

**Prawomocnym postanowieniem  
z dnia 29.01.2020 r., (k. 1865)  
sprostowano oczywistą omyłkę pisarską  
wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie.**

**31.01.2020 r.**

Kierownik sekretariatu

I Wydziału Cywilnego

Sądu Apelacyjnego w Szczecinie

mgr Sylwia Kędziorek

Sygn. akt I ACa 224/19

## WYROK

**W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 29 stycznia 2020 r.

**Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny**

**w składzie następującym:**

<b>Przewodniczący:</b>	<b>SSA Małgorzata Gawinek</b>
<b>Sędziowie:</b>	<b>SSA Krzysztof Górski (spr.) SSA Tomasz Żelazowski</b>
<b>Protokolant:</b>	<b>St. sekr. sąd. Magdalena Goltsche</b>

po rozpoznaniu w dniu 29 stycznia 2020 r. na rozprawie w Szczecinie

**sprawy z powództwa B. T.**

**przeciwko P. W., Towarzystwu (...) spółce akcyjnej w W., (...) Szpitalowi (...) - Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w S., (...) spółce akcyjnej w W.**

**o zapłatę i ustalenie**

**na skutek apelacji powoda od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie z dnia 4 czerwca 2018 r. sygn. akt I C 1163/15**

**uchyla zaskarżony wyrok w punktach II, III i IV i w tym zakresie przekazuje sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Szczecinie, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego.**

**Tomasz Żelazowski Małgorzata Gawinek Krzysztof Górski**

Sygn. akt I ACa 224/19

## UZASADNIENIE

Powód B. T. wniósł o zasądzenie solidarnie od pozwanych: P. W., Towarzystwa (...) Spółki akcyjnej w W., (...) Szpitala (...) - Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. oraz (...) Spółki akcyjnej w W. następujących kwot:

1. 524.487,87 zł tytułem odszkodowania wraz z odsetkami ustawowymi:
  - od kwoty 227.549,75 zł od 29 lipca 2014 r. do dnia wniesienia pozwu,
  - od kwoty 524.487,87 zł od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty,
2. 2.380.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi od 28 lipca 2014 r. do dnia zapłaty,
3. 22.650 zł tytułem renty z tytułu całkowitej utraty możliwości zarobkowych, zwiększonych potrzeb oraz zmniejszenia widoków na przyszłość, poczynwszy od 1 września 2015 r., płatnej z góry do 15. każdego miesiąca wraz z odsetkami ustawowymi w razie opóźnienia w płatności.

Nadto wniósł o ustalenie odpowiedzialności każdego z pozwanych za skutki zdarzenia z dnia 12 października 2012 r. mogące wystąpić w przyszłości.

W uzasadnieniu pozwu powód podał, że w dniu 12 października 2012 r. około godziny 2:30 został znaleziony przez dwójkę przejeżdżających osób, tj. S. S. oraz M. K. (2). Powód nie odzywał się, jedynie niezrozumiale mamrotał, a także był zakrwawiony. Podczas oczekiwania na przyjazd pogotowia ratunkowego powód próbował wstawać, sprawiał wrażenie jakby chciał spać, cały czas kładł głowę na chodnik. Pogotowie ratunkowe zawiozło powoda do (...) Szpitala (...) w S. około godziny 3:40. Dyżur lekarski w ww. szpitalu pełnił wówczas pozwany P. W.. Nie przeprowadził on badania powoda, a jedynie - bez diagnozy - zalecił pielęgniarce zastosowanie kroplówki. Bez wymaganej tomografii głowy powód przebywał na korytarzu szpitala do godziny 11:00. W tym czasie w głowie powoda narastał krwiak i obrzęk mózgu, a każda minuta spędzona na oddziale powodowała narastanie ciasnoty śródczaszkowej. W ocenie powoda niepowstrzymanie tego procesu w trybie natychmiastowym doprowadziło do ciężkich uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego na tle jego niedotlenienia.

Powód został zbadany dopiero przez lekarza D. S., która obejmowała dyżur po pozwanym P. W.. Stan i objawy powoda, w tym wyciek płynu z ucha i nosa pacjenta, ślady na ciele wskazujące na uraz oraz brak kontaktu słowno-logicznego, zaniepokoiły ww. lekarza, który zlecił konsultację chirurga, neurochirurga oraz USG jamy brzusznej. Po konsultacji podjęto decyzję o przeprowadzeniu badania tomografii komputerowej głowy. Jako że (...) Szpital (...) nie posiadał odpowiedniego sprzętu, około godziny 11:00-12:00 powód został przewieziony przez karetkę do szpitala przy ul. (...) w S.. W skierowaniu do szpitala jako rozpoznanie wskazano uraz mózgowo-czaszkowy - podejrzenie krwawienia.

W ocenie powoda, pomimo zagrożenia życia nie została mu udzielona odpowiednia pomoc medyczna, oparta na kryteriach medycznej procedury, niezbędnego świadczenia zdrowotnego przez osobę zobowiązaną do jego udzielenia. Powód podkreślił, że czynności diagnostyczne nie zostały dokonane pomimo, że wobec osoby pod wpływem alkoholu, jeżeli stwierdza się jakikolwiek uraz głowy, powinna zostać wykonana diagnostyka różnicowa. Właściwe decyzje diagnostyczne zostały natomiast podjęte z ponad 10-godzinną zwłoką, a z winy P. W. i (...) Szpitala (...) w S. doszło do nieodwracalnych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego w wyniku narastającego krwiaka podtwardówkowego. Zabieg neurochirurgiczny usunięcia krwiaka i odbarczenia ośrodkowego układu nerwowego przeprowadzony na

Oddziale Neurochirurgii Szpitala przy ul. (...) w S., po 10 godzinach zwłoki, był jedynie czynnością ratowania życia i nie mógł już odwrócić organicznych uszkodzeń mózgowia, które powstały w okresie przed zabiegiem. W ocenie powoda brak przeprowadzenia właściwej diagnostyki skutkowało opóźnieniem wdrożenia właściwego leczenia, a nieprawidłowe postępowanie personelu palcówki medycznej (...) Szpitala (...) doprowadziło do pogorszenia stanu pacjenta i powstania trwałego uszczerbku na jego zdrowiu, w tym m.in. niedowładu połowicznego prawostronnego i afazji.

Powód podkreślił, że w wyniku rażącego błędu lekarskiego doznał nieodwracalnej w skutkach szkody na osobie, wielu krzywd z nią związanych, jak również szkody majątkowej, związanej m.in. z kosztami leczenia, rehabilitacji, opieki, dostosowania domu do potrzeb osoby całkowicie niepełnosprawnej, wymagającej stałej opieki i leżącej. Zdaniem strony powodowej, odpowiednio wczesne rozpoznanie i właściwe leczenie nie doprowadziłyby do tego, że B. T. obecnie nie jest w stanie funkcjonować, nie nawiązuje logicznego kontaktu, nie mówi, nie reaguje na bodźce słowne i wymaga ciągłej opieki.

W zakresie podstawy prawnej wywodzonych roszczeń powód argumentował, że przytoczone okoliczności pozwalają na przypisanie pozwanemu P. W. odpowiedzialności w oparciu o przepis art. 415 k.c. zaś pozwanemu (...) Szpitalowi (...) w S. w oparciu o przepisy art. 415-416 k.c. oraz 429-430 k.c. Z kolei odpowiedzialność pozwanych towarzystw ubezpieczeniowych powód wywiódł z faktu, że ubezpieczyły one pozwanego P. W. oraz pozwany szpital od odpowiedzialności cywilnej w dacie zdarzenia, które doprowadziło do powstania szkody.

W odpowiedziach na pozew każdy z pozwanych wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

P. W. zakwestionował, aby pomiędzy jego postępowaniem a aktualnym stanem zdrowia powoda istniał normalny i adekwatny związek przyczynowy, gdyż powód trafił do szpitala z poważnymi, jak się okazało, obrażeniami (wielogniskowe stłuczenie mózgu z krwiakiem podtwardówkowym) i jego aktualny stan zdrowia jest wynikiem zdarzeń poprzedzających przywiezienie do szpitala. Pozwany argumentował, że aktualna wiedza medyczna nie pozwala w takim stanie na pomyślnie rokowania, a rola opieki medycznej sprowadza się do utrzymania pacjenta przy życiu. Pozwany podkreślił, że w sprawie karnej biegli wykluczyli, aby jego zachowanie miało jakikolwiek związek z aktualnym stanem zdrowia powoda, gdyż stan ten jest wynikiem poważnych urazów, których powód doznał przed przewiezieniem do szpitala. Niezależnie od powyższego pozwany argumentował, że roszczenia powoda są rażąco wygórowane, podkreślając że zadośćuczynienie nie ma służyć wzbogaceniu się strony, a do tego niewątpliwie prowadziłoby zasądzenie milionowych kwot. Z kolei żądanie odszkodowania oraz renty nie zostały wykazane.

Towarzystwo (...) Spółka akcyjna w W. w pierwszej kolejności powołała się na ograniczenie swojej odpowiedzialności do sumy gwarancyjnej obowiązującej w dacie wypadku, tj. 307.500 zł. W dalszej kolejności wskazała, że P. W. nie dopuścił się błędu w sztuce medycznej, zaś jego odpowiedzialność należy rozpatrywać w oparciu o reżim odpowiedzialności opartej na zasadzie winy, dla której koniecznym jest zaistnienie trzech przesłanek: niezgodnego z prawem działania czy zaniechania w postaci zawinionego błędu w sztuce lekarskiej lub inne zaniechania w procesie leczenia, szkoda i adekwatny związek przyczynowy. W ocenie pozwanej, powód nie sprostował ciężącemu na nim obowiązki i nie wykazał, że działanie czy zaniechanie P. W. miało bezpośredni wpływ na obecny stan zdrowia powoda. Brak jest nadto dowodów, że pozwany mógł zdiagnozować u powoda krwiaka, zaś stan upojenia alkoholowego powoda mógł uniemożliwiać ocenę objawów neurologicznych wywołanych krwiakiem. Pozwana zaakcentowała, że to nie przez pozwanego lekarza, lecz w wyniku działania osób trzecich (pobicia) lub samego powoda (upadku i uderzenia) doszło do powstania krwiaka podtwardówkowego, skutkującego obrażeniami mózgu. Nadto brak jest dowodów na to, że zachowanie pozwanego lekarza opóźniło zdiagnozowanie powoda i gdyby nawet udało się u powoda zdiagnozować krwiaka w godzinach od przyjęcia go do szpitala do zakończenia dyżuru przez pozwanego lekarza, to powód powróciłby do zdrowia i jego stan byłby lepszy niż aktualnie. Odnosząc się do kwestii wysokości zgłoszonych roszczeń, pozwana podniosła, że są one wygórowane i nie znajdują odniesienia w zaistniałym stanie faktycznym, co szczegółowo uzasadnił. W ocenie pozwanej na uwzględnienie nie zasługiwał także wniosek powoda o ustalenie odpowiedzialności pozwanych na przyszłość z uwagi na brak interesu prawnego powoda w związku z aktualną treścią

art. 442<sup>(1)</sup> § 3 k.c., który w sposób wystarczający zabezpiecza uprawnienie do dochodzenia w przyszłości ewentualnych dodatkowych roszczeń.

(...) Szpital (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. wskazał, że powód błędnie utożsamia działalność jednostkowego lekarza zatrudnionego na podstawie umowy cywilnej w zakresie pełnienia dyżurów medycznych z funkcjonowaniem całego szpitala jako jednostki organizacyjnej. Pozwany wskazał, że nie doszło do winy organizacyjnej w funkcjonowaniu szpitala, który jako jednostka publicznej służby zdrowia spełnił wszystkie wymagania związane z prawidłowością zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych. Lekarze placówki w późniejszym czasie zajęli się powodem, co skutkowało zleceniem badań diagnostycznych a także przewiezieniem go do innego szpitala o wyższej referencyjności, w którym istniała możliwość wykonania pełnej diagnostyki. Pozwany wskazał, że rzeczą szpitala było zapewnienie wszelkich wymogów dla prawidłowego funkcjonowania placówki, a poszczególne zachowania lekarzy o charakterze zawodowym stanowią o ich odpowiedzialności. Pozwany podkreślił nadto, że z pozwanym lekarzem łączyła go umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów medycznych. P. W. był niezależnym podmiotem współpracującym ze szpitalem na podstawie zawartej umowy zlecenia, która to umowa określała wzajemne prawa i obowiązki stron oraz zakres odpowiedzialności. W dalszej kolejności pozwany szpital wywiódł, że nawet gdyby przyjąć odpowiedzialność szpitala, to nie powinna ona być ustalona w kwocie wyższej niż kwota graniczna ubezpieczenia wynikająca z polis. Działania ubezpieczyciela (...) S.A., który dokonał wypłat na rzecz powoda nie oznacza zaistnienia odpowiedzialności szpitala. Niezależnie od powyższego szpital zakwestionował zgłoszone roszczenia także co do wysokości, wskazując że są wygórowane, a ich uwzględnienie prowadzić będzie do nieuzasadnionego wzbogacenia powoda.

(...) Spółka akcyjna w W. podniosła, że z pozwanym szpitalem łączyły ją dwie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Roszczenia powoda zostały częściowo zaspokojone przez ubezpieczyciela i z tego względu aktualnie nastąpiło wyczerpanie sumy gwarancyjnej z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC, a pozwana odpowiada wyłącznie z umowy nadwyżkowego ubezpieczenia OC, przy czym z uwagi na dokonaną wypłatę odszkodowania z tej polisy odpowiedzialność ta jest ograniczona do kwoty 421.412,80 zł, a po pomniejszeniu o udział własny szpitala w szkodzi - do kwoty 400.342,16 zł. Dodatkowo pozwana podkreśliła, że dotychczas wypłaciła na rzecz powoda zadośćuczynienie w kwocie 120.000 zł oraz odszkodowanie w wysokości 62.536,54 zł oraz 76.363,60 zł. Niezależnie od powyższego pozwana zakwestionowała zgłoszone roszczenia także co do wysokości, wskazując że są wygórowane, a ich uwzględnienie prowadzić będzie do nieuzasadnionego wzbogacenia powoda. W ocenie pozwanej żądane kwoty odszkodowania i renty przewyższają rzeczywiste możliwości zarobkowe powoda i są nieadekwatne do wzrostu jego potrzeb. Ponadto podkreślono, że powód domaga się odszkodowania za wydatki rzeczowe, które w obecnym stanie jego zdrowia nie są konieczne, np. zabiegi akupunktury, probiotyki, suplementy diety. Nadto, przedstawione przez powoda dowody nie dają dostatecznej podstawy do stwierdzenia, że w jego sytuacji zdrowotnej konieczne są zabiegi rehabilitacji ruchowej i ćwiczenia z logopedą oraz opieka pielęgniarska w takim zakresie, jak przedstawia to pozw.

Powód, w piśmie procesowym z 21 stycznia 2017 r., uzupełnił dotychczasową argumentację, wywodząc m.in., że pozwany (...) Szpital (...) - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. nie zapewnił mu bezpiecznego pobytu na nocnym dyżurze w nocy 12 października 2012 r. Wynika to m.in. z faktu zatrudnienia tylko jednego lekarza na dyżurze, co przy tak dużej placówce leczniczej jest niewystarczające, a wynika z oszczędności kosztów funkcjonowania placówki. Poza tym, pozwany nie opracował i nie wprowadził w życie właściwych procedur postępowania lekarza/lekarzy dyżurnych Izby Przyjęć, które uniemożliwiałyby opuszczanie przez lekarza Izby Przyjęć i przebywania godzinami w gabinecie lekarskim na innym piętrze; umożliwiałyby nieudzielenie pomocy pacjentowi; umożliwiałyby kontrolę wykonywania pracy przez lekarza dyżurnego, czy też uniemożliwiałyby zachowania oraz zaniechania do jakich doszło w przypadku powoda. Nadto, w ocenie powoda, pozwany zawarł umowę ubezpieczenia na zbyt małą kwotę gwarancyjną, nieadekwatną do wielkości ryzyka związanego z funkcjonowaniem tak dużej placówki oraz wykonywanych tam procedur medycznych i zabiegów. Kwota ta jest nieadekwatna do wielkości potencjalnych szkód jakie mogą wynikać w bieżącej codziennej działalności tego pozwanego i naraża pacjenta-poszkodowanego na ewentualność nie zaspokojenia jego roszczeń z tytułu naprawienia szkody i wyrządzonej krzywdy. Powód nie ma

wątpliwości, że pomiędzy postępowaniem szpitala, opóźnieniem leczenia, błędami organizacyjnymi a obecnym jego stanem zdrowia istnieje związek przyczynowo-skutkowy.

Powód wskazał, że kwestia zawinienia pozwanego P. W. została przesądzona w procesie karnym. Pozwany lekarz nie udzielił pomocy powodowi oraz naraził jego życie i zdrowie. Wskutek powyższego, powód przeszedł szereg operacji jest całkowicie ubezwłasnowolniony, nie mówi, nie może funkcjonować samodzielnie, musi być pod stałą opieką osoby trzeciej i potrzebuje stałej rehabilitacji. W sytuacji gdyby lekarz przeprowadził badanie przedmiotowe i podmiotowe powoda na izbie przyjęć, przeprowadził prawidłową diagnostykę, a przede wszystkim odebrał pacjenta od zespołu karetki Pogotowia ratunkowego i dowiedziałby się, że powód leżał na ulicy we krwi, zobaczył wycieki z nosa i ucha, nie doszłoby do skutku w zakresie rozwoju lub powstania krwaka mózgu. Rutynowe leczenie we wstępnym stadium krwaka mogłoby doprowadzić do odbarczenia krwaka i jego wyleczenia. Zdaniem powoda, brak pomocy w odpowiednim momencie jest jednoznaczny z powiększającymi się skutkami krwaka mózgu, których następstwa są nieodwracalne. Powód zakwestionował twierdzenia pozwanych o braku związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy brakiem diagnozy a skutkami w postaci stanu zdrowia w którym obecnie znajduje się powód.

W dalszej kolejności powód ustosunkował się do pozostałych zarzutów pozwanych, w tym odnośnie wysokości dochodzonych kwot, nieudowodnienia jego możliwości zarobkowych i majątkowych przed dniem 12 października 2012 r., możliwości prowadzenia rehabilitacji powoda w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, czy wymiaru potrzebnej opieki ze strony osób trzecich.

Na rozprawie w dniu 23 stycznia 2017 r. pełnomocnik powoda cofnął pozew co do kwoty 76.363,60 zł dochodzonej tytułem odszkodowania, zrzekając się roszczenia w tym zakresie.

W piśmie procesowym z 13 lutego 2017 r., powód dokonał częściowej modyfikacji powództwa w zakresie dochodzonego odszkodowania i renty, wnosząc o zasądzenie solidarnie od pozwanych P. W., Towarzystwa (...) S.A. w W., (...) Szpitala (...) - Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. oraz (...) S.A. w W. następujących kwot:

1. 277.680 zł tytułem utraty zarobków powoda w kwocie po 5.340 zł miesięcznie za okres od listopada 2012 r. do lutego 2017 r., płatnej wraz z odsetkami ustawowymi oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie (począwszy od 1 stycznia 2016 r.) od 5. każdego miesiąca;
2. 300.000 zł tytułem odszkodowania za utracony zarobek w związku z niezrealizowaną indywidualną wystawą w Galerii Sztuki Współczesnej w Muzeum (...) w S. oraz powystawową sprzedażą obrazów i dochodu powoda wraz z należnymi odsetkami ustawowymi i ustawowymi odsetkami za opóźnienie, poczynając od 1 stycznia 2016 r. od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty;
3. 197.600 zł z tytułu utraconego dochodu żony G. S. w kwocie po 3.800 zł miesięcznie z odsetkami za okres od listopada 2012 r. do lutego 2017 r., płatnej wraz z odsetkami ustawowymi oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie (począwszy od 1 stycznia 2016 r.) od 5. każdego miesiąca;
4. 11.764 zł miesięcznie tytułem renty w związku ze zwiększonymi potrzebami powoda za okres od listopada 2012 r., płatnej wraz z odsetkami ustawowymi oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie (począwszy od 1 stycznia 2016 r.) od 5. każdego miesiąca, począwszy od 5 grudnia 2012 r. do dnia zapłaty
5. 18.474,66 zł z tytułu kosztów leczenia i pielęgnacji zgłoszonych w ostatnim piśmie procesowym, które nie zostały zapłacone przez (...) wraz z należnymi odsetkami ustawowymi i ustawowymi odsetkami za opóźnienie, poczynając od 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty.
6. 30.016 zł z tytułu sprawowania opieki nad powodem w przedziale od 11 października 2015 r. do marca 2017 r. (469 dni po 8 godzin x 8 zł).

Pozwani wnieśli o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych. Nadto podtrzymali dotychczasowe stanowisko w sprawie.

Wyrokiem z dnia 4 czerwca 2018 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie umarzył postępowanie w odniesieniu do kwoty 76363,60 zł tytułem odszkodowania (pkt I), oddalił powództwo w pozostałym zakresie (pkt II), zasądził od powoda na rzecz każdego z pozwanych kwotę po 7.217 zł tytułem kosztów procesu i odstąpił od obciążania powoda dalszymi kosztami, w tym kosztami postępowania zażaleniowego (pkt III) oraz odstąpił od obciążania powoda kosztami sądowymi należnymi Skarbowi Państwa – Sądowi Okręgowemu w Szczecinie (pkt IV).

Powyższe rozstrzygnięcie Sąd I instancji poprzedził poczynieniem ustaleń faktycznych, z których wynika, że B. T. urodził się w (...) r. w S.. Jest absolwentem Wydziału Architektury Politechniki (...). W środowisku artystycznym znany jest jako malarz, rysownik, twórca instalacji i performance. Jest najbardziej rozpoznawalnym (...) artystą. Początkowo jego praca twórcza wyrażała się w obrazach powstających w ramach rozwijającego się nurtu (...), ale szukając nowych płaszczyzn wyrażania swoich twórczych pomysłów, powód zaangażował się w sztukę nowych mediów. Powód nigdy nie katalogował swoich prac i nie ma możliwości ustalenia ilości namalowanych obrazów rozproszonych w prywatnych rękach. W latach 90 współpracował z L. K., późniejszym Dyrektorem Muzeum (...) w S., który wówczas był krytykiem sztuki i prowadził Galerię (...) w P.. W galerii tej znajdowały się obrazy B. T.. Swoje projekty realizował również w teatrze i na rynku muzycznym. Jego prace były wystawiane zarówno w Galeriach w Polsce, ale także w Anglii, Niemczech, Norwegii i Japonii, Stanach Zjednoczonych, Szwajcarii, Szwecji, Holandii, Rosji. Jego performance teatralne (...) dostał jedną z nagród na Festiwalu K. w S.. Ta sztuka była również przedstawiana na specjalne zaproszenie w E. oraz festiwalu (...) w P..

Powód jest członkiem Związku Artystów Plastyków. W latach 90 wspierał swoimi obrazami wiele aukcji charytatywnych - między innymi Aukcję (...) w N. organizowanej pod patronatem Prezydenta RP L. W. na rzecz Funduszu (...). Współpracował z grupą muzyków, z którymi nagrywał płytę. Teksty utworów były jego autorstwa. Napisał książkę „(...)”, która została wydana w 1994 r. i która stała się inspiracją dla 15-minutowego filmu promocyjnego z udziałem aktorów Teatru (...) w S. w reżyserii A. A..

Prace B. T. znajdują się w zbiorach Muzeum (...) w S. oraz w Kolekcji Sztuki Współczesnej (...). Ta ostatnia Galeria Sztuki Współczesnej w 2017 r. do swoich zbiorów zakupiła pracę „(...)” za kwotę 9.000 zł. Dzieło zostało zdeponowane w Muzeum (...) w S.. Powód zajmował się także tworzeniem scenografii dla teatru. Przygotowywał afisze, plakaty teatralne. Do 1990 r. powód współpracował z Domem Aukcyjnym w P. i jego prace były publikowane w (...), w którym Domy Aukcyjne prezentują prace najlepszym twórców. Prace B. T. były prezentowane obok prac F. S., R. S. (1), czy H. S.. Ciekawostką była aukcja symultaniczna prac powoda. Był to trzeci polski artysta, którego prace były w ten sposób wystawione na sprzedaż.

W dniu 2 stycznia 2014 r. Związek Artystów Plastyków Okręg (...) skierował do B. Z. Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego wnioski o przyznanie nagrody okolicznościowej Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z Funduszy Promocji Kultury dla powoda B. T.. Nagroda ta została przyznana w kwocie 7.000 zł brutto.

Wszechstronna twórczość powoda przy użyciu nowoczesnych technik znajduje uznanie. Powód uchodził za artystę aktywnego, o dużym potencjale twórczym, otwartym na nowe projekty artystyczne. Dyrektor Muzeum (...) w S. L. K. miał w planach pozyskanie nowych dokonań artystycznych powoda do kolekcji Muzeum (...) w S.. W planach Muzeum (...) w S. była wystawa będąca realizacją najnowszych pomysłów multimedialnych B. T. pt. (...). Dyrektor L. K. był zdeterminowany by ją zorganizować. Centralnym elementem tej wystawy miała być projekcja podłogowa basenu pływackiego ze skomplikowaną narracją o wysokiej rozdzielczości, przy czym dotychczasową przeszkodą w jej realizacji był wysoki koszt jej wykonania sięgający blisko 100.000 zł. Nie była ona ujęta w planie rocznym Muzeum (...) w S. w 2012 r. i 2013 r. faza koncepcyjna wystawy została zakończona i znajdowała się ona na etapie przedprojektowej. Powód nie otrzymałby żadnego honorarium autorskiego za przygotowane prace. W skład wystawy miały wchodzić eksponaty znajdujące się w Muzeum jak np. Młyn (...), reszta natomiast wymagała wykonania przez B. T.. W planach była również wystawa retrospektywna B. T., której zamierzeniem było zobrazowanie całej drogi twórczej powoda, od

malarskich początków, poprzez instalację do sztuki nowych mediów. Realizacja tej wystawy wymaga wsparcia powoda, gdyż duża większość jego prac malarskich znajduje się w prywatnych rękach. Efektem tej wystawy miał być katalog udostępniony innym muzeom, bibliotekom muzealnym czy galeriom.

Na kilka lat przed wypadkiem powód B. T. zaprzestał organizowania wystaw w galeriach sprzedażnych. Praktycznie nie malował już obrazów. Pochłonięły do inne techniki, w tym instalacje multimedialne. Brał udział w bieżących pokazach sztuki w miejscach niekomercyjnych oraz przygotowywał prace do planowanej indywidualnej wystawy w Galerii Sztuki Współczesnej Muzeum (...) w S.. W jego pracownik powstały w postaci instalacji wielkoformatowych.

Powód był także zaangażowany w działalność żony G. S. prowadzącej działalność w postaci biura projektowego. Pracował w (...) jako projektant. Wspierał partnerkę przy pracach związanych z K. oraz innych przedsięwzięciach projektowania graficznego. Na potrzeby Festiwalu przygotowywał tzw. piktogram rysunkowy, który co roku był inny. Praca ta wymaga mobilności, kontaktów z klientem. Przy współpracy z (...) powód wykonywał rysunki statków.

Współpraca z Przeglądem Teatrów Małych Form (...) zakończyła się w 2016 r. przy 51. edycji (...).

Żona powoda współpracuje w ramach prowadzonej działalności z ocynkownią (...) S., W. i B.. Dla tych trzech podmiotów B. T. corocznie wykonywał dwa lub trzy obrazy na blasze ocynkowanej, które były sprzedawane przez studio graficzne żony.

Żona powoda osiąga dochody jedynie z prowadzonej działalności. W 2011 r. przychód wyniósł 102.702 zł, zaś dochód - 3.227,15 zł. Dochody powoda z tytułu praw autorskich wyniosły wówczas 21.000 zł i przy 50% kosztach - dochód wyniósł 10.500 zł. W 2012 r. G. S. osiągnęła przychód 57.803,66 zł, niemniej ostatecznie osiągnęła stratę w kwocie 2.561 zł. Powód w tym okresie również miał dochody z praw autorskich na poziomie 21.018,33 zł i przy 50% kosztach uzyskania przychodu jego dochód wyniósł 10.509,16 zł. W 2013 r. przychód żony powoda wyniósł 62.080 zł, a dochód 5477,24 zł, natomiast w 2014 r. przychód wyniósł 77125 zł, lecz ostatecznie poniosła ona stratę w wysokości 11.958,14 zł. G. S. w związku z prowadzoną działalnością jest obowiązana ponosić składki na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne i fundusz pracy, które w 2015 r. wyniosły ponad 1.000 zł miesięcznie.

W 2014 r. małżonkowie posiadali na zasadzie wspólności majątkowej małżeńskiej mieszkanie położone w S. ul. (...), na poczet którego zobowiązani byli uiszczać zaliczki miesięczne w kwocie 506,48 zł. Koszty utrzymania mieszkania obejmowały również opłaty abonamentowe RTV w kwocie ok. 65 zł, oraz opłaty za gaz średnio 370 zł miesięcznie. Nadto byli właścicielami lokalu mieszkalnego przy ul. (...), który udostępnili matce G. M. S.. Małżonkowie zaciągnęli również kredyt hipoteczny w celu nabycia lokalu przy ul. (...) w S.. Mają także zadłużenie z tytułu pożyczki hipotecznej.

Według stanu na wrzesień 2014 r. zobowiązanie do spłaty kredytów wynosiło: 19.994 zł z jednego tytułu, przy racie około 500 zł miesięcznie oraz około 15362 zł z drugiego tytułu, przy racie około 260 zł miesięcznie. Według stanu na lipiec 2015 r. zadłużenie kredytowe wynosiło odpowiednio 16.033 zł oraz około 13.340 zł.

W 2014 r. w Galerii (...) w S. odbyła się galeria zebranych prac B. T. i część z nich została wówczas sprzedana.

W dniu 11 października 2012 r. w Muzeum Sztuki Współczesnej w S. w godzinach 17:00-19:30 odbywał się wernisaż (...). Jednym z gości uczestniczących w otwarciu wystawy był B. T. wraz z żoną G. S.. Po części oficjalnej artyści i zaproszeni goście przenieśli się do Klubu „(...) w S., gdzie czekał na nich przygotowany przez organizatorów poczęstunek i alkohol. W pewnym momencie G. S. postanowiła, że uda się do domu, a B. T. kontynuował zabawę w towarzystwie M. C. oraz M. L. - najpierw w klubie (...) a następnie w klubie (...) oraz w lokalu (...) na (...) P.. W czasie przemieszczania się z lokalu do lokalu w pewnym momencie M. C., M. L. i B. T., którzy byli już pod znacznym wpływem alkoholu, przewrócili się na brukowanej ulicy, upadając na kolana. Nikt nie odniósł jednak żadnych obrażeń. Ponieważ w lokalu (...) nie zastali oni już żadnych uczestników wernisażu i znajomych, postanowili przejść do hotelu (...), gdzie zakwaterowani byli artyści. W hotelowym lobby zastali tylko nielicznych gości, więc po spożyciu kilku kolejnych drinków w towarzystwie męża M. C., po północy 12 października 2012 r. postanowili rozejść się do domów. Powód w pewnym momencie przewrócił się na ziemię wraz ze stolikiem, na którym siedział, ale podniósł się.

B. T. proponował jeszcze znajomym kontynuowanie wieczoru w jego pracowni, ale towarzystwo odmówiło. Zostały zamówione dwie taksówki. Jedną odjechała M. L., a druga odjechała pusta, ponieważ ani powód, ani M. C. i jej mąż nie mieli pieniędzy. B. T. rozstał się ze znajomymi pod hotelem (...) i odszedł sam w nieustalonym kierunku. Przed rozstaniem ze znajomymi nie miał żadnych widocznych obrażeń ciała.

W dniu 12 października 2012 r. około godziny 2:30 S. K. (2) i M. K. (2), odwozili ojczyrna M. K. (2) na autobus i w drodze powrotnej, jadąc samochodem po ul. (...) w S., na wysokości Ratusza Staromiejskiego, zobaczyli leżącego na plecach mężczyznę. Mężczyzna ten leżał z nogami wystającymi na jezdnię, a głową na krawężniku. Był to B. T.. W miejscu gdzie leżał było dość ciemno i gdyby samochód jechał prosto mógłby nie zauważyć leżącego powoda. Ponieważ powód nie reagował na ich krzyki, wyszli z samochodu i podeszli do niego. Zauważyli, że jest nieprzytomny, ma zakrwawioną twarz i zakrzepłą krew przy lewym uchu i we włosach. Unosiła się wokół niego wyraźna woń alkoholu. Nie mogli go docucić, więc wezwali karetkę pogotowia. S. K. (2) pracowała w przeszłości w Izbie Przyjęć szpitala przy ul. (...) i miała przypuszczenia, że powód mógł doznać jakiegoś urazu.

Po chwili powód zaczął odzyskiwać przytomność, lecz nie można było z nim nawiązać logicznego kontaktu - bełkotał coś niezrozumiale, powtarzając imię (...), chciał wstawać, to znów przysypiał. Kilka metrów dalej zauważyli okulary, które oddano ratownikom pogotowia. W pobliżu miejsca znalezienia powoda były także ślady krwi - wyglądało na to, że mężczyzna ten leżał w kilku miejscach i się przemieszczał. Na ich pytania odpowiadał nieskładnie. S. K. (2) usiłowała utrzymać z nim kontakt słowny, aby nie zasnął do czasu przyjazdu Pogotowia.

Załoga pogotowia ratunkowego - lekarz G. K. oraz ratownicy medyczni A. K. i B. S. - przyjechała na miejsce zdarzenia o godz. 2:49. Przeniesiono wówczas B. T. do karetki, przytrzymując go za nadgarstki, gdyż samodzielnie z uwagi na znaczny stopień upojenia alkoholowego nie mógł się poruszać. Po przeprowadzeniu na miejscu podstawowych badań, co odnotowano w karcie medycznej, lekarz zdecydowała, że pacjenta należy przewieźć do najbliższego szpitala zgodnie z zapisami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Lekarz oceniła, że znaczny stan upojenia alkoholowego nie kwalifikuje pacjenta do przewiezienia na Miejską Izbę Wyrzęwień.

Kontakt z pacjentem był utrudniony, gdyż wypowiadał pojedyncze słowa - wulgaryzmy i bełkotał. G. K. uznała, iż konieczna jest dalsza diagnostyka poprzez przeprowadzenie kompletu badań ambulatoryjnych, w tym ustalenie poziomu alkoholu we krwi, dokładna ocena jego stanu świadomości, badanie przedmiotowe, czyli badanie całego ciała, ewentualnie wykonanie badań rentgenowskich. W chwili wyboru placówki, do której przewieziono powoda, załoga karetki wiedziała, w których szpitalach na terenie S., znajduje się tomograf komputerowy, w tym wiedziała, że w (...) Szpitalu (...) takiego sprzętu nie ma. W ocenie lekarza pogotowia ratunkowego, mającego specjalizację z anestezjologii, intensywnej terapii G. K. powód nie prezentował żadnych objawów urazu głowy i objawów neurologicznych. Lekarz nie zamieściła żadnej adnotacji na temat takich spostrzeżeń w karcie, natomiast uczyniłaby, gdyby takie dostrzegła.

W karcie medycznych czynności ratunkowych powoda zostało zaznaczone: ciśnienie 120/80 mmHg, saturacja 98%, tętno 76/min, skóra w normie, zapach z ust: alkohol. Rubryka dotycząca obrażeń nie została wypełniona, w tym nie zaznaczono, że pacjent nie ma obrażeń. W rozpoznaniu wpisano nadużycie alkoholu. B. T. nie miał znaczących obrażeń na twarzy, wskazujących bezpośrednio na pobicie, ale miał na twarzy ślady zakrwawień. Przed przekazaniem go do Izby Przyjęć pozwanego Szpitala zrealizowano czynności higieniczne, sprowadzające się do oczyszczenia twarzy powoda i usunięcia śladów zakrwawień. Nie stwierdzono także żadnej rany, która wymagałaby zaopatrzenia.

Po przyjeździe do najbliższej placówki medycznej, nie posiadającej tomografu komputerowego, tj. na Izbę Przyjęć (...) Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej przy ul. (...) w S., przekazano dyżurującym pielęgniarkom pacjenta **non nom**, gdyż nie ustalono jego tożsamości.

Sąd I instancji ustalił również, że od godz. 19:00 w dniu 11 października 2012 r do godz. 7:00 dnia następnego w Izbie Przyjęć pozwanego Szpitala dyżurowały dwie pielęgniarki: M. W. oraz R. B.. Po przybyciu karetki pogotowia R. B. zadzwoniła do lekarza dyżurnego Izby Przyjęć - P. W. i zawiadomiła go o przywiezieniu pacjenta NN z rozpoznaniem upojenie alkoholowe, który został znaleziony leżący na ulicy. Ratownicy medyczni przetransportowali B. T. z karetki do pomieszczenia Izby Przyjęć pozwanego szpitala na wózku inwalidzkim. Pacjent bełkotał, czuć było od niego



wyraźną woń alkoholu. Jako że P. W. nie zszedł do Izby Przyjęć, załoga karetki odjechała, pozostawiając pacjenta pod opieką ww. pielęgniarek. Pielęgniarki te zmierzyły pacjentowi ciśnienie krwi, tętno, obserwowały oddech i próbowały nawiązać z nim sensowny kontakt, jednak bezskutecznie. Nie mogły ustalić jego danych osobowych, w związku z czym postanowiły zawiadomić policję.

Po kilkunastu minutach M. W. ponownie telefonicznie rozmawiała z lekarzem dyżurnym P. W., który z uwagi na rozpoznane upojenie alkoholowe, dokonane przez lekarza pogotowia ratunkowego, zlecił podanie pacjentowi płynów przez kroplówkę. Pielęgniarka oświadczyła wówczas, że nic nie poda, jeśli P. W. nie dokona wpisania zalecenia do książki zleceń. Ostatecznie pozwany zszedł do Izby Przyjęć, demonstrując niezadowolenie i zdenerwowanie zachowaniem pielęgniarki.

O godz. 3:40 lekarz dyżurny dokonał stosownego wpisu, a następnie wyszedł z Izby Przyjęć, nie zapoznawszy się z kartą medyczną pozostawioną przez pogotowie ratunkowe. P. W. nie zbadał B. T. i nie zlecił żadnych badań, w tym odnośnie stanu zatrucia alkoholem, mimo sugestii pielęgniarki. W związku z powyższym pacjentowi podano jedynie kroplówkę z 1000 ml płynu wieloelektrolitowego, 500 ml 5% glukozy i 1 ampulką Vit.C. Przez cały czas powód siedział na wózku, na którym został przywieziony przez ratowników medycznych. Pielęgniarki miały go cały czas w zasięgu wzroku.

Okolo godziny 5:00 rano, gdy płyn został praktycznie w całości wchłonięty, przyjechali funkcjonariusze policji. Policjanci nie nawiązali z pacjentem sensownego kontaktu i nie ustaliliżony personaliów, odjechali. B. T. wstał wtedy z wózka, co spowodowało wyrwanie wenflonu, a następnie oparł się o ścianę i zsuwając się po niej - usiadł, po czym położył się na podłogę. W pewnym momencie przy pomocy pielęgniarek wstał i położył się na materacu na podłodze w gabinecie nr 3 na Izbie Przyjęć. P. W. w telefonicznym kontakcie przekazał, że pacjent ma pozostać na Izbie do czasu wytrzeźwienia. Do zakończenia dyżuru nie zainteresował się pacjentem, nie zbadał go i nie zlecił żadnych badań. Następnie, o godz. 7:30 w dniu 12 października 2012 r. opuścił szpital nie przekazując B. T. kolejnemu lekarzowi.

W dniu 12 października 2012 r. o godz. 7:00 pielęgniarki dyżurujące na Izbie Przyjęć pozwanego szpitala przekazały sprawy z dyżuru A. J., M. M. i E. M.. M. W. i R. B. poinformowały, że w gabinecie nr 3 znajduje się pacjent-mężczyzna o nieustalonych personaliach w stanie upojenia alkoholowego, którego lekarz P. W. nie zbadał. Pacjentowi została podana jedynie kroplówka. Pielęgniarki z dziennej zmiany, również nie mogły nawiązać sensownego kontaktu z pacjentem. E. M. zaniepokoił stan źrenic pacjenta, o czym poinformowała obejmującą dyżur na Izbie Przyjęć lekarz D. S.. Ubiór pacjenta był schludny. Miał skórzane spodnie i kurtkę. Ubrania nie były zabrudzone, ani podarte.

Lekarz D. S. w okolicach godziny 8:00 w dniu 12 października 2012 r. stawiała się na dyżur na Izbie Przyjęć pozwanego szpitala. W tamtym okresie pełniła funkcję koordynatora Izby Przyjęć. Informację o pacjencie z gabinetu nr 3 otrzymała od pielęgniarek z dziennej zmiany. Pacjent był leżący, bez kontaktu słownego. Reagował na silne bodźce bólowe. Niezwłocznie zbadała B. T. i zauważyła krwawy przyschnięty wyciek z ucha lewego oraz nosa, co wzbudziło u niej ostrożność w diagnozie o prostym upojeniu alkoholowym. W jej ocenie mogło to świadczyć o urazie głowy. Lekarz niezwłocznie zleciła pobranie i badanie krwi pacjenta, umycie go i przebranie oraz zbadanie jamy brzusznej przez przenośne urządzenie USG, gdyż zauważyła zasinienie na podbrzuszu. Innych obrażeń na ciele powoda nie było.

O godzinie 8:58 wpłynęło zlecenie wykonania badań w pracowni hematologicznej i biochemicznej. Po ich uzyskaniu lekarz D. S. stwierdziła, że pacjent zachowuje się nieadekwatnie do stanu nietrzeźwości ustalonego w badaniu na 1,7 promila. Okolo godziny 11:00 poprosiła o konsultację chirurg E. Z., którą także zaniepokoiły objawy, w szczególności pozycja odgięciowa - pacjent wyglądał tak, jakby chciał nawiązać kontakt, ale nie był w stanie. Badanie USG wykonane przez radiologa dr P. nie wykazało żadnych zmian w obrębie jamy brzusznej. Zostało ono zlecone w związku z zasinieniem na podbrzuszu.

Następnie stan powoda konsultowany był przez neurochirurga A. L. (1), który ocenił, że stan neurologiczny nie jest adekwatny do ujawnionego stanu upojenia alkoholowego i niezbędne jest wykonanie TK głowy z uwagi na wyciek i brak kontaktu z pacjentem. Zorganizowano niezwłocznie transport do szpitala o wyższej referencyjności, celem

przeprowadzenia badania tomografem komputerowym. Czynności związane z zamawianiem karetki w celu transportu powoda wykonywała J. J..

W dniu 12 października 2012 r. o godzinie 12:28 powoda przywieziono do Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) przy ul. (...) w S., a o godzinie 12:54 przyjęto go na Oddział Neurochirurgii i Neurotraumatologii. Przy przekazaniu pacjenta w dokumentacji nie wskazano na występujące objawy neurologiczne, brak jest adnotacji o niedowładzie, zawarto jedynie spostrzeżenie: nadal bez kontaktu, podsypiający. Przy przyjęciu powoda w historii pielęgnowania zaznaczono zasinienia na kolanach, lewym ramieniu, na podbrzuszu w okolicy pępka w kształcie pięści. Nie stwierdzono żadnych ran na głowie. W wywiadzie odnotowano: pacjent przekazany w trybie pilnym z SOR Szpitala (...), gdzie trafił o 3:00 w nocy przywieziony przez Pogotowie Ratunkowe. Brak danych z wywiadu. Przy przyjęciu GCS (skala Glasgow) 11 pkt, splatany, niedowład połowiczny prawostronny. Dodatkowo wpisano: chory pobudzony psychoruchowo, bez kontaktu słownego.

Wykonane w trybie pilnym badanie TK głowy B. T. ujawniło krwiak przymózgowy podtwardówkowy opłaszczający lewą półkulę warstwą o szerokości do 1,3 cm oraz mniejszy, podobny w prawej okolicy czołowej o szerokości 0,5 cm i w prawej okolicy skroniowej o szerokości 0,9 cm oraz stłuczenie mózgu okolicy czołowej lewej. W związku z powyższym B. T. zakwalifikowano do operacji w trybie pilnym-niezwłocznie wykonano zabieg kraniektomii okolicy czołowo - ciemieniowo-skroniowej lewej i ewakuowano krwiaka podtwardówkowego ostrego. Stan pacjenta był już wówczas bardzo ciężki, był on głęboko nieprzytomny na oddechu własnym. Rokowania odnośnie życia były niepewne. Z opisu zabiegu operacyjnego wynika m.in: „nacięto oponę twardą, pod którą uwidoczniono masy skrzepowe. Krew ewakuowano. Mózgowie blade miernie tętniące z widocznymi ogniskami stłuczenia, zlokalizowano źródło krwotoku, które skoagulowano". Po zabiegu pacjent nie został wybudzony. Po udanej operacji powód został przewieziony na dalsze leczenie do Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) w S. z uwagi na brak miejsc w szpitalu, w którym był operowany.

G. S. zorientowała się nad ranem w dniu 12 października 2012 r., że jej mąż nie wrócił do domu na noc. Najpierw próbowała dodzwonić się do męża, potem obdzwoniła znajomych, aby ustalić, gdzie jest B. T., a następnie zgłosiła jego zaginięcie na komisariacie policji. W wyniku podjętych czynności ustalono, że B. T. został zabrany z ulicy karetką pogotowia, przeszedł zabieg neurochirurgiczny w Samodzielnym Publicznym Szpitalu (...) przy ul. (...) w S. i został przewieziony do Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) w S., a jego stan jest ciężki i istnieje duże prawdopodobieństwo, że nie odzyska przytomności. W okresie od 12 października 2012 r. do dnia 12 listopada 2012 r. B. T. przebywał na Oddziale Anestezjologii Reanimacji i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Ostreżnych Zatruc Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) w S..

Przy przyjęciu był nieprzytomny, oddechowo niewydolny-wentylowany respiratorem transportowym, krążeniowo wydolny, na skórze obu kończyn górnych i dolnych oraz okolicy ściany przedniej brzucha ujawniono sińce. Po przyjęciu do Oddziału Intensywnej Terapii rozpoczęto wlew analgesodacji, kontynuowano wentylację mechaniczną, monitorowano w sposób ciągły.

Jak ustalił Sad Okręgowy, w badaniu TK głowy, wykonanym 15 października 2012 r., opisano stan po kraniektomii lewostronnej. W lewym płacie czołowym widoczne ukrwotocznione ognisko stłuczenia o wym. 52x42 mm, powodujący ucisk na róg czołowy lewej komory bocznej oraz powodujący efekt masy (struktury mózgowia przemieszczone na stronę prawą o około 5 mm). Ponadto widoczny jest krwiak przymózgowy podtwardówkowy, opłaszczający lewą półkulę mózgu warstwą szer. ok 6 mm oraz prawą szer. 4 mm. W rogach potylicznych obu komór bocznych widoczna jest krew (po stronie prawej nieco więcej). Pogrubienie błony śluzowej w obu zatokach czołowych, sitowia oraz częściowa bezpowietrzność komórek wyrostków sutkowatych. Widoczne złamanie części tylnej kości ciemieniowej lewej. W badaniu kontrolnym TK głowy z 22 października 2012 r. stwierdzono stan po kraniektomii lewostronnej. Widoczne zwiększenie się uwypuklenia tkanki mózgowej przez otwór kraniektomijny, aktualnie warstwa gr. 26 mm, poprzednio 16 mm. Widoczne zmniejszenie efektu masy wywieranego na komory boczne i zmniejszenie przesunięcia struktur linii środkowej. Obecność niewielkiego wodniaka podtwardówkowego po stronie prawej (gr. do 3 mm).

Początkowo z powodu obrazu TK głowy utrzymano analgesję. Następnie seryjnie wykonywano badania obrazowe głowy, które następnie konsultowano neurochirurgicznie celem uzgodnienia dalszego postępowania i leczenia. W kolejnej dobie hospitalizacji rozpoznano u powoda zapalenie płuc (w badaniu mikrobiologicznym *Staphylococcus aureus*), w związku z czym wdrożono leczenie przeciwbakteryjne zgodne z posiewem. Z powodu przedłużającej się wentylacji zastępczej w dniu 19 października 2012 r. u pacjenta wykonano tracheostomię przezskórną. Ze względu na przedłużające się żywienie sztucznymi drogami, 7 listopada 2012 r. założono PEG, celem utrzymania leczenia żywieniowego.

W przebiegu leczenia obserwowano stopniową poprawę stanu zdrowia, co pozwoliło na redukcję analgesji, odłączenie od respiratora oraz odstawienie amin katecholowych. Po około 3 tygodniach utrzymywania w stanie śpiączki farmakologicznej B. T. został wybudzony. Następnie po odzyskaniu przytomności obserwowano tendencję do wysokich wartości ciśnienia tętniczego, w związku z czym wdrożono leki przeciw nadciśnieniowe.

W badaniu neurologicznym stwierdzono: brak kontaktu logicznego i niedowład prawostronny, oddech spontaniczny przez rurkę tracheostomijną, bez suplementacji tlenu, wydzielinę odskztusza dość sprawnie. Pacjent krążeniowo w pełni wydolny, odżywiany przez gastrostomię, zacewnikowany pęcherz moczowy - diureza sprawna. Pacjent wymaga całodobowej opieki osób innych i rehabilitacji ruchowej.

W dniu 23 października 2012 r. B. T. został poddany oględzinom sądowo-lekarskim na potrzeby toczącego się postępowania karnego. Biegli patomorfolodzy stwierdzili wówczas u niego: siniec skóry powłok jamy brzusznej, zasinienia na kończynach dolnych i górnych. Biegli ocenili, że obrażenia głowy i ciała mogły powstać w wyniku upadku osoby nietrzeźwej na twardą powierzchnię albo przy transporcie do szpitala, zaś w przypadku sińca na śródbrzuszu mógł on powstać w wyniku uderzenia zadaniem twardym i tępokrawędzistym, względnie ręką zwiniętą w pięść lub w wyniku upadku przednią powierzchnią ciała na stolik, parkan, narożnik czy mur. W ocenie biegłych nie można wykluczyć, aby B. T. po doznaniu obrażenia głowy skutkującego krwawieniem śródczaszkowym był zdolny podnieść się i przejść kilka metrów, a nawet kilka razy upaść i podnosić się. Wynaczynienie krwi z uszkodzonych naczyń mogło być rozciągnięte w czasie. Zdaniem biegłych uraz czaszkowo-mózgowy spowodował u B. T. stan, który należy określić chorobą realnie zagrażającą życiu i ciężką chorobą długotrwałą w rozumieniu art. 156 §1 pkt 2 k.k.

W dniu 12 listopada 2012 r. B. T. został wypisany do domu po uzgodnieniu dalszego postępowania i przeszkolenia w zakresie podstawowych czynności co do opieki nad chorym z żoną G. S.. Rozpoznano u niego wówczas: rozlany uraz mózgu, stan po ewakuacji ostrego krwiaka podtwardówkowego lewostronnego, krwiak śródmózgowy, urazowy obrzęk mózgu, niewydolność krążeniowo-oddechowa, zapalenie płuc oraz stan po tracheotomii i po założeniu PEG. Powód był wówczas tzw. „pacjentem nierokującym” - leżącym, bez kontaktu logicznego, nie poruszającym się samodzielnie, wymagającym całodobowej pomocy osób trzecich, nie zgłaszającym podstawowych potrzeb, niekomunikującym się ze światem zewnętrznym w sposób werbalny lub pozawerbalny, pampersowanym, żywionym dojelitowo.

Aby móc opiekować się mężem w domu, G. S. zakupiła na rynku wtórnym używane łóżko rehabilitacyjne z systemem pneumatycznego, sterowanego elektronicznie unoszenia. Wydatkowała na ten cel środki własne, ponieważ tego rodzaju sprzęt nie jest dofinansowywany ze środków NFZ.

Do dnia 27 grudnia 2012 r. powód oddychał za pomocą rurki tracheotomijnej, która wymieniana była co około 5 dni. Zabieg ten z uwagi na stopień dyskomfortu i powodowanie bólu oraz narażenie na rany otarcia, skutkujące obrzękami, wykonywany był przez G. S. w znieczuleniu miejscowym za pomocą maści. Poprzez rurkę tracheotomiiną żona powoda kilkanaście razy na dobę odsysała także gromadzące się w płucach płyny, wprowadzając około 50-centymetrowa rurkę przez otwór tracheotomijny, co narażało powoda na dodatkowe podrażnienia wewnętrzne. Dodatkowo żona powoda, aby poprawić funkcjonowanie jego układu oddechowego i zapewnić komfort przeprowadzała kilka razy dziennie zabiegi inhalacji.

Przez pierwszych kilka miesięcy pobytu w domu powód miał założony wenflon do podawania dożylnie leków, następnie leki podawane miał przez rurkę PEG do żywienia dojelitowego. Do 13 grudnia 2012 r. B. T. miał

założony do pęcherza moczowego cewnik, regularnie wymieniany i płukany przez wizytującą go w domu pielęgniarkę środowiskową. Długotrwałe cewnikowanie narażało powoda na zakażenia dróg moczowych. Cewnik został zastąpiony pampersowaniem, które utrzymywane jest do dnia dzisiejszego.

Do jesieni 2014 r. B. T. żywiony był dojelitowo przez rurkę PEG. Żywienie to było kontynuowane z uwagi na utrzymujące się u powoda problemy z przełykaniem i ślinotok. Rurka PEG założona bezpośrednio do jelita przez otwór w powłokach brzusznych utrudniała nie tylko siadanie, ale i rehabilitację, narażając powoda na ciągle dolegliwości bólowe. Stale przemieszczanie się rurki podrażniało ranę, która sączyła się, powodując stan trudny do zalecenia. Żywienie dojelitowe wymagało zachowania reżimu, żona powoda przeszła w tym zakresie specjalistyczne szkolenie, aby w odpowiedni sposób przygotowywać i podawać mieszanki do karmienia. Karmienie odbywało się w cyklach co 2-3 godziny. Koszt specjalistycznych mieszanek odżywczych do żywienia pozajelitowego pokrywany był w całości z funduszy NFZ. Utrzymywanie takiego żywienia oraz diety płynnej powodowało u powoda problemy gastryczne i narażało na biegunki. Stopniowo wprowadzane były do diety powoda pokarmy stałe - najpierw w postaci półpłynnej, potem papek, a gdy nauczył się on kontrolować funkcję przełykania - pokarmy stałe.

Z uwagi na długotrwałe przebywanie w pozycji leżącej u powoda pojawiły się na całym ciele, w szczególności na plecach i piersiach, wykwity skórne pod postacią ropnych, głębokich i bolesnych krostek (tzw. potówki), opornych na leczenie, pozostawiających blizny. Dopiero po około roku stosowania kremu Solaris problem dermatologiczny ustąpił.

Z uwagi na duży ubytek kostny w czaszce, pielęgnacja i zachowanie higieny głowy było znacznie utrudnione. Miejsce to jest bardzo wrażliwe, na skórze pojawiały się bolesne odleżyny. Miejsce to wymagało nie tylko ochrony przed urazem mechanicznym, ale było wrażliwe także na zmiany temperatury i warunki atmosferyczne. Zabieg plastyki kości czaszki odkładany był w czasie, ponieważ utrzymywało się ryzyko, że ciśnienie wewnątrzczaszkowe będzie narastało i dojdzie do kolejnego uszkodzenia tkanek mózgu.

Wszystkie zabiegi higieniczne przy powodzie, w tym wymiana pampersów, mycie całego ciała, utrzymywanie higieny jamy ustnej i miejsc intymnych, wykonywane były od początku przez jego żonę. B. T. do dnia dzisiejszego jest myty na łóżku, ponieważ nie jest w stanie wejść pod prysznic, w związku z czym wykonywanie ich wymaga zapewnienia odpowiedniej temperatury otoczenia. Powód samodzielnie nie jest w stanie wykonać prostych zabiegów higienicznych, np. umyć zębów.

Z powodu narastającego wodogłowia pourazowego powód był hospitalizowany w okresie od dnia 14 grudnia 2012 r. do dnia 21 grudnia 2012 r. na Oddziale Neurochirurgii i Neurotraumatologii Samodzielnego (...) Szpitala (...) w S., gdzie w dniu 17 grudnia 2012 r. drogą trepanopunkcji okolicy skroniowo-potylicznej prawej implantowano mu zastawkę średnicciśnieniową Delta komorowo-otrzewnową. Przy przyjęciu zanotowano: pacjent bez kontaktu, podsypiający, z głębokim niedowładem prawostronnym, z tracheotomią. Przy wypisie natomiast chory nawiązywał kontakt wzrokowy, mniej podsypiał, a sadzany -siedział samodzielnie.

W dniu 8 marca 2013 r. powód przebywał na Izbie Przyjęć Samodzielnego (...) Szpitala (...) w S. w związku z pogorszeniem stanu zdrowia - pogorszenie stanu świadomości i stany podgorączkowe. W wykonanym TK głowy opisano wówczas: stan po operacji w okolicy czołowo-ciemieniowo-skroniowej po stronie lewej z ubytkiem czaszki w tej okolicy oraz wgłobieniem struktur mózgu - wgłęb mózgowia, ucisk i zniekształcenie lewej półkuli mózgu, w lewym płacie czołowym dwa hypodensyjne obszary średnicy 1,5 cm-niedokrwienne, ucisk i zniekształcenie lewej komory bocznej, przesunięcie struktur linii pośrodkowej w stronę prawą na odległość 5 mm, w prawym trójkącie komorowym widoczna zastawka komorowo-otrzewnowa, poszerzona prawa komora boczna oraz róg potyliczny i skroniowy lewej komory bocznej. B. T. został zakwalifikowany do plastyki ubytku kostnego w trybie planowym. Z uwagi na stan powoda oraz konieczność zamówienia dla niego specjalistycznej indywidualnie przygotowanej płytki zabieg ten był kilkakrotnie odkładany w czasie.

Według stanu na dzień 4 czerwca 2013 r. u powoda rozpoznano: niedowład połowiczny prawostronny oraz afazję mieszaną po przebytych w dniu 12 października 2012 r. ciężkim urazie czaszkowo-mózgowym z krwiakiem podtwardówkowym lewostronnym i stłuczeniem lewego płata czołowego, a nadto stan po przebytych zabiegu

ewakuacji krwiaka w dniu 12 października 2012 r. oraz po zabiegu implantacji zastawki komorowo-otrzewnowej w dniu 17 grudnia 2012 r. Z uwagi na rozległe uszkodzenie mózgu, najprawdopodobniej o charakterze utrwalonym, rokowania co do wyleczenia powoda były złe. Zalecono pielęgnację, stałą kinezyterapię oraz ćwiczenia mowy. Lekarz neurolog zlecił zaopatrzenie w wózek inwalidzki oraz pionizator dynamiczny.

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w S. orzeczeniem z 24 września 2013 r. zaliczył powoda do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, ustalając, że niepełnosprawność istnieje od 12 października 2012 r., a jej ustalony stopień od 25 czerwca 2013 r. W orzeczeniu tym wskazano m.in. na konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej, konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, konieczność stałego współdziałania na co dzień opiekuna oraz potrzebę korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji - usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne, rehabilitacyjne. Orzeczenie wydano na okres do 30 września 2015 r.

Postanowieniem z 25 kwietnia 2014 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie (I Ns 388/13), po rozpoznaniu wniosku G. S., ubezwłasnowolnił całkowicie z powodu zaburzeń psychicznych B. T.. U powoda rozpoznano wówczas zespół psychoorganiczny otępienny głębokiego stopnia po operacji krwiaka mózgu, określając, że jego rozeznanie odpowiada osobie poniżej 13 roku życia oraz wymaga stałej opieki osoby trzeciej ze względu na niezdolność do samodzielnej egzystencji.

Postanowieniem z 21 sierpnia 2014 r. Sąd Rejonowy Szczecin - Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie (VIII RNs 869/14) ustanowił opiekę prawną dla całkowicie ubezwłasnowolnionego B. T., powierzając obowiązki opiekuna G. S..

W okresie od 3 do 8 kwietnia 2016 r. powód po raz kolejny przebywał na Oddziale Neurochirurgii i Neurotraumatologii Samodzielnego (...) Szpitala (...) w S. celem poddania się implantacji zastawki programowalnej Sophysa w okolicy podobojczykowej prawej na przebiegu drenu dootrzewnowego. Przebieg operacji i okresu pooperacyjnego odbył się bez powikłań, a pacjent po spionizowaniu chodził z asekuracją i w stanie ogólnym dobrym został wypisany do domu.

W trakcie kolejnej hospitalizacji w Oddziale Neurochirurgii i Neurotraumatologii Samodzielnego (...) Szpitala (...) w S. od 12 do 16 maja 2016 r. powód poddał się operacji kranioplastyki okolicy czołowo-ciemieniowo-skroniowej lewej typu C.. Przy przyjęciu w stanie ogólnym dość dobrym, w kontakcie pozawerbalnym, z niedowładem spastycznym prawych kończyn, chodzący przy pomocy osób trzecich. Przebieg operacji i okresu pooperacyjnego bez powikłań - pacjent pionizowany w pierwszej dobie po operacji, chodził z pomocą osób trzecich.

Według stanu na dzień 2 czerwca 2016 r. u powoda rozpoznaje się niedowład połowiczny prawostronny - z przewagą niedowładów kończyny górnej oraz afazję mieszaną - z przewagą motorycznej, po przebytych w dniu 12 października 2012 r. ciężkim urazie czaszkowo-mózgowym z ostrym krwiakiem podtwardówkowym lewostronnym i stłuczeniem płata czołowego lewego mózgu, leczonym operacyjnie, a nadto stan po implantacji zastawki komorowo-otrzewnowej. Uszkodzenie mózgu ma charakter utrwalony, a rokowania co do wyleczenia są niepomyślne. Konieczna jest systematyczna rehabilitacja, ćwiczenia mowy i pielęgnacja.

Orzeczeniem z 26 lipca 2016 r. Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w S. zaliczył B. T. do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, ustalając że niepełnosprawność istnieje od 12 października 2012 r., a jej ustalony stopień od 6 lipca 2016 r. W orzeczeniu tym wskazano m.in. na konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej, konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, konieczność stałego współdziałania na co dzień opiekuna oraz potrzebę korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji - usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne, rehabilitacyjne. Orzeczenie wydano na stałe.

Sąd I instancji ustalił nadto, że w początkowym okresie pobytu w domu powód wymagał opieki całodobowej i stałego monitoringu. Co 2-3 godziny żona powoda musiała zmieniać jego pozycję ciała, co podyktowane było profilaktyką

przeciwodleżynową i zapewnieniem prawidłowej wentylacji płuc. Kilkanaście razy na dobę powód musiał mieć odsysaną flegmę. W pierwszym etapie pobytu powoda w domu, w opiece nad powodem pomagali znajomi i przyjaciele, w tym zaprzyjaźniony lekarz anestezjolog. Powód objęty był też opieką pielęgniarską - trzy razy w tygodniu na godzinę przychodziła do niego pielęgniarka w ramach usług refundowanych przez NFZ. G. S. zrezygnowała z tej formy pomocy, uznając, że i tak jest ona niewystarczająca, a są inne osoby potrzebujące opieki, które zupełnie pozbawione są wsparcia osób trzecich. Od tego czasu opiekę nad powodem G. S. sprawuje osobiście.

Opieka nad chorym i niesamodzielnym mężem absorbowwała większość czasu jego żony, często kosztem odpoczynku własnego. W okresie, kiedy B. T. był osobą wyłącznie leżącą, tj. przez około pół roku, G. S., przemieszczała go wraz z łóżkiem do własnej pracowni, gdzie przez 2-3 godziny mogła wykonywać pracę, mając powoda w zasięgu wzroku. Część obowiązków zawodowych zmuszona była wykonywać w godzinach późnowieczornych.

W miarę postępów rehabilitacji i stabilizacji stanu zdrowia powoda, opieka nad nim angażowała mniej godzin, bądź obejmowała inny zakres czynności, np. obowiązki stricte pielęgniarskie zastąpione zostały ćwiczeniami rehabilitacyjnymi. Aktualnie opieka ta obejmuje średnio około 8 godzin dziennie. Powód nie wymaga już stałego monitorowania w czasie odpoczynku nocnego. Przesypia około 7-8 godzin. Niezmiennie wymaga jednak stałego wsparcia w zwykłych i podstawowych czynnościach życia codziennego, np. przy przemieszczaniu się, przesiadaniu się z łóżka na wózek inwalidzki, przygotowywania posiłków, utrzymywania higieny osobistej, załatwiania potrzeb fizjologicznych. Poza tym żona powoda zaangażowana jest czynnie w proces jego rehabilitacji - we własnym zakresie ćwiczy z powodem, wykonuje ćwiczenia wspomagające mowę itp. Zajmuje się również załatwianiem wszelkich wizyt lekarskich, zakupami, sprzątaniem, gotowaniem itp.

Od 2012 r. powód poddawany jest rehabilitacji w warunkach domowych i korzysta z odpłatnych usług rehabilitanta. Koszt jednej godziny rehabilitacji wynosi 100 zł. W miarę posiadanych środków rehabilitacja odbywała się 3 razy w tygodniu po 2-3 godziny. Poza tym zalecane ćwiczenia usprawniające powód wykonuje systematycznie z żoną.

Proces rehabilitacji powoda, z uwagi na głębokie deficyty, jest procesem żmudnym i długotrwałym. W pierwszym etapie rehabilitacja miała charakter bierny. Na początku powód był pionizowany, co polegało na unoszeniu i obustronnym krótkotrwałym podtrzymywaniu w pozycji pionowej. Następnie rehabilitant przeprowadzał drenaż całego ciała i masaż stawów. W kolejnym etapie powód był stawiany na nogach, oparty całym ciężarem bezwładnego ciała na innej osobie, przestawiał sprawniejszą lewą nogę. Polegało to w zasadzie na noszeniu go na sobie i dostawianiu prawej nogi. Proces ten trwał przez około półtora roku, a czynności w jego ramach powód wykonywał biernie i bezwiednie.

W procesie pionizowania powoda wykorzystywany był specjalistyczny sprzęt ortopedyczny w postaci pionizatora pneumatycznego. G. S. zakupiła sprzęt używany za około 8.000 zł, uzyskując dofinansowanie z NFZ w kwocie 3.000 zł. Przez około dwa lata ćwiczenia w tym zakresie polegały na biernym „stawianiu” powoda i przypinaniu go pasami w pozycji pionowej. W 2016 r. powód przestał korzystać z pionizatora, osiągając stan, w którym jest w stanie samodzielnie utrzymać się w pozycji pionowej przy asekuracji innej osoby. Aktualnie powód podtrzymywany przez osobę trzecią jest w stanie przemieścić się na krótkim odcinku. Bez takiej asekuracji powód narażony jest na upadki. Z uwagi na to, że ciężar ciała opiera się na lewej nodze, kończyła ta narażona jest na nadwyrężenie i kontuzje.

W procesie pionizowania powoda wykorzystywany był też wózek inwalidzki, który na co dzień służy do przemieszczania się z powodem na dłuższych odcinkach. Początkowo B. T. sadzany był na wózku na okres ok. godziny, a w miarę postępu rehabilitacji ruchowej czas ten był zwiększany. Aktualnie powód samodzielnie siedzi na wózku inwalidzkim, ale nie jest w stanie samodzielnie się na nim przemieszczać. Jego żona, aby zapewnić mu kontakt ze światem zewnętrznym oraz stymulację bodźców z niego pochodzących, systematycznie wychodzi z nim na spacer. W tym celu niezbędnym okazał się zakup specjalistycznego urządzenia - schodołazu, umożliwiającego transport powoda z piętą budynku po schodach. G. S. zakupiła używany sprzęt za kwotę około 3.500 zł.

Obecnie rehabilitacja ruchowa powoda skupiona jest wokół usprawnienia funkcji kończyn dolnych, w szczególności dotkniętej porażeniem prawej nogi. Rehabilitacja prawej ręki, która jest u powoda ręką wiodącą, jest w fazie

początkowej. Powód nie jest w stanie samodzielnie jeść płynnych posiłków, ponieważ trzymając sztućce w lewej ręce, rozlewa płyny. G. S. uczy męża wykonywania podstawowych czynności, jak trzymanie kanapki czy kubka z napojem i unoszenie ich do ust. W przyszłości - w zależności od potrzeb i postępów w rehabilitacji - możliwe będzie zaopatrzenie prawej kończyny w specjalistyczną ortezę wspomagającą funkcję ręki. Koszt zakupu tej ortozy to kwota około 7.000-8.000 zł, która nie jest refundowana ze środków NFZ. Na przestrzeni ostatnich czterech lat niedowład w kończynie dolnej prawej ustąpił o około 40 %, a niedowład kończyny górnej prawej o około 5%.

Powód z uwagi na niedowład połowiczny prawostronny cierpi na prawostronne porażenie mięśni twarzy, co również wymaga rehabilitacji. Do tej pory B. T. raz konsultowany był przez neurologopedę - koszt wizyty prywatnej to kwota 70 zł. G. S. samodzielnie prowadzi ćwiczenia z mężem według instrukcji udzielonych przez neurologopedę. Częściowo ćwiczenia te wykonywane są na zasadzie intuicyjnej. B. T. w wyniku doznanego urazu mózgowo-czaszkowego dotknięty jest afazją motoryczną i sensoryczną. Afazja motoryczna utrzymuje się - powód poza słowem „nie” oraz kilkoma niedookreślonymi dźwiękami, których sens jest niejasny, nie komunikuje się z otoczeniem. G. S. intuicyjnie i na podstawie kontekstu sytuacyjnego odczytuje jego potrzeby. Afazja sensoryczna na przestrzeni ostatnich czterech lat stopniowo cofa się - aktualnie powód jest w stanie wykonać proste polecenia typu „wstań, usiądź, zjedz”.

Przez około rok od powrotu do domu B. T. poddawany był też zabiegom akupunktury, wykonywanym prywatnie - koszt jednej wizyty to kwota 150 zł.

Od maja 2016 r. powód nie przyjmuje już na stałe żadnych leków neurologicznych dostępnych na receptę. Przedtem wydatkował na zakup takich leków około 150 zł miesięcznie. Aktualnie przyjmuje tylko suplementy diety i organiczne preparaty wzmacniające organizm dr N. oraz na bazie aloesu Alveo. Powód zużywa 1 butelkę witaminowego preparatu aloesowego na miesiąc, co stanowi koszt 140 zł. W początkowym etapie zużycie to było większe z uwagi na stosowanie większych dawek. Koszt zakupu preparatów dr N. to kwota około 400-500 zł miesięcznie. Przy zabiegach higienicznych powód korzysta z preparatów organicznych na bazie archibakterii z Morza Martwego, sprowadzanych na zamówienie z kliniki (...) w Izraelu. Miesięczny koszt zakupu tych środków to kwota około 150-200 zł. W diecie powoda aktualnie dominują produkty naturalne i ekologiczne, które żona zakupuje w sklepach sieciowych, na bazarach lub w sklepach specjalistycznych z żywnością ekologiczną. W zależności od źródła pochodzenia tych produktów koszt ich zakupu jest wyższy o około 30-50% od produktów ogólnodostępnych na rynku.

Od października 2012 r. B. T. stale korzysta ze środków zaopatrzenia higienicznego - pieluchomajtek, podkładów higienicznych itp. Powód nie sygnalizuje i samodzielnie nie załatwia swoich potrzeb fizjologicznych. Koszt zakupu pieluchomajtek jest objęty częściową refundacją ze środków NFZ. Miesięcznie na ten cel powód wydatkuje średnio kwotę około 440 zł. Średniodziennie powód zużywa od 6-8 szt. pieluchomajtek oraz jeden podkład higieniczny na łóżko. Koszty zakupu paczki podkładów higienicznych są zbliżone do kosztów zakupu paczki pieluchomajtek i wynoszą około 50-60 zł. Zakup tych środków także jest objęty częściową refundacją ze środków NFZ, ale refundacja ta jest naprzemienna z refundacją pieluchomajtek. W związku z niekontrolowaniem procesów fizjologicznych wzrosło zapotrzebowanie powoda na zakup prześcieradeł i dodatkowych zmian pościeli, gdyż częściej ulegają one zabrudzeniu i zużyciu. Nadto artykuły te muszą być dostosowane do wymiarów łóżka rehabilitacyjnego.

Koszt prywatnych zabiegów rehabilitacyjnych średniomiesięcznie zamyka się kwotą od 1.200 do ponad 2.000 zł, co uzależnione jest od ilości zrealizowanych dni i godzin.

Sąd Okręgowy ustalił także, że w latach 2012-2016 oraz w chwili obecnej powód nie pobierał żadnych świadczeń z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Nie podlegał on ubezpieczeniu społecznemu. Aktualnie objęty jest ubezpieczeniem zdrowotnym jako członek rodziny w ramach ubezpieczenia G. S., która prowadzi działalność gospodarczą. Powód nie korzystał i nadal nie korzysta z pomocy, w tym z usług opiekuńczych świadczonych przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w S.. Od dnia 8 lutego 2013 r. jest on podopiecznym Fundacji (...) w W., gdzie korzysta z projektu subkonto, na które wpływają środki z darowizn, charytatywnych SMS-ów, odpisów 1% podatku i z którego realizowane są wypłaty na podstawie składanych wniosków o dofinansowanie. Od dnia założenia subkonta do 13 stycznia 2017 r. zebrano kwotę 33.941,48 zł.

W okresie od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. (...) Szpital (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. korzystał z ochrony ubezpieczeniowej udzielonej przez (...) S.A. w W. w ramach:

- umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w związku z prowadzoną działalnością w zakresie świadczenia usług medycznych udzielanych w ramach kontraktów z NFZ (lecznictwo szpitalne oraz lecznictwo pozostałe) z 30 grudnia 2011 r. - polisa nr (...) z sumą gwarancyjną na jedno zdarzenie 46.4500 euro, tj. 184.242,30 zł i na wszystkie zdarzenia 275.000 euro, tj. 1.089.605 zł, w ramach której ubezpieczeniem OC była objęta odpowiedzialność cywilna świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, przedstawicieli innych zawodów medycznych oraz Zakładów Opieki Zdrowotnej z dnia 31 grudnia 2011 r. - polisa nr (...) (tzw. umowa nadwyżkowego ubezpieczenia OC) z sumą gwarancyjną na wszystkie zdarzenia oraz limitem na jedno zdarzenie w wysokości po 500.000 zł, w ramach której przedmiotem była odpowiedzialność cywilna (deliktowa i kontaktowa) z tytułu prowadzonej działalności, w tym związanej z udzielaniem świadczeń medycznych oraz posiadaniem i użytym mieniem ruchomym i nieruchomym w związku z którą zaistnieją zdarzenia, w następstwie których ubezpieczający zobowiązany jest do naprawienia szkody wyrządzonej pacjentowi lub osobie trzeciej przez spowodowanie śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo szkody rzeczowej.

W ramach tzw. umowy nadwyżkowego ubezpieczenia OC (...) S.A. udzielał ochrony ubezpieczeniowej co do szkód wyrządzonych przez ubezpieczonego oraz osoby, za które ponosi on odpowiedzialność, w tym przez osoby nie będące pracownikami ubezpieczającego, a za które ubezpieczający ponosi odpowiedzialność w ramach stosunku prawnego wynikającego z umowy pomiędzy ubezpieczonym a taką osobą lub podmiotem kierującym taką osobą do ubezpieczonego. W ramach tej umowy ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do roszczeń powstałych w związku z wykonywaniem świadczeń medycznych nieobjętych obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej świadczeniobiorcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. Ochroną ubezpieczeniową zostały objęte również roszczenia powstałe ze zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, które nie zostały zaspokojone po wyczerpaniu sumy gwarancyjnej umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Na podstawie tzw. umowy nadwyżkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (...) S.A. udzielał szpitalowi ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z warunkami i postanowieniami określonymi w umowie ubezpieczenia oraz w Ogólnych warunkach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, przedstawicieli innych zawodów medycznych oraz zakładów opieki zdrowotnej ustalonych Uchwałą Nr (...) Zarządu (...) SA z 28 czerwca 2007 r. ze zmianami ustalonymi Uchwałą Nr (...) Zarządu (...) SA z 26 listopada 2010 r. i w Ogólnych warunkach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dla klienta korporacyjnego ustalonych Uchwałą Nr (...) Zarządu (...) SA z 7 maja 2009 r. ze zmianami ustalonymi Uchwałą Nr (...) Zarządu (...) SA z 4 lutego 2011 r. Ponadto zgodnie z tzw. umową nadwyżkowego ubezpieczenia OC udział własny ubezpieczonego w szkodzie wyniósł 5 %.

Powód po raz pierwszy zgłosił swoje roszczenia wobec (...) SA pismem z 28 czerwca 2014 r., które wpłynęło pismo do pozwanego w dniu 2 lipca 2014 r. W piśmie tym powód wystąpił z żądaniem zapłaty odszkodowania w wysokości 227.549,75 zł, zadośćuczynienia w wysokości 2.500.000 zł oraz zaległej i bieżącej renty w wysokości 90.000 zł za 18 miesięcy i po 5.000 zł miesięcznie od lipca 2014 r., wyznaczając 30-dniowy termin na realizację ww. roszczeń od dnia doręczenia wezwania. Nadto, wezwał do wypłaty zaliczek na poczet ww. roszczeń w terminie 14 dni od doręczenia wezwania.



W kolejnym piśmie z 31 sierpnia 2015 r. powód zgłosił pozwanemu (...) Spółce akcyjnej z siedzibą w W. żądanie wypłaty dalszych kwot tytułem odszkodowania za koszty leczenia i rehabilitacji, tj. kwoty 35.954,66 zł - w terminie 7 dni od otrzymania wezwania.

Po przeprowadzonym postępowaniu likwidacyjnym pozwany (...) S.A. przyznał powodowi następujące świadczenia:

1. kwotę 120.000 zł tytułem zadośćuczynienia - decyzja z 16 września 2014 r.; przelew kwoty nastąpił 25 września 2014 r. na rachunek bankowy przedstawicielki ustawowej powoda, a wypłatę zrealizowano z polisy Nr (...) dot. umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej pozwanego szpitala,
2. kwotę 30.080 zł tytułem odszkodowania związanego z opieką osób trzecich oraz kwotę 32.456,54 zł tytułem odszkodowania związanego ze zwrotem kosztów artykułów higienicznych, środków czystości, odzieży, leków, sprzętu rehabilitacyjnego, zabiegów rehabilitacyjnych i konsultacji medycznych - decyzja z 6 października 2014 r.; przelew kwoty nastąpił 8 października 2014 r. na rachunek bankowy przedstawicielki ustawowej powoda, a wypłatę zrealizowano z polisy Nr (...) dot. umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej pozwanego szpitala,
3. kwotę 80.292,96 zł tytułem odszkodowania (decyzja z 6 października 2015r.), obejmującego:
  - kwotę 49.408 zł tytułem odszkodowania związanego z opieką osób trzecich, z czego kwota 21,056 zł tytułem zwrotu kosztów opieki za okres od 21 grudnia 2012 r. do 9 października 2014 r. oraz kwota 28.352 zł tytułem zwrotu kosztów opieki za okres od 10 października 2014 r. do 10 października 2015 r.,
  - kwotę 30.884,96 zł tytułem kosztów poniesionych na rehabilitację, leczenie i wydatków na artykuły higieniczne,
  - kwotę 1.948,16 zł i 24,720 zł tytułem kosztów poniesionych na zakup leków, sprzętu rehabilitacyjnego i na zabiegi rehabilitacyjne,
  - kwota 4.216,80 zł tytułem wydatków poniesionych na zakup artykułów higienicznych i środków czystości,

przy czym wypłata kwoty 1.705,76 zł nastąpiła z polisy Nr (...) dot. umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, a przelew tej kwoty na rachunek bankowy przedstawicielki ustawowej powoda nastąpił w dniu 20 października 2015 r. i wobec wyczerpania sumy gwarancyjnej z tej umowy, wypłata dalszej kwoty 78.587,20 zł nastąpiła z polisy Nr (...) dot. umowy nadwyżkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, jednak z uwagi na 5 % udziału własnego pozwanego szpitala w szkodzie, 7 października 2015 r. na rachunek bankowy przedstawicielki ustawowej powoda przekazana została kwota 74.567,84 zł.

Łącznie (...) S.A. wypłaciła powodowi kwotę 258.810,14 zł, odmawiając zaspokojenia zgłaszanych roszczeń w pozostałym zakresie.

Pozwany P. W., legitymujący się prawem wykonywania zawodu nr (...) i specjalizacją w dziedzinie chorób wewnętrznych, prowadzący Indywidualną Specjalistyczną Praktykę Lekarską w S. wpisaną do Rejestru Indywidualnych Praktyk Lekarskich prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską w S., w okresie od 1 lipca 2012 r. do 31 grudnia 2013 r., na podstawie łączącej go ze (...) Szpitalem (...) Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w S. umowy nr (...) o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów medycznych z 28 czerwca 2012 r., zmienionej Anekssem nr (...) z 31 grudnia 2012 r. - pełnił dyżury medyczne w Izbie Przyjęć ww. szpitala w dniach i w godzinach wynikających z harmonogramu dyżurów.

Zgodnie z § 3 ust. 1 ww. umowy P. W. zobowiązany był wykonywać przedmiot umowy zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością. Nadto zgodnie z § 3 ust. 2 ww. umowy P. W. ponosił na zasadach pełnego ryzyka odpowiedzialność za udzielanie lub zaniechanie wykonywania przez siebie świadczeń zdrowotnych. W § 5 ust. 4 i 5 ww. umowy strony przewidziały, że odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną

przy udzielaniu świadczeń w zakresie przedmiotu umowy ponoszą solidarnie, z tym że P. W. ponosił odpowiedzialność za szkody powstałe w związku z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem świadczeń zdrowotnych określonych umową, a wynikłych z przyczyn leżących po jego stronie.

Zgodnie z ww. umową oraz z zarządzeniem Komendanta (...) Szpitala (...) z 3 lutego 2011 r. P. W. zobowiązany był pełnić dyżur na Izbie Przyjęć pozwanego szpitala od godziny 15:30 do godziny 7:30 następnego dnia. W zakresie jego obowiązków jako lekarza dyżurnego Izby Przyjęć mieściło się: udzielanie pomocy choremu przybywającemu do szpitalnej Izby Przyjęć i prowadzenie leczenia lub obserwacji, aż do momentu przekazania chorego pod opiekę lekarzy dyżurnych z oddziałów szpitalnych lub wypisania z Izby Przyjęć, a w szczególności po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną chorego, przeprowadzenie badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta, ustalenie wstępnego rozpoznania i planu postępowania diagnostycznego.

W okresie świadczenia usług w (...) Szpitalu (...) Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w S. P. W. korzystał z ochrony ubezpieczeniowej udzielonej przez Towarzystwo (...) Spółka akcyjna w W. w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz umowy ubezpieczenia kosztów ochrony prawnej - polisa (...) nr (...) z 20 czerwca 2012 r. z sumą gwarancyjną na wszystkie zdarzenia 350.000 zł i z limitem na jedno zdarzenie 75.000 zł.

W związku ze zdarzeniem z 12 października 2012 r. powód zgłosił swoje roszczenia także wobec Towarzystwa (...) S.A. w W. pismem z dnia 28 czerwca 2014 r., które wpłynęło do pozwanego 7 lipca 2014 r. W piśmie tym powód, powołując się na polisę ubezpieczonego P. W. LEK nr (...) z 20 czerwca 2012 r., wystąpił z żądaniem zapłaty odszkodowania w wysokości 227.549,75 zł, zadośćuczynienia w wysokości 2.500.000 zł oraz zaległej i bieżącej renty w wysokości 90.000 zł za 18 miesięcy i po 5.000 zł miesięcznie od lipca 2014 r., wyznaczając 30-dniowy termin na realizację ww. roszczeń od dnia doręczenia wezwania. Nadto wezwał do wypłaty zaliczek na poczet ww. roszczeń w terminie 14 dni od doręczenia wezwania, które ponowił pismem z 22 sierpnia 2014 r., a które wpłynęło w dniu 25 sierpnia 2014 r. Po przeprowadzonym postępowaniu likwidacyjnym Towarzystwo (...) S.A. w W. pismem z 13 października 2014 r. poinformowała, że nie znajduje podstaw do przyjęcia odpowiedzialności i odmawia wypłaty roszczeń odszkodowawczych za zdarzenie z 12 października 2012 r.

W związku ze zdarzeniem z 12 października 2012 r. powód zgłosił swoje roszczenia również bezpośrednio wobec lekarza P. W. pismem z 28 czerwca 2014 r., żądając zapłaty odszkodowania w wysokości 227.549,75 zł, zadośćuczynienia w wysokości 2.500.000 zł oraz zaległej i bieżącej renty w wysokości 90.000 zł za 18 miesięcy i po 5.000 zł miesięcznie od lipca 2014 r., wyznaczając 30-dniowy termin na realizację ww. roszczeń od dnia doręczenia wezwania. Nadto wezwał pozwanego do wypłaty zaliczek na poczet ww. roszczeń w terminie 14 dni od doręczenia wezwania, które to wezwanie ponowił pismem z dnia 26 sierpnia 2014 r., domagając się od pozwanego wypłaty zaliczki w kwocie 100.000 zł niezbędnej na pokrycie podstawowych kosztów utrzymania, leczenia i rehabilitację. P. W. nie zaspokoił roszczeń powoda w żadnym zakresie.

W związku ze zdarzeniem z 12 października 2012 r. B. T. zgłosił pismem z 28 czerwca 2014 r. swoje roszczenia także wobec (...) Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S., żądając zapłaty odszkodowania w wysokości 227.549,75 zł, zadośćuczynienia w wysokości 2.500.000 zł oraz zaległej i bieżącej renty w wysokości 90.000 zł za 18 miesięcy i po 5.000 zł miesięcznie od lipca 2014 r., wyznaczając 30-dniowy termin na realizację ww. roszczeń od dnia doręczenia wezwania. Nadto wezwał pozwanego do wypłaty zaliczek na poczet ww. roszczeń w terminie 14 dni od doręczenia wezwania. Pismem z 11 sierpnia 2014 r. Komendant (...) Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. poinformował, że nie uznaje odpowiedzialności kierowanej przez siebie jednostki za zaistniałe zdarzenie, wskazując że roszczenia winny być kierowane bezpośrednio do lekarza P. W..

Pozwany P. W. został oskarżony o to, że w nocy 12 października 2012 r. w godzinach od 3:20 do 7:30, pełniąc obowiązki lekarza dyżurnego Izby Przyjęć (...) Szpitala (...) w S. przy ul. (...) wynikające z umowy nr (...) z 28 czerwca 2012 r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów medycznych oraz zakresu obowiązków lekarza dyżurnego Izby Przyjęć (...) Szpitala (...) w S., określonych w dniu 9 czerwca 2011 r., polegających na: obecności w

pomieszczeniach Izby Przyjęć, udzieleniu pomocy choremu przybywającemu do szpitalnej Izby Przyjęć i prowadzeniu leczenia lub obserwacji aż do momentu przekazania chorego pod opiekę lekarzy dyżurnych z oddziałów szpitalnych lub wypisania z Izby Przyjęć, a w szczególności polegających na: zapoznaniu się z dokumentacją lekarską chorego lub zebraniu możliwie dokładnego wywiadu od osób, które przybyły wraz z chorym, przeprowadzeniu badania lekarskiego nowoprzybyłych pacjentów, ustaleniu wstępnego rozpoznania i planu postępowania diagnostycznego - nie dopełnił wskazanych wyżej obowiązków w ten sposób, że przebywając poza pomieszczeniami Izby Przyjęć, zaniechał zebrania wywiadu, przeprowadzenia badań i obserwacji lekarskiej przywiezionego przez Pogotowie Ratunkowe pacjenta B. T., wobec którego miał obowiązek troszczenia się, nie przekazał pacjenta kolejnemu lekarzowi przejmującemu opiekę w godzinach rannych nad pacjentami Izby Przyjęć, w związku z czym pozbawił B. T. faktycznej opieki lekarskiej przez okres co najmniej 4 godzin i opóźnił u niego proces diagnostyki i leczenia ostrego krwaka podtwardówkowego, przez co naraził pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, tj. o czyn z art. 231 § 1 k.k. w zb. z art. 160 § 1 i 2 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k.

Wyrokiem z 13 kwietnia 2016 r. Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie uznał oskarżonego P. W. za winnego tego, że 12 października 2012 r. w godzinach od 3:20 do 7:30, mając ustawowy obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, pełniąc obowiązki lekarza dyżurnego Izby Przyjęć (...) Szpitala (...) w S. przy ul. (...) wynikające z umowy nr (...) z 28 czerwca 2012 r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów medycznych oraz zakresu obowiązków lekarza dyżurnego Izby Przyjęć (...) Szpitala (...) w S. z 9 czerwca 2011 r., polegających na udzieleniu pomocy choremu przybywającemu do szpitalnej Izby Przyjęć i prowadzeniu leczenia lub obserwacji aż do momentu przekazania chorego pod opiekę lekarzy dyżurnych z oddziałów szpitalnych lub wypisania z Izby Przyjęć, a w szczególności polegających na zapoznaniu się z dokumentacją lekarską chorego, przeprowadzeniu badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta, ustalenie wstępnego rozpoznania i planu postępowania diagnostycznego - nie dopełnił wskazanych obowiązków w ten sposób, że przebywając poza pomieszczeniami Izby Przyjęć nie przeprowadził w ogóle badania lekarskiego pacjenta B. T. przywiezionego przez Pogotowie Ratunkowe i nie przekazał go kolejnemu lekarzowi przejmującemu opiekę w godzinach rannych nad pacjentami Izby Przyjęć, pozbawiając w/w faktycznej opieki lekarskiej przez okres co najmniej 4 godzin, co spowodowało skutek w postaci przeniesienia pacjenta w stan bardziej niebezpieczny wywołany stłuczeniem mózgu, przez co naraził pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, tj. przestępstwo z art. 160 § 1 i 2 k.k. i za to, na podstawie art. 160 § 2 k.k., wymierzył karę 1 roku pozbawienia wolności, zawieszając warunkowo jej wykonanie na okres próby 2 lat oraz wymierzając oskarżonemu karę grzywny 200 stawek dziennych w kwocie po 50 zł każda.

Wyrokiem Sądu Okręgowego w Szczecinie z 29 grudnia 2016 r. (IV Ka 1259/16) powyższe orzeczenie zostało utrzymane w mocy. Sądy obu instancji uznały, że zgromadzony materiał dowodowy nie pozwala stwierdzić, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy zaniechaniem pozwanego P. W. a skutkiem z art. 156 § 1 k.k. Wynika on bowiem z obrażeń, jakich powód doznał jeszcze przed przyjazdem do szpitala. Nadto wskazały, że niewątpliwie uszczerbek taki podlega gradacji, ale w rozpoznawanej sprawie nie można stwierdzić, że oskarżony swoim zaniechaniem przyczynił się do jego zwiększenia. W związku z tym brak jest podstaw do jednoznacznego i kategorycznego powiązania przyczynowego pomiędzy uszczerbkiem na zdrowiu pokrzywdzonego B. T. a zaniechaniem oskarżonego P. W..

Postanowieniem z 3 marca 2014 r. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w S., na podstawie art. 67 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 r., wszczął postępowanie wyjaśniające w sprawie nieprawidłowego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w stosunku do pacjenta B. T.. Następnie, postanowieniem z 18 lipca 2014 r., przedstawił P. W. zarzut nieprawidłowego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w stosunku do pacjenta B. T..

Opiniujący w sprawie biegli uznali, iż brak jest związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy postępowaniem pozwanego P. W. (zaniechaniem) a aktualnym stanem zdrowia powoda B. T.. Postępowanie P. W. nie doprowadziło do uszczerbku na zdrowiu powoda. Do takiego uszczerbku doprowadziło upojenie alkoholowe w stopniu znacznym, oceniane na 2,7 - 3,0 promila około godziny 3:20 w nocy 12 października 2012 r. Zdaniem biegłych, jest bardzo prawdopodobnym, że skutkiem ego upojenia doszło do urazu czaszkowo - mózgowego ewoluującego

do zmian wewnątrzczaszkowych skutkujących koniecznością leczenia operacyjnego neurochirurgicznego krwiaka podtwardówkowego oraz wystąpieniem obecnego efektu klinicznego pod postacią inwalidztwa.

Stan nietrzeźwości powoda był podstawową przeszkodą w ocenie jego stanu klinicznego. Wskazania do badania diagnostycznego to wskazania, które wynikają ze stanu zdrowia. Jeżeli pacjent jest nietrzeźwy, a jednym objawem, który reprezentuje są zaburzenia świadomości i są one adekwatne do poziomu alkoholu, to nie ma wskazań do rozszerzenia diagnostyki. Przesłanki do wykonania tomografii komputerowej to uraz czaszkowo- mózgowy oraz objawy neurologiczne, albo bezpośrednio po urazie, albo badane na SOR lub w Izbie Przyjęć. Jeśli uraz jest błahy, to przy braku objawów neurologicznych takich jak: zaburzenia świadomości, niedowład, w skali Glasgow nie ma najwyższej oceny, to wykonuje się badanie rentgenowskie. Jeśli brak jest objawów kostnych, to stwierdza się wstrząśnienie, które może stanowić podstawę do hospitalizacji, ale nie musi. Jeżeli u pacjenta są objawy neurologiczne, niedowład, utraty świadomości, które nie są tłumione przez upojenie alkoholowe, stanowi to podstawę skierowania na tomografię komputerową. U powoda takie przesłanki nie zaistniały.

Brak jest podstaw do przyjęcia, że krwiak podtwardówkowy w swojej postaci stwierdzanej w dniu 12 października 2012 r. w badaniu głowy metodą tomografii komputerowej powstał w sposób nagły, jednorazowy, w ściśle określonym kryterium czasowym. U powoda doszło do zmian krwotocznych (pourazowych) wewnątrzczaszkowych pod postacią stłuczeń mózgu. Zmiany takie ewoluują w różny sposób. Krwiak mózgu podtwardówkowy powstaje w przestrzeni podtwardówkowej pomiędzy oponą pajęczynkową a oponą twardą. Jest to gromadzenie się krwi w przestrzeni potencjalnej, czyli niezajętej przez elementy nerwowe. Wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego, powoduje przemieszczenia w ciasnej przestrzeni, ograniczonej kością w związku z czym dochodzi do ucisku, niedokrwienia i zmian w komórkach nerwowych, co jest powodem wystąpienia objawów neurologicznych, takich jak utrata świadomości, niedowład, czy inne. Objawy po urazie mogą wystąpić natychmiast, mogą wystąpić po kilku godzinach, kilkunastu godzinach, kilku dniach a nawet tygodniach. U powoda objawy neurologiczne pod postacią niedowładu nie występowały. Był on w stanie nietrzeźwości i występowały u niego zaburzenia świadomości adekwatne do poziomu alkoholu we krwi. Brak objawów neurologicznych wyklucza diagnozowanie choroby. Nie wykonuje się badań skrinigowych, jeśli nie ma objawów choroby.

Biegli wskazali, że nie jest możliwe ustalenie, czy w godzinach 3:20-7:30 po wykonaniu badania KT głowy zdiagnozowano by u powoda krwiaka podtwardówkowego wymagającego leczenia operacyjnego. Paradoksalnie wdrożenie wcześniejszej diagnostyki mogłoby spowodować, że moment konieczności zabiegu operacyjnego nie zostałby uchwycony. Z przebiegu klinicznego wynika, że ten krwiak ewaluował i nawet jeśli powstał przed przyjęciem do szpitala, to objawy pojawił się później. Wcześniejsze wykonanie diagnostyki TK najprawdopodobniej wykazałoby cechy niewielkiego stłuczenia mózgu, które nie stanowiły wskazań do zabiegu przy braku objawów ogniskowych, które pojawiły się dopiero później. Przy badaniu tomografem mużką zostać spełnione określone warunki -przez okres kilku minut pacjent nie może się ruszać. Przy osobie znajdującej się w stanie nietrzeźwości warunek ten może być trudny do zachowania.

Nie obowiązuje standard medyczny, by każdej osobie nietrzeźwej było wykonywanie na wszelki wypadek badanie tomografem komputerowym. Także w późniejszych badaniach realizowanych przez lekarzy pozwanego szpitala nie stwierdzono odchyień. Powodem dalszej diagnostyki powoda był fakt nieadekwatnego stanu upojenia alkoholowego do poziomu alkoholu w krwi, jaki stwierdzono u powoda. Objawów neurologicznych nie stwierdzano aż do badania neurochirurgicznego przeprowadzonego przez A. L. (2), który opisał objawy prężenia. Były to pierwsze objawy neurologiczne, które pojawiły się po godzinie 11:20. Wcześniej u powoda nie występowały żadne objawy neurologiczne, w przypadku pojawienia się których obowiązkowe było wdrożenie dalszych procedur diagnostycznych. Obecność krwi w przewodzie słuchowym nie jest objawem neurologicznym. Wykonanie wcześniejsze tomografu mogłoby skutkować tym, że nastąpiłoby uspokojenie, powód zostałby przeniesiony na oddział, a następna wizyta byłaby przy obchodzie pielęgniarki porannej.

Lekarze, którzy badali powoda po godzinie 8:00 nie stwierdzili żadnych objawów neurologicznych. Skoro tych objawów nie było po godzinie 8:00, nie było ich także w przedziale czasowym 3:20 - 7:30. Objawy w przypadku

słuczenia mózgu mają postać narastającą. Nie było wskazań bezwzględnych do wykonania tomografii komputerowej B. T. od godziny 3:20 do 7:30. Objawy inne aniżeli zaburzenie procesu trzeźwienia, w postaci objawów ogniskowych pojawiły się po godzinie 11:20 i wówczas były wskazania do wykonania tomografu. Przesłankami wykonania tego badania jest uraz czaszkowo - mózgowy i objawy neurologiczne. P. W. nie miał wiedzy o urazie doznanym przez powoda. Kolejni lekarze z pozwanego szpitala także nie mieli podstaw by przyjąć, że powód doznał takiego urazu.

Naruszenie kodeksu etyki lekarskiej przez lekarza nie jest równoznaczne z wyrządzeniem szkody na zdrowiu pacjenta.

W świetle powyższych ustaleń faktycznych Sąd Okręgowy uznał powództwo, którego materialnoprawną podstawę stanowiły przepisy w art. 445 § 1 k.c., art. 444 § 1 i 2 k.c. oraz art. 189 k.p.c. - w części w jakiej nie zostało ono cofnięte przez powoda - za całkowicie bezzasadne. Jak wyjaśnił Sąd I instancji, przedmiotem żądania powoda jest roszczenie o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę za szkodę na osobie, a także ustalenie odpowiedzialności za następstwa wynikające ze zdarzeń mających miejsce 12 października 2012 r. na przyszłość.

Z uwagi na modyfikacje żądania w toku sprawy oraz brak precyzyjności w formułowaniu tych żądań, Sąd wyjaśnił, że powód pierwotnie domagał się zasądzenia solidarnie od pozwanych P. W., Towarzystwa (...) Spółki akcyjnej w W., (...) Szpitala (...) - Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. oraz (...) Spółki akcyjnej w W.:

1. odszkodowania w wysokości 524.487,87 zł, obejmującego:

- koszty leczenia, rehabilitacji, zakupu leków i niezbędnych środków w kwocie 113.504,41 zł (77.549,75 zł + 35.954,66 zł) po pomniejszeniu o wypłatę ubezpieczyciela w kwocie 32.456,54 zł, tj. 81.047,87 zł,
- koszt opieki nad powodem przez osoby trzecie w wysokości 353.520 zł (982 dni x 12h/dziennie x 30 zł) po pomniejszeniu o wypłatę ubezpieczyciela w kwocie 30.080 zł, tj. 323.440 zł,
- kwoty 120.000 zł tytułem rocznego utraconego dochodu powoda za lata 2013-2014;

2. zadośćuczynienia w kwocie 2.380.000 zł z odsetkami od 28 lipca 2014 r.,

3. renty z tytułu utraty możliwości zarobkowania, zwiększonych potrzeb i zmniejszenia widoków na przyszłość w wysokości 22.650 zł miesięcznie, poczynając od 1 września 2015 r.;

4. ustalenia odpowiedzialności każdego z pozwanych za skutki zdarzenia z 12 października 2012 r., mogące wystąpić w przyszłości.

Następnie powód cofnął pozew w zakresie kwoty 74.657,84 zł i 1.705,76 zł, które zostały wypłacone przez ubezpieczyciela (na poczet kosztów leczenia: 30.884,96 zł i 49.408 zł; na poczet kosztów opieki osoby trzeciej: 365 dni x 8h x 8zł = 23.360 zł i 52 tygodnie x 12h x 8zł = 4992 zł), po pomniejszeniu wypłaty o 5 % udział własny ubezpieczonego, co odpowiednio dało kwoty: 29.373,26 zł i 46.990,34 zł. Po tej modyfikacji odszkodowanie wynosiło 448.124,27 zł i obejmowało: koszty leczenia w kwocie 51.674,61 zł (81.047,87 zł - 29373,26 zł), koszt opieki 276.449,66 zł (323.440 zł - 46.990,34 zł) i 120.000 zł utraconych przez powoda zarobków w latach 2013 i 2014.

Pismem z 23 marca 2017 r., złożonym 13 kwietnia 2017 r. powód wniósł o zasądzenie solidarnie od wszystkich pozwanych:

1. kwoty 300.000 zł tytułem odszkodowania za utracony zarobek w związku z niezrealizowaną indywidualną wystawą w Galerii Sztuki Współczesnej w Muzeum (...) w S. oraz powystawową sprzedażą obrazów i dochodu powoda wraz z należnymi odsetkami ustawowymi i ustawowymi odsetkami za opóźnienie poczynając od 1 stycznia 2016 r. od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty;

2. kwoty 197.600zł z tytułu utraconego dochodu żony G. S. w kwocie po 3.800 zł miesięcznie z odsetkami za okres od listopada 2012 r. do lutego 2017 r., płatnej wraz z odsetkami ustawowymi oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie (począwszy od 1 stycznia 2016 r.) od 5. każdego miesiąca;

3. kwoty 18.474,66 zł z tytułu kosztów leczenia i pielęgnacji zgłoszonych w ostatnim piśmie procesowym, które nie zostały zapłacone przez (...) wraz z należnymi odsetkami ustawowymi i ustawowymi odsetkami za opóźnienie, poczynając od 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

4. kwoty 30.016 zł z tytułu sprawowania opieki nad powodem w przedziale od 11 października 2015 r. do marca 2017 r. (469 dni po 8 godzin x 8 zł);

5. kwoty 277.680 zł tytułem utraty zarobków powoda w kwocie po 5.340 zł miesięcznie za okres od listopada 2012 r. do lutego 2017 r., płatnej wraz z odsetkami ustawowymi oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie (począwszy od 1 stycznia 2016r.) od 5. każdego miesiąca (tj. za 52 miesiące), przy czym jak zważył Sąd I instancji, powód nie wyjaśnił, czy jest to dodatkowe odszkodowanie ponad kwotę 120.000 zł żadaną w pozwie, a obejmującą utratę zarobków w latach 2013 i 2014;

6. kwoty 11.764 zł miesięcznie tytułem renty w związku ze zwiększonymi potrzebami powoda za okres od listopada 2012 r., płatnej wraz z odsetkami ustawowymi oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie (począwszy od 1 stycznia 2016 r.) od 5. każdego miesiąca, poczynając od 5 grudnia 2012 r. do dnia zapłaty.

Jako że powód nie cofnął żadnych ze zgłoszonych przez siebie roszczeń, a jedynie wyjaśnił, że domaga się wyższego odszkodowania niż dotychczas ale jednocześnie ogranicza żądanie rentowe i inaczej oznacza początkowy termin jego zapłaty, Sąd orzekł o wszystkich zgłoszonych roszczeniach, uwzględniając však odmienne daty ich zgłoszenia, tj.:

1. roszczenie o zadośćuczynienie w kwocie 2.380.000 zł,
2. roszczenie o odszkodowanie w łącznej kwocie 1.114.214,93 zł,
3. roszczenie o rentę,
4. roszczenie o ustalenie odpowiedzialności na przyszłość.

Sąd I instancji wskazał, że strony nie kwestionowały tego, iż P. W. nie przeprowadził badania przedmiotowego pacjenta, nie pobrał mu krwi w celu oznaczenia stanu nietrzeźwości w chwili przywiezienia na Izbę Przyjęć, co ewentualnie mogłoby pomóc w ocenie stanu trzeźwienia pacjenta. Czas zaniechania, będący źródłem błędu diagnostycznego, mógł być oceniany wyłącznie w przedziale czasowym od 3:20 do 7:30, kiedy pozwany P. W. miał obowiązek pieczy nad pacjentami Izby Przyjęć pozwanego szpitala. Poza zakresem spornym, z uwagi na regulację art. 11 k.p.c., pozostawała nadto okoliczność, że pozwany P. W. został uznany w sprawie karnej IV K 1448/13 prowadzonej przed Sądem Rejonowym Szczecin - Centrum w Szczecinie winnym przestępstwa z art. 160 k.k. § 1 i 2 k.k. i za to wymierzono mu karę 1 roku pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono na okres próby 2 lat. Sąd Okręgowy wyjaśnił przy tym, że stosownie do przepisu art. 11 k.p.c. ustalenia wydane w postępowaniu karnym prawomocnego wyroku skazującego co do popełnienia przestępstwa wiążą sąd w postępowaniu cywilnym. Jednocześnie zważył, że przestępstwo z art. 160 k.k. nie zawiera w sobie skutku w postaci uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia określonego w art. 156 k.k., co nie pozostawało bez żadnego wpływu na zakres dowodzenia.

Odwolując się zarówno do judykatury, jak i doktryny, Sąd Okręgowy wskazał, że skutkiem o którym mowa w art. 160 § 1-3 k.k. jest nie tylko spowodowanie zagrożenia w sytuacji, w której przed zachowaniem sprawcy żadne niebezpieczeństwo pokrzywdzonemu nie zagrażało, ale także skutek ten będzie miał miejsce wtedy, gdy sprawca swoim zachowaniem zwiększa zagrożenie dla już zachodzącego bezpośredniego niebezpieczeństwa. Nie jest w związku z tym istotne to, czy pacjent zmarł albo doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu ani też to, czy wdrożenie właściwego leczenia uchroniłoby go przed utratą życia albo przed ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu, ale to, czy

pozostawienie pacjenta w stanie realnie zagrażającym jego życiu bez odpowiednich badań, a następnie właściwego leczenia nie stwarza sytuacji, w której człowiek jest narażony na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, które to sytuacje jedynie mogą - ale nie muszą - wystąpić. Lekarz - gwarant poniesie odpowiedzialność karną z art. 160 § 2 lub § 3 k.k., gdy swoim zachowaniem zdynamizował bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku dla zdrowia u osoby, wobec której występował w roli gwaranta nienastąpienia skutku. Dla przypisania odpowiedzialności karnej z art. 160 § 2 i 3 k.k., nie jest zatem konieczne przypisanie lekarzowi wywołania skutku w postaci utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, a jedynie wystarczy przypisać mu narażenie pacjenta na taki skutek.

W ocenie Sądu Okręgowego, spór w niniejszym postępowaniu sprowadzał się do ustalenia, czy obecny stan zdrowia powoda pozostaje w związku z opisanym powyżej zaniechaniem pozwanego P. W.. Strona powodowa, formułując swoje roszczenia, utraciła z pola widzenia najbardziej istotny element tego postępowania, a mianowicie to że powód został znaleziony w nocy przez osoby postronne w stanie nietrzeźwości, w układzie sytuacyjnym sugerującym, że doszło do jego pobicia, przy czym okoliczności te zostały wykluczone lub też, że utracił równowagę i samoistnie przewrócił się doznając obrażeń. Sposób sformułowania żądań sugeruje natomiast, że wyłącznie winnym aktualnego stanu zdrowia był pozwany P. W..

Sąd I instancji wyjaśnił, że z uwagi na wielość podmiotów po stronie pozwanej, podstawy ich odpowiedzialności są odmienne. Pozwany P. W. ponosi odpowiedzialność za własne zaniechanie w oparciu o przepis art. 415 k.c., natomiast podstawę odpowiedzialności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stanowią art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., z tym, że dla jej przyjęcia konieczne jest spełnienie wszystkich przesłanek odpowiedzialności deliktowej, tj.: wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności. Tym samym, przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego wymaga uprzedniego stwierdzenia, że jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych określonych w art. 415 k.c. Nadto, zakład opieki zdrowotnej może ponosić odpowiedzialność, na podstawie art. 430 k.c., także za szkodę wyrządzoną z winy lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, która powstała przy wykonywaniu czynności na podstawie łączącej ich umowy o świadczenie usług medycznych. Jeśli zaś chodzi o pozwanych ubezpieczycieli, z uwagi na okoliczność, że ich odpowiedzialność ma charakter gwarancyjny, odpowiadają oni wyłącznie w sytuacji uprzedniego wykazania przesłanki odpowiedzialności deliktowej lekarza i szpitala, stosownie do treści art. 822 § 1 k.c.

Dodatkowo Sąd I instancji wyjaśnił, że w aktualnym stanie prawnym zasady i ramy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostały ujęte w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2013 r. poz. 217), w wydanym na jego podstawie rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 r., poz. 1729) oraz w przepisach ustawy z 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (j.t. Dz. U. z 2013 r. poz. 392).

Zdaniem Sądu Okręgowego, wbrew błędnemu założeniu powoda, odpowiedzialność pozwanych podmiotów nie jest odpowiedzialnością solidarną, a co najwyżej może być odpowiedzialnością in solidum. Pozwani ci mogą bowiem odpowiadać za jedną szkodę na podstawie dwóch odrębnych reżimów odpowiedzialności - z kontraktu (pозwani ubezpieczyciele lekarza i szpitala) oraz z czynu niedozwolonego (lekarz i szpital), 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, że w odniesieniu do każdego z pozwanych zachodzą wszystkie przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej dla właściwego wobec nich reżimu odpowiedzialności odszkodowawczej (odpowiednio, przesłanki odpowiedzialności kontraktowej wobec pozwanych (...) S.A. i (...) S.A.) oraz przesłanki odpowiedzialności deliktowej wobec pozwanego lekarza i szpitala. Przy czym odpowiedzialność ubezpieczycieli jest zawsze pochodną odpowiedzialności podmiotów, którym udzielona została ochrona ubezpieczeniowa.

Dokonując zatem oceny, czy pozwanym: lekarzowi i można przypisać odpowiedzialność, Sąd wskazał, że oprócz szkody i zawinionego działania czy zaniechania, nieodzownym elementem odpowiedzialności odszkodowawczej jest adekwatny związek przyczynowy (art. 361 § 1 k.c.). Punktem wyjścia zaś, zarówno dla odpowiedzialności z art. 430 k.c., jak i z art. 415 k.c., musi być zawiniony czyn niedozwolony - tu: lekarza, na którym ciążył ustawowy obowiązek opieki nad powodem, szkoda i adekwatny związek przyczynowy między nimi. Jednocześnie, pomimo samodzielności lekarzy dokonujących czynności diagnostycznych i terapeutycznych, na podstawie art. 430 k.c. przyjmuje się odpowiedzialność jednostek organizacyjnych, na rachunek których lekarze - i ogólnie personel medyczny - wykonują te czynności. Do przesłanek odpowiedzialności zwierzchnika Sąd zaliczył: powierzenie na własny rachunek wykonania czynności podwładnemu; zawiniony czyn niedozwolony podwładnego; szkodę wyrządzoną przy wykonywaniu powierzonej podwładnemu czynności oraz związek przyczynowy między czynem niedozwolonym podwładnego a szkodą. Istotne jest jednak, aby powierzenie czynności nastąpiło „na własny rachunek” powierzającego, a więc w jego własnym interesie, w obszarze własnej aktywności powierzającego. Nadto, aby zachowanie sprawcy rodziło odpowiedzialność powierzającego, musi pozostawać w funkcjonalnym związku z czynnością, której wykonanie mu powierzono. O ile zaś wina powierzającego jest prawnie nieistotna dla kwalifikacji jego odpowiedzialności na podstawie art. 430 k.c., powierzający odpowiada wyłącznie za szkodę wyrządzoną zawinionym czynem niedozwolonym podwładnego.

Sąd Okręgowy zaznaczył, że w niniejszej sprawie do wywołania u powoda rozstroju zdrowia nie doszło w następstwie zawinionego zachowania lekarza, a tym samym, nie można przypisać mu czynu niedozwolonego, pozostającego w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą doznaną przez powoda. Jak wyjaśnił Sąd I instancji, odwołując się do orzecznictwa Sądu Najwyższego, lekarzowi, czy personelowi szpitala przeprowadzającemu proces leczenia pacjenta można przypisać winę w przypadku wystąpienia jednocześnie obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z wiedzy medycznej i doświadczenia, a w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Element subiektywny odnosi się natomiast do zachowania przez lekarza i personel staranności, ocenianej pod kątem odpowiedniego standardu postępowania przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu staranności każdego lekarza i pracownika szpitala jako jego staranności zawodowej. Od błędu jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy szkody, odróżnić należy powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych, a także tzw. niepowodzenie medyczne.

Sąd Okręgowy wskazał, że przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r., poz. 1318) przewidują, iż pacjentowi przysługuje między innymi prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1), udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8 zd. 1), jak również prawo do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ust. 1) i do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody (art. 16). Pacjent ma także prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (art. 23), co wiąże się z obowiązkiem podmiotu udzielającego tych świadczeń do prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej w sposób przewidziany w przepisach (art. 24 ust. 1). Natomiast, w myśl art. 4 ust. 1 ww. ustawy, w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c., przy czym nie dotyczy to dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta (art. 4 ust. 3 pkt 3).

Powód, formułując swoje roszczenie, nie domagał się zadośćuczynienia w oparciu o naruszenie prawa pacjenta, które to roszczenie ma być niezależny od żądania mającego swoje źródło w przepisie art. 415 k.c., tj. z tytułu szkody na osobie. W ocenie Sądu I instancji, powód wyraźnie odwoływał się do art. 445 k.c., upatrując źródła krzywdy w utracie zdrowia. Tymczasem ochrona przewidziana w art. 4 powołanej ustawy obejmuje, poza naruszeniem dóbr



osobistych, także naruszenie prawa do właściwego standardu opieki medycznej, w tym dokumentacji medycznej, mogące wywoływać u pacjenta ujemne doznania psychiczne, dyskomfort, utratę zaufania do leczących, nawet jeśli nie spowodowało szkód medycznych. Nadto, do przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta nie jest konieczne spełnienie przesłanki szkody na osobie, gdyż może być ono przyznane za sam fakt naruszenia i nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia takiej szkody. Niemniej takie żądanie musiałyby zostać zgłoszone. W tym zakresie nie ma bowiem zastosowania zasada, że to sąd decyduje, na jakiej podstawie ma uwzględnić dochodzone roszczenie.

Dokonując oceny zachowania pozwanego P. W., w kontekście przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej, Sąd I instancji wyjaśnił, że o przypisaniu winy, a tym samym i odpowiedzialności, można mówić jedynie w sytuacjach, gdy porównanie postępowania lekarza z przyjętym standardem leczenia wypadnie na niekorzyść lekarza, gdy w jego działaniu można stwierdzić brak należytej staranności. Samo przyjęcie winy, nie decyduje jednak o odpowiedzialności lekarza, jeżeli między jego zachowaniem, a szkodą nie ma związku przyczynowego. Nie wymaga się przy tym, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działanie lub zaniechanie lekarza było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Lekarz nie odpowiada natomiast za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne, nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki.

W ocenie Sądu Okręgowego, obowiązek udowodnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności deliktowej pozwanych, zgodnie z ogólną zasadą rozkładu ciężaru dowodu wynikającą z art. 6 k.c. spoczywał na powodzie, jako na osobie, która z faktu istnienia tych przesłanek wywodziła korzystne dla siebie skutki prawne. W zakresie ustalenia okoliczności mogących świadczyć o istnieniu przesłanek odpowiedzialności deliktowej pozwanych lekarza i szpitala, tj. stwierdzenia zawinonego i bezprawnego czynu niedozwolonego oraz związku przyczynowego między stanem zdrowia powoda a tym czynem, Sąd opierał się przede wszystkim na wydanych dla potrzeb niniejszego postępowania opiniach Instytutu - głównej i ustnej uzupełniającej. Opinie te w sposób kategoryczny wykluczyły istnienie związku przyczynowo- skutkowego pomiędzy postępowaniem pozwanego P. W. (zaniechaniem) a aktualnym stanem zdrowia powoda, co winno skutkować wnioskiem że postępowanie P. W. nie doprowadziło do uszczerbku na zdrowiu powoda.

Strona powodowa w toku całego postępowania bardzo marginalizowała stan, w jakim znajdowała się po zakończeniu spotkania towarzyskiego. Tymczasem, do bliżej nieustalonych zdarzeń doszło kiedy powód był w stanie upojenia alkoholowego w stopniu znacznym. O ile brak jest obiektywnego dowodu w postaci wyniku badania, gdyż po przywiezieniu na Izbę Przyjęć nie zostały zlecone ani wykonane żadne pomiary, które dawałyby podstawy do takich ustaleń, z zeznań świadków, którzy spędzili wieczór w towarzystwie powoda wynika, że całe towarzystwo spożyło dość dużą ilość alkoholu i po prostu było pijane. Dodatkowo, jak wskazał Sąd I instancji, obiektywnym dowodem w tym zakresie jest wynik badania z pracowni biochemicznej z godziny 8:58, na podstawie którego można ustalić, że powód o godzinie 8:58 był w stanie nietrzeźwości wynoszącym 1,7 promila, zważywszy na okoliczność, że powodowi podano glukozę i witaminę C, których celem było przyspieszenie rozkładu alkoholu. Jak zaś wynika z opinii biegłych, w momencie przekazania powoda do Izby Przyjęć pozwanego szpitala, powód mógł mieć około 2,7 - 3,0 promila alkoholu we krwi. Taki stan nietrzeźwości wyraża się w zaburzeniach mowy (mowa bełkotliwa), wyraźnym spowolnieniu, zaburzeniu równowagi, wzmożonej senności, znacznie obniżonej zdolności do kontroli własnych zachowań. Odnosząc się natomiast do zeznań personelu medycznego pozwanego szpitala, tj. pielęgniarek, które przyszły na zmianę o godzinie 7:00, według których nie wyczuwały one woni alkoholu od powoda, Sąd I instancji wskazał, że w świetle obiektywnego dowodu w postaci wyniku badań zeznania te nie mogą stanowić jego zaprzeczenia.

W ocenie Sądu Okręgowego, okoliczności znalezienia powoda, w tym miejsce jego znalezienia niewiele oddalone od miejsca, gdzie powód rozstał się z M. C. i jej mężem, wskazują, że powód przewrócił się. Zgodnie z historią przyjęcia powoda do Samodzielnego Publicznego (...) Szpitala (...) w S. na ciele pacjenta stwierdzono zasinienia na kolanach, lewym ramieniu oraz siniak odpowiadający pięści w okolicy pępka. Z zeznań M. C. i M. L. wynika, że w trakcie przechodzenia z jednej restauracji do drugiej wszyscy upadli na kolana, w tym powód, co tłumaczy, w jaki sposób na ciele powoda, w szczególności jego kolanach, powstały ślady siniaków. Tego samego wieczora powód przewrócił się

także, uderzając o stolik. Tym samym, Sąd I instancji przyjął, że pozostałe ślady na ciele powoda wcale nie świadczą o jego pobiciu, lecz są wynikiem stanu, w jakim się wówczas znajdował i przypadkowo doznawanych upadków.

Stan w jakim powód został znaleziony mógł istotnie sugerować, że doznał on jakiegoś urazu. Świadkowie S. K. (2), która w przeszłości pracowała jako pielęgniarka na Izbie Przyjęć oraz M. K. (2) zeznali, iż mieli świadomość, że powód był nietrzeźwy, niemniej przypuszczali, że wymaga pomocy medycznej. Nadto, na ślady krwi w miejscu odnalezienia powoda dodatkowo wzbudziły ich czujność.

Pomimo jednak ich twierdzeniom, Sąd I instancji uznał, że powód nie miał żadnej rany na głowie, bo ta nie została odnotowana w dokumentacji żadnego ze szpitali, choć w tym dniu powód znalazł się w trzech różnych. Najbardziej szczegółowa w tej mierze dokumentacja pochodzi ze szpitala przy ul. (...), w której odnotowano stan skóry pacjenta, w tym stwierdzone zasinienia. Nie odnotowano w niej jednak rany na głowie, co - zdaniem Sądu - z pewnością znalazłoby odzwierciedlenie w opisie. Również badająca powoda lekarka Pogotowia G. K. nie stwierdziła żadnych objawów neurologicznych, a decyzję o hospitalizacji powoda, zamiast odwiezieniu go do Izby Wytrzeźwień, podjęła kierując się jego wyglądem, wskazującym, że jest osobą porządną. Jak podkreślił Sąd I instancji, w chwili podejmowania decyzji o wyborze najbliższego szpitala, lekarka pogotowia miała pełną wiedzę, że w (...) Szpitalu (...) nie ma tomografu komputerowego. Na tamten moment nie widziała potrzeby takiej diagnostyki, gdyż nie stwierdziła żadnych objawów neurologicznych.

Sąd I instancji uznał, że badanie podmiotowe z udziałem nietrzeźwego B. T. nie było możliwe, o czym świadczy niemożność porozumienia się z nim funkcjonariuszy Policji. Ustalenie, co stało się z powodem przed przewiezieniem go do Izby Przyjęć, nie było zatem możliwe. Dokonując natomiast rozważań w zakresie skutków braku dokonania przez pozwanego jakiegokolwiek badania powoda, Sąd Okręgowy zaakcentował, że w chwili przewiezienia powoda do Izby Przyjęć, nie prezentował on żadnych objawów sugerujących, iż doszło do uszkodzenia mózgu. Z zeznań pielęgniarek M. W. i R. B. wynika, że na ciele powoda nie było widać żadnych obrażeń, w szczególności pielęgniarki nie dostrzegły żadnego uszkodzenia głowy, co mogłoby sugerować, że powód doznał wstrząśnienia mózgu. W tym zakresie zeznania te Sąd uznał za koresponujące z zeznaniami pracowników Pogotowia, którzy przywieźli powoda na Izbę Przyjęć. Dodatkowo, w późniejszych badaniach i oględzinach powoda również nie stwierdzono zewnętrznego uszkodzenia głowy. Sąd zaznaczył przy tym, że Karetka Pogotowia przyjechała do powoda o godzinie 2:49, a do Izby Przyjęć przetransportowano powoda po 31 minutach. Zdaniem Sądu I instancji, gdyby stan powoda był ciężki, to z pewnością doświadczony lekarz pogotowia podjąłby decyzje o przewiezieniu powoda do szpitala specjalistycznego posiadającego możliwość wykonania tomografii komputerowej, a co więcej, przekazanie powoda nastąpiłoby zdecydowanie szybciej. Stąd też, Sąd Okręgowy uznał, że do urazu czaszkowo - mózgowego ewoluującego do zmian wewnątrzczaszkowych, skutkujących koniecznością leczenia operacyjnego neurochirurgicznego krwiaka podtwardówkowego oraz wystąpieniem obecnego efektu klinicznego pod postacią inwalidztwa, doszło prawdopodobnie na skutek upojenia alkoholowego.

Zdaniem Sądu, oczekiwania powoda są sprzeczne ze standardami medycznymi, albowiem przywiezienie na izbę przyjęć szpitala nietrzeźwego na izbę przyjęć szpitala, z którym nie ma możliwości się porozumieć i z którym nie można przeprowadzić badania podmiotowego (tzw. wywiadu), nie oznacza że na służbie zdrowia spoczywa obowiązek wykonania wszystkich możliwych badań w celu oceny stanu jego zdrowia, a w szczególności ustalenia, czy przypadkiem nic mu nie zagraża. Medycyna i leczenie, w tym wdrożenie postępowania diagnostycznego wymaga objawów. Nie wykonuje się zatem badań, jeśli nie ma do tego konkretnych wskazań. Poza tym, jak zaznaczyli biegli Instytutu, zazwyczaj stan nietrzeźwości jest przeszkodą w działaniach diagnostycznych, w tym badaniu rezonansem, które wymaga od pacjenta bezruchu. W przypadku powoda natomiast, jedynym obserwowanym początkowo objawem była bełkotliwa mowa, brak koordynacji oraz pobudzenie psychoruchowe, kiedy próbował wstać. Takie same objawy występują w przypadku stanu nietrzeźwości, a kiedy weźmie się pod uwagę, że ten stan u powoda był znaczny, to nie można uznać, że istniały bezwzględne wskazania do wdrożenia działań profilaktycznych. Sąd miał na względzie, że ustalenie poziomu stanu nietrzeźwości mogłoby w późniejszym czasie ułatwić rozpoznanie, jednak brak tego badania nie jest jeszcze błędem medycznym.

Za w pełni przekonujące Sąd uznał wyjaśnienia opinii, zgodnie z którymi wskazania do badania diagnostycznego to wskazania, które wynikają ze stanu zdrowia. Jeżeli pacjent jest nietrzeźwy, a jednym objawem, który reprezentuje, są zaburzenia świadomości i są one adekwatne do poziomu alkoholu, to nie ma wskazań do rozszerzenia diagnostyki. Przesłankami do wykonania tomografii komputerowej są natomiast uraz czaszkowo-mózgowy oraz objawy neurologiczne, albo bezpośrednio po urazie, albo badane na SOR lub w Izbie Przyjęć. W przypadku powoda do momentu badania wykonanego przez A. L. (1) nie było podstaw do stwierdzenia występowania objawów neurologicznych. Zauważenia wymaga, że powód przebywał w pozwanym szpitalu do momentu przetransportowania go szpitala przy ul. (...). Od godziny 7:30 nie znajdował się pod opieką pozwanego P. W.. Jego pobyt w Szpitalu i działania diagnostyczne trwały od 8:00 do 11:50, kiedy to karetka wyjechała ze zleceniem przewiezienia powoda do Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) przy ul. (...) w S.. W związku z tym, jak zauważył Sąd I instancji, pobyt powoda w pozwanym szpitalu trwał jeszcze 4 godziny i 20 minut. Z twierdzeń pozwu nie wynika zaś, aby z tym okresem powód wiązał jakąkolwiek odpowiedzialność pozwanego szpitala.

Sąd Okręgowy wskazał nadto, że lekarze badający powoda D. B. (poprzednio R.) oraz E. Z. przed ustaleniem że istnieje potrzeba wykonania badania tomografem, zasięgały konsultacji specjalisty z zakresu neurochirurgii. Co więcej stwierdzone przez D. B. wysięgi nie mogły zostać uznane za objawy neurologiczne. Takim pierwszym objawem była pozycja odgięciowa, prężenie się. Jak wynika z opinii Instytutu, objawy neurologiczne w miarę zwiększania się ciśnienia śródczaszkowego zwiększają się, czy to w zakresie rozległości - intensywności, czy zwiększenia ich ilości. Początkowo u powoda występowało wyłącznie prężenie się, a po przekazaniu do drugiego szpitala pojawił się częściowy niedowład. Niewątpliwie stan nietrzeźwości maskował doznany uraz, którego objawy mogą wystąpić natychmiast, po kilku, kilkunastu godzinach, kilku dniach a nawet tygodniach. Zdaniem biegłych Instytutu, nie można ustalić, czy w godzinach 3:20-7:30, po wykonaniu badania KT głowy, zdiagnozowano by u powoda krwiała podtwardówkowego, wymagającego leczenia operacyjnego. Paradoksalnie, wdrożenie wcześniejszej diagnostyki mogłoby spowodować, że moment konieczności zabiegu operacyjnego nie zostałby uchwycony. Jak podkreślili, z przebiegu klinicznego wynika, że krwiał ewaluował i nawet jeśli powstał przed przyjęciem do szpitala, to objawy pojawiły się później. Wcześniejsze wykonanie diagnostyki TK najprawdopodobniej wykazałoby cechy niewielkiego stłuczenia mózgu, które nie stanowiły wskazań do zabiegu, przy braku objawów ogniskowych, które pojawiły się dopiero później. Powodem dla którego lekarze pozwanego szpitala zdecydowali się na dalszą diagnostykę powoda był fakt nieadekwatnego stanu upojenia alkoholowego do poziomu alkoholu w krwi, jaki stwierdzono u powoda. Pomimo stanu 1,7 promila powód nadal bowiem pozostawał bez kontaktu.

W całości tych okoliczności Sąd Okręgowy podzielił wnioski Instytutu i uznał, że brak jest podstaw do przyjęcia, iż badanie, które przeprowadziłby pozwany P. W. w jakikolwiek sposób wpłynęło na diagnostykę powoda. Tym samym, zdaniem Sądu, w rozpoznawanym przypadku nie doszło do błędu w sztuce lekarskiej, a w szczególności zaniechanie pozwanego przeprowadzenia badania powoda nie skutkowało aktualnym jego stanem zdrowia. Wszak to nie pozwany doprowadził do pierwotnego urazu doznanego przez powoda, a brak wdrożenia jakiegokolwiek diagnostyki niczego nie zmienił w późniejszym procesie leczenia powoda.

Sąd I instancji miał na uwadze, że powód zgłosił wniosek o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii, wskazując przede wszystkim, iż Instytut (...) w P. wydawał już opinię na potrzeby sprawy karnej. Rzecz jednak w tym, że nie ma żadnego zakazu, by opinie na potrzeby różnych postępowań sporządził ten sam Instytut, których ilość jest znacznie ograniczona. Gdyby wnioski opinii były nieracjonalne, sprzeczne z pozostałymi dowodami zgromadzonymi w aktach, nierzeczowe, czy też opinia nie byłaby zupełna, to zachodziłaby podstawa do jej uzupełnienia lub przeprowadzenia dowodu z opinii innego Instytutu. Tymczasem, w ocenie Sądu Okręgowego, powód w żaden sposób nie podważył wniosków opinii. Okoliczność, iż niniejsza sprawa na charakter życiowy charakter dla powoda nie może jeszcze oznaczać, że nastąpi poszukiwanie Instytutu, który wyda opinie dla niego korzystną. Bezsposornie do urazu doszło przed przyjęciem powoda do szpitala. Odmienną kwestią jest natomiast to, czy manifestował ten uraz wcześniej.

W ocenie Sądu I instancji, nie sposób podzielić stanowiska powoda, zgodnie z którym z dokumentacji medycznej wynika, że powód był zakrwawiony. Okoliczność ta nie wynika ona ani z zeznań członków załogi pogotowia

ratunkowego, ani dokumentacji sporządzonej przez lekarza pogotowia G. K. Nadto, w dokumentacji medycznej pochodzącej z trzech różnych szpitali nie widnieje zapis, wskazujący na istnienie jakiegokolwiek rany na głowie u powoda, której istnienie mogłoby wyjaśnić krwawienie. Na tę okoliczność zeznają wyłącznie świadkowie S. K. (2) i M. K. (2), którzy wyraźnie podnosili, że krew leciała z głowy. Zdaniem Sądu, gdyby jednak tak było, choć raz odnotowano by istnienie ran. Tymczasem w dokumentacji można znaleźć wyłącznie informacje o otarciach i siniakach; brak natomiast wskazań na rany. Najbardziej szczegółowa jest w tym zakresie dokumentacja ze Szpitala przy ul (...), która również nie zawiera żadnej adnotacji o ranach głowy u powoda. Jeżeli chodzi o adnotacje na formularzu Porady Ambulatoryjnej z (...) Szpitala (...), to były one czynione z perspektywy czasu. Okoliczność, że powód został przekazany z rozpoznaniem - nieokreślony uraz głowy, nie świadczy o tym, że już w chwili przyjęcia istniały obiektywne objawy do jego stwierdzenia.

Odnosząc się do kwestii krwawienia z ucha, którego zresztą nie potwierdziło badanie przedmiotowe lekarza z Pogotowia ratunkowego, nie świadczy, zdaniem Sądu Okręgowego, o konieczności dalszej diagnostyki. Sam wysięg nie jest objawem neurologicznym. Dodatkowo, przez kolejne 4 godziny pobytu powoda w pozwanym szpitalu, żaden z lekarzy nie widział potrzeby nagłej interwencji i przewiezienia powoda do szpitala z tomografem. Obraz diagnostyczny uzyskany w trakcie badania prowadzonego przez 4 lekarzy różnych specjalności powstał powoli. Lekarze potrzebowali kolejnych ponad 4 godzin na postawienie diagnozy. Co więcej, gdyby podzielić twierdzenia powoda wyrażone w zastrzeżeniach do opinii, należałoby podważyć wiarygodność zeznań wszystkich świadków - pracowników służby zdrowia. Ani pielęgniarka, ani lekarz z pozwanego szpitala nie widzieli śladów zakrwawienia na twarzy powoda. Nie było ich również na odzieży powoda, którą miał na sobie. Nawet zatem, jeśli powód miał ślady krwi na twarzy, to mogły one zostać oczyszczone w karetce pogotowia, co najpewniej nastąpiło. Tym samym, personel pozwanego szpitala, w tym pozwany P. W., nie widzieli, że przed przyjazdem na izbę przyjęć powód miał na twarzy zakrwawienia. Ewentualne przełożenie tego na proces diagnostyczny nie wchodzi, zdaniem Sądu, w skład zawinionego zachowania P. W..

Sąd oddalił wnioski strony powodowej, uznając, że wszystkie kwestie zostały wyjaśnione, a zgromadzony w sprawie materiał dowodowy pozwala na rozstrzygnięcie sprawy. Zdaniem Sądu I instancji, w określonych przez powoda okolicznościach faktycznych brak jest podstaw do przypisania pozwanemu lekarzowi, a co za tym idzie również Szpitalowi, takiego rodzaju zaniechania, które mogłoby zostać uznane za błąd medyczny i które pozostawałoby w adekwatnym związku przyczynowym ze stanem zdrowia powoda. Okoliczność, że u powoda doszło do wewnątrzczaszkowych zmian krwotocznych pozostaje bez jakiegokolwiek związku z zaniechaniem pozwanego. Podkreślenia wymaga, że pozwany zachował ostrożność w diagnozowaniu powoda, bo nie wypisał go do domu, lecz pozostawił w warunkach Izby Przyjęć. Dalej idące wnioski wynikają z ustnej opinii biegłych, zdaniem których, zaniechanie pozwanego w postaci braku badania nie miało żadnego wpływu na stan pacjenta, w tym na pogłębienie niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia, a z pewnością na ciężki uszczerbek na zdrowiu, bo z takim powód został przywieziony do szpitala. Paradoksalnie, biegli uznali, że niewykonanie badania tomograficznego około godziny 3, tj. na dyżurze oskarżonego, uratowało życie powodowi, gdyż gdyby takie badanie zostało wykonane, stwierdzono by jedynie stłuczenie mózgu i zalecono leki przeciwozrękowe. W konsekwencji powód prawdopodobnie nie zostałby poddany ponownego badaniu tomografem o 12, kiedy to istniały wskazania do leczenia operacyjnego.

W konsekwencji, Sąd I instancji uznał, że powód nie sprostął spoczywającemu na nim ciężarowi dowodu w tym zakresie i nie wykazał, aby na skutek zawinionego zaniechania pozwanego doznał krzywdy polegającej na trwałym kalectwie. O ile z punktu widzenia procedur medycznych można stwierdzić, że postępowanie pozwanego było niestaranne, nie jest to wystarczające do stwierdzenia odpowiedzialności za błąd medyczny, gdyż pomiędzy tym zaniechaniem a aktualnym stanem zdrowia powoda nie istnieje (nawet w sferze prawdopodobieństwa) związek przyczynowy. Wykluczenie istnienia związku przyczynowego czyni roszczenia powoda niezasadnymi.

Odnosząc się do roszczenia o zwrot utraconych korzyści w kwocie 300.000 zł w związku z niezrealizowaną indywidualną wystawą w Galerii Sztuki Współczesnej w Muzeum (...) w S. oraz powystawową sprzedażą obrazów i innych dzieł powoda, Sąd I instancji wyjaśnił, że okoliczność, iż szkoda w postaci utraconych korzyści ma zawsze charakter hipotetyczny i do końca nie weryfikowalny, nie zwalnia strony powodowej z wykazania tej szkody z tak dużym prawdopodobieństwem, aby uzasadniała ona w świetle doświadczenia życiowego przyjęcie, że utrata korzyści

rzeczywiście nastąpiła. Przeprowadzone w tym zakresie postępowanie, w szczególności zeznania L. K., wykazało, że była to jedynie pewna koncepcja. L. K. przy tym jawi się jako mało obiektywny świadek, o czym świadczą także oświadczenia, oraz sporządzone przez niego i złożone do akt sprawy jako dowody listy. Pozostawał on z powodem z bliskich relacjach towarzyskich i nie ma tu żadnego znaczenia, że znał wszystkich artystów (...) na takiej samej stopie. Wskazana wystawa, jak sam przyznał, była jedynie pewną koncepcją, do zrealizowania której się przymierzono. Barię okazała się jednak kwota blisko 100.000 zł, które Muzeum musiałoby wyłożyć w związku z jej realizacją. W najbliższych planach finansowych Muzeum na 2013 r. czy 2014 r. wystawa ta nie była ujmowana. Z powodem nie podpisano żadnej umowy na jej realizację. Plany dotyczyły wyłącznie powstania jednego dzieła przestrzennego. Oprócz kilku obrazów i instalacji powód dopiero planował powstanie innych dzieł. Zdaniem Sądu, trudno zatem mówić o spektakularnych oczekiwaniach, które miałyby się wyrazić kwotą 300.000 zł. Prawdopodobieństwo zrealizowania takiej wystawy jest równie prawdopodobieństwem jej niezrealizowania, a to czyni żądanie utraconych korzyści zupełnie bezzasadnym.

Podobnie bezzasadnym z powyższych względów było żądanie w postaci kwoty 197.600 zł tytułem utraconego dochodu G. S.. Twierdzenia przedstawiciela ustawowego powoda w tym zakresie, nie mające żadnego odzwierciedlenia w dokumentach, są roszczeniem nie powoda, a jego żony G. S., która w niniejszym postępowaniu reprezentuje całkowicie ubezwłasnowolnionego męża.

Dodatkowo, w odniesieniu do roszczeń zgłoszonych pismem datowanym na 13 lutego 2017 r., które w istocie zostało złożone dopiero na rozprawie w dniu 13 kwietnia 2017 r., słuszny byłby podniesiony zarzut przedawnienia. Wyjaśniając, Sąd I instancji wskazał, że termin przedawnienia dla roszczeń opartych na zasadzie odpowiedzialności deliktowej określa art. 442<sup>1</sup> k.c., który łączy rozpoczęcie biegu terminu przedawnienia z dniem, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia, oraz ustanawia dla takich roszczeń termin trzyletni. Zgodnie zaś z art. 442<sup>1</sup> § 2 k.c. termin przedawnienia w przypadku, gdy szkoda wynikła z przestępstwa, jest dwudziestoletni.

W rozpoznawanej sprawie powód dochodził zapłaty renty początkowo w kwotach po 22.650 zł miesięcznie poczynając od 1 września 2015 r., natomiast we wskazanym piśmie co prawda obniżył wysokość renty żądając kwoty 11.764 zł miesięcznie tytułem renty w związku ze zwiększonymi potrzebami powoda, jednak zażądał przedmiotowego świadczenia za okres od listopada 2012 r., wraz z odsetkami ustawowymi oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 5. każdego miesiąca, począwszy od 5 grudnia 2012 r. do dnia zapłaty. Jako że renta jest pieniężnym świadczeniem okresowym, a więc świadczeniem o nieustalonej z góry wielkości, powtarzającym się w określonych odstępach czasu, poszczególne raty rentowe przedawniają się - jako świadczenia okresowe - w terminie trzech lat od wymagalności każdej z rat. Skoro zatem powód złożył pismo zawierające modyfikację żądania w kwietniu 2017 r., przedawnieniu uległy zaległe raty rentowe wymagalne przed kwietniem 2014 r. Zarzut ten był również skuteczny do pozostałych roszczeń potraktowanych przez powoda jako roszczenia okresowe (np. utracone korzyści z postaci wynagrodzenia).

Biorąc pod uwagę wszystkie powyższe okoliczności, Sąd I instancji oddalił powództwo w części w jakiej nie zostało ono cofnięte, o czym orzekł jak w punkcie II. sentencji wyroku

Podstawą rozstrzygnięcia były opinia sporządzona na potrzeby niniejszego postępowania, bogata dokumentacja medyczna, pozostałe dokumenty, zeznania świadków oraz przesłuchanie G. S..

W zakresie dokumentów Sąd wskazuje że praktycznie żadna ze stron nie kwestionowała dokumentów przedkładanych przez stronę przeciwną. Dokumentacja medyczna została sporządzona przez różne jednostki medyczne. Praktycznie poza zakresem sporu była ta, która dotyczyła leczenia powoda po 12 października 2012 r. Najistotniejsze znaczenia miała dokumentacja medyczna pochodząca z dnia 12 października 2012 r. Strona powodowa wyciągała z niej wnioski, które jednak nie znajdowały żadnego odzwierciedlenia w poczynionych zapisach. I tak karta czynności medycznych sporządzona przez lekarza pogotowia nie posiada zapisów o zakrwawieniu powoda, jak też nie wskazuje na istnienie urazu. Również dokumentacja z pozostałych jednostek takich zapisów nie zawiera.

Natomiast odnosząc się do zeznań świadków, Sąd wskazuje, że co do zasady zeznania te były wiarygodne.

Za wiarygodne i spontaniczne Sąd uznał przede wszystkim zeznania M. C., która w rzetelny sposób opisała stan powoda w nocy 12 października 2012 r. Świadek sama wskazała, że całe towarzystwo było bardzo pijane. Jej zeznania są zgodne z zeznaniami M. L., choć tak była bardziej oględna w tym zakresie. Zeznania tych dwóch świadków pozwoliły na ustalenie stanu, w jakim znajdował się powód kiedy towarzystwo postanowiło zakończyć zabawę i jednocześnie, z jakiej przyczyny powód nie wrócił do domu taksówka.

Zeznania M. L., M. C. oraz L. K. dały podstawy do ustalenia osiągnięć artystycznych powoda i jego miejsca w panteonie współczesnych artystów. Co do zasady były one w tym zakresie spójne. Za nieco wyolbrzymione na potrzeby postępowania Sąd potraktował wyjaśnienia świadka L. K. o planowanej wystawie B. T., w związku z którą miał utracić 300 tys. zł. Zauważenia wymaga, że żadna z pozostałych osób, mimo że obydwie panie są pracownikami Muzeum, nie traktowały tych planów tak realistycznie, jak dyrektor Muzeum. Oczywiście miały wiedzę o takich planach, jednak wskazywały na podstawową przeszkodę w postaci wysokich nakładów finansowych. Dostrzec należało, że L. K. przejawiał duży sentyment do osoby powoda, na co wskazuje treść jego zeznań i rozumiała jest chęć pomocy w zaistniałej sytuacji. Wymieniony nie ukrywał, że teść listu opisującego wskazane artystyczne plany powoda powstała w związku i na potrzeby toczącego się postępowania o zadośćuczynienia. Objawiona intencja wymusza powściągliwość w ocenie zarówno tego dokumentu, jak również zeznań świadka w tym aspekcie.

W odniesieniu do zeznań świadków S. K. (2) (poprzednio S.) oraz zeznań świadka M. K. (2) Sąd podtrzymuje uprzednio poczynione uwagi, a dodatkowo podnosi, że nie można zupełnie podważyć ich zeznań, w zakresie w jakim utrzymywali że na twarzy powoda były ślady krwawienia. Za niewiarygodne należało jednak uznać, że miał jakkolwiek ranę. Istnieje przypuszczenie, że ślady krwawienia zostały oczyszczone w Karetce Pogotowia, bo jedynie w ten sposób można wytłumaczyć sytuację, że wszystkie kolejne osoby, które zetknęły się z powodem takich śladów nie widziały. Było to możliwe, zwłaszcza że powód w karetce przebywał ponad pół godziny. Informacje udzielone przez wskazanych nie zostały odnotowane w dokumentacji medycznej - karcie czynności medycznych. W karcie tej nie wskazano także na żadne urazy powoda.

Za częściowo wiarygodne Sąd uznał zeznania świadków G. K., A. K. i B. S.. Abstrahując od tego, że świadkowie niewiele pamiętali, co może być zrozumiałe jeśli weźmie się pod uwagę ilość interwencji o zbliżonym przebiegu, w których braki udział jako załoga karetki pogotowia ratowniczego. To jednak trudno było uznać, że w sytuacji dość wiarygodnych zeznań S. K. (2) i M. K. (2), kilka miesięcy po zdarzeniu nie pamiętali tak istotnych okoliczności jak zakrwawienia na twarzy powoda.

Jako wiarygodne należało uznać zeznania personelu medycznego pozwanego szpitala, w tym M. W., R. B., D. B. (poprzednio R.), E. Z., A. L. (1), A. J., M. M., E. M., J. J.. Co prawda z powodu upływu czasu świadkowie nie pamiętali wielu szczegółów, co powodowało konieczność odczytania zeznań jakie złożyli w postępowaniu karnym. Zeznania tych osób są spójne i zgodne z dokumentacją medyczną. Jeśli chodzi o zeznania M. W. i R. B., to potwierdziły one okoliczność niesporną, że pozwany P. W. w czasie dyżuru nie dokonał żadnego badania powoda, a jedynie jego bytność na izbie sprowadziła się do wypisania zlecenia podania płynów, glukozy i witaminy C.

Zeznania świadka R. S. (2), i J. Ś. były praktycznie nieistotne dla sprawy, gdyż dotyczyły one procesu leczenia, w szczególności operacji jakiej został poddany powód w dniu 12 października 2012 r.

Za wiarygodne Sąd uznał wyjaśnienie G. S., z tym zaznaczeniem, że nie przyczyniły się one do rozstrzygnięcia sprawy, gdyż nie była ona obecna do zakończenia spotkania przez powoda, jako że wystawę opuściła wówczas kiedy odbywał się poczęstunek w Klubie (...), a więc na długo zanim doszło do feralnych zdarzeń z udziałem powoda. Natomiast jej zeznania dotyczące osiągnięć artystycznych powoda, ich sytuacji przed, jak i po wypadku były w pełni wiarygodne.

Rozstrzygnięcie o kosztach postępowania, zawarte w punkcie III, Sąd I instancji oparł na przepisie art. 100 k.p.c., przyznając każdemu z pozwanych kwotę 7217 zł, bez podwyższenia stawki oraz nie uwzględniając kosztów

postępowania zażaleniowego. Sąd miał na uwadze, że powód został zwolniony z obowiązku ponoszenia kosztów sądowych w części, jednak stosownie do treści art. 108 ustawy z dnia 28 czerwca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 300) zwolnienie od kosztów sądowych nie zwalnia strony od obowiązku zwrotu kosztów procesu przeciwnikowi. Wobec powyższego Sąd doszedł do przekonania, że w okolicznościach niniejszej sprawy nie istniała żadna nadzwyczajna przesłanka uzasadniająca odstąpienie od obciążania powoda obowiązkiem zwrotu tych kosztów w całości.

Sąd zaznaczył, że po zakończeniu postępowania karnego, powód, reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika, winien zdawać sobie sprawę z tego, że postępowanie karne nie przesądziło kwestii odpowiedzialności cywilnej. Nadto, miał świadomość, że trud postępowania cywilnego będzie wymagał wykazania, że zaniechanie pozwanego P. W. pozostaje w jakimkolwiek związku z aktualnym stanem zdrowia. Pomimo tego zdecydował się na sformułowanie roszczeń w oparciu o przepisy kodeksu cywilnego, przeciwko czterem pozwanym, których pełnomocnicy od początku aktywnie uczestniczyli w przebiegu postępowania i wskazywali na brak przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej za błąd medyczny. W ocenie Sądu, powód winien liczyć się z możliwością przegranej, zwłaszcza, że nie mógł obarczać pozwanych odpowiedzialnością za swój stan nietrzeźwości i za to, iż doznał urazu jeszcze przed przybyciem do Izby Przyjęć. Tym samym Sąd uznał, że powód powinien pokryć częściowo koszty procesu należne pozwanym, o czym orzeczono w punkcie III wyroku.

Rozstrzygnięcie o kosztach sądowych zawarte w punkcie IV Sąd oparł na przepisie art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 300).

Apelację od tego wyroku wniósł powód, zaskarżając go w części, tj. co do punktu II w jakim Sąd Okręgowy oddalił powództwo powoda w pozostałym zakresie oraz co do punktu III w jakim Sąd Okręgowy zasądził od B. T. na rzecz każdego z pozwanych kwotę po 7.217 zł tytułem kosztów procesu. Wyrokowi zarzucono:

1. **naruszenie art. 361 § 1 k.c.** poprzez błędne jego zastosowanie i przyjęcie, że w niniejszej sprawie nie zachodzi adekwatny związek przyczynowy pomiędzy zaniechaniem leczenia powoda przez pozwanego P. W., brakiem staranności lekarza i ostrożności zawodowej w dniu 12 października 2012 r. i pozwanego (...) Szpitala (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. a powstałą szkodą, doznaną krzywdą i aktualnym stanem zdrowia powoda, w sytuacji gdy materiał dowodowy zgromadzony w sprawie, w tym dowody znajdujące się w aktach sprawy IV K 1448/13, przywołane przez powoda w niniejszej sprawie ewidentnie wskazują na rażące nieprawidłowości w postępowaniu lekarza i szpitala i na zaistniały związek przyczynowy z aktualnym stanem zdrowia powoda;

2. **naruszenie art. 415 k.c.** przez błędne zastosowanie i przyjęcie, że pozwany P. W. nie dopuścił się czynu niedozwolonego wobec powoda i nie ponosi odpowiedzialności za szkodę i krzywdę wyrządzoną powodowi, w sytuacji gdy całokształt zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wskazuje na popełnienie przez pozwanego czynu niedozwolonego;

3. **naruszenie art. 430 k.c.** w zw. z art. 415 k.c. poprzez wadliwe zastosowanie i przyjęcie przez Sąd, że pozwany (...) Szpital (...) w S. nie ponosi odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną powodowi, w sytuacji gdy całokształt zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wskazuje na tę odpowiedzialność i rażące organizacyjne uchybienia pozwanego szpitala, skutkujące jego odpowiedzialnością wobec powoda;

4. **przepisu art. 444 § 1 k.c.** poprzez wadliwe jego zastosowanie i oddalenie powództwa o zasądzenie od pozwanych odszkodowania i z tytułu renty, albowiem zgromadzony w sprawie materiał dowodowy daje podstaw do uznania odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanych, w szczególności, że na skutek doznanego urazu czaszkowo-mózgowego, z ostrym krwakiem podtwardówkowym lewostronnym i stłuczeniem płata czołowego lewego mózgu powód był wielokrotnie hospitalizowany, leczony operacyjnie, ma wstawioną zastawkę komorowo-otrzewnową i stał się osobą całkowicie niezdolną do pracy, został ubezwłasnowolniony całkowicie na podstawie orzeczenia Sądu Okręgowego w Szczecinie, a jego potrzeby zwiększyły się ze względu na konieczność leczenia i stałej rehabilitacji;

5. **przepisu art. 445 § 1 k.c.** poprzez wadliwe zastosowanie i oddalenie powództwa o zasądzenie od pozwanych na rzecz powoda kwoty 2.380.000 zł tytułem zadośćuczynienia, podczas gdy zgromadzony w sprawie materiał dowodowy w sprawie stanowił podstawę do uznania odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanych i zasądzenia na rzecz powoda godnego zadośćuczynienia, a powód w toku postępowania sądowego przedstawił i udowodnił rozmiar doznanej krzywdy, które notabene trwa do dnia dzisiejszego;

6. **naruszenie art. 822 § k.c.** poprzez wadliwe zastosowanie i oddalenie powództwa wobec (...) S.A. z siedzibą w W. w sytuacji, gdy (...) uznał swoją odpowiedzialność za zdarzenie ubezpieczeniowe w dniu 12 października 2012 roku, wypłacił powodowi część świadczeń w postaci odszkodowania, zadośćuczynienia za krzywdę, wskazując w wydanych decyzjach (w toku likwidacji szkody) co następuje:

a) „W dniu 12.10.2012 r. około godz. 3.40 Pan B. T. w stanie nieprzytomnym został przyjęty do ubezpieczonej placówki medycznej. Brak przeprowadzenia pełnej diagnostyki skutkowało opóźnieniem wdrożenia właściwego leczenia. Nieprawidłowe postępowanie placówki medycznej doprowadziło do pogorszenia stanu pacjenta i powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu w postaci niedowładu połowicznego i afazji. Tym samym biorąc pod uwagę rozmiar cierpień oraz uciążliwości związanych z działaniem ubezpieczonego uważamy, że przyznane na rzecz Pana B. T. zadośćuczynienie w wysokości 120.000,00 zł jest odpowiednie w świetle przesłanek wynikających z art. 445 k.c. i kompensuje krzywdę.” (vide: (...) S.A. z dnia 16.09.2014 r. w aktach sprawy);

b) „Zezgromadzonej dokumentacji wynika, że podczas udzielania świadczeń zdrowotnych Panu B. T. w ubezpieczonej placówce doszło do nieprawidłowości, za które (...) S.A. przyjęło odpowiedzialność, wypłacając na podstawie art. 445 § 1 k.c. zadośćuczynienie w wysokości 120.000,00 zł” (vide: pismo (...) S.A. z dnia 22.10.2014 r. w aktach sprawy);

c) „Centrum Operacyjne Likwidacji Szkód i Świadczeń (...) S.A. - zespół Likwidacji Szkód Medycznych (zwany dalej ZLSM) uprzejmie informuje, iż w związku ze zgłoszoną szkodą zostało przyznane z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (...) Szpitala (...) w S. na rzecz Pana B. T. świadczenie w wysokości:

- 30.080,00 zł tytułem odszkodowania związanego z opieką osób trzecich;
- 32.456,54 zł tytułem odszkodowania związanego ze zwrotem kosztów artykułów higienicznych, środków czystości, odzieży, leków, sprzętu rehabilitacyjnego, konsultacji medycznych.

W uzasadnieniu naszego stanowiska wyjaśniamy iż zgodnie z art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. (...)” (vide: (...) S.A. z dnia 06.10.2014 r. w aktach sprawy);

7. **naruszenie art. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r o prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta** poprzez jego niezastosowanie w niniejszym stanie faktycznym i prawnym, mimo zaistnienia przesłanek i wystąpienia rażących naruszeń praw pacjenta B. T. w dniu 12.10.2012 r, podczas pobytu na izbie przyjęć w (...) Szpitalu (...) SPZOZ z siedzib w S. i uznania tych naruszeń przez Sąd za oczywiste i bezdyskusyjne, i bezpodstawne przyjęcie, że powód był zobowiązany do zgłoszenia swoich roszczeń w trybie cyt. ustawy; Sąd jest organem stosującym prawo i winien w oparciu o przepisy ustawy o ochronie praw pacjenta zasądzić na jego rzecz stosowną kwotę tytułem odszkodowania za naruszenie jego praw, o których to naruszeniach Sąd wyraźnie pisze w uzasadnieniu orzeczenia; na Sądzie spoczywa, zgodnie z zasadą *prima da mini factum, dabo tibi ius* obowiązek stosowania odpowiedniego prawa do zgłoszonych przez stronę roszczeń; zasada „podaj mi fakty, a podam ci prawo” zawiera podstawowe scharakteryzowanie relacji między stroną postępowania sądowego, a sądem. Na podstawie tej sentencji, możemy określić jakie role przypadają stronom procesu, a jakie należą do sądu. Powód wskazuje, że w postępowaniu cywilnym powód wnosząc pozew jest zobligowany jedynie dokładnie określić żądanie i przytoczyć okoliczności faktyczne uzasadniające to żądanie, oraz przedstawić dowody na ich poparcie. Powód nie musi natomiast wskazywać podstawy prawnej swojego żądania ani dokonywać wykładni prawa;



8. **nadużycie prawa podmiotowego tj. art. 5 k.c.** przez pozwanych w związku z zarzutem braku odpowiedzialności pozwanych, przedawnienia rozszerzonego powództwa powoda, z uwagi błędy organizacyjne zakładu opieki zdrowotnej, na rażące zaniedbania personelu medycznego oraz naruszenie oraz naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych, wobec tak rażącego braku staranności i ostrożności zawodowej pozwanego P. W., zaniechania świadczenie podstawowych świadczeń zdrowotnych wobec powoda na dyżurze w dniu 12.10.2012 r. do których był zobowiązany zgodnie z umową zawartą z pozwanym szpitalem, i przysięgą Hipokratesa, jak i rażącymi zaniedbaniami i uchybieniami organizacyjnymi pozwanego szpitala, przyjęcia odpowiedzialności przez (...) na etapie postępowania likwidacji szkody i nieuzasadnionej i niezrozumiałej osmowy wypłaty dalszych świadczeń powodowi;

9. **naruszenie art. 6 k.c.** poprzez błędne zastosowanie i przyjęcie, że powód nie udowodnił swoich roszczeń i przyjęcie, że to na powodzie - całkowicie ubezwłasnowolnionym po wypisaniu ze szpitala w stanie ciężkim, nierokującym i nieprzytomnym od dnia przyjęcia 12.10.2012 r. na Izbę Przyjęć (...) Szpitala (...), spoczywał ciężar dowodu, bo w tym stanie faktycznym, to pozwany lekarz P. W. i pozwany szpital winni udowodnić, że takiej odpowiedzialności nie ponoszą oraz, że ciężki uraz czaszkowo-mózgowy z ostrym krwakiem podtwardówkowym lewostronnym i stłuczeniem płata czołowego lewego mózgu stwierdzone u powoda nastąpiły z innej przyczyny;

10. **naruszenie art. 189 k.p.c.** poprzez błędne jego zastosowanie i oddalenie żądania powoda o ustalenie odpowiedzialności pozwanych za skutki zdarzenia z dnia 12.10.2012 roku w przyszłości, w sytuacji gdy z materiału zgromadzonego w sprawie wynika wprost, że pozwani ponoszą odpowiedzialność za nieudzielenie powodowi w dniu 12.10.2012 roku świadczeń medycznych, na skutek czego doszło do nieodwracalnych skutków w postaci doprowadzenia powoda do stanu zagrażającego życiu i ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, który trwa do dziś, albowiem powód jest całkowicie ubezwłasnowolniony, ma orzeczoną niepełnosprawność w stopniu znacznym na stałe i jest niezdolny do samodzielnej egzystencji, a pozwany (...) S.A. w W. uznał swoją odpowiedzialność i wypłacił powodowi częściowe odszkodowanie i częściowe zadośćuczynienie za krzywdę, zatem konieczne jest udzielenie powodowi ochrony prawnej i zabezpieczenia finansowego na poczet leczenia w przyszłości;

11. **naruszenie art. 379 pkt 5 k.p.c.** poprzez pozbawienie powoda, który jest całkowicie ubezwłasnowolniony, możliwości obrony jego praw, poprzez nieuwzględnienie wniosku pełnomocnika powoda o zmianę terminu rozprawy wyznaczonej na dzień 21 maja 2018 r., prowadzenie rozprawy pod nieobecność pełnomocnika powoda i pod nieobecność powoda, uniemożliwienie powodowi zajęcie stanowiska w sprawie postanowienia Sądu o oddaleniu wniosku powoda o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych lekarzy, uniemożliwienie powodowi i jego pełnomocnikowi zajęcia ostatecznego stanowiska w sprawie w ramach głosów stron, zamknięcie przewodu sądowego mimo usprawiedliwionej nieobecności pełnomocnika powoda na rozprawie w dniu 21 maja 2018 r., bez wysłuchania stanowiska strony powodowej, co w ocenie powoda winno prowadzić do nieważności postępowania;

12. **naruszenie art. 214 § 1 k.p.c.** poprzez niezastosowanie tego przepisu i nieodroczenie rozprawy wyznaczonej na dzień 21 maja 2018r. mimo że nieobecność strony i jego pełnomocnika była wywołana nadzwyczajnym wydarzeniem, ważną przeszkodą, której nie można było przewidywać, co pozbawiło powoda prawa do obrony jego praw w procesie, a jest on całkowicie ubezwłasnowolniony, nie był w stanie brać udziału w procesie, miał tylko jednego pełnomocnika w sprawie; nadto powód wskazuje, że odroczenie sprawy na termin z urzędu, chociażby na dzień 4 czerwca 2018 r. nie spowodowałoby zwłoki w rozpoznaniu sprawy, a pozwoliło by powodowi na realizację jego praw procesowych zgodnie z procedurą i Konstytucją RP; a ponadto powód nie został zawiadomiony o terminie rozprawy;

13. **naruszenie art. 149 k.p.c. a contrario** poprzez nie wyznaczenie kolejnego posiedzenia na rozprawie w dniu 21 maja 2018 roku, na którym nie mógł stawić się powód - całkowicie ubezwłasnowolniony, ani pełnomocnik powoda z ważnych usprawiedliwionych przyczyn, mimo że stan sprawy tego wymagał, w sytuacji gdy powód nie otrzymał wezwania na rozprawę w dniu 21 maja 2018 roku, a powinien mieć możliwość udziału za pośrednictwem swojego opiekuna prawnego lub wyznaczenia innego pełnomocnika;

14. **naruszenie art. 224 k.p.c.** poprzez zamknięcie rozprawy pod nieobecność powoda-całkowicie ubezwłasnowolnionego i jego pełnomocnika na rozprawie, mimo iż nieobecność ta wynikała z przyczyn obiektywnych,

wywołanych ważnym powodem, oraz poprzez nieudzielenie głosu pełnomocnikowi powoda przed wydaniem orzeczenia w sprawie, w sytuacji gdy powód nie otrzymał wezwania na rozprawę w dniu 21 maja 2018 r., a powinien mieć możliwość udziału za pośrednictwem swojego opiekuna prawnego lub wyznaczenia innego pełnomocnika;

15. **naruszenie art. 227 k.p.c., art. 278 § 1 k.p.c. w zw. z art. 286 k.p.c.** poprzez nieuwzględnienie wniosku powoda o powołanie wskazanego przez powoda niezależnego biegłego lekarza i zespół lekarzy przez niego dobranych, zgodnie z wnioskiem z dnia 16 czerwca 2017 r. i dopuszczenie dowodu z opinii biegłych lekarzy z Uniwersytetu (...) w P. Katedra i Zakład Medycyny Sądowej w sytuacji, gdy:

a) biegli K. K. i S. S. Uniwersytetu (...) w P. Katedra i Zakład Medycyny Sądowej zostali uznani przez Sąd Rejonowy Szczecin Centrum w Szczecinie w sprawie oskarżonego P. W. , sygn. akt IV K 1448/13 za niewiarygodnych w dużej części,

b) ich opinia została uznana przez Sąd tylko częściowo za wiarygodną, a częściowo oceniona jako nierzetelna,

c) nadto Sąd Rejonowy Szczecin Centrum w Szczecinie stwierdził, że biegli wykroczyli poza zakres opinii, gdyż stawiali nieuprawnione hipotezy, snuli domysły, stawili nieprawdziwe i nielogiczne tezy,

d) Sąd wytykał biegłym, że dokonali błędnych ustaleń, niezgodnych z zeznaniami świadków,

e) Sąd uznał za „niedorzeczne” twierdzenia biegłych, że brak badania powoda przez dr W. „paradoksalnie uratowało powodowi życie” i stawianie hipotezy jakoby zachowanie P. W. przyczyniło się do uratowania życia B. T.,

f) ostatecznie Sąd w istotnych kwestiach nie dał wiary biegłym K. K. i S. S.;

16. **naruszenie art. 227 k.p.c., art. 286 k.p.c. w zw. z art. 290 k.p.c.** przez oddalenie wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii instytutu naukowego z G. lub innego instytutu, w celu wydania wszechstronnej, rzetelnej, kompletnej opinii w niniejszej sprawie mimo przedstawienia przez powoda bardzo ważnych, istotnych zarzutów względem osób biegłych i ich opinii zawartych w piśmie przygotowawczym powoda w toku postępowania z 10 stycznia 2018 roku i ponowienia wniosku na rozprawie w dniu 9 kwietnia 2018 r. i w sytuacji, kiedy wydana opinia przez biegłych lekarzy nie spełnia wymaganych warunków i nie mogła stanowić podstawy orzekania w tej sprawie;

17. **art. 227 k.p.c. w zw. z art. 210 § 3 k.p.c.** poprzez nieuzasadnioną odmowę dopuszczenia dowodu z opinii innych biegłych lekarzy, mimo tak rażących uchybień biegłych lekarzy z Uniwersytetu (...) w P. Zakład Medycyny Sądowej i przedstawienia przez powoda szeregu, uzasadnionych i umotywowanych zarzutów do opinii biegłych, wskazujących, że opinia jest niejasna, nieprecyzyjna, lakoniczna, niepełna, bez uzasadnienia, i ograniczenie w ten sposób postępowania dowodowego w sprawie i niedostateczne, w konsekwencji wadliwe roztrząsanie wyników tego postępowania, tym bardziej, że powód jest całkowicie ubezwłasnowolniony na skutek zdarzenia w dniu 12.10.2012 r., nie jest w stanie sam przedstawić okoliczności sprawy i w tym konkretnym przypadku konieczne jest zachowanie szczególnej staranności i wnikliwości Sądu;

18. **naruszenie art. 227 k.p.c.** poprzez nieuzasadnioną odmowę przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego z zakresu rehabilitacji, dowodu z opinii biegłego logopedy, dowodu z opinii biegłego w zakresie pielęgniarstwa, dowodu z opinii biegłego księgowego, wnioskowanych przez powoda w jego pozwie , wskazując , przedmiotem dowodów miały być fakty mając istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy;

19. dopuszczenie się przez Sąd I Instancji błędu w ustaleniach faktycznych polegającego na:

a) zaniechaniu przez Sąd I instancji ustalenia, w drodze opinii niezależnych biegłych lub instytutu, okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, a mianowicie ustalenia czy gdyby pozwany W. przejął osobiście pacjenta od zespołu karetki pogotowia, podszedł do pacjenta w czasie jego pobytu na Izbie Przyjęć, przeprowadził badanie podmiotowe i przedmiotowe powoda, przeprowadził diagnostykę, obserwował powoda w czasie swojego dyżuru, czy byłaby szansa wcześniejszego leczenia powoda, wcześniejszego rozpoznania urazu czaszkowo-mózgowego

i uniknięcia lub znacznego ograniczenia negatywnych skutków tego urazu, jakie istnieją do dnia dzisiejszego, które to okoliczności mają kapitalne znaczenie w niniejszej sprawie

b) zaniechaniu przez Sąd I instancji ustalenia, w drodze opinii niezależnych biegłych lub opinii instytutu, czy samo upojenie alkoholowe może stanowić przyczynę urazu czaszkowo-mózgowego;

c) zaniechaniu przez Sąd I instancji ustalenia przez Sąd faktów istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, a mianowicie czy pacjent znajdujący się w stanie nietrzeźwości może być traktowany inaczej niż pozostali pacjenci, czy są jakieś ustalone procedury w tym zakresie oraz czy w ogóle istnieją jakiegokolwiek procedury pracy lekarzy dyżurnych na Izbie Przyjęć pozwanego szpitala;

d) przyjęciu, że upojenie alkoholowe wywołało u powoda uraz czaszkowo-mózgowy o takim przebiegu, jak u powoda, w sytuacji gdy nie wynika to z materiału zgromadzonego w sprawie i zostało oparte na wadliwej, lakonicznej, niepełnej, wewnętrznie sprzecznej i zakwestionowanej opinii biegłych, która nie zawierała żadnej analizy naukowej w tym zakresie i stała się nieprzydatne w niniejszym postępowaniu;

20. **naruszenie art. 233 k.p.c.** i wyrażonej w nim zasady swobodnej oceny dowodów i zastąpienie jej oceną dowolną i przyjęcie za podstawę orzekania w sprawie opinii biegłych dr n. med. K. K. i Dr med. S. S. z dnia 29.11.2018 r., która nie spełnia ustawowych wymogów, nie posiada wyводу naukowego, nie posiada w ogóle uzasadnienia. jest niejasna, niepełna, zdawkowa, wręcz niejednoznaczna, wewnętrznie sprzeczna; raz biegli nie wykluczają, że objawy neurologiczne mogły wystąpić wcześniej, a w dalszej części twierdzą, że objawy pojawiły się po 11.20; opinia nie zawiera analizy medycznej, nie powołuje się dane naukowe czy sprawdzone metody naukowe, które mogłyby uzasadniać tezy biegłych;

21. **naruszenie art. 233 k.p.c.** i wyrażonej w nim zasady swobodnej oceny dowodów i zastąpienie jej oceną dowolną i bezpodstawne przyjęcie, że zeznania biegłych lekarzy złożone przed Sądem są wiarygodne, w sytuacji gdy biegli odmawiali de facto odpowiedzi na pytania pełnomocnika powoda, które mogłyby doprowadzić do konieczności zmiany stanowiska przez biegłych, albowiem materiał zgromadzony w sprawie, a w szczególności uzasadnienie Sądu Rejonowego Szczecin Centrum w Szczecinie w sprawie IV K 1448/13, doświadczenie życiowe i logika nakazywały uznanie twierdzeń biegłych za nietrafne ,błędne, niewiarygodne, sprzeczne z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, tym bardziej , że biegli odmawiali udzielenia odpowiedzi na istotne w sprawie kwestie powołując się na swoje zeznania składane w sprawie karnej, co powinno doprowadzić Sąd do konstatacji, że opinia biegłych i ich zeznania są nieprzydatne dla rozstrzygnięcia sprawy i winny być pominięte;

22. **naruszenie art. 378 § 2 k.p.c.** i nierozpoznanie istoty sprawy poprzez pominięcie w rozpoznaniu sprawy istotnych zarzutów powoda i zaniechania przez Sąd I instancji zbadania materialnej podstawy żądania pozwu a w szczególności poprzez rozstrzygnięcie sprawy w oparciu o nieprzydatną dla celów postępowania wadliwą, zdawkową, niekompletną, bez jakiegokolwiek uzasadnienia, opinię biegłych lekarzy, niedopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych wnioskowanych przez powoda lub wybranych przez Sąd, wskazując, że dla rozpoznania przedmiotowego sporu konieczne były wiadomości specjalne;

23. **naruszenie art. 102 k.p.c.** przez jego niezastosowanie w niniejszej sprawie i obciążenie pod kosztami zastępstwa prawnego pozwanych, w sytuacji gdy powód jest całkowicie ubezwłasnowolniony od wielu lat, od 12.10.2012 r. niepełnosprawny w stopniu znacznym, pozbawiony dochodów , bez środków do życia i taki wyrok wobec powoda jest po pierwsze rażąco krzywdzący i w konsekwencji niewykonalny.

W oparciu o przedstawione zarzuty, szerzej omówione w uzasadnieniu apelacji, wniesiono o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Szczecinie; zasądzenie od pozwanych solidarnie na rzecz powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym wg norm przepisanych. Ewentualnie, z ostrożności procesowej, powód wniósł o zmianę zaskarżonego orzeczenia poprzez:

1. zasądzenie na rzecz powoda:

- odszkodowania w kwocie 964.198 zł (448.124 zł + 300.000 zł + 197.600 zł + 18.474,66 zł) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w terminach wskazanych przez powoda do dnia zapłaty,
- zadośćuczynienia w kwocie 2.380.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 28 lipca 2014 r. do dnia zapłaty,
- po 11.764 zł miesięcznie z tytułu renty, płatnej do 15. każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w płatności którejkolwiek z rat z tytułu całkowitej utraty możliwości zarobkowym, zdolności tworzenia, zwiększonych potrzeb życiowych powoda i utraty widoków na przyszłość;

2. ustalenia, że pozwani ponoszą odpowiedzialność wobec powoda ze skutki doznanego przez powoda ciężkiego urazu czaszkowo-mózgowego z ostrym krwakiem podtwardówkowym i stłuczeniem płata czołowego lewego mózgu w dniu 12.10.2012 r., mogące ujawnić się w przyszłości;

3. obciążenie pozwanych kosztami procesu i zasądzenie od pozwanych, każdego z nich na rzecz powoda kosztów zastępstwa prawnego wg norm przepisanych.

Wszyscy pozwani wnieśli o oddalenie apelacji powoda i zasądzenie kosztów procesu, przedstawiając wywód afirmujący zaskarżone orzeczenie i jego uzasadnienie.

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

Apelacja okazała się uzasadniona o tyle, że doprowadziła do uchylecia zaskarżonego wyroku.

Wobec treści podnoszonych przez skarżącego zarzutów w pierwszej kolejności należy odnieść się do kwestii nieważności postępowania. Skarżący opiera tą część swojego stanowiska o tezę, że w następstwie odmowy uwzględnienia wniosku o odroczenie rozprawy wyznaczonej na dzień 21 maja 2018 roku i zamknięcia rozprawy w tym dniu, doszło do pozbawienia możliwości obrony praw powoda.

Wywodzi skarżący, że przeprowadzenie rozprawy pod nieobecność pełnomocnika powoda i samej strony powodowej wobec także obecnego stanu zdrowia powoda uniemożliwiającego mu faktycznie podjęcie reprezentacji swojej osoby, doprowadziło do uniemożliwienia powodowi zajęcia stanowiska w sprawie postanowienia oddalającego jego wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych. Niemożność udziału pełnomocnika w rozprawie zaś wywołana była nadzwyczajnym i nagłym wydarzeniem dotyczącym sfery osobistej pełnomocnika.

Oceny tej argumentacji dokonać należy w świetle art. 379 pkt. 5) k.p.c.

Sąd odwoławczy rozpoznaje sprawę w granicach apelacji, w granicach zaskarżenia bierze jednak zawsze pod uwagę z urzędu nieważność postępowania (art. 378 §1 k.p.c.). W nauce i judykaturze wyjaśnia się, że kierując się celem zachowania odpowiedniego standardu procesowego orzeczenia sądowego, ustawodawca przyjął, że uchybienia procesowe skutkujące nieważnością postępowania powinny być przez sąd drugiej instancji uwzględniane z urzędu. Bez znaczenia przy tym jest czy między nieważnością postępowania, a wynikiem sprawy istnieje związek przyczynowy. Skarżący takiego związku w każdym razie nie musi wykazywać, a sąd drugiej instancji ustalać. Wpływ nieważności na treść orzeczenia stanowi zatem ustawowe założenie mające charakter domniemania ustawowego, które nie może być obalone. W nauce określa się ten stan jako tzw. autonomię skutków nieważności (por. System prawa procesowego cywilnego. Środki zaskarżenia pod. red. Jacka Gudowskiego, III cz. 1, LexisNexis s. 210). Powoływane przez apelującego pozbawienie strony możliwości obrony praw w postępowaniu sądowym ma o tyle doniosłe znaczenie, że skutkuje nieważnością postępowania z mocy art. 379 pkt 5 k.p.c..

Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Sądu Najwyższego naruszenie możliwości obrony swych praw polega na tym, że z powodu wadliwości procesowych sądu lub strony przeciwnej, będących skutkiem naruszenia konkretnych

przepisów kodeksu postępowania cywilnego, których nie usunięto do wydania orzeczenia w danej instancji, strona nie mogła brać i nie brała udziału w postępowaniu lub jego istotnej części (np. postanowienie Sądu Najwyższego z 10 września 2018 r., II CSK 208/18; wyrok Sądu Najwyższego z 27 kwietnia 2016 r., II CSK 556/15, postanowienie Sądu Najwyższego z 6 marca 1998 r., III CKN 34/98). Pozbawienie możliwości obrony praw, prowadzące do nieważności postępowania, przewidzianej w art. 379 pkt 5 k.p.c., należy wiązać z uchybieniami procesowymi sądu lub działaniami strony przeciwnej, naruszającymi przepisy postępowania lub wynikające z nich zasady lojalnego zachowania względem przeciwnika. Ocena, czy doszło do pozbawienia strony możliwości obrony jej praw powinna uwzględniać wszystkie okoliczności sprawy. Istotne jest stwierdzenie na ich podstawie, że Sąd naruszył przepisy postępowania, a konsekwencją tego było pozbawienie strony możliwości działania, jak też, że utraciła ona sposobność obrony swych praw w dalszym postępowaniu. Kumulatywne zaistnienie tych przesłanek wypełnia przyczynę określoną w art. 379 pkt 5 k.p.c. (por. wyroki Sądu Najwyższego: z 13 lutego 2004 r., IV CK 61/03; z 9 marca 2005 r., III CK 271/04; z 28 marca 2008 r., V CSK 488/07; z 27 listopada 2013 r., V CSK 544/12 oraz postanowienia: z 11 marca 2008 r., II CSK 593/07 i z 18 grudnia 2014 r., II UZ 58/14).

W kontekście argumentacji powoda mającej uzasadniać zarzut nieważności postępowania, podkreślić należy, że stosownie do treści art. 214 § 1 k.p.c. rozprawa ulega (cio do zasady obligatoryjnemu) odroczeniu, jeżeli strona jest nieobecna na rozprawie a sąd stwierdzi nieprawidłowość w doręczeniu wezwania albo jeżeli nieobecność strony jest wywołana nadzwyczajnym wydarzeniem lub inną znaną sądowi przeszkodą, której nie można przewyciężyć. Przyjmuje się zarazem, że nieodroczenie rozprawy, mimo wystąpienia przyczyn wskazujących na usprawiedliwioną niemożność stawienia się strony, nie musi powodować nieważności postępowania, jeżeli z okoliczności sprawy jednoznacznie wynika, że strona zajęła stanowisko co do wszystkich kwestii prawnomaterialnych i procesowych występujących w sprawie, zgłosiła wszystkie dowody na poparcie swoich twierdzeń, ustosunkowała się do twierdzeń strony przeciwnej i do dowodów przeprowadzonych w sprawie oraz odmowy przeprowadzenia innych dowodów. W takiej sytuacji żądanie odroczenia rozprawy, może być potraktowane jako nadużycie uprawnień procesowych i może uzasadniać odmowę ochrony praw tej strony, jeżeli usprawiedliwiają przekonanie sądu, że działanie strony prowadzi do przewleczenia procesu, bądź stanowi szykanę w stosunku do przeciwnej strony (por. np. wyroki Sądu Najwyższego z 16 lipca 2009 r., I CSK 30/09; z 10 kwietnia 2014 r., IV CSK 463/13).

Przenosząc powyższe rozważania teoretyczne na grunt niniejszej sprawy, stwierdzić należy, że odmowę uwzględnienia wniosku o odroczenie rozprawy z dnia 21 maja 2018 roku, ocenić należy w kontekście stworzonym przez stan postępowania dowodowego w momencie oddalenia tego wniosku, wagi dla obrony praw powoda wniosków procesowych, które miały być rozstrzygane na tej rozprawie i w efekcie skutków zamknięcia rozprawy pod nieobecność strony z perspektywy zachowania prawa strony do rzetelnego procesu (art. 45 Konstytucji RP).

Przypomnieć należy, że do odroczenia rozprawy w dniu 9 kwietnia 2018 doszło na kluczowym dla przesądzenia o zasadności lub bezzasadności powództwa etapie postępowania dowodowego, dotyczącym pozyskiwania wiadomości specjalnych w rozumieniu art. 278 k.p.c., kluczowych dla właściwej oceny zachowania się pozwanych w płaszczyźnie norm określających związek przyczynowy między przypisywanym pozwanym zachowaniem sprawczym a szkodą (stopniem uszczerbku na zdrowiu powoda).

Zważywszy, że sprawa dotyczy szkody wywodzonej przez powoda z twierdzeń o błędzie medycznym (diagnostycznym) a stan zdrowia powoda po wypadku i pobycie w szpitalu powadzonym przez pozwanego ad. 3, udokumentowany jest w aktach sprawy (tak samo jak i sposób wykonania obowiązków lekarza przez pozwanego P. W.), kwestia powiązania zaniechań lekarza (czy też szerzej pracowników pozwanego Szpitala) z obecnym stanem zdrowia powoda staje się niewątpliwie zasadniczą dla oceny stanowisk zajmowanych przez strony procesu co do żądań pozwu .

W tym świetle nie może być obojętne to, że na rozprawie w dniu 9 kwietnia 2018 r. pełnomocnik powoda podtrzymując wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych, przedstawił jednocześnie argumenty, mające świadczyć o zasadności jego wniosku.

Sąd Okręgowy odraczając tą rozprawę wskazał wyraźnie stronom, iż na kolejnym terminie (w dniu 21 maja 2018) oceniać będzie wniosek strony powodowej o dopuszczenie dowodu z opinii innego zespołu biegłych. Na podstawie takiego komunikatu strony miały więc podstawy, by przypuszczać, że Sąd uznał wstępnie za ważne procesowo argumenty strony powodowej, wskazujące na mankamenty opinii sporządzonej w niniejszej sprawie oraz wątpliwości związane z udziałem i treścią opinii tych samych biegłych w sprawie karnej przeciwko P. W., a także ocena tej opinii przez sąd karny.

Po wtóre odroczenie rozprawy celem rozważenia wniosku dowodowego oznaczało, że Sąd uznał za konieczne dla oceny tego wniosku umożliwienie sobie i stronom analizy dotychczasowych wyników postępowania dowodowego. Fakt, że Sąd przewidział dokonanie czynności związanych z oceną wniosku na kolejnej rozprawie (a więc przy udziale stron), implikował też konieczność umożliwienia stronom przedstawienia na tej rozprawie własnych stanowisk i czynnego uczestnictwa w rozrządaniu wyników dotychczasowego postępowania dowodowego (art. 210 §3 k.p.c.). Zatem dopiero po umożliwieniu stronom przedstawienia własnych stanowisk i odniesienia się do stanowisk przeciwnych na rozprawie Sąd winien podjąć decyzję co do dalszego toku postępowania dowodowego.

Z kolei istota i znaczenie tej decyzji procesowej dla praw stron wyraża się w specyfice okoliczności, które miały być dowodzone. Z jednej strony więc Sąd dostrzegał konieczność uzyskania wiadomości specjalnych dla poczynienia ustaleń co do istnienia normatywnego związku przyczynowego między sposobem wykonania czynności medycznych a stanem zdrowia powoda. Z drugiej zaś na ocenę przeprowadzonej wcześniej i podważanej przez powoda opinii rzutowały kwestie związane z wypowiedziami tych samych biegłych w sprawie karnej i oceną tych wypowiedzi przez sądy karne, a także wątpliwości co do spójności wniosków biegłych wyrażanych w niniejszej sprawie w zakresie powiązania kauzalnego między stanem zdrowia powoda a zachowaniem się P. W. (jeśli chodzi o zaniechanie zbadania pacjenta i brak jakichkolwiek czynności diagnostycznych przez okres, kiedy powód znajdował się pod pieczęą tego lekarza).

Zatem rozstrzygnięcie o zasadności żądania przeprowadzenia dowodu z innych biegłych nie tylko determinowało dalszy bieg postępowania, lecz wobec wniosków wyrażanych przez biegłych w przeprowadzonej opinii w istocie miało zasadnicze znaczenie dla powoda i przyjętej przezeń argumentacji procesowej.

Pominięcie tego wniosku dowodowego zatem oznaczało przyjęcie przez Sąd za podstawę rozstrzygnięcia opinii niekorzystnej dla stanowiska zajmowanego przez powoda.

Z uwagi na znaczenie decyzji co do dalszego toku postępowania ocenić należy, czy rozstrzygnięcie pod nieobecność powoda nie naruszyło jego prawa do obrony jego praw.

Przypomnieć należy w tym kontekście, że przed rozprawą wyznaczoną na 21 maja 2018 r, w dniu 18 maja 2018 r. do Sądu Okręgowego wpłynęło pismo pełnomocnika powoda, zawierające wniosek o odroczenie rozprawy wyznaczonej na dzień 21 maja 2018 r. z uwagi na niemożność udziału pełnomocnika w rozprawie. Wniosek był motywowany nagłą sytuacją życiową, uniemożliwiającą pełnomocnikowi prawidłowe wykonywanie obowiązków zawodowych. Opis zdarzenia (konieczność sprawowania osobistej opieki nad 80-letnią matką, która doznała urazu w postaci złamania kości udowej i wymagała przeprowadzenia operacji) wskazywał na to, że pełnomocnik został zaskoczony sytuacją życiową osoby, której był moralnie zobowiązany nieść pomoc. Pełnomocnik podała przy tym bowiem, że jest jedynym żyjącym członkiem rodziny, mogącym sprawować osobistą opiekę nad matką, która nie porusza się samodzielnie i wymaga stałej opieki ze strony innych osób. Na dzień 21 maja 2018 r. wyznaczono natomiast wizytę w Przychodni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Szpitala (...)w K., której termin nie mógł zostać przesunięty (k. 1545). W tym kontekście, biorąc pod uwagę nagłość zdarzenia, podeszły wiek osoby, której ono dotyczyło, znaczenie dla niej wizyty szpitalnej, a przy tym najbliższe związki rodzinne między tą osobą a pełnomocnikiem, trzeba przyjąć, że pełnomocnika procesowego powoda mimo posiadanych kwalifikacji zawodowych dotknęła przeszkoda, o której mowa w art. 214 k.p.c., uniemożliwiająca udział w rozprawie.

Z uwagi na odległość czasową między tym zdarzeniem a rozprawą oraz biorąc pod uwagę złożoność dowodową sprawy i objętość materiału procesowego za racjonalne należy przyjąć wyjaśnienie pełnomocnika, że nie miał on możliwości ustanowienia pełnomocnika substytucyjnego. Zawodową powinnością pełnomocnika jest bowiem udzielenie pomocy prawnej (reprezentowanie strony na rozprawie) kompetentnej i adekwatnej do materii oraz złożoności materiału procesowego.

Uczestnictwo w procesie, podejmowanie czynności procesowych, udział w rozprawach i innych czynnościach jest prawem strony i nie musi ona z tego przywileju korzystać, niemniej obowiązkiem sądu jest zapewnienie jej takiej możliwości. Strona reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika ma zaś prawo do udziału w czynnościach pełnomocnika do którego ma zaufanie i który ma możliwość przygotowania się do czynności. Złożony przez pełnomocnika powoda wniosek o odroczenie rozprawy miał na celu właśnie zagwarantowanie stronie powodowej - ubezwłasnowolnionej całkowicie - realizacji przysługujących jej uprawnień.

W świetle regulacji art. 45 Konstytucji RP oraz przepisów k.p.c. w procesie cywilnym prawo do udziału strony w rozprawie ma doniosłe znaczenie, jako element prawa do sądu (prawa do bycia wysłuchanym przez Sąd). Rozprawa jako emanacja zasady ustności w postępowaniu cywilnym zakłada umożliwienie stronie czynnego udziału w dyskursie procesowym prowadzącym do podjęcia przez Sąd decyzji procesowych i związaną z tym możliwość bezpośredniego przedstawienia stanowiska strony (prezentacji argumentów w bezpośredniej konfrontacji ze stanowiskiem strony przeciwnej oraz wyjaśnienia ewentualnych wątpliwości sądu co do treści argumentów powoływanych przez strony). W judykaturze wyraża się pogląd, że prawo strony do udziału w rozprawie osobiście - co w przypadku powoda jest niemożliwe - czy poprzez swojego pełnomocnika procesowego, obejmujące także prawo do osobistego podejmowania czynności procesowych i prawo do wysłuchania przez sąd, stanowi jedno z podstawowych uprawnień procesowych będące elementem gwarancji realizacji prawa do rzetelnego procesu (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 25 marca 2015 r., II CSK 443/14, LEX nr 1730599).

Zatem zapewnienie realnej możliwości udziału strony w rozprawie stanowi jeden z elementów gwarancji konstytucyjnych, składających się na konstytucyjnie gwarantowane prawo do sądu.

Oczekiwać więc należy, że zgodnie z tym wzorcem także pełnomocnik (w tym substytucyjny) będzie posiadał faktyczną możliwość rzeczowego przygotowania się do wykonywania obowiązków. Niemożność wykonywania obowiązków zgodnie z opisanym wzorcem ze względu na zdarzenie nagłe, dotyczące osoby pełnomocnika reprezentującego stronę w procesie uzasadnia zatem odroczenie rozprawy, zaś istnienie kompetencji do ustanowienia pełnomocnika substytucyjnego, czy nawet występowanie takiego pełnomocnika na wcześniejszym etapie postępowania, nie wyłącza zasadności żądania odroczenia rozprawy na podstawie art. 214 k.p.c.

W ocenie Sądu odwoławczego, pełnomocnik strony powodowej w niniejszej sprawie należycie uprawdopodobnił (udokumentował) istnienie przyczyny niemożności zapewnienia właściwej reprezentacji niestawiennictwa na rozprawie w dniu 21 maja 2018 r. Wobec tego żądanie strony aby wobec zaistnienia przyczyn określonych w art. 214 k.p.c. umożliwić jej przedstawienie racji na rozprawie w innym terminie mogłoby być więc kwestionowane jedynie wówczas gdyby zaistniały podstawy do przyjęcia, że strona w istocie nadużywa prawa (dąży w ten sposób do osiągnięcia celu innego niż prezentacja własnego stanowiska).

W realiach niniejszej sprawy nie zachodziły jednak żadne przesłanki, które pozwalałyby na przyjęcie, że wniosek o odroczenie rozprawy zmierzał wyłącznie do przewleczenia postępowania. Nie wynika też z materiału procesowego, by wniosek o odroczenie rozprawy podyktowany był zamiarem innego utrudnienia postępowania. Zatem nie sposób przyjąć, że wnosząc o odroczenie rozprawy pełnomocnik nadużył prawa procesowego.

W zaistniałych okolicznościach faktycznych, z uwagi na podniesione przez pełnomocnika procesowego powoda, ważne dla niego zdarzenie z zakresu życia osobistego, zrozumiałe z perspektywy doświadczenia życiowego i wymagające jego osobistego udziału wyłączającego możliwość uczestnictwa w rozprawie, procedowanie przez Sąd I instancji pod nieobecność strony powodowej oraz jej pełnomocnika spowodowało pozbawienie prawa strony do

wysłuchania i obrony swojego wniosku na rozprawie w dniu 21 maja 2018. W tym świetle uznać należy, że doszło do pozbawienia możliwości obrony praw powoda. W tych okolicznościach zarzut naruszenia art. 379 pkt. 5) k.p.c. uznać należało za uzasadniony.

Podzielając argumentację strony skarżącej w tym zakresie, Sąd Apelacyjny uchylił wyrok na podstawie art. 386 § 2 k.p.c., o czym orzekł, jak w punkcie I sentencji orzeczenia i zniósł postępowanie w zakresie objętym nieważnością.

W związku z tym przedwczesne byłoby dokonywanie wiążącej oceny dalszych zarzutów apelacji. Tym niemniej, Sąd odwoławczy stwierdził, że konieczne jest zwrócenie uwagi na zasadność tych zarzutów apelacyjnych powoda, które podważają poprawność oceny wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii innej jednostki naukowo badawczej i kwestionują poprawność oceny przeprowadzonego przez Sąd Okręgowy dowodu z opinii.

W pierwszej kolejności wskazać bowiem należy, że Sąd I instancji ograniczył swoją analizę i ocenę do zachowania pozwanego P. W. w dniu zdarzenia oraz wpływu tego zachowania na stan zdrowia powoda i jego ewentualne pogorszenie. W tym też kontekście ukierunkował (i w istocie ograniczył w stosunku do stanowiska strony powodowej) tezę dowodową opinii biegłych.

Kwestia zachowania się P. W. w tym kontekście stanowiła natomiast przedmiot rozważań Sądu w ramach prowadzonego przeciwko pozwanemu P. W. postępowania karnego (IV K 1448/13 oraz IV Ka 1259/16). Przypisane pozwanemu w tamtej sprawie ustalenia co do popełnienia przestępstwa zgodnie z art. 11 k.p.c. wiążą sądy w niniejszej sprawie.

Ostatecznie Sąd I instancji uznał, że powód nie wykazał, aby na skutek zawnionego zaniechania pozwanego doznał krzywdy w postaci trwałego kalectwa. Skoro zaś, przyjęcie odpowiedzialności lekarza za błąd medyczny wymaga istnienia związku przyczynowego pomiędzy zaniechaniem ze strony P. W. a aktualnym stanem zdrowia powoda, Sąd uznał dochodzone w niniejszym procesie roszczenia za niezasadne.

Dostrzec jednak należy, że powód, zarówno w pozwie, jak i piśmie przygotowawczym datowanym na dzień 21 stycznia 2017 r. (k. 926-938), poza zarzutami dotyczącymi niewłaściwego postępowania pozwanego lekarza dyżurnego, podnosił również szereg zarzutów odnośnie błędów wewnątrzorganizacyjnych pozwanego szpitala, zaniechań personelu medycznego, a także naruszenia standardów postępowania i procedur medycznych podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Powód wywodził między innymi, że pozwany szpital nie zapewnił mu bezpiecznego pobytu na nocnym dyżurze w dniu 12 października 2012 r., co wynika choćby z faktu zatrudnienia tylko jednego lekarza na dyżurze w tak dużej placówce leczniczej jaką jest pozwany szpital, jak również nie opracował i nie wprowadził w życie odpowiednich procedur postępowania lekarzy dyżurnych Izby Przyjęć, uniemożliwiających opuszczenie Izby Przyjęć i przebywanie na innym piętrze, czy nieudzielenie pomocy potrzebującemu pacjentowi (k. 931). Powyższe, zdaniem powoda, skutkowało tym, iż od momentu przyjęcia do szpitala do (około) godziny 11 przebywał on w pozwanym szpitalu bez właściwej opieki i brak tej opieki spotęgował skutki uszkodzenia mózgu odniesionego w wyniku wypadku. Dopiero po przewiezieniu do innej placówki medycznej wykonano odpowiednie czynności diagnostycznej, adekwatne do ówczesnego stanu jego zdrowia i niezwłocznie przeprowadzono wymagany zabieg operacyjny ratujący wprawdzie życie powoda lecz nieusuwiający skutków wcześniejszej zwłoki w diagnostyce .

W ocenie Sądu Apelacyjnego, podnoszone przez powoda twierdzenia co do uchybień i nieprawidłowości organizacyjnych po stronie pozwanego Szpitala wymagały więc od Sądu Okręgowego (po pierwsze) poczynienia ustaleń okoliczności spornych pomiędzy stronami w kontekście ewentualnej odpowiedzialności tego pozwanego i (po wtóre) dokonania oceny wyników postępowania dowodowego, ewentualnego jego uzupełnienia, jak i oceny prawnej powództwa w tym zakresie. Czynności tych w istocie zaniechano ograniczając postępowanie dowodowe do kwestii powiązania przyczynowego między stanem zdrowia powoda a zachowaniem pozwanego P. W..

Z kolei odnosząc się do oceny przeprowadzonej w sprawie opinii Sąd Apelacyjny zauważa, że Sąd I instancji w żaden sposób nie odniósł się do eksponowanych przez stronę powodową argumentów dotyczących istotnych nieścisłości logicznych i luk w wywodzie biegłych. Sposób argumentacji biegłych sprowadza się bowiem w swej istocie do próby



konsekwentnego podtrzymania stanowiska wyrażonego w opinii sporządzonej na potrzeby procesu karnego. Jednak jak wskazano wyżej opinia tam sporządzona dotyczyła przesłanek odpowiedzialności oskarżonego lekarza i wniosków jakie ze stanu faktycznego płynąć miały dla prawnokarnej kwalifikacji jego zachowania. W niniejszej sprawie zaś wobec przesądzenia w postępowaniu karnym faktu popełnienia przestępstwa przez P. W., istotą sporu było ustalenie wzorca, według którego (wobec stanu wiedzy medycznej w czasie wypadku oraz wypracowanych w tamtym czasie standardów i wzorców postępowania w takich wypadkach) personel medyczny powinien zająć się pacjentem przywożonym przez Pogotowie Ratunkowe i dokonywać czynności diagnostycznych.

W tym kontekście ustalić należy zwłaszcza czy i jakie obowiązki posiadał personel szpitala przyjmującego pacjenta w stosunku do zespołu ratowniczego, transportującego pacjenta, jeśli chodzi o zebranie informacji dotyczących okoliczności, w jakich pacjent został przez ten zespół zastany na miejscu wypadku (ulożenia ciała, stwierdzonych obrażeń zewnętrznych, relacji osób wzywających pogotowie i ich spostrzeżeń, itp.). Istotne jest to zwłaszcza wobec tego, że w niniejszej sprawie z jednej strony zespół pogotowia ratunkowego mimo symptomów wskazujących na istnienie u powoda stanu nietrzeźwości wywołanej spożyciem alkoholu, zdecydował na transport pacjenta do szpitala (a nie np. na izbę wytrzeźwień). Zarazem zaś wynika z materiału procesowego, dokumentacja sporządzana przez zespół ratowniczy nie zawierała istotnych danych co do np. stwierdzonego w chwili przybycia na miejsce wypadku ułożenia pacjenta (mogącego sugerować uderzenie głową w krawężnik). Wymaga zatem wyjaśnienia, czy braki dokumentacji wymagały od pracowników szpitala przyjmującego pacjenta domagania się uzupełnienia danych czy też wyjaśnienia sytuacji.

Dokonując oceny materiału procesowego Sąd powinien zwrócić też uwagę na to, że opiniujący w niniejszej sprawie biegli wprost wskazali, iż przy wydawaniu pisemnej opinii z 29 listopada 2017 r. wykorzystywali wywód opinii wydawanej przez nich na potrzeby sprawy karnej o sygn. akt IV K 1448/13. Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie IV Wydział Karny, wydając wyrok z 13 kwietnia 2016 r. skazujący pozwanego P. W. za przestępstwo z art. 160 § 1 i 2 k.k., uznał opinię biegłych z Uniwersytetu (...) w P. za wiarygodną jedynie częściowo. Jak wyjaśnił, opinia pisemna biegłych obarczona jest błędami w zakresie oceny zachowania oskarżonego lekarza. W opinii przyjęto, że skoro lekarz zszedł do izby przyjęć i dokonał wpisu do księgi zleceń, to zbadał pacjenta. Zdaniem Sądu, biegli wykroczyli poza zakres opinii, gdyż w sposób nieuprawniony przyjęli za podstawę wniosku hipotezę odnośnie badania, którego nie było. Nadto, Sąd zakwestionował wniosek biegłych, według którego gdyby lekarz przeprowadził badanie przywiezionego pacjenta, to „nic by nie wybadał”. W ocenie Sądu, są to nieuprawnione domysły biegłych, a ich konkluzja o nienarażeniu B. T. na niebezpieczeństwo jest sprzeczna z sensus communis (wyrok Sądu Rejonowego Szczecin-Centrum w Szczecinie z 13 kwietnia 2016 r., IV K 1448/13 - k. 944-966).

W opinii pisemnej sporządzonej przez biegłych na potrzeby niniejszego postępowania, w zakresie pytania - Czy pozwany P. W. podejmując czynności diagnostyczne miał możliwość ustalić stan zdrowia powoda podczas swojego dyżuru w czasie od 3:20 do 7:30 w dniu 12 października 2012 r.?, biegli wprost wskazali, że pozwany P. W. ustalił stan zdrowia powoda podczas swojego dyżuru w czasie od 3:20 do 7:30 w dniu 12 października 2012 r. Tym stanem był stan upojenia alkoholowego (pisemna opinia sądowo-lekarska z 29 listopada 2017 r. - k. 1452-1458) . Następnie, w trakcie ustnego przesłuchania na rozprawie w dniu 9 kwietnia 2018 r. biegły dr S. S. wyjaśnił: „ W aktach osobowych tej pierwszej opinii, którą pisaliśmy, jest zeznanie pielęgniarki, że doktor szedł na dół, czy do pacjenta, dokładnie nie pamiętam. Przyjęliśmy, że zszedł do pacjenta i w związku z tym przyjęliśmy, że go badał. Jeżeli pielęgniarka mówi, że zszedł, to uważaliśmy, że w konkretnym celu i było nim zbadanie pacjenta. Powiedzieliśmy, że dr W. nie dopełnił obowiązku pełnego badania klinicznego” (protokół z rozprawy w dniu 9 kwietnia 2018 r., 00:08:19-00:31:01). Biegły dr K. K. zeznał natomiast: „ My wycofaliśmy się ze stwierdzenia zawartego w pierwszej opinii, że dr W. badał pacjenta. My złożyliśmy wyjaśnienia i przyznaliśmy, że dr W. nie badał pacjenta” (protokół z rozprawy w dniu 9 kwietnia 2018 r., 00:08:19-00:31:01). W toku dalszego przesłuchania oboje biegli lekarze wskazali „Podtrzymujemy swoje opinie wydane w postępowaniu karnym” (protokół z rozprawy w dniu 9 kwietnia 2018 r., 00:55:43-00:56:02)

Z materiału dowodowego, jaki został zgromadzony w niniejszej sprawie do tej pory, wynika, iż do zbadania oraz zdiagnozowania powoda przez P. W. w ogóle nie doszło. Przytoczony powyżej wywód biegłych, zarówno w świetle zasad doświadczenia życiowego, jak i zasad logicznej spójności, nie może zatem stanowić miarodajnej podstawy

do późniejszego formułowania wniosków. Oparty jest bowiem na błędnych przesłankach faktycznych. Brak badania powoduje też, że w istocie za oparte na domyśle biegłych należy poczytać ich stanowisko, że ze względu na stan upojenia alkoholowego powoda pozwany lekarz nie zauważyłby objawów wskazujących na rzeczywisty stan zdrowia powoda, czy też jego pogorszenia się w trakcie nocnego dyżuru. Zaniechanie przeprowadzenia jakiegokolwiek badania przez P. W., czy choćby ustalenia poziomu alkoholu we krwi w momencie przyjęcia pacjenta na izbę przyjęć, powoduje, iż brak jest danych, pozwalających ustalić jaki był stan powoda w momencie przywiezienia go przez zespół pogotowia ratunkowego i pozostawienia na Izbie Przyjęć pozwanego szpitala.

W tym świetle zasadnicze wątpliwości co do spójności logicznej opinii (nieusunięte w toku ustnego jej wyjaśniania przez biegłych) budzić musi stanowisko, że stan nietrzeźwości powoda w chwili przyjęcia do szpitala miał faktycznie uniemożliwiać lekarzowi dokonanie miarodajnych czynności diagnostycznych.

Poziom nietrzeźwości jawi się w realiach sprawy jedynie jako założenie biegłych. Biegli nie wskazują bowiem jakie przesłanki (wobec braku podjęcia jakichkolwiek czynności diagnostycznych po przyjęciu do szpitala – choćby zlecenia badania poziomu alkoholu we krwi pacjenta) pozwalają na czynienie założenia o tak wysokim poziomie nietrzeźwości, który uniemożliwił dokonanie jakichkolwiek czynności diagnostycznych

W oparciu o ten argument zaś budowana (przyjęta przez Sąd Okręgowy) jest teza o braku związku między zaniechaniem podjęcia czynności diagnostycznych a obecnym stanem pacjenta. W świetle materiału procesowego przyjęte założenie biegłych musi być więc zweryfikowane, zwłaszcza wobec tego, że badanie poziomu alkoholu we krwi zlecono dopiero po zmianie lekarza dyżurującego, a wynik tego badania dał przesłankę lekarzowi do natychmiastowego stwierdzenia, że stan pacjenta jest nieadekwatny do stanu upojenia alkoholowego. Z materiału procesowego wynika, że dopiero wówczas podjęto dalsze czynności związane z konsultacją neurologiczną i następnie decyzją o przewiezieniu powoda do innej placówki medycznej. Powstaje więc niewyjaśnione przez biegłych pytanie o czynione przez nich założenie co do stanu upojenia powoda w chwili przywiezienia pacjenta. Za tym pojawia się kwestia, czy badanie poziomu alkoholu nie powinno być przeprowadzone wcześniej (np. po przyjęciu pacjenta do szpitala) i czy przeprowadzenie tego badania umożliwiłoby wcześniejsze zaobserwowanie objawów neurologicznych nieadekwatnych do stopnia upojenia.

Nie odpowiadają też biegli w sposób przekonujący na pytanie, czy podjęcie czynności diagnostycznych (kontrolujących stan pacjenta) przez P. W. nie bezpośrednio po przyjęciu pacjenta ale po pewnym czasie od tego przyjęcia (a więc już w trakcie procesu trzeźwienia), pozwalałoby na wcześniejsze stwierdzenie nieadekwatnych dla poziomu alkoholu w organizmie powoda objawów wskazujących na poważny uraz mózgu i podjęcie czynności zapobiegających jego skutkom (lub ograniczających uszkodzenia w stosunku do tych jakie ostatecznie wystąpiły).

Z materiału procesowego (w tym zwłaszcza z opinii biegłego) nie wynika zatem, by opóźnienie w diagnostyce pozostawało bez skutku dla rozległości uszkodzeń mózgu, do jakich ostatecznie doszło u powoda.

W istocie więc opinia biegłych (oparta o założenie, że zaniechanie badania powoda przez P. W. w chwili przyjęcia do szpitala nie może być związane ze skutkami jeśli chodzi o obecny stan zdrowia powoda), musi budzić wątpliwości organu orzekającego. Nie chodzi bowiem o sam moment przyjęcia do pozwanego szpitala lecz o zachowanie się osób odpowiedzialnych za właściwą diagnostykę przez cały okres pobytu powoda w szpitalu. Zatem istotne jest udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy podjęcie dopiero po godzinie 11.00 czynności zmierzających do konsultacji neurologicznej a także chronologia dalszych czynności diagnostycznych oraz wynikające stąd opóźnienie momentu, w którym podjęto decyzję o przewiezieniu powoda do innego szpitala, miały wpływ na obecny stan zdrowia powoda. Zarazem konieczne jest ustalenie, czy istniała powinność szpitala jeśli chodzi o ustalenie poziomu alkoholu we krwi pacjenta po jego przyjęciu, monitorowanie stanu jego zdrowia, w toku dyżuru P. W. oraz wcześniejsze stwierdzenie nieuzasadnionych stopniem upojenia objawów neurologicznych. Następnie należy uzyskać odpowiedź czy zaniechanie takich działań spowodowało opóźnienie operacji powoda i w efekcie rzutuje na obecny stan zdrowia powoda

W tym kontekście, zdaniem Sądu Apelacyjnego, niedające się usunąć - wobec stanowiska biegłych, w tym w trakcie ustnego składania wyjaśnień - wątpliwości winny skutkować rozważeniem przez Sąd I instancji skorzystania z

uprawnienia przewidzianego w art. 286 k.p.c. i zasięgnięcia opinii innych biegłych sądowych. Zaniechanie podjęcia takiej próby nie pozwala bowiem skutecznie odeprzeć zarzutu naruszenia art. 278 § 1 i art. 286 k.p.c. Zgodnie zaś z art. 286 k.p.c., sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z opinii dalszych biegłych, jeżeli zachodzi taka potrzeba, a więc w szczególności wtedy, gdy przeprowadzona już opinia zawiera istotne luki, jest nieprzekonująca, niekompletna, pomija lub wadliwie przedstawia istotne okoliczności, nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, jest niejasna, nienależycie uzasadniona lub nieweryfikowalna.

Wobec opisanych mankamentów opinii, w ocenie Sądu Apelacyjnego, obecny stan sprawy wymaga przeprowadzenia postępowania zmierzającego do dokonania ponownej oceny wyników postępowania dowodowego, ewentualnego jego uzupełnienia, jak i następnie (dokonywanej w kontekście stanowisk obu stron) oceny materiału procesowego w kontekście normy art. 233 §1 k.p.c. oraz oceny prawnej powództwa.

Ponownie rozpoznając sprawę Sąd Okręgowy dokona oceny materiału procesowego w kontekście istnienia podstaw do przypisania pozwanym co do zasady odpowiedzialności za szkodę powoda. Po przesądzeniu tej kwestii Sąd dokona oceny materiału procesowego oraz stanowisk stron w kontekście twierdzeń powoda co do wysokości szkody, rozmiarów poniesionej krzywdy i ewentualnych następstw wynikających ze zdarzenia w dniu 12 października 2012 r., mogących pojawić się w przyszłości. Jednocześnie Sąd rozważy, na której ze stron spoczywa ciężar dowodu okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia tych kwestii i stosownie do stanowisk stron uzupełni postępowanie dowodowe, rozważając jednocześnie zastosowanie normy art. 286 k.p.c., przy uwzględnieniu przedstawionych wyżej uwag.

Stosownie do treści art. 108 § 2 k.p.c. Sądowi I instancji pozostawiono rozstrzygnięcie o kosztach postępowania odwoławczego.

Tomasz Żelazowski Małgorzata Gawinek Krzysztof Górski