

**Sygn. akt: I ACa 883/13**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 stycznia 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi, I Wydział Cywilny w składzie:

**Przewodniczący: SSA Dorota Ochalska - Gola**

**Sędziowie: SA Anna Beniak**

**SA Krystyna Golinowska (spr)**

**Protokolant: st. sekr. sądowy Julita Postolska**

**po rozpoznaniu w dniu 9 stycznia 2014 r. w Łodzi**

na rozprawie

sprawy z powództwa **M. P. (1), B. D. i M. P. (2)**

przeciwko (...) **Spółce Akcyjnej z siedzibą w (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w T.**

o zadośćuczynienie i odszkodowanie

na skutek apelacji powodów

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 7 maja 2013 r., sygn. akt II C 1296/10

I. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie 1 i 4 w ten sposób, że:

a). w punkcie 1 zasądza od (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w T. oraz (...) SA z siedzibą w W. na rzecz powodów M. P. (1), B. D. i M. P. (2) tytułem zadośćuczynienia kwoty po (...) (piętnaście tysięcy) zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 9 września 2010 r. od pozwanego (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w T. oraz od dnia 9 października 2010 r. od pozwanego (...) SA z siedzibą w W. z zastrzeżeniem, że zapłata dokonana przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z obowiązku zapłaty i oddala powództwo w pozostałej części,

b). w punkcie 4 zasądza od (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w T. oraz (...) SA z siedzibą w W. solidarnie na rzecz powodów M. P. (1), B. D. i M. P. (2) kwoty po 670, 60 (sześćset siedemdziesiąt 55/100) zł tytułem częściowego zwrotu kosztów procesu,

II. oddala apelację w pozostałej części,

III. zasądza od (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w T. oraz (...) SA z siedzibą w W. solidarnie na rzecz powodów M. P. (1), B. D. i M. P. (2) kwoty po 133, 36 (sto trzydzieści trzy 36/100) zł tytułem częściowego zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

**Sygn. akt I ACa 883/13**

## UZASADNIENIE

Powód S. P. (1) domagał się zasądzenia według zasady in solidum od pozwanych (...) spółki z o.o. w T. oraz (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 100000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 1632, 64 zł tytułem odszkodowania z racji poniesionych wydatków pozostających w związku z nieprawidłowo udzielanymi świadczeniami medycznymi, obie kwoty wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 9 września 2010 r. co do pozwanej spółki i od dnia 9 października 2010 r. co do pozwanego zakładu ubezpieczeń. Ponadto, powód wniósł o ustalenie zasady odpowiedzialności pozwanych za skutki zdarzeń, które wywołały szkodę, jakie mogą ujawnić się w przyszłości i zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych.

Powód S. P. (1) zmarł w dniu 19 października 2010 r. W jego miejsce do procesu wstąpili jego następcy prawni: żona M. P. (1) oraz dzieci M. P. (2) i B. D. z domu P., którzy nabyli spadek po zmarłych po 1/3 części każdy z nich.

Po wejściu w życie ustawy o działalności leczniczej, pozwany szpital funkcjonuje jako (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w T..

Zaskarżonym wyrokiem z dnia Sąd Okręgowy w Łodzi oddalił powództwo oraz obciążył powodów kosztami zastępstwa procesowego pozwanych. Ponadto Sąd umorzył postępowanie co do ustalenia odpowiedzialności pozwanych na przyszłość z uwagi na cofnięcie powództwa w tym zakresie ze zrzeczeniem się roszczenia, a także oddalił wnioski o odrzucenie pozwu z uwagi na brak zdolności sądowej po stronie pozwanego szpitala. Wskazał, że zgodnie z art. 205 ustawy z dnia 15 kwietnia o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 217), z dniem jej wejścia w życie niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stały się przedsiębiorstwami podmiotów leczniczych. Wiążąca się z tym zmiana formy prawnej funkcjonowania placówki nie oznacza, że podmiot prowadzący szpital utracił zdolność sądową. Podmiot leczniczy w innej formie organizacyjno-prawnej nadal prowadzi ten sam szpital jako przedsiębiorstwo i nadal podlega obowiązkowi wpisu do rejestru przedsiębiorców za tym samym numerem, co wynika zarówno z art. 217 ust. 1-3 ustawy, jak i przedłożonej informacji z KRS.

Orzeczenie powyższe zapadło wskutek poczynienia ustaleń faktycznych, z których najistotniejsze przedstawiają się następująco:

W dniu 7 grudnia 2009 r. S. P. (1) został potrącony przez samochód. Z uwagi na doznane urazy został przetransportowany na Oddział (...) Urazowo-Ortopedycznej (...) Centrum (...) w T.. W chwili wypadku znajdował się w stanie nietrzeźwości. Nie uzyskano od niego żadnych informacji o osobach bliskich. Powódka M. P. (1) dowiedziała się, że jej mąż przebywa w szpitalu od sąsiadki. Pacjent był wychudzony, wyniszczony, zaniedbany, logiczny kontakt z nim był bardzo utrudniony, jego stan wskazywał na długotrwałe nadużywanie alkoholu.

U S. P. rozpoznano ostatecznie uraz uogólniony głównie kończyny górnej prawej i podudzia prawego, ranę szarpaną ręki prawej z uszkodzeniem ścięgien prostowników II-IV, złamanie kości podudzia prawego – bliższej nasady z niestabilnością stawu kolanowego lewego, zaburzenia elektrolitowe, niewydolność wątroby z marskością poalkoholową, niewydolność oddechową, otarcie naskórka okolicy pośladka prawego, złamanie łopatki prawej. Wykonano badanie CT głowy. Powód w trybie pilnym został znieczulony i poddany operacji polegającej na opracowaniu chirurgicznym rany ręki i szyciu ścięgien prostowników. Założono mu opatrunek gipsowy stopowudowy oraz podawano m.in. leki przeciwzakrzepowe, antybiotyki, płyny infuzyjne. W tym czasie był karmiony przez sondę i odżywiany dożylnie. W Oddziale nie było rehabilitanta, ale podjęto próby wykonywania ćwiczeń przyłóżkowych, jednak z uwagi na ciężki stan ogólny, istniejące złamania i brak współpracy pacjenta zaniechano dalszej rehabilitacji. Stosowano materac przeciwoodleżynowy.

U powoda nie przeprowadzono badań CT kręgosłupa. Z uwagi na to, że S. P. nie chodził i nie obciążał kręgosłupa neurolog nie stwierdził u niego stłuczenia mózgu, niedowładu lub złamania kręgow, których nie podejrzewano także z uwagi na skuteczne znieczulenie przy operacji. Pacjenta nie zakwalifikowano do operacji ortopedycznej kończyny dolnej z uwagi na zły stan ogólny i ryzyko wystąpienia śpiączki wątrobowej i zgonu. Nie podawano mu też środków przeciwbólowych ponieważ lekarze stwierdzili, że ze względu na stan wątroby nie będą działać.

Ponieważ stan chorego nie ulegał poprawie i uniemożliwiał dalsze leczenie ortopedyczne, w dniu 17 grudnia 2009 r. przeniesiono go na Oddział Chorób Wewnętrznych. Po przyjęciu na ten oddział u pacjenta rozpoznano dodatkowo m.in. złamanie kompresyjne trzonu kręgu L1, niedowład połowiczy obustronny z przeważającą częścią lewą, niedowład wiotki kończyny górnej prawej prawdopodobnie po uszkodzeniu korzeni szyjnych lub splotu barku prawego, uogólnioną sztywność mięśniową z przykurczami w kończynie górnej i dolnej, odleżyny w okolicy krzyżowej oraz obustronne zapalenie płuc. Ponadto, stwierdzono dyselektrolitemię, zaburzenia połykania i encefalopatię toksyczną. W okresie od 21 stycznia do 15 lutego 2010 r. podawano leki przeciwbólowe. W dniu 12 stycznia 2010 r. dokonano chirurgicznego opracowania odleżyn. W dniu 25 stycznia 2010 r. z kończyny dolnej lewej usunięto gips i stwierdzono przemieszczenie odłamków kostnych. Pod wpływem zastosowanego leczenia objawy zapalenia płuc i niewydolności oddechowej ustąpiły. Ogólny stan pacjenta nie uległ znaczącej poprawie i wobec braku możliwości zapewnienia mu opieki w warunkach domowych S. P. został zakwalifikowany do wypisu i leczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym przy pozwanym szpitalu, gdzie został przewieziony w dniu 3 marca 2010 r.

Pacjent był karmiony sondą przez nos odżywkami, zupami, serkami i bananami, które kupowała także powódka. Karmienie było bardzo utrudnione, ponieważ chory nie mógł przelić, zdarzało się też, że wrywał rurkę służącą do podawania pokarmu. Powódka kupowała też środki higieny i krążki przeciwoleżynowe. Pomimo to u chorego nadal występowały odleżyny. Podczas pobytu w Oddziale Chorób Wewnętrznych pielęgniarka pokazała powódce, w jaki sposób wykonywać rehabilitację przyłóżkową, w tym poprzez masaż stóp i rąk. Ćwiczenia wykonywała powódka, a następnie poprosiła o pomoc J. R. (1), która ukończyła (...) i posiadała wiedzę z zakresu rehabilitacji.

Z uwagi na pogorszenie się stanu zdrowia w dniu 22 września 2010 r. S. P. (1) został ponownie przyjęty na Oddział Chorób Wewnętrznych. Wdrożono wtedy leczenie farmakologiczne i odżywianie przez sondę. W dniu 19 października 2010 r. zmarł.

S. P. (1) w chwili wypadku miał 59 lat. Na wiele lat przed wypadkiem był osobą chronicznie uzależnioną od alkoholu. Został zobowiązany do podjęcia leczenia przeciwalkoholowego przez sąd, jednak nie podjął go pomimo stosowania nadzoru kuratorskiego. Na kilka miesięcy przed wypadkiem S. P. mieszkał samotnie. Jego dzieci mieszkają za granicą i nie utrzymywały z ojcem żadnych kontaktów, zaś jego żona od 2005 r. wyjeżdżała do dzieci na dłuższe okresy.

Z punktu widzenia toksykologii klinicznej w chwili przyjęcia S. P. do szpitala istniały przeciwwskazania do ewentualnych zabiegów operacyjnych, które wynikały z ogólnie ciężkiego stanu zdrowia, znacznego stopnia zaburzenia świadomości, zaburzenia homeostazy ogólnoustrojowej znacznego stopnia, którego przyczynami mogły być początkowo upojenie alkoholowe, uraz czaszkowo-mózgowy, wyniszczenie i wynikające stąd zaburzenia elektrolitowe, żywieniowe i witaminowe. Stan wątroby w świetle wyników badań krwi w zakresie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej oraz stężenia bilirubiny nie stanowił przeciwwskazań do leczenia operacyjnego. Jednakże równocześnie internista konsultujący powoda postawił podejrzenie stanu przedśpiączkowego. W świetle oceny ex post przyczyną tego stanu nie był jednak stan przedśpiączkowy pochodzenia wątrobowego. Wątroba pacjenta była wydolna w stopniu umożliwiającym zastosowanie znieczulenia i podanie leków przeciwbólowych.

W chwili przyjęcia S. P. do szpitala bezpośrednio po wypadku objawy pierwotnego stłuczenia pnia mózgu mogły być maskowane przez objawy spowodowane nadmiernym przewlekłym spożywaniem alkoholu oraz objawami delirycznymi. Obrażenia mózgu nie wymagały leczenia operacyjnego neurochirurgicznego. Wystarczające było natomiast leczenie przeciwoleżynowe, wyrównywanie wodno-elektrolitowe, uzupełnianie i suplementacja zaburzeń wodno-elektrolitowych i białkowych, które zostało u niego zastosowane.

Złamanie kompresyjne trzonu kręgu L1 nie powodowało istotnych skutków neurochirurgicznych i nie wymagało leczenia ortopedycznego, ani neurochirurgicznego, a jedynie leczenia zachowawczego i unieruchomienia. Złamanie to mogło być niewidoczne na zdjęciu RTG. W tym przypadku nie zachodzi również dysfunkcja ruchowa i jest możliwe całkowite wygojenie. Z tych względów niewykonanie badania RTG kręgosłupa lędźwiowego po przyjęciu na Oddział

Ortopedii nie miał wpływu na stan zdrowia chorego, zwłaszcza że cały czas pozostawał on unieruchomiony w łóżku szpitalnym. Złamanie to nie powodowało innych niż ból skutków neurologicznych.

U pacjenta nie wykonano badania RTG stawu skokowego prawego, w obrębie którego wystąpiło złamanie dwukostkowe goleni prawej z przemieszczeniem odłamów kostki przyśrodkowej, co wymagało repozycji i unieruchomienia.

W obrębie kolana lewego wystąpiło pogłębiające się przemieszczenie odłamów w miejscu złamania kości piszczelowej i strzałkowej, co wymagało ponownej repozycji, w celu zapobiegnięcia powstania odleżyn w okolicy głowy kości strzałkowej lewej.

Diagnostyka wiotkiego niedowładu prawej kończyny górnej wobec ciężkiego stanu chorego i całości obrazu klinicznego nie miała uzasadnienia.

Z uwagi na stwierdzenie u S. P. niedowładu wiotkiego kończyny górnej prawej, niedowładu połowicznego obustronnego z przewagą po stronie lewej oraz uogólnionej sztywności mięśniowej i przykurczy stawowych konieczna była terapia ułożeniowa kończyn, a po ustabilizowaniu stanu ogólnego – jak najwcześniejsze włączenie zabiegów wykonywanych przez fizjoterapeutę, a więc ćwiczeń biernych wszystkich stawów nieobjętych unieruchomieniem gipsowym z ćwiczeniami recesywnymi w stawach przykurczonych oraz masażu klasycznych kończyn górnych i dolnej prawej. Zabiegi powinny być wykonywane codziennie w wymiarze około 60 min. i kontynuowane w trakcie całego pobytu w szpitalu i zakładzie opiekuńczym, nawet wobec braku widocznej poprawy. Rozszerzenie terapii o pozostałe formy wymagałoby aktywnej współpracy pacjenta z fizjoterapeutą, której nie było.

Uszczerbek na zdrowiu związany z wypadkiem drogowym wynosił 100%, wobec czego nie ma możliwości określenia uszczerbku na zdrowiu związanego z przebiegiem leczenia. S. P. (1) był leczony w ramach ubezpieczenia społecznego i nie musiał ponosić kosztów leczenia. Niezależnie od tego wymagał pomocy i współopieki osób trzecich, zwłaszcza członków rodziny w wymiarze co najmniej 8-10 godzin dziennie.

Sąd pierwszej instancji wskazał, że w świetle dokumentacji leczenia w pozwanym szpitalu i opinii biegłych nie było podstaw stwierdzenia, że tak znaczne wyniszczenie S. P. (1) mogło być skutkiem niewłaściwego leczenia lub opieki w pozwanym szpitalu. Ponadto, powódka, jak i wskazani świadkowie sami podnosili, że codziennie go karmili, myli go, dbali o jego higienę, próbowali wykonywać masaże, stąd twierdzenia o zaniedbaniu pacjenta pod wskazanymi względami należy uznać za nieporozumienie.

Sąd Okręgowy stwierdził, że wprawdzie w świetle opinii biegłego toksykologia oceniając sytuację ex post, nie było podstaw do stwierdzenia, że u pacjenta występuje marskość wątrobowa i stan przedśpiączkowy, ale bardzo ciężki stan pacjenta wynikający z urazu doznanego w wypadku oraz wyniszczenia wynikającego z głębokiej choroby alkoholowej niewątpliwie ograniczał możliwości diagnostyki i terapii, co wyrażało się przede wszystkim w zaniechaniu kolejnej operacji ortopedycznej do czasu poprawy stanu ogólnego oraz leczenia przeciwbólowego (w Oddziale Ortopedii). Nie miało to jednak wpływu na stan ogólny pacjenta, który nie uległ znaczącej poprawie pomimo wdrożenia leczenia antybiotykami, podawania płynów i odżywiania pozajelitowego. Pomimo wdrożenia profilaktyki przeciwoleżynowej u pacjenta doszło do powstania odleżyn, co jednak było następstwem wypadku oraz doznanych złamań.

W dalszej kolejności Sąd stwierdził, że postępowanie personelu medycznego pozwanej placówki należało oceniać zarówno w kategoriach obiektywnych błędów w sztuce lekarskiej pozostającego w normalnym związku przyczynowym z późniejszym stanem i śmiercią pacjenta, jak również w aspekcie subiektywnym winy oraz możliwości dokonania prawidłowej diagnostyki ex ante w stanie, w jakim znajdował się pacjent w czasie pobytu w Oddziale O.-Urazowym.

Powodowie w niniejszej sprawie dochodzili odszkodowania i zadośćuczynienia jako roszczeń poprzednio sformułowanych w pozwie przez S. P. (1), który występował początkowo w sprawie jako powód. W świetle art. 922 § 1 k.c. i art. 445 § 3 k.c. spadkobiercy zmarłego powoda mogą podtrzymać zgłoszone pierwotnie roszczenia (w odpowiedniej części) w granicach pierwotnie zakreślonej podstawy faktycznej.

W świetle określonych powyżej kryteriów oraz w oparciu o opinie biegłych lekarzy, Sąd stwierdził, iż postępowanie lecznicze zastosowane w stosunku do S. P. (1) nie było obarczone błędami skutkującymi dalsze wyniszczenie i śmierć pacjenta. Takiego charakteru nie miały uchybienia w zakresie diagnostyki polegające na nierozpoznaniu u chorego złamania kompresyjnego trzonu kręgu L1, nierozpoznaniu prawdopodobnego (niepotwierzonego całkowicie również przez biegłych sądowych) stłuczenia mózgu i pnia mózgu, niedowładu połowiczego oraz kończyny górnej prawej i zaniechaniu badania RTG stawu skokowego prawego i goleni lewej. Stan pacjenta był bowiem na tyle ciężki, że diagnostyka neurochirurgiczna i neurologiczna były utrudnione, jak również nie wchodziły w grę żadne sposoby leczenia oprócz zaopatrzenia chirurgicznego rany, zaopatrzenia ortopedycznego, unieruchomienia, podawania płynów, dożywiania i stosowania profilaktyki przeciwobrzękowej i przeciwoleżynowej. W takiej sytuacji, szczegółowa diagnostyka w zakresie stanu kończyny górnej prawej nie znajdowała uzasadnienia. Z kolei zaopatrzenie ortopedyczne mogło polegać tylko na założeniu gipsu na kończynę dolną lewą, gdyż zastosowanie wyciągu nie było możliwe z uwagi na brak współpracy pacjenta. Wykonanie wczesnego badania TK mogło również nie wskazywać na zmiany w mózgu, do których dochodzi dopiero później na skutek patologicznych zmian w ukrwieniu mózgu.

Również znaczny zakres cierpień pacjenta związany ze stanem jego zdrowia nie miał związku z przebiegiem leczenia, a był skutkiem przebytego wypadku. W świetle uzupełnionej opinii biegłego ortopedy, brak jest obecnie możliwości określenia, czy leczenie przeciwbólowe pacjenta było adekwatne. W dokumentacji medycznej nie ma wpisów potwierdzających podawanie środków przeciwbólowych w okresie pobytu w Oddziale O.-Urazowym, co koresponduje z zeznaniami powódki w tym zakresie. Środki takie podawano natomiast 4 razy po przeszło miesiącu od przeniesienia chorego na Oddział Chorób Wewnętrznych. W świetle wniosków opinii biegłego toksykologa stan wątroby pacjenta nie czynił bezcelowym podawania leków przeciwbólowych, tj. leki te najprawdopodobniej zostałyby zmetabolizowane i mogły zadziałać. Z ewentualnym zaniechaniem leczenia bólu nie wiąże się przy tym uszczerbek na zdrowiu, który uzasadniałby przyznanie z tego tytułu jakiegokolwiek zadośćuczynienia.

W stosunku do pacjenta stosowano profilaktykę przeciwoleżynową, co nie zapobiegło jednak powstaniu odleżyn. W świetle opinii biegłych, do powstania odleżyn mogło dojść nawet pomimo odpowiedniej profilaktyki w tym zakresie, a wynika to z urazu (...) skutkującego zaburzeniami troficznymi tkanek, w tym mięśni i skóry. Przy udziale i pomocy żony oraz krewnej pacjenta J. R. wykonywane były podstawowe zabiegi rehabilitacyjne takie, jak masaże stóp i rąk. Dalsza rehabilitacja nie była możliwa z uwagi na ciężki stan i obrażenia pacjenta. Brak jest dowodów na to, że personel medyczny dopuszczał się zaniedbań w zakresie dożywiania S. P., czego nie potwierdziły opinie biegłych. Należy zaznaczyć, że także powódka podawała mężowi odpowiednie produkty, co wskazuje na to, że żywienie pacjenta było odpowiednie w relacji do jego ciężkiego stanu.

W tych warunkach Sąd Okręgowy uznał roszczenia powodów za bezzasadne jako nieudowodnione zarówno w odniesieniu do żądania zasądzenia odszkodowania jak i zadośćuczynienia.

Od powyższego wyroku w zakresie rozstrzygnięcia o oddaleniu powództwa i kosztach procesu wnieśli apelację powodowie zarzucając:

1. rażące naruszenie przepisów postępowania, w szczególności:

a). art. 233 k.p.c. przez dokonanie dowolnej oceny dowodów polegającej na:

- wadliwej ocenie zeznań świadka J. R. (1) i błędne przyjęcie, że S. P. trafił do szpitala w stanie ogólnego wyniszczenia, podczas gdy do pogłębiającego się wyniszczenia organizmu doszło w trakcie jego pobytu w szpitalu,

- wadliwej ocenie opinii biegłego z zakresu ortopedii i traumatologii, który zwrócił uwagę na szereg nierozpoznanych urazów ortopedycznych i nieprzeprowadzonych badań diagnostycznych mogących skutkować późniejszymi niedowładami, zwyrodnieniami, wadliwym zespoleniem odłamów kostnych, bólem w obrębie niezaopatrzonych urazów oraz zaniechaniem właściwej terapii przeciwbólowej pomimo braku przeciwwskazań i celowości jej prowadzenia,

- wadliwej ocenie opinii biegłych z zakresu neurologii i neurochirurgii wskazujących na pominięcie w rozpoznaniu urazu głowy ze stłuczeniem pnia mózgu, złamania kręgu L – 1 oraz wiotkiego niedowładu kończyny górnej prawej,

- wadliwej ocenie opinii biegłego z zakresu toksykologii wskazującej na nieprzeprowadzenie badań pod kątem encefalopatii, istnienie związku zaburzeń świadomości S. P. z urazem czaszkowo – mózgowym, brak konsultacji anestezjologa co do możliwości przeprowadzenia kolejnego zabiegu, brak weryfikacji tezy o śpiączce wątrobowej przez pozwany szpital, a ponadto stwierdzającej, że parametry ekstrakcyjno – czynnościowe wątroby pacjenta potwierdzały wydolność tego narządu, a więc również możliwość zastosowania leczenia przeciwbólowego,

- wadliwej ocenie opinii biegłego z zakresu rehabilitacji potwierdzającej zaniechanie właściwej rehabilitacji,

- wadliwej ocenie opinii biegłego z zakresu chorób wewnętrznych i gastroenterologii wskazującej na brak zapisów w dokumentacji medycznej dotyczącej S. P. odnośnie do przeciwwskazań do zabiegu operacyjnego,

b) art. 328 § 2 k.p.c. przez sprzeczność ustaleń faktycznych ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym polegającą na ustaleniu, iż odstąpiono od sekcji zwłok S. P., podczas gdy protokół sekcji zwłok znajduje się w aktach sprawy, a także ustaleniu, że błędy rozpoznania urazu głowy, stłuczenia pnia mózgu i wiotkiego niedowładu kończyny górnej prawej nie pociągnęły za sobą ujemnych skutków terapeutycznych,

c) art. 102 k.p.c. przez jego niezastosowanie, w sytuacji gdy powódka M. P. (1) jest emerytką;

2. rażące naruszenie prawa materialnego tj. art.:

a) 355 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i nieprzyjęcie modelu najwyższej staranności lekarza wynikającej z profesjonalnego charakteru działalności,

b) 351 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, co doprowadziło do uznania, że nie istnieje adekwatny związek przyczynowy między szeregiem nierozpoznanych urazów a określonymi skutkami zaniechania w tym zakresie,

c) art. 444 § 1 k.c. poprzez jego niezastosowanie, a w konsekwencji odmowę uznania, że samo zaniechanie leczenia przeciwbólowego stanowi samoistną podstawę do przyznania zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę,

d) art. 6 k.c. poprzez szczególnie rygorystyczne zastosowanie zasady ciężaru dowodowego i nieodwołanie się do reguły dowodu prima facie w związku z całokształtem zgromadzonego materiału dowodowego.

Wskazując na powyższe zarzuty skarżący wnieśli o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa w całości oraz zasądzenie na rzecz powodów kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje.

Ponadto skarżący wnieśli o dopuszczenie dowodu z dokumentu w postaci protokołu sekcji zwłok S. P. (1) z dnia 21 października 2010 r., nr (...) oraz dowodu z opinii biegłego z zakresu żywienia pozajelitowego na okoliczność mechanizmu takiego żywienia, potrzeby jego stosowania u S. P. oraz wypowiedzenia się, czy zaniechanie jego stosowania mogło przyczynić się do wyniszczenia organizmu zmarłego.

Pozwani wnieśli o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów procesu za II instancję.

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

Apelacja okazała się częściowo zasadna.

Sąd Apelacyjny co do zasady podziela ustalenia i rozważania Sądu pierwszej instancji odnośnie do oceny sposobu postępowania personelu medycznego pozwanego szpitala w pierwszym okresie hospitalizacji S. P. (1). Nie budzi wątpliwości, że po przetransportowaniu pacjenta na Oddział (...) Urazowo – Ortopedycznej (...) Centrum (...) bezpośrednio po wypadku komunikacyjnym został u niego prawidłowo rozpoznany uogólniony uraz kończyn górnych i dolnych, z raną szarpaną prawej ręki, która wymagała natychmiastowego opracowania chirurgicznego. Z tego względu

został on w trybie pilnym znieczulony i poddany operacji polegającej na zaopatrzeniu chirurgicznym ręki, szyciu ścięgien prostowników i pokrycia rany. Ponadto stosowano u niego właściwe leczenie farmakologiczne. W tym czasie stan ogólny pacjenta był ciężki, miał zaburzenia elektrolitowe, niewydolność oddechową, był wyniszczony z powodu wieloletniego nadużywania alkoholu, logiczny kontakt z nim był początkowo niemożliwy a później utrudniony, w chwili przyjęcia był w stanie upojenia alkoholowego. Prawidłowego ustalenia Sądu, że S. P. (1) trafił do pozwanego szpitala w stanie ogólnego wyniszczenia organizmu i skrajnego zaniedbania nie może podważyć zeznanie świadka J. R. (1), która nie widziała wujka bezpośrednio przed wypadkiem. Ponadto jej zeznania wskazują, iż nie miała rozeznania co do alkoholizmu S. P., która to okoliczność została przyznana przez powódkę M. P., żonę zmarłego oraz znalazła potwierdzenie w dokumentach zawartych w aktach spraw w przedmiocie skierowania na leczenie przeciwalkoholowe.

Wprawdzie na wspomnianym oddziale wykonano u chorego badanie CT głowy, jednak jak wskazał biegły z zakresu neurochirurgii P. K. wczesne w stosunku do urazu badanie tomograficzne może nie wykazać pierwotnego stłuczenia pnia mózgu. Zmiany te mogą kształtować się, jak również stać się widoczne później (opinia k. 362). Co najistotniejsze u S. P. zarówno w pierwszym okresie hospitalizacji, jak i później na Oddziale Chorób Wewnętrznych, mimo nierozpoznania wstrząśnienia mózgu oraz ogniskowego stłuczenia mózgu, stosowano leczenie farmakologiczne adekwatne do takiego urazu. Leczenie neurochirurgiczne operacyjne obrażeń mózgu było zbędne (opinia biegłego z zakresu neurochirurgii P. K. - k. 278 – 279, 362 odw., opinia biegłego z zakresu neurologii A. N. k. 199).

Niezasadny okazał się również zarzut zaniechania przeprowadzenia zespolenia kończyny dolnej lewej. Jak wskazał biegły z zakresu (...) S. u pacjenta prawidłowo rozpoznano złamanie kości podudzia lewego z niestabilnością stawu kolanowego. W związku z tym urazem w dniu przyjęcia do szpitala założono na nogę opatrunek gipsowy (szynę), który w dniu 10 grudnia 2009 r. zmieniono na pełny opatrunek gipsowy stopowo – udowy. Był to etap pośredni przed zastosowaniem leczenia operacyjnego, którego natychmiastowe zastosowanie nie było możliwe z uwagi na opisany wyżej zły stan ogólny pacjenta (opinia k. 176 – 177).

Rację mają skarżący, że w pierwszym etapie leczenia u pacjenta nie rozpoznano kompresyjnego złamania kręgosłupa w odcinku lędźwiowym. (biegły z zakresu ortopedii i traumatologii k. 177). Błąd rozpoznania nie pociągnął jednak za sobą ujemnych skutków terapeutycznych. Wystarczającym sposobem leczenia tego typu złamania było leczenie zachowawcze i unieruchomienie pacjenta. Operacja neurochirurgiczna nie była konieczna. Dotyczy to również nierozpoznania wiotkiego niedowładu kończyny górnej prawej, którego diagnostyka wobec ciężkiego stanu chorego i całości obrazu klinicznego nie miała uzasadnienia (opinie biegłych z zakresu: (...). S. k. 177, z zakresu neurologii A. N. k. 200, neurochirurgii P. K. k. 279 ).

Dla uznania odpowiedzialności pozwanego szpitala z tytułu czynu niedozwolonego konieczne było wykazanie przez stronę powodową, że opisane wyżej błędy w zakresie diagnozy spowodowały u S. P. (1) szkodę, że pomiędzy tym zachowaniem a szkodą zachodzi normalny związek przyczynowy, a nadto, że pozwany ponosi winę. Ciężar dowodu wykazania tych przesłanek spoczywał na powodach w myśl art. 6 k.c. Z przywołanych względów powodowie nie sprostali ciężarowi dowodowemu w tym zakresie. Zarzuty apelacji dotyczące naruszenia prawa procesowego w odniesieniu do powstania wspomnianych wyżej błędów diagnostycznych sprowadzają się do polemiki z prawidłowo ustalonym przez Sąd Okręgowy stanem faktycznym i nie mogą odnieść zamierzonego skutku. Skarżący nie wykazali też aby Sąd dokonał wadliwej subsumpcji prawidłowo poczynionych ustaleń faktycznych do prawidłowo określonej podstawy prawnej rozstrzygnięcia.

Nie sposób natomiast odeprzeć zarzutu skarżących odnośnie do sprzeczności istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego bądź też wyciągnięcia błędnych wniosków mimo prawidłowych ustaleń w tej części, w której kwestionują oni prawidłowość wymaganych w sytuacji klinicznej, w jakiej się znalazł S. P. (1), procedur medycznych. Sąd Apelacyjny, odmiennie niż to uczynił Sąd pierwszej instancji, przyjął bowiem, że niepodjęcie w stosunku do pacjenta części procedur medycznych w okolicznościach przedmiotowej sprawy było błędem w sztuce lekarskiej wskutek naruszenia obowiązujących zasad staranności zawodowej. Do powyższego wniosku prowadzi prawidłowa analiza opinii biegłych.

Za uchybienie w pierwszym etapie leczenia uznać należy stwierdzone przez biegłego z zakresu (...). S. zaniechanie pełnej diagnostyki radiologicznej, co uniemożliwiło rozpoznanie wszystkich doznanych przez pacjenta złamań. W szczególności nie wykonano zdjęć rtg stawu skokowego prawego. Tymczasem w obrębie tej kończyny doszło do dwukostkowego złamania goleni prawej z przemieszczeniem odłamów kostki przyśrodkowej, co wymagało repozycji i unieruchomienia. Stosowna diagnostyka radiologiczna została jednak wykonana dopiero w czasie pobytu chorego na Oddziale Chorób Wewnętrznych, w dniu 23 grudnia 2009 r. lecz żadnego leczenia prawej kończyny dolnej nie podjęto (opinia biegłego M. S. k. 177, 195 i 222). W odniesieniu do lewej kończyny dolnej jej unieruchomienie bez prawidłowego ustawienia odłamów kostnych, z przyczyn wyżej omówionych, nie stanowiło błędu. Jak wyżej wskazano jej pierwotne unieruchomienie powinno stanowić etap pośredni przed zastosowaniem koniecznego leczenia operacyjnego, którego natychmiastowe przeprowadzenie nie było możliwe (opinia biegły z zakresu (...). S. k. 176 – 177). Podkreślenia wymaga przy tym, że u chorego obserwowano stopniowo pogłębiające się przemieszczanie odłamów w miejscu złamania kości piszczelowej i strzałkowej lewej, co wymagało ponownej repozycji, w celu zapobiegnięcia powstaniu odleżyn w trakcie unieruchomienia nogi opatrunkiem gipsowym (opinia biegłego M. S. k. 222). Powstanie odleżyny w obrębie stawu kolanowego w wyniku nieprawidłowego zrostu kości lewej kończyny dolnej jest niesporne (dokumentacja fotograficzna k. 153). Również biegły z zakresu chirurgii ogólnej i naczyniowej A. K. wskazuje, że w planach chirurgów ortopedów było operacyjne skorygowanie nieprawidłowego zrostu odłamów kostnych lewej nogi (opinia k. 293).

W tym miejscu odnieść się należy do kwestii możliwości przeprowadzenia u S. P. (1) dalszych, celowych zabiegów medycznych, których podjęcie w pierwszych dobach po przywiezieniu go do szpitala, zwłaszcza w czasie pobytu w oddziale urazowym było niemożliwe z uwagi na ciężki ogólny stan kliniczny chorego. Z załączonej dokumentacji lekarskiej wynika, że od początku hospitalizacji u S. P. postawiono rozpoznanie stanu przedśpiączkowego pochodzenia wątrobowego. O ile można je wytłumaczyć pierwotnym stanem pacjenta, brakiem nawiązania z nim logicznego kontaktu oraz ustaleniem przewlekłego, wieloletniego nadużywania przez niego alkoholu, o tyle nie potwierdziły takiego rozpoznania dalsze badania. Jak wskazał biegły z zakresu chorób wewnętrznych i gastroenterologii ocena wyników badań biochemicznych krwi prowadzi do wniosku, że „stan wątroby” pacjenta nie był taki zły i nie stanowiły potwierdzają istnienia przeciwwskazań do leczenia operacyjnego (opinia k. 253). Decydujące znaczenie w tym zakresie należy przypisać wnioskowi opinii biegłego z dziedziny medycyny pracy i toksykologii klinicznej P. R., który stwierdził, że mimo przyjętych założeń lekarze leczący chorego nie opisywali w dokumentacji lekarskiej charakterystycznych cech marskości wątroby. Zdaniem biegłego analiza stanu klinicznego jak i wyników badań pacjenta pozwala na stwierdzenie, że powyższe rozpoznanie postawiono zbyt pochopnie. Żaden z parametrów obserwowanych w wypadku stanu przedśpiączkowego lub śpiączki wątrobowej nie wystąpił. Obserwowane u chorego zaburzenia białkowe i elektrolitowe wynikały z niedoborów żywieniowych, czego potwierdzeniem było ogólne wyniszczenie organizmu, nie stanowiły zaś cech obniżenia funkcji hematocytów. W efekcie można przyjąć, że przeciwwskazania do ewentualnych zabiegów operacyjnych istniały jedynie w chwili przyjęcia S. P. do szpitala (opinia P. R. k. 345, 347). Co więcej z dokumentacji medycznej wynika jednoznacznie, że nie zasięgnięto konsultacji anesteziologa w kwestii możliwości przeprowadzenia u chorego kolejnego zabiegu operacyjnego.

Sąd Apelacyjny nie podziela stanowiska Sądu pierwszej instancji, że nieprawidłowe – w świetle oceny ex post dokonywanej przez biegłego po przeanalizowaniu dokumentacji z całego okresu leczenia rozpoznanie stanu przedśpiączkowego i niewydolności wątroby, nie było możliwe do uniknięcia w świetle oceny dokonanej przez lekarzy ex ante. Sąd Okręgowy pominął okoliczność, że stan kliniczny S. P. poprawił się w ciągu kilku dni, już po przyjęciu na oddział wewnętrzny odzyskał pełną świadomość. Wprawdzie nie sposób zanegować, że jeszcze w początkowym okresie pobytu na wspomnianym oddziale jego stan był ciężki, chociażby z powodu zapalenia płuc i niewydolności oddechowej, jednak zauważyć należy, że S. P. (1) zmarł po upływie blisko 10 miesięcy od wypadku, z czego przez ponad pół roku (marzec - wrzesień 2010 r.) przebywał w zakładzie opiekuńczo – leczniczym pozwanego szpitala, w którym objęty był jedynie opieką paliatywną. Przez cały ten czas nie było przeciwwskazań ani do leczenia operacyjnego, ani do leczenia przeciwbólowego. W tych warunkach nie sposób podzielić zapatrywania Sądu pierwszej instancji, że błędne zdiagnozowanie stanu wątroby skutkowało jedynie decyzją o odsunięciu na przyszłość operacji ortopedycznej oraz zaniechaniu podawania leków przeciwbólowych. Zaniechanie leczenia przeciwbólowego lekarze



strony pozwanej tłumaczyli również stanem wątroby chorego, która ich zdaniem, nie zdołałaby metabolizować leków przeciwbólowych, co jest oczywiście sprzeczne w wynikami badań biochemicznych. Zgodnie z poczynionymi w sprawie ustaleniami faktycznymi jedynie w dokumentacji pobytu w Oddziale Chorób Wewnętrznych znajdują się 4 adnotacje o podaniu leków przeciwbólowych, po raz pierwszy po upływie przeszło miesiąca od umieszczenia chorego na tym oddziale. W dokumentacji z Oddziału (...) Urazowego brak jest natomiast wpisów potwierdzających takie leczenie. Na potrzebę wdrożenia leczenia przeciwbólowego u pacjenta wskazują zarówno opinie biegłych A. N. k. 199, P. K. k. 279, jak i zeznania powódki M. P. oraz świadka J. R., które potwierdzają, iż u chorego przez cały okres hospitalizacji występowały dolegliwości bólowe. W tych warunkach nie można przyjąć, że u chorego stosowano adekwatne leczenie przeciwbólowe, choć było ono możliwe. Jak wskazał biegły P. R. parametry czynnościowe wątroby wskazywały, że pacjent ma wydolny narząd wątroby, a stan taki pozwalał na podawanie leków przeciwbólowych (opinia k. 391). Sąd Apelacyjny nie podziela przy tym poglądu wyrażonego w motywach zaskarżonego orzeczenia, że z ewentualnym zaniechaniem leczenia bólu nie wiąże się uszczerbek na zdrowiu, który uzasadniałby przyznanie z tego tytułu jakiegokolwiek zadośćuczynienia, co zostanie omówione w dalszej części uzasadnienia.

Kolejnym uchybieniem w postępowaniu personelu medycznego pozwanej szpitala było zaniechanie wdrożenia niezbędnej rehabilitacji pacjenta. Konieczność jej prowadzenia praktycznie przez cały czas hospitalizacji potwierdziła biegła z zakresu rehabilitacji medycznej G. B. (opinia k. 319 – 320, 389 – 390) oraz biegły z zakresu neurologii A. N. (opinia k. 199) i neurochirurgii P. K. (opinia k. 280). Wprawdzie zakres niezbędnych zabiegów był ograniczony wskutek ciężkiego stanu pacjenta i braku współpracy z jego strony do kinezyterapii przyłóżkowej i ćwiczeń biernych oraz masażu, jednak z zapisów w dokumentacji medycznej wynika, że zaniechano jej prowadzenia nawet w powyższym zakresie. Nie można przy tym podzielić stanowiska Sądu Okręgowego, że podstawowe zabiegi rehabilitacyjne były wykonywane przy pomocy M. P. (1) i J. R. (1), które zostały przeszkolone w tym zakresie. Nie negując, że rodzina pacjenta powinna współdziałać w tym zakresie, bo nie jest realne, by personel medyczny wykonywał zabiegi rehabilitacyjne przez kilka godzin dziennie, które częściowo sprowadzają się do prostych ćwiczeń czy masażu, to jednak ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd wskazują na przerzucenie na rodzinę chorego w całości obowiązku w tym zakresie. Brak jest bowiem dowodów na przeprowadzanie, poza kilkoma zleceniami, jakichkolwiek zabiegów rehabilitacyjnych przez personel medyczny pozwanej placówki.

Za błąd w sztuce lekarskiej uznaje się takie zachowania lekarza, które jest obiektywnie sprzeczne z aktualnymi kanonami wiedzy i sztuki lekarskiej. Mając na uwadze zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, nie ulega wątpliwości, że lekarze pozwanej szpitala dopuścili się zarówno błędu diagnostycznego jak i błędu w zakresie zastosowanej metody leczenia. Jednakże z całą mocą należy podkreślić, że powyższe błędy nie doprowadziły do istotnego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, który od początku był ciężki z uwagi przede wszystkim na uraz centralnego układu nerwowego. W tym miejscu podkreślenia wymaga, że nieistotna w płaszczyźnie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia jest konkluzja Sądu Okręgowego, iż ewentualne uchybienia w diagnostyce i zastosowanych procedurach medycznych nie doprowadziły do śmierci S. P. (1). Pamiętać należy, że S. P. (1) był pierwotnym powodem w rozpoznawanej sprawie i zmarł w toku procesu. Jego spadkobiercy wstąpili do udziału w sprawie w charakterze powodów i zgodnie z art. 445 § 3 k.c. mogą dochodzić jedynie roszczeń zgłoszonych przez poprzednika prawnego w granicach pierwotnie zakreślonej podstawy faktycznej. Jest zatem oczywiste, że nie mógł być nią objęty skutek w postaci śmierci S. P. (1).

W ocenie Sądu Apelacyjnego przez błąd w sztuce lekarskiej należy jednak rozumieć także nieudzielenie pacjentowi możliwego w danym wypadku leczenia, w tym zakresie rehabilitacji, które mogą ograniczyć jego cierpienia związane z bólem. Zaniechanie leczenia przeciwbólowego, podobnie jak zaniechanie wdrożenia niezbędnej rehabilitacji stanowi dostateczną przesłankę odpowiedzialności pozwanej szpitala, ponieważ zachowanie zatrudnionych przez niego lekarzy było bezprawne, a przy tym możliwe jest przypisanie personelowi medycznemu winy nieumyślnej, gdyż biorąc pod uwagę podwyższony miernik staranności lekarskiej udzielenie świadczeń leczniczych w tym zakresie było celowe. Pojęcie rozstroju zdrowia w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. powinno być ujmowane szeroko. Chodzi więc o takie oddziaływanie na organizm ludzki, które pociąga za sobą zakłócenie w funkcjonowaniu poszczególnych organów, bez ich widocznego uszkodzenia. Nawet przemijający charakter zakłóceń w funkcjonowaniu organizmu nie wyłącza

możliwości uznania, że zakłócenia te wywołały rozstrój zdrowia. W ocenie Sądu Apelacyjnego pozwany ponosi zatem odpowiedzialności za zwiększone dolegliwości bólowe S. P. (1), które w przypadku prawidłowego postępowania personelu medycznego mogłyby być mniejsze (art. 361 k.c.). Przemijające zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu polegające na znoszeniu cierpień psychicznych mogą usprawiedliwiać przyznanie zadośćuczynienia pieniężnego na podstawie art. 445 § 1 k.c. Długotrwałość cierpień i rodzaj skutków ma natomiast znaczenie ale dla określenia wysokości zadośćuczynienia.

Dalej idące zarzuty skarżących okazały się niezasadne. Wprawdzie trafnie podnosi się w apelacji, że Sąd dokonał jednoczesnego ustalenia, iż odstąpiono od sekcji zwłok S. P. jak i że ją przeprowadzono, co jednakże jest wynikiem niedokładności uzasadnienia wyroku, bowiem jest oczywiste, że sekcja zwłok pacjenta została przeprowadzona, zaś stosowny dokument znajduje się w aktach. Jednakże treść powyższego dokumentu potwierdza jedynie brak podstaw do przyjęcia, że zmarły cierpiał na marskość wątroby oraz encefalopatię poalkoholową, co jak wskazano we wcześniejszych rozważaniach zostało prawidłowo ustalone na podstawie opinii biegłych.

Sąd odwoławczy nie znalazł podstaw do uzupełnienia materiału dowodowego przez dopuszczenie dowodu z opinii biegłego ds. żywienia pozajelitowego w celu dokonania oceny możliwości i potrzeby jego stosowania u S. P., bowiem wszelkie wnioski dowodowe w zakresie podniesionych zarzutów co do prawidłowości żywienia chorego mogły zostać zgłoszone w postępowaniu przed Sądem pierwszej instancji. W efekcie wniosek dowodowy zgłoszony w postępowaniu apelacyjnym uznać należało za spóźniony (art. 381 k.p.c.).

Z przywołanych względów, w okolicznościach przedmiotowej sprawy odpowiedzialność pozwanego szpitala ogranicza się zatem wyłącznie do zadośćuczynienia za cierpienia fizyczne S. P. (1) wynikające z braku udzielania jej przez lekarzy stosownych świadczeń medycznych, ograniczających dolegliwości bólowe, związanych z rozległymi przykurczami stawów, urazami narządów ruchu, urazem kręgosłupa, długotrwałym unieruchomieniem. Niewątpliwie podjęcie dalszych działań medycznych przyczyniłoby się do zmniejszenia jego dolegliwości i zwiększenia komfortu ostatnich miesięcy życia. Powyższe rzutuje na wysokość należnego mu zadośćuczynienia. Stopień i rozmiar krzywdy doznanej przez S. P. (1) należy bowiem odnieść wyłącznie do zawinionego zaniechania pozwanego szpitala, nie zaś z ich błędnym postępowaniem w zakresie udzielonych świadczeń. Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy pozwala bowiem na przyjęcie, że postępujące wyniszczenie organizmu chorego było wynikiem obrażeń odniesionych w wypadku i wynikających z nich zaburzeń układu wegetatywnego i nie pozostawało w związku ani z rodzajem zastosowanej terapii, ani z wymienionymi wyżej zaniechaniami w zakresie dalszej terapii.

Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny uznał roszczenie o zasądzenie zadośćuczynienia za usprawiedliwione co do zasady. Podkreślenia wymaga bowiem, że strona powodowa bezzasadnie wiąże wszelkie cierpienia, jakich doznał S. P. z zaniechaniem wdrożenia pewnych procedur medycznych, podczas gdy ich wdrożenie, w świetle poczynionych ustaleń, mogło jedynie zmniejszyć zakres cierpień, które wynikały przede wszystkim z obrażeń, jakich doznał wskutek wypadku. Z oczywistych względów nie jest możliwe zmierzenie cierpień powódki oraz precyzyjne określenie w jakim stopniu dolegliwości te byłyby mniejsze, gdyby wdrożono właściwe leczenie przeciwbólowe, czy rehabilitację. Biorąc pod uwagę długotrwałość powyższych zaniechań, które jednak jedynie zwiększały cierpienie chorego wynikające z obrażeń, jakich doznał w następstwie wypadku drogowego, należało przyjąć, że odpowiednią kwotą w rozumieniu art. 445 § 1 k.c. z tego tytułu będzie kwota 45000 zł. Odpowiedzialność pozwanego szpitala wynika z art. 430 w zw. z art. 415 k.c., zaś odpowiedzialność pozwanego ubezpieczyciela wynika z umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej i art. 822 § 1 k.c. Z tego względu odpowiedzialność pozwanych należało określić według zasad odpowiedzialności „in solidum”. Ustaloną kwotę zadośćuczynienia należało zasądzić na rzecz wszystkich powodów w częściach równych, po 15000 zł z uwagi na zakres dziedziczenia po zmarłym.

O odsetkach ustawowych orzeczono na podstawie art. 481§ 1 k.c. W stosunku do obu pozwanych Sąd określił wymagalność roszczenia po upływie miesiąca od daty wezwania do zapłaty (zgłoszenia szkody). Brak jest bowiem podstaw aby z uwagi na charakter zgłoszonych żądań, możliwe było spełnienie świadczenia przez pozwanego szpitala następnego dnia po doręczeniu wezwania. Z uwagi na potrzebę przeprowadzenia oceny obszernej dokumentacji lekarskiej należało przyjąć, że spełnienie roszczenia w odniesieniu do obu pozwanych powinno nastąpić w terminie

miesiąca od wezwania. Z tych względów za datę wymagalności roszczenia należało przyjąć dzień 9 października 2010 r. Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. orzekł jak w punkcie I sentencji.

W pozostałym zakresie apelacja podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c., o czym orzeczono w punkcie II sentencji. Dotyczy to w całości żądania zasądzenia odszkodowania ponieważ strona powodowa nie wykazała, że koszty leczenia zastosowanego u S. P. były refundowane przez NFZ i uzupełnianie wydatków z tego tytułu przez samego chorego nie były konieczne.

O kosztach procesu za obie instancje Sąd orzekł na podstawie art. 100 i 105 § 1 k.p.c. dokonując ich stosunkowego rozdzielenia, przy uwzględnieniu, że powodowie wygrali proces w 44%. Na koszty procesu w I instancji złożyły się koszty zastępstwa procesowego stron składają się wynagrodzenia pełnomocników stron w kwotach po 3617 zł zgodnie z § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 490) oraz § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej urzędu (t.j. Dz.U. z 2013 r., poz. 461) oraz opłata od pozwu w kwocie 5082 zł, a także wydatki poniesione na wynagrodzenia biegłych w kwocie 5058,97 zł, które w całości zostały poniesione przez powodów. Łączna kwota kosztów procesu w I instancji wyniosła 21042, 07 zł.

Na koszty postępowania apelacyjnego złożyły się opłata od apelacji w kwocie 5082 zł oraz koszty wynagrodzenia pełnomocników stron w kwotach po 2700 zł. Łącznie koszty postępowania apelacyjnego wyniosły zatem 13182 zł, z czego kwotę 7782 zł ponieśli powodowie, zaś kwotę 5400 zł pozwani (2 x 2700 zł). Po dokonaniu stosunkowego rozliczenia, do zwrotu na rzecz powodów pozostaje łącznie kwota 400 zł, czyli po 133, 36 zł na rzecz każdego z nich.

Z tych względów orzeczono jak w sentencji wyroku.