

Sygn. akt I ACa 1323/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 kwietnia 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący : Sędzia SA Dorota Ochalska- Gola

Sędziowie: SA Jacek Pasikowski

SO (del.) Bożena Rządzińska (spr.)

Protokolant: sekr. sąd. Paulina Działońska

po rozpoznaniu w dniu 12 kwietnia 2018 r. w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa P. M. (1), P. M. (2) i T. M.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) w Ł. oraz (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji powoda P. M. (1) oraz pozwanych

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 15 marca 2016 r. sygn. akt II C 493/12

I. z apelacji powoda zmienia zaskarżony wyrok w punkcie 4. w zakresie

oddalonego powództwa P. M. (1) oraz w punkcie 7. w ten sposób, że:

a) nadając punktowi 4. oznaczenie punkt 4 a, punkt 4 b, punkt 4 c:

- w punkcie 4a zasądza od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) w Ł. oraz (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz P. M. (1) kwotę 100 000 (sto tysięcy) złotych z ustawowymi odsetkami biegnącymi dla pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) w Ł. od dnia 29 kwietnia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2015 r., a dla pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. od dnia 30 sierpnia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2015 r., zaś dla obydwu pozwanych od dnia 1 stycznia 2016 r. z ustawowymi odsetkami za opóźnienie do dnia zapłaty, z tym zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z obowiązku zapłaty do wysokości uiszczonej sumy,

- w punkcie 4b ustala odpowiedzialność pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) w Ł. na przyszłość za wszystkie następstwa błędu pozwanego w sztuce lekarskiej popełnionego na szkodę powoda w czasie pobytu P. M. (1) w pozwanym szpitalu w dniach od 23 lutego do 2 kwietnia 2012 r. skutkującego martwicą tkanek nosa,

- w pkt. 4c oddala powództwo P. M. (1) w pozostałej części,

b) w punkcie 7. zasądza od pozwanych solidarnie na rzecz P. M. (1) kwotę 3 617 (trzy tysiące sześćset siedemnaście) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu;

II. z apelacji pozwanych zmienia zaskarżony wyrok w punktach 1, 2 i 5 w ten sposób, że:

a) w punkcie 1. zasądzoną od pozwanych in solidum kwotę 820 000 (osiemset

dwadzieścia tysięcy) złotych obniża do kwoty 320 000 (trzysta dwadzieścia tysięcy) złotych,

b) uchyla punkt 2.,

c) w punkcie 5. kwotę 7 217 złotych kosztów procesu obniża do kwoty 1 817

(jeden tysiąc osiemset siedemnaście) złotych;

III. oddala apelację powoda w pozostałej części;

IV. oddala apelacje pozwanych w pozostałej części;

V. nakazuje pobrać od pozwanego (...) Publicznego Zakładu (...)

(...) Szpitala (...) w Ł. oraz (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. solidarnie na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Apelacyjnego w Łodzi kwotę 2 331,24 zł (dwa tysiące trzysta trzydzieści jeden złotych dwadzieścia cztery grosze) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych;

VI. zasądza od pozwanego (...) Publicznego Zakładu (...)

(...) Szpitala (...) w Ł. oraz (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. solidarnie na rzecz P. M. (1) kwotę 5 700 (pięć tysięcy siedemset) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym;

VII. zasądza solidarnie od P. M. (2) i T. M. na rzecz

Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) w Ł. oraz (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwoty po 2 500 (dwa tysiące pięćset) złotych tytułem częściowego zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt I ACa 1323/16

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 15 marca 2016r. Sąd Okręgowy w Łodzi w sprawie z powództwa P. M. (1), P. M. (2) i T. M. przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) w Ł. oraz (...) Spółce Akcyjnej w W. o zapłatę i ustalenie:

1. zasądził solidarnie na rzecz powodów P. M. (2) i T. M.

od pozwanych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) w Ł. oraz (...) Spółki Akcyjnej w W. kwotę 820 000 zł z ustawowymi odsetkami biegnącymi dla pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) w Ł. od dnia 28 czerwca 2012 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku, za okres zaś od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, a dla pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. z ustawowymi odsetkami od dnia 30 sierpnia 2012 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku, za okres zaś od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty z odsetkami ustawowymi za opóźnienie z tym zastrzeżeniem, że spełnienie powyższego świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z obowiązku zapłaty do wysokości uiszczonej sumy;

2. zasądził od pozwanego (...) Publicznego Zakładu (...)

(...) Szpitala (...) w Ł. na rzecz P. M. (2) i T. M. ustawowe odsetki od kwoty 180 000 zł za okres od dnia 14 kwietnia 2012 roku do dnia 25 kwietnia 2012 roku;

3. umorzył postępowanie w zakresie żądania zasądzenia renty na zwiększone

potrzeby w kwotach po 500 zł miesięcznie na rzecz P. M. (2) i T. M. dochodzonej za okres od dnia 18 czerwca 2012 roku;

4. oddalił powództwo P. M. (2) i T. M. w pozostałej części

oraz powództwo P. M. (1) w całości;

5. zasądził solidarnie od pozwanych (...) Publicznego Zakładu (...)

(...) Szpitala (...) w Ł. oraz (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz P. M. (2) i T. M. kwotę 7 217 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania;

6. nakazał pobrać solidarnie od pozwanych (...) Publicznego Zakładu

(...) Szpitala (...) w Ł. oraz (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 3 630,48 zł tytułem części nieuiszczonych kosztów sądowych;

7. nie obciążył powoda P. M. (1) kosztami postępowania należnymi

stronie pozwanej.

Uzasadniając opisane rozstrzygnięcie, Sąd Okręgowy wskazał, że:

- w pozwie z dnia 30 marca 2012 r. skierowanym przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) w Ł. reprezentowani przez swoich rodziców małoletni powodowie M. M. (1) i P. M. (1) wnieśli o zasądzenie od pozwanego na rzecz:

a) M. M. (1) kwoty 180 000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę z

ustawowymi odsetkami od dnia 30 marca 2012 r. do dnia zapłaty oraz po 500 zł miesięcznie tytułem renty na zwiększone potrzeby, poczynając od 10. dnia każdego miesiąca za okres od dnia 1 marca 2012 r.;

b) P. M. (1) kwoty 100 000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę z

ustawowymi odsetkami od dnia 30 marca 2012r. do dnia zapłaty oraz po 500 zł miesięcznie tytułem renty na zwiększone potrzeby, poczynając od 10. dnia każdego miesiąca za okres od dnia 1 marca 2012 r.;

ponadto o ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za dalsze następstwa błędów pozwanego w sztuce lekarskiej popełnionych na szkodę powodów.

Uzasadniając zgłoszone żądanie powodowie wskazali, że w pozwanej placówce M. M. (1) nieprawidłowo podano lek, co w sposób znaczny pogorszyło stan jego zdrowia, P. M. (1) narażono na infekcję skutkującą martwicą części jego nosa, następnie zaś koniecznością usunięcia obumarłej tkanki.

- w piśmie z dnia 13 kwietnia 2012 r. pełnomocnik powodów rozszerzył żądanie pozwu względem M. M. (1) do kwoty 1 000 000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia rozszerzenia żądania pozwu, do 5 000 zł renty na zwiększone potrzeby, poczynając od 10. dnia każdego miesiąca za okres od dnia 1 marca 2012 r.

W odpowiedzi na pozew z dnia 31 maja 2012 r. pełnomocnik pozwanego uznał żądanie zasądzenia na rzecz M. M. (1) kwoty 180 000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 27 kwietnia 2012 r. i wniósł jednocześnie o oddalenie powództwa w pozostałej części. Uzasadniając zajęte przez siebie stanowisko pełnomocnik pozwanego przyznał fakt nieprawidłowego podania leku M. M. (1), co spowodowało u niego paraliż, podniósł jednak, iż wywołane tym zwiększone potrzeby powoda w całości zaspokajane są przez pozwanego szpital, w którym powód w dalszym ciągu przebywa, co się zaś tyczy P. M. (1), to także przyznał wystąpienie u niego martwicy części nosa, jako przyczyny jej wystąpienia wskazał natomiast wywołany białaczką szpikową oraz zaburzeniami krążenia obwodowego jak również krzepnięcia krwi ogólnie zły stan zdrowia dziecka; stosowaną wobec powoda terapię, zaprzeczył natomiast, aby przyczyną tego miała być jakakolwiek infekcja.

Pismem z dnia 29 czerwca 2012 r. pełnomocnik powodów ograniczył żądanie pozwu względem M. M. (1) w zakresie renty w ten sposób, że wniósł o jej zasądzenie za okres do dnia jego śmierci, wniósł nadto o wezwanie do udziału w sprawie w charakterze ubezpieczyciela pozwanego – (...) Spółkę Akcyjną w W..

Sąd Okręgowy ustalił, że: powodowie trafili do pozwanej placówki w dniu 23 lutego 2012 r., w 6. tygodniu życia. Z uwagi na wrodzoną białaczką szpikową, której leczenie zaburza odporność pacjenta, niską masą urodzeniową ciała jak i wynikającą z wcześniactwa niedojrzałość narządów oraz zaburzenia oddychania, ich stan ogólny był bardzo ciężki.

M. M. (1) miał powiększone narządy wewnętrzne, był wprawdzie w stanie oddychać samodzielnie, wymagało to jednak z jego strony bardzo dużego wysiłku. Z uwagi na powyższe, zastosowano wobec niego tlenoterapię bierną. W trakcie pobytu w pozwanej placówce w dniu 20 marca 2012 r. jeden z aplikowanych M. leków – winkrystynę zamiast dożylnie, omyłkowo podano do kanału rdzeniowego. Mimo wdrożenia niezwłocznie po odkryciu pomyłki starań mających na celu wypłukanie leku z płynu mózgowo – rdzeniowego, nie uzyskano poprawy stanu neurologicznego powoda, u którego wystąpiła utrata przytomności i niedowład wiotki czterokończynowy. Ponadto narosła u chłopca niewydolność oddechowa w stosunku do tej, z jaką przyjęto go do szpitala, karmienie zaś – wcześniej jelitowe - odbywało się pozajelitowo. O ile wcześniej powód nie wymagał wspomaganie hemodynamicznego oraz farmakologicznego wymuszania diurezy, jak również wystarczająca była wentylacja nieinwazyjna, to po podaniu winkrystyny z uwagi na narastającą niewydolność oddechową i pogorszenie stanu hemodynamicznego, konieczne stało się wspomaganie farmakologiczne układu krążenia, inwazyjna wentylacja mechaniczna, a także konieczne stało się wymuszanie diurezy. Nieprawidłowe podanie leku spowodowało postępujący proces uszkadzająco – degeneracyjny w mózgu powoda, skutkujący śpiączką i rozwijającym się wodogłowiem. Ostatecznie M. M. (1) zmarł w dniu 18 czerwca 2012 r. wśród objawów niewydolności wielonarządowej. Spadek po nim nabyli po 1/2 części jego rodzice.

Z uwagi na trudności w oddychaniu, które dotknęły także P. M. (1), zastosowano wobec niego wentylację mechaniczną, polegającą na założeniu mu do nosa cewnika. Postępowanie powyższe, wdrożone w okresie od 23 lutego do 12 kwietnia 2012 r., jako wymuszone spadkami saturacji, uzasadniającymi stałą bierną podaż tlenu przez rurkę donosową, służyło ratowaniu życia pacjenta. Rurka intubacyjna wywołała jednak nadmierny ucisk na prawe skrzydełko, słupek i wierzchołek nosa. Doprowadziło to do stwierdzonej w nocy z dnia 12 na 13 marca 2012 r. intensywnej martwicy tkanek nosa wokół rurki intubacyjnej. Martwicę poddano leczeniu zachowawczemu.

W stosunku do powoda prowadzono rutynowe obserwacje pielęgnarskie, obejmujące również okolice ciała w bezpośredniej bliskości rurki intubacyjnej, codziennie, bowiem odnotowywano głębokość, na jaką rurka była włożona. Głębokość tę każdorazowo odczytuje się z samej rurki na wysokości brzegu skrzydełka nosa. Tym samym też nie sposób było dokonywać odczytów tej głębokości bez jednoczesnego obejrzenia powłok nosa. Oględziny takie każdorazowo mają miejsce przy wymianie plastra mocującego rurkę, co w przypadku niemowląt w stanie krytycznym odbywa się 1 – 2 razy na dobę. U powoda zastosowano rurkę intubacyjną o rozmiarach właściwych dla wieku masy powoda.

Po rozintubowaniu powoda zastosowano w miejscu stwierdzonej martwicy

preparaty, które zapobiegły dalej idącym powikłaniom w postaci np. sepsy. Dzięki kontynuowanemu leczeniu onkologicznemu uzyskano remisję szpikową.

W trakcie pobytu powoda w pozwanej placówce wystąpiło u niego zakażenie gronkowcem złocistym i paciorkowcem kałowym, infekcja ta jednak ustąpiła jeszcze w trakcie trwającej hospitalizacji powoda, rokowania zaś w związku z tym uznać należy za pomyślne. Nie miała ona ponadto wpływu na wystąpienie martwicy.

Z opinii biegłych lekarzy laryngologa i chirurga plastyka wynika, że w chwili obecnej u powoda występuje ubytek chrząstki nosa po prawej stronie i płatka z częścią środkową, jak również zbliżowacenie skutkujące 8-10 % długotrwałym uszczerbkiem na zdrowiu. Powód nie wymaga korekty laryngologicznej w trybie pilnym, bowiem jego nozdrza są drożne, umożliwiają zatem niezakłócone oddychanie. Wskazanie do zabiegu korekcyjnego wystąpi natomiast po zakończeniu leczenia białaczki i osiągnięciu wieku 4 – 5 lat. Bez wykonania zabiegu operacyjnego występujące u powoda uszkodzenie będzie miało charakter stały. Leczenie takie z konieczności musiałoby mieć charakter wieloetapowy, a zatem długotrwały. W pierwszym etapie polegać mogłoby ono na poszerzeniu zwężonych nozdrzy przednich w celu przywrócenia możliwości swobodnego oddychania przez nos, nieodzownego dla zapewnienia prawidłowego rozwoju fizycznego i intelektualnego. Możliwość przeprowadzenia pełnego plastycznego zabiegu rekonstrukcyjnego dystalnej części nosa powstanie dopiero po zakończeniu fazy szybkiej wzrostu nosa, o to jest po zakończeniu przez powoda 12. roku życia. Dla potrzeb rekonstrukcji nieodzowne będzie użycie płatów skórnych z sąsiedztwa, najprawdopodobniej z fałdu policzkowo wargowego i ewentualnie przeszczepu chrząstki lub kości celem odtworzenia rusztowania podpierającego koniec nosa. Liczyć należy się jednak z tym, że zabiegi rekonstrukcyjne nie przywrócą w pełni prawidłowej budowy i wyglądu nosa. Utrzymujący się w chwili obecnej defekt w sposób istotny ogranicza możliwości oddechowe górnych dróg oddechowych, w tym również oczyszczanie, nawilżanie i ogrzewanie powietrza oddechowego. Rezultatem powyższych zakłóceń może z kolei być zwiększona podatność na infekcje nosa i zatok jak również dolnych dróg oddechowych. Spowodowany tym długotrwały uszczerbek na zdrowiu określono na 15%.

Z dniem 1 lutego 2016 r. nastąpiło połączenie pozwanego szpitala z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) w Ł. poprzez przejęcie całego mienia pozwanego szpitala przez drugi ze wskazanych wyżej podmiotów.

Strona powodowa delikt pozwanego szpitala dostrzega w zastosowanym sposobie mocowania rurki, potwierdzenia zaś trafności swojego wniosku doszukuje się w dokonanej później zmianie sposobu mocowania tychże rurek. Powołując się na opinię biegłego lekarza anestezjologa Sąd Okręgowy przyjął, że wprowadzenie zmiany w sposobie mocowania rurki intubacyjnej jako reakcja na szczególną sytuację, jaka dotknęła P. M. (1) nie oznacza potwierdzenia ani w szczególności przyznania, że wcześniej stosowany sposób zakładania rurek, jako generujący większe zagrożenie dla pacjenta, miały być niewłaściwe. W szczególności dokonana zmiana nie musi oznaczać wyeliminowania zagrożenia martwicą, bowiem niezależnie od tego, czy rurka jest na nosie, czy też pod nosem, w dalszym ciągu może ona stykać się ze skórą pacjenta w taki sposób, że potencjalnie narażać będzie ją na podrażnienia tkanek, a w dalszej konsekwencji – również na ich martwicę. O wyższym poziomie bezpieczeństwa stosowanego obecnie sposobu zakładania rurek nie świadczy w szczególności fakt, iż od czasu jego zastosowania nie wystąpiły sytuacje takie, jak dotycząca P. M. (1), jak wynika bowiem z przeprowadzonych w sprawie dowodów, sytuacje takie – aż do czasu tej dotyczącej P. – nie miały miejsce również wcześniej przez obserwowany przez świadka W. S. okres 23 lat zakładania rurek w taki sposób, jak miało to miejsce u P. M. (1). Fakt, iż stosowane nieprzerwanie przez 23 lata u wszystkich innych pacjentów z dobrym skutkiem mocowanie rurki w jednym konkretnym przypadku doprowadził do powikłań takich jak u powoda, sam w sobie nie uzasadnia wniosku, iż przyjęty dotychczas sposób jej mocowania miałby być nieprawidłowy, skłania raczej do wniosku przeciwnego, iż sprawdził się on w zdecydowanej większości mających miejsce na przestrzeni tych 23 lat sytuacji. Jego zastosowania zatem nie sposób zrównywać z rodzącym odpowiedzialność odszkodowawczą deliktem pozwanego szpitala. Tym samym też brak jest podstaw do przyjęcia, że stosowany wcześniej rutynowo od lat sposób zakładania rurki intubacyjnej był wadliwy, w szczególności zaś – że miał być gorszy od przyjętego po wypadku z P. M. (1). Konkluzje takie formułować będzie można dopiero porównując wyniki stosowania jednego i drugiego sposobu zakładania rurki na przestrzeni porównywalnych ze sobą okresów czasu, wtedy bowiem dopiero wysnuć będzie można miarodajne wnioski na temat jednego bądź drugiego sposobu założenia rurki. Na obecnym zaś etapie tezę o wyższości późniejszego sposobu zakładania rurki ocenić należy jako zdecydowanie przedwczesną, zwłaszcza w kontekście uwag

biegłego anestezjologa, wedle których za najwłaściwsze i najpewniejsze dla potrzeb zapewnienia należytej wentylacji uważać należy zakładanie rurki na powłokach nosa, w taki zatem sposób, jak zastosowany względem. Oparcia zatem dla wniosku odnośnie rzekomo źle założonej rurki nie dostarcza tylko fakt wystąpienia martwicy, o ile bowiem jej wystąpienie z całą pewnością w tym akurat miejscu spowodowane było obecnością rurki intubacyjnej, o tyle o nie sposób przyjmować założenia, że już sam sposób jej założenia był nieprawidłowy. Pamiętać należy, iż czynnikiem sprzyjającym wystąpieniu u powoda martwicy była spowodowana chemioterapią i sterydoterapią obniżona odporność pacjenta. Tym samym też także inne umiejscowienie rurki intubacyjnej przy występującym dodatkowo czynnikiem w postaci obniżonej odporności jako sprzyjającej martwicy, skutkowało wystąpieniem tejże martwicy tyle, że w innym miejscu. W kontekście powyższych ustaleń, zeznania świadka S. w części, w jakiej świadek ten wyjaśnia przyczynę wystąpienia martwicy nieuwagą pielęgniarki doglądającej powoda, traktować należy jedynie w kategoriach postawienia hipotezy nie mającej jednak waloru pewnika.

W zaistniałych okolicznościach fakt wystąpienia martwicy traktować należy zatem jako następstwo zastosowania wentylacji przez rurkę intubacyjną oraz wystąpienia szczególnie sprzyjających takiemu powikłaniu całego szeregu współwystępujących dodatkowych czynników składających się na ogólnie obniżoną odporność powoda. Postępowanie takie polegające na dokonaniu intubacji w taki sposób, jak miało to miejsce w przypadku powoda, samo w sobie nie było żadną miarą nieprawidłowe, a wręcz przeciwnie – służyć miało ratowaniu życia pacjenta, w warunkach jednak niezawinionej przez szpital obniżonej odporności powoda spowodowało podrażnienie tkanek prowadzące następnie do ich martwicy. Tym samym też za przyczynę martwicy uznać należy już sam tylko fakt koniecznego w zaistniałych okolicznościach założenia rurki, nie zaś sposób jej założenia polegający na zbyt wysokim bądź niskim usytuowaniu jej wlotu. Niezależnie bowiem od wysokości, na jakiej rurka byłaby umieszczona, już sama jej obecność w warunkach obniżonej odporności pacjenta spowodować mogła prowadzące do martwicy podrażnienie tkanek, z tą jedynie różnicą, iż na powstanie tego typu zmian narażony byłby inny fragment tkanki pacjenta. Potwierdzeniem trafności powyższego rozumowania są wnioski opinii biegłego anestezjologa, z których jednoznacznie wynika, iż sama próba manipulowania wysokością mocowania rurki prowadzi jedynie do zmiany miejsca najbardziej narażonego na wystąpienie martwicy, nie eliminując bynajmniej takiego zagrożenia.

Trafność powyższych wniosków znajduje potwierdzenie nie tylko w opiniach biegłych anestezjologa oraz chirurga plastycznego, ale również opinii laryngologa, który składając opinię ustną przyznał okoliczności zasadniczo zgodne z wnioskami zawartymi w opiniach dwóch wspomnianych wyżej innych biegłych, a mianowicie, że odleżyna jest powikłaniem każdej intubacji, a do jej powstania dojść może nawet pomimo zachowania przez personel placówki służby zdrowia należytej staranności. Należy jednocześnie zwrócić uwagę na fakt, iż biegły ten uchylił się jednocześnie od udzielenia odpowiedzi na pytanie, na które jednoznacznie odpowiedział z kolei biegły anestezjolog, a mianowicie, czy w sytuacji, w jakiej w marcu 2012 r. znajdował się powód, próba jego przeintubowania nie była bardziej ryzykowna dla jego życia i zdrowia, aniżeli pozostawienie pacjenta w dotychczasowym stanie do chwili, gdy możliwe stało się wreszcie jego definitywne rozintubowanie. Biegły ten co prawda twierdził, iż decyzję powinni podejmować wspólnie anestezjolog z laryngologiem, sam jednak jednocześnie prezentując drugą ze wskazanych wyżej specjalności nie odpowiedział, czy będąc członkiem takiego konsylium opowiedziałby się zdecydowanie za rozintubowaniem pacjenta, zwłaszcza w sytuacji, kiedy możliwe do przewidzenia komplikacje w przypadku podjęcia takiego działania wiązać mogły się nawet ze zgonem pacjenta. Ostatecznie jednak biegły jako zobligowanego do podjęcia tak trudnej decyzji wskazał anestezjologa. Dokonując oceny przydatności obu opinii biegłych Sąd I instancji zwrócił uwagę na wewnętrzną sprzeczność, jaką dotknięta jest opinia ustna biegłego laryngologa, który w ramach tej samej opinii stwierdził, iż możliwe jest założenie rurki intubacyjnej w taki sposób, aby nie powodowała ona odleżyn pomimo tego, że wcześniej sam jednocześnie przyznał, iż odleżyna jest powikłaniem mogącym pojawić się po każdej intubacji, a co więcej, efekt w postaci podrażnienia dawać może nawet już samo tylko przyklejenie plastra mocującego rurkę intubacyjną. Zwrócić należy uwagę na fakt, iż z tego ostatniego stwierdzenia biegły także się później wycofał wskazując, iż właściwym do wyjaśnienia tej kwestii byłby biegły dermatolog. Mając na uwadze wskazany wyżej mankament, jakim dotknięta jest opinia laryngologa, za miarodajną dla potrzeb dokonania ustaleń faktycznych uznać należało zgodną z wnioskami chirurga plastycznego, a jednocześnie wolną od jakichkolwiek wewnętrznych sprzeczności opinię biegłego do spraw anestezjologii, który – w przeciwieństwie do laryngologa – nie próbował formułować

wniosków wykraczających poza reprezentowaną przez siebie dziedzinę medycyny. Okoliczności powyższe skutkowały oddaleniem jako prowadzącego jedynie do dalszego przedłużenia postępowania wniosku strony powodowej o powołanie innego biegłego anestesjologa.

Dokonując oceny możliwości odpowiednio wczesnego dostrzeżenia przez personel pozwanej placówki rozwijającej się u powoda martwicy Sąd Okręgowy wskazał, że w tym zakresie należy mieć na względzie fakt, iż wczesne zmiany martwicze są trudno dostrzegalne nie tylko podczas oględzin makroskopowych, ale również nawet przy użyciu mikroskopu świetlnego, łatwa do dostrzeżenia jest bowiem dopiero martwica już dokonana. (...) zaatakowanej nią tkanki różni się od otaczających ją tkanek barwą, konsystencją i objętością, obie zaś części tkanek oddziela brzeżny pas przekrwienno – wybroczynowy oraz odczynowo – resorbacyjny. Tym samym zatem na wczesnym etapie, rozpoznanie anatomiczne martwicy jest trudne bądź wręcz niemożliwe. Tkanki pokrywające wystające części kości, które przez dłuższy czas poddane są uciskowi zewnętrznemu przez różnorakie przedmioty atakuje martwica spowodowana ich niedokrwieniem i owrzodzeniem przybierająca postać odleżyn. Pierwszą fazą takiej martwicy jest zaczerwienienie skóry, które jednak błędnie lub znika pod wpływem ucisku. W tej też fazie skóra i położone głębiej tkanki pozostają jeszcze miękkie. Po niej następuje faza druga cechująca się zaczerwienieniem, obrzękiem i stwardnieniem, czasami też z tworzeniem się pęcherzy w obrębie naskórka i jego złuszczeniem się. W kolejnej fazie następują zmiany martwicze skóry z odsłonięciem tkanki tłuszczowej i sączeniem się z rany. Czas, w jakim powstać mogą te ostatnie zmiany w powłokach nosa, różni się zależnie od ich przyczyn i stanu ogólnego dziecka. W przypadku dziecka zdrowego, powstały przy wentylacji ucisk na powłoki nosa nie będzie w stanie rozwinąć martwicy w czasie krótszym niż kilka godzin. Inaczej natomiast ma to miejsce w przypadku dziecka znajdującego się w stanie zdrowia takim, jak powód, wtedy bowiem do rozwinięcia się zmian martwiczych wystarczy odstęp czasu rzędu kilku zaledwie godzin bądź też nawet krócej. W sytuacji, w której martwicę zapoczątkowały towarzyszące zaburzeniom krzepnięcia krwi wybroczyny, ich zmiana w otwarte owrzodzenia przechodzące dalej w zmiany bliznowate dokonać mogła się nawet w ciągu kilkudziesięciu minut. Przyspieszeniu tego procesu sprzyjał fakt, iż dotknął on anatomicznie końcowych naczyń na powłokach nosa. Potwierdzeniem trafności powyższego założenia, iż początkiem zmian martwiczych były właśnie wybroczyny, jest fakt, iż przed 12 marca 2013 r. nie stwierdzano u powoda obecności jakichkolwiek zmian typowych dla odleżyn z ucisku wywołanego działaniem rurki intubacyjnej, odnotowano natomiast obecność wybroczyn.

W zaistniałej sytuacji nie sposób personelowi pozwanej placówki czynić zarzutu, iż ten nie zareagował w porę na rozwijające się zmiany martwicze, oczekiwanie bowiem takiej reakcji oznaczałoby nałożenie na pozwanego obowiązku niemożliwego do spełnienia. Zarzutów takich nie sposób formułować pod adresem personelu pozwanego szpitala także w odniesieniu do braku dostatecznych działań mających na celu powstrzymanie rozwoju martwicy, jak wynika bowiem ze zgodnych w tym zakresie opinii biegłych C. i S., rozpoczętej już martwicy zatrzymać się po prostu nie da. W przypadku jej wystąpienia poza usunięciem samej przyczyny jej wystąpienia, możliwe jest jedynie leczenie objawowe, takie zatem, jakie podjął personel pozwanej placówki, polegające na zachowaniu troski o czystość rany, jej ukrwienia, jak również stosowaniu preparatów ograniczających niekorzystny sposób bliznowacenia i przyspieszających gojenie. Nie sposób także zarzucić pozwanemu braku stosownej reakcji na ujawnioną martwicę tylko na podstawie niestosownego żartu, jaki przedstawiciele ustawowi powoda mieli usłyszeć z ust pracownika szpitala, iż w razie niepowodzenia wdrożonej terapii P. wyglądać będzie jak M. J.. Komentarz ten, który później dopiero z perspektywy czasu nabral znamion makabrycznego dowcipu, traktować należy – w kontekście całokształtu działań podejmowanych w procesie leczenia powoda - jedynie jako wysoce niezręczną i niestosowną w danych okolicznościach próbę uspokojenia obaw rodziców aniżeli przejaw lekceważenia obowiązków opieki nad dzieckiem.

Stanowisko strony powodowej odnośnie braku adekwatnej reakcji na dokonujące się zmiany stanu zdrowia P. M. (1) uznać należało za o tyle mało przydatne dla przyjęcia odpowiedzialności odszkodowawczej strony pozwanej, iż dla personelu pozwanej placówki, jako najmniej ryzykowne dla powoda w sposób zasadny jawiło się rozwiązanie polegające na oczekiwaniu, aż możliwe stanie się wreszcie jego całkowite rozintubowanie. Sięgnięcie po inne środki, w postaci próby wcześniejszego preintubowania było na tyle ryzykowne, że nie odważył się go rekomendować nawet krytyczny w swojej opinii wobec poczynań szpitala biegły laryngolog, także on bowiem nie odważył się stwierdzić, iż w sytuacji, w jakiej znalazł się powód, lepszym rozwiązaniem miałyby być chwilowe chociażby zaprzestanie intubacji.

Tym samym też nie sposób personelowi czynić zarzutów, iż w dążeniu do minimalizowania zagrożenia dla powoda nie zdecydował się na wdrożenie rozwiązań, które w okolicznościach niniejszej sprawy uznane musiałyby zostać jako brawurowe wręcz narażenie na szwank życia powierzonego im pacjenta.

W kontekście powyższych wniosków opinii biegłego anestezjologa dotyczących najbardziej prawdopodobnego tempa rozwoju zmian martwiczych jako mało wiarygodne ocenić należało zeznania przedstawicieli ustawowych powoda, wedle których mieli oni zdążyć zaobserwować zaczerwienienie, przy czym miejsce zaczerwienione miejsce miało raz być zaklejone plastrem, innym zaś razem nie. Okoliczności powyższe wskazywać mogłyby na proces rozwoju zmian martwiczych rozciągnięty nie tyle okres godzin, co raczej dni. Możliwość taka jednak pozostaje w sprzeczności z wyczerpującą w tym zakresie opinią biegłego anestezjologa, z której treści wynika jednoznacznie, iż jeśli zmiany takie zaczynają się już rozwijać, to z uwagi na wchodzące w rachubę najbardziej prawdopodobne przyczyny ich rozwoju osiągnięcie przez nie dojrzałej, zaawansowanej postaci martwicy wymaga znaczenie krótszego czasu, mierzonego zaledwie minutami.

Dokonując oceny wiarygodności zeznań przedstawicieli ustawowych powoda odnośnie wcześniejszego stwierdzenia obecności zaczerwienień na skórze powoda Sąd Okręgowy stwierdził, że możliwość taka wydaje się mało prawdopodobna nawet w świetle ustnej uzupełniającej opinii biegłego laryngologa. Biegły ten ostatecznie przyznał to, co wynika z opinii anestezjologa, że do wystąpienia martwicy wystarczył nacisk rurki intubacyjnej na nos powoda trwający zaledwie kilka godzin. Swoje przekonanie, iż dokładając należytej staranności personel pozwanej placówki mógł zapobiec wystąpieniu martwicy biegły laryngolog oparł na tym wyłącznie, iż w klinice, którą kiedyś kierował, sytuacja taka, jak dotycząca powoda, nigdy nie zaistniała. Ostatecznie jednak biegły wycofał się nawet z tego stwierdzenia.

Jako nieprzydatne dla potrzeb rozstrzygnięcia sprawy Sąd Okręgowy uznał spostrzeżenia przedstawicielki ustawowej powoda, wedle której zastosowany przez pozwaną placówkę plaster oraz rurka miały być nieodpowiednie, co skłonić miało jakoby pozwaną placówkę do zmiany stosowanego dotychczas do intubacji sprzętu. Spostrzeżenia te, jako niepoparte żadnymi dowodami wkraczają w zastrzeżoną biegłym dziedzinę wymagającą każdorazowo wiadomości specjalnych, których przedstawicielka ustawowa powoda siłą rzeczy nie posiada. Dokonując oceny przydatności powyższych zeznań odnośnie właściwości zastosowanego plastra, stwierdzić należało, iż nawet wydający korzystną co do zasady dla strony powodowej opinię biegły prof. M. C. uznał, iż opisywane przez przedstawicielkę ustawową właściwości plastra polegające na tym, że był on mocno klejący, nie miały żadnego znaczenia dla możliwości wystąpienia martwicy. Co się tyczy podnoszonej w zeznaniach przedstawicielki ustawowej wersji odnośnie podjęcia przez pozwaną placówkę decyzji o zaprzestaniu ich dalszego stosowania, to nie znajduje ona oparcia w zeznaniach świadka S., która rozważając jako przyczynę powikłań, które dotknęły powoda, sposób mocowania rurki, sama jednocześnie nie potwierdziła, aby w późniejszym okresie czasu rurki te zastąpione miały zostać jakimikolwiek innymi.

Te same uwagi Sąd Okręgowy odniósł do kwestii materiałów, z jakich wykonano użytą wobec P. M. (1) rurkę. Jak wynika bowiem z zeznań świadka W. S. (2), na które powołuje się strona powodowa, zastosowana wobec niego rurka miała charakter standardowo używany względem wszystkich pacjentów, co więcej – dokładnie te same rurki stosowane są do chwili obecnej.

Przedstawione wyżej wnioski w pełni korespondują nie tylko z opinią biegłego anestezjologa, ale także z opinią biegłego chirurga plastycznego, wedle którego, martwica nosa, jaka wywiązała się u powoda, stanowi statystycznie bardzo rzadkie, niemniej jednak możliwe do wystąpienia, znane bowiem literaturze medycznej, następstwo podawania tlenu przy pomocy rurki intubacyjnej. Prawdopodobieństwo wystąpienia takich zmian staje się natomiast relatywnie wysokie w odniesieniu do noworodków będących pacjentami oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii z uwagi na ich ogólnie zły stan zdrowia. Jego wystąpienie samo w sobie nie świadczy zatem ani też nie potwierdza żadnych zaniedbań w opiece nad powodem, które miałyby rodzić odpowiedzialność odszkodowawczą szpitala.

Z przedstawionych względów, żądanie pozwu P. M. (1), w ocenie Sądu Okręgowego, podlegało oddaleniu w całości.

Odnośnie powództwa popieranego przez P. M. (2) i T. M. jako następców prawnych zmarłego M. M. (1), zasada odpowiedzialności pozwanego za wyrządzoną szkodę nie była kwestionowana, czego wyrazem była dobrowolna wypłata z tego tytułu zadośćuczynienia w wysokości 180 000 zł. Za okoliczność wpływającą na odpowiedzialność pozwanego za spowodowaną błędnym podaniem leku utratę zdrowia przez małoletniego powoda, następnie zaś jego zgon, w sprawie niniejszej nie może uznany zostać podnoszony przez obu biegłych fakt, iż czynnikiem, który w sposób decydujący odbił się na śmiertelnym wyniku hospitalizacji, były zaburzenia powodowane białaczką powoda. Jak wynika z opinii biegłego, błędne podanie leku winkrystyna samo w sobie z dużym stopniem prawdopodobieństwa wywołać mogło zgon M. M. (1) i to niezależnie od powikłań wywołanych białaczką. W zaistniałej sytuacji powstały więc przesłanki obciążenia pozwanego szpitala odpowiedzialnością przewidzianą przepisem art. 430 kc, 430 § 1 kc w związku z art. 415 kc, jego ubezpieczyciela zaś – na podstawie art. 822 § 1 i § 4 kc.

Mając na uwadze wyjątkowo drastyczny charakter krzywdy powoda M. M. (1) spowodowanej podaniem leku w sposób skutkujący powstaniem nieodwracalnych uszkodzeń w obrębie mózgu i układu nerwowego, Sąd Okręgowy uznał za odpowiednie zadośćuczynienie w kwocie 1 000 000 zł. Sąd ten podkreślił, że na krótko przed błędnym podaniem leku, istniejąca wcześniej już niewydolność wielonarządowa małoletniego M. wykazywała cechy stabilizacji, nie stwierdzano tendencji do jej narastania, zaś proces ten zaczął na nowo pogłębiać się po podaniu winkrystyny, co nie może zostać uznane za przypadek. Mając na uwadze fakt wypłaty w toku procesu kwoty 180 000 zł na rzecz następców prawnych M. M. (1), zasądzeniu podlegała kwota 820 000 zł. Jako pozbawione usprawiedliwionych podstaw, oddaleniu podlegało żądanie pozwu w zakresie renty dochodzonej dla M. M. (1) za okres do chwili jego śmierci, w sytuacji, gdy z uwagi na trwającą do chwili śmierci powoda hospitalizację wywołane podaniem winkrystyny zwiększone potrzeby powoda zaspokajana były przez personel pozwanej placówki służby zdrowia. Żądanie zasądzenia zaś dalszej renty na zwiększone potrzeby powoda podlegało umorzeniu na podstawie art. 355 kpc.

O odsetkach ustawowych oraz za opóźnienie Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 481 § 1 kc w stosunku do pozwanego szpitala za okres od dnia 28 czerwca 2012 r., czyli od dnia, w którym pozwany szpital bezspornie wiedział o dokonaniu do kwoty 1 000 000 zł rozszerzeniu żądania pozwu, w stosunku do ubezpieczyciela przyjął, że opóźnienie – stosownie do art. art. 817 § 1 kc – miało miejsce po upływie 30 dni od dnia, w którym ubezpieczyciel w pochodzącej z dnia 30 lipca 2012 r. odpowiedzi na pozew potwierdził fakt uzyskania informacji, iż roszczenie strony powodowej w zakresie zadośćuczynienia dla M. M. (1) opiewa na 1 000 000 zł.

Sąd Okręgowy uznał za zasadne zasądzenie odsetek za opóźnienie od dochodzonej pierwotnie kwoty 180 000 zł od pozwanego szpitala, zawierające bowiem wezwanie do zapłaty powyższej kwoty pismo doręczone zostało pozwanemu szpitalowi w dniu 14 kwietnia 2012 r., to zaś oznacza, iż pomiędzy tą datą a dniem 26 kwietnia 2012 r., kiedy to strona pozwana zapłaciła 180 000 zł, po stronie pozwanego szpitala istniał stan opóźnienia.

Na podstawie art. 100 kpc obciążono pozwanych całością kosztów należnych stronie powodowej. Mając na uwadze szczególną sytuację powoda P. M. (1) na podstawie art. 102 kpc nie obciążono go kosztami należnymi stronie pozwanej.

Apelacje od opisanego rozstrzygnięcia wywiodły wszystkie strony.

Powód P. M. (1) zaskarżając wyrok w części oddalającej powództwo (pkt 4) zarzucił naruszenie prawa procesowego w postaci:

1. art. 233 § 1 kpc i art. 227 kpc, a także art. 316 § 1 kpc przez zaniechanie

wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału dowodowego i niewłaściwą jego ocenę polegającą na:

- błędnej ocenie wniosków opinii biegłego anestezjologa M. S., mimo iż opinia biegłego nie opiera się na całokształcie materiału dowodowego, jej wnioski mają charakter jedynie teoretyczny i są sprzeczne z opinią biegłego laryngologa prof. M. C.;

- pominięciu wniosków wynikających z opinii biegłego laryngologa prof. M. C. w zakresie, w jakim odnoszą się do prawdopodobnej przyczyny powstania martwicy nosa oraz uchybień w zakresie prowadzenia obserwacji pielęgnarskich i postępowania po stwierdzeniu zmian w okolicy rurki intubacyjnej, pomimo iż opinia ta jest rzetelna, spójna, zaś w jej wnioski logiczne i prawidłowo uzasadnione;

- wadliwej ocenie zeznań świadka W. S. (2) oraz zeznań przedstawicieli ustawowych małoletniego powoda w zakresie, w jakim zeznania te odnoszą się do przyczyny powstania zmiany na nosie oraz postępowania personelu medycznego;

2. art. 278 § 1 kpc i art. 286 kpc w zw. z art. 162 kpc i 227 kpc przez oddalenie

wniosku dowodowego strony powodowej o dopuszczenie dowodu z opinii innego niż biegły M. S. biegłego specjalisty z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej celem ostatecznego wyjaśnienia wszystkich istotnych okoliczności sprawy, w sytuacji sprzeczności wniosków poszczególnych opinii biegłych

Powołując się na powyższe zarzuty skarżący wniósł o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego (innego niż lekarz M. S.) z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej celem ustalenia najbardziej prawdopodobnej przyczyny powstania martwicy nosa u powoda (w tym czy spośród możliwych czynników istnieją podstawy do wykluczenia że martwica skrzydełka nosa mogła być warunkowana błędem ludzkim), a ponadto w celu dokonania oceny postępowania pielęgnacyjnego, w tym czy podjęto prawidłową profilaktykę w celu zapobieżenia lub zminimalizowania powstania tego typu powikłania, czy postępowanie po stwierdzonej w obserwacjach zmiany skórnej było prawidłowe, czy istniała możliwość podjęcia działań minimalizujących skutki odleżyny (mniejsze niż obecnie uszkodzenie powłok nosa).

Po ewentualnym uzupełnieniu postępowania dowodowego skarżący wniósł merytorycznie o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie powództwa małoletniego powoda P. M. (1) w całości tj. zasądzenie in solidum od pozwanych SP ZOZ (...) Szpitala (...) w (...) S.A. w W. na rzecz małoletniego powoda kwoty 100 000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 30 marca 2012 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku, zaś od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty z odsetkami ustawowymi za opóźnienie; kwoty po 500 zł tytułem renty na zwiększone potrzeby, płatnej od miesiąca kwietnia 2012 roku, wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku zwłoki w zapłacie którejkolwiek z rat oraz zasądzenie na rzecz powoda od pozwanych zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Jako wniosek ewentualny skarżący zgłosił uchylenie zaskarżonego wyroku w zakresie rozstrzygnięcia co do roszczeń powoda P. M. (1) i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania wraz z rozstrzygnięciem o kosztach postępowania odwoławczego.

Pozwany SP ZOZ (...) Szpital (...) w Ł. zaskarżył powyższy wyrok w części, to jest:

1) w zakresie pkt. 1 wyroku co do kwoty 500 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od zaskarżonej kwoty od dnia 28 czerwca 2012 r. do dnia 31 grudnia 2015 r., a za okres od 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, czyli w części zasądzonych powodom ad. 2 i ad. 3 zadośćuczynienia ponad kwotę 320 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od tej kwoty od dnia 28 czerwca 2012 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

2) w zakresie pkt. 2 wyroku tj. ustawowych odsetek od kwoty 180 000 zł za okres od dnia 14 kwietnia 2012 r. do dnia 25 kwietnia 2012 r.

3) w zakresie rozstrzygnięć o kosztach procesu zawartych w punktach 5, 6 i 7 wyroku.

Zaskarżonemu wyrokowi pozwany zarzucił:

1. naruszenie przepisów prawa procesowego mające wpływ na wynik sprawy, a konkretnie art. 233 § 1 kpc poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów polegające na przyjęciu z pominięciem wszechstronnego rozważenia

zebranego materiału dowodowego, a w szczególności opinii biegłych sądowych prof. A. B. (onkologa i hematologa dziecięcego) oraz dr M. S. (2) (anestezjologa), że:

- progresja niewydolności wielonarządowej po dniu 20.03.2012 r. i w konsekwencji śmierć M. M. (1) spowodowana była podaniem leku cytostatycznego V. do rdzenia kręgowego (dokanałowo) zamiast dożylnie, a nie procesem nowotworowym w przebiegu wrodzonej białaczki szpikowej,

- główną przyczyną zmian w ośrodkowym układzie nerwowym M. M. (1) było podanie leku V., a nie nacieczenia przez toczący się proces nowotworowy, który spowodował obecność 28% blastów w płynie mózgowo-rdzeniowym już w dniu 24.02.2012r.,

- wrodzona białaczka szpikowa rozpoznana u M. M. (1) już w piątym tygodniu życia, obciążona śmiertelnością sięgającą 50% pozostawała tylko w hipotetycznym, a nie realnym związku przyczynowym z jego zgonem,

2. naruszenie przepisów prawa materialnego, a konkretnie:

a) art. 445 § 1 kc w zw. z § 3 poprzez przyjęcie, że odpowiednim zadośćuczynieniem w rozumieniu tego przepisu będzie dla sukcesorów zmarłego M. M. (1) kwota 1 000 000 złotych, podczas gdy jest to kwota rażąco wygórowana, uwzględniając realia niniejszej sprawy,

b) art. 361 § 1 kc poprzez przyjęcie przez Sąd, wbrew opinii biegłych sądowych, że istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy niewłaściwym podaniem V., a uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego u M. M. (1) i wielonarządową niewydolnością zakończoną zgonem,

c) art. 6 kc poprzez jego błędną wykładnię i uznanie, że powodowie P. M. (2) i T. M. wykazali, że rozmiar krzywdy doznanej przez ich syna M. w wyniku błędnej podaży V. był tak bardzo dotkliwy, że kwota zadośćuczynienia w wysokości 1 000 000 zł jest w konkretnych okolicznościach odpowiednia,

d) art. 481 § 1 kc w zw. z art. 455 kc przez jego błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, że opóźnienie uzasadniające zapłatę ustawowych odsetek od zadośćuczynienia winno być liczone od daty doręczenia pozwanemu ad 1 wezwania do zapłaty.

W konsekwencji podniesionych wyżej zarzutów pozwany wniósł o:

1) zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w części zasądzającej na rzecz powodów zadośćuczynienie wykraczające ponad 320 000 zł wraz z odsetkami (pkt 1 wyroku), zmianę w zakresie pkt. 2 wyroku dotyczącą odsetek ustawowych oraz stosowną zmianę rozstrzygnięcia o kosztach procesu (pkt 5, 6 i 7 wyroku) oraz zasądzenie od powodów na rzecz pozwanego ad 1 kosztów procesu z uwzględnieniem kosztów zastępstwa sądowego za obydwie instancje według norm przepisanych, ewentualnie

2) uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji z pozostawieniem temu Sądowi rozstrzygnięcia o kosztach postępowania apelacyjnego.

Pozwany (...) SA zaskarżył powyższy wyrok w części, to jest w zakresie

punktu 1. co do kwoty 500 000 zł wraz z odsetkami ustawowymi od zaskarżonej kwoty od dnia 30 sierpnia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i z ustawowymi odsetkami za opóźnienie za okres od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty, czyli ponad kwotę 320 000 zł wraz z odsetkami ustawowymi od zaskarżonej kwoty od dnia 30 sierpnia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i z ustawowymi odsetkami za opóźnienie za okres od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

oraz w zakresie rozstrzygnięcia o kosztach procesu zawartych w punkcie 5, 6 i 7 wyroku.

Zaskarżonemu wyrokowi skarżący ubezpieczyciel zarzucił:

1. naruszenie przepisów prawa materialnego, to jest:

a) art. 444 § 1 kc oraz art. 445 § 1 kc poprzez uznanie, że odpowiednim będzie przyznanie na rzecz powodów (jako spadkobierców zmarłego M. M. (1)) zadośćuczynienia w kwocie 1 000 000 zł, podczas gdy zasądzona kwota jest w okolicznościach niniejszej sprawy rażąco wygórowana (uwzględniając orzecznictwo sądów powszechnych w analogicznych sprawach) i nie znajduje oparcia w zebranym w sprawie materiale dowodowym,

b) art. 361 § 1 kc poprzez niewłaściwe przyjęcie przez Sąd, że błędne podanie leku

V. spowodowało największe uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego i samo w sobie mogło wywołać zgon M. M. (1), niezależnie od powikłań wywołanych samoistną białaczką, a zatem, że istnieje adekwatny związek przyczynowy pomiędzy owym błędnym podaniem leku i uszkodzeniami (...) oraz w konsekwencji zgonem M. M. (1), podczas gdy biegli w wyraźny sposób wskazali, że nieprawidłowy sposób podania leku M. M. (1) mógł co najwyżej przyczynić się do zmniejszenia szans na uzyskanie trwałej remisji choroby nowotworowej (przy której śmiertelność noworodków wynosi ponad 50 %) i które jedynie pogłębiło istniejące w związku z chorobą samoistną zmiany w (...),

c) art. 824 ¹§ 1 kc poprzez uznanie, że powodowie wykazali, iż rozmiar cierpień M. M. (1), któremu w dniu 20 marca 2012 r. podano błędnie lek do nazwie V. do rdzenia kanału kręgowego, zamiast dożylnie, był na tyle duży, że uzasadniał przyznanie rzecz jego spadkobierców zadośćuczynienia w łącznej kwocie 1 000 000 zł, co - po uwzględnieniu wypłaty dokonanej przez pozwanego ubezpieczyciela w toku likwidacji szkody w wysokości 180 000 zł - spowodowało zasądzenie przez Sąd w wyroku dalszej kwoty zadośćuczynienia w wysokości 820 000 zł, podczas gdy z materiału dowodowego przedmiotowej sprawy wynika, iż wypłacenie na rzecz powodów zadośćuczynienia w przyznanej przez Sąd Okręgowy kwocie 1 000 000 zł spowoduje, że powodowie otrzymają świadczenie znacznie wyższe od poniesionej szkody;

2. naruszenie przepisów prawa procesowego, które miało wpływ na wynik

sprawy, to jest 233 § 1 kpc polegające na ocenie przez Sąd Okręgowy zebranego w sprawie materiału dowodowego bez jego wszechstronnego rozważenia w oparciu o zasady logiki i doświadczenia życiowego oraz dokonanie dowolnej oceny dowodów z opinii biegłych lekarzy, wydających opinie w sprawie, przejawiające się w przyjęciu przez Sąd, że głównym czynnikiem sprawczym powstania nieodwracalnych zmian w obrębie mózgu oraz układu nerwowego u M. M. (1), a także główną przyczyną śmierci było podanie mu leku V. do rdzenia kanału kręgowego zamiast dożylnie, bez uwzględnienia tej istotnej okoliczności wskazywanej przez biegłych, że w chwili rozpoznania białaczki wrodzonej u M. M. (1), to jest w 5. tygodniu życia, jego ogólny stan był bardzo ciężki, wymagał on bowiem wsparcia procesu oddychania przy użyciu respiratora, zaś zmiany patologiczne w ośrodkowym układzie nerwowym u M. M. (1) były wypadkową zajęcia ośrodkowego układu nerwowego przez naciekający proces nowotworowy pleocytozu (badanie płynu mózgowo-rdzeniowego z dnia 24 lutego 2012 r. wykazało obecność 28 % blastów) oraz dalszego uszkodzenia (...) wywołanego podaniem leku V. do rdzenia kanału kręgowego, zaś błędna podaż leku co prawda zmniejszyła szansę uzyskania remisji choroby nowotworowej, nie była jednak jedynym i głównym czynnikiem powodującym śmierć M. M. (1), ponieważ białaczka wrodzona charakteryzuje się śmiertelnością sięgającą przeszło 50 %.

W oparciu o powyższe zarzuty skarżący ubezpieczyciel wniósł o zmianę

zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w zaskarżonej części, zasądzenie od powodów na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje według norm prawem przepisanych, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania wraz z rozstrzygnięciem o kosztach procesu.

Uwzględniając wniosek dowodowy powodów Sąd Apelacyjny uzupełnił materiał dowodowy o opinię biegłego lekarza specjalisty w zakresie anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej prof. dr hab. med. W. K. (opinia pisemna – k.1776-1782, opinia uzupełniająca – k. 1834-1836, opinia ustna – k.1874v).

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacje stron są częściowo uzasadnione.

Ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Okręgowy w zakresie okoliczności

istotnych dla rozstrzygnięcia w przedmiocie procesu (art. 227 kpc) nie są obarczone błędem i znajdują oparcie w materiale dowodowym zgromadzonym w toku postępowania, zatem Sąd Apelacyjny dzieląc je przyjmuje za własne.

Ocena zarzutów apelacji obu pozwanych zostanie dokonana łącznie z uwagi na ich tożsamość w przeważającym zakresie.

Zarzut naruszenia art. 233 § 1 kpc nie zasługuje na aprobatę. Sąd Okręgowy w sposób uprawniony, w świetle opinii biegłych, nadał określoną rangę przyczynom rozstroju zdrowia małoletniego M. M. (1) oraz jego zgonu. Z opinii biegłej onkolog hematolog wynika jednoznacznie, że głównym czynnikiem sprawczym powstania nieodwracalnych zmian w obrębie mózgu oraz układu nerwowego u M. M. (1) było podanie mu leku V. do rdzenia kanału kręgowego zamiast dożylnie. Mimo, że w chwili rozpoznania białaczki wrodzonej u M. M. (1), to jest w 5. tygodniu życia, jego ogólny stan był bardzo ciężki, wymagał on bowiem wsparcia procesu oddychania przy użyciu respiratora, zaś zmiany patologiczne w ośrodkowym układzie nerwowym u M. M. (1) były wypadkową zajęcia ośrodkowego układu nerwowego przez naciekający proces nowotworowy oraz dalszego uszkodzenia (...) wywołanego podaniem leku V. do rdzenia kanału kręgowego, to nie ulega żadnej wątpliwości, że błędna podaż leku zmniejszyła szansę uzyskania remisji choroby nowotworowej, bowiem uniemożliwiła kontynuację leczenia przeciwnowotworowego. I nawet jeśli, jak chcieliby skarżący, nie była jedynym i głównym czynnikiem powodującym śmierć M. M. (1), ponieważ białaczka wrodzona charakteryzuje się śmiertelnością sięgającą przeszło 50 %, to w świetle opinii biegłych jest jasne, że zaważyła w istotny sposób na życiu małoletniego. A skoro pozwani nie kwestionują swej odpowiedzialności cywilnej, wykazanej zgromadzonym materiałem dowodowym, opisany zarzut ma znaczenie jedynie w aspekcie norm prawa materialnego – art. 445 § 1 kc. Okoliczności zdarzenia szkodzącego mogą mieć bowiem wpływ na wysokość dochodzonego zadośćuczynienia.

Pozostający w związku z powyższym zarzut naruszenia art. 361 § 1 kc również nie jest trafny. Skarżący skupiają się na zakwestionowaniu stanowiska Sądu Okręgowego, który przyjął, że błędne podanie leku V. spowodowało największe uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego i samo w sobie mogło wywołać zgon M. M. (1), niezależnie od powikłań wywołanych samoistną białaczką. Tymczasem nie ulega wątpliwości, czemu nie zaprzeczają sami apelujący, że błędna podaż leku przyczyniła się do zmniejszenia szans na uzyskanie trwałej remisji choroby nowotworowej i pogłębiła istniejące w związku z chorobą samoistną zmiany w (...), a to przesądza o istnieniu normalnego związku przyczynowego między błędem w sztuce medycznej a szkodą pacjenta. Zaprzestanie leczenia przeciwnowotworowego pozbawiło bowiem szansy małoletniego M. na powrót do zdrowia.

W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że normalny związek przyczynowy zachodzi nie tylko pomiędzy bezpośrednią przyczyną a szkodą, ale także pomiędzy przyczynami pośrednimi a badanym skutkiem (por. wywody na temat adekwatnego związku przyuczonego Z. Banaszczyk w: Kodeks cywilny. Komentarz, pod red. K. Pietrzykowskiego, Warszawa 2005, tom I, s. 892, 893 wraz z cytowaną literaturą i orzecnictwem).

Reasumując omawiany wątek, odnotować należy, że w istocie argumentacja skarżących ukierunkowana została przede wszystkim na wykazanie wadliwości przyjętej wysokości zadośćuczynienia, niewłaściwe zastosowanie kryteriów kształtowania zadośćuczynienia i w konsekwencji jego oznaczenie na poziomie nieodpowiednim z punktu widzenia właściwych przepisów prawa materialnego mających zastosowanie w sprawie.

Trzeba przyznać rację skarżącym, iż Sąd Okręgowy nie ustrzegł się błędu określając wysokość odpowiedniej kwoty należnej powodom z tytułu zadośćuczynienia na podstawie art. 445 § 1 kc w zw. z art. 444 § 1 kc. Sądowi Okręgowemu umknęła bowiem z pola widzenia istotna w świetle regulacji art. 445 § 1 kc w zw. z art. 444 § 1 kc i art. 445 § 3 kc

okoliczność, dotycząca wykazania przesłanek warunkujących przyznanie określonego podstawą faktyczną niniejszej sprawy zadośćuczynienia, natomiast uwypuklona została okoliczność śmierci małoletniego M..

Jednakże w badanej sprawie podstawy prawnej dochodzonego zadośćuczynienia nie stanowi art. 448 kc w zw. z art. 23 kc lecz art. 445 kc § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 kc i art. 445 § 3 kc, skoro podstawa faktyczna pozwu, jak wyżej wspomniano, została tak zarysowana.

Innymi słowy, dochodzone pozwem zadośćuczynienie nie jest roszczeniem wynikającym z naruszenia dobra osobistego w postaci przedwczesnego zerwania więzi rodzinnej na skutek śmierci dziecka, lecz jest to roszczenie o naprawienie krzywdy wywołanej rozstrojem zdrowia u małoletniego (pierwotnego powoda w sprawie), skutkującym ostatecznie jego zgonem.

Roszczenie o zadośćuczynienie, zgodnie z treścią art. 445 § 3 kc przechodzi na spadkobierców tylko wtedy, gdy zostało uznane na piśmie albo gdy powództwo zostało wytoczone za życia poszkodowanego. W badanej sprawie zachodzi druga z przywołanych sytuacji, zatem powodowie będący spadkobiercami małoletniego M. M. (1) stali się uprawnionymi czynnie do dochodzenia zgłoszonego przez małoletniego roszczenia.

W związku ze wskazaną naturą komentowanego roszczenia na gruncie przesłanek przewidzianych ustawą podkreśla się obecność tzw. uznania sędziowskiego w ramach określania wysokości sumy należnej z tytułu zadośćuczynienia.

Określenie odpowiedniej kwoty tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę powinno zależeć od całokształtu okoliczności związanych z osobą poszkodowanego, a kryteria ich oceny powinny być zindywidualizowane (tak też SN w wyroku z dnia 9 września 2015 roku, sygn. IV CSK 624/14, publ. LEX nr 1816575). W orzecnictwie przyjmuje się, że podstawowym kryterium określającym rozmiar należnego zadośćuczynienia jest rozmiar doznanej krzywdy tj. rodzaj, charakter, długotrwałość cierpień fizycznych, ich intensywność, czas trwania i nieodwracalność ich następstw. Ocenie podlegają również cierpienia psychiczne. (tak też SN w wyrokach: z dnia 26 marca 2015 roku, sygn. IV CSK 317/14, z dnia 20 kwietnia 2006 r., sygn. IV CSK 99/05; z dnia 1 kwietnia 2004 roku, sygn. II CK 131/03 - legalis).

Za utrwalony uznaje się pogląd, iż sąd odwoławczy może korygować wysokość zadośćuczynienia wtedy, gdy przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy mających na to wpływ jest ono niewspółmiernie nieodpowiednie, jako rażąco wygórowane lub rażąco niskie.

Zarzut niewłaściwego określenia wysokości zadośćuczynienia może być uwzględniony także wtedy, gdyby Sąd uczynił jedno z wielu kryteriów decydujących o wysokości zadośćuczynienia elementem dominującym i przede wszystkim w oparciu o nie określił wysokość takiego zadośćuczynienia (tak też SA w Łodzi w wyroku z dnia 8 maja 2015 roku, sygn. I ACa 1655/14, publ. LEX nr 1712689).

Opisana wyżej sytuacja zaistniała w badanej sprawie, kiedy to Sąd Okręgowy dokonując wykładni art. 445 § 1 kc i ustalając odpowiednią kwotę zadośćuczynienia nienależycie rozważył istotne z tego punktu widzenia okoliczności, czyniąc decydującym kryterium oceny tylko jedno z nich, a mianowicie śmierć małoletniego. Tymczasem, rozważeniu podlegały także pozostałe okoliczności jak rodzaj, charakter, długotrwałość cierpień fizycznych, ich intensywność czy czas trwania. W tym zakresie, jak trafnie podnosi skarżący szpital, brak jest dokonania należytej oceny.

Małoletni M. M. (1) przebywał w pozwanej placówce w okresie od 23 lutego 2012 r. z rozpoznaniem białaczki szpikowej. Dziecko było w stanie ciężkim klinicznie, leczone przeciwnowotworowo. W dniu 20 marca 2012 r. podano chłopcu lek V. do kanału rdzenia kręgowego zamiast dożylnie, co spowodowało zmiany w (...), zaprzestanie leczenia przeciwnowotworowego i w efekcie śmierć w dniu 18 czerwca 2012 r.

W okolicznościach faktycznych badanej sprawy trudnym do ustalenia jest zakres cierpień małoletniego przez następne 3 miesiące po niewłaściwym podaniu leku V., jeśli się zważy na cierpienie wywołane chorobą samoistną i powikłania po niewłaściwym zaaplikowaniu V.. Jednakże kierując się zasadami doświadczenia życiowego, jak też wnioskami opinii

biegłych należy przyjąć, że cierpienia fizyczne mogły się znacząco zwiększyć, a na pewno uległ zmianie ich charakter, rozmiar i nieodwracalność skutków.

Z drugiej jednak strony nie można nie odnotować czasu trwania krzywdy po nieprawidłowym podaniu leku (3 miesiące) i ciężkiej choroby samoistnej, wywołującej cierpienie u małoletniego M.. W tych okolicznościach trudno przyjąć za wykazany taki zakres i natężenie dolegliwości oraz cierpienie, które skutkować by mogły uznaniem zasądzonego przez Sąd I instancji zadośćuczynienia za odpowiednie w świetle kryteriów wypracowanych na gruncie art. 445 § 1 kc oraz w świetle orzecznictwa sądów powszechnych i Sądu Najwyższego, co zarzut naruszenia art. 6 kc i art. 824¹ § 1 kc czyni uzasadnionym. Słusznie bowiem skarżący zwracają uwagę na fakt, iż biegli wydający opinie w przedmiotowej sprawie nie określili co prawda spowodowanego błędnym podaniem leku uszczerbku na zdrowiu u M. M. (1), ale wskazywali się, że nie sposób matematycznie rozdzielić wpływu na stan ogólny małoletniego ciężkiej choroby samoistnej w postaci wrodzonej białaczki szpikowej od wpływu na stan zdrowia M. M. (1) samego błędnego podania leku V.. Nawet gdyby przyjąć, że uszczerbek wywołany samym błędnym podaniem leku wyniósł 100 % (czego jednak biegli nie stwierdzili), to zasądzona przez Sąd Okręgowy kwota w wysokości 1 000 000 zł jest rażąco wygórowana.

Reasumując, należy stwierdzić, że całokształt okoliczności istotnych z punktu widzenia regulacji art. 445 § 1 kc czyni uprawnioną tezę, iż za adekwatną do doznanej na skutek błędu medycznego krzywdy małoletniego wolno uznać kwotę 500 000 zł, co przy uwzględnieniu sumy już wypłaconej w toku postępowania likwidacyjnego oznacza, że zasądzeniu tytułem dalszego zadośćuczynienia podlega kwota 320 000 zł. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 kwietnia 2014 r. sygn. akt II CSK 436/13).

Natomiast zadośćuczynienie 1 000 000 zł za krzywdę M. M. (1), wywołaną cierpieniem wynikającym z opisanych dwóch przyczyn, zważywszy na jego zakres, rozmiar, czas, a także kompensacyjny charakter świadczenia, mimo dramatycznych okoliczności zdarzenia szkodzącego, trzeba uznać za wygórowane, bo jak wcześniej wskazano, nie jest to zadośćuczynienie za naruszenie dóbr osobistych w postaci przedwcześnie zerwanej więzi przez śmierć dziecka.

Zarzut naruszenia art. 481 § 1 kc w odniesieniu do pkt. 2 wyroku wolno uznać za zasadny, albowiem pozwany szpital nie pozostawał w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia w kwocie 180 000 zł w okresie od 14 kwietnia 2012 roku do dnia 25 kwietnia 2012 roku, jeśli się zważy na treść pisma powoda wzywającego do zapłaty zadośćuczynienia we wskazanej wysokości. Pismo doręczono pozwanemu szpitalowi 14 kwietnia 2012 r., a wyznaczony w nim 14. dniowy termin na zapłatę 180 000 zł upłynął w dniu 28 kwietnia 2012 r., zatem zaskarżone rozstrzygnięcie zawarte w pkt. 2 wyroku należy uznać za wadliwe.

Odnosnie odsetek wskazanych w pkt. 1 kwestionowanego wyroku, w sytuacji braku argumentacji pozwanych w tym zakresie, Sąd Apelacyjny wskazuje jedynie, że przychyła się do stanowiska prezentowanego w wyroku SN z dnia 24 lipca 2014 r. II CSK 595/13 - legalis, w którym wyrażono pogląd, że z uwagi na ocenny charakter wysokości zadośćuczynienia, dla ustalenia terminu jego wymagalności istotne jest, czy dłużnik znał wysokość żądania uprawnionego, a nadto czy znał lub powinien znać okoliczności decydujące o rozmiarze należnego od niego zadośćuczynienia.

Przenosząc powyższe na grunt badanych okoliczności uznać należy, że Sąd I instancji prawidłowo zasądził odsetki ustawowe od dat (różnych dla obu pozwanych), w których sprecyzowane było żądanie zadośćuczynienia tak co do wysokości, jak i wymagalności.

Apelacja powoda P. M. (1) podlegała uwzględnieniu w zakresie dochodzonego zadośćuczynienia.

Podzielając zarzut wadliwej, w świetle dyrektyw art. 233 § 1 kpc, oceny materiału dowodowego, zwłaszcza opinii biegłego anestezjologa M. S. w konfrontacji do opinii biegłego laryngologa prof. M. C. i zeznań świadka W. S. (2) (lekarza anestezjologa w szpitalu leczącym powoda) oraz uwzględniając zarzut naruszenia art. 278 § 1 kpc, art. 286 kpc w zw. z art. 162 kpc i 227 kpc Sąd Apelacyjny dopuścił dowód z opinii kolejnego biegłego lekarza anestezjologa, aby wobec niejednoznaczności i sprzeczności wniosków opinii dotychczasowych biegłych, wyjaśnić sporną kwestię

przyczyny procesu martwiczego powstałego w miejscu mocowania rurki intubacyjnej, skutkującego uszkodzeniem nosa u małego P. M. (1).

Słusznie podnosi skarżący powód, że opinia biegłego anestezjologa M. S. nie podaje danych pochodzących z dokumentacji medycznej, w szczególności zapisów wynikających z obserwacji pielęgnarskich i zleceń lekarskich, a pomimo to biegły przyjął za pewnik, że czynności pielęgnacyjne wykonywane były prawidłowo. Omówienie czynników ryzyka powstania martwicy nosa u powoda wymagało prześledzenia całego procesu pielęgnacji i obserwacji dokonywanych przez personel pozwanego szpitala, czego biegły nie uczynił. W tej sytuacji przekonujące są odmienne wnioski sformułowane w opinii biegłego z zakresu laryngologii dziecięcej prof. M. C., który w przeciwieństwie do biegłego M. S., w swej opinii zawarł szczegółowe omówienie zapisów dokumentacji medycznej, w tym kart zleceń lekarskich ze spornego okresu oraz kart obserwacyjnych, wskazał także na braki dokumentacji i uchybienia w sporządzaniu zapisów. Z kolei z opinii biegłego prof. W. K., w której dokonuje on analizy dokumentacji medycznej wynika, że zastosowana metoda intubacji przez nos była właściwym wyborem, że pierwsza informacja o procesie chorobowym pojawiła się w raportach lekarskich w dniu 12/13 marca 2012 r., aczkolwiek nie zawiera ona szczegółów opisujących zmianę, co nie pozwala na bliższe określenie początku powstania zmiany. Biegły wskazuje również na szereg czynników zagrożenia, niezależnych od postępowania medycznego, związanych z chorobą podstawową, prowadzących do zmian z ucisku oraz na właściwe leczenie martwicy.

Analizując dostępny materiał dowodowy w postaci opinii biegłych należy przyjąć zatem, że poza naciskiem wywołanym obecnością rurki intubacyjnej, czynnikami sprzyjającymi wystąpieniu miejscowej martwicy powłok nosa były zaburzenia krążenia obwodowego, miejscowe i uogólnione zaburzenia krzepnięcia krwi, których potwierdzeniem są odnotowane w dniu 12 i 13 marca 2012 r. wybroczyny w miejscach innych powłok skórnych, jak również krwawienie z błon śluzowych niemowlęcia, występująca u noworodków ranliwość skóry i śluzówek, czemu sprzyjała jeszcze konieczność wielokrotnych zmian elementów mocujących i stabilizujących rurkę intubacyjną, niemożliwe do osiągnięcia pełne wyłączenie aktywności dziecka wiążące się z koniecznością pozostawienia możliwości pewnej ruchomości ciała, która jednak sprzyja podrażnieniom naskórka przez obecne w ciele pacjenta elementy sztucznej drogi oddechowej. Łączne oddziaływanie wszystkich wskazanych czynników czyniło relatywnie wysokim ryzyko wystąpienia martwicy i to nawet pomimo zachowywania standardów najwyższej staranności w opiece nad pacjentem. Ryzyko takie dotyczy w szczególności dzieci w stanie ciężkim lub krytycznym, którzy – tak jak powód – poddawane są długotrwałej intensywnej terapii, wedle bowiem wyników dostępnych badań 20 – 60% dzieci poddanych takiej terapii w grupie wiekowej, do której należał powód, doznaje powikłań w zakresie zmian skórnych spowodowanych między innymi kontaktem ze sprzętem do intensywnej terapii. O ile jednak do rzadkości należą opisywane w literaturze medycznej przypadki dalej idących uszkodzeń w postaci martwicy całego skrzydełka, przegrody a nawet końca nosa, to powstanie niewielkiej odleżyny w obrębie skrzydełka nosa jest powikłaniem, którego nie da się zupełnie wyeliminować w resuscytacji noworodków i małych dzieci, dla powstrzymania tego procesu z reguły wystarczająca jest szybka zmiana położenia rurki i odpowiednie postępowanie z raną. Wtedy też daje się uniknąć zniekształceń bądź też ograniczyć je do niewielkiego tylko ubytku krawędzi skrzydełka nosa. W odniesieniu do powoda działania takie podjęto podczas następnej doby, po uprzednim upewnieniu się, iż parametry morfologii kwalifikują powoda do przetoczenia koncentratu płytek krwi, którego zadaniem było wygaszenie zaburzeń krzepnięcia krwi skutkujących powstawaniem zaledwie w ciągu minut wybroczyn dających początek martwicy.

Oceniając cały materiał dowodowy i posługując się wiadomościami specjalnymi wyłożonymi w opiniach biegłych, podkreślenia wymaga, że nie ulega wątpliwości, iż stan kliniczny chłopca był bardzo ciężki, że intubacja niesie ze sobą ryzyko powikłań, zwłaszcza u dziecka z obniżoną odpornością w przebiegu choroby nowotworowej, a proces martwiczy w miejscu rurki intubacyjnej może powstać w ciągu kilku lub kilkunastu godzin i mieć nieodwracalne skutki.

W opisanej sytuacji medycznej, obowiązkiem personelu szpitalnego było częste wizytowanie małego w celu obserwacji rurki intubacyjnej i miejsca przez nią zajętego oraz reagowanie na sygnały rodziców, czego, jak wynika z ich zeznań, zabrakło. Zbyt późna reakcja personelu szpitalnego uniemożliwiła odnotowanie pierwszych oznak martwicy (zacerwienie, choć sygnalizowane przez ojca chłopca), czego skutkiem był już niepoohamowany jej rozwój. I choć z punktu widzenia biegłego prof. W. K. standardy ogólne opieki, aczkolwiek niedoprecyzowane

normatywnie, były zachowane, to jednak z uwagi na ciężki stan zdrowia dziecka, standardy te nie były, w ocenie Sądu Apelacyjnego, wystarczające i wymagały zindywidualizowania w ustalonych w sprawie medycznie warunkach. We wskazanym zaniechaniu należy upatrywać zaniedbania pracowników pozwanego szpitala. Trafnie akcentuje powód, że zaniechanie właściwych i częstych obserwacji małoletniego powoda, uwarunkowanych medycznie, stanowiło niedbalstwo w aspekcie zachowania należytej staranności przy zastosowaniu miernika wysokiego poziomu przeciętnej staranności lekarza, wymaganej w konkretnych okolicznościach jako staranność zawodowa (por. wyrok SN z dnia 10 lutego 2010 r. V CSK 287/09 – legalis). W ustalonych okolicznościach faktycznych, z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że opisane zaniechanie skutkowało wystąpieniem szkody u małoletniego powoda, co przesądza o adekwatnym związku przyczynowym, w świetle art. 361 § 1 kc, potwierdzonym również zeznaniami świadka W. S. (2) i zeznaniami powodów.

W konsekwencji przyjęcia deliktu medycznego na gruncie art. 415 kc, odpowiedzialność pozwanej placówki szpitalnej kształtuje się na podstawie art. 430 kc. Zadośćuczynienie dochodzone na rzecz małoletniego powoda na poziomie 100 000 zł należy ocenić jako odpowiednie, w świetle kryteriów wypracowanych przez judykaturę, a przywołanych powyżej w niniejszym uzasadnieniu na gruncie regulacji art. 445 § 1 i § 2 kc w zw. z art. 444 § 1 kc. Podkreślenia wymaga zakres uszkodzenia nosa wynikający z utraty skrzydełek przynosowych, dolegliwości z tym związane w codziennym funkcjonowaniu (oddychanie, narażenie na infekcje, oszpecenie), uszczerbek na zdrowiu określony przez lekarza laryngologa na 15%, przez chirurga plastycznego na 15%, przez lekarza pediatrę na 10%, jak i wiek dziecka.

O odsetkach ustawowych (art. 481 § 1 kc) Sąd Apelacyjny orzekł od dat różnych dla obu pozwanych, a wynikających z zawiadomienia o wysokości roszczenia; co do (...) SA od 30 sierpnia 2012 r., czyli po upływie 30 dni od daty doręczenia odpisu pozwu wraz z wezwaniem do udziału w sprawie; co do pozwanego SPZOZ od dnia 29 kwietnia 2012 r., czyli po doręczeniu w dniu 14 kwietnia 2012 r. pisma wzywającego do zapłaty zadośćuczynienia z wyznaczeniem 14. dniowego terminu na spełnienie świadczenia.

Uzasadnione, w świetle przesłanek art. 189 kpc jest żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanego szpitala za skutki zdarzenia szkodzącego, mogące powstać u małoletniego P. M. (1) w przyszłości, zwłaszcza, że utrata części nosa będzie wymagała dalszych działań medycznych, w tym z zakresu chirurgii plastycznej w celu dokonania korekty nosa, co w oczywisty sposób wiąże się z określonymi wydatkami.

Natomiast żądanie renty na zwiększone potrzeby (art. 444 § 2 kc) jako nieudowodnione podlegało oddaleniu. Skarżący powód nie wskazał żadnych wydatków, kosztów ponoszonych w związku z doznaną szkodą.

Korekta zasądzonego roszczenia głównego skutkowałą zmianą rozstrzygnięcia o kosztach procesu, którego podstawę prawną stanowi art. 100 kpc.

Żądanie P. M. (1) uwzględniono w 94%, zatem w oparciu o zd. 2 art. 100 kpc, zasądzeniu podlegała na rzecz powoda od pozwanych solidarnie pełna wysokość kosztów zastępstwa procesowego – 3 600 zł, ustalona na podstawie § 6 pkt 6 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. z 2013 r. poz. 461 j.t.), wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa – 17 zł.

Żądanie powodów jako następców prawnych M. M. (1) uwzględniono w 50%, zatem koszty adwokackie podlegały częściowemu zasądzeniu w kwocie 1 817 zł (wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa – 17 zł) na podstawie § 6 pkt 6 powołanego wyżej rozporządzenia.

W tym stanie rzeczy, zważywszy na zasadność zrzutów apelacyjnych każdej ze stron w znacznej części, kwestionowany wyrok polegał zmianie na podstawie art. 386 § 1 kpc w sposób opisany w sentencji. W pozostałej części, apelacje stron podlegały oddaleniu na podstawie art. 385 kpc.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono w odwołaniu do zasady wyrażonej w art. 100 kpc i art. 102 kpc.

Apelacja P. M. (1) została uwzględniona w 94%, zatem w oparciu o zd. 2 art. 100 kpc, zasądzeniu podlegała na rzecz powoda od pozwanych solidarnie pełna wysokość kosztów zastępstwa procesowego – 5 700 zł, ustalona na podstawie § 2 pkt 6 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności adwokackie z dnia 22 października 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 1800).

Apelacje pozwanych co do żądania głównego zostały uwzględnione w całości, oddaleniu podlegały jedynie w zakresie zakwestionowanych odsetek ustawowych. Koszty poniesione przez (...) SA wyniosły 35 800 zł (25 000 zł - opłata od apelacji i 10 800 zł - koszty zastępstwa procesowego). Koszty poniesione przez SPZOZ wyniosły 20 800 zł (10 000 zł – częściowa opłata od apelacji i 10 800 zł - koszty zastępstwa procesowego). Z uwagi na uznaniowy charakter roszczenia, dysproporcję w sytuacji majątkowej stron, na podstawie art. 102 kpc Sąd Apelacyjny obciążył powodów częścią należnych stronie pozwanej kosztów postępowania apelacyjnego, a mianowicie kwotą po 2 500 zł na rzecz każdego z pozwanych. Na podstawie art. 113 ust. 1 w zw. z art. 83 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 300) nakazał pobrać od pozwanych solidarnie na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Apelacyjnego w Łodzi kwotę 2 331,24 zł, wydatkowaną na wynagrodzenie biegłego lekarza, powstałe w związku ze sporządzonymi opiniami w sprawie P. M. (1).