

Sygn. akt I ACa 937/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 czerwca 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSA Bogdan Świerczakowski (spr.)

Sędziowie: SA Barbara Trębska

SO (del.) Paulina Asłanowicz

Protokolant: Karolina Długosz

po rozpoznaniu w dniu 3 czerwca 2016 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa A. K.

przeciwko (...) SA V. (...) w W. i Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) we W.

z udziałem po stronie pozwanej interwenienta ubocznego (...) SA w Ł.

o zadośćuczynienie, odszkodowanie, rentę i ustalenie

na skutek apelacji pozwanego (...) SA V. (...) w W.

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 30 grudnia 2014 r., sygn. akt I C122/08

1. oddala apelację;

2. zasądza od (...) SA V. (...) w W. na rzecz A. K. kwotę 5400 zł (pięć tysięcy czterysta złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Barbara Trębska Bogdan Świerczakowski Paulina Asłanowicz

Sygn. akt I ACa 937/15

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 30 grudnia 2014 r. Sąd Okręgowy w Warszawie zasądził od pozwanych: (...) S. A. V. (...) z siedzibą w W. i Wojewódzkiego Szpitala (...) we W. na rzecz powoda A. K. tytułem zadośćuczynienia 2.000.000 zł z ustawowymi odsetkami: od kwoty 700.000 zł od 8 sierpnia 2012 r., od kwoty 1.300.000 zł od 30 grudnia 2014 r. do dnia zapłaty z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty oraz dodatkowym zastrzeżeniem dla pozwanego (...) S. A. V. (...) z siedzibą w W., że jego odpowiedzialność jest ograniczona do kwoty 1.000.000 zł (pkt I). Ponadto, określając w taki sam sposób zasadę odpowiedzialności obu pozwanych (in solidum) i kwotową granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela (1.000.000 zł), Sąd ten zasądził od pozwanych na rzecz powoda: odszkodowanie w wysokości 84.290,48 zł z ustawowymi odsetkami: od kwoty 34.784,58 zł od 8 sierpnia 2012 r., od kwoty 2.050 zł od 17 stycznia 2013 r., od kwoty 47.455,90 zł od 3

października 2014 r. (pkt II), rentę w wysokości: 5.070 zł za okres od 1 września 2006 r. do 30 września 2012 r., 14.330,30 zł za okres od 1 października 2012 r. do 31 sierpnia 2014 r. i 16.811,40 zł za okres od 1 września 2014 r. (pkt III). W punkcie IV Sąd ustalił odpowiedzialność pozwanych za mogące wystąpić w przyszłości, dalsze skutki na jego zdrowiu wynikające z błędów w sztuce medycznej popełnionych w dniu 30 lipca 2005 r., w punkcie VI oddalił powództwo w pozostałej części, w punkcie VII rozstrzygnął o kosztach między stronami a w punkcie VIII orzekł o nieuiszczonych kosztach sądowych.

Podstawa faktyczna rozstrzygnięcia jest następująca.

W dniu 27 lipca 2005 r. A. K. po przyjęciu na Oddział (...), (...) we W. poddany zostały operacyjnemu zabiegowi usunięcia migdałków: gardłowego i podniebiennych. Zabieg został przeprowadzony prawidłowo, wobec czego bez bezpośrednich powikłań śród - i pooperacyjnych powód został 28 lipca 2005 r. wypisany do domu z zaleceniami rutynowymi dotyczącymi diety płynno-papkowej przez 7 dni. Powód przez kolejne 2 dni czuł się źle i wymiotował, wobec czego ojciec dziecka w dniu 30 lipca 2005 r. w celu konsultacji zawiózł go do Oddziału (...), (...) we W.. Tam powoda przyjął Ordynator Oddziału - lekarz, który wykonywał zabieg usunięcia migdałków - B. Z. (1) i nie zbadawszy dokładnie A. K., bez przeprowadzenia podstawowych badań (morfologia, wskaźniki hematologiczne) i bez konsultacji z pediatrą, stwierdzając jedynie obrzęk okolic operowanych - odesłał go do domu. Po powrocie do domu u powoda doszło do kolejnej fali wymiotów skrzepniętą krwią. Matka wezwała pogotowie podając dyspozytorowi, że dziecko jest po operacji usunięcia migdałków i krwawi z górnych dróg oddechowych. Mimo takich informacji nie skierowano do powoda specjalistycznego ambulansu typu (...), lecz zwykły ambulans typu (...), jakim dysponowano w tym momencie. Powód leżał na podłodze, krwawił z ust, dławił się krwią, ale nie mógł jej wypluć, nie można było otworzyć mu buzi. Był bezwładny, nie było z nim kontaktu, oczka leciały mu do góry. Będąca członkiem personelu karetki pogotowia lekarz M. K. zastała powoda leżącego na podłodze i stwierdziła u niego krwawienie, o czym świadczyły ślady krwi w jamie ustnej i nosowej oraz w miejscu, gdzie leżał. Lekarka mimo posiadania zestawu do intubacji, nie podjęła podstawowych czynności ratunkowych jak odessanie górnych dróg oddechowych, intubacja. W tym czasie nie dokonano szybkiego przetoczenia płynów wyrównujących bilans. Podjęła decyzję o przewiezieniu powoda do szpitala bez zastosowania odsysania, monitorowania funkcji krążeniowo – oddechowych. W czasie jazdy lekarka poleciła kierowcy zawiadomienie laryngologicznej izby przyjęć o transporcie dziecka. W karetce znajdowały się urządzenia do ratowania życia defibrylator i zestaw do intubacji. Personel karetki nie podjął wymaganych czynności medycznych.

Gdy powoda przywieziono do Izby Przyjęć Laryngologicznej chwilę czekano na lekarza. Przybył Ordynator B. Z. (1) i zastał powoda nieprzytomnego, bez oddechu, niezaintubowanego. Stwierdził brak czynności serca i szerokie aktywne źrenice. Podjął decyzję o natychmiastowej reanimacji powoda, robił mu masaż serca. W szpitalu nie było ssaka do odsysania, więc wysłano kierowcę do karetki, a on przyniósł ssak po chwili. Okazało się, że w międzyczasie znaleziono ssak. Pojawiła się anestezjolog A. J., która zaintubowała i odśluzowała dziecko. Po około godzinie wróciło tętno, oddech jednak nie wrócił. Po godzinie reanimacji dziecko zostało przeniesione do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie przebywało do 25 sierpnia 2005 r. Następnie małoletni został przewieziony do Kliniki (...) w B. na 7 dni i trafił do Szpitala (...) na Oddział Neurologii z Pododdziałem (...).

Powód od 2005 r. do chwili obecnej przebywał w wielu szpitalach, na oddziałach rehabilitacyjnych, odbył liczne konsultacje specjalistyczne. W trakcie leczenia rozpoznano u niego ciężkie uszkodzenie mózgu w postaci encefalopatii niedotlenieniowej po nagłym zatrzymaniu krążenia i zabiegach resuscytacyjnych z masywnym upośledzeniem wielu funkcji neurologicznych i psychicznych, uszkodzenie funkcji wielu innych narządów i organów, w większości których uszczerbek wynosi 100%, a związane z nimi dolegliwości bólowe mają submaksymalne natężenie. Pewne są dalsze następstwa odległe zarówno w zakresie funkcji, jak i struktury, np. niewykształcenie zdolności, jakich nie miał powód przed zdarzeniem, upośledzenie funkcji ruchu, stawów, zwapnienia więzadeł i ścięgien, znaczne zaburzenia postawy, zaburzenia funkcji nerek, układu moczowego, zaburzenia funkcji sercowo – naczyniowego i zaburzenia orstazy. W przyszłości powód będzie wymagał leczenia farmakologicznego, ortopedycznego, neurochirurgicznego. Możliwe, że wystąpi konieczność poniesienia kosztów implantacji i utrzymania pompy baclofenowej powodującej zmniejszenie napięcia mięśniowego.

Stan powoda ustabilizował się na poziomie określanym jako stan minimalnej świadomości, choć powód często zapada na infekcje różnych układów, np. oddechowego. Aktualnie stan ogólny A. K. jest ciężki. Powód jest osobą leżącą, bez kontaktu słownego, ma otwarte oczy i usta, lecz jego reaktywność jest minimalna, mimika jest wygaszona, okresowo występują u niego skurcze mięśni twarzy, głowa skrzywiona jest w stronę prawą. Kontakt wzrokowy z nim jest sporadyczny, wodzenie obecne z celowością niepewną, występuje też hiperreaktywność na dźwięki. Powód nie mówi, wydaje zastępczo nieartykułowane dźwięki. U A. K. występuje znaczny niedowład spastyczny czterokończynowy, zespół rzekomo-opuszkowy, pęcherz neurogeny, zanik mózdzku, zaburzenia zwieraczy pochodzenia korowego, padaczka organiczna, uogólniona hiperkinetyka, powód nie kontroluje oddawania moczu, stolca. Istnieje u niego sztywność karku z ograniczeniem ruchomości, sporadycznie powód krztusi się śliną. W kończynach górnych u powoda jest uogólniona spastyka, występuje brak celowych ruchów dowolnych, a ułożenie kończyn jest wielostawowo przygięciowe. W badaniu odm okostnowo-ścięgnistych występuje zespół piramidowy. W kończynach dolnych powoda obraz ogólny jest dość podobny. U powoda zdiagnozowano skoliozę kręgosłupa, która bez odpowiedniej stymulacji może się ulegać dalszemu pogorszeniu. Powód ma problemy z utrzymaniem głowy, a brak stymulacji mięśni tułowia i jego stabilności będzie pogłębiał zmniejszoną aktywność głowy i szyi. Ma podwichnięte stawy biodrowe, głowa podpierana jest poduszkami. W zakresie funkcji intelektualnej występuje u niego regres rozwojowy, objawy głębokiego ośpienia, znaczny stopień zubożenia komunikacji werbalnej i pozawerbalnej z otoczeniem. Powód wymaga całodobowej opieki, wymaga karmienia brzuszego, odruchy brzuszne są zniesione, kończyny przykurczone. Powód porusza się na specjalnie skonstruowanym wózku inwalidzkim w pozycji półleżącej z zabezpieczeniami przed odleżynami, zmiana pozycji ciała możliwa jest przy użyciu specjalistycznego wózka. Problem sprawia codzienna jego pielęgnacja, powód jest całkowicie bierny przy tych czynnościach, staje się coraz większy i cięższy.

Stosowane u powoda leczenie ma charakter objawowy, tzn. ma na celu zapobieżenie napadom drgawkowym i zmniejszeniu napięcia mięśniowego. Zaburzenia kontroli korowej zwieraczy pęcherza moczowego i zwieracza odbytu wymagają stałego zabezpieczenia higienicznego.

Powód nie jest zdolny do samodzielnej egzystencji, wymaga całodobowej opieki w procesie leczenia i pielęgnacji. Zabiegi rehabilitacyjne (fizykoterapia, hipoterapia, terapia ręki, terapia metodami neurorozwojowymi, hydroterapia, logoterpia, muzykoterapia, psychoterapia, ćwiczenia rozluźniające, rozciągające kończyn górnych, dolnych, obręczy biodrowej, barkowej, ćwiczenia kontroli głowy, równoważne, pionizacyjne), którym jest poddawany wraz ze stosowaniem toksyny botulinowej nie dają efektów długofalowych i stanowią jedynie o próbie zmniejszenia napięcia mięśniowego i mogą zapobiegać odleżynom. Powód jest zaopatrzony ortopedycznie: ma łuski na nadgarstki i stawy skokowe. Dzięki licznym zabiegom rehabilitacyjnym możliwa jest poprawa obecnego stanu zdrowia powoda; dlatego terapia powinna być prowadzona ciągle w formie zintensyfikowanych turnusów rehabilitacyjnych, terapia 2 -3 godziny dziennie, 3-4 x 20 dniowe turnusy na rok w specjalistycznych klinikach fizjoterapii, ponieważ powód wymaga specjalistycznej multidyscyplinarnej terapii zespołowej, a pomiędzy turnusami powinna być prowadzona terapia podtrzymująca w warunkach domowych. Jego stan eliminuje naukę, uprawiania sportu oraz praktycznie wszelkie przejawy aktywności obecne w życiu dziecka w wieku powoda, który ma obecnie 15 lat. Powód nigdy nie będzie chodził do szkoły, ani pracował – jego cierpienia są submaksymalne.

A. K. wymagał, wymaga i będzie wymagać specjalnej diety zawierającej zwiększoną ilość wysokogatunkowego białka, zwiększoną ilość spożywanych produktów zawierających łatwo przyswajalne naturalne witaminy i minerały, ciągłej rehabilitacji, której miesięczny koszt w warunkach domowych wynosi ok. 3.300 zł., a w warunkach komercyjnego turnusu rehabilitacyjnego ok. 6.600-10.000 zł. Powód wymaga sprzętu do rehabilitacji w warunkach domowych: materaca, stołu terapeutycznego o napędzie pneumatycznym bądź elektrycznym, drobnego zestawu sprzętu do ćwiczeń: piłek, piłeczek, drążków do ćwiczeń, zestawu gum typu (...), pionizatora o napędzie elektrycznym, podnośnika elektrycznego za ok. 14.460 zł. . Dotychczas prowadzona rehabilitacja oraz zakupy sprzętu były uzasadnione. Na zwiększone potrzeby od 1 września 2006 r. do 30 września 2012 r. powód wydawał miesięcznie 5.070 zł., od 1 października 2012 r. do 31 sierpnia 2014r. 14.330,30 zł a od 1 września 2014 r. 16.811,40 zł.

Od 30 lipca 2005 r. do września 2006 r. powód poniósł łącznie kwotę 39.284,58 zł kosztów związanych ze swym leczeniem. Otrzymał od dra B. Z. (1) w tym czasie kwotę 4.500 zł. Powód nabył w dniu 19 lipca 2013 r. używany samochód przeznaczony do przewozu osób niepełnosprawnych i przeprowadzili konserwację jego podwozia, nabyli i zlecili montaż noszy i podestu ruchomego za kwotę 30.173,80 zł.

W okresie od 23 grudnia 2004 r. do dnia 22 grudnia 2005 r. (...) S. A. z siedzibą w Ł. udzielało ochrony ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej (kontraktowej i deliktowej) Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Pogotowia (...) we W. (obecnie Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) we W.). W tym też okresie pozwany (...) S. A. V. (...) z siedzibą w W. udzielał ochrony ubezpieczeniowej Szpitalowi Wojewódzkiemu we W., jednak jego odpowiedzialność była ograniczona do sumy gwarancyjnej 1.000.000 zł. za jedno zdarzenie.

Na podstawie art. 66 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. nr 112, poz. 654 ze zm.) Sejmik Województwa (...) podjął uchwałę nr (...) z dnia 27 sierpnia 2012 r. o połączeniu dwóch samodzielnych publicznych zakładów: Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Pogotowia (...) we W. oraz Szpitala Wojewódzkiego we W. w jeden Wojewódzki Szpital (...) we W., który wstąpił we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem były łączące się zakłady bez względu na charakter prawny tych stosunków (pismo k. 1 553, odpis KRS k. 1 554-1 558, uchwała k. 1 559-1 564).

Oceniając roszczenia Sąd Okręgowy przede wszystkim stwierdził, że odpowiedzialność (...) S. A. V. (...) w W. względem pacjentów Wojewódzkiego Szpitala (...) we W. za skutki ich leczenia w lipcu 2005 roku jest wynikiem zawarcia przez pozwanego i poprzednika prawnego szpitala umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Wojewódzki Szpital (...) we W. jest następcą prawnym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Pogotowia (...) we W..

Podstawę odpowiedzialności pozwanego (...) S. A. V. (...) z siedzibą w W. stanowi zatem art. 805 k.c. w związku z zawarciem ze szpitalem we W. w 2004 roku umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Pozwany ubezpieczyciel odpowiada jednak o tyle, o ile uprzednio wykazane zostaną przesłanki odpowiedzialności deliktowej szpitala, odpowiedzialność bowiem zakładu ubezpieczeń ma bowiem charakter gwarancyjny.

Pozwany szpital jako następcą prawną stacji pogotowia ponosi odpowiedzialność wprost na zasadzie wynikającej z treści art. 430 k.c. za swój personel medyczny. Odpowiedzialność obu pozwanych ma charakter in solidum, a więc ponoszą oni odpowiedzialność za jedną szkodę na podstawie dwóch odrębnych reżimów odpowiedzialności - z kontraktu (pozwany ubezpieczyciel szpitala) oraz z czynu niedozwolonego (szpital jako następcą prawną stacji pogotowia), przy czym spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia w takim zakresie z obowiązku świadczenia drugiego z nich. Warunkiem tak skonstruowanej odpowiedzialności jest możliwość przyjęcia, iż w odniesieniu do każdego z pozwanych zachodzą wszystkie przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej dla właściwego wobec nich reżimu odpowiedzialności odszkodowawczej (odpowiednio, przesłanki odpowiedzialności kontraktowej wobec pozwanego (...) oraz przesłanki odpowiedzialności deliktowej wobec pozwanego szpitala). Innymi słowy, każdy z tych pozwanych ma własny dług wynikający z zobowiązania obejmującego obowiązek spełnienia świadczenia odszkodowawczego w całości. Zachowania - analizowane oddzielnie - muszą uzasadniać przyjęcie odpowiedzialności odszkodowawczej każdego z nich za całą szkodę na podstawie właściwego reżimu prawnego dla oceny tej odpowiedzialności. Do powstania tego rodzaju odpowiedzialności zachodzi zazwyczaj wówczas, gdy zachowania każdego z pozwanych w pewnym, niemożliwym do ustalenia, stopniu złożyły się na jedną, niepodzielną, szkodę. Ma to również odbicie w przyjmowanej konstrukcji adekwatnego związku przyczynowego (art. 361 § 1 k.c.), jeżeli szkoda jest następstwem wielu przyczyn, w tym takich, które tylko stworzyły warunki do powstania innych zdarzeń, z których dopiero ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody. Nie wyklucza to przyjęcia istnienia adekwatnego związku przyczynowego (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 18 czerwca 2010 r., V CSK 408/09, OSNC-ZD 2011, Nr 1, poz. 11, z dnia 17 lutego 2011 r., III CSK 136/10, Lex nr 1102862, z dnia 6 kwietnia 2011 r., I CSK 459/10, Lex nr 821062). Z tych przyczyn nie ma podstaw do konstruowania w sprawie odpowiedzialności solidarnej obydwu pozwanych. Świadczenie powinno być zasądzone od pozwanych z zastrzeżeniem, iż jego zapłata przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości spełnionego świadczenia.

W pierwszej kolejności na podstawie art. 430 k.c., zgodnie z którym kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności – Sąd Okręgowy ocenił odpowiedzialność cywilną szpitala (a za niego kontraktowo pozwanego (...)) oraz stacji pogotowia (obecnie również szpitala) względem powoda A. K.. Kierując się czterema przesłankami z odpowiedzialności na tej podstawie (powierzenie na własny rachunek wykonania czynności podwładnemu; zawiniony czyn niedozwolony podwładnego; szkoda wyrządzona przy wykonywaniu powierzonej podwładnemu czynności; związek przyczynowy między czynem niedozwolonym podwładnego a szkodą), udzielił pozytywnej odpowiedzi na postawione wyżej pytanie, mając na uwadze m.in. dominującą w orzecznictwie i doktrynie wykładnię rozszerzającą zakres zastosowania art. 430 k.c., uznając ogólne podporządkowanie („organizacyjne”) sprawcy szkody powierzającemu za wystarczające dla kwalifikacji danej relacji w kategoriach zwierzchnik - podwładny (por. W. Dubis (w:) E. Gniewek, Komentarz, 2008, art. 430, nb 4; P. Machnikowski (w:) System prawa prywatnego, t. 6, s. 437; A. Rembieliński, Odpowiedzialność cywilna..., s. 103 i n.; M. Safjan (w:) K. Pietrzykowski, Komentarz, t. I, 2005, art. 430, nb 13). Mimo samodzielności lekarzy dokonujących czynności diagnostycznych i terapeutycznych, powszechnie przyjmuje się na podstawie art. 430 k.c. odpowiedzialność jednostek organizacyjnych, na rachunek których lekarze - i ogólnie personel medyczny - wykonują te czynności (por. wyrok SN z 8 stycznia 1965 r., II CR 2/65, OSP 1967, z. 9, poz. 220, z glosą A. Szpunara tamże, oraz W. Czachórski, Zobowiązania, 2002, s. 224; Z. Radwański, A. Olejniczak, Zobowiązania, 2008, nb 546; M. Sośniak, Cywilna odpowiedzialność lekarza, Warszawa 1977, s. 37-43).

Zakres czynności powierzonych lekarzowi traktuje się bardzo szeroko, jako czynności związane z całym procesem leczenia, wszelkich badań i opieki nad pacjentem. Istotne jest bowiem tylko, aby jego działanie lub zaniechanie było związane z realizacją celu, dla którego jest zatrudniony w zakładzie leczniczym. Dla przyjęcia odpowiedzialności zakładu leczniczego konieczne jest ustalenie winy jej pracownika (lekarza, personelu pomocniczego) w znaczeniu obiektywnym. Odpowiedzialność zakładu leczniczego występuje jedynie wtedy, gdy między zawinionym zachowaniem a szkodą istnieje adekwatny związek przyczynowy. Oznacza to, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła (art. 361 § 1 k.c.). Za normalne skutki działania lub zaniechania uznaje się takie, które zwykle w danych okolicznościach następują. Orzecznictwo Sądu Najwyższego utrwaliło pogląd, iż nie jest wymagane, by związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza (personelu leczniczego), a powstałą szkodą został udowodniony w sposób pewny. Szczególnie właśnie w „procesach lekarskich” jest to bowiem niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości przypadków można mówić o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadziej o pewności czy wyłączności przyczyny. Na powstanie szkody może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników pozostaje niedbalstwo lekarza (personelu zakładu leczniczego). Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działanie lub zaniechanie personelu było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Na gruncie art. 430 k.c., do przyjęcia winy osoby wskazanej w powołanym przepisie, nie jest potrzebne wykazanie, że osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego - wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku.

Wysokie wymagania stawiane lekarzowi nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Dlatego stwierdzenie błędu lekarskiego wyczerpuje zasadniczo tylko obiektywny element winy (z tym zastrzeżeniem, że są takie kategorie błędu lekarskiego, które będą wystarczające dla stwierdzenia winy także w ujęciu subiektywnym). Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09). Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem

w wypadku „błędu w sztuce”, czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, czyli polegający na zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca, ale również wtedy, gdy nie zachował on należytej staranności. Przy ocenie postępowania lekarza należy mieć bowiem na względzie uzasadnione oczekiwanie nienarażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia, i w tym zakresie przydatny może być test oparty na pytaniu, czy niekorzystnego skutku można było uniknąć oraz czy lekarz w danym przypadku powinien był i mógł zrobić więcej (lepiej).

Odnosząc powyższe rozważania do poczynionych w sprawie ustaleń Sąd I instancji doszedł do przekonania, że powództwo jest usprawiedliwione co do zasady, ponieważ spełnione zostały przesłanki odpowiedzialności cywilnej obecnie Wojewódzkiego Szpitala (...) we W., zarówno jako następcy prawnego zarówno szpitala, jak i stacji pogotowia. Tym samym występują również podstawy do obciążenia pozwanego zakładu ubezpieczeń odpowiedzialnością względem powoda, skoro pozwany (...) ponosi odpowiedzialność za zachowania personelu medycznego szpitala (...) w okresie, w którym leczony w nim był powód.

W zakresie zachowań personelu karetki pogotowia, która udzielała powodowi pomocy w dniu 30 lipca 2005 r. wypowiedział się biegły lekarz dr nauk medycznych A. P. (1) i wyjaśnił szczegółowo, logicznie i rzetelnie, że personel medyczny karetki pogotowia, który udzielał powodowi pomocy w dniu 30 lipca 2005 roku popełnił błąd, ponieważ nie podjęto wymaganych czynności medycznych (zaintubowania, odessania). Takiego samego zdania była biegła lekarka M. C., która wskazała, że błędem personelu karetki pogotowia było nieudrożnienie dróg oddechowych, niezaintubowanie powoda, niewykonanie wkłucia dożylnego w czasie transportu powoda do szpitala.

W zakresie oceny zachowania personelu ówczesnego szpitala biegła lekarka M. C. wprost wskazała, że niepozostawienie powoda na obserwacji w dniu 30 lipca 2005 r., gdy rodzice przyprowdzili powoda do szpitala skarżąc się na złe samopoczucie dziecka i wymioty – stanowiło niezachowanie należytej staranności w tego rodzaju sytuacjach (k. 1068-1071). Biegły A. P. (1) wskazał na lekkomyślne zachowanie personelu szpitala polegające na odesłaniu powoda do domu w dniu 30 lipca 2005 r. w sytuacji, gdy rodzice zgłaszali złe samopoczucie syna (k. 1012). Biegła A. Z. również wskazała na nieprawidłowość w postaci niepozostawienia powoda na obserwacji (k. 1041). Biegły lekarz A. G. wskazał, że błędem B. Z. (1) było niedokładne zbadanie dziecka w czasie konsultacji w dniu 30 lipca 2005 r. i odesłanie go do domu (k. 1406). Zdaniem biegłego dra nauk med. M. S., niedopuszczalne jest przerzucanie na matkę powoda dokonywania szczegółowej oceny stanu zdrowia jej syna pod kątem ustalenia, jaki ambulans powinien zostać do niego wysłany. Samo wskazanie matki, że syn będący po operacji usunięcia migdałków krwawi z układu oddechowego winno spowodować wysłanie ambulansu typu (...), a nieuczynienie tego świadczy o całkowitym braku profesjonalizmu personelu (...) we W. (k. 1263). Co prawda z kart wyjazdowych pogotowia wynika, że w tym samym czasie tego typu karetka nie była dostępna, ale nie można stracić z pola widzenia tego, że w takiej sytuacji winien do powoda pojechać lepiej przygotowany zespół. Biegły wskazał również, że skoro w dokumentacji szpitalnej wskazano, że po przywiezieniu powoda stwierdzono u niego objaw szerokich, aktywnych źrenic, to świadczy o ciężkim i długotrwałym niedotlenieniu mózgu, do którego dojść musiało już w czasie transportu powoda do szpitala.

Z opinii wszystkich lekarzy wynika, że powód będzie wymagał opieki medycznej do końca życia, a jego cierpienia były i są submaksymalne. Z opinii biegłego lekarza specjalisty urologa dziecięcego dra nauk med. P. G. (1) wynika, że zaburzenia czynności pęcherza mogą skutkować z czasem nawracającymi zakażeniami układu moczowego i uszkodzeniem funkcji nerek. Rokowania na przyszłość z tego punktu, a także z punktu widzenia ortopedycznego i kardiologicznego widzenia są niepomyślne, a trwały uszczerbek na jego zdrowiu wynosi 100% (k. 1604). W aspekcie psychiatryczno-psychologicznym uszczerbek na zdrowiu również wynosi 100%, co wynika z opinii biegłych R. W. i P. B..

Zgromadzone w sprawie dowody w postaci licznych opinii biegłych specjalistów dają podstawy do uznania, iż zarówno personelowi ówczesnego szpitala, jak i pogotowia ratunkowego należy postawić zarzut niedołożenia należytej staranności, zaniedbania i zaniechania, skutkujący przyjęciem odpowiedzialności obecnie Wojewódzkiego Szpitala (...) we W. oraz pozwanego ubezpieczyciela za aktualny stan zdrowia powoda. Nie ma przy tym możliwości dokonania ustalenia zakresu, w jakim zachowanie personelu szpitala lub pogotowia przyczyniło się do powstania

szkody na osobie powoda. Za niezasadne Sąd uznał twierdzenie pozwanego ubezpieczyciela, w świetle którego personelowi medycznemu ówczesnego szpitala (...) nie można postawić żadnego zarzutu, a jedynie personelowi pogotowia, ponieważ opinie biegłych wskazują, że do niezachowania należytej staranności doszło również po stronie dra B. Z., który niezbyt dokładnie przeprowadził obserwację i badanie powoda w czasie konsultacji powoda i wbrew standardom odesłał go do domu zamiast pozostawić na obserwacji szpitalnej, zasięgnąć opinii pediatry i przeprowadzić podstawowe badania. Na tym polega zachowanie, które ocenić należało jako bezprawne i zawinione, a tym samym skutkujące odpowiedzialnością deliktową szpitala, za który ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność gwarancyjną.

Sąd uwzględnił w całości roszczenie o zadośćuczynienie. Krzywda w rozumieniu art. 445 § 1 k.c. polega na odczuwaniu cierpienia fizycznego (ból i innych dolegliwości) i psychicznego (ujemnych uczuć przeżywanych w związku z wypadkiem). Zadośćuczynienie pieniężne ma na celu przede wszystkim złagodzenie cierpienia osoby poszkodowanej (tak Gerard Bieniek w Komentarzu do kodeksu cywilnego, Księga trzecia, Zobowiązania, teza 13 i 14 do art. 445, Warszawa 1999). Ustawa stwierdza jedynie, że Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia. Wobec tego Sąd ustalając wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia odwołał się do kryteriów wypracowanych przez orzecznictwo. Istotne są wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy, a zwłaszcza stopień i czas trwania cierpienia psychicznego i fizycznego, trwałość skutków czynu niedozwolonego, prognozy na przyszłość, wiek poszkodowanego, a także przyczynienie się poszkodowanego do powstania szkody. W tym kontekście Sąd zważył, że powód doznał 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu w każdym jego aspekcie. Wskutek zawinionych zachowań personelu medycznego stał się właściwie „rośliną” zdaną na pomoc innych. Przeżywa – jak to określili biegli różnych specjalności - submaksymalne cierpienia i ból. Do końca życia nie ma szans na jakikolwiek kontakt ze światem, jego egzystencja jest właściwie żadna. Wiek, w którym doznał tak ogromnej krzywdy, brak jakiegokolwiek przyczynienia się oraz miejsce, w którym doszło do tego zdarzenia, a więc szpital i pogotowie, gdzie człowiekowi winna zostać udzielona pomoc a powód właściwie umarł za życia - nakazuje uwzględnić w pełni żądanie zadośćuczynienia. Jakkolwiek w jego sytuacji zasądzona suma przyniesie mu niewielką ulgę, skoro nie ma z nim żadnego kontaktu, jednak nie może to mieć decydującego wpływu na rozmiar ustalonego zadośćuczynienia.

O odsetkach ustawowych należnych powodowi od zasądzonej kwoty 700.000 zł tytułem zadośćuczynienia Sąd orzekł na podstawie art. 817 § 2 k.c. w zw. z art. 455 k.c. od dnia 8 sierpnia 2012 r., ponieważ w dniu 30 lipca 2012 r. pozwani dowiedzieli się o ustaleniu 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda będącego następstwem zawinionych zachowań zarówno personelu szpitala, jak i pogotowia ratunkowego (k. 1223 i 1224). Winni zatem byli w ciągu 7 dni dokonać zapłaty wówczas określonego świadczenia. Nie czyniąc tego popadli w opóźnienie skutkujące obowiązkiem zapłaty odsetek. O odsetkach należnych od kwoty 1.300.000 zł. orzeczono od dnia 30 grudnia 2014 r., ponieważ w ocenie Sądu w wyższym rozmiarze wysokość tego świadczenia zależała od oceny Sądu. Sąd ustalił, że spełnienie świadczenia przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty oraz dodatkowym zastrzeżeniem dla pozwanego (...) S. A. V. (...) z siedzibą w W., że jego odpowiedzialność jest ograniczona do kwoty 1.000.000 zł., co wynika z zawartej umowy ubezpieczenia. Dalej idące roszczenie odsetkowe od zadośćuczynienia podlegało oddaleniu.

W zakresie żądania renty z tytułu zwiększenia się potrzeb poszkodowanego powoda Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 444 § 2 k.c. Jej wysokość wynika z ustaleń faktycznych dokonanych po zasięgnięciu wiadomości specjalnych.

Sąd przyjął, że świadczenie rentowe od pozwanych powinno być zasądzone z zastrzeżeniem, iż jego zapłata przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości spełnionego świadczenia. Odpowiedzialność pozwanych również w zakresie renty ma charakter in solidum. Poniesione od lipca 2005 roku do chwili obecnej koszty leczenia w łącznej kwocie łącznej 84.290,48 zł. znajdują usprawiedliwienie prawne w treści art. 444 § 1 k.c. O odsetkach ustawowych należnych powodowi od kwoty 34.784,58 zł należało orzec od dnia 8 sierpnia 2012 r., od kwoty 2.050 zł. od dnia 17 stycznia 2013 r. (od upływu miesiąca od doręczenia pozwanym pisma z 17 grudnia 2012 r. zawierającego rozszerzenie powództwa w tym zakresie, co nastąpiło tego dnia – na podstawie art. 817 § 2 k.c. w przypadku ubezpieczyciela, a przypadku szpitala na podstawie art. 455 k.c.), a od kwoty 47 455,90 zł od 3 października 2014 r. (od upływu 14 dni od doręczenia pozwanym odpisu pisma z dnia zawierającego rozszerzenie powództwa w tym zakresie,

co nastąpiło w dniu 18 września 2014 r.– na podstawie art. 817 § 2 k.c. w przypadku ubezpieczyciela, a przypadku szpitala na podstawie art. 455 k.c.), z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez któregośkolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty oraz dodatkowym zastrzeżeniem dla pozwanego (...) S. A. V. (...) z siedzibą w W., że jego odpowiedzialność jest – podobnie jak w przypadku pozostałych roszczeń - ograniczona do kwoty 1.000.000 zł.

Z uwagi na treść opinii biegłego M. S. oraz P. G. (2), z których wynika, że rokowania na przyszłość są niepomyślne i w przyszłości mogą ujawnić się dalsze następstwa zdarzenia z dnia 30 lipca 2005 r., zwłaszcza w aspekcie urologicznym, kardiologicznym i ortopedycznym Sąd uznał, że żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanych za skutki mogące wystąpić na przyszłość zostało udowodnione. Jego podstawę prawną stanowi przepis art. 189 k.p.c., zgodnie z którym powód może żądać ustalenia przez sąd istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego lub prawa, gdy ma w tym interes prawny. Powszechnie przyjmowany pogląd w doktrynie i orzecznictwie zasadza się na zapatrywaniu, iż w sprawie o naprawienie szkody wynikłej z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia zasądzenie określonego świadczenia nie wyłącza jednoczesnego ustalenia w sentencji wyroku odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości z tego samego zdarzenia. O kosztach procesu Sąd I instancji orzekł na podstawie art. 100 zdanie drugie k.p.c. Na podstawie art. 113 ust.1 u.k.s.c. i odpowiednio stosowanego art. 105 § 2 zd. 1 k.p.c. Sąd orzeczono o nieuiszczonych kosztach sądowych.

Pozwany (...) S.A. V. (...) wniósł apelację, zaskarżając wyrok w zakresie jego dotyczącym w całości. Zarzucił:

1. naruszenie art. 361 § 1 k.c. poprzez jego błędną wykładnię, a w konsekwencji uznanie, że zaistniały u powoda uszczerbek na zdrowiu jest normalnym następstwem niedochowania należytej staranności przez lekarza Szpitala Wojewódzkiego we W. B. Z. (1), podczas konsultacji medycznej powoda w dniu 30 lipca 2005 r.;
2. naruszenie art. 445 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, tj. przyznanie powodowi zadośćuczynienie w rażąco wygórowanej wysokości.

W konkluzji pozwany ten wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie w stosunku do niego powództwa w całości o zasądzenie od powoda na jego rzecz zwrotu w całości kosztów postępowania za pierwszą i drugą instancję, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

Powód wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie od skarżącego na jego rzecz kosztów postępowania apelacyjnego – wynagrodzenia adwokackiego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie jest zasadna.

Podstawa faktyczna zaskarżonego rozstrzygnięcia nie została zakwestionowana w apelacji – nie został postawiony żaden zarzut naruszenia prawa procesowego. Sąd Apelacyjny przyjmuje Sądu Okręgowego za własne, mając przy tym na uwadze, że sąd drugiej instancji rozpoznający sprawę na skutek apelacji jest związany przedstawionymi w niej zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa procesowego (por. uchwałę 7 sędziów SN z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07 o mocy zasady prawnej, OSNC 2008/6/55).

Zarzut błędnej wykładni art. 361 § 1 k.c. w istocie – jak wynika z jego uzasadnienia odnoszącego się do okoliczności faktycznych – dotyczy raczej zastosowania tego przepisu. Poruszone w uzasadnieniu apelacji zagadnienia o charakterze teoretycznym są bowiem zasadniczo spójne z poglądami wyrażonymi przez Sąd meriti, w dodatku z przywołaniem judykatów powołanych już w motywach orzeczenia i trudno w tej sytuacji stwierdzić, na czym miałyby polegać błędna wykładnia. Pozwany twierdzi, że okoliczności sprawy nie pozwalają na stwierdzenie istnienia normalnego związku przyczynowego wymaganego artykułem 361 § 1 k.c. pomiędzy niestarannością doktora B. Z. (1) a późniejszym wadliwym zachowaniem personelu karetki pogotowia ratunkowego („całkowitym brakiem interwencji”).

Zdaniem skarżącego „anormalna reakcja załogi Pogotowia (...) nie może więc zostać uznana za normalne następstwo wcześniejszej niestarannej konsultacji lekarza Szpitala Wojewódzkiego we W....”.

Komentowany zarzut zdawkowo jedynie dotyka zagadnienia wieloczłonowego związku przyczynowego o jakim mowa w uzasadnieniu wyroku. Szkoda może być skutkiem wielu zdarzeń, a normalne następstwa badanej przyczyny mogą być zarówno bezpośrednie jak i pośrednie i pozostawać w relacjach wieloczłonowych, a w takiej sytuacji ocenie z punktu widzenia kryterium normalności związku przyczynowego podlega zależność wielu czynników kauzalnych w ich wzajemnych powiązaniach, zaś ustalenie, że zachodzi normalny związek przyczynowy wymaga zbadania, czy gdyby dane zdarzenie nie wystąpiło, powstałby określony skutek (*conditio sine qua non*) oraz, czy pojawienie się przyczyny badanego rodzaju zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia rozpatrywanego skutku, poprzez jej współlistnienie i współdziałanie z innymi czynnikami. Jeżeli odpowiedź na te pytania okaże się twierdząca, będzie to równoznaczne z wystąpieniem normalnego związku przyczynowego (wyrok Sądu Najwyższego z 04.10.2012 r., I CSK 665/11, LEX nr 1228533). Jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 4 października 2012 r., I CSK 665/11 (Lex nr 1228533) „Związek przyczynowy może występować jako normalny również wtedy, gdy pewne zdarzenie stworzyło warunki powstania innych zdarzeń, z których dopiero ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody.”

Z reguły bezpośrednio powiązanie kauzalne będzie zawsze normalne, natomiast związek pośredni uznaje się za normalny wówczas, gdy do jego przebiegu nie włączy się przyczyna postronna, której nie można przypisać dłużnikowi. Decydujące znaczenie przy związkach wieloczłonowych ma ustalenie, czy nie doszło do przerwania związku przyczynowego przez przyczynę postronną. W niniejszym stanie faktycznym nie zaistniała taka przyczyna. Skarżący chciałby traktować wadliwe zachowanie lekarza w szpitalu a następnie rażące zaniedbanie załogi pogotowia jako dwa zdarzenia, które nie powinny być ze sobą kojarzone w sposób pozwalający na zastosowanie art. 361 § 1 k.c. Intencją skarżącego wydaje się być sformułowanie wniosku, że popełnienie deliktu późniejszego (przez pogotowie) eliminuje znaczenie deliktu wcześniejszego (szpitala), zapewne mogącego samoistnie wywołać takie same następstwa jakie wystąpiły gdyby nie doszło do wezwania pogotowia. Zdaniem Sądu Apelacyjnego taki sposób rozumowania nie może znaleźć zastosowania w sytuacji, gdy – jak w tej sprawie – istnieje ścisła więź czasowa pomiędzy oboma zachowaniami, przy czym w oby przypadkach chodzi o sposób reagowania przez fachowy personel medyczny na objawy tego samego stanu chorobowego, wynikającego z tożsamej przyczyny będącej następstwem wykonanego zabiegu wycięcia migdałków. Gdyby szpital zachował się prawidłowo, a więc lekarz zdecydował o pozostawieniu dziecka w szpitalu na badania i obserwacje, to nie mogłoby dojść do deliktu ze strony pogotowia, gdyż nie byłoby potrzebne. Zatem istnieje relewantna zależność pomiędzy zachowaniem obu podmiotów, z których ostatecznie wynikła przedmiotowa szkoda. Jak stwierdził biegły A. P. (1), „Na pewno nie był to jeden błąd. Nałożyły się tu dwa błędy i szpitala i pogotowia.” (k.1012).

Wydaje się w tym miejscu celowe przypomnienie, że nieprawidłowość zachowania lekarza który wykonywał zabieg usunięcia migdałków i do którego zwrócił się ojciec powoda, będącego zarazem ordynatorem Oddziału (...), (...) we W. wynika jednoznacznie z materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie. „Za nieprawidłowe i bez zachowania należytej staranności należy uznać: odesłanie dziecka do domu po konsultacji w dniu 30.07.05 po godz. 10.45 (...) należało pozostawić dziecko do obserwacji szpitalnej, obserwować je, a także uzyskać konsultację pediatryczną w celu oceny stanu ogólnego, podać leki przeciwbólowe i płyny”. „Za właściwe postępowanie należy uznać więc hospitalizację po zabiegu operacyjnym przynajmniej przez 2-3 doby mimo nalegania rodziców i zaleceń administracji szpitala a w przypadku wątpliwości nawet dłużej” (k.1072) (cytaty z opinii biegłej M. C. – k. 1069-1073). Zdaniem biegłego anestezjologa A. P. (2) odesłanie dziecka do domu przez lekarza było co najmniej lekkomyślne – poprawne byłoby pozostawienie dziecka w szpitalu na obserwacji i to bezwzględnie, to najprawdopodobniej zapobiegłoby wystąpieniu takiego skutku jaki się wydarzył. Zostawienie pacjenta w szpitalu na obserwacji na pewno zwiększyłoby szansę na opanowanie „powikłania” (k.1012). Biegły A. G. (specjalista chorób dziecięcych) jako zaniechanie i zaniedbanie ocenił niezbadanie dokładnie całego dziecka. „Należało wykonać podstawowe badania (morfologia, wskaźniki hematologiczne), wezwać pediatrę na konsultację. To zaniechanie i zaniedbanie.” (k.1406). Szczególnie istotna wydaje się być opinia biegłego M. S. (neurochirurga i neurotraumatologa), który zauważył, że w trakcie kontroli ambulatoryjnej w dniu 30 lipca 2005 r. nie uwzględniono zgłaszanych przez rodziców nasilających się

wymiotów i osłabienia dziecka. Zdaniem tego biegłego najbardziej właściwa byłaby decyzja pozostawienia powoda w szpitalu i podłączenie wyrównawcze płynów drogą parentalną w celu poprawy bilansu wodnego i farmakologiczne osłabienie odruchu wymiotnego. „Należy pamiętać, że uporczywe wymioty krzyżujące się z okolicą operowaną nawet w mechaniczny sposób mogą osłabić tworzący się włóknik w łoży po resekcji czy elektrokoagulacji w obrębie gardła i podniebienia (k.1262-1263).

Reasumując, pozostawienie dziecka w szpitalu pozwoliłoby uniknąć komplikacji jakie wystąpiły u powoda po powrocie do domu i z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że nie doszłoby wówczas do nagłego zatrzymania krążenia a w jego następstwie - poniedotlenieniowego uszkodzenia mózgu. W warunkach szpitalnych pomoc mogłaby być udzielona co najmniej tak skutecznie jak by to miało miejsce w przypadku profesjonalnej pomocy udzielonej przez załogę pogotowia ratunkowego wyposażonego we właściwy sprzęt medyczny. Zaniechanie wdrożenia procedury medycznej wobec powoda przez załogę pogotowia ratunkowego było jedną tylko z przyczyn utraty zdrowia przez powoda. Pierwszą przyczyną było wcześniejsze zaniechanie ze strony personelu szpitala.

Również drugi zarzut apelacji nie mógł wpłynąć na wynik sprawy. Już dlatego, że zarzut zawyżenia zadośćuczynienia w rozmiarze wykraczającym ponad 1.000.000 zł abstrahuje od zakresu odpowiedzialności skarżącego, do takiej właśnie kwoty ograniczonej w przypadku każdego z zasądzonych in solidum roszczeń. Z tej przyczyny nawet uwzględnienie zarzutu, a więc podzielenie racji skarżącego, że odpowiednie byłoby w tym przypadku zadośćuczynienie w wysokości 1.000.000 zł, nie mogłoby doprowadzić do zmiany wyroku, nie zasądzającego przecież (biorąc pod uwagę wskazane ograniczenie odpowiedzialności) od (...) S. A. V. (...) w W. kwoty wyższej. Uwaga ta w równej mierze dotyczy odsetek zasądzonych od kwoty 700.000 zł za okres poprzedzający wyrokowanie, do czego skarżący nawiązał w końcowej części uzasadnienia apelacji. Trzeba zarazem zaznaczyć, że pozwany ten nie ujawnił żadnych okoliczności, które świadczyłyby o jego interesie w uzyskaniu obniżenia zadośćuczynienia a wiązały się tylko pośrednio z wysokością zasądzonej kwoty, na przykład ze względu na ewentualne późniejsze rozliczenia z interwenientem ubocznym.

Odnosnie wysokości zadośćuczynienia należy przede wszystkim stwierdzić, że opisana w podstawie faktycznej rozstrzygnięcia sytuacja zdrowotna i zarazem życiowa powoda, znajdującego się w stanie minimalnej świadomości od piątego roku życia i permanentnie cierpiącego, jest tak zła, że trudno wyobrazić sobie gorszą. Niewątpliwie winna podlegać bardzo wysokiej kompensacie. Podnoszona w apelacji kwestia niemożności odczuwania przez powoda kompensacji szkody ze względu na brak przeżyć psychicznych po pierwsze nie ma podstaw w ustaleniach faktycznych, nie zawierających takiego ustalenia – przeciwnie, mowa jest o poziomie minimalnej świadomości i minimalnej reaktywności, sporadycznym kontakcie wzrokowym. Poza tym należy się zgodzić z poglądem wyrażonym w wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 9 lipca 2015 r., I ACa 1934/14 (Lex nr 1827165), że co do zasady pozostawienie poszkodowanego w stanie wegetatywnym, bez kontaktu z otoczeniem, nie może przekreślać jego prawa do otrzymania słusznego zadośćuczynienia.

Niemniej, kwota zasądzona przez Sąd Okręgowy wydaje się nie mieć precedensu i można ją jednak uznać za wygórowaną. Należy się zgodzić ze stanowiskiem Sądu Najwyższego wypowiedzianym w wyroku z dnia 16 kwietnia 2016r., I CSK 434/14, (Lex nr 1712803), że jakkolwiek indywidualny charakter krzywdy przydatność kierowania się przy ustalaniu zadośćuczynienia sumami zasądzonymi z tego tytułu w innych przypadkach jest ograniczona, jednak przesłanka ta nie jest całkowicie pozbawiona znaczenia. Jednolitość orzecznictwa sądowego w tym zakresie odpowiada poczuciu sprawiedliwości i równości wobec prawa. W sprawie tej, wobec poszkodowanej znajdującej się w stanie wegetatywnym zostało ostatecznie przyznane zadośćuczynienie w wysokości 700.000 zł (zasądzono 450.000 zł wskutek uwzględnienia wcześniejszych wypłat). W sprawie, w której zapadł wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 13 marca 2012 r., I ACa 223/11, wysokość zadośćuczynienia dla powoda - młodego sportowca uderzonego w dniu 2 maja 2002 r. podczas treningu młotem w głowę, w wyniku czego doznał 100% uszczerbku na zdrowiu i wymaga pomocy innej osoby do wykonywania wszelkich czynności życiowych, została ustalona na 1.000.000 zł, a w sprawie, w której zapadł wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 5 kwietnia 2013 r. r., I ACa 1143/12, powódce, sześćioletniej w dacie wypadku dziewczynce przyznano zadośćuczynienie w kwocie 1.000.000 zł (pomniejszone do 800.000 zł w wyniku 20% przyczynienia) w związku z obrażeniami powstałymi podczas wypadku samochodowego, w wyniku którego doznała 100% uszczerbku na zdrowiu i znajduje się w stanie minimalnej świadomości. W sytuacji

podobnej do zaistniałej w niniejszej sprawie, Sąd Apelacyjny w Szczecinie uznał za odpowiednie, adekwatne do rodzaju doznanych przez powoda cierpień oraz odpowiadające aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, zadośćuczynienie w wysokości 1.200.000 zł (wyrok z 5 września 2012 r., I ACa 338/12, Lex nr 1237839). Zatem zadośćuczynienie w kwocie 2.000.000 zł należy uznać za nieprzystające do dotychczasowego dorobku orzeczniczego i rażąco wygórowane. Zdaniem Sądu Apelacyjnego nie powinno przekraczać kwoty 1.500.000 zł. Powyższy wywód, celowy ze względu na drugi zarzut apelacji, z przyczyn podanych na wstępie nie mógł wszakże doprowadzić do wzruszenia orzeczenia.

Z przedstawionych względów Sąd Apelacyjny orzekł jak w sentencji wyroku, stosując art. 385 k.p.c. i art. 98 k.p.c. (zasądzone koszty obejmują wynagrodzenie adwokata w stawce minimalnej).