

Sygn. akt I ACa 88/15

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 lipca 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSA Wincenty Ślawnski

Sędziowie: SA Wiesława Kuberska

SA Anna Beniak (spr.)

Protokolant: stażysta Agnieszka Kralczyńska

po rozpoznaniu w dniu 6 lipca 2015 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa **Alexandra A.**

przeciwko (...) **Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. i Instytutowi Centrum (...) w Ł.**

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W.

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 7 listopada 2014 r., sygn. akt I C 2032/10

1. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie IV na następujący: „zastrzega, że (...) S.A. w W. przysługuje prawo powoływania się wobec Alexandra A. na ograniczenie odpowiedzialności pozwanej do łącznej kwoty 2.694.002,65 (dwa miliony sześćset dziewięćdziesiąt cztery tysiące dwa 65/000) złotych”;
2. oddala apelację w pozostałej części;
3. zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz Alexandra A. kwotę 5.400 (pięć tysięcy czterysta) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

**Sygn. akt I ACa 88/15**

## UZASADNIENIE

**Zaskarżonym wyrokiem** z dnia 7 listopada 2014 roku wydanym w sprawie z powództwa Alexandra A. przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. i Instytutowi Centrum (...) w Ł. o zapłatę, Sąd Okręgowy w Łodzi:

I. zasądził od Instytutu Centrum (...) w Ł.

i (...) S.A. z siedzibą w W. Oddziału w Ł. na rzecz Alexandra A.:

1. kwotę 400.000 złotych tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami:
  - a. liczonymi dla pozwanego Instytutu Centrum (...) w Ł. od dnia 26 lipca 2010 roku do dnia zapłaty,

b. liczonymi dla pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. Oddział w Ł. od dnia 26 sierpnia 2010 roku do dnia zapłaty,

1. kwotę 38.088 złotych tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od grudnia 2009 roku do października 2010 roku z ustawowymi odsetkami

a. liczonymi dla pozwanego Instytutu Centrum (...) w Ł. od dnia 26 lipca 2010 roku do dnia zapłaty,

b. liczonymi dla pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. Oddział w Ł. od dnia 26 sierpnia 2010 roku do dnia zapłaty;

1. tytułem renty na zwiększone potrzeby:

a. kwoty po 3.600 złotych miesięcznie za okres od listopada 2010 do marca 2011 roku z ustawowymi odsetkami od dnia 11 tego każdego kolejnego miesiąca począwszy od miesiąca listopada 2010 roku do dnia zapłaty,

b. kwoty po 2.500 złotych miesięcznie za okres od kwietnia 2011 do sierpnia 2012 roku z ustawowymi odsetkami od dnia 11 tego każdego kolejnego miesiąca począwszy od miesiąca kwietnia 2011 roku do dnia zapłaty,

c. kwoty po 2.000 złotych miesięcznie za okres od września 2012 roku i na przyszłość z ustawowymi odsetkami od dnia 11 tego każdego miesiąca do dnia zapłaty,

z tym zastrzeżeniem, że zapłata przez jednego z pozwanych kwot wymienionych w punktach od 1 (pierwszego) do 3 (trzeciego) zwalnia drugi podmiot pozwany do wysokości uiszczonej na rzecz powoda kwoty;

I. oddalił powództwo o zapłatę w pozostałej części;

II. ustalił, że pozwani (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. Oddział w Ł. i Instytut Centrum (...) z siedzibą w Ł. ponoszą odpowiedzialność wobec Alexandra A. za skutki, jakie mogą ujawnić się w przyszłości w związku z przedmiotowym zdarzeniem;

III. zastrzegł, że (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. ma prawo powoływania się wobec Alexandra A. na ograniczenie odpowiedzialności do łącznej kwoty 3.194.002,65 złotych, a dodatkowo, po wyczerpaniu kwoty 194.002,65 złotych, stanowiącej sumę ubezpieczenia na jedno zdarzenie, bądź kwoty 1.147.327,50 złotych stanowiącej sumę ubezpieczenia na wszystkie zdarzenia objęte ubezpieczeniem w okresie obowiązywania polisy ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej, do powoływania się także na ograniczenie odpowiedzialności do wysokości 95% wysokości każdorazowo wymagalnego świadczenia;

V. zasądził solidarnie od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. i od Instytutu Centrum (...) z siedzibą w Ł. na rzecz Alexandra A. kwotę 10.784,37 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu;

VI. nakazał pobrać solidarnie od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. i od Instytutu Centrum (...) z siedzibą w Ł. kwotę 28.050,41 złotych tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych;

VII. nie obciążył powoda nieuiszczonymi kosztami sądowymi.

Powyższy wyrok został wydany w oparciu o poczynione przez Sąd Okręgowy ustalenia faktyczne, które Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje za własne, a z których wynika, że w dniu 04 września 2009 roku do pozwanego Instytutu Centrum (...) zgłosiła się I. A.. Przyczyną zgłoszenia było podejrzenie zbyt małej ilości wód owodniowych otaczających płód. Kobieta została przyjęta na Oddział (...) Położniczy gdzie przebywała do 12 września 2010 roku. W trakcie pobytu

matki powoda w szpitalu w dniu 5 września 2009 roku wystąpiła infekcja wewnątrzmaciczna zagrażająca życiu, która objawiała się gorączką dreszczami oraz bólami kości zastosowano leczenie antybiotykami.

Z uwagi na pojawienie się podejrzenia infekcji u płodu oraz pogorszenie się jego stanu w dniu 9 września 2009 roku podjęto decyzję o zakończeniu ciąży drogą indukcji porodu poprzez podanie pacjentce 10 jednostek oksytocyny. Rozpoczęta w godzinach popołudniowych próba wywołania porodu środkami farmakologicznymi nie przyniosła jednak oczekiwanego rezultatu i ze względu na brak jego postępów, o godzinie 21:05 pacjentkę przewieziono na blok operacyjny celem wykonania cesarskiego cięcia.

Powód urodził się na przełomie 36/37 tygodnia życia płodowego poprzez cięcie cesarskie wykonanym w dniu 9 września 2009 roku, o godzinie 21:25.

W dniu 10 września 2009 roku doszło do pogorszenia stanu zdrowia powoda co spowodowało przeniesienie go do Oddziału Intensywnej (...) Neonatologicznej o godzinie 17:30. Wykonano badania diagnostyczne (m.in. zdjęcia Rtg: 10 września 2009 roku 3x, które nie wykazały cech perforacji, rozdęte pętle jelit, bez poziomów płynu, 11 września 2009 roku o podobnym obrazie jak 10 września, badania bakteriologiczne: 10 września 2009 roku posiew krwi tlenowy i beztlenowy jałowy, 11 września 2009 roku - posiew z kału: staphyl. Aureus i pałeczek SS nie wyhodowano, mocz-posiew jałowy, USG jamy brzusznej: 2x 11 września 2009 roku około godziny 8:20 w całej jamie brzusznej płyn układający się między pętlami, pętle jelit poszerzone do 2 cm z pogrubiałymi ścianami, wypełnione płynną treścią, bez widocznej perystaltyki). Równocześnie prowadzono intensywne leczenie zachowawcze.

W dniu 11 września 2009 roku odbyły się dwie konsultacje przeprowadzone przez chirurga dziecięcego o godzinie 11 i 20, podczas których stwierdzono brzuch wzdęty, perystaltyka słyszalna, perectum duża ilość treści smółkowej, w sondzie żołądkowej 11 ml zastoju i zalecono obserwację. Ponieważ w wywiadzie było małowodzie, infekcja u matki, poród na granicy wcześniactwa podejrzewano początkowo posocznicę, na podstawie obserwacji stanu powoda i wykonanych badań prowadzono leczenie zachowawcze.

W przebiegu leczenia sporządzonym przez lekarza w dniach: 11/12 września 2009r. odnotowano „cechy infekcji zapalenia jelit...” i zgodnie z tym było prowadzone leczenie. W Kartach (...) Pielęgniarskiej - Oddział Intensywnej (...) Neonatologicznej A (...); 12 września 2009 r. sonda na stałe, zaleganie zielone, dobowe 47 ml; 13 września 2009r. zaleganie 23 ml/dobę, diureza 400 ml/dobę, g. 7-19: zaleganie jasnozielone, oddał 2x śluzowy stolec w małej ilości, g. 19-7: o zwymiotował zieloną wydzieliną, zaleganie zielone, pieniste; 14 września 2009r zaleganie 14 ml, diureza 251 ml.

Różne przyczyny mogły powodować obraz obserwowany u powoda, m.in. infekcja powodująca wystąpienie objawów niedrożności porażennej, martwicze zapalenie jelit (N.), niedrożność typu mechanicznego powstająca np. z powodu skrętu jelita.

W przypadku niedrożności mechanicznej z powodu skręta jelita rzadko zdarza się aby do pełnej niedrożności doszło natychmiastowo, najczęściej jest to proces przebiegający w czasie, nie dający początkowo jednoznacznych objawów. Ponadto proces może przebiegać z okresową poprawą polegającą na mechanizmie skręcenia i derotacji co zamazuje obraz kliniczny i powoduje czasowe ustąpienie lub zmniejszenie się objawów.

U noworodka dodatkową trudnością w różnicowaniu przyczyny niedrożności jest brak typowych objawów zapalenia otrzewnej charakterystycznych w późniejszym wieku. Martwicze zapalenie jelit charakteryzuje się wystąpieniem septycznej martwicy jelita, w krańcowych przypadkach obejmującej pełną grubość ściany jelita i prowadzącej do jej przedziurawienia. Zmiany mogą być zlokalizowane lub wieloogniskowe. Pomimo licznych badań klinicznych i doświadczalnych etiologia N. nie jest do końca poznana.

Istnieje wiele czynników ryzyka ze strony noworodka i matki, m.in. infekcja wrodzona. Najbardziej charakterystycznym objawem jest w obrazie radiologicznym tzw. odma pęcherzykowa jelit. Jednakże brak tego objawu nie wyklucza obecności martwiczego zapalenia jelit u noworodka. Objawami klinicznymi N. są wzdęcie brzucha, zwiększone zaleganie treści żołądkowej, wymioty, rumień i zasinienie powłok brzusznych, brak perystaltyki, wolny płyn w jamie brzusznej, zaburzenia oddychania, skąpomocz, itd. a więc objawy, które występowały u powoda. Nasilenie i liczba występujących objawów zależą od stopnia zaawansowania choroby. Do najcięższych powikłań należy perforacja jelit.

Stwierdzenie w USG powoda z dnia 11 września 2009 roku „w jamie brzusznej liczne pętle jelit wypełnione płynem, bez wyraźnej perystaltyki” winno skutkować wdrożeniem postępowania diagnostycznego celem ustalenia przyczyny osłabienia perystaltyki, leczeniem objawowym powodującym stabilizację stanu pacjenta oraz leczeniem przyczynowym po ustaleniu przyczyny stwierdzonego stanu.

Podjęcie decyzji o interwencji chirurgicznej w przypadku powoda powinno poprzedzać stwierdzenie braku możliwości diagnostycznych dla ustalenia jednoznacznego rozpoznania choroby oraz pogarszanie się stanu ogólnego i miejscowego pacjenta pomimo wdrożonego leczenia.

Podczas diagnozowania powoda doszło do błędu medycznego. Wskazują na to daty konsultacji chirurgicznych. Konsultacja chirurgiczna miała miejsce 12 września 2009 roku pomiędzy godzinami 7 a 19, a kolejna w tej samej dobie dyżuru, czyli pomiędzy godzinami 19 w dniu 12 września 2009 roku, a godziną 7 w dniu 13 września 2009 roku. Ostatnia konsultacja chirurgiczna w dniu 13 września 2009 roku miała miejsce o godzinie 0.20. Następną konsultacją chirurgiczną miała miejsce pomiędzy godzinami 7 a 19 w dniu 14 września 2009 roku.

Operację wykonano po godzinie 19:20 w dniu 14 września 2009 roku. Czas jaki upłynął pomiędzy konsultacją chirurgiczną 13 września 2009 roku, a operacją wyniósł 42 godziny.

W tym czasie stan pacjenta mierzony takimi parametrami jak ciśnienie tętnicze krwi, saturacja, oddech własny, diureza, temperatura ciała, wielkość zalegania żołądkowego - nie ulegały istotnym zmianom. Świadczy to o prawidłowym leczeniu zachowawczym powoda przez opiekujących się nim lekarzy. Jednakże w tym czasie (13 i 13/14 września) nastąpiła zmiana charakteru obręzków, wyglądu moczu, napięcia mięśniowego, co świadczy o rozwoju choroby i zmianie stanu klinicznego. Przy braku możliwości ustalenia jednoznacznej diagnozy o decyzji operacyjnej decyduje obserwacja zmian stanu chorego rozciągnięta w czasie.

W przypadku powoda okres 42 godzin pomiędzy godziną 0:20 w dniu 13 września 2009 roku, a godziną operacji 19:20 w dniu 14 września 2009 roku był wystarczająco długi aby doszło do martwicy skręconego jelita. Należy więc przyjąć, że doszło do błędu diagnostycznego polegającego na zaniechaniu czynności niezbędnych do ustalenia rozpoznania w dniu 13 września 2009 roku. Zaniechanie u powoda wcześniejszej interwencji chirurgicznej należy ocenić jako błąd medyczny.

Gdyby zabiegu operacyjnego dokonano wcześniej, miałyby to wpływ na zakres resekcji. Powód po leczeniu operacyjnym praktycznie byłby zdrowym dzieckiem, jeżeli ten zabieg przeprowadzono by odpowiednio wcześniej.

Z analizy dostępnych dokumentów, jedyna konsultacja z 13 września 2009 roku odbyła się o godz. 0:20. Wówczas chirurg widział już stan dziecka i konieczność wczesnego, ponownego oglądnięcia dziecka przez chirurga.

Wykonanie operacji w krótkim czasie od powstania skrętu jelita może nawet uchronić pacjenta przed martwicą jelita. Jej wystąpienie skutkuje resekcją jelita, przy czym im szybciej zabieg jest wykonany, tym resekcja ma mniejszy zasięg. Tempo obumierania jelit zależy od wielu czynników, ale zamyka się to zakresem godzinowym. Musi dojść do skrętu,

aby wystąpiły objawy. Osoba, która pracuje z dziećmi potrafi rozpoznać objawy bólu u dziecka. Nie wiadomo na początku, z czym ma się do czynienia.

U powoda lekarze zlecali wykonywali szereg badań mających charakter pomocniczy. Wykonywano USG, tomografię i badanie radiologiczne. Wyniki tych badań nie były decydujące dla podjęcia leczenia chirurgicznego. W przypadkach, w których nie da się jednoznacznie ustalić przyczyny zaburzeń jelitowych, decyzję o zabiegu operacyjnym podejmuje chirurg w oparciu o badanie kliniczne oraz badania pomocnicze, a także obserwację stanu pacjenta rozciągniętą w czasie.

W dniu 18 września 2009 wykonano ponowny zabieg operacyjny ze względu na rozejście się zespolenia, skutkujące dalszą resekcją jelit. W wyniku zabiegów operacyjnych usunięto praktycznie całe jelito cienkie i znaczną część jelita grubego.

Od momentu pierwszej konsultacji chirurgicznej odpowiedzialność za przebieg leczenia spoczywała na zespole chirurgicznym. Decyzja o pierwszym zabiegu operacyjnym została podjęta w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia. W trakcie zabiegu stwierdzono martwicę jelit.

Przebieg choroby poprzedzający ten zabieg wskazywał na to, że proces niedokrwienia jelit rozpoczął się już w pierwszej dobie po urodzeniu (załamanie stanu ogólnego i konieczność leczenia w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka), ale sam zabieg wykonano w 5 dobie życia dziecka. Wcześniejsza decyzja o przeprowadzeniu leczenia operacyjnego mogła mieć wpływ na rozległość zabiegu resekcji martwiczo zmienionych jelit.

W dniu 12 października 2009 roku powód został przewieziony do Instytutu (...) w W., Kliniki (...), gdzie przebywał do 18 grudnia 2009 roku. Tam złożono mu cewnik do odżywiania pozajelitowego. Wcześniej w pozwanym szpitalu był karmiony dożylnie kroplówkami. Matka powoda nie wiedziała, że koszty dojazdu do W. może pokrywać NFZ. Rodzice powoda nie mieli samochodu i pomagał im mąż jej siostry, który ponosił koszty dojazdu do W..

Od 19 grudnia 2009 r. powód kontynuuje leczenie w warunkach domowych. Początkowo dziecko było żywione pozajelitowo przez 23 godziny na dobę. Dopiero, gdy powód miał 2 lata, to zmniejszyła się ilość godzin żywienia powoda, początkowo do 20 godzin, potem do 19-18 godzin. Czas podłączania do pompy zmienił się po konsultacji rodziców powoda z lekarzami w Anglii, którzy doradzili krótszy czas żywienia, korzystniejszy dla wątroby. Rodzice uzyskali informację, że organizm dziecka dostosuje się do trybu podłączenia. Ostatecznie za zgodą lekarzy z Instytutu (...) w W. powód od marca 2011 roku jest karmiony 15 godzin dziennie.

Początkowo rodzice powoda jeździli z nim do Instytutu (...) w W. co miesiąc. Obecnie jeżdżą co 2,5 miesiąca na wyznaczone wizyty. Przejazdy są zazwyczaj karetką.

Matka powoda wróciła do pracy po urlopie macierzyńskim w lutym 2010 roku. Wtedy A. zajmował się jego ojciec, który wówczas nie pracował. Gdy ojciec powoda podjął pracę na początku roku 2011 opieką na powodem zajęła się jego babcia C. P. w godzinach od 8:00 do 17:00. Rodzice powoda uczyli się jak podłączać i odłączać dziecko od pompy, jak zmieniać opatrunek, jak podawać leki. Babcia powoda umie wyłączyć pompę, ale jej podłączenie jest dla niej zbyt skomplikowane. Koszt środków opatrunkowych to około 200 złotych miesięcznie.

Powód A. A. od 1 września 2013 roku uczęszcza do przedszkola prywatnego. Publiczne przedszkola nie podejmowały się odpowiedzialności opieki nad dzieckiem. Przez pierwszy rok chłopiec chodził na dwa dni w tygodniu, obecnie jest w przedszkolu przez 5 dni w tygodniu. Chłopiec pozostaje w przedszkolu do godziny 16. Miesięczny koszt prywatnego przedszkola wynosi 400 złotych.

W ciągu dnia powód jest podłączony do pompy, w tym czasie nie ma kontaktu z rówieśnikami i nie może się swobodnie poruszać. Może siedzieć. Matka powoda musi pomagać powodowi przy każdym przemieszczeniu

np. zaprowadzeniu go do toalety. Powód jest podłączony pod kroplówkę, która wisi na stojaku oraz do drenu, który ma 1,5 metra. Pompa przetacza 1540 ml pokarmu jest podłączona od 17:00 do 8:00 rano. Problemem jest też przebieganie powoda, bo dren wychodzący spod obojczyka przeszkadza w ubieraniu i trzeba założyć rzeczy od dołu.

Urządzenia i ubranka muszą być sterylne, nic nie może dostać się do drenu. Są problemy z myciem. Kąpiel odbywa się raz w tygodniu, tj wtedy gdy następuje zmiana opatrunku przy cewniku. Musi to być zrobione sterylnie w rękawiczkach i potrzebne są jałowe bandaże. Do łączy nie może dojść woda.

W nocy rodzice powoda muszą wstawać do powoda około 3 razy z uwagi na to, że powód bardzo się poci, oddaje dużo moczu. Ma zakładanego pampersa, ale on przecieka i trzeba go wymienić. Rodzice powoda śpią czujnie. Jak powód śpi, to czasem przygniecie dren ręką albo głową. Wtedy pompa daje sygnał, że nie może przetoczyć zawartości i trzeba sprawdzić co się dzieje.

O godzinie 8:00 rodzice powoda wyłączają pompę. Każde odłączenie również musi być sterylne. Przygotowują strzykawki, igły i jak żywienie się skończy, to stopują pompę. Muszą włożyć rzeczy jałowe, wszystko zdezynfekować, a rurkę przez którą podawany jest pokarm przyklejają na ubranko. Rurka ma ok. 20 cm i wystaje z ciała, starają się, aby była jak najmniej widoczna, zaklejają ją plastrami. Po godzinie 8:00 powód idzie do przedszkola i wraca około 16-16:30.

Powód wie, że nie może swobodnie biegać i że musi uważać na cewnik. Grozi on wyrwaniem lub uszkodzeniem i rodzice starają się uczyć powoda, aby uważał. Powód powoli nabiera świadomości, że jak coś będzie nie tak, to będzie w szpitalu, a boi się igieł. Matka powoda odbiera powoda z przedszkola.

W przedszkolu powód nic nie je, pomimo, że mógłby jeść, ale nie chce tego rozbić. Powód w ciągu dnia jest coraz słabszy, nie chce chodzić, wchodzić po schodach, robi się marudny. Jak matka powoda podłączy pompę około 17:00 to powód dostaje więcej siły, zaczyna rozmawiać i od razu widać dużą zmianę.

Ze szpitala (...) w W. przywożone jest po 7 worków żywieniowych, które są przechowywane w lodówce. Za serwis, worki żywieniowe i za pompę rodzice powoda nie płacą. Przygotowanie żywienia trwa 20 minut. Matka powoda dostrzykuje powodowi dodatkowe witaminy, składniki do worka i dopiero podłącza worek.

Powód po podłączeniu do pompy od 17:00 do 8:00 rano ma ograniczone możliwości ruchowe. Siedzi i ogląda TV, matka powoda czyta mu książkę, razem z nim maluje. Matka powoda nie może wyjść z powodem na zewnątrz, co jest najbardziej uciążliwe latem, kiedy jest ciepło i bawią się dzieci na placu zabaw, a powód też chce się bawić. Powód ma pretensje, że musi korzystać

z pompy. Matka powoda musi uważać na powoda, jak czasami ktoś zadzwoni do drzwi to powód zrywa się i biegnie, a zapomina, że ma podłączony dren. Raz przerwał dren. Rurka drenu przeprowadzona jest przez tętnicę szyjną, a końcówka cewnika umieszczona jest prawej komorze serca. Naciągnięcie drenu grozi krwotokiem i wyrwaniem drenu.

Z uwagi na odżywianie pozajelitowe u powoda występują powikłania

np. zakrzepica, raz miał skrzep na końcu cewnika. Powód miał bóle brzucha

z powodu kamieni, dlatego przyjmuje lek U., który kosztuje około 150 złotych miesięcznie i ma spowodować rozkruszenie kamieni.

Powód przeżył 2 sepsy z powodu wszczepionego cewnika. Każda sepsa zaczynała się gorączką. Poza tym ma różne infekcje, które z uwagi na zagrożenie sepsą trzeba zweryfikować. Wtedy matka powoda jeździ z nim do szpitala, najczęściej na ul. (...), co trwa około od 6 do 8 godzin. W przypadku stwierdzenia sepsy personel szpitala zamyka cewnik do żywienia pozajelitowego

i podłącza kroplówkę powodowi. Wtedy przez około 3 dni powód jest bez żywienia pozajelitowego i ma podawane leki i antybiotyki. Kroplówka jest podłączona 24 na dobę i dla powoda jest to trudna sytuacja, leży i nie może się

ruszyć. Trudno znaleźć opiekę dla powoda bo w Ł. mało jest dzieci z żywieniem pozajelitowym. Nie ma przeszkolonych pielęgniarek w tym zakresie.

Nie ma możliwości wyjazdu wakacyjnego z powodem z uwagi na to, że trzeba by było wziąć ze sobą cały sprzęt medyczny, razem z zapasowymi artykułami medycznymi, które nie są dostępne w aptekach. Podczas pobytu w (...) w W., powódka może spać bezpłatnie przy łóżku dziecka, ale jedzenie musi sobie sama zapewnić. W szpitalu przy ul. (...) czasami musi zapłacić za nocleg przy dziecku – około 15 złotych na dobę. Matka powoda kupuje najtańsze pampersy, bo na noc potrzebuje 2-3 pampersy. Koszt pampersów obecnie to około 60-70 złotych miesięcznie. Wcześniej koszt pampersów wynosił około 200 -250 złotych miesięcznie.

Rodzice powoda planowali przeszczep jelita cienkiego u powoda, konsultowali się u lekarzy w Anglii. Nie ma jednak gwarancji, że przeszczepione jelito podejmie pracę. Przeszczep nie gwarantuje zrezygnowania z żywienia pozajelitowego. Przeszczep może się nie przyjąć. Istnieje ryzyko, że powód umrze.

Żywienie pozajelitowe wiąże się z ryzykiem powikłań, takich jak zakażenia odcewnikowe, powikłania zakrzepowe, zależna od żywienia pozajelitowego choroba wątroby (wszystkie obserwowane u powoda), co wymaga częstych hospitalizacji, a od ciężkości powikłań zależy skala cierpień fizycznych. Konieczność wielogodzinnego podawania mieszanin żywieniowych drogą dożylną ogranicza aktywność dziecka i wymaga nadzoru opiekunów.

Wymagane są okresowe badania lekarskie, pobieranie krwi na badania laboratoryjne. W przypadku wykonywania zabiegów chirurgicznych dziecko narażone jest na procedury znieczulenia ogólnego. Żywienie pozajelitowe może ograniczać kontakty z grupą rówieśniczą. Przyszłość zależy od tego, czy i jak często chory jest narażony na powikłania leczenia. W przypadku powoda żywienie pozajelitowe będzie prawdopodobnie konieczne przez całe życie.

Pompa do żywienia pozajelitowego może pracować 24 godziny na dobę. Początkowo, czas żywienia pozajelitowego u powoda trwał 22-24 godziny, by w miarę upływu czasu zmniejszać się do wlewu przez 15 godzin na dobę.

W miarę postępu medycyny, szanse na długie życie powoda i unikanie powikłań związanych z chorobą podstawową (resekcja jelit) oraz stosowanego leczenia (żywienie pozajelitowe) stale się zwiększają. Nie można przewidzieć, czy nie wystąpią gwałtowne powikłania leczenia. Najgroźniejsze z nich to utrata dostępu do centralnego układu żylnego, uogólnione zakażenie (sepsa), postępująca niewydolność wątroby. Dziecko długotrwale żywione pozajelitowo jest stale zagrożone tym powikłaniem. Z drugiej strony - może przeżyć wiele lat - do okresu dorosłego, bez możliwości określenia wieku.

Trwały uszczerbek powoda na zdrowiu z punktu widzenia gastrologicznego wynoszący 90 % istnieje z powodu trwałej dysfunkcji przewodu pokarmowego, w wyniku masywnej resekcji jelit (około 90%), wymagającej permanentnego żywienia pozajelitowego, polegającego na dożylnym podaniu substratów energetycznych, witamin, pierwiastków śladowych, zagrożona jest powikłaniami choroby i leczenia. Obecne doustne spożycie pokarmu jest całkowicie pozbawione jakiegokolwiek wartości odżywczej, a domowe żywienie pozajelitowe jest stosowane przez 7 dni w tygodniu i zapewnia wzrastanie dziecka i jego rozwój.

Powód prezentuje prawidłowy odpowiedni do wieku poziom rozwoju intelektualnego. Jest dzieckiem nieco nadrużliwym, bardzo spontanicznym, pogodnym. W związku ze stałą koniecznością karmienia pozajelitowego ograniczającą istotnie swobodny czas powoda może dochodzić do zaburzeń społecznych i emocjonalnych. W czasie karmienia pozajelitowego chłopiec musi przebywać w domu, pod opieką. Powoduje to ograniczenia w zakresie kontaktów rówieśniczych powoda. Chłopiec nie może wówczas bawić się z innymi dziećmi poza miejscem zamieszkania, uczestniczyć w zajęciach pozalekcyjnych.

Ze względu na stałość założonej drogi z cewnikiem jego relacje z dziećmi są także mniej spontaniczne, chłopiec jest świadomy, że musi uważać na cewnik, może to powodować wycofywanie się, pozostawanie poza grupą, co w rezultacie

może powodować poczucie inności, niską samoocenę, brak wiary we własne możliwości. Rozwój społeczny chłopca będzie zaburzony ze względu na mniejszą liczbę doświadczeń społecznych, niedostępność zajęć stymulujących rozwój, niepełną samodzielność i zależność od innych. W późniejszym wieku coraz bardziej będzie obawiał się oceny ze strony grupy, gdyż będzie wrosła potrzeba akceptacji ze strony rówieśników. Jest narażony na odrzucenie, co będzie powodowało poczucie mniejszej wartości i przystosowania społecznego.

Stawka za usługi opiekuńcze od lipca 2009 roku do 30 czerwca 2013 roku wynosiła -9,50 złotych, a od lipca 2013 roku wynosi – 11 złotych.

W dacie przedmiotowego zdarzenia działalność medyczna pozwanego szpitala była objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie dwóch umów – obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, oraz dobrowolnego ubezpieczenia

w zakresie odpowiedzialności cywilnej deliktowo-kontraktowej, w obydwu przypadkach udzielaną przez (...) SA. W umowie ubezpieczenia obowiązkowego suma gwarancyjna ustalona została na poziomie minimalnym to jest 46.500 ąśś1euro na jedno zdarzenie i 275.000 euro na wszystkie zdarzenia.

W umowie ubezpieczenia dobrowolnego przewidziano sumę gwarancyjną

w kwocie 3.000.000 złotych do wyczerpania i na zdarzenie w jednym roku ubezpieczenia oraz udział własny w szkodzie osobowej wynoszący 5% nie więcej niż 30.000 złotych.

W świetle powyższych ustaleń faktycznych, Sąd Okręgowy uznał, że roszczenia powoda, w przeważającej części zasługują na uwzględnienie.

Odpowiedzialność pozwanej placówki służby zdrowia opiera się na zasadzie winy (art. 415 i nast. k.c.), przy czym w doktrynie i orzecznictwie podkreśla się, iż może to być wina lekarza, personelu medycznego lub „wina organizacyjna”. Dla odpowiedzialności zakładu wystarczy tzw. wina „bezimienna” (anonimowa), tj. wina niezidentyfikowanego pracownika wtedy, gdy zostanie dowiedzione, że popełniono zaniedbanie, na skutek którego pacjent doznał szkody, chociaż nie można ustalić, który z lekarzy leczących pacjenta lub kto z personelu medycznego dopuścił się winy. Wobec tego, Sąd pierwszej instancji podniósł, że nie można stawiać powodowi nieosiągalnego wymogu ścisłego udowodnienia, wystarczające jest udowodnienie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa oraz że zdarzenie i szkoda pozostają w adekwatnym związku przyczynowym.

Zdaniem Sądu Okręgowego, zgromadzony w niniejszej sprawie materiał dowodowy pozwala na przyjęcie, że spełnione zostały przesłanki odpowiedzialności pozwanego oraz jego ubezpieczyciela. Decydująca w tej mierze była opinia pisemna biegłego T. A. (1), w której biegły wskazał,

że zaniechanie u powoda interwencji chirurgicznej przez 42 godziny

od konsultacji chirurgicznej w dniu 13 września o godzinie 00:20 było błędem medycznym. Zdaniem biegłego był to okres czasu wystarczająco długi, aby doszło do martwicy skręconego jelita.

Natomiast już podczas konsultacji 13 września o godzinie 00:20 zmiana stanu klinicznego powoda była na tyle niepokojąca, że nie uzasadniała zaniechania konsultacji chirurgicznej przez 42 godziny. Zwłaszcza, że decyzję o zabiegu operacyjnym, jeżeli nie da się jednoznacznie ustalić przyczyny podejmuje się w oparciu o badanie kliniczne przez lekarza chirurga oraz badania pomocnicze, jak również obserwacje stanu pacjenta. Biegły w ustnych wyjaśnieniach opinii sporządzonej na piśmie potwierdził, że gdyby zabieg wykonano odpowiednio wcześniej powód byłby zdrowym dzieckiem. W przypadku skrętu jelita przez krótki czas, może nie dojść do martwicy jelita i jego resekcji.

W ocenie Sądu pierwszej instancji wina pozwanego szpitala polega na zaniechaniu wcześniejszej interwencji chirurgicznej u powoda, co skutkowało martwicą jelit i koniecznością resekcji jelit w 90 %. W toku procesu wykazano zatem winę pozwanego szpitala jak i związek przyczynowy między zawinionym zaniechaniem, a powstałą u powoda szkodą w postaci usunięcia jelit.

Sąd Okręgowy wskazał, że powód opiera swoje żądania na przepisach

art. 444 k.c. i art. 445 § 1 k.c.

Ustalając wysokość odpowiedniego zadośćuczynienia Sąd pierwszej instancji uwzględnił kilka istotnych okoliczności. W pierwszej kolejności Sąd ten zauważył, że na skutek usunięcia jelit w 90 % powód by przeżyć musiał być początkowo żywiony pozajelitowo przez 20-23 godziny dziennie, obecnie co najmniej 15 godzin dziennie. Życie powoda jest uzależnione od prawidłowego funkcjonowania pompy do żywienia pozajelitowego. Ponadto przez ciągłe podłączenie pompy do cewnika jest narażony na zakażenia. Żywienie pozajelitowe nie jest też bez wpływu na inne organy np. nerki czy wątrobę. Taki tryb życia skutkuje niemożnością normalnego funkcjonowania dziecka chociażby w grupie rówieśniczej. Powód będąc ruchliwym dzieckiem jest ograniczony codziennie przez podłączenie do pompy od godziny 17:00. Nie może wyjść na podwórko i bawić się z innymi dziećmi. Nie może też odwiedzać kolegów po przedszkolu w ich domach z uwagi na konieczność podłączenia do pompy o godzinie 17.00.

Sąd Okręgowy podkreślił również, że w miarę dorastania powoda, ograniczenia te będą odczuwane przez niego coraz dotkliwiej. Jak wynika

z ustaleń faktycznych chociażby wyjazd powoda na wakacje jest niemożliwy

z uwagi na trudności w podróżowaniu z całym koniecznym sprzętem medycznym. Powód będąc intelektualnie normalnie rozwijającym się, żywym dzieckiem będzie doświadczał ograniczeń w funkcjonowaniu społecznym. Wszystkie te okoliczności wskazują na ogromny rozmiar krzywdy doznanej przez powoda i znaczny rozmiar cierpień.

Określając wysokość zadośćuczynienia Sąd ten miał na uwadze także ustalony przez biegłego sądowego gastrologa trwały uszczerbek na zdrowiu powoda, który wynosi 90 % oraz niepomysłne rokowania. Mając na względzie, że gdyby wykonano zabieg operacyjny we właściwym czasie, to powód byłby zdrowym dzieckiem, Sąd Okręgowy uznał, że sumą zadośćuczynienia „odpowiednią” w rozumieniu art. 445 § 1 k.c. będzie żądana przez powoda, kwota 400.000 złotych.

Rozstrzygając w przedmiocie renty z tytułu zwiększonych potrzeb, Sąd wziął pod uwagę pismo powoda precyzujące żądanie renty z tytułu zwiększonych potrzeb i wyodrębnił trzy okresy. W okresach wysokość renty została zróżnicowana z uwagi na zmieniające się w miarę upływu czasu potrzeby powoda, jego dorastanie oraz czas pracy pompy do żywienia pozajelitowego.

Za pierwszy okres, od grudnia 2009 roku do października 2010 roku powód żądał skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby w kwocie 68.770 złotych (po 6.600 złotych za okres styczeń - październik 2010 roku oraz za grudzień 2009 roku w kwocie 2.770 złotych). Wyliczenie przez powoda renty polegało na pomnożeniu stawki (...) w kwocie 10 złotych za godzinę przez

22 godziny dziennie. Powód dopiero w piśmie z dnia 3 września 2014 r. sprecyzował, że roszczenie to obejmuje oprócz kosztu opieki i dozoru pracy pompy (22 godziny na dobę) także koszt zakupu środków opatrunkowych i dojazdów incydentalnych do placówek zdrowia.

W ocenie Sądu Okręgowego wskazany w pozwie sposób ustalenia zwiększonych potrzeb powoda nie jest właściwy. Sąd miał na uwadze to, że był to pierwszy rok życia powoda. Każde niemowlę nawet zdrowe wymaga całodobowej opieki osób dorosłych. W niniejszej sprawie Sąd pierwszej instancji miał jednak na względzie, że oprócz zwykłych czynności związanych

z zajmowaniem się niemowlęciem opiekunowie (rodzice) musieli nauczyć się obsługi pompy do żywienia pozajelitowego i czuwać nad jej prawidłowym funkcjonowaniem. W tym pierwszym okresie życia powoda pompa do żywienia pozajelitowego musiała być dozorowana przez 22 godziny. Dlatego też oczywiste jest, że na skutek przedmiotowego zdarzenia, potrzeby powoda w zakresie opieki osób trzecich były zwiększone w stosunku do zdrowego dziecka.

Sąd ten wskazał, że ustalenie wartości pieniężnej zwiększonych kosztów opieki jest niewątpliwie trudne i wymaga w pełni zastosowania art. 322 k.p.c. Mając na uwadze całokształt okoliczności sprawy Sąd pierwszej instancji uznał, że

właściwa będzie kwota 3.300 złotych miesięcznie (około 110 złotych dziennie) tytułem kosztów opieki w okresie od stycznia do października 2010 roku.

Żądanie renty z tytułu zwiększonych potrzeb powoda obejmowało jeszcze koszty środków opatrunkowych oraz koszty dojazdów do placówek medycznych. Zdaniem Sądu odpowiednia będzie kwota około 300 złotych miesięcznie (200 złotych – środki opatrunkowe oraz 100 złotych koszty dojazdów do placówek medycznych). Łącznie renta z tytułu zwiększonych potrzeb za okres od stycznia do października 2010 roku powinna wynosić 3.600 złotych miesięcznie.

Za grudzień 2009 roku z uwagi na to, że powód opuścił szpital w dniu

18 grudnia 2009 roku renta powinna być odpowiednio niższa i kształtować się na poziomie 2.088 złotych. Reasumując Sąd Okręgowy uwzględnił żądanie skapitalizowanej renty za okres od grudnia 2009 roku do października 2010 roku w łącznej kwocie 38.088 złotych (36.000 złotych + 2.088 złotych).

W okresie od listopada 2010 do marca 2011 roku roszczenie powoda obejmowało koszt opieki, dozoru pracy pompy (22 godziny na dobę), zakupu środków opatrunkowych, dojazdów do placówek zdrowia. W ocenie Sądu Okręgowego mając na uwadze wyżej przeprowadzone rozważania, renta z tytułu zwiększonych potrzeb powinna w tym okresie wynosić po 3.600 zł miesięcznie.

Drugi okres od kwietnia 2011 roku do sierpnia 2012 roku, został wyszczególniony z uwagi na zmniejszenie się ilości godzin pracy pompy do

15 godzin. W ocenie Sądu Okręgowego renta z tytułu zwiększonych potrzeb

w tym okresie powinna wynosić 2.500 złotych miesięcznie, ponieważ wymiar zwiększonej opieki na powodem uległ zmianie i dlatego za ten okres koszty opieki powinny kształtować się na poziomie 2.000 złotych. W pozostałym zakresie na zwiększone potrzeby powoda składają się koszty środków opatrunkowych (200 złotych), koszty dojazdu do placówek medycznych (100 złotych) oraz koszt pampersów (około 200 złotych). W tym okresie życia powoda koszt pampersów przestaje być normalnym wydatkiem ponoszonym przez rodzica małego dziecka, zaczyna być bowiem związany z pracą pompy do żywienia pozajelitowego. Jak wynika z ustaleń faktycznych powód w ciągu nocy musi mieć zakładane (jak również zmieniane) pampersy.

Ostatni okres wyszczególniony przez Sąd Okręgowy obejmuje okres od września 2012 roku i na przyszłość. Sprecyzowane roszczenie powoda za ten okres obejmowało koszt opieki, dozoru pracy pompy (15 godziny na dobę), zakupu środków opatrunkowych, leków, zakupu pampersów, odpłatność za prywatne przedszkole, dojazdów incydentalnych do placówek zdrowia. W ocenie Sądu pierwszej instancji w tym okresie koszty opieki powinny kształtować się na poziomie około 1.200 złotych. Zarówno zmniejszona ilość godzin podłączenia do pompy jak i to, że od września 2013 roku powód zaczął uczęszczać do przedszkola (w którym przebywa do godziny 16.00) przemawiają za zmniejszeniem kosztów opieki w stosunku do poprzednich okresów.

Dodatkowo uzasadniony jest koszt prywatnego przedszkola (400 złotych), a przynajmniej różnica wydatków w stosunku do publicznego przedszkola, dojazdy do placówek medycznych (100 złotych), leki (np. U. 150 złotych), koszt pampersów (80 złotych). Dlatego też łącznie kwota renty z tytułu zwiększonych potrzeb za okres od września 2012 roku i na przyszłość powinna kształtować się na poziomie 2.000 złotych, o którą to kwotę, zdaniem Sądu Okręgowego, potrzeby powoda są większe w stosunku do zdrowego dziecka.

Roszczenie powoda opiewające na wyższe kwoty pieniężne niż te zasądzone z tytułu renty jako niezasadne podlegało oddaleniu. Sąd oddalił również żądanie zasądzenia kwoty 534,91 złotych tytułem odszkodowania za zwrot kosztów dojazdów uznając, że jest to żądanie nieudowodnione. Strona powodowa dochodząc odszkodowania, powinna wykazać, że rzeczywiście taka kwota została przeznaczona na koszty dojazdu, natomiast zebrany w sprawie materiał dowodowy tego nie potwierdza.

Odpowiedzialność pozwanego (...) Zakładu (...) wywodzi się z umownej ochrony ubezpieczeniowej udzielonej pozwanemu szpitalowi. Podmioty te łączyły dwie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej – jedna – ubezpieczenia obowiązkowego, druga - dobrowolnego, mocą której rozszerzono ochronę o ryzyko wyrządzenia szkody przy udzielaniu świadczeń medycznych, które nie zostały objęte OC obowiązkowym

ze względu na wyczerpanie się sumy gwarancyjnej. Suma gwarancyjna ubezpieczenia OC obowiązkowego wynosi 275.000 euro na wszystkie zdarzenia i 46.500 euro na jedno zdarzenie.

Zgodnie z treścią § 4 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Finansów

z 28 grudnia 2007 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U 3/2008 poz.10) kwota sumy gwarancyjnej ustalana jest przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez NBP po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta. Dla przeliczenia sumy gwarancyjnej zastosować zatem należało, dla umowy zawartej w styczniu 2009 roku, kurs euro ogłoszony 2 stycznia 2009 roku. W dniu 2 stycznia 2009 roku kurs ten wynosił 4.1721 złotych, co daje sumę na wszystkie zdarzenia 1.147.327,50 złotych i na jedno zdarzenie 194.002,65 złotych, stanowiące granice odpowiedzialności ubezpieczyciela. Po wyczerpaniu jednej bądź drugiej, zależnie co pierwsze nastąpi, pozwany (...) SA odpowiada dodatkowo do kwoty 3.000.000 złotych stanowiącej sumę gwarancyjną ubezpieczenia OC dobrowolnego do wyczerpania i na jedno zdarzenie. Skoro jednak w umowie ubezpieczenia dobrowolnego zawarto klauzulę udziału własnego ubezpieczającego na poziomie 5 % wartości szkody, odpowiedzialność w zakresie tej drugiej sumy gwarancyjnej ograniczona jest dodatkowo do 95% każdorazowo wypłacanego świadczenia.

Ostatecznie zatem, zastrzeżono pozwanemu (...) prawo do powoływania się na ograniczenie odpowiedzialności kilkustopniowo – stosownie do postanowień obu umów ubezpieczenia. Ogólną granicą odpowiedzialności tego pozwanego jest kwota stanowiąca sumę sum gwarancyjnych na jedno zdarzenie z obu umów to jest 3.194.002,65 złotych, z tym że po wyczerpaniu sumy 194.002,65 złotych na jedno zdarzenie z OC obowiązkowego,

bądź wcześniejszym wyczerpaniu sumy gwarancyjnej na wszystkie zdarzenia

z ubezpieczenia obowiązkowego, pozwany odpowiada do wysokości 95 % wartości dalszych świadczeń odszkodowawczych aż do wyczerpania sumy gwarancyjnej 3.000.000 złotych z tytułu OC dobrowolnego. O odpowiedzialności pozwanych za skutki nieprawidłowego postępowania medycznego wobec powoda, jakie ujawnić się mogą w przyszłości, Sąd Okręgowy orzekł mając na uwadze przede wszystkim to, że powód wymagać może dalszego leczenia, co może powodować dalsze potrzeby i wydatki.

O odsetkach od zasądzonych kwot orzeczono w oparciu o przepis

art. 481 § 1 k.c. Natomiast o kosztach postępowania Sąd pierwszej instancji orzekł na podstawie przepisu art. 100 k.p.c. kierując się zasadą odpowiedzialności za wynik procesu. Powód wygrał w 87 %, dlatego taki procent kosztów obciąża stronę pozwaną, podczas gdy 13 % obciąża powoda. Koszty powoda to koszt zastępstwa procesowego w kwocie 14.400 złotych oraz opłata od pełnomocnictwa w kwocie 17 złotych. Sąd mając na uwadze czas trwania postępowania oraz nakład pracy pełnomocnika powoda uwzględnił jego wniosek o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego w podwójnej wysokości. Sąd uwzględnił również wniosek o zasądzenie kwoty 252 złotych netto poniesionej na tłumaczenie dokumentacji medycznej z j. angielskiego na polski. W ocenie Sądu Okręgowego z uwagi na to, że cała dokumentacja medyczna podlegała analizie przez biegłych był to koszt niezbędny do celowego dochodzenia praw w rozumieniu art. 98 k.p.c. Łącznie koszty procesu powoda to kwota 14.669 złotych. Koszty procesu po stronie pozwanej to 15.212,70 złotych (7.217 złotych x 2 oraz zaliczki na biegłych 778,70 złotych). Konkludując strona pozwana powinna zwrócić solidarnie powodowi kwotę 10.784,37 złotych.

Koszty nieuiszczone przez strony, a pokryte tymczasowo przez Skarb Państwa to łącznie 32.241,86 złotych, na którą składa się opłata od pozwu 27.416 zł oraz koszty opinii biegłych 4.815,86 złotych - 87 % tych kosztów obciążające solidarnie stronę pozwaną to kwota 28.050,41 złotych. Mając na uwadze art. 102 k.p.c. Sąd Okręgowy odstąpił od pobrania kosztów sądowych obciążających powoda z zasądzonego na jego rzecz roszczenia. W ocenie Sądu nie zaistniała sytuacja wyjątkowa w rozumieniu art.102 k.p.c., która uzasadniałaby nieobciążanie kosztami procesu pozwanych.

**Apelację** od powyższego wyroku złożył pozwany ubezpieczyciel, zaskarżając do częściowo, tj. co do:

- punktu I.1. sentencji przedmiotowego wyroku w zakresie, w jakim Sąd zasądził od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz powoda tytułem zadośćuczynienia kwotę przekraczającą 200.000 złotych, a więc co do kwoty 200.000 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 26 sierpnia 2010 roku do dnia zapłaty;
- punktu 1.2. sentencji przedmiotowego wyroku w zakresie, w jakim Sąd zasądził od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz powoda tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia 2009 roku do października 2009 roku kwotę przekraczającą 19.044 złotych, a więc co do kwoty 19.044 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 26 sierpnia 2010 roku do dnia zapłaty;
- w punkcie I.3.a) sentencji przedmiotowego wyroku w zakresie zasądzenia od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz powoda renty na zwiększone potrzeby za okres od listopada 2010 roku do marca 2011 roku wraz z ustawowymi odsetkami ponad kwotę 1.800 złotych miesięcznie, tj. w zakresie kwoty 1.800 złotych miesięcznie wraz z ustawowymi odsetkami;
- w punkcie 1.3.b) sentencji przedmiotowego wyroku w zakresie zasądzenia od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz powoda renty na zwiększone potrzeby za okres od kwietnia 2011 roku do sierpnia 2012 roku wraz z ustawowymi odsetkami ponad kwotę 1.250 złotych miesięcznie, tj. w zakresie kwoty 1.250 złotych miesięcznie wraz z ustawowymi odsetkami;
- w punkcie 1.3.c) sentencji przedmiotowego wyroku w zakresie zasądzenia od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz powoda renty na zwiększone potrzeby za okres od września 2012 roku i na przyszłość wraz z ustawowymi odsetkami ponad kwotę 1.000 złotych miesięcznie, tj. w zakresie kwoty 1.000 złotych miesięcznie wraz z ustawowymi odsetkami;
- w punkcie V. i VI. sentencji przedmiotowego wyroku dotyczących kosztów procesu i kosztów sądowych.

Strona skarżąca podniosła następujące zarzuty:

- 1) naruszenie przepisu prawa materialnego, tj. art. 361 § 1 k.c. poprzez przyjęcie, że cała szkoda małoletniego powoda w postaci martwicy jelit i konieczności ich resekcji w 90 % pozostaje w wyłącznym adekwatnym związku przyczynowym z zawinionym zaniechaniem personelu pozwanego (...) w Ł.;
- 2) naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 415 w związku z art. 6 k.c. poprzez przyjęcie, że strona powodowa wykazała, iż odpowiedzialność za szkodę powoda będącą następstwem reoperacji powoda w dniu 18 września 2009 roku ponosi personel pozwanego Szpitala, z co za tym idzie ubezpieczyciel;
- 3) naruszenie przepisów prawa procesowego, tj. art. 233 § 1 k.p.c. w związku z art. 278 § 1 k.p.c. przez błędną ocenę pisemnej opinii biegłego T. A. (1) poprzez pominięcie okoliczności, że reoperacja powoda w dniu 18 września 2009 roku, a co za tym idzie wynikła z tego zabiegu szkoda, była spowodowana powikłaniem;
- 4) naruszenie przepisu prawa procesowego, które miało wpływ na wynik sprawy, tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, nierozważenie materiału dowodowego w sposób wszechstronny i naruszenie zasad logicznego rozumowania, a w konsekwencji przyjęcie, że personel pozwanego Szpitala, a co za tym idzie ubezpieczyciel, ponosi wyłączną odpowiedzialność za szkodę powoda.

W oparciu o powyższe zarzuty (...) Spółka Akcyjna wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w zaskarżonej części oraz o zmianę zaskarżonego wyroku w punkcie IV. w części w ten sposób, że zastrzega (...) Spółce

Akcyjnej w W. prawo powoływania się wobec Alexandra A. na ograniczenie odpowiedzialności pozwanej do łącznej kwoty 2.694.002.65 złotych. Ponadto strona pozwana domagała się zmiany postanowień o kosztach procesu oraz o kosztach sądowych zawartych w punkcie V. i VI. wyroku i orzeczenie o powyższych kosztach w stosunku do (...) Spółki Akcyjnej w W. z uwzględnieniem postępowania apelacyjnego poprzez zasądzenie od powoda na rzecz strony pozwanej (...) SA kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego radcy prawnego.

**W odpowiedzi na apelację**, powód wniósł o jej oddalenie oraz o zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

### **Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:**

Apelacja strony pozwanej zasługiwała na uwzględnienie jedynie w nieznacznej części odnoszącej się do ograniczenia jej odpowiedzialności z uwagi na wysokość zastrzeżonej w umowie ubezpieczenia sumy gwarancyjnej.

Nie ulega bowiem wątpliwości, że odpowiedzialność ubezpieczyciela limitowana jest treścią umowy stron, która z kolei odwołuje się do postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia. Określenie sumy gwarancyjnej – jako górnej granicy odpowiedzialności ubezpieczyciela – należy do essentialia negotii każdej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Konstrukcja ubezpieczeń OC, jak i akcesoryjny charakter odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń prowadzi do tego, że ubezpieczenie to nie może w sposób prawidłowy funkcjonować bez wyraźnego ustalenia kwotowych granic udzielonej ochrony. Suma gwarancyjna nie tylko stanowi takie granice, ale kształtując zakres ubezpieczenia – pośrednio wywiera wpływ na sytuację stron umowy ubezpieczenia OC oraz poszkodowanego.

Przepis art. 7 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r., poz. 392) umowa ubezpieczenia obowiązkowego określa sumę gwarancyjną lub sumę ubezpieczenia stanowiącą górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Oznaczenie wysokości sumy gwarancyjnej pozostawiono zatem woli stron (art. 3531 k.c.). Dlatego odpowiednia kwota jest ustalana indywidualnie przez strony konkretnego stosunku ubezpieczenia, które w ramach przyznanej im swobody kontraktowej decydują, czy umowa ubezpieczenia zostanie zawarta oraz w jakim zakresie ubezpieczyciel będzie ponosić odpowiedzialność.

Z akt sprawy wynika, że strona pozwana przy piśmie procesowym z dnia 6 października 2014 roku załączyła kopię polisy NR (...) dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, do której strony w dniu 7 stycznia 2009 roku podpisały aneks nr (...) roku do Generalnej Umowy (...) wprowadzający tzw. klauzulę nadwyżkową nr 9 dotyczącą odpowiedzialności za szkody powstałe ze zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielenie tych świadczeń (k. 483 i 484 oraz koperta k. 487).

W aneksie tym wysokość sumy gwarancyjnej w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej (klauzula nadwyżkowa nr 9) została ograniczona z kwoty 3.000.000 złotych na jedno i na wszystkie zdarzenia w rocznym okresie ubezpieczenia do kwoty 2.500.000 złotych. Ustalona w tymże dokumencie suma gwarancyjna stanowi górną granicę odpowiedzialności pozwanej za szkodę wyrządzoną przez ubezpieczonego w ramach umowy ubezpieczenia w okresie trwania odpowiedzialności pozwanej niezależnie od rzeczywistych rozmiarów szkody i rozmiaru krzywdy. Zatem bez względu na wysokość szkody majątkowej i niemajątkowej ubezpieczyciel zobowiązany jest do świadczenia jedynie do wysokości sumy gwarancyjnej. Dlatego też odpowiedzialność pozwanego zakładu ubezpieczeń należało ograniczyć do wysokości sumy gwarancyjnej wskazanej

w aneksie (...) do polisy nr (...), zmieniając zaskarżony wyrok na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. w ten sposób, że w punkcie IV sentencji zostało zastrzeżone prawo (...) Spółki Akcyjnej powoływania się wobec powoda na ograniczenie odpowiedzialności p do łącznej kwoty 2.694.002,65 złotych.

Nie zasługiwał na aprobatę Sądu II instancji, podniesiony przez pozwaną, zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Zdaniem Sądu Apelacyjnego strona skarżąca nie zdołała w żaden sposób zakwestionować ani kryteriów oceny dowodów (zasad logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego) podanych w tym przepisie ani dokonanej przez Sąd Okręgowy oceny, poczynionych na jej podstawie ustaleń faktycznych oraz wywiedzionych wniosków.

W orzecznictwie wskazuje się, że dla skuteczności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. konieczne jest wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie sądu. W szczególności skarżący powinien wskazać, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 20 grudnia 2006 r., sygn. akt VI ACa 567/06, LEX nr 558390).

Skarżący może tylko wskazywać, posługując się wyłącznie argumentami jurydycznymi, że sąd rażąco naruszył zasady logicznego rozumowania oraz doświadczenia życiowego i że uchybienie to mogło mieć wpływ na wynik sprawy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 czerwca 2004 r., sygn. akt II CK 369/03, LEX nr 174131). Uwzględnienie przez Sąd w ocenie materiału dowodowego powszechnych i obiektywnych zasad doświadczenia życiowego nie usprawiedliwia zarzutu przekroczenia granic swobodnej oceny dowodów na tej tylko podstawie, że indywidualne i subiektywne doświadczenia strony są od tych zasad odmienne (por. wyrok Sądu Najwyższego z 5 sierpnia 1999 r., sygn. akt II UKN 76/99, opubl. w OSNP 2000 nr 19 poz. 732). Strona pozwana winna była zatem wykazać w wywiedzionej apelacji, że Sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, gdyż tylko takie uchybienie może być przeciwstawione uprawnieniu Sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie strony o innej niż przyjął Sąd wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 12 października 2012 r., sygn. akt I ACa 209/12, LEX nr 1223145).

Strona skarżąca w wywiedzionej apelacji podniosła, że Sąd I instancji dokonał oceny dowodów w sposób przekraczający zasadę swobodnej oceny dowodów, a ponadto zaniechał wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału dowodowego i jego oceny. Strona pozwana nie wskazała jednak w apelacji jakie kryteria oceny naruszył Sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając. Samo zaś twierdzenie strony o dokonaniu przez Sąd błędnej bądź niewłaściwej oceny dowodów, ponieważ niekorzystnej z jej punktu widzenia, nie może prowadzić do skutecznego zakwestionowania wywiedzionych przez Sąd wniosków w oparciu o prawidłowo poczynione ustalenia faktyczne.

Stosownie bowiem do treści art. 227 k.p.c. przedmiotem dowodu są fakty mające dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie. Treść tego przepisu wskazuje zatem na przedmiot postępowania dowodowego przeprowadzanego przez Sąd określając, jakie fakty mają „zdatność” dowodową, a więc które zjawiska świata zewnętrznego, jakie okoliczności oraz stany i stosunki mogą być przedmiotem dowodzenia w konkretnym procesie cywilnym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 1998 r., sygn. akt II CKN 683/97, LEX nr 322007).

Ocena, które fakty mają dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie, jest uzależniona od tego, jakie to są fakty, a także od tego, jak sformułowana i rozumiana jest norma prawna, którą zastosowano przy rozstrzygnięciu sprawy. Stan faktyczny w każdym postępowaniu jest oceniany w aspekcie przepisów prawa materialnego. Przepisy te wyznaczają zakres koniecznych ustaleń faktycznych, które powinny być w sprawie dokonane. Przepisy prawa materialnego mają też decydujące znaczenie dla oceny, czy określone fakty, jako ewentualny przedmiot dowodu, mają wpływ na treść orzeczenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 lipca 2000 r., sygn. akt I CKN 975/98, LEX nr 50825).

Podnieść w tym miejscu należy, że dowód z opinii biegłego jest dopuszczalny jedynie w razie konieczności posiadania wiadomości specjalnych (art. 278 § 1 k.p.c.). Dowód z opinii biegłego, podobnie jak każdy inny środek

dowodowy musi być wiarygodny, rzeczowy, poprawny merytorycznie, wyczerpujący, logicznie uzasadniony, a przez to przekonujący przede wszystkim dla Sądu, jako bezstronnego arbitra, a nie dla którejkolwiek ze stron. J. Sąd powinien zapewnić stronom możliwość wyjaśnienia ewentualnych wątpliwości co do treści i wniosków przeprowadzonych - dopuszczonych dowodów. Dlatego granicę obowiązku prowadzenia przez Sąd postępowania dowodowego wyznacza, podlegająca kontroli instancyjnej, ocena czy dostatecznie wyjaśniono sporne okoliczności sprawy.

Ocena dowodu z opinii biegłego jest jednak dokonywana według kryterium wiarygodności w tym znaczeniu, że nie można nie dać wiary biegłemu odwołując się do wewnętrznego przekonania sędziego czy zasad doświadczenia życiowego. Opinia biegłego podlega ocenie według art. 233 § 1 k.p.c.,

ale odróżniają ją nadto szczególne dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania wyrażonego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r., sygn. akt I CKN 1170/98, opubl. OSNC 2001, nr 4, poz. 64). Przedmiotem opinii biegłego nie jest przedstawienie faktów, lecz ich ocena na podstawie wiedzy fachowej (wiadomości specjalnych). Nie podlega ona zatem weryfikacji jak dowód na stwierdzenie faktów, na podstawie kryterium prawdy i fałszu. Kryterium oceny wiarygodności opinii nie mogą natomiast stanowić jedynie oceny stron co do faktów będących przedmiotem opinii.

Postanowieniem z dnia 12 września 2012 roku Sąd pierwszej instancji dopuścił dowód z pisemnej opinii biegłego sądowego chirurga dziecięcego

w osobie dr T. A. (1) (k. 214). Biegły sądowy w zasadniczej pisemnej opinii sądowo lekarskiej stwierdził, że zaniechanie u powoda wcześniej interwencji chirurgicznej nie można oceniać w kategorii błędu medycznego, lecz traktować jako niepowodzenie medyczne (k. 225). Wymaga jednakże podkreślenia, że w uzupełniającej opinii pisemnej, odpowiadając na pytania pełnomocnika powoda sformułowane w piśmie procesowym z dnia 19 marca 2013 roku (k. 236), podkreślił, że zasadnicze znaczenie dla ustalenia czy doszło do niepowodzenia medycznego czy do błędu medycznego jest ustalenie faktycznej daty konsultacji chirurgicznej odnotowanej jako 13 września 2009 godzina 00:20 oraz godziny następnej konsultacji chirurgicznej, co do której nie ma informacji, a godziną operacji.

Biegły podał, że w opinii z dnia 1 lutego 2013 roku przyjął, iż konsultacja faktycznie miała miejsce 14 września o godzinie 00:20, ponieważ często zdarza się, iż przy zmianie daty o północy dochodzi do pomyłki przy wpisie. Dr T. A. (1) przy wydawaniu opinii uzupełniającej przeprowadził ponowną analizę dokumentacji lekarskiej w połączeniu z pielęgniarzką i stwierdził, że z Karty (...) Pielęgniarskiej wynika, iż jedna konsultacja chirurgiczna miała miejsce 12 września pomiędzy 7 a 19, a kolejna podczas dyżuru prowadzonego pomiędzy godzinami 19 (12 września), a godziną 7 (13 września). Tej drugiej konsultacji dotyczy zatem wpis chirurga oznakowany godziną 00:20.

Operacja była wykonana w dniu 14 września 2009 roku o godzinie 19:20. Oczywistym jest, że musiała być poprzedzona konsultacją chirurga i kwalifikacją do zabiegu. W tego rodzaju wypadkach zabieg przeprowadza się natychmiastowo po stwierdzeniu jego konieczności. Tym samym ta ostatnia konsultacja musiała być przeprowadzona krótko przed operacją.

W tym stanie rzeczy, potwierdzenie w dokumentacji pielęgniarzkiej, że przedostatnia konsultacja z godziny 0.20 odbyła się podczas dyżuru prowadzonego 12 września od godziny 19.00 do godziny 7.00 w dniu 13 września oraz fakt przeprowadzenia zabiegu w dniu 14 września o godzinie 19.20 dowodzą, że czas jaki upłynął między przedostatnią konsultacją chirurgiczną z 13 września 2009 roku, a operacją wyniósł 42 godziny.

W opinii zostało podniesione, że stan pacjenta mierzony takimi parametrami jak ciśnienie tętnicze krwi, saturacja, oddech własny, diureza, temperatura ciała, wielkość zalegania żołądkowego nie ulegały istotnym zmianom, co świadczy o prawidłowym leczeniu zachowawczym. Jednakże w tym czasie, czyli między godz. 0.20 w dniu 13 września do wieczoru dnia 14 września nastąpiła zmiana charakteru obrzęków, wyglądu moczu, napięcia mięśniowego, co świadczyło o rozwoju choroby i zmianie stanu klinicznego. Przy braku ustalenia jednoznacznej diagnozy o decyzji operacyjnej decydujące znaczenie ma obserwacja zmian stanu chorego rozciągnięta w czasie.

Okres 42 godzin, jaki miał miejsce pomiędzy godziną 00:20, czyli przedostatnią konsultacją chirurgiczną, a datą operacji w dniu 14 września 2009 roku o godzinie 19.20, był wystarczająco długi, aby doszło do martwicy skręconego jelita. Biegły sądowy wyraźnie wskazał, że potwierdzenie daty konsultacji i godziny przedostatniej konsultacji prowadzi do zmiany treści wydanej przez niego opinii sądowo lekarskiej z dnia 1 lutego 2013 roku poprzez stwierdzenie, że zaniechanie u powoda wcześniejszego przeprowadzenia kolejnej konsultacji chirurgicznej należy ocenić jako błąd medyczny (k. 256).

Powyższe stanowisko biegły sądowy podtrzymał na rozprawie w dniu 1 lipca 2013 roku w swojej ustnej opinii uzupełniającej. Dr T. A. (1) podał, że najprawdopodobniej gdyby dokonano wcześniej zabiegu operacyjnego, to miałyby to wpływ na zakres resekcji jelita. Powód po leczeniu operacyjnym mógł być zdrowym dzieckiem, gdyby zabieg ten został wykonany odpowiednio wcześniej. W przypadku skrętu jelita, wykonanie operacji w krótkim okresie czasu, może uchronić pacjenta przed martwicą i koniecznością resekcji jelita. Generalnie im krótszy jest czas od skrętu jelita, tym zakres resekcji jest mniejszy.

W ocenie biegłego kluczowe znaczenie miała wcześniejsze przeprowadzenie następnej konsultacji po tej z dnia 13 września o godzinie 00:20. Dokumentacja nie wskazuje czasu następnej konsultacji, choć lekarz wizytujący powoda o godzinie 0.20 zaznaczył potrzebę powtórzenia konsultacji. Do obumarcia jelit dochodzi w ciągu kilku godzin, składa się na to szereg czynników. Decyzję o zabiegu operacyjnym podejmuje się w oparciu o badania kliniczne dokonane przez lekarza chirurga oraz badania pomocnicze, a także obserwację stanu pacjenta rozciągniętą w czasie, kiedy nie jest możliwe jednoznacznie ustalenie przyczyny stanu zdrowia pacjenta (k. 295).

Analizując to wszystko Sąd Apelacyjny uznał, że biegły w sposób logiczny i w pełni przekonujący uzasadnił zmianę pierwotnie wydanej opinii. Z zapisu protokołu rozprawy wynika, że pełnomocnik strony pozwanej nie kwestionował opinii po dokonaniu podczas rozprawy jej ustnego uzupełnienia. Nie składał co do niej żadnych zastrzeżeń, ani nie zgłaszał dalszych wniosków dowodowych.

Dokonując oceny zasadności roszczenia Sąd Okręgowy trafnie uznał, opierając się w tym zakresie na opiniach sporządzonych przez biegłego dr T. A. (1), że zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności pozwanego i jego ubezpieczyciela.

Wina Szpitala polega na zaniechaniu wcześniejszej interwencji chirurgicznej u powoda, co skutkowało martwicą jelit i koniecznością resekcji w 90 %. W toku procesu wykazano zatem zarówno winę pozwanego, jak i związek przyczynowy pomiędzy zawinionym działaniem, a powstałą u powoda szkodą w postaci usunięcia jelit.

Dowód z opinii biegłych sądowych tak jak każdy inny dowód podlega ocenie Sądu. Trzeba jednakże podkreślić, że Sąd może oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności czy logiczności. Może pomijać oczywiste omyłki. Nie może jednak nie podzielać merytorycznych poglądów biegłych, czy zamiast nich wprowadzać własne spostrzeżenia. Strona pozwana nie zdołała natomiast wykazać, aby pisemna uzupełniająca opinia bądź ustna uzupełniająca opinia, wydane przez dr T. A. zawierały jakiegokolwiek błędy metodologiczne bądź uchybienia, które pozwoliłyby podważyć jej spójność bądź rzetelność.

Wbrew zatem twierdzeniom strony apelującej w omawianej sprawie brak było podstaw do przyjęcia, że odpowiedzialność pozwanego (...) w Ł., a w konsekwencji ubezpieczyciela (...) Spółki Akcyjnej w W. powinna dotyczyć jedynie części (50%) szkody ustalonej u powoda. Błędnie bowiem wywodzi strona pozwana, że szpital ponosi odpowiedzialność li tylko za zaniechanie w przeprowadzeniu u powoda pierwszego zabiegu chirurgicznego.

Nie kwestionując ustalenia zawartego w opinii zasadniczej A., że reoperacja przeprowadzona w dniu 18 września 2009 roku była powikłaniem, należy przyjąć, że skoro zaniechanie wcześniejszej interwencji chirurgicznej należało ocenić jako błąd medyczny, to strona pozwana odpowiadać musi również za wynikające z niego powikłanie. Wczesne przeprowadzenie zabiegu mogłoby uchronić powoda przed resekcją jelita, z kolei zwłoka prowadziła do zwiększania

zakresu zabiegu. To właśnie długi czas braku konsultacji chirurgicznej spowodował, że doszło do martwicy jelita, prowadzącej w efekcie do jego resekcji aż w 90 % i kalectwa powoda.

Nie można wszakże pominąć i tego, na co zresztą zwrócił uwagę biegły w swoich opiniach, że podczas konsultacji o godzinie 00:20 roku stan dziecka budził wątpliwości lekarza, skoro została zlecona kolejna konsultacja w krótkim odstępie czasu, a która została faktycznie dokonana dopiero po upływie 42 godzin. Okoliczność tego rodzaju, że nie można ustalić, kiedy dokładnie doszło do martwicy, ma o tyle drugorzędne znaczenie w realiach sprawy, że stan kliniczny pacjenta może się zmieniać w czasie.

Obowiązkiem personelu medycznego było monitorowanie tego stanu. Gdyby do konsultacji doszło wcześniej, to nie można wykluczyć, że w do resekcji jelita by nie doszło, albo doszłoby w znacznie mniejszym zakresie. Zaniechanie przeprowadzenia konsultacji w okresie od godziny 00:20 – 13 września do godzin wieczornych 14 września, doprowadziło do tego, że nie wykryto negatywnych objawów wcześniej, co umożliwiłoby poddanie powoda operacji w odpowiednim czasie. Gdyby zaś skręt jelita został rozpoznany odpowiednio wcześniej, to mogłoby nie dojść do zmian martwiczych, a przynajmniej nie byłoby potrzeby resekcji całego jelita.

Za chybiony należało uznać zarzut naruszenia prawa materialnego, tj. art. 415 k.c. w związku z art. 6 k.c. poprzez przyjęcie, że powód wykazał, iż odpowiedzialność za szkodę będącą następstwem reoperacji powoda w dniu 18 września 2009 roku ponosi personel pozwanego Szpitala, a co za tym idzie ubezpieczyciel.

Na wstępie należy zaakcentować, że do ogólnych przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej za czyn niedozwolony zalicza się fakt stanowiący przyczynę sprawczą szkody, z którym ustawa łączy obowiązek jej naprawienia; związek przyczynowy zachodzący pomiędzy tym zdarzeniem, a szkodą oraz winę.

W niniejszej sprawie zostało wykazane, że zaniechanie konsultacji chirurgicznej i przeprowadzenie interwencji operacyjnej dopiero po 42 godzinach było błędem medycznym, który skutkowało martwicą jelit i koniecznością ich resekcji w 90 %. Choć strona apelująca wyraża odmienne przekonanie, to u powoda wystąpił takiego rodzaju rozstrój zdrowia, który skutkowało powstaniem szkody niemajątkowej (krzywdy) w zakresie ustalonym przez Sąd I instancji.

Nie ulega przecież żadnym wątpliwościom, że do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantuje przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Przesłanką obiektywną winy jest bezprawność, zaś jej wystąpienie decyduje dopiero o rozważeniu przesłanek subiektywnych, wśród których w okolicznościach sprawy, decydujące jest zachowanie należytej staranności zawodowej lekarza. Tymczasem nie budzi wątpliwości, że zaniechanie konsultacji chirurgicznych przez 42 godziny doprowadziło do takiego pogorszenia stanu zdrowia powoda, które skutkowało koniecznością zarówno zabiegu operacyjnego w dniu 14 września 2009 roku i późniejszej reoperacji, co doprowadziło do resekcji niemal całego jelita.

Z powyższego nie wynika, żeby konieczność reoperacji powoda pozostawała w normalnym związku przyczynowym z jakąkolwiek inną okolicznością niż właśnie zaniechanie wcześniejszej interwencji chirurgicznej w trakcie jego pobytu w pozwanym szpitalu. Nie ulega zatem wątpliwości, że zachodzi związek przyczynowy pomiędzy zawinionym zaniechaniem pracowników pozwanej placówki służby zdrowia, które doprowadziło do martwicy skręconego jelita i konieczności jego resekcji aż w 90% na skutek zaniechania podjęcia czynności niezbędnych do ustalenia właściwego rozpoznania stanu dziecka w dniu 13 września 2009 roku.

Konieczność ponownej interwencji chirurgicznej – reoperacji – wynikała z rozejścia się zespolenia wewnętrznego. Okoliczność tego rodzaju, że w trakcie pierwszego zabiegu nie zdecydowano się na większy zakres resekcji, co niewątpliwie było motywowane chęcią uratowania możliwie najwięcej zdrowej

tkanki, nie może prowadzić do wniosku, że pozwany szpital nie ponosi w tym względzie odpowiedzialności. Ostateczny zakres resekcji jelit wynoszący aż 90% pozostaje w związku ze stwierdzonym błędem medycznym.

Należy podkreślić, że przy ocenie czy ów związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem personelu, a powstałą szkodą zachodzi, nie jest wymagane ustalenie go w sposób pewny. W orzecznictwie utrwalony jest bowiem pogląd, zgodnie z którym w „procesach lekarskich” niemożliwe jest poczynienie takiego ustalenia, ponieważ w większości wypadków można mówić tylko

o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, rzadko natomiast o pewności, czy wyłączności przyczyny. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działanie lub zaniechanie ze strony personelu szpitala było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony (por. wyrok Sądu Najwyższego

z dnia 17 października 2007 r., sygn. akt II CSK 285/07, LEX nr 490418). Konkludując należy podkreślić, że związek przyczynowy między zaniechaniem ze strony pozwanej placówki medycznej, a szkodą w postaci pogorszenia stanu zdrowia pacjenta czy obniżenia rokowań na jego poprawę, nie musi być ustalony w sposób pewny, wystarczy jedynie wysoki stopień prawdopodobieństwa istnienia takiego związku (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2012 r., sygn. akt V CSK 142/11).

Odnosząc powyższe rozważania do realiów niniejszej sprawy należy podnieść, że biegły T. A. w opiniach pisemnej i ustnej uzupełniającej wyraźnie stwierdził, że przedział czasowy pomiędzy ostatnią konsultacją, a operacją był wystarczająco długi, żeby doszło do martwicy skręconego jelita. Konieczność reoperacji była natomiast możliwa do przewidzenia, albowiem często mają miejsce takie sytuacje, że druga operacja jest przewidywana w sposób planowy jako tzw. second look. W trakcie bowiem pierwszego zabiegu zachodzi konieczność oszczędnego wycięcia (k. 227).

Przepis art. 231 k.p.c. stanowi, że sąd może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wniosek taki można wyprowadzić z innych ustalonych faktów. Skutkiem domniemań faktycznych jest przerzucenie ciężaru dowodu na stronę przeciwną, której zadaniem jest wykazanie, że uczyniła przed zabiegiem, w czasie jego przeprowadzenia i po jego zakończeniu czynności medyczne w tym sanitarne z należytą starannością.

W niniejszej sprawie strona pozwana nie zdołała jednak przedstawić tego rodzaju okoliczności, które przemawiałyby za uznaniem, że pozwany szpital nie ponosi odpowiedzialności za tę część szkody, która wynikała z reoperacji, skoro była ona w całości następstwem uprzedniego błędu medycznego z jego strony. W sprawie wykazano, że gdyby nie doszło do zaniechania konsultacji chirurgicznych, to do martwicy jelita mogłoby w ogóle nie dojść, albo jej zakres byłby mniejszy. Z kolei to wystąpienie martwicy jelita skutkowało koniecznością jego resekowania. Ta okoliczność ma kluczowe znaczenie w sprawie dla ustalenia odpowiedzialności pozwanego szpitala, a nie powoływany zakres tego zabiegu, do czego zdaje się zmierzać strona pozwana w swoich wywodach.

W świetle powyższego Sąd Apelacyjny uznał zarzut obrazy prawa materialnego, tj. art. 415 k.c. w związku z art. 6 k.c. za bezzasadny, ponieważ wobec bezprawności (zawinięcia) zachowania personelu pozwanej placówki oraz adekwatnego związku przyczynowego między tym postępowaniem, a doznaną przez powoda krzywdą, odpowiedzialność strony pozwanej zarówno co do zasady, jak i wysokości zasądzonych na rzecz powoda świadczeń, nie pozostawiała wątpliwości.

Sąd pierwszej instancji poddał ocenie całość okoliczności faktycznych, uwzględniając przy tym pełny kontekst wydarzeń. Poczynione ustalenia faktyczne i oceny zostały wszechstronnie, przekonywująco i logicznie uzasadnione. Dokonując ustaleń stanu faktycznego Sąd Okręgowy miał bowiem na względzie opinię biegłego sądowego T. A. (1), w której wyraźnie stwierdzono, że zaniechanie u powoda wcześniejszej interwencji chirurgicznej należy oceniać jako błąd medyczny.

W konsekwencji zarzuty pozwanej, sprowadzające się w istocie do przedstawienia własnych odmiennych ocen, na podstawie dokonanej selekcji treści poszczególnych dowodów przeprowadzonych w sprawie, nie mogły odnieść oczekiwanego skutku. Na tle prawidłowo dokonanych ustaleń faktycznych Sąd Okręgowy wyraził jednak określone oceny, które – w ocenie Sądu Apelacyjnego – nie pozostają w sprzeczności z zasadami logicznego rozumowania

czy doświadczeniem życiowym. Sąd pierwszej instancji, zbierając materiał dowodowy, uczynił to w sposób prawidłowy w zakresie norm prawa procesowego i wywiódł trafne wnioski jurydyczne. Dokonał przy tym kompleksowej i wszechstronnej oceny zebranego w sprawie obszernego materiału dowodowego. Podnoszone zaś przez stronę apelującą w tym zakresie zarzuty należy zaś uznać za mające jedynie polemiczny charakter.

W świetle powyższego nie zasługiwały na aprobatę twierdzenia pozwanej, że zasądzone na rzecz powoda świadczenia pieniężne powinny ulec obniżeniu o 50%, albowiem szpital ponosi odpowiedzialność jedynie za zaniechanie przeprowadzenia u powoda pierwszego zabiegu chirurgicznego.

Strona pozwana zaskarżyła także rozstrzygnięcie o kosztach procesu, nie podając w tym zakresie żadnych rzeczowych argumentów. Sąd Apelacyjny, że rozstrzygnięcie o kosztach nie uchybia przepisom prawa. Sąd I instancji na podstawie art. 113 u.k.s.c. nakazał pobrać od pozwanych na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 28.050,41 zł tytułem brakującej części opłat od uwzględnionej części powództwa i tytułem nieuiszczonych wydatków. Natomiast wobec tego, że powód wygrał ten proces w około 87%, Sąd Okręgowy zasądził na jego rzecz od pozwanej kwotę 10.784,37 zł tytułem zwrotu kosztów procesu. Sąd Apelacyjny podziela przy tym stanowisko Sądu I instancji, że na gruncie omawianej sprawy zasługiwał na uwzględnienie wniosek pełnomocnika powoda o zastosowaniu podwójnej stawki minimalnej przy określaniu należnego mu wynagrodzenia z uwagi na charakter sprawy.

Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny orzekł jak w sentencji.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd II instancji orzekł na podstawie art. 98 § 1 i § 3 k.p.c., a także na podstawie § 2 ust. 1 i 2 w związku z § 6 pkt 7 oraz § 12 ust. 1 pkt. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (tekst jednolity: Dz.U. z 2013 r., poz. 490 ze zm.) i zasądził od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 5.400 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.