującym się w stanie zdrowia analogicznym do stanu zdrowia powoda wynosi minimum 40 - 50 zł. Jedna godzina pracy niewyspecjalizowanego fizjoterapeuty wynosi 60 zł.

Z uwagi na stale pogarszający się stan zdrowia powoda, brak perspektyw poprawy, pismem z dnia 19 stycznia 2012 r. powód wezwał pozwanego do zapłaty dodatkowej kwoty 500.000 zł tytułem zadośćuczynienia.

Zastosowanie u P. B. (1) znieczulenia podpajęczynówkowego budzi duże wątpliwości, gdyż związane jest ono u dzieci z trudnym i czasochłonnym przedoperacyjnym przygotowaniem oraz ułożeniem dziecka do znieczulenia, a co za tym idzie trudnościami w dokładnym określeniu wysokości uzyskanej analgezji rdzeniowej, czyli określenia do jakiego poziomu został znieczulony rdzeń kręgowy dziecka. W związku z powyższym znieczulenie pod pajęczynówkowe zostało zarezerwowane do operacji planowych w dolnej połowie ciała u dzieci obciążonych chorobami układowymi w tym chorobą obturacyjną płuc oraz chorobami układu krążenia, w których to schorzeniach znieczulenie ogólne w okresie pooperacyjnym grozić może poważnymi powikłaniami ogólnoustrojowymi. Zatem zastosowanie znieczulenia podpajęczynówkowego w niniejszym przypadku nie było adekwatne do schorzenia, metody operacji i czasu trwania zabiegu wynoszącego do 30 minut. Nie jest ogólnie przyjęte, aby dzieci do zabiegów w dystalnych częściach ciała, jakim jest prącie poddawane było tak skomplikowanej metodzie znieczulenia.

Ponadto w niniejszym przypadku zastosowano zbyt wysoką dawkę środka znieczulającego - markainy spinal, która przy wadze dziecka wynoszącej 24 kg powinna wynosić 0,5 - 0,75 ml. Zastosowanie takiej ilości markainy spinal łącznie z podaniem 120 mg thiopentalu, który ma działanie usypiające było błędem. Zabieg u powoda można było z powodzeniem przeprowadzić jedynie przy zastosowaniu należytej dawki leku przeciwbólowego, np. fentanylu oraz sedacji, czyli obniżenia aktywności centralnego układu nerwowego bez wyłączenia świadomości, uzyskanej wziewnym podaniem mieszaniny tlenu i sewofluranu.

Największe zastrzeżenie jednak budzi zbyt wczesne przeniesienie powoda z obszaru nadzoru anestezjologicznego do Kliniki (...) i pozostawienie go bez nadzoru to jest: standardowego monitorowania (pulsoksymetria) oraz należytego nadzoru pielęgniarskiego.

Opieka medyczna po zabiegu była niezgodna z obowiązującymi standardami.

Gdyby powód po operacji do czasu pełnego wybudzenia i zakończenia działania leków znajdował się pod właściwym nadzorem, umożliwiłoby to wychwycenie w krótkim czasie pogarszania się jego stanu zdrowia i wdrożenie i właściwego postępowania, co z dużym prawdopodobieństwem zapobiegłoby trwałym skutkom w postaci uszkodzenia centralnego układu nerwowego.

Uwzględniając rodzaj zastosowanego znieczulenia i dawki użytych w tym celu leków przypuszczać można, że wskutek zastosowania dużej dawki markainy spinal wraz z thiopentalem doszło do znieczulenia rdzenia kręgowego także powyżej poziomu wklucia do kanału kręgowego, co skutkowało w dalszej kolejności spadkiem ciśnienia tętniczego oraz ostrą niewydolnością oddechową na skutek unieruchomienia poprzez znieczulenie mięśni oddechowych. Z uwagi na brak nadzoru pooperacyjnego sugestii tej nie można jednak w sposób jednoznaczny potwierdzić.

W chwili obecnej powód znajduje się w stanie wegetatywnym, to jest wydolny oddechowo, krążeniowo, zachowany jest u niego rytm snu i czuwania, natomiast nie można z nim nawiązać kontaktu słownego.

W związku z następstwami zatrzymania krążenia z dnia 24 sierpnia 2007 r. stopień długotrwałego uszczerbku na zdrowiu u P. B. (1) wynosi obecnie 290 + 1 % za każdy utracony stały ząb, uwzględniając: za otępienie głębokiego stopnia - 100 %, za spastyczne porażenie czterokończynowe - 100 %, za padaczkę objawową - 40 % i za zaburzenia polykania - 30 % oraz za zez rozbieżny - 20 %.

Stwierdzony obecnie u powoda stan grozi w przyszłości ujawnieniem się licznych powikłań takich, jak: groźne dla życia infekcje dróg oddechowych i moczowych, stan padaczkowy. Z uwagi na dysfunkcję narządów ruchu powód ; narażony jest na: utrwalone przykurcze, podwichnięcia i zwichnięcia stawów, złamania kości na tle ich odwapnienia, odleżyny i zachłystowe zapalenie płuc.

Małoletni powód w wyniku negatywnych skutków zabiegu z dnia 24 sierpnia 2007 r. aktualnie jest całkowicie niezdolny do samodzielnego życia. P. B. (1) jest niezdolny do samodzielnego spożywania pokarmów, samoobsługi, utrzymywania higieny, samodzielnego poruszania się (nawet z pomocą specjalistycznego sprzętu), nie może nawiązać kontaktu słownego z otoczeniem.

Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną najlepsze efekty w takich przypadkach, jak u powoda przynoszą działania w okresie pierwszych dwóch lat po zdarzeniu.

Wraz z upływem czasu szanse na istotną poprawę stanu zdrowia maleją. Uwzględniając fakt, że od zdarzenia upłynęły ponad trzy lata aktualnie szanse na poprawę stanu zdrowia małego powoda są niewielkie. Poza tym powód wymaga opieki pielęgnacyjnej ukierunkowanej na utrzymanie aktualnego stanu oraz uniknięcie wymienionych wyżej powikłań.

Z powodu utrzymującej się dużej spastyki, czyli wzmożonego napięcia mięśniowego, celem próby uzyskania lepszego kontaktu z dzieckiem oraz uniknięcia wymienionych wyżej powikłań w przypadku P. B. (1) wskazana jest: codzienna rehabilitacja około jednej godziny dziennie z wykorzystaniem metod neurofizjologicznych, np.: NDT, PNF, metoda Volty, fizykoterapia w celu zniesienia spastyki i leczenia przykurczów w cyklach 4 - 6 razy na rok po dwa tygodnie, hipnoterapia - wspomaganie ćwiczeń, zajęcia te zmniejszają napięcie mięśniowe, dwa razy w tygodniu po 30 minut, masaże specjalistyczne, ćwiczenia logopedyczne w celu poprawy funkcji połykania raz w tygodniu oraz przeszkolenie rodziców, uczestnictwo w turnusach rehabilitacyjnych: celem kompleksowego podejścia do stanu zdrowia, wspomoczenia codziennych ćwiczeń, wprowadzenia modyfikacji, zintensyfikowania zabiegów, 3-4 razy do roku, pomoc fachowej pielęgniarki: raz na dwa dni około 5-6 godzin jest to konieczne dla prawidłowego funkcjonowania rodziny, ilość czasu na odciążenie opiekunów dziecka.

Ponadto w przypadku powoda wskazane jest używanie następujących sprzętów rehabilitacyjnych: pionizator, wózek, hydromasaż, stół do ćwiczeń, podnośnik, buty ortopedyczne, ortezy, piłki do ćwiczeń, kliny materac przeciwoślizgowy. Rehabilitacja powoda będzie prowadzona do końca jego życia. Wraz z upływem czasu, w związku z dorastaniem organizmu i naturalnym zaprzestaniem rozwoju mózgu i związanym z tym wyczerpaniem jego możliwości adaptacyjnych, zajęcia i ćwiczenia będą stopniowo przekierowywane bardziej na utrzymanie wypracowanego stanu zdrowia powoda i pielęgnację. Trudno ocenić, kiedy to nastąpi, orientacyjnie można podać, iż proces ten może rozpocząć się po dziesiątym: roku życia. Podkreślić ponownie należy jednak, że każdy przypadek jest indywidualny, a program rehabilitacji powinien być dopasowywany na bieżąco.

Zarówno wyżej wymienione ćwiczenia, fizykoterapia, jak i sprzęty ortopedyczne mogą być dofinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Powód musi regularnie przyjmować leki przeciwpadaczkowe, np.: D. C., L., leki zmniejszające napięcie mięśniowe, np.: M., leki regulujące pracę przewodu pokarmowego, np.: D., E., E.. Ponadto P. B. (1) musi przyjmować leki infekcji układu moczowego, np.: F., U. oraz leki zalecane przez lekarzy prowadzących, których potrzeba wynika z jego bieżącego stanu.

Powód wymaga także środków pielęgnacyjnych: pieluchomajtek, chusteczek nawilżających, kremów, olejków środków odkażających. Zużycie tych środków jest indywidualne, zmienne w czasie.

Z uwagi na powyższe wyliczenie średnich miesięcznych kosztów związanych) zakupem z środków pielęgnacyjnych i leków dla powód jest niemożliwe.

Wynikające z przedstawionych przez powoda faktur i rachunków ilości środków pielęgnacyjnych, faktycznie mogą być zużywane w procesie pielęgnacji P. B. (1).

W aktualnym stanie zdrowia powód wymaga diety płynnej i półpłynnej. Dieta taka nie jest związana z dodatkowymi kosztami finansowymi związanymi z zakupem specjalnych produktów żywnościowych, ale wymaga dodatkowego nakładu czasu związanego z przygotowaniem posiłków.

Powód wymaga opieki i pomocy osoby drugiej praktycznie w każdym aspekcie życia, czyli opieki całodobowej z koniecznością przekładania co jeden do kilku godzin, oklepywaniem przy przekładaniu, karmieniem, przewijaniem, myciem, pielęgnacją. Opiekę taką może wykonywać jedynie osoba z odpowiednim przygotowaniem.

Na podstawie tak ustalonego stanu faktycznego Sąd Okręgowy uznał, że powództwo P. B. (1) oparte o przepis art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 2 k.c. w zw. z art. 415 k.c., okazało się zasadne w całości.

Sąd Okręgowy wskazał, że w sprawie bezspornym było, że powód w dniu 24 sierpnia 2007 r. poddał się operacji stulejki w pozwanym szpitalu oraz, że P. B. (1) przed tym zabiegiem był dzieckiem zdrowym.

Powód zarzucił powstanie szkody z winy lekarzy (...) Publicznego Szpitala (...) im. (...) w S., którzy po przeprowadzonym zabiegu, doprowadzili do trwałego uszkodzenia mózgu wskutek jego niedotlenienia w związku z powikłaniami pooperacyjnymi. Powód zarzucił także pozwanemu szpitalowi brak w dniu 24 sierpnia 2007 r. na Oddziale (...) SPSK (...) sali pooperacyjnej. Zdaniem strony powodowej stan ten był niezgodny z obowiązującymi przepisami. Ponadto P. B. (1) zarzucił pozwanemu braki kadrowe w personelu medycznym w czasie zabiegu usunięcia stulejki i bezpośrednio po nim, gdyż na całym oddziale obecne były jedynie cztery pielęgniarki, co nie odpowiadało potrzebom oddziału, ani unormowaniom obowiązującym w szpitalu.

Pozwany szpital nie zanegował swojej odpowiedzialności co do zasady za skutki wypadku z dnia 24 sierpnia 2007 r., co przejawiało się w wypłaceniu powodowi dodatkowego zadośćuczynienia w kwocie 50.000 zł, co łącznie z wypłaconą przez zakład ubezpieczeń kwotą dało kwotę 300.000 zł i miesięczną rentę w wysokości 1.500 zł.

Zdaniem pozwanego, zgromadzony materiał nie uzasadnia przyznania wyższych kwot niż dotychczas otrzymane. W ocenie strony pozwanej powód nie podjął żadnych konkretnych czynności w celu dostatecznego wykazania swoich roszczeń, a stopień swojej winy określił jako nieznaczny, skoro przyczyną szkody powoda nie był brak sali pooperacyjnej sam w sobie, lecz chwilowy i niezamierzony niedostatek pooperacyjnej. Ponadto pozwany podkreślił, że od samego początku aktywnie uczestniczył w leczeniu i rehabilitacji powoda, podejmując nadzwyczajne starania w celu odwrócenia zaistniałego stanu rzeczy poprzez między innymi zorganizowanie transportu lotniczego powoda do Szpitala Specjalistycznego w K. i do Kliniki (...) w W..

Sąd pierwszej instancji określił, że decydujące znaczenie dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy miała opinia sześciu biegłych lekarzy Uniwersytetu (...) w T. (...) w B., albowiem wnioski tej opinii przyjęte przez Sąd za własne stanowiły podstawę ustalenia stanu faktycznego w niniejszej sprawie.

Zdaniem Sądu stwierdzenie biegłych, że zastosowanie znieczulenia podpajęczynówkowego w niniejszym przypadku nie było adekwatne do schorzenia, metody operacji i czasu trwania zabiegu wynoszącego do 30 minut oraz zastosowanie zbyt wysokiej dawki środka znieczulającego - markainy spinal, która przy wadze dziecka wynoszącej 24 kg powinna wynosić 0,5 - 0,75 ml i zastosowanie takiej ilości markainy spinal łącznie z podaniem 120 mg thiopentalu było błędem. Ponadto zdaniem biegłych, które Sąd w pełni podzielił, zbyt wczesne przeniesienie powoda z obszaru nadzoru anestezjologicznego do Kliniki (...) i pozostawienie go bez nadzoru to jest: standardowego monitorowania (pulsoksymetria) oraz należytego nadzoru pielęgniarskiego w sumie doprowadziło do uszkodzenia centralnego układu nerwowego.

Sąd podkreślił, że w tego rodzaju sprawach nie ma się do czynienia z pewnością, lecz prawdopodobieństwem przyczyn wywołujących czyn niedozwolony. Prawdopodobieństwo takiego związku zostało przez biegłych poparte przytoczeniem okoliczności, na których oparli konkluzję swej opinii. Sąd oparł się także na dowodach z dokumentacji medycznej, w szczególności historii pobytu powoda w pozwanym szpitalu oraz w Szpitalu w K..

Z opinii biegłych wynika, że w przypadku podjętego przez pozwany szpital leczenia powoda zastosowane znieczulenie, zarówno rodzaj, jak i dawki leków były nieadekwatne do rodzaju operacji oraz osoby powoda jako pacjenta, a także nie wdrożono niezbędnego w takich przypadkach pooperacyjnego monitorowania stanu pacjenta.

W tym stanie Sąd Okręgowy przyjął, że w sposób wadliwy przeprowadzono leczenie operacyjne powoda oraz postępowanie pooperacyjne, którego przejawem był przede wszystkim brak ścisłej kontroli stanu zdrowia powoda po zakończonym zabiegu, co przejawiało się przede wszystkim w nie dysponowaniu sali pooperacyjnej przez pozwany szpital, jak i nie podłączeniu powoda od odpowiedniej aparatury medycznej, np. pulsoksymetru.

Sąd pierwszej instancji określił, że zachowanie lekarza P. B. (3), który znieczulił powoda w dniu 24 sierpnia 2007 r. miało charakter bezprawny, albowiem pozostawało w sprzeczności z obowiązującym porządkiem prawnym, naruszając w szczególności normę wyrażoną w art. 4 ustawy o z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty. Czyn P. B. (3) wyczerpał również znamiona przestępstwa, gdyż prawomocnym wyrokiem z dnia 15 września 2010 r., w sprawie o sygn. akt V K 904/09 Sąd Rejonowy (...) w S. uznał P. B. (3) za winnego tego, że w dniu 24 sierpnia 2007 r., będąc jako lekarz anestezjolog wykonujący znieczulenie w trakcie zabiegu chirurgicznego, osobą, na której ciążył obowiązek opieki nad małoletnim pacjentem P. B. (1), nieumyślnie, nie zachowując reguł ostrożności wymaganej w danych okolicznościach poprzez to, że bezpośrednio po wykonanym zabiegu chirurgicznym, w czasie szczytowego działania znieczulenia przewodowego i w związku tym wymagającego dalszej obserwacji anestezjologicznej, przekazał słabo wybudzonego ze znieczulenia, małoletniego P. B. (1) do oddziału chirurgicznego bez zlecenia szczególnego nadzoru pooperacyjnego, w tym bez zlecenia szczególnego nadzoru pooperacyjnego, w tym bez zlecenia podłączenia pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia oraz nieumyślnie - spowodował skutek w postaci niedotleniowego uszkodzenia mózgu pokrzywdzonego i w konsekwencji ciężką chorobę nieuleczalną, to jest czynu z art. 160 § 2 i 3 k.k. w zb. z art. 156 § 2 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k. i za to przestępstwo na podstawie art. 160 § 2 k.k. w zw. z art. 11 § 3 k.k. skazał go na karę sześciu miesięcy pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawiesił na okres dwóch lat próby. Ponadto na podstawie art. 46 § 1 k.k. zobowiązano P. B. (3) do zapłaty zadośćuczynienia w kwocie 50.000 zł na rzecz małoletniego pokrzywdzonego P. B. (1). Stosownie zaś do treści, art. 11 k.p.c. ustalenia wydanego w postępowaniu karnym prawomocnego wyroku skazującego co do popełnienia przestępstwa wiążą sąd w postępowaniu cywilnym.

Postępowanie (...) Publicznego Szpital (...) w S. było również zawinione w sensie subiektywnym, albowiem lecząc P. B. (1) pozwany nie zachował należytej staranności wymaganej od personelu medycznego.

W tym stanie rzeczy Sąd Okręgowy uznał, że powództwo P. B. (1) okazało się zasadne.

W ocenie Sądu nie budzi także wątpliwości, że stan po operacji stulejki w znieczuleniu podpajęczynówkowym i po zatrzymaniu krążenia i uogólnionym niedotlenieniu z encefalopatią niedotlenionową z wodogłowiem było konsekwencją zaniedbań w prawidłowym funkcjonowaniu strony pozwanej, a więc następstwem uszkodzenia ciała powoda jest konieczność poniesienia wydatków na leczenie naprawcze oraz doznanie przez osobę poszkodowaną cierpień fizycznych i psychicznych.

Z powyższych przyczyn Sąd Okręgowy uznał, że pozwany (...) Publiczny Szpital (...) w S. ponosi przewidzianą w art. 415 k.c. odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną powodowi.

Sąd pierwszej instancji w oparciu o treść jest art. 445 § 1 k.c. wskazał, że postępowanie dowodowe doprowadziło do dokładnego określenia następstw zabiegu operacyjnego stulejki i tym samym wykazało krzywdę powoda. Sąd uznał, że stan zdrowia strony powodowej wywołany zdarzeniem, za które odpowiedzialność ponosi pozwany szpital, charakteryzuje się dolegliwościami bólowymi oraz koniecznością dożywotniego leczenia i rehabilitacji. Sąd podkreślił, że powód przed niniejszą operacją był zdrowym i prawidłowo rozwijającym się chłopcem, który na skutek zaniedbań pozwanego znajduje się obecnie w stanie wegetatywnym i nie można z nim nawiązać kontaktu słownego.

Reasumując, Sąd Okręgowy uznał, że konsekwencje poniesionego przez P. B. (1) uszczerbku na zdrowiu są skrajnie poważne i żądanie 1.200.000 zł tytułem zadośćuczynienia Sąd ocenił jako prawidłowe.

Sąd pierwszej instancji po przytoczeniu treści art. 481 § 1 k.c. wskazał, że pod uwagę charakter prawny zadośćuczynienia, którego wysokość uzależniona jest od rozmiaru doznanej krzywdy, obowiązek jego niezwłocznego spełnienia powstaje po wezwaniu dłużnika i od tego momentu należą się odsetki za opóźnienie, zważając przy tym na fakt, iż wyrządzona krzywda jest wynikiem uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Z tego względu pozwany popadł w opóźnienie z dniem 29 listopada 2007 r. od kwoty 700.000 zł i z dniem 26 stycznia 2012 r. i od tych dat Sąd zasądził odsetki ustawowe.

Sąd Okręgowy w oparciu o treść art. 444 § 2 k.c. wskazał, że w rozpoznawanej sprawie zaistniała przesłanka zmniejszenia się widoków powodzenia powoda na przyszłość i całkowite wyłączenie jego możliwości zarobkowych i w związku z tym okoliczności te uprawniają do otrzymania renty. Oceniając twierdzenia powoda dotyczące zmniejszenia jego widoków na przyszłość Sąd Okręgowy wskazał, że z treści opinii biegłych sądowych jednoznacznie wynika, że w związku z następstwami zatrzymania krążenia z dnia 24 sierpnia 2007 r. stopień długotrwałego uszczerbku na zdrowiu u P. B. (1) wynosi obecnie 200 + 1 % za każdy utracony stały ząb, uwzględniając: za otępienie głębokiego stopnia - 100 %, za spastyczne porażenie czterokończynowe - 100 %, za padaczkę objawową - 40 % i za zaburzenia połykania - 30 % oraz za zez rozbieżny-20 %.

Ponadto biegli stwierdzili, że obecny stan powoda grozi w przyszłości ujawnieniem się licznych powikłań takich, jak: groźne dla życia infekcje dróg oddechowych i moczowych, stan padaczkowy. Z uwagi na dysfunkcję narządów ruchu powód narażony jest na: utrwalone przykurcze, podwichnięcia i zwichnięcia stawów, złamania kości na tle ich odwapnienia, odleżyny i zachłystowe zapalenie płuc.

Małoletni powód w wyniku negatywnych skutków zabiegu z dnia 24 sierpnia 2007 r. aktualnie jest całkowicie niezdolny do samodzielnego życia. P. B. (1) jest niezdolny do samodzielnego spożywania pokarmów, samoobsługi, utrzymywania higieny, samodzielnego poruszania się (nawet z pomocą specjalistycznego sprzętu) nie może nawiązać kontaktu słownego z otoczeniem. Powyższe oznacza, że małoletni powód jest niezdolny do samodzielnej egzystencji w jakimkolwiek zakresie. Uwzględniając fakt, że od zdarzenia upłynęły ponad 3 lata aktualnie szanse na poprawę stanu zdrowia małego powoda są niewielkie. Poza tym powód wymaga opieki pielęgnacyjnej ukierunkowanej na utrzymanie aktualnego stanu oraz uniknięcie wymienionych wyżej powikłań.

Z powodu utrzymującej się dużej spastyki, czyli wzmoczonego napięcia mięśniowego, celem próby uzyskania lepszego kontaktu z dzieckiem oraz uniknięcia wymienionych wyżej powikłań w przypadku P. B. (1) wskazane jest: codzienna rehabilitacja około jednej godziny dziennie z wykorzystaniem metod neurofizjologicznych, np.: NDT, PNF, metoda Volty, fizykoterapia w celu zniesienia spastyki i leczenia przykurczów w cyklach 4-6 razy na rok po dwa tygodnie, hipnoterapia - wspomaganie ćwiczeń, zajęcia te zmniejszają napięcie mięśniowe, dwa razy w tygodniu po 30 minut, masaże specjalistyczne, ćwiczenia logopedyczne 1 w celu poprawy funkcji połykania raz w tygodniu oraz przeszkolenie rodziców, uczestnictwo w turnusach rehabilitacyjnych: celem kompleksowego podejścia do stanu zdrowia, wspomżenia codziennych ćwiczeń, wprowadzenia modyfikacji, zintensyfikowania zabiegów, 3-4 razy do roku, pomoc fachowej pielęgniarki: raz na dwa dni około 5-6 godzin jest to dla prawidłowego funkcjonowania rodziny ilość czasu na odciążenie opiekunów dziecka.

Ponadto w przypadku powoda wskazane jest używanie następujących sprzętów rehabilitacyjnych: pionizator, wózek, hydromasaż, stół do ćwiczeń, podnośnik, buty ortopedyczne, ortezy, piłki do ćwiczeń, kliny, materac przeciwoodleżynowy.

Rehabilitacja powoda będzie prowadzona do końca jego życia. Wraz z i wpływem czasu w związku z dorastaniem organizmu i naturalnym zaprzestaniem rozwoju mózgu i związanym z tym wyczerpaniem jego możliwości adaptacyjnych, zajęcia i ćwiczenia będą stopniowo przekierowywane bardziej na utrzymanie wypracowanego stanu zdrowia powoda i pielęgnację.

Ponadto powód musi regularnie przyjmować leki przeciwpadaczkowe, np.: Depakine Chrono, Lamitrin, leki zmniejszające napięcie mięśniowe, np.: M., leki regulujące pracę przewodu pokarmowego, np.: Debridat, Enterol, E.. Ponadto P. B. (1) musi przyjmować leki infekcji układu moczowego, np.: Furagin, Uretin oraz leki zalecane przez lekarzy prowadzących, których potrzeba wynika z jego bieżącego stanu. Powód wymaga także środków pielęgnacyjnych: pieluchomajtek, chusteczek nawilżających, kremów, olejków środków odkażających. Zużycie tych środków jest indywidualne, zmienne w czasie. Z uwagi na powyższe wyliczenie średnich miesięcznych, kosztów związanych zakupem z środków pielęgnacyjnych i leków dla powoda jest niemożliwe. Wynikające z przedstawionych przez powoda faktur i rachunków ilości środków pielęgnacyjnych faktycznie mogą być zużywane w procesie jego pielęgnacji. W aktualnym stanie zdrowia powód wymaga diety płynnej i półpłynnej. Dieta taka nie jest związana z dodatkowymi kosztami finansowymi związanymi z zakupem specjalnych produktów żywnościowych, ale wymaga dodatkowego nakładu czasu związanego z przygotowaniem posiłków. Powód wymaga opieki i pomocy osoby drugiej praktycznie w każdym aspekcie życia, czyli opieki całodobowej z koniecznością przekładania co krótki czas, oklepywaniem przy przekładaniu, karmieniem, przewijaniem, myciem, pielęgnacją. Opiekę taką może wykonywać jedynie osoba z odpowiednim przygotowaniem.

Oceniając wysokość żądanej kwoty Sąd wskazał, że do przyznania renty na przyszłość ma zastosowanie art. 322 k.p.c.

Kwota pieniężna zażądana przez powoda nie jest w ocenie Sądu kwotą zawyżoną i zasądzona renta w żądanej kwocie 12.000 zł odpowiada zakresowi zwiększonych potrzeb powoda, co związane jest z obowiązkiem całodziennej opieki osoby drugiej oraz całkowitym ograniczeniem widoków na przyszłość.

W kwestii dotyczącej odsetek ustawowych Sąd Okręgowy wskazał, że pismem z dnia 28 listopada 2007 r. P. B. (1) wezwał stronę pozwaną i (...) Spółkę Akcyjną do przyznania i wypłacenia P. B. (1) comiesięcznie kwoty 12.000 zł tytułem renty, z uwagi na zwiększenie się potrzeb poszkodowanego i zmniejszenie się jego widoków na przyszłość, co stanowiło wezwanie do zapłaty od 1 grudnia 2007 r. pozwany zobowiązany jest do zapłaty renty płatnej do 15 - go każdego miesiąca, o czym orzeczono w pkt II sentencji.

Sąd uwzględnił także żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość oparte o przepis art. 189 k.p.c. wskazując, że swoistość szkód na osobie, które z istoty swej są rozwojowe i występują niejednokrotnie po upływie dłuższego czasu, w trudnym ponadto z reguły do określenia rozmiarze, jak również nieprzekraczalny 10-letni termin przedawnienia roszczeń majątkowych uzasadniają pogląd, że dochodząc określonych świadczeń odszkodowawczych, powód może jednocześnie na podstawie art. 189 k.p.c. domagać się ustalenia odpowiedzialności pozwanego za ewentualną szkodę, jaka może wyniknąć dlań w przyszłości. Wskazany wyżej pogląd i wywody uzasadnienia pozostają nadal aktualne.

W niniejszej sprawie mając na uwadze przede wszystkim charakter rozstroju zdrowia powoda, niewątpliwie zasadnym jest zabezpieczenie jego możliwości dochodzenia w przyszłości naprawienia szkód, jakie mogą jeszcze wystąpić w związku z uszkodzeniem centralnego układu nerwowego, a których nie można przewidzieć na dzień dzisiejszy.

Względy powyższe sprawiły, że orzeczono, jak w pkt III sentencji wyroku.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. Stosownie do wyrażonej w tym przepisie prawnym zasady odpowiedzialności za wynik procesu strona przegrywająca proces obowiązana jest zwrócić stronie wygrywającej poniesione przez nią koszty procesu niezbędne do celowego dochodzenia swych praw lub celowej obrony. W rozpoznawanej uznać należy, że powódka wygrała w sprawę w całości i tym samym pozwany (...) Publiczny Szpitala (...) w S. zobowiązany jest do zwrotu na rzecz powoda kwoty 67.200 zł tytułem opłaty sądowej od pozwu oraz kwoty 43.217 zł zgodnie z § 6 pkt 7 w związku z § 2 ust. 1 i § 3 ust. 1 rozporządzenia z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego. Przy zasądzeniu powyższej kwoty Sąd wziął pod uwagę zawilość niniejszej sprawy oraz nakład pracy i wkład pracy adwokata w przyczynienie się do jej wyjaśnienia i rozstrzygnięcia.

Mając na uwadze powyższe orzeczone, jak w pkt IV i V sentencji.

Apelację od powyższego wyroku wywiodła strona pozwana, zaskarżając go w części, tj. w części zasądzającej od pozwanego na rzecz powoda kwotę 950.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (pkt I wyroku), w tym w zakresie kwoty wskazanej w tire pierwszym pkt I wyroku w części dotyczącej kwoty 450.000 zł w zakresie kwoty wskazanej w tire drugim pkt I wyroku co do całości tej kwoty, zasądzającej od pozwanego na rzecz powoda rentę miesięczną w kwocie 12.000 zł (pkt II wyroku), zasądzającej od pozwanego na rzecz powoda kwotę 67.200 zł tytułem zwrotu kosztów procesu (pkt IV wyroku) i zasądzającej od pozwanego na rzecz powoda kwotę 43.217 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (pkt V wyroku).

Zaskarżanemu orzeczeniu pozwany zarzucił:

- naruszenie art. 217 § 2, art. 227, art. 233 § 2, art. 286 k.p.c. poprzez odmowę dopuszczenia opinii innych biegłych (instytutu naukowo-badawczego) na okoliczność ustalenia prawidłowości zastosowanej przez pozwanego metody znieczulenia powoda, którą to okoliczność Sąd przyjął jako wykonaną przez pozwanego błędnie i w konsekwencji obciążył tym pozwanego, co w dalszej kolejności skutkowało przypisaniem pozwanemu dodatkowego czynnika mającego wpływ na wysokość przyznanego powodowi zadośćuczynienia,

- naruszenie art. 217 § 2, art. 227, art. 233 § 2, art. 309 k.p.c. poprzez odmowę ponownego wystąpienia do Narodowego Funduszu Zdrowia z wnioskiem o wypowiedzenie się co do istniejących możliwości w zakresie pokrywania wydatków powoda z świadczeń finansowanych ze środków publicznych, co skutkowało w istocie przyjęciem, że żadne z ujawnionych potrzeb powoda nie znajdują możliwości zaspokojenia w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych i w konsekwencji w całości ciężar ich ponoszenia spoczywa na pozwanym;

- naruszenie art. 445 § 1 k.c. poprzez przyznanie powodowi sumy pieniężnej tytułem zadośćuczynienia, która przekracza kryterium odpowiedniości w granicach rozpatrywanego przypadku,

- naruszenie art. 444 § 2 k.c. poprzez przyznanie powodowi tytułem renty kwoty, która przekracza granice renty odpowiedniej dla danego przypadku.

W uzasadnieniu apelacji pozwany wskazał, że w zakresie prawidłowości procesu leczniczego zgromadzony w sprawie został materiał dowodowy w skład, którego wchodziły m.in. dwie opinie biegłych tj. opinia biegłych ZMS w Ł. sporządzona na potrzeby postępowania karnego prowadzonego przez Sąd Rejonowy (...) w S. (sygn. akt V K 904/09) oraz opinia Uniwersytetu (...) w T. (...) w B. Katedra Medycyny Sądowej Zakład Medycyny Sądowej (dalej jako: „opinia biegłych z B.”) sporządzona na potrzeby niniejszego postępowania. Opinie te różniły się między sobą co do oceny prawidłowości zastosowanej przez pozwanego metody znieczulenia. Na wniosek strony pozwanej (pisma strony pozwanej z dnia 09 grudnia 2010 r. i 10 grudnia 2010 r. - w aktach sprawy) poddający w wątpliwość kwalifikacje merytoryczne biegłych w zakresie znieczulania dzieci biegli z B. podjęli się jednak sporządzenia uzupełniającej opinii w tym zakresie. W opinii tej podtrzymali swoje stanowisko co do wadliwości metody zastosowanej przez pozwanego. Pozwany odnosząc się do tej opinii złożył wniosek o zmianę instytutu szeroko motywując swoje zastrzeżenia do opinii biegłych z B.. Wniosek ten został pominięty przez Sąd bez szczególnego uzasadnienia zarówno w trakcie samego postępowania, jak i w ramach pisemnego uzasadnienia skarżonego wyroku. Okoliczność wadliwie zastosowanego znieczulenia Sąd Okręgowy wziął natomiast pod uwagę zasądzając od pozwanego kwotę zadośćuczynienia. Zdaniem pozwanego jego wniosek o zmianę instytutu jak najbardziej zasługiwał na uwzględnienie. Pozwany w swoim wniosku wskazał na liczne braki merytoryczne opinii biegłych z B. w kwestionowanym zakresie. Sporządzona przez tych biegłych opinia uzupełniająca w żadnym stopniu nie odniosła się do merytorycznych zastrzeżeń strony pozwanej. Biegli w istocie ograniczyli się do podtrzymania swojego stanowiska nie odnosząc się do zarzutów strony pozwanej i nie rozszerzając uzasadnienia merytorycznego. Zdaniem pozwanego w opinii uzupełniającej, nie znalazło się żadne odniesienie do literatury, czy jakichkolwiek innych naukowych źródeł, które podkreśliłyby obiektywność zajętogo stanowiska. Tak sporządzona opinia musi być więc traktowana wyłącznie jako subiektywne przekonanie biegłych co do zastosowanej metody znieczulenia. Na gruncie rozpatrywanej sprawy pozostawienie tak rozwiązanej kwestii

zastosowanej metody znieczulenia nie jest natomiast dopuszczalne zwłaszcza, że jak wyżej wskazano kwestia ta była jednym z istotnych czynników wpływających na wysokość przyznanego na rzecz powoda zadośćuczynienia. Zdaniem pozwanego w niniejszej sprawie postawa pozwanego jako sprawcy nie może być natomiast prawidłowo oceniona bez jednoznacznego wyjaśnienia prawidłowości zastosowanego znieczulenia. W konsekwencji powyższego Sąd Okręgowy dopuścił się naruszenia art. 217 § 2, art. 227, art. 233 § 2, art. 286 kodeksu postępowania cywilnego, co wywarło istotny wpływ na treść zapadłego rozstrzygnięcia.

Pozwany wskazał, że zasądzając od pozwanego na rzecz powoda kwotę 12.000 zł tytułem miesięcznej renty Sąd Okręgowy oparł się na wyliczeniach i rachunkach przedłożonych przez stronę powodową oraz stwierdzeniu zawartym w opinii biegłych z B., że wskazane wydatki mogą być w odniesieniu do powoda uzasadnione. Odnosząc się do przedstawianych przez stronę powodową wydatków pozwany podniósł m.in., iż zdecydowana ich część znajduje pokrycie w świadczeniach finansowanych ze środków publicznych. Pozwany w celu wykazania tej okoliczności dwukrotnie składał wnioski o zobowiązanie NFZ do wypowiedzi w tym zakresie. Pierwszy wniosek pozwanego został uwzględniony. Pismem z dnia 13 marca 2009 r. NFZ oświadczył jednak, iż nie może się wypowiedzieć na ówczesnym etapie postępowania ze względu na słabo zgromadzony materiał dokumentujący wydatki i potrzeby powoda. Po zgromadzeniu tego materiału pozwany ponowił więc swój wniosek. Wniosek ten jednak z nieznanymi przyczynami nie został uwzględniony. Według pozwanego należała konsekwencja w postępowaniu Sądu nakazywałaby jednak jego uwzględnienie. W obecnej chwili można się jedynie domyślać, iż Sąd stanął na stanowisku, iż racje ma strona powodowa twierdząc, iż żadnego ze wykazanych wydatków nie jest w stanie uzyskać za pomocą systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Stanowisko takie nie powinno być jednak zaakceptowane. Zgodzić się można tu wprawdzie z poglądem, że system ubezpieczenia zdrowotnego nie jest systemem doskonałym i nie należy się spodziewać po nim pokrycia wszystkich wydatków powoda, niemniej jest to system, który funkcjonuje, gromadzi określone środki w określonym celu, w tym m.in. w celu pokrywania istotnej części kosztów opieki w przypadkach takich, w jakim znalazł się powód. Zaprzeczenie tej okoliczności, którego wyrazem było nieuwzględnienie wniosku dowodowego strony pozwanej prowadzi do wyłącznego obciążenia strony pozwanej kosztami opieki nad powodem. Okoliczności tej natomiast pozwany nie miał obowiązku zakładać, organizując swoją działalność, w tym i określając poziom swojego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Odmowa uwzględnienia wniosku strony pozwanej neguje więc w istocie sens istnienia systemu ubezpieczenia zdrowotnego oraz stawia pozwanego w sytuacji, której nie miał on obowiązku przewidywać określając poziom ryzyka związanego ze swoją działalnością, w tym przyjmując adekwatne do tego poziomu metody zabezpieczeń.

W kontekście kwoty przyznanej powodowi tytułem miesięcznej renty pozwany wskazał, że od dnia wypadku do dnia wydania wyroku wszystkie zidentyfikowane potrzeby materialne powoda znalazły swoje pokrycie w drodze finansowania ich ze źródeł zewnętrznych w postaci fundacji, czy też renty już przyznanej przez pozwanego. Zdaniem pozwanego powód nie wskazał świadczenia, którego nie mógłby uzyskać ze względu na brak wystarczających środków finansowych.

W ocenie skarżącego mając na względzie tą okoliczność nie sposób zgodzić się z rozstrzygnięciem Sądu Okręgowego zasadzającego rentę za okres od dnia 1 grudnia 2007 r. do dnia wyrokowania, gdyż nie istniały w tym okresie nieznanujące finansowego pokrycia potrzeby powoda. Ponadto mając na względzie oświadczenie P. B. (2) - ojca powoda - o dalszym finansowaniu potrzeb powoda przez fundację oraz rozstrzygnięcie zawarte w pkt III wyroku ustalające odpowiedzialność pozwanego za szkody, które mogą pojawić się w przyszłości nie sposób nie zauważyć, że na okres od dnia wyrokowania do chwili zmiany okoliczności zasądzona renta pokrywa nieistniejącą szkodę powoda. Korelacja rozstrzygnięcia zawartego w pkt III wyroku z ustalonymi w niniejszej sprawie okolicznościami dotyczącymi finansowania potrzeb powoda czyni orzeczenie zasadzające konkretne kwoty miesięcznej renty co najmniej przedwczesnym.

Mając na uwadze ustaloną przez Sąd Okręgowy wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia nie sposób oprzeć się wrażeniu, iż Sąd Okręgowy miał na względzie wyłącznie kompensacyjny charakter tego świadczenia. Zupełnie pominięte natomiast zostały pozostałe determinanty tego świadczenia jak choćby zasada jego umiarkowanej wysokości, czy niedopuszczalności traktowania zadośćuczynienia jako źródła wzbogacenia. Zgodzić się należy tym, iż

te przesłanki określania odpowiedniego zadośćuczynienia w ostatnich latach zeszyły na plan dalszy skutkując wzrostem zasądzanych z tego tytułu kwot, niemniej nadal są jednak aktualne i powinny być brane pod uwagę przy wyrokowaniu.

Wysokość przyznanego przez Sąd Okręgowy zadośćuczynienia wymyka się również poza pojęcie rozsądnych granic w jakich powinno być przyznawane to świadczenie. Podobnie jak w odniesieniu do ww. przesłanek ustalania wysokości zadośćuczynienia i ta przesłanka zmieniła swoją siłę oddziaływania, ale w dalszym ciągu jest brana pod uwagę.

Pozwany wskazał, że wzrost rangi kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia nie wyeliminował całkowicie przesłanek utrzymania wysokości zadośćuczynienia w rozsądnych granicach i jego odpowiedniości względem aktualnych warunków i przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa.

Ponadto w dalszym ciągu jako dodatkowy czynnik zastosowanie znajduje kwestia porównywania sum zasądzonych w innych podobnych sprawach. Na tym tle rzeczywiście przewidziana przez Sąd Okręgowy suma zadośćuczynienia wynosząca 1.550.000 zł (300.000 zł od pozwanego + 50.000 zł od P. B. (3) + 1.200.000 zł z pkt I skarżonego wyroku) nie znajduje odpowiednika w innych sprawach, ani odbicia w aktualnych warunkach i stopie życiowej społeczeństwa.

W odpowiedzi na apelację powód wniósł o jej oddalenie w całości oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania, w tym zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego okazała się bezzasadna, ponieważ nie zawierała żadnych argumentów, które mogłyby podważyć prawidłowe rozstrzygnięcie Sądu I instancji w zaskarżonym zakresie.

Sąd pierwszej instancji prawidłowo przeprowadził postępowanie dowodowe, zaś dokonując ustaleń i formułując wnioski nie wykroczył poza ramy swobodnej oceny dowodów, wynikające z przepisu art. 233 k.p.c. W uzasadnieniu wyroku sporządzonym zgodnie z art. 328 § 2 k.p.c. Sąd Okręgowy dokładnie określił dowody, na których się oparł, wyjaśnił podstawę prawną wyroku i przytoczył w tym zakresie przepisy prawa.

Prawidłowo poczynione ustalenia faktyczne oraz należyte umotywowaną ocenę prawną sporu Sąd Apelacyjny przyjmuje za własną, w pełni podzielając wywody zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Z tego też względu Sąd Apelacyjny nie dostrzega potrzeby ponownego szczegółowego przytaczania zawartych w nim argumentów.

Sąd Okręgowy w sposób prawidłowy ustalił podstawę prawną odpowiedzialności pozwanego oraz przesłanki dochodzonego roszczenia.

Kwestią sporną było ustalenie, czy doszło do powstania u P. B. (1) szkody na skutek bezprawnego działania pozwanego szpitala – zawinionego zachowania jego pracowników. Odpowiedzialność pozwanego szpitala oparta jest na odpowiedzialności deliktowej (art. 430 k.c. i art. 416 k.c.). Konieczne jest więc ustalenie powstania szkody, zawinionego zachowania sprawcy powodującego szkodę, bezprawności zachowania oraz związku przyczynowego pomiędzy szkodą a zachowaniem.

W apelacji strona pozwana skupiła się przede wszystkim na zakwestionowaniu oceny i wniosków Sądu I instancji co do udowodnienia w niniejszej sprawie zawinienia i bezprawności działania personelu medycznego pozwanego Szpitala polegającego na zastosowaniu nieprawidłowej metody znieczulenia powoda, co zdaniem pozwanego skutkowało przypisaniem pozwanemu dodatkowego czynnika mającego wpływ na wysokość przyznanego powodowi zadośćuczynienia.

Sąd Apelacyjny uważa, że ustalenie, że zastosowanie u P. B. (1) znieczulenia podpajęczynówkowego nie było adekwatne do schorzenia, metody operacji i czasu trwania operacji plastycznej zwężonego napletka tzw. stulejki wynoszącej do 30 minut, że w przypadku powoda zastosowano zbyt wysoką dawkę środka znieczulającego - markainy spinal, która przy wadze dziecka wynoszącej 24 kg powinna wynosić 0,5 - 0,75 ml, że zastosowanie zbyt wysokiej dawki markainy

spinal łącznie z podaniem 120 mg thiopentalu, który ma działanie usypiające było błędne, jest prawidłowe i ma pełne oparcie w zgromadzonym materiale dowodowym.

Przemawiają za tym w głównej mierze wydane w sprawie opinie podstawowa i uzupełniająca Uniwersytetu (...) w T. (...) w B. sporządzone przez biegłych specjalistów z zakresu chirurgii dziecięcej, anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, psychiatrii, medycyny sądowej, interny i rehabilitacji medycznej, które w ocenie Sądu Odwoławczego są w pełni przekonujące.

Z przeprowadzonej w sprawie opinii sądowo – lekarskiej z dnia 6 października 2010 roku wynika, że zastosowanie u P. B. (1) znieczulenia podpajęczynówkowego budzi duże wątpliwości, gdyż związane jest ono u dzieci z trudnym i czasochłonnym przedoperacyjnym przygotowaniem oraz ułożeniem dziecka do znieczulenia, a co za tym idzie trudnościami w dokładnym określeniu wysokości uzyskanej analgezji rdzeniowej, czyli określenia do jakiego poziomu został znieczulony rdzeń kręgowy dziecka. W związku z powyższym znieczulenie podpajęczynówkowe zostało zarezerwowane do operacji planowych w dolnej połowie ciała u dzieci obciążonych chorobami układowymi w tym chorobą obturacyjną płuc oraz chorobami układu krążenia, w których to schorzeniach znieczulenie ogólne w okresie pooperacyjnym grozić może poważnymi powikłaniami ogólnoustrojowymi. Zatem według biegłych zastosowanie znieczulenia podpajęczynówkowego w niniejszym przypadku nie było adekwatne do schorzenia, metody operacji i czasu trwania zabiegu wynoszącego do 30 minut. Nie jest ogólnie przyjęte, aby dzieci, do zabiegów w dystalnych częściach ciała, jakim jest prącie, poddawane były tak skomplikowanej metodzie znieczulenia.

Biegli w powyższej opinii jednoznacznie stwierdzili, że w przypadku powoda zastosowano zbyt wysoką dawkę środka znieczulającego - markainy spinal, która przy wadze dziecka wynoszącej 24 kg powinna wynosić 0,5 - 0,75 ml. Zastosowanie takiej ilości markainy spinal łącznie z podaniem 120 mg thiopentalu, który ma działanie usypiające było błędem. Według biegłych zabieg u powoda można było z powodzeniem przeprowadzić jedynie przy zastosowaniu należytej dawki leku przeciwbólowego, np. fentanylu oraz sedacji, czyli obniżenia aktywności centralnego układu nerwowego bez wyłączenia świadomości, uzyskanej wziewnym podaniem mieszaniny tlenu i sewofluranu.

Sąd Apelacyjny podkreśla, że opinia Uniwersytetu (...) w T. (...) (...) w B. została sporządzona przez kompetentnych lekarzy dysponujących odpowiednią wiedzą specjalistyczną i doświadczeniem zawodowym. Opinia ta jest logiczna, spójna i zdecydowana. Opinię tę należało również określić jako rzetelną, albowiem oparto ją na kompleksowej dokumentacji lekarskiej. Opinie uwzględniały ponadto wszystkie uwagi stron.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, powyższa opinia mogła więc stanowić podstawę do stanowczego rozstrzygnięcia niniejszej sprawy. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, pozwoliła ona na nie budzące jakichkolwiek wątpliwości przyjęcie, że metoda znieczulenia powoda, zastosowana podczas wykonywania zabiegu w dniu 24 sierpnia 2007 roku była nieprawidłowa.

Wskazać w tym miejscu należy, że dowód z opinii specjalistycznej biegłego (biegłych) powołuje się wówczas, gdy stwierdzenie okoliczności mających istotny wpływ na rozstrzygnięcie sprawy wymaga wiadomości specjalnych (art. 278 § 1 k.p.c.). Wiadomości specjalne to wiadomości, które nie są znane przeciętnemu człowiekowi, a w gronie osób reprezentujących dany zawód są wiadomościami specjalistycznymi, powyżej zwykłego poziomu. Ze względu na element wiadomości specjalnych dowód z opinii biegłego ma przeto szczególny charakter, dowód ten jednak jak każdy inny, sąd ocenia zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów, zarówno pod kątem logiczności i poprawności rozumowania, jak i pod kątem merytorycznym.

Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 7 kwietnia 2005 r. II CK 572/04 wskazał, że specyfika oceny dowodu z opinii biegłego wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. Odwołanie się przez Sąd do tych kryteriów oceny stanowi więc wystarczające i należyte uzasadnienie przyczyn uznania opinii biegłych za przekonujące.

Stwierdzając, że zawinione i bezprawne działanie personelu medycznego pozwanego szpitala polegało w szczególności na zastosowaniu nieprawidłowej metody znieczulenia powoda, Sąd Apelacyjny nie podzielił wątpliwości apelującego co do miarodajności wniosków zawartych w opiniach Uniwersytetu (...) w T.(...)a w B..

Z tych względów, Sąd Apelacyjny nie znalazł również podstaw do dopuszczenia opinii innych biegłych (instytutu naukowo-badawczego) na okoliczność ustalenia prawidłowości zastosowanej przez pozwanego metody znieczulenia powoda.

Żądanie dopuszczenia dowodu z opinii innych biegłych było bezpodstawne, bowiem Sąd uzyskał już od biegłych wiadomości specjalne, niezbędne do merytorycznego i prawidłowego rozstrzygnięcia.

Apelujący formułując zarzut niewyjaśnienia wszystkich okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, wskutek odmowy dopuszczenia opinii innych biegłych (instytutu naukowo-badawczego) na okoliczność ustalenia prawidłowości zastosowanej przez pozwanego metody znieczulenia powoda, całkowicie pomija fakt, że biegli specjaliści z zakresu chirurgii dziecięcej, anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, psychiatrii, medycyny sądowej, interny i rehabilitacji medycznej, w sposób jednoznaczny wskazali, że zastosowane znieczulenie zarówno rodzaj jak i dawki leków były nieadekwatne do rodzaju operacji oraz pacjenta. Biegli w jednoznaczny i przekonujący sposób wyjaśnili, że znieczulenie dziecka jak i jego premedykacja, czyli wprowadzenie do znieczulenia i operacji różni się od znieczulenia i premedykacji dorosłego z uwagi na znaczące różnice anatomiczne, fizjologiczne, biochemiczne i psychologiczne. Najważniejszym celem premedykacji do planowego zabiegu u dzieci, w tym do operacji stulejki jest uspokojenie dziecka w stopniu umożliwiającym wprowadzenie do znieczulenia bez krzyku i oporu. Obecnie najczęściej stosowany jest midazolam (preparat D.) stosowany doustnie w dawce 0,4-0,6 mg/kg masy ciała. W przypadku powoda zastosowano D. w dawce 4 mg/24 kg masy ciała.

Biegli wyjaśnili, że dobór zastosowanego u P. B. (1) znieczulenia -znieczulenie podpajęczynówkowe, budzi duże wątpliwości, gdyż znieczulenie to choć łatwe do wykonania u dzieci z uwagi na budowę kanału kręgowego, w tej grupie pacjentów związane jest trudnym i czasochłonnym przedoperacyjnym przygotowaniem i ułożeniem dziecka do znieczulenia, a co za tym idzie trudnościami w dokładnym określeniu wysokości uzyskanej analgezji rdzeniowej czyli określenia do jakiego poziomu został znieczulony rdzeń kręgowy dziecka. Zdaniem biegłych zabieg operacji stulejki można było z powodzeniem przeprowadzić jedynie przy zastosowaniu należytej dawki leku przeciwbólowego, np. fentanylu oraz sedacji czyli obniżenia aktywności centralnego układu nerwowego bez wyłączenia świadomości, uzyskanej wziewnym podaniem mieszaniny tlenu i sewofluranu.

Powyższe stanowisko biegli potwierdzili w opinii uzupełniającej, w której ustosunkowali się do zastrzeżeń pozwanego do opinii podstawowej dotyczących prawidłowości zastosowanego znieczulenia, tj. że: „opinia stwierdzając, że „obecnie najczęściej stosowanym w premedykacji lekiem jest midazolam (preparat D.) stosowany doustnie w dawce 0,4-0,6 mg/kg masy ciała”, a następnie, że „u powoda zastosowano D. w dawce 4 mg/24 kg masy ciała” sugeruje, że popełniony został jakiś błąd. Opinia bowiem w kolejnych zdaniach, bez słowa wyjaśnienia zestawia obok siebie wartości 0,4-0,6 mg z 4 mg, co może sugerować fakt podania powodowi w premedykacji dawki leku 10-krotnie wyższej niż dopuszczalna, drogą inną niż doustna. Opinia pomija bowiem, iż po dokonaniu przeliczenia uzyskuje się dawkę D. 0,17 mg/ kg masy ciała, która to dawka mieści się w zakresie dawek prawidłowych. Odnosząc się do oceny doboru zastosowanego u P. B. (1) znieczulenia tj. znieczulenia podpajęczynówkowego opinia wyraża pogląd, iż znieczulenie podpajęczynówkowe zostało zarezerwowane do operacji planowych w dolnej połowie ciała u dzieci obciążonych chorobami układowymi, w tym chorobą obturacyjną płuc oraz chorobami układu krążenia, w których to schorzeniach znieczulenie ogólne w okresie pooperacyjnym grozić może poważnymi powikłaniami ogólnoustrojowymi”. Twierdzenie to jest w przypadku dziecka w wieku powoda nieuprawnione i sprzeczne z zasadami wiedzy medycznej. Powyższe twierdzenie jest uprawnione i zgodne z wiedzą medyczną wyłącznie w przypadku noworodków, noworodków urodzonych przedwcześnie i niemowląt, głównie tych, u których w pierwszych tygodniach życia ze względu na wcześniactwo lub inną przyczynę doszło do poważnych powikłań ogólnoustrojowych wymagających stosowania przedłużonej sztucznej wentylacji. Według powszechnie dostępnego piśmiennictwa medycznego znieczulenie podpajęczynówkowe jest znieczuleniem bezpiecznym i skutecznym w celu umożliwienia

wykonywania procedur operacyjnych na obszarze podbrzusza i kończyn dolnych i może być stosowana bez względu na wiek dziecka, stan zdrowia dziecka, czy czas trwania procedury operacyjnej [C. A. S. J. 1989; 33: 227-230], [A. 1996; 45(3): 271-277], [M. (...); 67(9 S.); 121-125], [P. A. 2004; 14(7): 564-567], [A. & A. 2006; 102: 67-71], [I. J. of A. 2008; 52: 264-270], [P. A. 2010; 20(11): (...)- (...)]. Znieczulenie podpajęczynówkowe nie jest wskazane w operacjach trwających krócej niż 10 minut lub dłużej niż 3-4 godziny [Larsen R.:L Anestezjologia. Wydawnictwo Medyczne (...) 2003 - strona 545]. Zabieg operacji plastycznej stulejki jest procedurą, która w warunkach (...) nr 1 trwała nie krócej niż 15 minut. Cytowane publikacje reprezentują niemal wszystkie kontynenty. Znieczulenie podpajęczynówkowe stosowane było u dzieci już na początku ubiegłego stulecia. W roku 1975 zostało ponownie odkryte przez M. i współpracowników, i od tego czasu stosowane było coraz częściej, a obecnie powszechnie [A. & A. 1975; 54: 387-389]. Znieczulenie podpajęczynówkowe jest znieczuleniem dużo bardziej bezpiecznym niż proponowane w opinii znieczulenie ogólne wziewne z intubacją dotchawiczą lub bez intubacji. W związku z powyższym wniosek opinii sprowadzający się do stwierdzenia „zatem zastosowanie znieczulenia podpajęczynówkowego w niniejszym przypadku nie było adekwatne do schorzenia, metody operacji i czasu trwania zabiegu wynoszącego do 30 minut” jest całkowicie nieuprawniony i sprzeczny z powszechnie znaną wiedzą medyczną. Znieczulenie podpajęczynówkowe z towarzyszącą sedacją jest standardowym postępowaniem anestezjologicznym stosowanym u dzieci przez lekarzy anestezjologów specjalistów i lekarzy w trakcie specjalizacji, do większości rodzajów procedur operacyjnych prowadzonych w obrębie podbrzusza i kończyn dolnych. W przypadku zabiegu operacji plastycznej stulejki, ze względu na potrzebę zapewnienia działania przeciwbólowego po wybudzeniu dziecka. Znieczulenie tego drugiego typu wykonywane było wyłącznie u dzieci z przeciwwskazaniami do wykonania znieczulenia podpajęczynówkowego, lub zewnątrzoponowego z dojścia krzyżowego, oraz w przypadku braku zgody na wykonanie znieczulenia podpajęczynówkowego. Dokonując oceny dawki zastosowanego środka znieczulającego opinia stwierdza, że „w niniejszym przypadku zastosowano zbyt wysoką dawkę środka znieczulającego - markainy spinal, która przy wadze dziecka wynoszącej 24 kg powinna wynosić 0,5-0,75 ml. Zastosowanie takiej ilości markainy spinal łącznie z podaniem 120 mg thiopentalu, który ma działanie usypiające było błędem”. Twierdzenia te są niestety całkowicie błędne i sprzeczne z wiedzą medyczną dotyczącą należnych dawek leku markaina spinal. Dawka 0,5 ml markainy spinal, którą opiniują wskazuje jako prawidłową to dawka, którą trzeba podać noworodkowi o wadze 4 kg, żeby uzyskać skuteczne znieczulenie do zabiegów wykonywanych w obrębie podbrzusza i kończyn dolnych (0,1 ml leku na każdy 1 kg wagi noworodka plus 0,1 ml na przestrzeń martwą igły, którą nakłucie się wykonuje). Dawka 0,75 ml markainy spinal to dawka leku, którą trzeba podać do przestrzeni podpajęczynówkowej niemowlęciu o wadze 10 kg, po to, żeby oczekiwany poziom znieczulenia był wystarczający do przeprowadzenia zabiegów operacyjnych w obrębie podbrzusza i kończyn dolnych. Według danych piśmiennictwa, w tym również informacji podawanych przez producenta leku prawidłowa dawka leku (0,5% M. spinal heavy firmy (...)) podawana dziecku o wadze 24 kg mieści się w zakresie od 1,5 ml do nawet 2,2 ml [B. J. of A.. 1998; 81(4): 502-506]; [P. A. 2010; 20(11): (...)- (...)];[Informacje dla pracowników służby zdrowia według New Zealand M. and (...)] [<http://www.medsafe.govt.nz/profs/datasheet/mMarcainSpinalinj.htm>]; Larsen R.:L Anestezjologia. Wydawnictwo Medyczne (...) 2003 - strona 1120]. Należna dawka leku mieści się w zakresie od 0,25 do 0,5 mg leku na każdy 1 kg masy ciała dziecka. P. B. (1) otrzymał lek w objętości 2 ml. Według [Larsen R.:L Anestezjologia. Wydawnictwo Medyczne (...) 2003 - strona 1120], dawka leku, którą podano powodowi powinna mieścić się w zakresie od 1,5 do 1,7 ml. Według [A. 19%; 45(3): 271-277]; [B. J. of A.. 1998; 81(4): 502-506]; P. A. 2010; 20(11): (...)- (...)] objętość 2 ml podana powodowi w celu znieczulenia również była objętością prawidłową. Pośród wielu czynników, które mogą wpływać na rozprzestrzenianie się leku miejscowo znieczulającego w obrębie płynu mózgowo-rdzeniowego po wykonaniu znieczulenia podpajęczynówkowego, do tych które w sposób szczególnie istotny determinują to rozprzestrzenianie się podanego 0,5% roztworu markainy spinal heavy w objętości 2 ml, czyli w dawce 10 mg leku (wyliczona maksymalna dawka należąca leku to 12 mg) należą: wzrost pacjenta, pozycja i ułożenie pacjenta, miejsce wstrzykiwania, ciężar właściwy leku i dawka leku [Z. A. Q&A - Znieczulenie Przewodowe, a-medica press 1994 - strona 57-59]. W chwili wykonywania procedury operacyjnej P. B. (1) był czterolatkiem wyższym niż przeciętny chłopiec w tym wieku. Z tego powodu zdecydowano o podaniu leku w objętości 2 ml 0,5% roztworu markainy spinal heavy. Po wykonaniu znieczulenia dziecko leżało na plecach w pozycji anty-T., tj. nogi niżej niż tułów i głowa. Lek markaina spinal heavy jest środkiem o ciężarze właściwym wyższym niż płyn mózgowo-rdzeniowy i zgodnie z prawami fizyki przemieszcza się do niżej położonych odcinków kanału kręgowego. Przy pozycji ciała any-T. wysokość uzyskanej analgezji rdzeniowej powinna więc zostać ograniczona. Lek podany został po nakłuciu przestrzeni podpajęczynówkowej na poziomie

przestrzeni międzykręgowej L3-4 i w trakcie podawania leku nie wykonywano barbotażu. W opinii napisano również, że powód oprócz zastosowania leku markaina spinal otrzymał 120 mg thiopentalu, który ma działanie usypiające. Z opinii wynika też, że powód nie otrzymał do procedury wykonywania znieczulenia leku działającego przeciwbólowe w należytej dawce np. fentanylu. Proponowany przez opinie fentanyl, podany dziecku w dawce maksymalnej, która nie wywoła jeszcze stanu niewydolności oddechowej z powodu hamującego wpływu leku na ośrodek oddechowy położony w pniu mózgu, nie zapewniłby dziecku bezbolesności w trakcie wykonywania procedury znieczulenia (ukłucie igłą skóry i dalsza penetracja igłą struktur położonych w przestrzeni międzykręgowej). Jako lek działający przeciwbólowe, a pozbawiony negatywnego wpływu na ośrodek oddechowy zastosowano ketaminę w dawce 20 mg podanej dożylnie (0,83 mg na każdy jeden kg masy ciała). Bezpieczna dawka leku ketamina podawanego dożylnie do uzyskania analgesodacji dziecka w trakcie wykonywania bolesnych procedur znieczulania to dawka mniejsza niż 2 mg na każdy jeden kilogram masy ciała. Lek thiopental, który podany został dziecku w łącznej dawce 120 mg podawany był nie w dawce jednorazowej, ale w trzech kolejnych dawkach frakcjonowanych 60 + 40 + 20 mg leku. Podaż kolejnych dawek leku wynikała z wciąż obecnej reakcji bólowej na stymulację skóry pleców igłą. Ostatnia dawka leku tiopental podana była przed nakłuciem przestrzeni podpajęczynówkowej i zdeponowaniem leku markaina spinal heavy w płynie mózgowo-rdzeniowym, a więc o godzinie 12.54 Podawanie leków ketamina i tiopental, w dawkach frakcjonowanych, przed wykonaniem bolesnych czynności znieczulenia podpajęczynówkowego u dzieci jest postępowaniem rutynowym, stosowanym u dzieci w wieku poniżej 12 lat. Podane dawki leku, oprócz pozbawienia dziecka uczucia bólu w trakcie nakłuwania skóry pozwala na przeżycie przez dziecko okresu pobytu w nieprzyjnym środowisku sali operacyjnej bez strachu, stresu i innych nieprzyjnych doznań psychicznych. Trudno jest przypuszczać, że dziecko w wieku lat 4 rozumie z jakiego powodu i dlaczego ma leżeć na stole operacyjnym i być operowane. Pozwany w tym miejscu podkreśla, iż niezależnie od powyższych argumentów prawidłowość jego postępowania w zakresie zastosowanego znieczulenia została też potwierdzona znajdującą się w aktach niniejszej sprawy (k. 506-525) opinią wydaną przez Zakład Medycyny Sądowej UM w Ł.. W powyższych okolicznościach wnioski aktualnie opracowanej opinii stanowiące odpowiedź na pytanie nr 2 w żadnym wypadku nie mogą być uznane za prawidłowe i miarodajne dla oceny sprawy. Zdaniem pozwanego opinia w tej części wymaga weryfikacji, w tym poprzez odniesienie do publikowanej naukowej wiedzy medycznej. Pozwany wnosi o taką weryfikację. Jeżeli aktualnie opiniujący zespół nie może jej wykonać, to w tej części opinii należy przekazać do innego ośrodka. Ad odpowiedzi na pytanie 12). Biorąc pod uwagę udzieloną odpowiedź na pytanie nr 12 należy przyjąć, iż wydający opinię w zasadzie uchylili się od udzielenia odpowiedzi. Wszystkie stwierdzenia opinii w zakresie leczenia i rehabilitacji oparte są na kryterium formalnym odnoszącym się do kwalifikacji osób zlecających postępowanie i leczenie. Opinia przyjmuje zasadę, że skoro zrobił to lekarz, to na pewno jest to zrobione prawidłowo. Z takim uzasadnieniem nie można zwłaszcza w niniejszej sprawie się zgodzić. Uzasadnienie to, jak wskazano stanowi ucieczkę od podjęcia się oceny tego co robiono (a to właśnie było istotą - pytania postawionego przez Sąd). Dla uzmysłowienia skali problemu warto więc w tym miejscu wskazać, iż niniejsza sprawa przecież dotyczy tego co zrobili, czy też czego nie zrobili lekarze i pielęgniarki pozwanego. Gdyby więc zastosować tu kryterium oceny, jakie jest zastosowane w opinii przy odpowiedzi na pyt. nr 12 w zakresie leczenia i rehabilitacji, to odpowiedź musiałaby brzmieć, że wszystko było zrobione dobrze, ponieważ zrobili to lekarze i pielęgniarki. Pozwany wnosi w tym przypadku o zobowiązanie biegłych do oświadczenia się, czy nie są w stanie ocenić tej kwestii, a w dalszej konsekwencji o zlecenie opinii w tym zakresie innym biegłym, czy też dokonają jednak merytorycznej oceny”.

Odnosząc się do powyższych zarzutów pozwanego, biegli w opinii uzupełniającej z dnia 30 września 2011 roku, podtrzymując opinię podstawową w zakresie stwierdzonych nieprawidłowości postępowania anestezyjologicznego u małoletniego P. B. (1) opisanych w Ad. 2 opinii z dnia 6 października 2010 r., wyjaśnili, że faktycznie jak to podawał pozwany pozycja znieczulenia przewodowego jest dobrze ugruntowana w anestezji pediatrycznej, a szczególną popularnością cieszy się technika znieczulenia połączonego, nazywanego też skojarzonym obejmującego znieczulenie podpajęczynówkowe z płytkim znieczuleniem ogólnym. Biegli wskazali, że pozwany w swoim piśmie nie podał, iż zastosowanie takiego znieczulenia jest zwykle znieczuleniem z wyboru przede wszystkim u noworodków przedwcześnie urodzonych oraz niemowląt i małych dzieci z przewlekłym uszkodzeniem płuc np. dysplazją oskrzelowo - płucną i mukowiscydozą poddanych głównie rozległym zabiegom w obrębie jamy brzusznej. Biegli jednoznacznie stwierdzili, że metoda znieczulenia zastosowana do zabiegu naprawczego stulejki u P. B. (1) - znieczulenie

podpajęczynówkowe z następowym podaniem thiopentalu, poprzedzone premedykacją przy pomocy dormicum (nazwa handlowa preparatu - Midazolam) nie była adekwatna co do rozległości i czasu trwania zabiegu wg pozwanego 15 minut. Biegli wskazali, że zabiegi tego typu odbywają również się w trybie zabiegów „jednego dnia”, w których dziecko po kilku godzinach obserwacji w oddziale pooperacyjnym zostaje przekazane rodzicom do domu. Według biegłych nie jest ogólnie przyjęte, aby dzieci do zabiegów w dystalnych częściach ciała jakim jest prącie poddawane były tak skomplikowanej metodzie znieczulenia, chyba, że jest to rozległy zabieg w obrębie kroczka bądź kończyn dolnych u dzieci szczególnie obciążonych głównie chorobami układu oddechowego. Według biegłych sprawdzoną i bezpieczną techniką znieczulenia do takiego zabiegu jest krótkie znieczulenie dożylnie z użyciem thiopentalu lub propofolu z dodatkiem fentanylu, skojarzone ze znieczuleniem wziewnym z zastosowaniem sewofluranu przy pomocy maski twarzowej lub maski krtaniowej. Odnośnie dawek zastosowanych leków ustosunkowano się do podanej wagi ciała powoda (24 kg.m.c -kilogram masy ciała), ponieważ w dostępnej dokumentacji nie znaleziono dawek przeliczonych na kg.m.c. Zakładając, iż małoletni P. B. (1) w chwili operacji ważył 24 kg, należna mu dawka zastosowanego w premedytacji Midazolamu podanego powinna wynosić 0,25 mg/kg.m.c (przy podaniu 5 mg) zastosowanej do znieczulenia podpajęczynówkowego 0,5 markainy spinal 0,3 mg/ kg m.c. w objętości 0,06 ml/kg m.c tj. 1,44 ml, natomiast podanego thiopentalu 4-5 mg / kg.m.c. tj. 96 - 120 mg. Biegli wyjaśnili, że wydawałoby się, że zastosowane do znieczulenia powoda dawki leków nie odbiegają od jemu należnych, lecz podane prawie równocześnie do trwającego 15 minut znieczulenia mogły doprowadzić do niebezpiecznej dla dziecka hipotensji tętniczej, tj. spadku ciśnienia tętniczego. Z udostępnionej dokumentacji nie wynika do jakiego poziomu uzyskano analgezję (zniesienie czucia) podpajęczynówkową. Biegli wskazali, że znieczulenie podpajęczynówkowe oprócz: analgezji czuciowej i ruchowej wywołuje blokadę współczulną sięgającą 1-2 dermatomy (dermatom to obszar skóry, który jest zaopatrywany czuciowo przez pojedynczy nerw rdzeniowy czyli pojedynczy segment rdzenia kręgowego), powyżej analgezji czuciowej. Jej następstwem jest również hipotensja tętnicza. Według biegłych domniemać zatem można, iż obydwie przyczyny hipotensji tętniczej mogły u małoletniego powoda wywołać zatrzymanie krążenia. Niewykluczona jest również przyczyna oddechowa, brak bowiem określenia wysokości uzyskanej analgezji podpajęczynówkowej a czasami jej pełne wystąpienia - analgezja czuciowa, ruchowa i współczulną występują nawet dopiero po upływie 15 minut, uniemożliwia jednoznaczne określenie czy nie doszło do blokady ruchowej mięśni oddechowych, a co zatem idzie do zatrzymania krążenia w mechanizmie „uduszenia”. W dalszym ciągu biegli podtrzymali, że poddane takiej technice znieczulenia dziecko wymaga bardzo rzetelnej opieki pooperacyjnej. Rzetelna opieka pooperacyjna w takim przypadku powinna uwzględniać monitorowanie podstawowych funkcji życiowych tj. puls oksymetrii, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi oraz ocenę świadomości, tym bardziej, że zabieg operacyjny jest krótszy aniżeli czas trwania analgezji podpajęczynówkowej trwającej zwykle 2 godziny. W przypadku powoda nie dopełniono tych standardów postępowania pooperacyjnego, co jest najważniejszym zarzutem stawianym stronie pozwanej. Zarzut ten był również wymieniony w opinii sądowo-lekarskiej sporządzanej z udziałem biegłego anestezjologa na potrzeby sprawy karnej. W oparciu o przedstawione fakty biegli wskazali, że w dalszym ciągu dopatrują się nieprawidłowości w postępowaniu anestezjologicznym.

Wobec jednoznacznego stanowiska biegłych sądowych z Uniwersytetu (...) w T. (...) w B., że metoda znieczulenia zastosowana do zabiegu naprawczego stulejki u P. B. (1) - znieczulenie podpajęczynówkowe z następowym podaniem thiopentalu, poprzedzone premedykacją przy pomocy dormicum nie była adekwatna co do rozległości i czasu trwania zabiegu według pozwanego 15 minut, za całkowicie bezzasadny uznać należy zarzuty apelującego dotyczące naruszenia art. 217 § 2, art. 227, art. 233 § 2, art. 286 k.p.c. poprzez odmowę dopuszczenia opinii innych biegłych (instytutu naukowo-badawczego) na okoliczność ustalenia prawidłowości zastosowanej przez pozwanego metody znieczulenia powoda.

Wbrew argumentacji pozwanego biegli w opinii uzupełniającej w wyczerpujący sposób ustosunkowali się do zarzutów pozwanego do opinii sądowo – lekarskiej z dnia 6 października 2010 roku i jednoznacznie wskazali, że zastosowana przez pozwanego metoda znieczulenia była nieprawidłowa.

Dla prawidłowości powyższego ustalenia nie może mieć znaczenia podnoszona przez powoda kwestia, że opinia biegłych ZMS w Ł. sporządzona na potrzeby postępowania karnego prowadzonego przez Sąd Rejonowy (...) w S. (sygn.

akt V K 904/09) oraz opinia Uniwersytetu (...) w T. (...) w B. różniły się co do oceny prawidłowości zastosowanej przez pozwanego metody znieczulenia.

Podkreślić bowiem należy, że opinia (...) w Ł. została sporządzona na potrzeby postępowania karnego prowadzonego przez Sąd Rejonowy (...) w S. (sygn. akt V K 904/09), co oznacza, że w niniejszym postępowaniu nie stanowi dowodu z opinii biegłych, w odróżnieniu do przeprowadzonej w niniejszym postępowaniu opinii podstawowej i uzupełniającej Uniwersytetu (...) w T. (...) w B., zawierającej katagoryczne wnioski w zakresie prawidłowości zastosowanej przez pozwanego metody znieczulenia.

Ponadto w opinia ZMS w Ł. sporządzona na potrzeby postępowania karnego prowadzonego przez Sąd Rejonowy (...) w S. (sygn. akt V K 904/09) dotyczyła w zasadniczej mierze kwestii opieki kooperacyjnej i jedynie w niewielkim zakresie odnosiła się do kwestii dotyczącej znieczulenia powoda. W opinii z dnia 18 kwietnia 2008 roku w odniesieniu do znieczulenia zastosowanego u powoda wskazano, że w trakcie znieczulenia zostały użyte następujące leki: ketamina - 20 mg, thiopental 120 mg, atropina 0,2 mg - jako środki do sedacji umożliwiającej przeprowadzenie znieczulenia rdzeniowego z zastosowaniem 2ml 0,5% marcainy. W premedykacji do zabiegu zastosowano 4mg dormicum o godz. 12.15. Znieczulenie rozpoczęto ok. godz. 12.15, a zakończono ok. godz.13.20 (wg karty znieczulenia karta 15 odw.). Z zapisów karty znieczulenia jak i zeznań personelu medycznego nie wynika, by w trakcie zabiegu i znieczulenia obserwowano zdarzenia niepożądane. Przebieg znieczulenia tj. przygotowanie przedoperacyjne, premedykacja, postępowanie w trakcie zabiegu nie budzą zastrzeżeń. Odybła się typowa procedura zgodna z zasadami. Według biegłych biorąc pod uwagę czas, rodzaj i dawkę leków podanych dziecku w okresie od godz. 12.15 -12.25, było wysoce prawdopodobne, że dziecko było „słabo wybudzone”, bowiem czas działania leków podanych w celu sedacji tj. ketaminy, dormicum, thiopentalu mógł, biorąc pod uwagę czas działania pojedynczego leku jak i ewentualne działanie synergistyczne, utrzymywać się w znacznym stopniu. Biegli wskazali, że działanie środka znieczulenia przewodowego tj. marcainy, podanego o godz. 12.55, o godz. 13.30 - 13.40 osiągało swoje działanie szczytowe. Działaniem bardzo nierozważnym było pozostawienie chorego w bezpośrednim okresie po zabiegu, w trakcie aktywnego działania podanych leków, w tym szczytowym okresie działania znieczulenia przewodowego bez właściwego nadzoru, zwłaszcza wobec wyraźnych objawów działania leków sedacyjnych („słabo wybudzony”) i w okresie rozwiniętego działania znieczulenia przewodowego.

W ocenie Sądu Apelacyjnego nie ma podstaw do dyskwalifikowania wiarygodności i mocy dowodowej opinii biegłego sądowego sporządzonej na potrzeby innego postępowania w sytuacji, gdy jest ona niekwestionowana przez strony oraz wówczas gdy przedstawiony w niej tok rozumowania i jego uzasadnienie korespondują materiałem dowodowym zebrany w sprawie.

W sytuacji natomiast, gdy opinia biegłych ZMS w Ł. sporządzona na potrzeby postępowania karnego prowadzonego przez Sąd Rejonowy (...) w S. (sygn. akt V K 904/09) została zakwestionowana przez stronę powodową w części dotyczącej oceny zastosowanej przez pozwanego metody znieczulenia, to w takim wypadku Sąd powinien przeprowadzić dowód z opinii biegłego na powyższą okoliczność.

Dlatego też, w związku szczegółowymi zarzutami zgłaszanymi przez stronę powodową w toku postępowania przed Sądem pierwszej instancji Sąd przeprowadził postępowanie dowodowe poprzez dopuszczenie dowodu z opinii Uniwersytetu (...) w T. (...) w B. celem ustalenia stwierdzenia prawidłowości zastosowanej przez pozwanego metody znieczulenia i ustalenie tej okoliczności, wymagającej wiadomości specjalnych, prawidłowo oparł na powyższym dowodzie z opinii Uniwersytetu (...) w T. (...) w B..

Sąd Apelacyjny miał na uwadze, że oparcie rozstrzygnięcia wyłącznie na dowodach zgromadzonych w aktach innej sprawy uznać należy za niedopuszczalne, zwłaszcza, gdy nic nie stoi na przeszkodzie w przeprowadzeniu tych dowodów przed sądem orzekającym w sprawie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 marca 1973 r., sygn. akt II CR 75/73, LEX nr 7237). Zgodnie bowiem z zasadą bezpośredniości postępowania dowodowego wyrażoną w art. 235 k.p.c., powinno się ono toczyć przed sądem orzekającym.

Twierdzenie pozwanego, że sporządzona przez biegłych opinia uzupełniająca w żadnym stopniu nie odniosła się do merytorycznych zastrzeżeń strony pozwanej, że biegli w istocie ograniczyli się do podtrzymania swojego stanowiska nie odnosząc się do zarzutów strony pozwanej i nie rozszerzając uzasadnienia merytorycznego oraz, że opinię uzupełniającą tym zakresie należy traktować więc jako proste zaprzeczenie zastrzeżeń pozwanego, pozostaje w sprzeczności z treścią opinii uzupełniającej z dnia 30 września 2011 roku, w której jak powyżej wskazano, biegli w szczególności i wyczerpująco odnieśli się do zarzutów strony pozwanej do opinii podstawowej.

Z przyczyn wcześniej przytoczonych, Sąd Apelacyjny uznał, że wniosek pozwanego o dopuszczenie opinii innych biegłych (instytutu naukowo-badawczego) na okoliczność ustalenia prawidłowości zastosowanej przez pozwanego metody znieczulenia powoda, nie zawierał żadnych argumentów podważających miarodajność dotychczasowej opinii biegłej, co słusznie skutkowało jego pominięciem przez Sąd pierwszej instancji.

Sąd pierwszej instancji postąpił w tym zakresie zgodnie z art. 217 § 2 k.p.c., który stanowi, że sąd może pominąć środki dowodowe, jeśli uzna, że okoliczności sporne zostały już dostatecznie wyjaśnione, a taka sytuacja miała miejsce w rozpoznawanej sprawie w analizowanym zakresie.

Treść złożonej apelacji wskazuje, że pozwany, podejmuje próbę zakwestionowania wysokości zasądzonego na rzecz powoda zadośćuczynienia, poprzez podważanie wyrażonej przez biegłych sądowych w opiniach sądowo – lekarskiej jednoznacznej oceny, zastosowanej przez pozwanego metody znieczulenia jako wadliwej, co jest tym bardziej niezrozumiałe, że pozwany co do zasady nie kwestionował swojej odpowiedzialności za szkodę na osobie powoda w następstwie przeprowadzenia zabiegu stulejki w dniu 24 sierpnia 2007 roku.

Ponadto pozwany formułując nieuzasadnione zarzuty dokonania w zaskarżonym wyroku sprzecznych istotnych ustaleń Sądu pierwszej instancji z zebraniem w sprawie materiałem dowodowym w zakresie zastosowanej u powoda metody znieczulenia, pomija, że decydujące znaczenie dla przypisania pozwanemu szpitalowi odpowiedzialności za skutki zabiegu operacyjnego stulejki wykonanego u powoda w dniu 24 sierpnia 2007 r., miało przede wszystkim bezprawne i zawinione działanie personelu medycznego pozwanego szpitala polegające na nieprawidłowym postępowaniu pooperacyjnym, które było niezgodne z obowiązującymi standardami.

Pozwany pomija również, że sama kwestia zastosowania nieprawidłowej metody znieczulenia powoda nie miała decydującego znaczenia dla ustalenia wysokości należnego powodowi zadośćuczynienia, o czym będzie mowa poniżej. Nieprawidłowe działania pozwanego w zakresie znieczulenia powoda miały bowiem istotne znaczenie dla odpowiedzialności pozwanego szpitala za szkodę na osobie powoda, czego pozwany, jak już wspomniano, nie kwestionował co do zasady.

W świetle przytoczonych okoliczności uznać należy, że argumentacja strony pozwanej w analizowanym zakresie stanowi jedynie gołosłowną i bezzasadną polemikę z zebranymi w sprawie dowodami, w sposób niewątpliwy potwierdzającymi odpowiedzialność pozwanego za szkodę doznaną przez powoda oraz zasadność roszczeń, z którym wystąpił powód.

Argumentacja skarżącego, że Sąd Okręgowy nienależycie wyjaśnił istotne okoliczności faktyczne, jest bezzasadna i jako taka w żaden sposób nie może zmienić zaprezentowanej oceny Sądu Apelacyjnego. Wbrew twierdzeniom apelującego Sąd pierwszej instancji dokonał wnikliwej i wszechstronnej analizy zebranych w sprawie dowodów oraz ich prawidłowej oceny. Z twierdzeń zawartych w apelacji wynika natomiast, że pozwany wyciągnął zupełnie odmienne wnioski z przeprowadzonego w sprawie postępowania dowodowego.

Wobec uznania przez Sąd Apelacyjny prawidłowości ustaleń faktycznych Sądu pierwszej instancji i oceny prawnej nie można zatem mówić o naruszeniu przepisów art. 217 § 2, art. 227, art. 233 § 2, art. 286 k.p.c. poprzez odmowę dopuszczenia opinii innych biegłych (instytutu naukowo-badawczego), na okoliczność ustalenia prawidłowości zastosowanej przez pozwanego metody znieczulenia powoda.

W świetle powyższych rozważań, Sąd Apelacyjny w pełni podzielił stanowisko Sądu Okręgowego, że pozwany szpital ponosi odpowiedzialność za szkodę na osobie powoda wskutek wadliwie przeprowadzonego leczenia operacyjnego powoda oraz postępowania pooperacyjnego w dniu 24 sierpnia 2007 roku, polegającego na nieprawidłowym zastosowaniu u powoda znieczulenia podpajęczynówkowego, błędnym zastosowaniu zbyt wysokiej dawki środka znieczulającego - markainy spinal łącznie z podaniem 120 mg thiopentalu, zbyt wczesnym przeniesieniu powoda z obszaru nadzoru anestezjologicznego do Kliniki (...) i pozostawienie go bez nadzoru to jest: standardowego monitorowania (pulsoksymetria) oraz należytego nadzoru pielęgniarstwa, nie dysponowaniu salą pooperacyjną przez pozwany szpital i nie podłączeniu powoda od odpowiedniej aparatury medycznej, np. puls oksymetru.

Kwestię sporną między stronami stanowiła również wysokość doznanej przez powoda szkody, a tym samym zakres ciężącego na stronie pozwanej obowiązku naprawienia szkody.

Zgodnie z obowiązującą w polskim prawie cywilnym zasadą pełnego odszkodowania, którą wyraża przepis art. 361 § 2 k.c., naprawienie szkody ma zapewnić całkowitą rekompensatę doznanego przez poszkodowanego uszczerbku. Z tego względu naprawienie szkody obejmuje – w granicach wyznaczonych przez związek przyczynowy – straty, jakie poszkodowany poniósł (tj. *damnum emergens*), oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby szkody mu nie wyrządzono (tj. *lucrum cessans*). Ciężar dowodu wysokości poniesionej szkody spoczywa – zgodnie z ogólną regułą rozkładu ciężaru dowodu, wyrażoną w art. 6 k.c. – na poszkodowanym, którym w niniejszej sprawie jest powód.

W niniejszej sprawie powód domagał się naprawienia szkód tak niemajątkowej, czyli krzywdy, w drodze zasądzenia zadośćuczynienia jak i majątkowej – w postaci zasądzenia renty, doznanych w następstwie zabiegu operacyjnego z dnia 24 sierpnia 2007 roku.

Podstawę prawną pierwszego z tych żądań stanowi art. 445 § 1 k.c. w związku z art. 444 § 1 k.c.

Zgodnie z dyspozycją powyższych przepisów – w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Podstawową przesłanką warunkującą w myśl art. 445 § 1 k.c. możliwość domagania się zadośćuczynienia za doznaną krzywdę jest spowodowanie czynem niedozwolonym uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Uszkodzenie ciała polega na naruszeniu integralności fizycznej człowieka, natomiast rozstrój zdrowia wyraża się w zakłóceniu funkcjonowania poszczególnych organów, bez ich widocznego uszkodzenia.

Podkreślić należy, że przepisy kodeksu cywilnego nie zawierają żadnych kryteriów, które należy uwzględnić przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia, stanowiąc jedynie, że ma być ono „odpowiednie”. Zgodnie jednak z powszechnie przyjętym stanowiskiem orzecznictwa i doktryny (G. Bieniek (w:) Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania, t. I, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2003, s. 432 – 437) zadośćuczynienie ma służyć złagodzeniu doznanych przez poszkodowanego cierpień fizycznych i psychicznych. Sąd powinien wziąć w tym zakresie po uwagę wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy, zwłaszcza stopień i czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych, trwałość skutku czynu niedozwolonego, prognozy na przyszłość, wiek poszkodowanego oraz wpływ czynu niedozwolonego na jego życie rodzinne, zawodowe i towarzyskie; ale także uwzględnić aktualne stosunki majątkowe społeczeństwa, tak, aby wysokość zadośćuczynienia była utrzymana w rozsądnych granicach.

Sąd Najwyższy w wyroku z 14 stycznia 2011 roku, sygn. I PK 145/10 przyjął, że: „określenie wysokości zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia stanowi istotne uprawnienie sądu meriti i w tym zakresie dysponuje on swobodą decyzyjną. Nie oznacza to jednak dowolności w określaniu należnego zadośćuczynienia a przyznanie go przez sąd w wysokości nieodpowiedniej do wszystkich okoliczności stanowiących podstawę jego ustalenia (zbyt wysokiej lub zbyt niskiej) narusza art. 445 § 1 k.c., a przy ustalaniu odpowiedniego zadośćuczynienia, o którym mowa w art. 445 § 1 k.c., nie można pomijać notoryjnego faktu, iż w obecnej sytuacji społeczno-gospodarczej, polskie społeczeństwo jest w wysokim stopniu rozwarstwione pod względem poziomu życia i zasobności majątkowej. Wysokość stopy życiowej społeczeństwa jedynie w sposób uzupełniający

(w aspekcie urzeczywistniania zasady sprawiedliwości społecznej - art. 2 Konstytucji RP) może rzutować na wysokość zadośćuczynienia należnego poszkodowanemu za doznaną krzywdę. Kwestią zasadniczą jest rozmiar szkody niemajątkowej”.

Z kolei w wyroku z 4 listopada 2010 r., sygn. IV CSK 126/10 przyjął, że: „odpowiedniość sumy zadośćuczynienia, o której stanowi art. 445 § 1 k.c. ma służyć złagodzeniu negatywnych doznań, ale nie może być jednocześnie źródłem wzbogacenia. Zadośćuczynienie powinno mieć przede wszystkim kompensacyjny charakter, musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość. Nie można uznać za prawidłowe i wystarczające powołanie się jedynie ogólnie na przesłankę sytuacji społeczno-gospodarczej, bez wskazania w czym się ona wyraża i co stanowi jej zasadnicze elementy. Zasada umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia trafnie łączy tę wysokość z poziomem stopy życiowej społeczeństwa, ale nadto musi być realna i odpowiednia. Zasada ta ma jednak uzupełniający charakter w stosunku do kwestii zasadniczych, jakimi są rozmiar szkody niemajątkowej i kompensacyjna rola zadośćuczynienia. Stopa życiowa poszkodowanego nie może wyznaczać wysokości rekompensaty za wyrządzoną mu krzywdę. Indywidualizm każdego przypadku i każdej krzywdy jest nacechowany subiektywizmem, co sprawia, że relatywizowanie in abstracto zadośćuczynienia bywa zawodne, dlatego nie można kierować się praktyką stosowaną w zakresie ustalania wysokości sum zadośćuczynienia, abstrahować od konkretnego przypadku. Praktyka sądowa, jeśli jest potwierdzona i weryfikowalna oraz poznawalna dla stron może być jedynie pomocniczym kryterium”.

W tym miejscu wskazać też należy, iż użyte w art. 445 § 1 k.c. pojęcie krzywdy mieści w sobie wszelkie ujemne następstwa uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, zarówno w sferze cierpień fizycznych w postaci bólu i innych dolegliwości, jak i psychicznych, polegających na ujemnych uczuciach przeżywanych bądź w związku z cierpieniami fizycznymi, bądź w związku z następstwami uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, w tym również w postaci wyłączenia z normalnego życia (tak: Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 11 listopada 2000 roku, II CKN 1119/98, Lex 50884).

Podkreślenia wymaga stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w wyroku z dnia 28 czerwca 2005 roku, I CK 7/05, LEX nr 153254, zgodnie z którym mierzony stopniem uszczerbku na zdrowiu stanowiłoby niedopuszczalne uproszczenie nieznajdujące oparcia w treści art. 445 § 1 k.c. Nadmienić też trzeba, że kwoty zadośćuczynienia zasądzone w innych sprawach mogą stanowić jedynie wskazówkę dla sądu rozpoznającego daną sprawę, natomiast w żadnym stopniu sądu tego nie wiążą. Określając wysokość „odpowiedniej sumy”, sąd powinien niewątpliwie kierować się celami oraz charakterem zadośćuczynienia i uwzględnić wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej szkody niemajątkowej. Podstawowe znaczenie musi mieć rozmiar doznanej krzywdy, o którym decydują przede wszystkim takie czynniki, jak rodzaj uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia, ich nieodwracalny charakter polegający zwłaszcza na kalectwie, długotrwałość i przebieg procesu leczenia, stopień cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność i długotrwałość, wiek poszkodowanego i jego szanse na przyszłość oraz poczucie nieprzydatności społecznej. Nie utracił też aktualności wyrażony w orzecznictwie pogląd, że przy określaniu wysokości zadośćuczynienia należy mieć na względzie zarówno jego kompensacyjny charakter, jak i aktualne stosunki majątkowe społeczeństwa (zob. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 16 lipca 1997 r., II CKN 273/97, niepubl.).

Istotne jest również orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 27 lutego 2004 r., sygn. V CK 282/03, że: „o rozmiarze należnego zadośćuczynienia pieniężnego powinien decydować w zasadzie rozmiar doznanej krzywdy: stopień cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność i czas trwania, nieodwracalność następstw wypadku i inne podobne okoliczności. Niewymierny w pełni charakter tych okoliczności sprawia, że sąd przy ustalaniu rozmiaru krzywdy i tym samym wysokości zadośćuczynienia ma pewną swobodę. Ocena sądu w tym względzie powinna się opierać na całokształcie okoliczności sprawy, nie wykluczając takich czynników, jak np. wiek poszkodowanego i postawa sprawcy. Wiek poszkodowanego i postawa sprawcy mogą rzutować na rozmiar krzywdy: gdy poszkodowany jest osobą młodą lub następuje szczególne nasilenie winy sprawcy rozmiar krzywdy może być większy, niż gdy takie okoliczności nie występują”. Oczywiście te przytoczone powyżej przesłanki mają przede wszystkim walor ogólny i mogą być powołane w uzasadnieniu każdego orzeczenia w przedmiocie zadośćuczynienia. Natomiast rozstrzygające znaczenie w danej sprawie mają dopiero konkretne okoliczności dotyczące osoby poszkodowanej, gdyż jedynie rozważenie

indywidualizowanych przesłanek stanowi wartościową podstawę określenia „odpowiedniego” w rozumieniu art. 445 § 1 k.c. zadośćuczynienia.

Odnosząc się do wysokości należnego powodowi zadośćuczynienia wskazać należy, że apelujący nie neguje co do zasady ustaleń Sądu I instancji co do rozmiaru doznanego obrażenia, procesu leczenia, wykonywanych operacji, długotrwałości leczenia, okresów przebywania w placówkach medycznych i konsekwencji na dzień dzisiejszy, wpływu zdarzenia na aktualny stan zdrowia powoda, w tym całkowite uzależnienie życia P. B. (1) od pomocy osób trzecich.

W ocenie Sądu Apelacyjnego Sąd I instancji na właściwym poziomie wycenił krzywdę powoda. Zadośćuczynienie na poziomie 1.200.000 zł jest odpowiednie do wyjątkowo tragicznych przecież skutków uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia połączonych z całkowitym unieruchomieniem poszkodowanego, zupełnym brakiem u niego świadomości oraz brakiem rozeznania otoczenia.

Powód wymaga pełnej całodobowej opieki pielęgnacyjnej osób trzecich, znajduje się w stanie wegetatywnym, bez kontaktu słowno-logicznego, jest niezdolny do samodzielnego spożywania pokarmów, samodzielnego poruszania się (nawet z pomocą specjalistycznego sprzętu), nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych, nie ma kontroli nad własnym ciałem. Uszczerbek na zdrowiu w wyniku zdarzenia z dnia 29 czerwca 2003 r. wynosi w przypadku powoda 290 + 1 % za każdy utracony stały ząb, uwzględniając: za ośpienie głębokiego stopnia - 100 %, za spastyczne porażenie czterokończynowe - 100 %, za padaczkę objawową - 40 % i za zaburzenia połykania - 30 % oraz za zez rozbieżny - 20 %.

Rokowania na przyszłość są niepomyślne, nie należy spodziewać się poprawy stanu jego zdrowia pod względem psychicznym i fizycznym. Pomimo najlepiej nawet sprawowanej opieki należy liczyć się także z różnorodnymi powikłaniami, takimi jak groźne dla życia infekcje dróg oddechowych i moczowych, stan padaczkowy. Z uwagi na dysfunkcję narządów ruchu powód narażony jest na utrwalone przykurcze, podwichnięcia i zwichnięcia stawów, złamania kości na tle ich odwapnienia, odleżyny i zachyłstowe zapalenie płuc.

Zalecana jest w jego stanie rehabilitacja, która jednak – jak wskazali biegli – nie doprowadzi do polepszenia stanu zdrowia powoda, a jedynie zabiegi takie mają pomóc w utrzymaniu kondycji, w jakiej znajduje się obecnie, i zapobiegnięciu powikłaniom. W takim stanie wegetatywnym, bez żadnych oznak poprawy P. B. (1) znajduje się od chwili zdarzenia, które miało miejsce w 2007 r., czyli gdy miał 4 lata i był zdrowym dzieckiem, zaczynającym dopiero swoje życie.

Jak już wspomniano pozwany w swej apelacji, nie negując obrażeń powoda i doznanego przez niego cierpienia, kwestionował jedynie nieprawidłowość zastosowanej u powoda metody znieczulenia. Pozwany nie kwestionował też, że ponosi odpowiedzialność za stan powoda po operacji stulejki w znieczuleniu podpajęczynówkowym i po zatrzymaniu krążenia i uogólnionym niedotlenieniu z encefalopatią niedotlenionową z wodogłowiem wskutek niezachowanie należytej staranności wymaganej od personelu medycznego przy przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego u powoda. Skutkami nie wywiązania się w sposób prawidłowy z takiego obowiązku pozwany, nie może obciążać poszkodowanego, który wymagał szczególnego nadzoru z uwagi na swój wiek małoletniego powoda, gdyż jak wynika z opinii biegłych sądowych, zastosowane do znieczulenia powoda dawki leków podane prawie równocześnie do trwającego 15 minut znieczulenia mogły doprowadzić do niebezpiecznej dla dziecka hipotensji tętniczej, tj. spadku ciśnienia tętniczego.

To bowiem do obowiązków pozwanego szpitala należało stworzenie znajdującemu się pod jego nadzorem P. B. (1) bezpiecznych warunków przeprowadzenia standardowego, kilkunastominutowego zabiegu. Tym bardziej, że P. B. (1) został przyjęty do pozwanego szpitala jako czteroletnie, ogólnie zdrowe dziecko. Należało zatem przewidzieć możliwość wystąpienia u czteroletniego dzieciaka powikłań po zastosowanym znieczuleniu, w szczególności, że w przypadku dzieci, po znieczuleniu, może dochodzić do niebezpiecznego spadku ciśnienia tętniczego.

Jak wyjaśnili biegli sądowi, gdyby P. B. (1) po operacji, do czasu pełnego wybudzenia i zakończenia działania leków znajdował się pod właściwym nadzorem, umożliwiającym wychwycenie w krótkim czasie pogarszania się jego stanu i wdrożenie właściwego postępowania, co z dużym prawdopodobieństwem zapobiegłoby trwałym skutkom w postaci

uszkodzenia centralnego układu nerwowego, bez względu na przedstawione powyżej wątpliwości co do poprawności samego znieczulenia. Biegli wyjaśnili, że nie ma możliwości ustalenia szczegółowego stopnia prawdopodobieństwa, którego domaga się strona pozwana. Zwykłym następstwem prawidłowej opieki pooperacyjnej byłoby zapobieżenie trwałym skutkom w postaci uszkodzenia centralnego układu nerwowego, bez względu na przedstawione w opinii wątpliwości co do poprawności samego znieczulenia.

Sąd Okręgowy dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych co do skutków zdarzenia z dnia 24 sierpnia 2007 roku, prognozy co do stanu zdrowia powoda na przyszłość, cierpień psychicznych i fizycznych powoda, a ustalenia te Sąd Apelacyjny w całości podziela, bez konieczności powielania. Powód doznał bardzo ciężkich obrażeń i nie można spodziewać się jego wyleczenia. P. B. (1) nie mówi, nie potrafi utrzymać głowy, nie potrafi zmienić pozycji ciała, nie potrafi podnieść kończyn ani wykonać innych ruchów o charakterze celowym, ma problemy z przyjmowaniem pokarmów, wypróżnia się jedynie z zastosowaniem leków, ma duże problemy z zaśnięciem. Również wyeliminowanie następstw zdarzenia nie jest możliwe, a dalsze życie powoda wiąże się z realnym ryzykiem śmierci spowodowanej nawet wykonywaniem podstawowych czynności dnia codziennego. Podczas snu powoda dochodzi bowiem do silnych zakrztuszeń śliną. Stan zdrowia małoletniego powoda pogarsza się i nie widać oznak poprawy. Nastąpiły zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, nasilają się zmiany w stawach nadgarstków oraz stóp, nasila się bolesna spastyka mięśniowa oraz napady: padaczkowe i pojawił się zez rozbieżny.

W ocenie Sądu Odwoławczego odpowiednia kwota tytułem zadośćuczynienia za doznane krzywdy przez powoda wynosić powinna 1.200.000 złotych. Podkreślić należy, że powód oprócz cierpień psychicznych i fizycznych związanych z wypadkiem, doznał znacznych rozmiarów uszczerbku na zdrowiu. Został pozbawiony zdrowia w sposób trwały. Nie ma szans na powrót do zdrowia, a co za tym idzie do możliwości powrotu do normalnego funkcjonowania, jak w okresie sprzed wypadku. Do końca życia będzie borykać się z ujemnymi następstwami zdarzenia z 2007 r.

Przed wypadkiem powód nie był ograniczony swym stanem zdrowia. Wypadek pozbawił powoda nie tylko normalnego dzieciństwa, ale również możliwości dalszego normalnego rozwoju, a co istotne na trwałe - skutki wypadku są bowiem nieodwracalne.

Mając wszystko powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny uznał, iż kwota 1.200.000 zł stanowi sumę zadośćuczynienia adekwatną do rodzaju doznanych przez powoda cierpień oraz odpowiada aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa.

Przechodząc do renty wskazać należało, że powód dochodził zasądzenia renty od dnia wytoczenia powództwa w wysokości 12.000 zł miesięcznie, z ustawowymi odsetkami. Zwiększenie się potrzeb poszkodowanego stanowi szkodę przyszłą, wyrażającą się w stale powtarzających się wydatkach na ich zaspokojenie, np. konieczność stałych zabiegów, rehabilitacji, specjalnego odżywiania. Nadto, w orzecznictwie Sądu Najwyższego ugruntowany jest pogląd, że dla przyznania renty z tytułu zwiększonych potrzeb nie jest konieczne wykazanie, iż poszkodowany faktycznie te potrzeby zaspokaja, a wystarczające jest samo istnienie tych zwiększonych potrzeb jako następstwa czynu niedozwolonego.

Niemniej jednak poszkodowanego obciąża w procesie ciężar udowodnienia, że takie zwiększone potrzeby istnieją oraz wykazania, choćby w przybliżeniu, wysokości żądanej miesięcznej renty. Mierniki jakimi kierować się powinien Sąd przy ustalaniu wysokości renty są nieostre, a udowodnienie ich wysokości może wielokrotnie sprawiać trudności. Sąd Apelacyjny podziela zatem stanowisko przedstawione także w opinii biegłych z Uniwersytetu (...) w T., że precyzyjna ocena nakładów finansowych ponoszonych w związku z leczeniem i rehabilitacją powoda nie jest możliwa, zależą one bowiem od dostępności i częstotliwości zabiegów oraz cen ustalanych indywidualnie.

W związku z obowiązkiem całodobowej opieki nad powodem, jego matka zrezygnowała ze świadczenia pracy, a ojciec ograniczył prowadzoną działalność gospodarczą.

Jak zgodnie podkreślali biegli, P. B. (1) wymaga całodobowej opieki osoby o odpowiednim przygotowaniu. Powód wymaga opieki pielęgnacyjnej ukierunkowanej na utrzymanie aktualnego stanu oraz uniknięcie powikłań takich, jak: infekcje dróg oddechowych i moczowych, stan padaczkowy.

Z powodu utrzymującej się dużej spastyki, czyli wzmożonego napięcia mięśniowego, celem próby uzyskania lepszego kontaktu z dzieckiem oraz uniknięcia wymienionych wyżej powikłań w przypadku P. B. (1) wskazana jest: codzienna rehabilitacja około jednej godziny dziennie z wykorzystaniem metod neurofizjologicznych, np.: NDT, PNF, metoda Volty, fizykoterapia w celu zniesienia spastyki i leczenia przykurczów w cyklach 4 - 6 razy na rok po dwa tygodnie, hipnoterapia - wspomaganie ćwiczeń, zajęcia te zmniejszają napięcie mięśniowe, dwa razy w tygodniu po 30 minut, masaże specjalistyczne, ćwiczenia logopedyczne w celu poprawy funkcji połykania raz w tygodniu oraz przeszkolenie rodziców, uczestnictwo w turnusach rehabilitacyjnych: celem kompleksowego podejścia do stanu zdrowia, wspomżenia codziennych ćwiczeń, wprowadzenia modyfikacji, zintensyfikowania zabiegów, 3-4 razy do roku, pomoc fachowej pielęgniarki: raz na dwa dni około 5-6 godzin jest to konieczne dla prawidłowego funkcjonowania rodziny, ilość czasu na odciążenie opiekunów dziecka.

Ponadto w przypadku powoda wskazane jest używanie następujących sprzętów rehabilitacyjnych: pionizator, wózek, hydromasaż, stół do ćwiczeń, podnośnik, buty ortopedyczne, ortezy, piłki do ćwiczeń, kliny materac przeciwodleżynowy. Rehabilitacja powoda będzie prowadzona do końca jego życia. Wraz z upływem czasu, w związku z dorastaniem organizmu i naturalnym zaprzestaniem rozwoju mózgu i związanym z tym wyczerpaniem jego możliwości adaptacyjnych, zajęcia i ćwiczenia będą stopniowo przekierowywane bardziej na utrzymanie wypracowanego stanu zdrowia powoda i pielęgnację.

Powód musi regularnie przyjmować leki przeciwpadaczkowe, np.: Depakine Chrono, Lamitrin, leki zmniejszające napięcie mięśniowe, np.: Myolastan, leki regulujące pracę przewodu pokarmowego, np.: Debridat, Enterol, Espumisan. Ponadto P. B. (1) musi przyjmować leki infekcji układu moczowego, np.: Furagin, Uretin oraz leki zalecane przez lekarzy prowadzących, których potrzeba wynika z jego bieżącego stanu. Powód wymaga także środków pielęgnacyjnych: pieluchomajtek, chusteczek nawilżających, kremów, olejków środków odkażających.

Biegli wskazali, że zużycie tych środków jest indywidualne, zmienne w czasie. Z uwagi na powyższe wyliczenie średnich miesięcznych kosztów związanych) zakupem z środków pielęgnacyjnych i leków dla powód jest niemożliwe. W aktualnym stanie zdrowia powód wymaga diety płynnej i półpłynnej. Dieta taka wymaga dodatkowego nakładu czasu związanego z przygotowaniem posiłków.

Powód wymaga opieki i pomocy osoby drugiej praktycznie w każdym aspekcie życia, czyli opieki całodobowej z koniecznością przekładania co jeden do kilku godzin, oklepywaniem przy przekładaniu, karmieniem, przewijaniem, myciem, pielęgnacją. Opiekę taką może wykonywać jedynie osoba z odpowiednim przygotowaniem. Jak zgodnie podkreślali biegli, powód wymaga stałego wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych, masaży, aby zapobiegać ewentualnym powikłaniom, przeciwdziałać tworzeniu się przykurczów w stawach oraz zaników mięśniowych. W przypadku stanu zdrowia, w jakim znajduje się P. B. (1) (stan wegetatywny), za konieczne i celowe należało zatem uznać wydatki związane z zakupem leków, środków pielęgnacyjnych, środków dezynfekujących, wykonywaniem zabiegów rehabilitacyjnych, masaży oraz całodobowej opieki osoby z odpowiednim przygotowaniem.

Na potrzebę ponoszenia takich wydatków wskazywał także ojciec powoda P. B. (2), natomiast w piśmie z dnia 8 grudnia 2010 roku powód przedstawił zestawienie kosztów związanych rodzajem i częstotliwością środków medycznych i pielęgnacyjnych, środków higienicznych oraz dodatkowej bielizny i ręczników, leków i konsultacji specjalistycznych.

Strona powodowa nie poprzestała jednak wyłącznie na swych twierdzeniach co do wysokości tych kosztów, lecz przedstawiła stosowne faktury VAT zakupu środków pielęgnacyjnych medycznych i pielęgnacyjnych, środków higienicznych, leków oraz leczenia i rehabilitacji powoda.

Biegli sądowi z uniwersytetu (...) w T. (...) w B. w opinii sądowo – lekarskiej z dnia 30 września 2011 roku odnosząc się do przedstawionego przez powoda w piśmie z dnia 8 grudnia 2010 roku szczegółowego tabelarycznego zestawienia kosztów związanych z rodzajem i częstotliwością środków medycznych i pielęgnacyjnych, środków higienicznych, dodatkowej bielizny i ręczników, leków i konsultacji specjalistycznych, jednoocześnie wskazali, że nie budzą one zastrzeżeń oraz, że przedstawione przez stronę powodową ilość i zużycie środków jest możliwe w przypadku takim jak u powoda, uwzględnia też stopień refundacji.

Niezbędne jest przy tym zapewnienie mu całodobowej opieki, dlatego też wysokość ustalonej przez Sąd I instancji renty z tytułu zwiększonych potrzeb należało podwyższyć o koszt opieki, którą dotychczas wykonywali rodzice powoda.

Koszt usług opiekuńczych strona powodowa oszacowała na 7.200 zł, przyjmując ich zakres jedynie na 10 godzin dziennie i 6 dni w tygodniu, mimo, że zespół biegłych z Uniwersytetu (...) w T. ocenił, iż istnieje potrzeba całodobowej opieki nad poszkodowanym.

Biegli wyjaśnili, że przyjmując konieczność pomocy fachowej pielęgniarki w zakresie 5-6 godzin co drugi dzień mieli na uwadze prawidłowe funkcjonowanie rodziny i odciążenie rodziców od opieki nad dzieckiem, że w ich ocenie taki przedział czasu jest niezbędny dla zachowania równowagi psychicznej rodziców, a w konsekwencji zachowania zdolności do wieloletniej opieki nad małoletnim powodem.

Biegli wskazali, jedynie z własnego doświadczenia uważają, że w podobnych przypadkach to właśnie rodzice dążą do przejęcia opieki nad dzieckiem. Tym niemniej jeśli matka powoda chce realizować się zawodowo, to biegli podtrzymali twierdzenie, że P. B. (1) wymaga całodobowej opieki jeśli nie matki lub ojca to innej osoby o odpowiednim przygotowaniu. Z tych względów, w ocenie Sądu Apelacyjnego podawany przez stronę powodową szacunkowy koszt opieki domowej jawi się jako utrzymany w rozsądnych granicach.

Przypomnieć też należy, że precyzyjna ocena nakładów finansowych ponoszonych w związku z rehabilitacją powoda nie jest możliwa, zależą one bowiem od dostępności i częstotliwości zabiegów oraz cen ustalanych indywidualnie.

W ocenie Sądu wydatkiem koniecznym i celowym jest również koszt specjalnego wyżywienia w wysokości 507,25 zł miesięcznie. Jak podała strona powodowa w kwocie takiej mieści się zakup specjalnej odżywki dla codziennego dostarczenia powodowi pokarmu bogatego w wartości odżywcze. W opinii biegłych z Uniwersytetu (...) w T. stwierdzono jedynie, iż powód wymaga stosowania diety płynnej i półpłynnej oraz, że koszt diety oraz odżywek, nie budzi zastrzeżeń, o ile żywienie takie jest zalecane przez lekarza bądź dietetyka prowadzącego powoda. Taka dieta wymaga dodatkowego nakładu czasu związanego z przygotowaniem posiłków - odpowiednim rozdrobieniem. Również proces karmienia powoda z uwagi na zaburzenia połykania jest bardziej pracochłonny i wymaga wprawy i ostrożności. Nie trzeba jednak wiedzy specjalnej, aby stwierdzić, że osoba w stanie wegetatywnym, leżąca, musi mieć zapewnioną dietę odmienną od dotychczasowej, wzbogaconą w składniki odżywcze i witaminy, aby utrzymać ją w dobrej kondycji.

Nietrafny jest też zarzut pozwanego pominięcia przez Sąd Okręgowy przy ustalaniu wysokości renty faktu przysługiwania powodowi bezpłatnej opieki lekarskiej, pielęgnarskiej, zabiegów rehabilitacyjnych oraz środków higienicznych w ramach ubezpieczenia z Narodowego Funduszu Zdrowia. Wbrew zarzutowi pozwanego, Sąd I instancji ustalił, że rehabilitacja, jakiej wymaga powód jest dostępna w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ jedynie w niewielkim zakresie - niektóre zabiegi (np. hydroterapia) nie są refundowane, dostępność innych jest zaś znacznie ograniczona. Z uwagi na to, że powód jest dzieckiem wymagającym stałej, intensywnej rehabilitacji, jedyną możliwością jego kompleksowej, efektywnej rehabilitacji jest korzystanie z usług podmiotów prywatnych.

W odniesieniu do zarzutu pozwanego, który powołuje się w tym zakresie jedynie na obowiązujące przepisy prawa, nie można jednak zupełnie abstrahować od istniejących realiów. Zła kondycja finansowa polskiej służby zdrowia jest wszak faktem nie wymagającym szerszego omawiania. Rodzice powoda próbowali zorganizować rehabilitację syna w ramach NFZ - w domu. Ośrodki świadczące takie usługi - np. przy ul. (...), przy ul. (...) stwierdziły, że nie

mają możliwości wysyłania rehabilitanta do domu, zasłaniając się brakiem kadry, lub podając, że rehabilitanci są na zwolnieniach lub urloпах. Matka małoletniego powoda nie jest w stanie posadzić dziecko, na wózek i sama wozić P. na zajęcia. P. B. (1) waży 25 kg, ciężko go włożyć do samochodu, z powodu spastyki. Na skutek długotrwałego leżenia nastąpił zanik naturalnego opróżniania się - niezbędne jest stosowanie lewatywy. W tej sytuacji możliwość wykonywania stałych, codziennych zabiegów poza miejscem zamieszkania powoda, jest iluzoryczna. Na czynności przygotowawcze związane z wyjściem na zewnątrz, licząc od czasu rozpoczęcia ubierania dziecka potrzeba około 40 minut czasu

Na oddziałach rehabilitacyjnych oferowane są: pionizacja, hydroterapia, ćwiczenia NDT Bobath albo PNF (pół godziny dziennie). Rodzice nie zabierają jednak powoda na rehabilitację do szpitala, gdyż wszystko, co proponuje szpital, są w stanie zapewnić w domu, w lepszych warunkach - nie narażając dziecka na zakażenia szpitalne, rotawirusy.

Z zeznań P. B. (2) wynika, że rodzice próbowali ustalić możliwość rehabilitacji syna np. w ośrodku przy (...) w S., ale musieli zrezygnować, bo tam trzeba przywozić dziecko. Poza tym ośrodek jest przystosowany do pacjentów w trochę lepszym stanie. Ponadto oferta nie pokrywa się często z rzeczywistością gdyż np. rehabilitant jest jeden, korzysta z urloпów, czyli tak naprawdę to go nie ma. Rodzice powoda próbowali prowadzić rehabilitację dziecka w dotychczasowym mieszkaniu jednak to było znacznie utrudnione ze względu na brak miejsca, a także ułożenie mieszkania, które powodowało to, że dziecko na każdy gwałtowniejszy ruch czy hałas reagowało atakiem padaczkowym. W związku z tym podjęli decyzję o wykorzystaniu swoich oszczędności oraz części odszkodowania i zakupili mieszkaniem na takie, które jest bliższe potrzebom rehabilitacji dziecka, położone na parterze, a nie na piętrze, co ułatwia wyjście z dzieckiem na świeże powietrze. P. B. (2) wskazał, że gdy P. potrzebował zabiegu stomatologicznego w znieczuleniu to po poszukiwaniach i próbach skorzystania z finansowania z NFZ rodzice musieli się zdecydować na leczenie prywatne gdyż w ramach NFZ nikt nie chciał się tego podjąć.

Także sami biegli wskazali na istniejące w praktyce trudności w wyegzekwowaniu rehabilitacji domowej w ramach NFZ dla pacjentów w stanie wegetatywnym. Biegli stwierdzili, że program rehabilitacji i leczenia jest zawsze i opracowywany indywidualnie w oparciu o postępy danego pacjenta, dostęp do konkretnych i metod w konkretnym miejscu. Istotny wpływ na program rehabilitacji ma też zaangażowanie rodziców. Nie ma możliwości w sposób obiektywny ocenić, czy rezygnacja z jednej metody, bądź dołożenie innej w konkretnym przypadku powodowałaby poprawę lub pogorszenie efektów rehabilitacji. Nie ma jakiegoś uniwersalnego schematu leczenia i rehabilitacji w takich przypadkach. Ewentualne wytyczne bądź przydziały z NFZ często warunkowane są także ograniczeniami finansowymi budżetu państwa a nie wynikają tylko z realnej wiedzy medycznej. Nie ma możliwości w sposób obiektywny wyznaczyć, czy rezygnacja z jednej metody, bądź dołożenie innej w konkretnym przypadku powodowałaby poprawę lub pogorszenie efektów rehabilitacji.

Według biegłych z powodu utrzymującej się dużej spastyki, czyli wzmożonego napięcia mięśniowego, celem próby uzyskania lepszego kontaktu z dzieckiem oraz uniknięcia wymienionych wyżej powikłań w przypadku P. B. (1) wskazane jest: codzienna rehabilitacja około 1 godziny dziennie z wykorzystaniem metod neurofizjologicznych np.: NDT, PNF, metoda Vojty; fizykoterapia celem zniesienia spastyki i leczenia przykurczów w cyklach 4-6 razy na rok po 2 tygodnie; hipoterapia - wspomaganie ćwiczeń, zajęcia te zmniejszają napięcie mięśniowe, 2 razy w tygodniu po 30 minut; ćwiczenia logopedyczne w celu poprawy funkcji polykania 1 raz w tygodniu oraz przeszkolenie rodziców; uczestnictwo w turnusach rehabilitacyjnych: celem kompleksowego podejścia do stanu zdrowia, wspomżenia codziennych ćwiczeń, wprowadzenia modyfikacji, zintensyfikowania zabiegów, 3-4 razy do roku.

Wyżej wymienione wskazania mają charakter ogólny, jak to wcześniej podano powinny być korygowane przez lekarzy leczących w zależności od stanu zdrowia P., ewentualnych postępów w rehabilitacji. Rehabilitacja będzie prowadzona do końca życia powoda. Wraz z upływem czasu, w związku z dorastaniem organizmu i naturalnym zaprzestaniem rozwoju mózgu i związanym z tym wyczerpaniem jego możliwości adaptacyjnych, zajęcia i ćwiczenia będą stopniowo przekierowywane bardziej na utrzymanie wypracowanego stanu zdrowia powoda i pielęgnację. Biegli podkreślili, że każdy przypadek jest indywidualny, a program rehabilitacji winien być dopasowywany na bieżąco.

Kwestią zasadniczą jest zatem nie tyle kształt zapisów zawartych w ustawie czy rozporządzeniu, lecz rzeczywiste działanie systemu publicznej służby zdrowia, a więc praktyczna możliwość skorzystania z teoretycznie zagwarantowanych świadczeń w stosownym wymiarze i okresie czasu. W przypadku osób w podobnym stanie zdrowia jak powód niezwykle istotna jest przy tym systematyczność prowadzonej rehabilitacji, wykonywanej pielęgnacji i świadczonej opieki.

Jak wynika z załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2009 r. Nr 140 poz. 1145 ze zm.) czas trwania rehabilitacji realizowanej w warunkach domowych jest ograniczony do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym (ewentualne przedłużenie tego okresu następuje za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu). Stąd też leczenie rehabilitacyjne finansowane przez NFZ nie zagwarantuje całorocznej rehabilitacji poszkodowanego, w wymaganym przez niego zakresie. Nie sposób zatem na dzień wyrokowania przesądzać w jakim rozmiarze i czy na stałe czy okresowo powód rzeczywiście otrzyma bezpłatną pomoc finansowaną ze środków publicznych. W razie zmiany tej sytuacji przysługiwać będzie pozwanemu, żądanie na podstawie art. 907 § 2 k.c.

Sam pozwany w apelacji przyznał, że system ubezpieczenia zdrowotnego nie jest systemem doskonałym i nie należy się spodziewać po nim pokrycia wszystkich wydatków powoda.

W odniesieniu do podniesionej przez pozwanego kwestii, że od dnia wypadku do dnia wydania wyroku wszystkie zidentyfikowane potrzeby materialne powoda znalazły swoje pokrycie w drodze finansowania ich ze źródeł zewnętrznych w postaci fundacji, wskazać należy, nie miała ona istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy.

Podjęte przez rodziców powoda starania w uzyskaniu środków na leczenie i rehabilitację powoda pochodzących od osób trzecich, czy też fundacji, w żaden sposób nie zwalniają powoda z odpowiedzialności za rozmiar szkody wyrządzonej powodowi wskutek nie zapewnienia powodowi prawidłowej opieki medycznej podczas wykonywania zabiegu operacyjnego w dniu 24 sierpnia 2007 roku. W odniesieniu do okoliczności dotyczącej renty już przyznanej przez pozwanego, wskazać należy, że przedstawione przez stronę powodową zestawienie zwiększonych potrzeb powoda w zakresie wydatków na środki medyczne, higieniczne, leki, konsultacje specjalistyczne, diety, zapewnienia specjalistycznej opieki, rehabilitację z wykorzystaniem metod neurofizjologicznych, fizykoterapii i ćwiczeń logopedycznych, nie wyczerpuje wszystkich zwiększonych potrzeb powoda, nie obejmuje bowiem kosztów uczestnictwa powoda w turnusach rehabilitacyjnych celem kompleksowego podejścia do stanu zdrowia powoda, dojazdów na te turnusy, hipoterapii, zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz masażu specjalistycznego. Dlatego też, brak było podstaw do zweryfikowania ponoszonych przez powoda kosztów leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji poprzez odliczenie renty przyznanej już przez pozwanego.

Podkreślić należy, że strona powodowa oszacowała miesięczne koszty rehabilitacji na kwotę 2.940 zł miesięcznie, podczas gdy według biegłych odpłatność za ćwiczenia wymienione przez biegłych ćwiczenia wynosiłaby około 5200 zł miesięcznie, bez uwzględnienia kosztów hipoterapii oraz kosztów związanych z ewentualnymi wyjazdami na turnusy rehabilitacyjne. Wobec powyższego zarzut pozwanego dotyczący daty początkowej zasądzenia renty należało za bezzasadny.

W ocenie Sądu nie sposób także odmawiać stronie powodowej prawa do wyboru formy opieki. Jeśli rodzice powoda uważają, iż lepsze efekty przynosi opieka wykonywana w warunkach domowych, do czego – jak stwierdzili biegli – nie ma przeciwwskazań, to ich wybór należy uszanować. Tym bardziej, że w warunkach domowych uwaga i wysiłek rehabilitanta nie jest dzielony na innych pacjentów, a powód ma zapewnioną stałą opiekę i kontakt z osobami najbliższymi.

Pozwany winien również wykazać zrozumienie dla decyzji rodziców powoda i z tego względu, że z uwagi na okoliczności, w których doszło do zdarzenia i ucierpiał ich syn, mogli utracić zaufanie do pozwanego Szpitala. Ponadto konieczne jest zapewnienie stałego źródła pokrycia kosztów leczenia, niezależnego od dobrej woli pozwanego, który wszak swoją decyzję może zmienić w każdym czasie (w bliższej bądź dalszej przyszłości).

W odniesieniu do zarzutów pozwanego, że część wydatków ponoszonych przez powoda była dotąd pokrywana przez fundację, wskazać należy, że refundacja tych wydatków przez fundację następowała dopiero po dokonaniu ich zakupu przez rodziców powoda z ich własnych środków i z dużym opóźnieniem. Ponadto z zeznań P. B. (2) wynika, że środki z fundacji skończą się, gdyż sprawa P. już nie jest nagłaśniana, a pieniądze fundacji pochodzą z dobrowolnych datków ludzi.

Wobec niezasadności takiej argumentacji apelującego, co już szczegółowo wyjaśniono we wcześniejszych rozważaniach, w realiach niniejszej sprawy Sąd Apelacyjny zgadza się ze słusznymi wnioskami Sądu Okręgowego w Szczecinie, który prawidłowo uzasadnił swoje stanowisko uwzględniające żądanie powoda w tym zakresie.

Wobec powyższego Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. apelacja pozwanego podlegała oddaleniu jako bezzasadna.

O kosztach zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym Sąd Apelacyjny orzekł zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, podstawie art. 98 § 1 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. art. 108 § 1 k.p.c. oraz § 6 pkt 7 § 13 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U. Nr 163, poz. 1348 ze zm.).

SSA A. Sołtyka SSA R. Iwankiewicz SSA E. Skotarczak