

Sygn. akt I ACa 959/12

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 lutego 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Tomasz Szabelski (spraw.)
Sędziowie:	SSA Anna Cesarz SSA Hanna Rojewska
Protokolant:	st. sekr. sąd. Julita Postolska

po rozpoznaniu w dniu 14 lutego 2013 r. w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa M. P.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) im. M. K. w Ł. (...) w Ł. i (...) SA z siedzibą w W.

o zadośćuczynienie, rentę i ustalenie

na skutek apelacji pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) im. M. K. w Ł. (...) w Ł.

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 9 lutego 2012r. sygn. akt II C 1047/08

I. zmienia zaskarżony wyrok na następujący:

„1. zasądza od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) im. M. K. w Ł. na rzecz M. P.:

a) kwotę 263.500 (dwieście sześćdziesiąt pięć tysięcy pięćset) złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 17 kwietnia 2008r. do dnia zapłaty, tytułem zadośćuczynienia oraz odsetki ustawowe od kwoty 236.500 (dwieście trzydzieści sześć tysięcy pięćset) złotych za okres od dnia 17 kwietnia 2008 r. do dnia 21 października 2008 r.,

b) kwotę 13.500 (trzyście trzydzieści pięćset) złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 17 kwietnia 2008r., tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia 1 lutego 2008r. do dnia 30 kwietnia 2008r.,

c) kwotę 72.000 (siedemdziesiąt dwa tysiące) złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 26 stycznia 2011r., tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia 1 lutego 2008r. do dnia 31 stycznia 2011r.,

d) rentę na zwiększone potrzeby w kwotach po 4.500 (cztery tysiące pięćset) złotych miesięcznie za okres od dnia 1 maja 2008r. do dnia 31 stycznia 2011r. oraz w kwocie po 6.500 (sześć tysięcy pięćset) złotych miesięcznie, poczynając od dnia 1 lutego 2011r., płatne w terminie do dnia 10-go każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat,

e) kwotę 6.775,48 (sześć tysięcy siedemset siedemdziesiąt pięć i 48/100) złotych tytułem zwrotu części kosztów procesu,

2. oddała powództwo w pozostałej części,

3. ustala, że pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Szpital (...) im. M. K. w Ł. odpowiada za skutki nieprawidłowości w leczeniu powoda M. P. w prowadzonej przez siebie placówce,

4. nie obciąża powoda kosztami zastępstwa procesowego pozwanego (...) S.A. w W. oraz należnymi kosztami sądowymi,

5. nakazuje pobrać od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) im. M. K. w Ł. na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 34.388,18 (trzydzieści cztery tysiące trzysta osiemdziesiąt osiem i 18/100) złotych tytułem części należnych kosztów sądowych.

II. oddała apelację w pozostałym zakresie,

III. nie obciąża powoda kosztami postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt I ACa 959/12

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 9 lutego 2012r. w sprawie z powództwa M. P. przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) im. M. K. w Ł. i (...) Spółce Akcyjnej w W. o zapłatę i ustalenie, sygn. akt II C 1047/08, Sąd Okręgowy w Łodzi zasądził od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) im. M. K. w Ł. na rzecz M. P.:

a) kwotę 513.500zł złotych z odsetkami ustawowymi od kwoty 263.500zł złotych od dnia 17 kwietnia 2008r. i od kwoty 250.000zł od dnia 2 grudnia 2011r. oraz odsetki ustawowe od kwoty 236.500 zł od dnia 17 kwietnia 2008r. do dnia 21 października 2008r. tytułem zadośćuczynienia;

b) kwotę 13.500zł z odsetkami ustawowymi od dnia 17 kwietnia 2008r. tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia 1 lutego 2008r. do dnia 30 kwietnia 2008r.;

c) kwotę 72.000zł z odsetkami ustawowymi od dnia 26 stycznia 2011r. tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia 1 lutego 2008r. do dnia 31 stycznia 2011r.;

d) rentę na zwiększone potrzeby, płatną miesięcznie z góry do 10-go każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat poczynając od dnia 1 lutego 2008r. do dnia 31 stycznia 2011r., w kwotach po 4.500 zł i od dnia 1 lutego 2011r. i na przyszłość w kwotach po 6.500 zł;

e) kwotę 12.217 zł tytułem zwrotu kosztów procesu

i oddalił powództwo w pozostałej części oraz ustalił, że pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Szpital (...) im. M. K. w Ł. odpowiada za skutki nieprawidłowości w leczeniu powoda M. P. w prowadzonej przez siebie placówce, jak również nie obciążył powoda kosztami zastępstwa procesowego pozwanego (...) S.A. w W. oraz należnymi kosztami sądowymi, a także nakazał pobrać od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

(...) im. M. K. w Ł. na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 42.761,36 zł tytułem należnych kosztów sądowych.

Powyższy wyrok zapadł na podstawie poczynionych przez Sąd Okręgowy ustaleń faktycznych, które Sąd Apelacyjny co do zasady podzielił i przyjął za własne, a z których wynika, że powód - M. P. urodził się w dniu 6 marca 2007r. w szpitalu im. R. w Ł.. Poród odbył się drogą cięcia cesarskiego z powodu położenia miednicowego oraz przedwczesnego odpłynięcia wód płodowych. Waga urodzeniowa wynosiła 2600 g, w skali APGAR - 9 pkt. Zalecono umieszczenie noworodka w inkubatorze ze względu na małą żywotność. Zaraz po urodzeniu stwierdzono wzdęcia brzuszka, wymioty po karmieniu i brak smółki. Po wykonanej wlewce doodbytniczej nie uzyskano wypływu smółki. Wdrożono antybiotykoterapię wobec pojawienia się u powoda zakażenia.

W dniu 8 marca 2007r. przewieziono powoda do Kliniki (...) w Szpitalu (...) im. M. K. w Ł. z podejrzeniem wrodzonej niedrożności przewodu pokarmowego (choroba H.). Przy przyjęciu rozpoznano u badanego niedrożność jelit i wrodzoną posocznicę gronkowcową, oceniono wówczas jego stan jako średni, zauważając małą żywotność noworodka. Wdrożono diagnostykę mającą na celu ustalenie przyczyny niedrożności wrodzonej przewodu pokarmowego. Kontynuowano antybiotykoterapię. W dniu 9 marca 2007r. powód zagorączkował w godzinach wieczornych do 39°C. Pobrano posiewy krwi, moczu, wymazy z odbytu i jamy nosowo-gardłowej. Zalecono podanie kroplówki z wodorowęglanem sodu.

W nocy 9 marca 2007r. podczas podawania kroplówki ze stężonym wodorowęglanem sodu, doszło do wynacznienia poza naczynie krwionośne podawanego płynu, co spowodowało poparzenie dziecka, a w efekcie końcowym martwicę skóry w okolicy dołu łokciowego lewego. Obrzęk lewej rączki zauważono około 1 w nocy, pielęgniarki założyły powodowi kompres i rano powiadomiły o tym fakcie lekarza.

Wówczas - 9 marca 2007r. doszło do zawinionego „błędu technicznego” w trakcie podawania leku dożylnego. Obowiązkiem podającego preparat medyczny do organizmu, jest obserwacja miejscowa jak i ogólnoustrojowa efektów. W przypadku pacjenta pediatrycznego jest to szczególnie trudne i nadzór nad nim powinien być wysoce specjalistyczny. Powód należał do grupy pacjentów wysokiego ryzyka. Dzieci, noworodki z wadami wrodzonymi, często obciążone są różnymi defektami, które nie zawsze są do wykrycia, w tym także reakcji na leki, zaburzeń funkcji układu oddechowego, co zmusza personel do szczególnej wrażliwości wobec takich pacjentów. Dotyczy to zarówno wkłucia jak i znieczuleń. Powód powinien być obserwowany pilnie przez cały okres podawania leku dożylnego.

Skutkiem złego pozanaczyniowego podania przez personel medyczny stężonego wodorowęglanu sodu, który jest preparatem dożylnym, było ciężkie uszkodzenie ciała wymagające długotrwałego leczenia i rehabilitacji. Mimo leczenia występuje znaczny stopień ograniczenia funkcji kończyny górnej lewej, mające związek przyczynowy z popełnionym błędem.

Niezależnie od poparzenia, stan dziecka wskazywał na pilną konieczność operacyjnego odbarczenia przewodu pokarmowego z powodu narastających objawów niedrożności i narastających cech uogólnionego zakażenia.

W czasie zabiegu w znieczuleniu ogólnym w dniu 10 marca 2007r. wyłoniono u powoda sztuczny odbyt. Jego stan w okresie pooperacyjnym był bardzo ciężki, narastały cechy posocznicy - wyhodowano w posiewach bakterię E.coli ESBL(+). Przeniesiono powoda na Oddział Intensywnej Terapii pozwanego szpitala.

Już przy przyjęciu do pozwanego szpitala noworodek budził zastrzeżenia ogólną małą żywotnością, jednak wykonane badania nie wykazały jednoznacznie cech infekcji (CRP i leukocytoza w normie). Następnego dnia pojawiły się cechy ciężkiej, zagrażającej życiu posocznicy wywołanej przez bakterie Escherichia coli ESBL(+). Bardzo trudno ustalić jednoznacznie, czy infekcja miała charakter wrodzonej (zakażenie w okresie okołoporodowym), czy była spowodowana zakażeniem szpitalnym dotyczącym Szpitala im. (...), czy zakażenie miało miejsce już w Szpitalu przy ul. (...). Rozstrzygnięcie jest bardzo trudne, z powodu braku badań bakteriologicznych dotyczących obu szpitali.

Niewątpliwie posocznica spowodowana opornymi na leki bakteriami pogorszyła i tak już poważny stan dziecka, ale była natychmiast leczona zgodnie z zasadami, najlepiej jak to możliwe. Dało to ustąpienie posocznicy.

Ze względu na pogarszanie się stanu ogólnego powód został przeniesiony w dniu 12 marca 2007r. na oddział intensywnej terapii pozwanego szpitala, gdzie wdrożono wielokierunkowe leczenie. Na kończynie górnej lewej dokonano chirurgicznego usunięcia tkanek martwiczych wraz z martwą tkanką podskórną okolicy dołu łokciowego lewego. Następnie podjęto próbę zastosowania przeszczepu skóry pośredniej grubości osiągając wygojenie w 60%. Pozostała część ubytku nie zagoiła się. Wówczas podjęto decyzję o dokonaniu przeszczepu właściwego, za 6 tygodni.

W drugiej połowie marca 2007r. wystąpiły u powoda cechy infekcji gronkowcowej. Przy wypisie powoda ze szpitala rozpoznano wrodzoną posocznicę bakteryjną wywołaną E. coli, niedrożność jelit, martwicę skóry ramienia i przedramienia lewego, posocznicę gronkowcową, sztuczny odbył dwulufowy.

Druga infekcja bakteryjna, która pojawiła się czasie pobytu w pozwanym szpitalu, była rozpoznana i szybko wyleczona. Oba zakażenia bakteryjne dotyczyły noworodka z poważnie słabym układem odpornościowym i dodatkowym problemem zdrowotnym, pod postacią wrodzonej niedrożności przewodu pokarmowego. Infekcja uogólniona, jaka wystąpiła u powoda, zaburzenia elektrolitowe towarzyszące niedrożności i wymiotom miały bardzo niekorzystny wpływ na jego dalsze leczenie w pozwanym szpitalu, gdyż utrudniały gojenie rany powstałej po usunięciu martwicy skóry, jak również mogły zdecydowanie utrudnić wygojenie się położonych przeszczepów skóry.

Od połowy kwietnia powód ponownie przebywał w pozwanym szpitalu. Wykonano wówczas zabieg operacyjny związany z położeniem sztucznej skóry i zabezpieczeniem miejsca pomartwiczego. W dniu 7 maja 2007r. wypisano go do domu w stanie dobrym. Po tym zabiegu dziecko zaczęło normalnie ssać i trawić nie było już konieczności karmienia go pozajelitowo.

W następnych miesiącach jeszcze sześciokrotnie powód był przyjmowany do pozwanego szpitala celem leczenia zmian pomartwiczych na ramieniu i przedramieniu. Podjęto rehabilitację rączki. Do dziecka przychodziła rehabilitantka, nadto rehabilitację wykonywała matka dziecka. Codziennie przez 10 minut matka wcierała w rączkę masę i naświetlała specjalną lampą. Na noc zakładano powodowi opatrunek silikonowy. Z czasem dziecko zaczęło się tą rączką posługiwać, ale była ona ciągle cieńsza od drugiej z uwagi na zaniki mięśni. W wieku 9 miesięcy powód zaczął raczkować, a jego rozwój był prawidłowy. Jedynie rączka była poprzerastana bliznami.

Kolejny etap leczenia polegał na leczeniu i profilaktyce blizn. Wdrożono u powoda leczenie maszczami, pomimo którego i tak doszło do przerostu blizny i przykurczu w stawie łokciowym lewym. Po uzgodnieniu z rodzicami dziecka zdecydowano się na ostrzyknięcie blizny hialuronidazą. Nie były stosowane u powoda masce z hialuronidazą, z uwagi na zbyt małe stężenie, które w tym przypadku byłoby nieskuteczne i mogło prowadzić do postępu przykurczu w stawie łokciowym. Zabieg ostrzyknięcia blizny hialuronidazą przeprowadzono w pozwanym szpitalu w dniu 7 stycznia 2008r. w znieczuleniu ogólnym. Znieczulenie przebiegało typowo, bez żadnych odchyień. Był to krótki zabieg 10 - 15 minutowy. Po zabiegu pacjent został przekazany na ręce pielęgniarki (nieanestezjologicznej), nie był wówczas wybudzony, ale był w pełni wydolny krążeniowo i oddechowo z zaleceniami monitorowania oddechu i saturacji do pełnego wybudzenia oraz podłączenia pulsoksymetru.

Po przeniesieniu niewybudzonego po zabiegu powoda na zwykłą salę, która nie była salą wybudzeń, doszło u niego do zatrzymania akcji krążeniowo-oddechowej. Pielęgniarka nie mogąc dwukrotnie podłączyć polskoksymetru poprosiła o pomoc znajdującą się na sali operacyjnej lek. G.. Chłopiec miał zimne rączki i zasinienia na szyi. Przybyła na tę salę lek. G. podjęła reanimację dziecka. Chwilę później przybył zespół reanimacyjny. Po reanimacji trwającej kilka minut nastąpił powrót akcji serca. Ze względu na brak powrotu oddechu powód został przewieziony na Oddział Intensywnej Terapii, gdzie został podłączony do respiratora. Dziecko zostało rozintubowane w godzinach wieczornych tego samego dnia. Powrócił mu wówczas samodzielny oddech.

Obecnie po tym zdarzeniu w pozwanym szpitalu dzieci po zabiegach operacyjnych są przenoszone na salę wybudzeń, która jest przy sali operacyjnej. Przebywanie dzieci na takiej sali ma zapobiec ewentualnemu spłyceniu i zatrzymaniu

oddechu. Każdy szpital powinien mieć salę wybudzeń, na której pracują pielęgniarki anestezjologiczne, mające szybki kontakt z lekarzem anestezjologiem.

Po odłączeniu od respiratora, a następnie po przebudzeniu się powód zachowywał się w sposób nietypowy. Zaciskał mocno piąstki, prostował rączki i nóżki. Nie mógł nakierować wzroku na jeden punkt. Z dnia na dzień jego stan pogarszał się. Zatracił odruch ssania, nie połykał śliny, na każdy dotyk i zmianę pozycji reagował prężeniem ciała oraz krzykiem. Gorączkował i doszło u niego do ponownej posocznicy.

Na skutek niewydolności krążeniowo - oddechowej doszło u powoda do następowego ciężkiego uszkodzenia centralnego układu nerwowego. Wobec braku stosownej dokumentacji nie można stwierdzić, czy popełniono jakiegokolwiek błędy mogące doprowadzić do zatrzymania krążenia w bezpośrednim okresie po znieczuleniu. Biorąc pod uwagę przeszłość chorobową powoda, należy stwierdzić, że zagrożone było w znacznym stopniu możliwością wystąpienia powikłań znieczulenia i zabiegu. Noworodki narażone są na nieprzewidywalne załamania czynności oddechowych. Powód powinien być monitorowany pulsoksymetrycznie, ale były problemy z jego podłączeniem. Dziecko było już w stanie zaburzeń oddechowo - krążeniowych, co zostało przypisane wadliwości działania aparatu. Gdyby opieka była właściwa i bezpieczna nie doszłoby do zagrożenia życia.

W świetle rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego zasad pracy lekarzy nie mających specjalizacji, pewne wątpliwości budziło pozostawienie w trakcie znieczulenia lek. G. bez bezpośredniego nadzoru lekarza posiadającego specjalizację z anestezjologii. Przy czym lekarz ta posiadała znaczne umiejętności i doświadczenie zawodowe oraz pracowała w warunkach natychmiastowego kontaktu i interwencji lekarza o pełnych kwalifikacjach. Najprawdopodobniej doszło do zbyt późnego stwierdzenia stanu zagrożenia życia, spowodowanego brakiem właściwej reakcji personelu na sali pooperacyjnej oddziału chirurgicznego na stan dziecka. Trudności w podłączeniu monitora były sygnałem złego stanu dziecka, a nie niesprawności aparatu.

Leczenie powoda w szpitalu im. M. K. w Ł. było wręcz walką o utrzymanie przy życiu noworodka obciążonego krytycznymi dla życia chorobami - wrodzoną ciężką infekcją oraz niedrożnością przewodu pokarmowego. Intensywna terapia, agresywna farmakoterapia, długotrwała hospitalizacja obarczone są jednak wysokim ryzykiem wystąpienia powikłań, w tym opisanych wyżej, a mających miejsce w trakcie leczenia powoda. Błędy popełnione w trakcie leczenia tj. błąd techniczny w trakcie podania dożylnego leku oraz zbyt późna ocena złego stanu dziecka i opóźnione podjęcie postępowania ratowniczego obciążają niewątpliwie stronę pozwaną, można je jednak częściowo tłumaczyć ogromnymi problemami związanymi z ratowaniem życia i zdrowia dziecka tak bardzo obciążonego chorobowo jak M. P..

Zastosowanie samej metody ostrzyknięcia blizny hialuronidazą było zasadne i zgodne z aktualnymi zasadami leczenia takich przypadków, z uwagi na wcześniejsze wykorzystanie wszystkich metod w celu zapobieżenia przerostowi blizny (maści, kompresja i luski unieruchamiające itd.) i nie uzyskaniu oczekiwanego efektu, a wręcz postępowi niekorzystnych zmian przerostowych blizny. Taki zabieg wykonuje się u tak małego dziecka w znieczuleniu ogólnym bądź głębokiej sedacji. Nie powinno się natomiast przystępować do przeszczepu, gdy dziecko ma infekcję.

Sposób leczenia, jaki wdrożono w pozwanym szpitalu był prawidłowy, zgodny z aktualnymi zaleceniami i wiedzą w zakresie leczenia tego typu schorzeń. Zastosowano wszystkie aktualnie zalecane procedury lecznicze, włącznie z najnowszym preparatem, jakim jest materiał skóro-zastępczy integra.

Po opuszczeniu szpitala około lutego 2008r. powód pozostawał przez 3 miesiące pod opieką hospicjum, którego pomoc polegała na wizycie pielęgniarki w domu dwa razy w tygodniu oraz lekarza raz w tygodniu. Stan powoda pogarszał się, zaczął wymiotować i był karmiony sondą. Pojawił się oczopląs oraz napady padaczki. Ilość tych napadów jest bardzo duża - około kilkudziesięciu w ciągu doby.

Powód przez cały czas był rehabilitowany. Pozostawał także pod opieką CZD w W., gdzie w 2008r. został zakwalifikowany do podania komórek macierzystych do ośrodkowego układu nerwowego. Matka powoda przebywała z nim w szpitalu, ojciec mieszkał w hotelu w W. i tam pracował, aby być blisko.

M. P. trzykrotnie był poddany zabiegowi podania komórek macierzystych do mózgu. Po tych zabiegach nastąpiła niewielka poprawa, którą jednak niwelowały częste napady padaczkowe nawet do 300 dziennie. Jest to ciężka odmiana padaczki, oporna na leki. Powód był rehabilitowany, miał zajęcia z logopedą aby nauczyć się jeść, połykać, aby mógł jeść łyżeczką. Przebywał miesiąc we W. na tlenoterapii, która nie była odpłatna. Rodzice ponosili koszt wynajęcia mieszkania we W. w kwocie 100 zł za dobę. Wówczas też opłacali rehabilitantkę - 60 zł za godzinę.

U powoda obecnie występuje znacznego stopnia opóźnienie rozwoju psychoruchowego pod postacią niedowładu spastycznego czterokończynowego w przebiegu niedokrwienia i niedotlenienia OUN oraz padaczki objawowej.

Długotrwały uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi 100% oceniany zgodnie z rozporządzeniem Ministra Parcy i Polityki Społecznej z dnia 19 grudnia 1974r. Ze względów neurologicznych małeletni powód wymaga stałej opieki neurologicznej celem leczenia przeciwpadaczkowego. Leki przeciwpadaczkowe są lekami refundowanymi, a koszt leczenia jest obecnie minimalny.

Rokowania na przyszłość co do życia są dobre, co do rozwoju złe. Powód nie ma szansy na odzyskanie pełnej sprawności psychofizycznej. Konieczna jest stała intensywna rehabilitacja, dzięki której możliwa jest poprawa ruchów kończyn górnych i dolnych, bez możliwości samodzielnego chodzenia.

Niezbędna jest rehabilitacja M. P. polegająca na usprawnianiu narządu ruchu w zakresie wyuczania odruchów postawy, zbliżonych do prawidłowych z wykorzystaniem metody neurofizjologicznej NDT. Odruch postawy jest uogólnioną reakcją motoryczną, która wykształca się w miarę dojrzewania OUN powodując, że dziecko wraz z wiekiem przechodzi z pozycji stabilnego leżenia do samodzielnego chodu. U powoda, po przebytych niedotlenieniu mózgu, doszło do uszkodzenia OUN z następowym niedowładem czterokończynowym i głębokim upośledzeniem rozwoju umysłowego, wystąpił patologiczny rozwój motoryczny spowodowany prawidłowym rozkładem napięcia mięśniowego i wzajemnego unerwienia mięśni. Celem prowadzonej u powoda rehabilitacji jest także stymulacja rozwoju psychicznego z wykorzystaniem metod wielozmysłowych oraz rozumienie i nauka mowy.

Rehabilitacja narządu ruchu powoda powinna obejmować ćwiczenia kontroli ustawienia głowy i tułowia, rozluźniające obręcz barkową i biodrową, zmian pozycji ułożeniowych, stymulację do podporu na kończyny górne, stymulację i wspomaganie do siadu bokiem z podporem, próby modelowania pozycji czworacznej, pionizację w parapodium z regulowanym kątem nachylenia i w ubraniu rehabilitacyjnym. Ćwiczenia stosowane codziennie przez 45-60 min. Konieczna jest stymulacja rozwoju psychicznego poprzez stosowanie terapii widzenia obejmującej poczucie światła i koloroterapię z wyłączeniem podczerwieni ze względu na występujące u powoda napady padaczkowe, psychoterapia i integracja sensoryczna przez 2 - 3 godziny, 2 - 3 razy w tygodniu. Rehabilitacja w zakresie rozumienia i nauki mowy poprzez systematyczną terapię logopedyczną 15-20 min., 1 - 2 razy w tygodniu. Koszt jednej terapii 15 minutowej wynosi 60 zł, 20 minutowej - 80 zł, a za godzinę - 120 zł. Główny ciężar opieki i kompleksowej rehabilitacji spoczywa na rodzicach powoda, jednak ich działania powinny być wspomagane długoterminowo przez specjalistów fizjoterapii, logopedów, terapeutów zajęciowych, psychologów i pedagogów specjalnych. Na terenie naszego kraju są Specjalistyczne Ośrodki dla Dzieci z Zaburzeniami Wiekui Rozwojowego w pełni wyposażone i zatrudniające odpowiednią kadrę specjalistów, legitymujących się dyplomami uzyskanych specjalizacji oraz certyfikatami kursów doskonalących, z którymi NFZ podpisuje umowy. Dzieci są przyjmowane do nich na podstawie skierowania lekarskiego na 120 dni zabiegowych w roku.

Powód oprócz rehabilitacji domowej korzystał także z rehabilitacji w (...), która była refundowana. Dojazd na te zajęcia kosztował 10 - 15 zł.

Na podstawie opinii z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, powód został zapisany do Ośrodka Rehabilitacji dla Dzieci Niewidomych i Niedowidzących, w którym będzie miał zapewnioną terapię widzenia, psychoterapię, logoterapię i integrację sensoryczną w wymiarze od 4 do 9 godz. Tygodniowo, co uzależnione będzie od jego stanu psychicznego. Ośrodek nie prowadzi rehabilitacji narządu ruchu, która powinna być wykonywana codziennie w wymiarze około 1 godziny tj. 7 godz. tygodniowo, jednak czas jej trwania uzależniony jest od aktualnej wydolności psychoruchowej powoda i może ulegać zmianom.

Rehabilitacja w Ośrodku dla dzieci Niewidomych i Niedowidzących odbywa się w ramach umowy z NFZ oraz finansowania przez resort oświaty w ramach wczesnego wsparcia rodziny, wobec czego jest bezpłatna i może być kontynuowana do 18 roku życia na podstawie kolejnych skierowań lekarskich. Zapewnienie ciągłości rehabilitacji narządu ruchu odbywa się poprzez rehabilitację domową prowadzoną, co najmniej 2 razy w tygodniu przez wyspecjalizowanego fizjoterapeutę oraz codziennie przez wyszkolonych w zakresie koniecznych ćwiczeń rodziców bądź opiekunów powoda.

Zabiegi logopedyczne odbywają się w zależności od stanu powoda od 1 do 3 tygodniowo, koszt jednego to 50 zł.

Do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych zakontraktowanych przez NFZ należy zaliczyć między innymi:

- rehabilitację w warunkach domowych - średni czas oczekiwania podany przez świadczeniodawców do systemu sprawozdawczo - informatycznego ŁÓW NFZ, w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna we wrześniu 2011r. to od 0 do 170 dni (różna liczba dni u różnych świadczeniodawców z terenu Ł. i województwa);
 - zabiegi laserowe - są to zabiegi w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej w warunkach ambulatoryjnych lub w warunkach domowych (czas oczekiwania podobny jak przy rehabilitacji w warunkach domowych);
 - tomografię - badanie wykonywane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczenie znajdujące się aktualnie w katalogu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych ((...)), czas oczekiwania do pracowni obrazowej wynosi od 0 do 43 dni;
 - EEG - to świadczenie realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- logopedia - to świadczenie realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czas oczekiwania u wybranego świadczeniodawcy, wykazany w (...) wynosi od 0 do 65 dni (według stanu na wrzesień 2011 r.);
- specjalistyczne turnusy rehabilitacyjne - np. rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w oddziale/ ośrodku dziennym jest to świadczenie, które realizuje wielospecjalistyczną, kompleksową rehabilitację dzieci zagrożonych nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym (głównie z grupy wysokiego ryzyka ciążowo-porodowego) oraz dzieci o zaburzonym rozwoju psychomotorycznym. Czas oczekiwania na to świadczenie wynosi od 0 do 40 dni.

Powód powinien być rehabilitowany 7 dni w tygodniu. Fizjoterapeuta powinien do niego do domu przychodzić 4 razy w tygodniu, natomiast 3 razy na tydzień zabiegi te mogą wykonywać rodzice. Powodowi nie przysługuje rehabilitacja domowa w ramach umowy z NFZ, wobec czego fizjoterapeuta jest opłacany prywatnie - 1 godz. terapii kosztuje od 60 do 100 zł, w zależności od stopnia kwalifikacji fizjoterapeuty. Rehabilitacja domowa powinna być okresowo uzupełniana przez usprawnianie w placówkach specjalistycznych rehabilitujących dzieci z niepostępującym uszkodzeniem OUN. Takie usprawnianie, w pełni refundowane przez NFZ, może być przeprowadzone stacjonarnie w Oddziałach Rehabilitacji Pediatrycznej oraz ambulatoryjnie w Poradniach dla Dzieci z Zaburzeniami Wiekowego Rozwojowego. Limity finansowe NFZ powodują jednak konieczność uzgadniania przyjęcia do tych placówek z odpowiednio dużym wyprzedzeniem. Uzupełnieniem terapii rehabilitacyjnej są 2 tygodniowe turnusy kompleksowej rehabilitacji w wyspecjalizowanych ośrodkach na terenie kraju, w cenie około 3.800 zł za dziecko niepełnosprawne

i 1.500 zł za opiekuna, z możliwością dopłaty PFRON, jeśli są spełnione określone kryteria dochodowe. Dla dzieci ze znacznymi ubytkami psychoruchowymi w wyniku niepostępującego uszkodzenia OUN istnieje możliwość nier refundowanej przez NFZ 28-dniowej indywidualnej rehabilitacji z użyciem tzw. kombinezonu kosmicznego, jednak jej koszt to 12.000 zł. Terapia w komorze izobarycznej zmniejsza w niektórych przypadkach spastyczność, którą można też zmniejszyć farmakologicznie oraz pionizowaniem i tlenoterapią. Komora hiperbaryczna jest natomiast rzadko stosowana z uwagi na wysokie koszty, a nieopłatanie dostępne są tylko w G.. Pozytywne skutki przynosi hipoterapia, która jest odpłatna – ok. 30 zł za 15 min. zajęć, a powinna się odbywać w tolerowanej przez dziecko częstotliwości. Hipoterapia, ani rehabilitacja z użyciem tzw. kombinezonu kosmicznego nie jest i nie była finansowana ze środków publicznych. Nie jest też świadczeniem gwarantowanym, określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2009 nr 140 poz. 1145 ze zm.). Tego rodzaju zabiegów nie zawierają również katalogi zabiegów fizjoterapeutycznych, które stanowią załączniki do zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

Powód korzystał z hipoterapii i terapii z innymi zwierzętami. Pies przychodził do niego raz w tygodniu - koszt takiej terapii to 50 zł za wizytę.

Do prowadzenia niezbędnej rehabilitacji powoda konieczne są:

- wózek inwalidzki dziecięcy z podparciem głowy, klinem i ruchomym oparciem w cenie od 2.000 do 10.000 zł (w zależności od wyposażenia wózka), refundowany przez NFZ w 100% do limitu 1.800 zł, 1 raz na 3 lata. W pozostałej części może być dofinansowany w 80% przez PEFRON w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się. Gwarancja jest 1 roczna, w następnych 2 latach NFZ refunduje naprawy do kwoty 570 zł;
- parapodium z regulowanym kątem nachylenia, refundowane przez NFZ w 100% do limitu 3.000 zł, 1 raz na 5 lat;
- ortezy stawowe do czasowego leczenia, refundowane przez NFZ w 70% do limitu 200 zł;
- obuwiu ortopedyczne w cenie około 150 zł, przyznawane raz do roku lub częściej, jeśli stopa urośnie, NFZ pokrywa 70% ceny;
- materac przeciwoodleżynowy refundowany przez NFZ w 70% do limitu 550 zł, 1 raz na 4 lata;
- wysoka sznurówka półszyćna z podpaszkami refundowana przez NFZ w 100% do limitu 500 zł, jeden raz na 5 lat;
- pieluchomajtki w cenie 1,50 zł, 60 szt. miesięcznie refundowane przez NFZ w 70%.

Konieczny sprzęt do rehabilitacji to także piłki rehabilitacyjne w cenie 143 zł; wałki, półwałki i kliny - komplet - 850 zł; materac rehabilitacyjny w cenie 310 zł.

Rodzice zakupili powodowi wałek i piłkę do ćwiczeń, gdy miał rehabilitowaną rękę. Nabyli także matę do hydromasażu, materac i kołderkę. Łącznie na ten sprzęt wydatkowali kwotę ok. 1.000 zł. Na wózek rodzice powoda wydatkowali kwotę 4.000 zł.

Stan neurologiczny powoda nadal jest poważny, sam nie siedzi, a jedynie próbuje podnieść główkę, gdy mu opadnie do przodu. Zjada wszystkie posiłki łyżeczką, jest jednak dopajany sondą. Rokowanie co do uzyskania samodzielnej lokomocji i samoobsługi jest złe. Prognozowanie, co do siadania jest niepewne, uzależnione od postępów rehabilitacji zmierzającej do wygaszania patologicznych odruchów postawy i wykształcania nowych, zbliżonych do prawidłowych wzorców ruchowych w zakresie statomotoryki. Rehabilitacja ze względu na ciężkie uszkodzenie OUN powinna być prowadzona przez całe życie powoda, codziennie, w zakresie dostosowanym do jego wydolności psycho-ruchowej. Nie wolno jej zaniechać nawet przy braku dalszej poprawy, aby utrzymać osiągnięty poziom i nie dopuścić do wystąpienia wtórnych objawów patologicznych, tzw. zespołu zaniechania, który w znacznym stopniu ograniczyłby podstawowe funkcje życiowe.

Małoletni M. P. zaliczony został do osób niepełnosprawnych, wymagających stałej i długotrwałej opieki lub pomocy innych osób, w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji. W okresie od 1 września 2007r. do 1 września 2008r. powód nie uzyskiwał żadnych świadczeń rodzinnych ani zaliczki alimentacyjnej. Matka powoda J. P. do dnia 31 grudnia 2009r. przebywała na urlopie wychowawczym celem sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem.

Powód nadal jest dzieckiem leżącym, bez kontaktu słowno - logicznego ani wzrokowego, pozytywnie reagującym na wrażenia dotykowe i przytulanie. Reaguje na rodziców i rozpoznaje ich. Gdy otrzyma dużą ilość leków nie ma żadnej reakcji. M. P. nie jest w stanie wykonywać żadnych czynności sam. Potrafi całymi dniami płakać, trzeba go wówczas nosić, bujać, pocieszać. Jego stan neurologiczny jest poważny. Jest mało aktywny ruchowo, wiotki i nie siedzi samodzielnie, słabo trzyma głowę. Widoczny jest u niego stały oczopląs. Zjada wszystkie posiłki łyżeczką jest jednak dopajany sondą także w nocy. Czasami, aby podać płyny, matka zakłada mu sondę w nocy co godzinę. W ten też sposób podawane mu są leki. Chłopiec nie jest w stanie przyjąć leków doustnie. Zalega mu w drogach oddechowych duża ilość wydzieliny, którą trzeba mu odsysać ssakiem. Gdy jest chory całe noce trzeba go oklepywać i odsysać wydzielinę.

Matka powoda opiekę nad nim sprawuje także w nocy. Dziecko w nocy nie śpi, z uwagi na częste napady padaczkowe. Z uwagi na ten ciężki stan neurologiczny powoda, do chwili obecnej nie została zlikwidowana stomia. Występują zaburzenia ze strony układu pokarmowego, dziecko ma częste biegunki.

Z czasem coraz trudniej opiekować się powodem, gdyż jest coraz większy. Matka nie jest już w stanie sama go wykąpać. Obawia się, że nie utrzyma go w rękach podczas napadów padaczkowych. W trakcie takich napadów chłopiec sztywnieje, skręca głowę w jedną stronę, a skurcze mięśni są na tyle duże, że płacze z bólu.

M. P. wymaga obecnie na stałe opieki osób trzecich w wymiarze całodobowym w zakresie wszystkich czynności życiowych. Jedno z rodziców powinno poświęcić cały swój czas, życie zawodowe, żeby zaopiekować się powodem.

Powód jest codziennie rehabilitowany, przy czym dwa razy w tygodniu przez rehabilitantkę, a w pozostałe dni przez rodziców. Z uwagi na jego stan w pewnych okresach czasu niemożliwe jest prowadzenie rehabilitacji w sposób ciągły. Pomimo to powód musi być cały czas stymulowany. Rodzice zajmują się nim codziennie, a przede wszystkim jego matka, która nie pracuje - jest na przedłużonym urlopie wychowawczym. Pomagają im też dziadkowie powoda, szczególnie gdy rodzice gdzieś wychodzą. Cały czas trzeba do powoda mówić, śpiewać, puszczać muzykę, dawać do ręki przedmioty. Gdy chłopiec jest przytulany to uspokaja się.

Wysokość stawki pełnej odpłatności za usługi opiekuńcze PKPS wynosiła od stycznia 2009r. do czerwca 2009r. - 7,50 zł/godz., natomiast od lipca 2009r. do chwili obecnej - 9,50 zł/godz. Stawka jednej roboczogodziny w soboty niedziele i święta wynosi 100% więcej niż w dni robocze.

U powoda jest stosowana przez rodziców dieta ketogeniczna. Komputer wylicza poszczególną ilość składników, którą się odmierza i podaje dziecku. Jest to dieta wysokołuszczowa. Powód jest nadto uczulony na białko krowie i rodzice nie mogą korzystać z preparatów gotowych dostępnych na rynku, tylko muszą je sami przygotować. Podstawą tej diety jest kolagen, którego koszt miesięczny wynosi ok. 60 zł (30 zł co dwa tygodnie). Dla zastosowania tej diety trzeba było kupić komputer i wagę, które kosztowały 3.000

- 3.500 zł. Na skutek zastosowanej diety napady padaczkowe zmniejszyły się z 300 dziennie do około 100 dziennie.

Występująca u powoda blizna kończyny górnej lewej pozostaje w związku przyczynowym z martwicą skóry, do której doszło we wczesnym okresie niemowlęcym w wyniku pozanaczyniowego podania dwuwęglanu (wodorowęglanu sodu). Blizna ta powoduje przykurcz w stawie łokciowym, uniemożliwiający wyprost kończyny górnej lewej w tym stawie, z 42%-owym ograniczeniem ruchomości, wobec tego zaburzenia czynnościowego oszpecenie wyglądu, które blizna ta jednocześnie powoduje, jest obecnie kwestią drugorzędną, także zważywszy na zasadnicze problemy zdrowotne występujące u powoda, które są niezwykle poważnymi problemami neurologicznymi. Blizny tej nie da się nigdy w pełni usunąć, co wynika z ogólnego rokowania co do obecności i wyglądu blizn. Rokowanie to jest

zawsze niepomyślne, ponieważ nie da się usunąć chirurgicznie żadnej istniejącej już blizny bez pozostawienia następnej blizny pooperacyjnej. Znaczna rozległość blizny u powoda w obrębie kończyny górnej jest zdecydowanym przeciwwskazaniem do jej usuwania; taki zabieg wymagałby wycięcia istniejącej blizny i ponownego pokrycia ubytku wolnym przeszczepem skóry, co wiąże się z koniecznością jego pobrania z innej okolicy ciała (pośladka lub uda), a więc z wytworzeniem dodatkowo nowej rany pooperacyjnej, przy czym z całą pewnością przy założeniu, że gojenie będzie niepowikłane (a założenia takiego nie można nigdy przyjąć za pewnik), blizna po ponownym wolnym przeszczepie skóry będzie zawsze rozleglejsza niż blizna obecna, co sprawia, że takie, hipotetycznie możliwe postępowanie operacyjne jest ze swego założenia, wobec przewidywanego braku poprawy wyglądu blizny, całkowicie niecelowe.

Jedynie ewentualnie celowymi zabiegami chirurgiczno-plastycznymi u powoda, są zabiegi „zwalniania” przykurczu bliznowatego, których celem byłoby przywrócenie pełnego wyprostu w stawie łokciowym, ponieważ długotrwałe przykurcze w stawach powodują powstanie w ich obrębie nieodwracalnych zmian zwyrodnieniowych, uniemożliwiających ich normalne funkcjonowanie w przyszłości poprzez zniesienie pełnej ruchomości w zakresie stawu, który objęty jest długotrwałym przykurczem, pomimo nawet późniejszego, lecz już zbyt późnego, zlikwidowania przykurczu. Zabieg taki polega na zniesieniu napięcia blizny powodującej przykurcz poprzez jej wydłużenie, co możliwe jest do osiągnięcia techniką „z-plastyki” (przemieszczenie trójkątnych płatów wytworzonych w obrębie blizny) lub poprzez „doszczepianie” małych płatków wolnych przeszczepów skóry, których pobranie wymaga niewielkich relatywnie ran skórnych (zwykle brzucha w okolicy pachwinowej) podlegających pierwotnemu zszyciu. Czasami obie techniki łączy się w jednym zabiegu operacyjnym. Gdy do powstania przykurczu bliznowatego stawu dochodzi u osoby dorosłej, po zakończonym okresie wzrostu osobniczego, to do trwałego zwolnienia przykurczu bliznowatego dochodzi po jednym takim zabiegu operacyjnym plastyki blizny. Jednak gdy do powstania przykurczu bliznowatego stawu dochodzi w dzieciństwie, w okresie trwającego wzrostu osobniczego, to zabiegi takie wymagają okresowej powtarzalności, ponieważ możliwości wzrostu blizny są bardzo ograniczone, nieproporcjonalnie mniejsze w stosunku do naturalnego wzrostu dziecka, co powoduje, że zwolnienie przykurczu bliznowatego we wcześniejszym okresie dzieciństwa jest tylko okresowe. W miarę dalszego wzrostu dziecka przykurcz taki ponownie występuje i wymaga ponownego, kolejnego zabiegu. Biorąc pod uwagę, że powód obecnie jest w wieku 2,5r. można z pewnością założyć, że takich zabiegów u niego do 18 roku życia musiałyby być minimum 5 w odstępach trzyletnich, lecz nie można wykluczyć, że potrzebnych byłoby ich nawet dwukrotnie więcej. Biorąc natomiast pod uwagę, że zabiegi te wymagają w tym okresie życia znieczulenia ogólnego (choć u pacjentów dorosłych z powodzeniem mogą być przeprowadzane w znieczuleniu miejscowym) i zważywszy na zasadnicze problemy zdrowotne powoda (uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego) i jego tragiczną przeszłość „anestezjologiczną” można raczej mówić o przeciwwskazaniach do dalszych, częstych znieczuleń ogólnych, tym bardziej, że w stosunku do jego zasadniczych problemów zdrowotnych (opóźnienie rozwoju, spastyczność mięśni, padaczka) perspektywa ograniczenia ruchomości w stawie łokciowym staje się problemem zdrowotnym całkowicie drugorzędym, pozbawionym większego znaczenia w porównaniu z problemami zasadniczymi. Powód wymaga stałej opieki osób trzecich z przyczyn neurologicznych, jego zdolności do samoobsługi w przyszłości są problematyczne, a więc brak pełnej ruchomości w stawie łokciowym nie będzie miał żadnego istotnego znaczenia w stanie przewidywanego w przyszłości całkowitego braku możliwości samoobsługi. Zabiegi operacyjne okresowego zwalniania przykurczu bliznowatego (co do których przeprowadzania przy obecnym stanie zdrowia powoda brak jest istotnych wskazań) refundowane są przez NFZ.

Biorąc pod uwagę całokształt obecnego stanu zdrowotnego powoda, optymalnym z punktu widzenia chirurgii plastycznej rozwiązaniem problemu powstałego u powoda przykurczu bliznowatego jest długotrwała, stała i systematyczna pielęgnacja tej blizny (powodującej przykurcz stawu łokciowego) maściami witaminowymi (linomag, dermosan) i leczniczymi (Contratubex), oraz systematyczna fizykoterapia (masaże i laseroterapia blizny). Zabiegi te, a także częściowo maści były już u powoda stosowane, lecz krótkotrwałe i tylko okresowo. Maści lecznicze i witaminowe oraz zabiegi laseroterapii blizn są w procedurze leczenia ambulatoryjnego w warunkach domowych odpłatne, ich miesięczny koszt (zalecanych maści i zalecanych zabiegów) według cen obecnych wynosi około 400 zł miesięcznie w dalszym przewidywanym okresie 15-to letnim (czyli do ukończenia przez powoda minimalnego okresu wzrostu osobniczego). Miesięczny koszt laseroterapii to kwota 300 zł, natomiast miesięczny koszt maści to 100 zł. Około godziny dziennie trzeba poświęcić na masaż rączki powoda maściami i na dojazd. Laseroterapia odbywa się seriami

po 10 min. przez 20 dni. Dziecko musi być dowożone na takie zabiegi. Leczenie blizn nie jest refundowane przez NFZ, który odmawia także udzielenia promes na takie leczenie.

Rodzice powoda na maści lecznicze do pielęgnacji miesięcznie wydatkują kwotę 100 zł. Kupują nadto leki wspomagające (Melatonina, Frizjum Omega Med.), których miesięczny koszt wynosi 100 zł. Koszt zabiegów laseroterapii to 300 zł miesięcznie.

Powód korzysta także z nierefundowanych wizyt lekarskich. Są to wizyty u ortopedy, z uwagi na zwichnięty staw biodrowy. Na wizyty u lekarzy oraz komorę hiperbaryczną przez 4 lata rodzice powoda wydatkowali kwotę 10.000 zł. Sondy i cewniki do odsysania kosztują miesięcznie 100 zł. Czasami też rodzice opłacają powodowi prywatne badania, takie jak wideo eeg, czy badania krwi. Powód jest leczony w różnych miejscach: we W., K., C. czy W.. Średniomiesięczne koszty dojazdów oscylują wokół kwoty 700 zł. Na leczenie powoda wożą rodzice samochodem marki F. (...) o pojemności silnika 1.500 cm³.

Rodzice powoda poszukują różnych sposobów jego rehabilitacji, aby poprawić jego jakość życia. Koszt jego rehabilitacji w Niemczech to kwota od 4.000 zł do 80.000 zł.

Z uwagi na zaburzenia snu rodzice unikają leczenia chłopca w szpitalu. Boją się także zakażenia szpitalnego, ze względu na jego obniżoną odporność.

W trakcie pobytów powoda w pozwanym szpitalu placówka była ubezpieczona w zakresie odpowiedzialności cywilnej za szkody związane ze swoją działalnością w pozwanym towarzystwie (...) S.A. w W. do sumy gwarancyjnej 250.000 zł, pomniejszonej o udział wkładu własnego szpitala oraz franszyzę redukcyjną tj. do kwoty 236.500 zł. W dniu 21 października 2008r. pozwane towarzystwo uznało swoją odpowiedzialność gwarancyjną i wypłaciło kwotę 236.500 złotych na wskazany rachunek bankowy.

W świetle powyższych ustaleń Sąd Okręgowy w znacznej części uwzględnił powództwo, zasądzając na rzecz powoda kwotę 513.000 złotych zadośćuczynienia, ponad kwotę wypłaconą przez ubezpieczyciela. Sąd Okręgowy stwierdził bowiem, że pozwany szpital ponosi względem powoda odpowiedzialność za negatywne następstwa opisanego zdarzenia sprawczego na podstawie art. 430 kc, czego ostatecznie strona pozwana nie kwestionowała.

Roszczenie o zadośćuczynienie Sąd uwzględnił podstawie art. 445 § kc. Przy określeniu wysokości zasądzonego zadośćuczynienia Sąd miał na względzie, że wskutek niewłaściwego podłączenia kroplówki skutkującego wynacznieniem sodki, a następnie nieodpowiedniej opiece i zbyt późnej reanimacji po zabiegu ostrzyknięcia hialuronidazą u powoda nastąpiła niewydolność krążeniowo - oddechowa skutkująca następowym, ciężkim uszkodzeniem centralnego układu nerwowego. U powoda obecnie występuje znacznego stopnia opóźnienie rozwoju psychoruchowego pod postacią niedowładu spastycznego czterokończynowego w przebiegu niedokrwienia i niedotlenienia OUN oraz padaczki objawowej. Dziennie dochodzi u niego do nawet 300 ataków padaczki. Jest on dzieckiem leżącym bez kontaktu słowno

- logicznego, ani wzrokowego, sam nie siedzi, a jedynie próbuje podnieść głowę. Małoletni M. P. nie wykonuje żadnych czynności sam, jest mało aktywny ruchowo i wiotki. Potrafi płakać całymi dniami i trzeba go wówczas nosić, bujać i przytulać. Widoczny jest u niego stały oczopląs. Zjada wszystkie posiłki łyżeczką jest jednak dopajany sondą także w nocy. W nocy nie śpi z uwagi na częste napady padaczkowe. Czasami, aby podać płyny, matka zakłada mu sondę w nocy co godzinę. W ten też sposób podawane mu są leki. Chłopiec nie jest w stanie przyjąć leków doustnie. Zalega mu w drogach oddechowych duża ilość wydzieliny, którą trzeba mu odsysać ssakiem.

Zasądzając określoną kwotę zadośćuczynienia Sąd Okręgowy miał na względzie także, iż wprawdzie rokowania na przyszłość co do życia powoda są dobre, lecz co do rozwoju złe. Tym bardziej, że powód właściwie nie ma szansy na odzyskanie pełnej sprawności psychofizycznej. Zaś przed zabiegiem ostrzyknięcia hialuronidazą poza lewą rączką rozwijał się prawidłowo. Powód zaczął się nawet posługiwać tą rączką, jednak nadal była ona cieńsza od drugiej. W wieku 9 miesięcy chłopiec zaczął raczkować, a jego rozwój był prawidłowy. Natomiast po zabiegu i spóźnionej reanimacji stan zdrowia powoda uległ drastycznej zmianie. Stał się dzieckiem zupełnie niesamodzielnym,

niesiedzącym z widocznym opóźnieniem do swojego wieku. Do chwili obecnej nie nastąpił właściwie żaden postęp w tym zakresie poza nabyciem umiejętności jedzenia łyżeczką, niestety pić nie potrafi sam i jest dopajany sondą. Nie bez znaczenia dla Sądu pozostawał również fakt, iż do błędu lekarskiego w przypadku powoda doszło dwukrotnie. Za pierwszym razem podczas wynacznienia się kroplówki, skutkującego martwicą skóry i zanikiem mięśni lewej ręki w dole łokciowym, a za drugim razem po zabiegu ostrzyknięcia hialuronidazą, kiedy to skutki błędu były tragiczne i nieodwracalne. Powód z dziecka rozwijającego się w miarę normalnie zmienił się w dziecko, które nigdy nie będzie miało szans na normalne życie. Jego trwałe uszczerbek na zdrowiu wyniósł 110 %.

Biorąc zatem pod uwagę rozmiar krzywdy doznanej przez powoda na skutek błędów w sztuce lekarskiej, polegających na pozanaczyniowym podaniu preparatu dożylnego oraz spóźnionej reanimacji po zabiegu ostrzyknięcia hialuronidazą, zasądzoną na rzecz powoda tytułem zadośćuczynienia kwotę wraz z wypłaconą już z tego tytułu powodowi kwotą 236.500 złotych, Sąd Okręgowy uznał za umiarkowaną, lecz zasadną i adekwatną do rozmiaru doznanej krzywdy.

O odsetkach ustawowych Sąd orzekł na podstawie art. 481 kpc, mając na uwadze zgłoszone żądanie ich zasądzenia oraz daty wymagalności w zależności od dat modyfikacji powództwa. Sąd zasądził zatem odsetki od wypłaconej kwoty 236.500 zł za okres od dnia 17 kwietnia 2008r. (data doręczenia wezwania do zapłaty) do dnia 21 października 2008r. oraz od kwoty 263.500 zł od dnia 17 kwietnia 2008r. (data doręczenia wezwania do zapłaty) do dnia zapłaty i od kwoty 250.000 zł od dnia rozszerzenia powództwa, tj. od dnia 2 grudnia 2011r. do dnia zapłaty.

Sąd Okręgowy w całości uwzględnił żądania powoda o rentę z tytułu zwiększonych potrzeb, mając na względzie, że powód dochodził z tego tytułu kwoty po 4.500 zł miesięcznie, zaś same koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, koszty rehabilitacji i dojazdów, a także prywatnych wizyt lekarskich nier refundowanych przez NFZ wyczerpują tę kwotę. Sąd w punkcie 1 b Sąd zasądził skapitalizowaną rentę w wysokości 13.500 zł za okres od dnia 1 lutego 2008r. do 30 kwietnia 2008r. (4.500 zł x 3 miesiące). O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 kpc, uwzględniając żądanie strony powodowej i wymagalność roszczenia.

W punkcie 1 c sentencji wyroku Sąd orzekł o skapitalizowanej rencie w wysokości 72.000 zł za okres od dnia 1 lutego 2008r. do dnia 31 stycznia 2011r., uwzględniając dodatkowo kwotę 2.000 zł. za każdy miesiąc, co do którego strona powodowa rozszerzyła powództwo w zakresie renty pismem z dnia 3 stycznia 2011r., doręczonym stronie przeciwnej w dniu 25 stycznia 2011r. Zatem od dnia następnego wymagalne stały się dodatkowe kwoty po 2.000 zł miesięcznie ponad kwotę 4.500 zł miesięcznie i od tej daty Sąd zasądził odsetki od kwoty 72.000 zł. Kwotę po 2.000 zł miesięcznie ponad kwotę 4.500 zł zasądzoną w punkcie 1 b za wskazany okres od dnia 1 lutego 2008r. do dnia 31 stycznia 2011r. Sąd uznał za zasadną z uwagi na zwiększone potrzeby powoda w tym okresie, które bez wątplenia przekroczyły zasądzoną kwotę 4.500 zł w punkcie 1 c. Dowodzi tego okoliczność, że rodzice powoda jeździli z nim na leczenie do W. ponosząc koszty noclegu w kwocie 3.000 zł za miesiąc pobytu oraz do W. ponosząc koszty hotelu i dojazdów. Koszty rehabilitacji w komorze izobarycznej, a także hipoterapii i terapii z psem ponoszone przez rodziców Sąd I instancji również uznał za w pełni uzasadnione. Nadto koszty utrzymania powoda, zdaniem Sądu, zwiększała konieczność stosowania diety ketogenicznej. Do zastosowania tej diety potrzebny był komputer, który wylicza proporcje składników żywieniowych oraz waga do dokładnego ich odmierzenia. Powód jest dzieckiem leżącym i konieczne jest stosowanie pieluchomajtek, które - jak wynika z opinii biegłego - stanowią miesięczny koszt 90 zł, który w 70% jest refundowany przez NFZ. Rodzice zakupili powodowi jeszcze przed zabiegiem ostrzyknięcia hialuronidazą piłki rehabilitacyjne w cenie 143 zł, wałki, półwałki i kliny - komplet 850 zł oraz materac rehabilitacyjny za 310 zł.

Wobec powyższego Sąd Okręgowy zasądził kwotę 72.000 zł tytułem pozostałej renty skapitalizowanej za okres od dnia 1 lutego 2008r. do dnia 31 stycznia 2011r. (36 miesięcy x 2.000 zł).

Nadto mając na uwadze wnioski opinii biegłego neurologa, w świetle której powód wymaga obecnie na stałe opieki w wymiarze całodobowym

w zakresie wszystkich czynności życiowych, w tym także w nocy, chociażby w celu podłączenia sondy, czy uspokojenia podczas napadów padaczkowych, Sąd Okręgowy uznał, że zwiększone potrzeby powoda obejmują również koszty opieki w wymiarze po 16 godzin na dobę, jako że dziecko przez 8 godzin na dobę śpi i to niezależnie, czy ma to miejsce w dzień, czy też w nocy. Zatem uznając za zasadny wymiar 16 godzin opieki na dobę, przy uwzględnieniu stawki 7,50 zł za godzinę do końca czerwca 2009r., tj. kwotę 3.600 zł miesięcznie, natomiast od lipca 2009r. przy stawce opieki 9,50 zł za godzinę, tj. kwotę 4,560 zł miesięcznie (30 dni x 7,50 zł x 16 godz. = 3.600 zł oraz 30 dni x 9,50 x 16 godz. = 4.560 zł), Sąd Okręgowy zasądził tytułem renty na zwiększone potrzeby kwotę po 4.500 zł miesięcznie od dnia 1 lutego 2008r. do dnia 31 stycznia 2011r., natomiast od dnia 1 lutego 2011r. w kwocie po 6.500 zł miesięcznie.

Zasądzając powyższe kwoty Sąd uwzględnił także konieczność uczestnictwa powoda w turnusach rehabilitacyjnych 2 razy do roku po 2 tygodnie oraz miesięczną rehabilitację w kombinezonie. W tym okresie łącznie dwumiesięcznym powód nie przebywa w domu i rodzice nie ponoszą zwiększonych kosztów na potrzeby powoda. Uznając zatem, że zwiększone koszty powoda - jak wskazała strona powodowa - wynoszą 8.000 zł miesięcznie, to przez 10 miesięcy faktycznego przebywania powoda w domu daje to kwotę 80.000 zł, co podzielone przez 12 miesięcy daje średniomiesięcznie w skali roku kwotę 6.500 zł i taką też kwotę Sąd zasądził tytułem renty na zwiększone potrzeby od dnia 1 lutego 2011r. i na przyszłość. O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 kpc, uwzględniając żądanie strony powodowej i wymagalność roszczenia.

W punkcie 2 wyroku Sąd Okręgowy oddalił żądanie strony powodowej w zakresie przekraczającym kwotę po 6.500 zł miesięcznie uznając je za bezzasadne i nieudowodnione. Tym bardziej, że powód wykazał, iż jego zwiększone potrzeby wynoszą po 8.000 zł miesięcznie i takiej też kwoty się domagał. Zaś uwzględniając fakt, że potrzeby powoda są faktycznie zaspakajane przez rodziców przez 10 miesięcy w roku, co daje 80.000 zł rocznie, gdyż powód przebywa na różnych turnusach rehabilitacyjnych przez 2 miesiące w roku, to kwotę 80.000 zł Sąd podzielił przez 12 miesięcy, uzyskując uśrednioną sumę 6.500 zł miesięcznie.

Sąd oddalił też wytoczone powództwo w całości wobec pozwanego (...) S.A. w W. jako niezasadne, gdyż pozwane towarzystwo spełniło żądanie w zakresie swojej odpowiedzialności gwarancyjnej.

W przedmiocie kosztów postępowania Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 100 kpc zdanie drugie, tj., w myśl zasady stosunkowego rozliczenia tych kosztów, przy przyjęciu jednak, że powód uległ tylko, co do nieznaczącej części swojego żądania. W konsekwencji na podstawie art. 102 kpc Sąd nie obciążył powoda obowiązkiem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego pozwanego (...) S.A. w W. oraz należnymi kosztami sądowymi, z uwagi na dramatyczną sytuację życiową powoda.

Pozwany SP ZOZ (...) Szpital (...) im. M. U. Medycznego w Ł. zaskarżył powyższy wyrok apelacją, **w części** zasądzonej na rzecz powoda kwotę 350.000 złotych tytułem zadośćuczynienia, tj. ponad **kwotę 163.500 złotych** z ustawowymi odsetkami od dnia 17 kwietnia 2008r. (pkt 1 a wyroku), oraz w zakresie 2.500 złotych zasądzonej tytułem renty na zwiększone potrzeby, tj. **ponad kwotę 4.000 złotych** z tego tytułu z ustawowymi odsetkami od dnia 1 lutego 2008r. (pkt 1 b, c, d wyroku), zarzucając naruszenie zarówno prawa:

I. procesowego, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, tj.:

1) art. 233 § 1 kpc w zw. z art. 328 § 2 kpc, poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, polegające na ustaleniu wysokości renty bez poddania krytycznej ocenie żądanych kwot i przyjęciu, że powód w sposób ciągły korzysta ze wszystkich form terapii;

2) bezpodstawne zasądzenie skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia 1 lutego 2008r. do dnia 30 kwietnia 2008r. (pkt 1 b wyroku) wobec jednoczesnego zasądzenia kwoty renty na zwiększone potrzeby od dnia 1 lutego 2008r. (pkt 1 d wyroku);

II. jak i prawa materialnego, poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, tj.:

1) art. 445 § 1 kc wobec przyjęcia, że zasądzona przez Sąd I instancji kwota 513.500 złotych zadośćuczynienia stanowi kwotę odpowiednią, biorąc pod uwagę wszystkie okoliczności niniejszej sprawy;

2) art. 444 § 2 kc, przez przyjęcie, że zasądzona kwota renty na zwiększone potrzeby odpowiada ponoszonym usprawiedliwionym kosztom utrzymania powoda.

W konkluzji apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie zgłoszonego żądania **ponad kwotę 163.500** złotych z tytułu zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 17 kwietnia 2008r. oraz **ponad kwotę 4.000** złotych tytułu renty na zwiększone potrzeby wraz z odsetkami ustawowymi od 1 lutego 2008r., a ewentualnie o uchylenie kwestionowanego wyroku w zaskarżonym zakresie i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

W odpowiedzi na apelację strona powodowa wniosła o jej oddalenie i zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja jest częściowo zasadna.

Podniesione w zgłoszonym środku odwoławczym zarzuty obraży zarówno prawa procesowego, jak i materialnego w odniesieniu do żądania zasądzenia zadośćuczynienia oraz renty na zwiększone potrzeby są co do zasady trafne.

Odnosząc się w pierwszej kolejności do roszczenia o zadośćuczynienie należy podnieść, że krzywda jako niematerialna szkoda na osobie ze swojej natury jest trudna do oszacowania w wartościach wymiernych ekonomicznie. Niemniej na podstawie bogatego orzecznictwa sądów powszechnych i Sądu Najwyższego przez lata wypracowano kryteria, w świetle których należy ustalać okoliczności determinujące rozmiar krzywdy, a w konsekwencji wymiar zadośćuczynienia, jako jej majątkowej rekompensaty.

W myśl art. 361 § 2 kc naprawieniu w całości podlega wszelka wyrządzona szkoda, w tym szkoda niemajątkowa na osobie. Kryteria istotne przy ustalaniu „odpowiedniej” sumy zadośćuczynienia to m. in.: rodzaj i stopień naruszonego dobra (zakres i rodzaj rozstroju zdrowia, czy naruszenia funkcjonowania narządów ciała), natura i czas trwania cierpień, wiek pokrzywdzonego, intensywność ujemnych doznań fizycznych i psychicznych, rokowania na przyszłość, konsekwencje uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego w życiu osobistym i społecznym, stopień winy sprawcy (wyrok SN z 20.04.2006r., IV CSK 99/05, opubl. w LEX nr 198509, wyrok SN z 10.06.1999r., II UKN 681/98, opubl. w OSNP 2000/16/626, wyrok SN z 18.12.1975r., I CR 862/75, opubl. w LEX nr 7781, wyrok SN z 13.03.1973r., II CR 50/73, opubl. w LEX nr 7228 wyrok SA w Katowicach z 3.11.1994r., III APr 43/94, opubl. w OSA 1995/5/41). Zadośćuczynienie z reguły określa się w pieniądzu, choć ma ono na celu naprawienie szkody niemajątkowej, wyrażającej się krzywdą w postaci cierpień fizycznych i psychicznych poszkodowanego, dlatego ustalając kwotę zadośćuczynienia należy mieć na uwadze rozmiar tych cierpień, związanych z zaistnieniem zdarzenia sprawczego, jak i niedogodności powstałe wskutek doznanych urazów oraz długotrwałego leczenia, a także trwałych negatywnych następstw określonego zdarzenia (wyrok SA w Białymstoku z 1.02.2005r., III APa 9/04, opubl. w OSAB 2005/2/40). Zadośćuczynienie należne osobie poszkodowanej deliktem ma na celu złagodzenie doznanych cierpień fizycznych i moralnych. Wysokość zadośćuczynienia musi zatem pozostawać w zależności od intensywności tych cierpień, czasu ich trwania oraz ujemnych skutków zdrowotnych, jakie osoba poszkodowana będzie zmuszona znosić w przyszłości (wyrok SN z 29.09.2004r., II CK 531/03, opubl. w LEX nr 137577). Przy czym stopień uszczerbku na zdrowiu nie może być przyjmowany jako jedyna przesłanka ustalenia wysokości zadośćuczynienia z tytułu trwałego inwalidztwa, spowodowanego zdarzeniem sprawczym. Nie można przecież pomijać czasokresu leczenia się powoda i odczuwania dolegliwości fizycznych, uczucia krzywdy spowodowanej ułomnością, a w konsekwencji utratą przyjemności i radości z życia, szans rozwoju, nauki, pracy, aktywnego udziału w życiu rodzinnym, wreszcie potrzeby samorealizacji, w praktyce utraty, bądź znacznego ograniczenia ogólnej zdolności do życia, a zwłaszcza do samodzielnej egzystencji (wyrok SN z 10.04.1974r., II CR 123/74, opubl. w LEX nr 7457).

Zatem z uwagi na ocenny charakter kryteriów ustalenia konkretnej kwoty tytułem zadośćuczynienia, jej określenie jest ze swej istoty objęte sferą swobodnej oceny sędziowskiej, co oczywiście nie może oznaczać dowolności (postanowienie SN z 27.07.2005r., II KK 54/05, opubl. w LEX nr 152495). Stąd określając wysokość należnego tytułem zadośćuczynienia świadczenia pieniężnego Sąd musi się kierować wskazanymi wyżej kryteriami, mając na uwadze całokształt okoliczności każdego rozpatrywanego przypadku.

Przy czym w tym miejscu należy podnieść, że na etapie postępowania apelacyjnego Sąd II instancji może dokonać korekt zasądzonego przez Sąd I instancji zadośćuczynienia tylko wtedy, gdy Sąd ten nie uwzględnił wszystkich okoliczności i czynników uzasadniających przyznane świadczenie, dopuszczając się tzw. „błędu braku” albo niewłaściwie ocenił całokształt tych - należycie ustalonych i istotnych okoliczności, popełniając tzw. „błąd dowolności” (wyrok SA w Lublinie z 10.05.2001r., II AKa 81/01, opubl. w OSA 2001/12/96). Stąd korygowanie przez Sąd II instancji zasądzonego zadośćuczynienia może być aktualne w zasadzie tylko wtedy, gdy przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy, mających wpływ na jego wysokość, jest ono niewspółmiernie nieodpowiednie, tj. albo rażąco wygórowane, albo rażąco niskie (wyrok SN z 18.11.2004r., I CK 219/04, opubl. w LEX nr 146356).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt analizowanego przypadku należy dostrzec, że choć stan zdrowia powoda jest faktycznie bardzo poważny i w praktyce nie rokuje istotnej poprawy, a powód pozostaje osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji, wymagającą przez cały czas, pełnej, intensywnej opieki i rehabilitacji, które nie gwarantują jednak poprawy jego stanu zdrowia, to pozwany szpital odpowiada jedynie za część negatywnych następstw zastosowanego w stosunku do powoda leczenia. Odpowiedzialność pozwanego szpitala ogranicza się bowiem do powikłań w stanie zdrowia powoda wynikających bezpośrednio z niewłaściwego podłączenia kroplówki, skutkującego wynaczynieniem sodki, a następnie nieodpowiednią opieką i podjęciem zbyt późno reanimacji (po zabiegu ostryknięcia oparzenia powoda na lewej ręce hialuronidazą), wskutek czego u powoda nastąpiła niewydolność krążeniowo – oddechowa, skutkująca ostatecznie ciężkim uszkodzeniem centralnego układu nerwowego. W efekcie niedotlenienia mózgu u powoda obecnie występuje znacznego stopnia opóźnienie rozwoju psychoruchowego pod postacią niedowładu spastycznego czterokończynowego w przebiegu niedokrwienia i niedotlenienia OUN oraz padaczki objawowej.

W tym miejscu należy dodatkowo podnieść, że uwadze Sądu Apelacyjnego nie umknął ogólnie poważny stan zdrowia dziecka wynikający prawdopodobnie z wrodzonej wady układu pokarmowo-wydalniczego i reperkusji tego schorzenia dla życia powoda, nie mniej okoliczność ta pozostawała poza zakresem odpowiedzialności pozwanej placówki. Nadto przy określaniu wielkości należnego – adekwatnego do poziomu doznanej przez powoda krzywdy – zadośćuczynienia, nie bez znaczenia pozostawała także postawa pozwanej placówki i jej ubezpieczyciela, którzy uznali zgłoszone roszczenie do faktycznej, górnej granicy sumy gwarancyjnej, wypłacając na rzecz powoda w październiku 2008r., a więc w przeciągu kilku miesięcy od zdarzenia szkodzącego kwotę 236.500 złotych. Kwota ta, zważywszy na zmiany wartości pieniądza, przy odniesieniu jej do średniego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w roku 2008 i w dacie orzekania, miała znacząco wyższą wartość niż obecnie (o około 15%). Dodatkowo przy wymiarze wysokości zadośćuczynienia Sąd Apelacyjny uwzględnił również postawę i zachowanie personelu pozwanej placówki, który zarówno w sytuacji perturbacji związanych z podłączeniem kroplówki, skutkującym wynaczynieniem sodki i poparzeniem powoda, jak i w sytuacji nieodpowiedniej opieki i podjęciem zbyt późno reanimacji w związku z pozabiegową niewydolnością krążeniowo – oddechową dopuścił się błędów w trakcie walki o utrzymanie przy życiu noworodka obciążonego krytycznymi dla życia chorobami, tj. wrodzoną ciężką infekcją oraz niedrożnością przewodu pokarmowego, a następnie w sposób właściwy, w zgodzie z zasadami sztuki lekarskiej podejmował wszelkie starania o ratowanie życia i zdrowia powoda w celu umniejszenia ewentualnych, negatywnych następstw zaistniałych zdarzeń.

Ponadto zdaniem Sądu Apelacyjnego z punktu widzenia zakresu odpowiedzialności pozwanego szpitala nie bez znaczenia pozostają także okoliczności, w których doszło do dwukrotnego wprowadzie błędu w wykonaniu właściwych świadczeń medycznych, lecz o charakterze bardziej technicznym, niż stricte medycznym (diagnostycznym, bądź terapeutycznym). Bowiem zarówno do niewłaściwego podłączenia kroplówki, skutkującego następnie wynaczynieniem sodki, a później do nieodpowiedniej, niedostatecznie czujnej opieki (po wykonaniu w znieczuleniu

ogólnym zabiegu ostrzyknięcia oparzenia powoda na lewej ręce hialuronidazą) i w efekcie podjęcia zbyt późno reanimacji powoda, wobec niewydolność krążeniowo – oddechowej, doszło nie tyle w wyniku błędów lekarzy, co ze względów organizacyjno – technicznych oraz niedostatecznego nadzoru pacjenta ze strony średniego personelu medycznego, w trakcie prowadzenia intensywnej terapii związanej z ratowaniem życia i zdrowia dziecka, tak bardzo obciążonego chorobowo, jak M. P..

Dodatkowo przy ocenie zakresu odpowiedzialności (wysokości należnego zadośćuczynienia) od pozwanego szpitala nie bez znaczenia, zdaniem Sądu Apelacyjnego, pozostaje także publiczno-prawny charakter tego podmiotu, rodzaj i cel wykonywanych zadań, w tym przede wszystkim udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych w ramach środków uzyskanych z NFZ i tym samym prowadzenie działalności o charakterze non profit. Uwadze Sądu Apelacyjnego nie mogła w tej sytuacji umknąć okoliczność, że wobec wyczerpania sumy gwarancyjnej w ramach zawartej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, pozwany szpital pozostała część zasądzzonego świadczenia (ponad kwotę 236.500 złotych) musi sfinansować ze środków własnych, tj. de facto ze środków uzyskiwanych z NFZ w celu finansowania świadczeń medycznych, a zatem w istocie kosztem pozostałych pacjentów wobec konieczności ograniczenia zakresu udzielanych świadczeń.

W konsekwencji Sąd Apelacyjny uznał, że kwota 263.500 złotych zasądzona tytułem zadośćuczynienia wraz z wypłaconą już powodowi dobrowolnie przez stronę pozwaną w 2008r. sumą 236.500 złotych z tego tytułu, tj. łącznie kwota 500.000 złotych, stanowić będzie adekwatną do krzywdy powoda rekompensatę pieniężną. Tym bardziej, że zadośćuczynienie – jak każda forma rekompensaty – powinno służyć przede wszystkim naprawieniu szkody i nie może stanowić źródła wzbogacenia poszkodowanego. Nadto zadośćuczynienie jako pieniężna forma rekompensaty szkody niemajątkowej (krzywdy) powinna pozostawać w rozsądnych granicach, z uwzględnieniem aktualnych warunków społecznych i realiów gospodarczych, stwarzając poszkodowanemu rzeczywiste możliwości eliminacji, względnie złagodzenia negatywnych następstw zdarzenia sprawczego. W ocenie Sądu wprawdzie w przypadku powoda żadna kwota pieniężna nie jest w stanie całkowicie zrekompensować doznanej krzywdy, jednak wskazana suma 500.000 złotych długotrwale zabezpieczy powodowi środki do istotnego niwelowania skutków opisanego zdarzenia. Zmniejszając w ten sposób zasądzoną przez Sąd I instancji tytułem zadośćuczynienia kwotę 513.500 złotych Sąd Apelacyjny uznał, że przyjęta przez ten Sąd łącznie tytułem zadośćuczynienia suma 750.000 złotych jest zbyt wygórowana, nadmierna - biorąc pod uwagę krzywdę powoda i przedstawione powyżej okoliczności analizowanego przypadku - pominięte przez Sąd Okręgowy.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie art. 386 § 1 kpc, Sąd Apelacyjny zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że zasądził od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) im. M. K. w Ł. na rzecz M. P. kwotę 263.500 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 17 kwietnia 2008r. do dnia zapłaty, tytułem zadośćuczynienia oraz odsetki ustawowe od kwoty 236.500 złotych, wypłaconej przez ubezpieczyciela, za okres od dnia 17 kwietnia 2008r. do dnia 21 października 2008r.

Natomiast w zakresie żądania renty za zwiększone potrzeby Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 386 § 1 kpc, także zmienił zaskarżony wyrok, zasądzając przy zachowaniu sposobu orzeczenia o rencie przyjętego przez Sąd Okręgowy, od pozwanego szpitala na rzecz powoda:

- kwotę 13.500 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 17 kwietnia 2008r., tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia 1 lutego 2008r. do dnia 30 kwietnia 2008r.;
- kwotę 72.000 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 26 stycznia 2011r., tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od dnia 1 lutego 2008r. do dnia 31 stycznia 2011r.;
- rentę na zwiększone potrzeby w kwotach po 4.500 złotych miesięcznie za okres od dnia 1 maja 2008r. do dnia 31 stycznia 2011r. oraz w kwocie po 6.500 złotych miesięcznie, poczynając od dnia 1 lutego 2011r., płatne w terminie do dnia 10-go każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat i oddalił powództwo o zapłatę w pozostałej części.

Orzekając w przedmiocie renty Sąd Apelacyjny zaakceptował konkluzję Sądu I instancji, zgodnie z którą należna powodowi renta na zwiększone potrzeby winna wynosić po 6.500 zł, za cały okres objęty pozwem i na przyszłość. Na kwotę tę składają się, koszy zakupu maści do pielęgnacji blizny lewej ręki – 100 zł, koszty laseroterapii blizny lewej ręki – 300 zł, wydatki na zakup leków wspomagających – 100 zł, rehabilitacja – 400 zł, psychoterapia – 400 zł, zajęcia z logopedą – 400 zł (wszystkie te zabiegi w świetle opinii biegłych, a wbrew stanowisku skarżącego szpitala, winny być prowadzone ciągle), koszt opieki osób trzecich w wymiarze 16 godzin na dobę (bez potrzeby szczegółowego uzasadniania stwierdzić wypada, że opieka nad dzieckiem o stanie zdrowia powoda w żaden sposób nie może być porównywana, jak czyni to strona apelująca, do opieki nad dzieckiem zdrowym) – 3600 w okresie do czerwca 2009r. i po 4.560 zł od lipca 2009r., wydatki na dojazdy do lekarzy, na zabiegi, koszty diety, zakup pieluch, sprzętu rehabilitacyjnego to koszt pozostałych wydatków dopełniających rozmiar usprawiedliwionych potrzeb powoda do wysokości 6.500 zł miesięcznie.

Jedyny błąd Sądu Okręgowego spowodowany specyficznym sposobem rozstrzygnięcia o rencie na zwiększone potrzeby w trzech punktach, w których okres trzech pierwszych miesięcy, tj. od 1 lutego 2008r. do 30 kwietnia 2008r. powtórzył się, polegał na tym, że zasądzona w zaskarżonym wyroku renta za ten właśnie okres wyniosła po 11.000 zł miesięcznie, w sytuacji, gdy powód dochodził z tego tytułu kwot po 8.000 zł miesięcznie. Tym samym w tej części, Sąd Okręgowy orzekł ponad żądanie, co w świetle art.321 § 1 k.p.c. było niedopuszczalne. Zmieniając zaskarżony wyrok, przy zachowaniu metody rozstrzygnięcia o rencie, przyjętej przez Sąd Okręgowy, Sąd Apelacyjny ograniczył zasądzoną rentę do kwoty po 6.500 zł miesięcznie, poprzez wyeliminowanie trzech pierwszych miesięcy, które obejmowała renta z punktu 1 d wyroku.

Zmiana zaskarżonego wyroku w powyższym zakresie implikowała konieczność zmiany rozstrzygnięcia o kosztach procesu obciążających pozwanego szpital i ich zmniejszenie do kwoty 6.775,48 złotych z tytułu zwrotu części kosztów procesu należnych powodowi oraz do kwoty 34.388,18 z tytułu części należnych kosztów sądowych.

W pozostałym zakresie na podstawie art. 385 kpc Sąd Apelacyjny oddalił apelację pozwanego szpitala jako bezzasadną.

Na podstawie art. 102 kpc w zw. z art. 108 § 1 kpc i art. 391 § 1 kpc, Sąd Apelacyjny nie obciążył powoda kosztami postępowania apelacyjnego, z uwagi na sytuację osobistą i materialną powoda, stan jego zdrowia oraz charakter niniejszego postępowania, uznając że okoliczności te świadczą, iż in casu zachodzi opisany w powołanym art. 102 kpc, przypadek szczególnie uzasadniony.